

DEBATA O MODELU ORGANIZACJI I FINANSOWANIA OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ PO PROGRAMIE PILOTAŻOWYM CENTRÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

Wsparcie przygotowań

Nadzwyczajnego Kongresu Zdrowia Psychicznego 5 grudnia 2024 w Warszawie

Dariusz Baran

Podkarpacka Filia Sekcji Psychiatrii Środowiskowej i Rehabilitacji PTP



DZIEŃ PROTESTU 5 GRUDNIA



LIKWIDACJI CENTRÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

11:00
NADZWYCAJNY KONGRES ZDROWIA PSYCHICZNEGO
WARSZAWSKI DOM TECHNIKA NOT/UL. CZACKIEGO 3/5 WARSZAWA

13:30
ŻÓŁTY MARSZ - PRZEMARSZ PROTESTACYJNY POD SEJM RP



#dzieńprotestu

kongreszp.org.pl



DEBATA O MODELU ORGANIZACJI I FINANSOWANIA OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ PO PILOTAŻU CZP

Sprawa rozbija się o kontrolowanie sposobu działania centrów zdrowia psychicznego i w jakim stopniu spełniają swoją rolę...

Brawo! Bezapelacyjnie w centrach zdrowia psychicznego powinna być jakość i efektywność! Jak to możliwe, że Minister Zdrowia i Prezes NFZ nie mają kontroli nad sposobem działania centrów? To kto ma na to wpływ i od kogo to zależy?

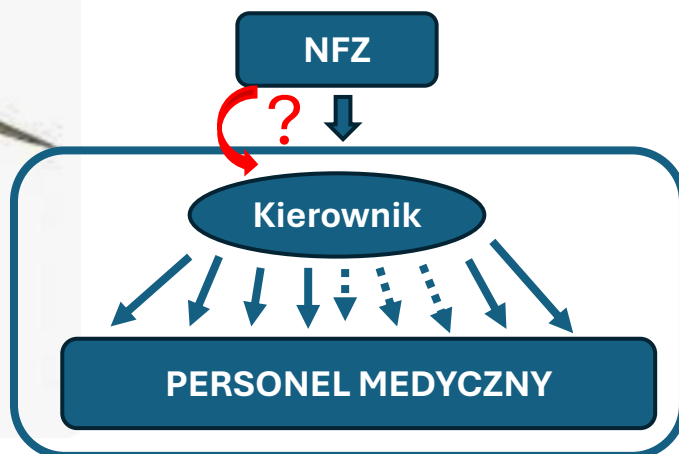
NFZ



DEBATA O MODELU ORGANIZACJI I FINANSOWANIA OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ PO PILOTAŻU CZP

Nie może być tak, że ktoś robi 1/3 tego co inni, a dostaje te same pieniądze, więc musimy wprowadzić mechanizm kontrolujący finansowanie. Spór więc polega na tym, czy w finansowaniu CZP ma się pojawić element rozliczenia tego, w jaki sposób ono opiekuje się daną populacją, jak duży procent ludzi jest zaopiekowanych, czy ma się to nie pojawiać.

Zapewne była to swobodna wypowiedź Ministra, więc na szybko została opublikowana bez poprawek stylistycznych. Należałoby uściślić, że z kontekstu całego wywiadu wynika, iż w słowach o „mechanizmie kontrolującym finansowanie CZP” raczej chodzi o „kontrolę nad jakością działania CZP poprzez mechanizm finansowania” i o sposób finansowania toczy się spór. Należy dopowiedzieć, że Ogólnopolskie Stowarzyszenie Centrów Zdrowia Psychicznego i Związek Pracodawców Opieki Psychiatrycznej i Leczenia Uzależnień oddolnie i społecznie opracowali wskaźniki wiarygodności i jakości Centrów Zdrowia Psychicznego, których NFZ do tej pory nie wymaga. Wszystkim zależy na wysokiej jakości opieki psychiatrycznej w CZP. Spór toczy się o docelowy sposób organizacji i finansowania opieki psychiatrycznej w Polsce.

