

**ROZPORZĄDZENIE**  
**MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia ..... 2019 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia  
psychicznego**

Na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 i 1394) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 852 i 1786) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 2:
  - a) po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:  
„1a) bliski dostęp – zapewnienie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej nie dalej niż w sąsiednim powiecie w stosunku do miejsca udzielania świadczeń;”,
  - b) po pkt 2 dodaje się pkt 2a i 2b w brzmieniu:  
„2a) interwencja – działanie inne niż porada, wizyta lub sesja podejmowane w warunkach ambulatoryjnych przez osoby zatrudnione w centrum w ramach działalności podstawowej, w szczególności przez: pracowników socjalnych, osoby, które uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie zdrowia publicznego lub uzyskały tytuł licencjata lub magistra na kierunku studiów w zakresie zdrowia publicznego oraz asystentów zdrowienia;
  - 2b) miejsce udzielania świadczeń – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej;”,

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 10 stycznia 2018 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 95).

- c) pkt 3 i 4 otrzymują brzmienie:
- „3) lekarz specjalista – lekarza, który posiada specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie psychiatrii;
  - 4) lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii – lekarza, który:
    - a) rozpoczął specjalizację z psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży w trybie określonym przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2019 r. poz. 537, 577 i 730) – w przypadku świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych, albo
    - b) ukończył co najmniej pierwszy rok specjalizacji z psychiatrii lub psychiatrii dzieci i młodzieży w trybie określonym przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty – w przypadku świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych i dziennych;”;
- d) po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu:
- „5a) osoba wykonująca zawód medyczny – osobę, o której mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219 oraz z 2019 r. poz. 492, 730 i 959);”;
- e) pkt 6 otrzymuje brzmienie:
- „6) postępowanie – postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzone w trybie konkursu ofert albo rokowań;”;
- f) po pkt 7 dodaje się pkt 7a w brzmieniu:
- „7a) rozporządzenie w sprawie leczenia psychiatrycznego – przepisy wydane na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień;”;
- 2) po § 3 dodaje się § 3a w brzmieniu:
- „§ 3a. 1. Centrum tworzą jednostki i komórki organizacyjne zakładów leczniczych podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 5a ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878 oraz z 2019 r. poz. 730), udzielające świadczeń opieki zdrowotnej w formie pomocy doraźnej, ambulatoryjnej, dziennej, szpitalnej i środowiskowej oraz stanowiące wyodrębnioną część w strukturze

organizacyjnej tego podmiotu określoną w regulaminie organizacyjnym, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

2. Sposób kierowania centrum jest określony w regulaminie organizacyjnym, o którym mowa w art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.”;

3) § 5 otrzymuje brzmienie:

„§ 5. Pilotażem są objęte świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień zawarte w wykazie określonym w rozporządzeniu w sprawie lecznictwa psychiatrycznego, z wyłączeniem:

- 1) świadczeń z zakresu leczenia uzależnień w warunkach stacjonarnych, dziennych i ambulatoryjnych;
- 2) świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży oraz świadczeń psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia.”;

4) po § 7 dodaje się § 7a w brzmieniu:

„§ 7a. Świadczenia z zakresu leczenia środowiskowego (domowego) świadczeniobiorcom zamieszkałym na obszarze działania centrum udziela centrum właściwe ze względu na miejsce zamieszkania, z wyjątkiem kontynuacji opieki, o której mowa w § 21 ust. 2b.”;

5) w § 11 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Oddział psychiatryczny i miejsce udzielania pomocy doraźnej mogą być zlokalizowane poza obszarem działania centrum, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia odpowiedniej dostępności publicznym transportem zbiorowym, jednak nie dalej niż w warunkach bliskiego dostępu.”;

6) w § 12:

a) w ust. 2 pkt 2 otrzymuje brzmienie:

