

P. K. Skupkowski

-> p. o. kancelaryjny

-> na str. www.

KIEROWNIK ZESPÓŁU ds. Zdrowia Psychicznego

Grzegorz Błażewicz



| | |
|----------------------------|-----------------|
| RZECZNIK PRAW PACJENTA | |
| WPLYNEŁO | |
| 2012-11-26 <i>Laskopka</i> | |
| (datownik) | |
| Znak | RzPP- 1729/2012 |

p. vice. Jankubek 7328

Rzecznik Praw Pacjenta

Krystyna Barbara Kozłowska
Krystyna Barbara Kozłowska

Warszawa, 2012-11-22

Pa. G. Stwierca
ZASTĘPCA RZECZNIKA PRAW PACJENTA

MINISTER ZDROWIA

MZ-UZ-PR-71-28720-5/APW/12

BIURO RZECZNIKA PRAW PACJENTA

| | |
|------------|--------------|
| wypłynęło: | 23 LIS. 2012 |
| dat: | |
| Znak: | RzPP 18 828 |

Pani

Krystyna Barbara Kozłowska

Rzecznik Praw Pacjenta

Izabela Jankubczak-Rak

Szanowne Panu Minister!

W odpowiedzi na pismo z dnia 18 września 2012 r., znak: RzPP-ZZP-0711-12-1/KAS/12, informujące o uwagach odnośnie przyjętego przez Narodowy Fundusz Zdrowia sposobu weryfikacji świadczeń z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz informacji o sygnałach o odmowie udzielania świadczeń w przypadkach nagłych, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Zasady i tryb finansowania oraz warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.), zwana dalej „ustawą”, oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze.

Narodowy Fundusz Zdrowia jako płatnik wyposażony został w kompetencje określone przepisami powyższej ustawy, w tym w szczególności w kompetencję do rozliczania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, na podstawie art. 97 ust. 3 pkt 2 in fine ustawy.

Z kolei Minister Zdrowia w zakresie swoich kompetencji określił w swoim rozporządzeniu z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U Nr 140, poz. 1146 z póź. zm.) wykaz świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz warunki ich realizacji.

Należy dodać, iż Fundusz rozlicza poszczególne świadczenia opieki zdrowotnej, w tym świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień zgodnie z przepisami powyższego rozporządzenia Ministra Zdrowia, tak jak i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr. 81, poz. 485) oraz zgodnego z tymi rozporządzeniami zarządzenia

| | |
|---------------------------------|----------------------------|
| ZESPÓŁ ds. ZDROWIA PSYCHICZNEGO | |
| WPLYNEŁO | |
| 28 LIS. 2012 | |
| (datownik) | |
| Znak | RzPP-ZZP- 0711-12-4/KAS/12 |

Nr 65/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (z późn. zm.).

Zgodnie z § 5 ust. 1 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać umowę zgodnie z warunkami udzielania świadczeń określonymi w ustawie, ogólnych warunkach, odrębnych przepisach (ww. rozporządzeniem w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień) oraz zgodnie z warunkami określonymi przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy.

Należy również podkreślić, iż zgodnie z § 9 ust. 1 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniodawca udziela świadczeń przez cały okres obowiązywania umowy, zgodnie z określonym w umowie harmonogramem pracy oraz planem rzeczowo-finansowym, stanowiącymi załączniki do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Natomiast zgodnie z art. 19 ustawy, w stanach nagłych świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane świadczeniobiorcy niezwłocznie.

W przypadku gdy świadczenia opieki zdrowotnej w stanie nagłym są udzielane przez świadczeniodawcę, który nie zawarł umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniobiorca ma prawo do tych świadczeń w niezbędnym zakresie.

Mając na uwadze charakter wskazywanych w piśmie Pani Rzecznik uwag oraz uprawnienia nadzorcze, Minister Zdrowia wystąpił do Centrali Narodowego Funduszu o odniesienie się do twierdzeń zawartych w piśmie, znak: RzPP-ZZP-0711-12-1/KAS/12. Z informacji uzyskanych z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia wynika, iż Fundusz, weryfikując dane o świadczeniach, bada warunki i prawidłowość realizacji przedmiotowych świadczeń na podstawie przepisów ww. rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Na ponowne wystąpienie Ministra Zdrowia (pismo z dnia 26 października znak: MZ-UZ-PR-71-28720-3/APW/12) Fundusz poinformował także, iż świadczenia udzielane w trybie nagłym przez świadczeniodawców posiadających umowy o udzielanie świadczeń są finansowane przez NFZ w pierwszej kolejności, jednakże do kwoty zobowiązania określonej w umowie. W swojej odpowiedzi NFZ podkreślił, iż udzielenie pomocy lekarskiej, zgodnie z przepisami ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentystry, nie może być uzależnione od jej sfinansowania ze środków publicznych.

Odnosząc się do poszczególnych uwag pochodzących od świadczeniodawców, zawartych w piśmie Pani Rzecznik w pierwszej kolejności pragnę zauważyć, iż ww. rozporządzenie Ministra Zdrowia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień określa w warunkach ambulatoryjnych minimalny, a więc nie sztywny, czas udzielania określonego świadczenia (porady, sesji lub wizyty). Udzielenie zatem jednostkowego świadczenia dłużej niż przewiduje przedmiotowe rozporządzenie pozostaje w zgodzie z warunkami realizacji świadczeń i podlega finansowaniu ze środków publicznych. Dopuszczalna jest także zmiana czasu udzielania świadczenia, w zależności od stanu zdrowia świadczeniobiorcy oraz kwalifikowanie do innego rodzaju wizyty po jej zakończeniu.