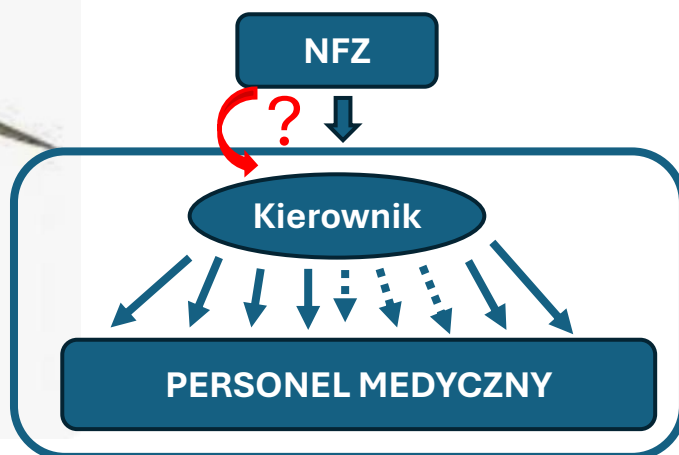


DEBATA O MODELU ORGANIZACJI I FINANSOWANIA OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ PO PILOTAŻU CZP


Nie może być tak, że ktoś robi 1/3 tego co inni, a dostaje te same pieniądze, więc musimy wprowadzić mechanizm kontrolujący finansowanie. Spór więc polega na tym, czy w finansowaniu CZP ma się pojawić element rozliczenia tego, w jaki sposób ono opiekuje się daną populacją, jak duży procent ludzi jest zaopiekowanych, czy ma się to nie pojawiać.

W wypowiedzi Ministra zawarta jest teza, że w pilotażowym programie centrów zdrowia psychicznego, niektórzy robili dużo, a niektórzy mało. Z czego miałyby wynikać, że sposób finansowania CZP był wadliwy, bo dopuszczał matoróbstwo i marnotrawstwo, inaczej nieuzasadnione korzyści.

Jeżeli wśród pilotażowych CZP, finansowanych ryczałtem per capita na mieszkańca danego obszaru są takie, które dobrze funkcjonują, to znaczy, że osiągnięcie jakości jest możliwe w ramach finansowania na populację mieszkańców. To od czego zależy różnica w jakości, jeśli sposób finansowania centrów był ten sam? Co w istocie różni centra wysokiej jakości, od centrów niskiej jakości? Czy nie jest przypadkiem tak, że to zależy od tego, kim jest i jak zarządza kierownik podmiotu leczniczego prowadzącego centrum zdrowia psychicznego? Za względnie te same pieniądze, jeden menadżer zatrudnia i motywuje swoich pracowników do prowadzenia opieki psychiatrycznej szeroko dostępnej i wysokiej jakości, a inny nie potrafi zarządzać jakością, a pieniądze gdzieś marnotrawi. To po co zmieniać reguły finansowania w całym systemie, kiedy prościej jest skutecznie wpływać na kierowników podmiotów leczniczych i kontrolować jakość ich zarządzania...



DEBATA O MODELU ORGANIZACJI I FINANSOWANIA OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ PO PILOTAŻU CZP



Chcemy mieć mechanizm, który będzie kontrolował, jak centrum zdrowia psychicznego pracuje, czy procent populacji objęty jego opieką jest odpowiedni... Będzie nim uzależnienie wysokości ryczałtu, w pewnych ramach, niezbyt ostrych i jednoznacznych, ale jednak ramach, od tego, czy centrum spełnia swoją rolę, czy nie spełnia.


Chcemy wprowadzić pewne widełki, odpowiednio zróżnicowane. Przecież nie uważamy, że cała Polska powinna leczyć 4 proc. danej populacji, bo to by nie było właściwe... Założmy na potrzeby tej rozmowy: między 4 a 5 proc. Natomiast jeśli centrum w bardzo ograniczonym zakresie wypełnia swoje zadanie, nie powinno otrzymać 100 proc. finansowania.

Czemu to służy i do czego ma prowadzić taka logika, że karze się finansowo podmiot leczniczy, tylko dlatego, że zarządzanie w nim było słabe i niegospodarne? Jaki jest sens pomniejsza zasobów finansowych i potencjału kadrowego centrum zdrowia psychicznego, które jednocześnie powinno zwiększyć dostępność i jakość udzielanych świadczeń? Kto jest docelowo karany i ponosi konsekwencje za niską jakość zarządzania i marnotrawstwo? Czy, aby nie mieszkańcy i pacjenci? Czy, aby nie personel medyczny? Kto jest beneficjentem tego mechanizmu? Czy, aby nie NFZ? Co NFZ robi z odzyskanymi pieniędzmi po rozliczeniach?