„2) przeprowadzenie wstępnej oceny potrzeb zdrowotnych osób zgłaszających się do PZK, uzgodnienie wstępnego planu postępowania oraz udzielenie możliwego wsparcia w zakresie ustalonych potrzeb;”;

b) dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Zadania PZK, o których mowa w ust. 2 pkt 2-5, są wykonywane na rzecz świadczeniobiorców powyżej 18. roku życia zamieszkałych na obszarze działania centrum.”;

7) w § 13:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Centrum w ramach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych zapewnia wyodrębnioną całodobową opiekę lekarską we wszystkie dni tygodnia w miejscu udzielania świadczeń.”,

b) dodaje się ust. 3 w brzmieniu:

„3. Poradnia zdrowia psychicznego wchodząca w skład centrum, w ramach której nie działa PZK, może być czynna w mniejszym wymiarze godzin niż określony w ust. 2.”;

8) w § 15:

a) dotychczasową treść § 15 oznacza się jako ust. 1,

b) w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) jest zapewniona koordynacja udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej.”,

c) po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:

„1a) sporządzany jest plan terapii i zdrowienia, z uwzględnieniem ust. 3;”,

d) dodaje się ust. 2-6 w brzmieniu:

„2. Plan terapii i zdrowienia sporządza się w ramach pomocy czynnej, o której mowa w § 14 pkt 1.

3. Plan terapii i zdrowienia może być sporządzony również w ramach innych form pomocy niż pomoc czynna, o której mowa w § 14 pkt 1.

4. W przypadku sporządzenia planu terapii i zdrowienia w ramach świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach ambulatoryjnych jest dopuszczalne odstępianie od ustalania odrębnych planów: terapii lub leczenia, o których mowa w załączniku nr 6 do rozporządzenia w sprawie leczenia psychiatrycznego.

5. W przypadku odstępiania od sporządzenia planu terapii i zdrowienia w ramach innych form pomocy niż pomoc czynna, o której mowa w § 14 pkt 1, realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, sporządza się odpowiednio plan terapii lub plan leczenia, o których mowa w załączniku nr 6 do rozporządzenia w sprawie leczenia psychiatrycznego.

6. Niezależnie od planu, o którym mowa w ust. 1 pkt 1a, w przypadku hospitalizacji oraz pobytu na oddziale dziennym przedstawia świadczeniobiorcy plan postępowania terapeutycznego obejmującego ten etap leczenia oraz odnotowuje go się w dokumentacji medycznej.”;

9) po § 15 dodaje się § 15a w brzmieniu:

„§ 15a. 1. Plan terapii i zdrowienia, o którym mowa w § 15 w ust. 1 pkt 1a:

- 1) sporządza się na potrzeby określenia indywidualnego postępowania terapeutycznego i innych związanych z tym oddziaływań na rzecz świadczeniobiorcy;
  - 2) zawiera w szczególności listę podstawowych problemów zdrowotnych i społecznych, celów podejmowanych działań oraz planowanych metod ich osiągnięcia;
  - 3) sporządza zespół osób udzielających świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy, w skład którego wchodzi lekarz i koordynator opieki, o którym mowa w § 17 ust. 1;
  - 4) jest dołączany do zintegrowanej dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, o której mowa w § 15 ust. 1 pkt 3, albo do historii zdrowia i choroby prowadzonej przez podwykonawcę;
  - 5) podlega okresowej ewaluacji przez zespół, o którym mowa w pkt 3, nie rzadziej jednak niż raz w roku.
2. Zmiana planu terapii i zdrowienia, o którym mowa w § 15 w ust. 1 pkt 1a, jest przedstawiana świadczeniobiorcy celem jej uzgodnienia.”;
- 10) w § 16:
- a) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Centrum spełnia łącznie warunki realizacji świadczeń dotyczące osób wykonujących zawód medyczny, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie leczenia psychiatrycznego, dla:

