



Warszawa, 5 marca 2019 r.

**Biuro ds. pilotażu
Narodowego Programu Ochrony
Zdrowia Psychicznego**
npozp.pilotaz@ipin.edu.pl

**Konsultant krajowy
w dziedzinie psychiatrii**

Komunikat nr 2/2019
Biura ds. pilotażu NPOZP
i Konsultanta krajowego w dziedzinie psychiatrii

W związku z powtarzającymi się pytaniami realizatorów programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (CZP) oraz przedstawicieli Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącymi niektórych elementów pilotażu, takich jak: formy pomocy, indywidualny plan terapii, funkcjonowanie punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego (PZK) oraz wskaźniki realizacji pilotażu, Biuro ds. pilotażu NPOZP oraz Konsultant Krajowy w dziedzinie psychiatrii przedstawiają następującą informację.

1) Formy pomocy udzielanej przez CZP.

Zgodnie z par. 14 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego¹ (dalej: rozporządzenie pilotażowe) CZP udziela pomocy: czynnej, długoterminowej, krótkoterminowej, doraźnej i konsultacyjnej.

Zarówno pomoc czynna, jak i pomoc długoterminowa obejmują pomoc udzielaną osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi. Okres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w ramach pomocy czynnej lub długoterminowej nie powinien być krótszy niż 4 tygodnie.

Pomoc czynna jest szczególną formą pomocy długoterminowej. Zgodnie z par. 14 pkt 1 rozporządzenia pilotażowego obejmuje ona leczenie i wsparcie świadczeniobiorców z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagających ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywania problemów. W analogiczny sposób pomoc czynna została zdefiniowana² w Narodowym Programie Zdrowia Ochrony Psychicznego (NPOZP) na lata 2017-2022³.

Pomoc długoterminowa jest udzielana innym świadczeniobiorcom z przewlekłymi zaburzeniami

psychicznymi niż świadczeniobiorcy wskazani w par. 14 pkt 1 rozporządzenia pilotażowego.

Wytyczne dotyczące kwalifikowania świadczeniobiorców do pomocy czynnej i jej wykonywania zawarte są w „Zaleceniach Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii i Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w sprawie opieki czynnej w poradniach zdrowia psychicznego” z 2003 r.⁴ (dalej: „Zalecenia Konsultanta Krajowego”) Dokument ten jest dostępny na stronie <https://czp.org.pl> (po zalogowaniu - w zakładce: Pisma i stanowiska MZ, NFZ i Konsultanta krajowego).

O zakwalifikowaniu do pomocy czynnej bądź długoterminowej w przypadku poszczególnych świadczeniobiorców decyduje lekarz (jeśli jest jedyną osobą udzielającą świadczeń pacjentowi w ramach CZP) lub zespół terapeutyczny z udziałem lekarza i koordynatora opieki.

Pomocniczym kryterium rozstrzygającym w kwalifikacji może być definicja opieki czynnej zawarta w formularzu „MZ-15 - sprawozdanie z działalności jednostki leczenia ambulatoryjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi, osób uzależnionych od alkoholu oraz innych substancji psychoaktywnych”⁵ sporządzanym corocznie przez wszystkie podmioty lecznicze w ramach obowiązku przekazywania danych statystycznych⁶. Zgodnie z formularzem MZ-15 „opieka czynna dotyczy pacjentów, którym wyznaczane i egzekwowane są terminy następnych wizyt”. Posługiwanie się tym kryterium zapewni ponadto zgodność danych sprawozdawanych w ramach statystyki publicznej z danymi sprawozdawanymi do NFZ w Raporcie z działalności CZP (Załącznik nr 5 do Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 55/2018/DSOZ⁷).

Uwaga: formularz MZ-15 dotyczy wyłącznie działalności PZP, natomiast w Raporcie z działalności CZP przekazywanym do NFZ podaje się łącznie liczbę świadczeniobiorców objętych pomocą czynną w ramach PZP oraz w ramach zespołu leczenia środowiskowego (domowego) (ZLŚ). W przypadku ZLŚ do pomocy czynnej będzie kwalifikowana zdecydowana większość świadczeniobiorców, co wynika z charakteru tego rodzaju opieki.