Skoro Minister Zdrowia i Prezes NFZ chcą mieć wpływ i kontrolę nad działaniem centrów zdrowia psychicznego, czy nie prościej wprowadzić mechanizm kontroli nad jakością zarządzania w podmiotach leczniczych. To kierownik podmiotu leczniczego ma ustawowe umocowanie, instrumenty prawne i narzędzia zarządcze do organizowania warunków udzielania świadczeń zdrowotnych i egzekwowania od personelu medycznego wydajnej pracy i wysokiej jakości usług.



DEBATA O MODELU ORGANIZACJI I FINANSOWANIA OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ PO PILOTAŻU CZP



Natomiast rzeczywiście centra, które dziś opiekują się 2 proc. populacji będą musiały zaktywizować się i jednak zainteresować się pacjentami i namawiać, żeby korzystali z ich usług, a nie z usług sektora prywatnego.

Z tej wypowiedzi wynika, że pomysł uzależnienia finansowania centrum zdrowia psychicznego od procenta zaopiekowanej populacji ma wymusić aktywność i zainteresowanie pacjentami, namawianie ich, aby korzystali z usług w centrum na NFZ, a nie w gabinetach prywatnych. To brzmi pięknie, tylko czy jest osadzone w rzeczywistości?

Rozważmy, czy lekarstwo nie będzie gorsze od choroby? Do jakich postaw i zachowań motywuje mechanizm finansowania opieki psychiatrycznej za liczbę zaopiekowanych pacjentów?


Proponowany mechanizm finansowania CZP w zależności od procenta populacji objętej leczeniem psychiatrycznym jest równoznaczny z ustaleniem stawki za aktywnie zaopiekowanego pacjenta w okresie sprawozdawczym, aby później obliczyć wysokość potrącenia z ryczałtu. Tym samym wprowadzi się kryterium opłacalności. Pacjenci będą się dzielić na opłacalnych (tanich), dla których sumaryczny koszt świadczeń zdrowotnych w okresie sprawozdawczym będzie niższy od ustalonej stawki, oraz na nieopłacalnych (drogich, czaso- i kosztochłonnych), dla których koszt opieki psychiatrycznej przewyższy tę stawkę. Do jakich postaw i zachowań to będzie motywowało?

W sytuacji, gdy bodźcem ekonomicznym i nośnikiem kosztów będzie pacjent, leczony przypadek, to optymalną strategią biznesową będzie :

- 1. Sortowanie i selekcja pacjentów:
a/ pozyskiwanie opłacalnych pacjentów
b/ wypychanie kosztochłonnych pacjentów**
- 2. Zawężanie zakresu i czasu realizacji świadczeń zdrowotnych do minimum**
- 3. Zwiększanie częstości krótkotrwałych hospitalizacji**



DEBATA O MODELU ORGANIZACJI I FINANSOWANIA OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ PO PILOTAŻU CZP



Gdy będzie uzależnienie wysokości ryczałtu od tego, czy centrum spełnia swoją rolę, czy nie spełnia, czy procent populacji objęty jego opieką jest odpowiedni, to... Centrum będzie zależało, żeby ludzie byli leczeni, więc pewnie będą przyjmowani częściej. Na pewno taki mechanizm się wówczas pojawi, ale nie będzie nadmiarowy, nie będzie żadnych nadwykonań z powodu celowego przyjmowania pacjentów i w ten sposób tworzenia kolejek. Mechanizmu premiującego, coś takiego, nie będzie.