    - 1) świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych;
    - 2) świadczeń dziennych psychiatrycznych dla dorosłych;
    - 3) świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych;
    - 4) leczenia środowiskowego (domowego).”
  - b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Liczba osób wykonujących zawód medyczny zatrudnionych w centrum stanowi sumę osób zatrudnionych w komórkach organizacyjnych podwykonawcy, o którym mowa w § 11 ust. 5, wydzielonych na potrzeby centrum.”
  - c) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:

„4a. W centrum zatrudnia się osoby udzielające świadczeniobiorcom wsparcia psychicznego, zwane dalej „asystentami zdrowienia”.”
  - d) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Łączna liczba osób zatrudnionych w centrum w ramach działalności podstawowej nie może być mniejsza niż równoważnik 0,6 etatu przeliczeniowego na 1000 świadczeniobiorców powyżej 18. roku życia zamieszkałych na obszarze działania centrum z uwzględnieniem danych, o których mowa w § 20 ust. 4.”;

e) dodaje się ust. 6 w brzmieniu:

„6. Do osób zatrudnionych w centrum w ramach działalności podstawowej zalicza się:

- 1) osoby wykonujące zawody medyczne, o których mowa w ust. 2;
- 2) pracowników socjalnych;
- 3) osoby, które uzyskały tytuł specjalisty w dziedzinie zdrowia publicznego lub uzyskały tytuł licencjata lub magistra na kierunku studiów w zakresie zdrowia publicznego;
- 4) asystentów zdrowienia.”;

11) w § 17 ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:

„2. Koordynatorzy, o których mowa w ust. 1, są wyznaczani spośród osób zatrudnionych w ramach działalności podstawowej, o których mowa w § 16 ust. 5, które posiadają odpowiednie umiejętności i doświadczenie zawodowe, z wyjątkiem asystentów zdrowienia.

3. Do zadań koordynatora opieki należy:

- 1) współudział w tworzeniu planów terapii i zdrowienia oraz okresowy przegląd ich realizacji;
- 2) udzielanie świadczeniobiorcy wsparcia i informacji o organizacji procesu terapii i zdrowienia oraz jego koordynacja;
- 3) zagwarantowanie współpracy i wymiany informacji między osobami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej;
- 4) pomoc i wsparcie świadczeniobiorcy w załatwianiu spraw wobec podmiotów zewnętrznych;
- 5) współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym świadczeniobiorcy.”;

12) § 18 otrzymuje brzmienie:

„§ 18. Dostępność godzinową (tygodniowo) jednej osoby wchodzącej w skład personelu medycznego określa się w jednym harmonogramie dla wszystkich zakresów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez centrum łącznie, bez wyszczególniania

tych zakresów, w zależności od potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców i w oparciu o konieczność zapewnienia świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z planów terapii i zdrowienia oraz planów terapii i leczenia, o których mowa w załączniku nr 6 do rozporządzenia w sprawie leczenia psychiatrycznego.”;

13) w § 20:

a) ust. 1-4 otrzymują brzmienie:

„1. Wysokość ryczałtu na populację ustala się na półroczne okresy rozliczeniowe.

2. Wysokość ryczałtu na populację stanowi iloczyn liczby osób powyżej 18. roku życia oraz stawki na świadczeniobiorcę.

3. Stawka na świadczeniobiorcę:

- 1) wynosi 39,61 zł;
- 2) w przypadku, w którym kwota przeznaczona na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w III i IV kwartale 2019 r. jest wyższa niż kwota przeznaczona na realizację świadczeń opieki zdrowotnej z tego zakresu w I i II kwartale 2019 r. podlega waloryzacji odpowiadającej dynamice wzrostu, zgodnie z informacjami zawartymi w sprawozdaniach kwartalnych Funduszu;
- 3) w przypadku, w którym kwota przeznaczona na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w I i II kwartale 2020 r. jest wyższa niż kwota przeznaczona na realizację świadczeń opieki zdrowotnej z tego zakresu w III i IV kwartale 2019 r. podlega waloryzacji odpowiadającej dynamice wzrostu, zgodnie z informacjami zawartymi w sprawozdaniach kwartalnych Funduszu;
- 4) w przypadku, w którym kwota przeznaczona na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w III i IV kwartale 2020 r. jest wyższa niż kwota przeznaczona na realizację świadczeń opieki zdrowotnej z tego zakresu w I i II kwartale 2020 r. podlega waloryzacji odpowiadającej dynamice wzrostu, zgodnie z informacjami zawartymi w sprawozdaniach kwartalnych Funduszu;
- 5) w stosunku do mieszkańców domów pomocy społecznej zlokalizowanych na obszarze działania centrum jest zwiększana dziewięciokrotnie.”,

