

## UWAGI W RAMACH UZGODNIENI Z KOMISJĄ WSPÓLNĄ RZĄDU I SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO

## Informacja o projekcie:

<b>Tytuł</b>	Projekt rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego
<b>Autor</b>	Ministerstwo Zdrowia
<b>Projekt z dnia</b>	19 lutego 2018 r.

## Informacje o zgłaszającym uwagi:

<b>Urząd</b>	-----
<b>Organizacja samorządowa</b>	Związek Powiatów Polskich
<b>Osoba do kontaktu</b>	Bernadeta Skóbel
<b>e-mail</b>	bs@zpp.pl
<b>tel.</b>	18 477 86 00

## Uwagi:

Lp.	Część dokumentu, do którego odnosi się uwaga (np. art., nr str., rozdział)	Treść uwagi (propozycja zmian)	Uzasadnienie uwagi	Stanowisko resortu	Odniesienie do stanowiska resortu
1.	§12 ust. 5	Zmiana wskaźnika 80% na 50%	80% łącznej liczby świadczeniobiorców dla centrum jest zdecydowanie za wysokim wskaźnikiem w przypadku oddziału psychiatrycznego i izby przyjęć. Może powodować to sztuczne przyjęcia świadczeniobiorców z rejonu centrum przy odmawianiu pomocy i hospitalizacji pacjentom spoza centrum. Dodatkowo pracownicy niepotrzebnie będą się koncentrować na statystyce. Sztuczne ograniczenia narażą podmiot realizujący pilotaż na dodatkowe koszty związane z odsyłaniem pacjentów spoza centrum w sytuacji dysponowania wolnymi miejscami „zarezerwowanymi dla pacjentów centrum”. Takie działanie może		

Wypełniony formularz należy przestać na adres: [kwrist@mac.gov.pl](mailto:kwrist@mac.gov.pl) w formacie umożliwiającym edycję.

Plik należy zapisać np.: MRiRW PROW - woj.zachodniopomorskie; MŚ udostępnianiu inf. o środowisku – m.Kraków.

			narazić pacjentów na dodatkowe uciążliwości i niejednokrotnie opóźnienie uzyskania niezbędnej pomocy.		
2.	§13 ust. 1	Wprowadzenie zasady działania 1 PZK na centrum lub podniesienie wskaźnika świadczeniobiorców powyżej 18 roku życia.	1 punkt zgłoszeniowo - koordynacyjny na 80 tys. świadczeniobiorców zbyt restrykcyjny wskaźnik. Dwa punkty musiałyby działać w większości podmiotów realizujących pilotaż. Podmioty realizujące pilotaż mają kilku lub wieloletnie doświadczenie w leczeniu osób chorych psychicznie. Pacjentów również edukuje się w zakresie możliwości uzyskania pomocy. Dodatkowy PZK spowoduje niepotrzebne przekierowanie doświadczonych pracowników medycznych na stanowisko „oczekiwania na telefon”. Czas ten można wykorzystać bardziej efektywnie.		
3.	§17 ust. 5	Zmniejszenie równoważnika 0,7 na adekwatny do aktualnych możliwości kadrowych.	Przy obecnym deficycie lekarzy i pielęgniarek wskaźnik 0,7 etatu przeliczeniowego na 1000 świadczeniobiorców jest za wysoki a w wielu przypadkach może być nieosiągalny. Problemu braku kadr nie rozwiąże uzupełnianie braków o psychologów czy terapeutów.		
4.	§23 ust. 1 pkt 5	Zmniejszenie stawki, o którą będzie pomniejszany ryczałt.	Zbyt wysokie koszty do poniesienia przez podmiot realizujący pilotaż.		
5.	§23 ust. 2	Doprecyzować zapis	Zapis bardzo nieprecyzyjny. Jeśli ktoś z powodów osobistych musiał wyjechać i zajdzie konieczność skorzystania z porady u innego świadczeniodawcy – to ma to stanowić zakończenie leczenia u		

			danego świadczeniodawcy? Ponadto przerwy w udzielaniu świadczeń – 180 dni kalendarzowych, a w przypadku leczenia środowiskowego 30 dni kalendarzowych są zbyt krótkie. Przykładowo jeśli pacjent objęty opieką środowiskową z powodów innych niż psychiatryczne, będzie przebywał w szpitalu, to po 30 dniach będzie to równoznaczne z zakończeniem leczenia?		
6.	§23 ust. 3 §25 ust. 3	Podmiot realizujący pilotaż z miesiąca na miesiąc będzie otrzymywał informację o poziomie finansowania. Proponowany sposób pomniejszania wpłat utrudnia planowanie wydatków.			
7.	§25 ust. 4	Wprowadzenie odpłatności wg ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej	Obecny zapis jest nie do zaakceptowania. Niemożliwy również do bieżącego monitorowania. Zapisy niekorzystne zarówno dla pacjentów potrzebujących i oczekujących pomocy, jak i podmiotu realizującego pilotaż. Podmioty będą miały problemy z rozliczeniem.		