Scenariusz


Najbardziej opłacalny sort pacjenta to taki, który dożywotnio przychodzi do lekarza psychiatry po recepty, parę razy w roku. Im bardziej pacjent będzie uzależniony od leków, tym lepiej. Na okresowej detoksykacji zarobią także szpitale. Inny sort opłacalnego pacjenta to taki, który szuka pomocy psychologicznej lub psychoterapii. Dostanie kilka porad psychologicznych lub sesji krótkoterminowej psychoterapii w roku. Graniczna liczba tych porad i sesji będzie zależała od ustalonej przez NFZ średniej stawki na pacjenta i ceny sesji psychoterapeutycznych na wolnym rynku. Jeżeli pacjentowi będzie zależało na bardziej intensywnej lub długotrwałej psychoterapii, to otrzyma propozycję kontynuacji w gabinecie prywatnym z obietnicą bonusu pakietu bezpłatnych sesji na NFZ w kolejnym okresie sprawozdawczym. W lokalnych mediach, na billboardach, w instytucjach i zakładach pracy prowadzona będzie kampania uświadamiająca o zaburzeniach psychicznych i zachęcająca do skorzystania z profesjonalnej pomocy, która zapewni cudowne tabletki i terapie na wszystkie możliwe zmartwienia, lęki i smutki, których w życiu codziennym jest ogrom. Oczywiście to wszystko będzie działało się pod szyldem profilaktyki. A kto bardziej przedsiębiorczy, to sfinansuje tę kampanię za publiczne pieniądze. Uczciwie trzeba powiedzieć, że pozytywnym będzie to, iż wreszcie po ćwierćwieczu nastąpi renesans i prosperity ambulatoryjnej terapii grupowej. Co stanie się z pacjentami kosztochłonnymi? Oczywiście trzeba będzie się wykosztować na prowadzenie zespołu leczenia środowiskowego i oddziału dziennego, aby spełnić wymagania do kontraktu, ale bez przesady. Najlepiej umówić się ze szpitalem, że pacjent będzie krążył, jak ping-pong, pomiędzy ambulatoryjnym CZP, a oddziałem psychiatrycznym. Hospitalizacja będzie krótka, bo osobodzień ma być degresywny. Pacjent przejdzie na pewien czas do opieki dziennym i środowiskowej, aż będzie możliwe rozliczenie ponownej krótkotrwałej hospitalizacji na oddziale psychiatrycznym. W sumie wszyscy będą zadowoleni. Jeżeli po hospitalizacji kosztochłonny pacjent zniknie w prywatnym gabinecie, to jeszcze lepiej. Do szpitala i tak za pewien czas wróci, a w ambulatorium łatwo zastąpić jednego kosztochłonnego pacjenta dwoma lub trzema opłacalnymi. Nawet, gdy jednak nie uda się osiągnąć oczekiwanego procentu populacji, to business i tak się opłaci, bo pomniejszenie ryczałtu można zrekompensować poprzez obniżeniem kosztów ograniczonego zakresu i czasu udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach puli pacjentów, którzy będą w opiece. Zapewne Minister Zdrowia i Prezes NFZ zrobią wszystko, aby zaradzić tym negatywnym zjawiskom wprowadzając kolejne zmiany do rozporządzeń i zarządzeń, aż centralne mikrozarządzanie dojdzie do absurdu i doprowadzi wszystkich do wypalenia... Na gruzach publicznej opieki psychiatrycznej rozkwitnie sektor prywatny, bo potrzeby zdrowotne w zakresie zdrowia psychicznego przecież nie znikną.

Źródło wypowiedzi Księcia z bajki: wywiad Beaty Igielskiej z Wice-ministrem Zdrowia Wojciechem Koniecznym z dnia 9 listopada 2024 r.

<https://newsmed.pl/aktualnosci/11855550/w-psychiatrii-doroslych-nie-bedzie-powrotu-do-placenia-za-usluge.html>



DEBATA O MODELU ORGANIZACJI I FINANSOWANIA OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ PO PILOTAŻU CZP



Generalnie wielkiej zmiany w stosunku do tego, co jest w pilotażu nie spodziewam się... Proponujemy wiele elementów z obecnie działających centrów: że ma być odpowiedzialność populacyjna; ma nie być płacone za wizytę pacjenta; ma nie być konkurencyjności na danym terenie, jedno centrum będzie pokrywało daną populację. Chcemy więc wprowadzić przepisy promujące centra zdrowia psychicznego, które rzeczywiście prowadzą populacyjną, środowiskową psychiatrę. To jest główna zmiana. Planujemy przejście z systemu centrów A i B na system jednorodny – powiązania centrum ze szpitalami, ale nie w ten sposób, że muszą być zarządzane przez jeden podmiot, tylko muszą ze sobą współpracować. To jest sedno zmiany, którą chcemy przeprowadzić.

Jeżeli ma być zachowana odpowiedzialność terytorialna za zdrowie psychiczne populacji mieszkańców, to czemu nie wprowadza się modeli, rozwiązań i dobrych praktyk znanych i ewaluowanych już na świecie, rekomendowanych przez Światową Organizację Zdrowia, EUCOMS i inne organizacje międzynarodowe?

Po co wprowadza się obligatoryjną fragmentację systemu opieki psychiatrycznej na ambulatoryjne centra zdrowia psychicznego i szpitalne oddziały psychiatryczne, tam gdzie opieka psychiatryczna jest już zintegrowana?

Po co tworzy się trzy odrębnie funkcjonujące i niekompatybilne ze sobą systemy:

- **opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży,**
- **opieki psychiatrycznej dla dorosłych,**
- **leczenia uzależnień?**



DEBATA O MODELU ORGANIZACJI I FINANSOWANIA OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ PO PILOTAŻU CZP

Hm...?!