Przez pomoc krótkoterminową należy rozumieć pomoc udzielaną świadczeniobiorcom z zaburzeniami psychicznymi epizodycznymi lub nawracającymi (odnotowane w dokumentacji medycznej zakończenie jej udzielania i nie wyznaczanie kolejnych wizyt w CZP), w ramach której udzielanie świadczeń przez CZP nie przekracza okresu 4 tygodni.⁸

Pomoc doraźna⁹ polega na udzielaniu całodobowo świadczeń świadczeniobiorcom z zaburzeniami psychicznymi w stanach nagłych i przypadkach pilnych w miejscu udzielania pomocy doraźnej (np. w izbie przyjęć). Pomoc doraźna obok hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym jest zgodnie z par. 7 pkt 1 rozporządzenia pilotażowego zaliczana do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach stacjonarnych. Świadczenia w ramach pomocy doraźnej są udzielane przez lekarza uprawnionego do udzielania świadczeń w warunkach stacjonarnych.¹⁰ Miejsce udzielania pomocy doraźnej powinno być powiązane z oddziałem psychiatrycznym (całodobowym).

Zgodnie z par. 11 ust. 4 rozporządzenia pilotażowego oddział psychiatryczny i miejsce udzielania pomocy doraźnej mogą być zlokalizowane poza obszarem działania CZP (z uwzględnieniem konieczności zapewnienia odpowiedniej dostępności publicznym transportem zbiorowym). Świadczenia oddziału psychiatrycznego i pomocy doraźnej mogą być udzielane również przez podwykonawcę.

Pomoc doraźna udzielana przez CZP nie dotyczy świadczeń gwarantowanych, o których mowa w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa

medycznego¹¹, tj. udzielanych przez zespoły ratownictwa medycznego (specjalistyczne i podstawowe) w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego w warunkach pozaszpitalnych.

Pomoc konsultacyjna obejmuje udzielanie świadczeń świadczeniobiorcom (innym niż w pozostałych formach pomocy) potrzebującym świadczeń diagnostycznych (lekarza lub psychologa) realizowanych przeważnie na zlecenie lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

2) Indywidualny plan terapii.¹²

Świadczeniobiorca objęty pomocą czynną lub długoterminową powinien mieć opracowany indywidualny plan terapii oraz wyznaczonego koordynatora opieki, który jest odpowiedzialny za koordynowanie działań.¹³ W pozostałych formach pomocy opracowanie planu ma charakter fakultatywny. Indywidualny plan terapii jest dokumentem sporządzonym na potrzeby postępowania terapeutycznego dla świadczeniobiorcy, któremu są udzielane świadczenia opieki zdrowotnej. Indywidualny plan terapii stanowi integralną część dokumentacji medycznej indywidualnej wewnętrznej świadczeniobiorcy (historia zdrowia i choroby). Wzór planu nie został określony w rozporządzeniu pilotażowym.¹⁴ Podmiot prowadzący CZP może opracować własny wzór (lub wzory) indywidualnego planu terapii.

Zgodnie z par. 15 pkt 3 rozporządzenia pilotażowego powinna być prowadzona jednolita, zintegrowana dokumentacja medyczna obejmująca ambulatoryjne świadczenia zdrowotne psychiatryczne (PZP) i leczenie środowiskowe (domowe) (ZLŚ), co oznacza jedną wspólną historię zdrowia i choroby dla obu wspomnianych zakresów świadczeń (komórek organizacyjnych). Nie dotyczy to przypadków, w których jeden z tych zakresów świadczeń jest realizowany przez podwykonawcę.

W indywidualnym planie terapii powinna zostać określona m. in. forma udzielanej pomocy (czynna bądź długoterminowa). Wytyczne dotyczące sporządzania indywidualnego planu terapii w przypadku pomocy czynnej zawarte są we wspomnianych wyżej „Zaleceniach Konsultanta Krajowego”. Plan podlega zatwierdzeniu przez lekarza psychiatrę, co wynika wprost z par. 2 pkt 6 rozporządzenia pilotażowego.

W skład dokumentacji medycznej indywidualnej wewnętrznej świadczeniobiorcy wchodzi również formularze, kwestionariusze, skale i inne dokumenty (stosowane powszechnie lub opracowane przez podmiot prowadzący CZP) użyte w postępowaniu diagnostycznym i terapeutycznym, w szczególności służące do oceny stanu psychicznego.

3) Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny (PZK).

Punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny (PZK) jest organizowany w ramach poradni zdrowia psychicznego (PZP). Personel i pomieszczenia PZK wchodzi w skład personelu i pomieszczeń PZP. Na jeden PZK nie powinno przypadać więcej niż 80 tysięcy świadczeniobiorców powyżej 18. roku życia. W pierwszym roku udzielania świadczeń przez CZP możliwe jest zorganizowanie PZK dla większej liczby świadczeniobiorców.