b) po ust. 4 dodaje się ust. 4a i 4b w brzmieniu:

„4a. Liczbę mieszkańców domów pomocy społecznej, o których mowa w ust. 3 pkt 5, ustala się według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego rok, na który jest określana wysokość ryczałtu na populację na rok następny.

4b. Liczbę świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 4, w tym liczbę mieszkańców domów pomocy społecznej, o której mowa w ust. 3 pkt 5, ustala dyrektor oddziału Funduszu.”;

14) po § 20 dodaje się § 20a w brzmieniu:

„§ 20a. 1. Określając szczegółowe warunki rozliczania świadczeń, Prezes Funduszu może ustalać współczynniki korygujące mające na celu polepszenie jakości i zwiększenie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia zamieszkującym obszar działania centrum.

2. Prezes Funduszu określa współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 1, dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych udzielanych osobom zamieszkującym obszar działania centrum przez innych świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień lub umowy o realizację programu pilotażowego w warunkach bliskiego dostępu, z wyjątkiem świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych na podstawie skierowania lekarza centrum.

3. Prezes Funduszu określa współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 1, dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych udzielanych osobom zamieszkującym obszar działania centrum przez innych świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień lub umowy o realizację programu pilotażowego.

4. Prezes Funduszu określa współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 1, dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych udzielanych przez centrum osobom zamieszkującym obszar inny niż obszar działania tego centrum.

5. Współczynniki korygujące, o których mowa w ust. 3 i 4, nie mają zastosowania w stosunku do świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom kontynuującym leczenie u danego świadczeniodawcy w dniu rozpoczęcia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej,



o których mowa w § 5, jeżeli przerwa w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej nie przekroczyła 180 dni kalendarzowych.

6. W przypadku, o którym mowa w ust. 2, rozliczenie okresu przekraczającego 15 dni leczenia następuje z zastosowaniem współczynnika korygującego o wartości nie wyższej niż 0,8.

7. W przypadkach, o których mowa w ust. 3 i 4, stosuje się współczynnik korygujący o wartości nie wyższej niż 0,8.”;

15) w § 21:

a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Wartość umowy o realizację pilotażu ulega pomniejszeniu przez Fundusz o wartość świadczeń opieki zdrowotnej sfinansowanych przez Fundusz, udzielonych świadczeniobiorcom z tej populacji przez innych świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień lub umowy o realizację programu pilotażowego, z uwzględnieniem współczynników korygujących.

2. Przez świadczenia, o których mowa w ust. 1, rozumie się świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresach świadczeń:

- 1) świadczenia psychiatryczne dla dorosłych;
- 2) świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie;
- 3) świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych;
- 4) świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej;
- 5) świadczenia opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne dla dorosłych;
- 6) świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne dla dorosłych;
- 7) świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych;
- 8) świadczenia dzienne psychiatryczne rehabilitacyjne dla dorosłych;
- 9) świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych;
- 10) świadczenia psychologiczne;
- 11) leczenie środowiskowe (domowe).”

b) po ust. 2 dodaje się ust. 2a i 2b w brzmieniu:

„2a. W zakresach świadczeń wymienionych w ust. 2 pkt 2-8 i 10 kwota ryczałtu na populację ulega pomniejszeniu w przypadku, gdy udzielanie świadczeń

w tych zakresach rozpoczęło się na podstawie skierowania lekarza centrum właściwego dla świadczeniobiorcy, wystawionego w okresie obowiązywania umowy o realizację programu pilotażowego.