Program pozytywny:

- 1. Centrum Zdrowia Psychicznego czasami tworzy i prowadzi jeden podmiot leczniczy, albo często zdarza się, że tworzy je sieć podmiotów leczniczych, co najmniej dwa na danym obszarze, z pośród których jeden wygrywa konkurs na zarządzanie CZP, polegające na koordynacji sieciowej i zarządzaniu populacyjnym. Zadanie to powinno być wyodrębnionym ośrodkiem kosztów i przedmiotem konkursu przeprowadzanego przez NFZ... Wówczas w wielkich miastach i dużych aglomeracjach miejskich, gdzie funkcjonuje wiele podmiotów leczniczych prowadzących opiekę psychiatryczną, możliwe będzie utworzenie „sieciowego” i „ponadnormatywnego” CZP. Podmiotem koordynującym i zarządzającym CZP będzie ten, który wygra konkurs. Decydujące będzie to, kto ma najlepszego menadżera i zespół zarządzający z odpowiednim doświadczeniem, umiejętnościami i wizją. Możliwe, że konkurs wygra najmniejszy podmiot leczniczy, ale z najwyższą jakością zarządzania. Zarządca będzie odpowiadał za umowy z podwykonawcami w sieci i jakość działania całości CZP. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości lub niskiej jakości zarządzania, NFZ wypowie umowę i ogłosi nowy konkurs na koordynację i zarządzanie CZP. W ten sposób wprowadzi się mechanizm konkurencyjności, ale na poziomie koordynacji sieciowej i zarządzania populacyjnego.**
- 2. Uzależnić zatrudnienie i wynagrodzenie kierownika podmiotu leczniczego organizującego CZP od oceny jakości klinicznej, konsumenckiej i zarządczej prowadzonej tam opieki psychiatrycznej z oparciem społecznym.**
- 3. Finansować podstawową opiekę psychiatryczną w ramach Centrum Zdrowia Psychicznego według stawki per capita na mieszkańca obszaru jego działania z uwzględnieniem wskaźników demograficznych np. wielkość populacji, grupy wiekowe, mobilność ludności związana z nauką i pracą.**
- 4. Finansować dodatkowo specjalistyczne programy terapeutyczne dla klinicznie jednorodnych grup pacjentów, które zostaną wystandaryzowane i ewaluowane pod względem efektywności zdrowotnej, a następnie wycenione przez AOTMiT ze stawką na pacjenta/przypadek. Specjalistyczne programy terapeutyczne mogą być prowadzone w ramach jednego centrum zdrowia psychicznego albo obejmować subregionalną lub regionalną sieć centrów i oddziałów klinicznych.**
- 5. Finansować dodatkowo działalność naukowo-badawczo-dydaktyczną w obszarze ochrony zdrowia psychicznego, które mogą być prowadzone dowolnie w ramach CZP, ośrodków specjalistycznych programów terapeutycznych i oddziałów klinicznych uczelni medycznych.**
- 6. Nadzór nad:**
 - a/ jakością kliniczną, w tym efektywnością zdrowotną, sprawuje Krajowy Ośrodek Zdrowia Psychicznego we współpracy z towarzystwami naukowymi i uczelniami wyższymi**
 - b/ jakością konsumencką sprawuje Rzecznik Praw Pacjenta we współpracy z organizacjami pacjenckimi**
 - c/ jakością zarządczą, w tym efektywnością kosztową i kulturą organizacyjną, sprawuje Narodowy Fundusz Zdrowia**



DEBATA O MODELU ORGANIZACJI I FINANSOWANIA OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ PO PILOTAŻU CZP

Zachęcam do refleksji i zapraszam do otwartego dialogu....

[*dariusz.baran@op.pl*](mailto:dariusz.baran@op.pl)

Wersja wideoprezentacji: https://youtu.be/HWZ_qAHYRgA

DZIEŃ PROTESTU 5 GRUDNIA



LIKWIDACJI CENTRÓW ZDROWIA PSYCHICZNEGO

11:00

NADZWYCZAJNY KONGRES ZDROWIA PSYCHICZNEGO
WARSZAWSKI DOM TECHNIKA NOT./UL. CZACKIEGO 3/5 WARSZAWA

13:30

ŻÓŁTY MARSZ - PRZEMARSZ PROTESTACYJNY POD SEJM RP



#dzieńprotestu

kongreszp.org.pl