Ad. 1.

Świadczeniodawcy chcący udzielać świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych powinni zgłosić swoje oferty w postępowaniu konkursowym, w trybie i na zasadach określonych w dziale VI ustawy. To od woli konkretnego świadczeniodawcy zależy, czy chce zawrzeć z Funduszem umowę na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku gdy spełnia on wszystkie przesłanki do zawarcia umowy określone w ustawie, wydanych na jej podstawie rozporządzeniach, a także wydanych na podstawie art. 146 ustawy zarządzeniach Prezesa NFZ.

Zarówno Minister Zdrowia, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia nie mogą zobowiązać świadczeniodawców do przystępowania i zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie i na zasadach określonych w postępowaniu konkursowym, przeprowadzanym w danym oddziale wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Nie mają w związku z tym bezpośredniego wpływu na ilość świadczeniodawców zawierających umowę na udzielanie wskazywanych świadczeń opieki zdrowotnej.

Ad. 2 i 3.

Odnosząc się do zawartych w piśmie Pani Rzecznik uwag dotyczących specyfiki udzielania świadczeń w opiece psychiatrycznej (konieczność zmiany leków czy sytuacja nagłego pogorszenia stanu zdrowia), uprzejmie informuję, iż świadczeniodawca ma prawo złożyć do właściwego Oddziału Wojewódzkiego NFZ stosowne wyjaśnienia i uzasadnienie konieczności udzielania świadczeń w sposób odbiegający od zawartej umowy oraz wnioskować o ich rozliczenie, w tym poza godzinami wynikającymi z harmonogramu udzielania świadczeń, stanowiącego załącznik do umowy. W przypadku uznania wyjaśnień świadczeniodawcy, Oddział Wojewódzki NFZ może zakwestionowane weryfikacjami świadczenia uznać za poprawne.

Jak wynika z powyższego istnieją odstępstwa od generalnej reguły, określonej przez wspomniany już § 9 ust. 1 rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Ad. 4.

Mając właśnie na uwadze specyfikę i złożoność zaburzeń psychicznych, Minister Zdrowia określił w warunkach ambulatoryjnych psychiatrycznych i leczenia środowiskowego (domowego) w rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień minimalny czas udzielania określonego świadczenia (porady, sesji lub wizyty). W związku z tym jest możliwe i zgodne z tym rozporządzeniem sprawozdawanie przez świadczeniodawców świadczeń jednostkowych w wyższym wymiarze czasowym.

Ponadto ustosunkowując się do postulatu Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii aby umożliwić rozliczanie psychiatrycznych świadczeń ambulatoryjnych, których sumaryczny czas udzielania świadczeń, określony przepisami rozporządzenia w sprawie gwarantowanych świadczeń, przekracza o 15-20% czas pracy personelu medycznego określony harmonogramem pracy, Centrala Funduszu poinformowała, iż wprowadzenie przedmiotowego warunku rozliczania świadczeń może spowodować trudności w ocenie polegające na tym, iż nie będzie można rozstrzygnąć, czy nastąpiło wydłużenie czasu pracy personelu poza ten czas określony harmonogramem, czy też został skrócony czas udzielania jednostkowych świadczeń.

Biorąc pod uwagę powyższe, uprzejmie informuję, iż we właściwej komórce organizacyjnej Ministerstwa Zdrowia będą trwały analizy nad zasadnością wprowadzenia powyższego postulatu do przepisów rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Jednocześnie ustosunkowując się do uwag Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii dotyczących tworzenia Centrów Zdrowia Psychicznego, uprzejmie informuję, iż w chwili obecnej przepisy rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej nie zawierają osobnych warunków realizacji świadczeń gwarantowanych na rzecz wskazanych Centrów. W Ministerstwie Zdrowia również i w tym zakresie będą trwały analizy i rozważania pod kierunkiem ich wprowadzenia.

Reasumując, należy szczególnie podkreślić, iż obowiązujące przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu

opieki psychiatrycznej, dotyczące sposobu realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, nie przewidują innych, poza określeniem czasu trwania poszczególnych świadczeń jednostkowych (porad, sesji, wizyt), mechanizmów kontroli jakości udzielanych świadczeń. Rezygnacja z wymogu minimalnego czasu trwania porady stwarzałaby możliwość sprawozdawania przez świadczeniodawcę jako poradę diagnostyczną (45 minut) nawet taką, której czas trwania byłby krótszy od porady kontrolnej (15 minut). Jednocześnie wątpliwości budzi możliwość wykonania wszystkich niezbędnych czynności diagnostycznych, o których mowa w przepisach rozporządzenia, w czasie 15 min. Tym samym, wydaje się konieczne utrzymanie aktualnego wymogu, jako narzędzia kontroli jakości realizowanych świadczeń oraz gwarancji dla pacjenta.

Na zakończenie pragnę dodać, iż Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia poinformowała, że oddziały wojewódzkie NFZ prowadzą bieżący monitoring sprawozdawanych przez świadczeniodawców przedmiotowych świadczeń, jednakże nie następuje automatyczne odrzucenie weryfikowanych świadczeń, których czas wykonywania przekracza czas określony harmonogramem.

z poważaniem
z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STA
Sławomir Neuman
Sławomir Neuma