2b. W zakresie świadczenia, o którym mowa w ust. 2 pkt 11, kwota ryczałtu na populację ulega pomniejszeniu w przypadku, gdy świadczenia były udzielane świadczeniobiorcom kontynuującym leczenie u danego świadczeniodawcy, jeżeli przerwa w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej nie przekroczyła 30 dni kalendarzowych.”,

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. Pomniejszenia, o którym mowa w ust. 1, dokonuje się w kolejnym okresie rozliczeniowym, po przekazaniu świadczeniodawcy przez dyrektora oddziału Funduszu szczegółowej informacji o kwocie pomniejszenia, w tym o liczbie i wartości poszczególnych produktów rozliczeniowych, wynikającej z poprzedniego okresu rozliczeniowego z wyjątkiem ostatniego okresu rozliczeniowego, w przypadku którego pomniejszenie obejmuje także koszty świadczeń planowanych na ten okres.”;

16) po § 21 dodaje się § 21a w brzmieniu:

„§ 21a. 1. Dyrektor oddziału Funduszu nie prowadzi postępowań ani nie zawiera odrębnych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących zakresy, o których mowa w § 21 ust. 2 pkt 1 i 7-11, z innymi świadczeniodawcami niż podmiot prowadzący centrum, zlokalizowanymi na obszarze działania centrum.

2. Dyrektor oddziału Funduszu może prowadzić postępowania i zawierać odrębne umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z podmiotami prowadzącymi centrum obejmujące zakresy, o których mowa w § 21 ust. 2 pkt 1 i 7-11, na rzecz świadczeniobiorców zamieszkujących obszar inny niż obszar działania centrum, jeżeli jest to konieczne dla zabezpieczenia właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w tych zakresach.

3. Świadczenia opieki zdrowotne, o których mowa w ust. 2, są udzielane w jednostkach i komórkach organizacyjnych nie wchodzących w skład centrum.”;

17) w § 22:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Kwota ryczałtu na populację nie ulega pomniejszeniu o koszty świadczeń szpitalnych udzielanych w trybie planowym świadczeniobiorcom z populacji objętej

pilotażem realizowanych w oddziałach klinicznych - w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej świadczeniodawcy wskazanego w załączniku nr 2 do rozporządzenia na podstawie skierowania lekarza centrum właściwego dla świadczeniobiorcy.”,

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a i 1b w brzmieniu:

„1a. Jeżeli oddział kliniczny, o którym mowa w ust. 1, jest komórką organizacyjną podmiotu prowadzącego centrum, a nie wchodzi w skład centrum, warunkiem niedokonania pomniejszenia kwoty ryczału na populację jest zakwalifikowanie świadczeniobiorcy do leczenia na tym oddziale na podstawie procedury kwalifikacyjnej ustalonej przez ten podmiot leczniczy.

1b. Kwota ryczału na populację nie ulega pomniejszeniu o koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych przez innego świadczeniodawcę posiadającego umowę zawartą z Funduszem w zakresie:

- 1) leczenia elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW);
- 2) świadczeń psychogeriatrycznych (hospitalizacje);
- 3) leczenia zaburzeń nerwicowych dla dorosłych;
- 4) świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu;
- 5) świadczeń dziennych rehabilitacyjnych dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi;
- 6) świadczeń dziennych psychiatrycznych geriatrycznych;
- 7) świadczeń dziennych leczenia zaburzeń nerwicowych;
- 8) świadczeń seksuologicznych i patologii współżycia;
- 9) programu terapii zaburzeń preferencji seksualnych;
- 10) świadczeń dla osób z autyzmem dziecięcym lub innymi całościowymi zaburzeniami rozwoju.”,

c) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Kwota ryczału na populację nie ulega pomniejszeniu o koszty świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja) oraz leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja) realizowanych w innych oddziałach psychiatrycznych.”;