Z rozporządzenia pilotażowego nie wynika konieczność ani potrzeba organizowania PZK w ramach wszystkich PZP wchodzących w skład CZP lub prowadzonych przez podwykonawcę. Organizacja większej liczby PZK niż to wynika z rozporządzenia pilotażowego pozostaje w gestii podmiotu prowadzącego CZP.

Zgodnie z par. 10 pkt 5 rozporządzenia pilotażowego w ramach PZK udzielane są świadczenia opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych. Świadczenia te udzielane są w ramach następujących zadań PZK wymienionych w par. 12 ust. 2:

- przeprowadzenie wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych osób zgłaszających się do PZK, uzgodnienie wstępnego planu postępowania oraz udzielenie możliwego wsparcia w zakresie zdefiniowanych potrzeb (pkt 2),
- udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (pkt 5).

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania¹⁵ niezwłocznie po udzieleniu świadczenia zdrowotnego dokonuje się wpisu w dokumentacji medycznej. Wynika z tego konieczność założenia i prowadzenia dokumentacji medycznej indywidualnej wewnętrznej (historia zdrowia i choroby) każdemu świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia w PZK. Wykorzystywane w związku z udzieleniem tego świadczenia formularze, kwestionariusze, skale i inne dokumenty (stosowane powszechnie lub opracowane przez podmiot prowadzący CZP) stanowią integralną część dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy.

Uwaga: wstępny plan postępowania uzgodniony w PZK nie jest planem terapii, o którym mowa w par. 2 pkt 6 oraz w par. 15 pkt 1 i nie wymaga zatwierdzenia przez lekarza psychiatrę. Podmiot prowadzący CZP może opracować własny wzór wstępnego planu postępowania PZK.

PZK realizuje ponadto zadania określone w par. 12 ust. 2 rozporządzenia pilotażowego niestanowiące udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, takie jak:

- udzielanie informacji o zakresie działania centrum i możliwości uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej (pkt 1),
- uzgodnienie terminu przyjęcia i wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia psychiatrycznego, w przypadkach pilnych nie później niż 72 godziny od zgłoszenia (pkt 3),
- w przypadkach tego wymagających wskazanie miejsca uzyskania niezbędnego świadczenia z zakresu pomocy społecznej (pkt 4).

Rozporządzenie pilotażowe nie reguluje kwestii związanych z dokumentowaniem realizacji zadań PZK niebędących udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej. Dokumentowanie tych zadań powinno być prowadzone zgodnie z przepisami RODO,¹⁶ w tym z właściwą realizacją obowiązku informacyjnego. Podstawę do przetwarzania danych osobowych tzw. wrażliwych może stanowić w tym przypadku art. 9 ust. 2 lit. h RODO.

Zgodnie z przepisami RODO powinien być prowadzony także wykaz zadań zrealizowanych w PZK¹⁷, o którym mowa w par. 15 pkt 25 Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 55/2018/DSOZ, gdyż nie stanowi on dokumentacji medycznej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

Wyjaśnienie różnych kwestii związanych z prowadzeniem dokumentacji realizacji zadań PZK, które nie są udzielaniem świadczeń zdrowotnych będzie przedmiotem spotkania przedstawicieli Departamentu Zdrowia Publicznego i Rodziny Ministerstwa Zdrowia, Centrali NFZ i Biura ds. pilotażu NPOZP, które odbędzie 6 marca br., o czym informował Komunikat nr 1/2019 Biura ds. pilotażu NPOZP.

4) Wyjaśnienie terminu „interwencja”.

Użyty w par. 29 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia pilotażowego termin interwencja należy rozumieć jako: inne niż porady, wizyty i sesje działania podejmowane w miejscu pobytu świadczeniobiorcy (tj. poza siedzibą CZP) albo w siedzibie CZP przez osoby w nim zatrudnione, o których mowa w par. 17 ust. 2 i 3 rozporządzenia pilotażowego, w tym także przez osobę, która uzyskała tytuł specjalisty w dziedzinie zdrowia publicznego lub uzyskała tytuł licencjata lub magistra na kierunku studiów w zakresie zdrowia publicznego, pracownika socjalnego lub asystenta zdrowienia.

Kwestie, o których mowa w niniejszym Komunikacie będą przedmiotem planowanego w tym roku opracowania standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w centrach zdrowia psychicznego.

Treść niniejszego komunikatu została uzgodniona z Departamentem Zdrowia Publicznego i Rodziny w Ministerstwie Zdrowia.

(-) Marek Balicki
Kierownik
Biura ds. pilotażu
NPOZP

(-) prof. Jacek Wciórka
Kierownik I Kliniki
Psychiatrycznej
Wiceprzewodniczący
Rady Naukowej IPiN

(-) prof. Piotr Gałecki
Konsultant krajowy w
dziedzinie psychiatrii

¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 852, z późn. zm.).

² Zgodnie z NPOZP na lata 2017-2022 CZP udziela m. in. pomocy czynnej, tj. leczenia i wsparcia osobom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagającym ciągłości opieki, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywania problemów.

³ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2017 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 (Dz. U. z 2017 r. poz. 458).

⁴ *Zalecenia Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii i Konsultanta Krajowego w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży w sprawie opieki czynnej w poradniach zdrowia psychicznego.* Postępy Psychiatrii i Neurologii 2003; 12 (4): 517-520. Dokument ten został przywołany w definicji programu opieki czynnej zawartej w par. 2 ust. 1 pkt 25 Zarządzenia Nr 79/2013/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Program opieki czynnej został tam określony jako: aktywne i zorganizowane postępowanie zespołu terapeutycznego poradni, mające na celu przywrócenie bądź poprawę stanu zdrowia psychicznego świadczeniobiorców oraz ułatwienia im samodzielnego życia w środowisku społecznym; zakres realizowanej opieki czynnej oraz kryteria kwalifikacji świadczeniobiorców winny być zgodne z zaleceniami Konsultanta Krajowego w dziedzinie: psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży. W kolejnych zarządzeniach Prezesa NFZ w tej sprawie od 2016 r. program opieki czynnej został pominięty.

⁵ Aktualny formularz MZ-15 jest dostępny na stronie <https://www.csioz.gov.pl> w zakładce PROJEKTY

– Statystyka.

⁶ Obowiązek przekazywania danych statystycznych wynika z art. 30 pkt. 3 ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1068, z późn. zm.). Program badań statystycznych na rok 2019 został określony Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 14 września 2018 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2019 r. (Dz. U. poz. 2013).

⁷ Zarządzenie Nr 55/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 czerwca 2018 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, zmienionego zarządzeniem Nr 59/2018/DSOZ z dnia 26 czerwca 2018 r., zarządzeniem Nr 81/2018/DSOZ z dnia 14 sierpnia 2018 r. oraz zarządzeniem Nr 112/2018/DSOZ z dnia 26 października 2018 r.

⁸ Wynika to z par. 29 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia pilotażowego.

⁹ W przepisach prawnych odnoszących się do świadczeń opieki zdrowotnej nie ma definicji pomocy doraźnej, jak również definicji tej nie ma w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju pomoc doraźna i transport.

¹⁰ Zgodnie z par. 13 ust. 1 rozporządzenia pilotażowego CZP w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych zapewnia całodobowe udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarza we wszystkie dni tygodnia.

¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ratownictwa medycznego (Dz. U. z 2013 r. poz. 1176.).

¹² Warto zwrócić uwagę, że z załącznika Nr 6 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. z 2013 r. poz. 1386; z późn. zm.), tzw. rozporządzenia koszykowego wynika konieczność ustalania planu terapeutycznego w ramach porad lekarskich diagnostycznych i porad psychologicznych diagnostycznych. Porada lekarska terapeutyczna, porada psychologiczna, sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii rodzinnej, sesja psychoterapii grupowej powinny być realizowane w ramach ustalonego wcześniej planu terapeutycznego (planu leczenia).

Ponadto zgodnie z załącznikiem Nr 6 rozporządzenia koszykowego leczenie środowiskowe (domowe) powinno być ujęte w kompleksowy program terapeutyczny. Wizyta i porada domowa lub środowiskowa oraz wizyta osoby prowadzącej terapię środowiskową powinny być realizowane w ramach ustalonego planu terapeutycznego (planu leczenia) i służyć wykonywaniu zaplanowanych w nim zadań.

Rozporządzenie koszykowe jest obowiązujące w stosunku do wszystkich świadczeniodawców udzielających świadczenia gwarantowane.

¹³ Wynika to z par. 15 pkt 1 i par. 17 ust. 1 rozporządzenia pilotażowego.

¹⁴ Nie został również określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069.) wzór historii zdrowia i choroby.

¹⁵ Par. 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069.).

¹⁶ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. UE. L. z 2016 r. Nr 119, str. 1; zm.: Dz. U. UE. L. z 2018 r. Nr 127, str. 2.).

¹⁷ Wykaz zadań zrealizowanych w PZK zawiera: datę, imię i nazwisko, numer PESEL, adres zamieszkania świadczeniobiorcy, imię i nazwisko pracownika oraz informację jakie zadania zostały zrealizowane.