18) w § 23:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Kwota wartości umowy zawiera kwotę przeznaczoną na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych przez centrum świadczeniobiorcom zamieszkującym poza obszarem działania centrum, przy rozliczaniu których za cenę przyjmuje się średnią cenę jednostkową w danym województwie w okresie rozliczeniowym, w którym udzielono świadczenia opieki zdrowotnej.”,

b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a-1c w brzmieniu:

„1a. Jeżeli wartość świadczeń udzielonych w jednostkach i komórkach organizacyjnych centrum świadczeniobiorcom zamieszkującym poza obszarem działania centrum przekroczy w dwóch kolejnych okresach rozliczeniowych łączną kwotę stanowiącą 20% wartości ryczału na populację bez pomniejszych, o których mowa w § 21, dyrektor oddziału Funduszu zawiera z podmiotem prowadzącym centrum odrębną umowę, o której mowa w § 21a ust. 2. Przepis § 21a ust. 3 stosuje się odpowiednio.

1b. Do wartości świadczeń, o których mowa w ust. 1a zdanie pierwsze, nie wlicza się wartości świadczeń, o których mowa w ust. 3, niezależnie od miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy.

1c. W przypadku, gdy podmiot prowadzący centrum jest utworzony lub prowadzony przez uczelnię medyczną przepis ust. 1b stosuje się, gdy wartość świadczeń, o których mowa w ust. 1a, przekroczy w okresie rozliczeniowym 40% wartości ryczału na populację bez pomniejszych.”,

c) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

„3. W przypadku zrealizowania świadczeń opieki zdrowotnej w centrum obejmujących leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja) oraz leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja) świadczeniodawca przedstawia do rozliczenia do Funduszu świadczenia na podstawie średniej ceny jednostkowej w danym województwie w okresie rozliczeniowym, w którym udzielono świadczenie, niezależnie od miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy.”;

19) w § 24:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Przekazywane przez Fundusz środki w ramach umowy o realizację pilotażu mogą być rozliczone z zastrzeżeniem możliwości wykorzystania ich wyłącznie na:

- 1) pokrycie bieżących kosztów funkcjonowania centrum związanych z udzielaniem świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, a także zapewnieniem gotowości ich udzielania na rzecz populacji objętej pilotażem;
  - 2) budowę, rozbudowę, utrzymanie i modernizację infrastruktury jednostek i komórek organizacyjnych wchodzącym w skład centrum.”,
- b) po ust. 1 dodaje się ust. 1a w brzmieniu:
- „1a. Środki, o których mowa w ust. 1, są przekazywane przez Fundusz na wyodrębniony dla tego celu rachunek bankowy podmiotu prowadzącego centrum.”,
- c) ust. 2 i 3 otrzymują brzmienie:
- „2. W przypadku wykazania w rozliczeniu kwoty niewykorzystanej na cele, o których mowa w ust. 1, podmiot prowadzący centrum zwraca Funduszowi środki w wysokości przekraczającej różnicę 3% między środkami przekazanymi przez Fundusz a kosztami związanymi z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, w terminie określonym w umowie, nie później niż w terminie 3 miesięcy po rozliczeniu, o którym mowa w ust. 3.
3. Rozliczenie, o którym mowa w ust. 1 i 2, następuje po zakończeniu cyklu kolejnych okresów rozliczeniowych przypadających:
- 1) do dnia 31 grudnia 2019 r.,
  - 2) po dniu 1 stycznia 2020 r. po zakończeniu każdego kolejnego okresu rozliczeniowego.”;
- 20) w § 29 w ust. 1:
- a) pkt 4 otrzymuje brzmienie:  
„4) liczbę świadczeniobiorców objętych świadczeniami opieki zdrowotnej w ramach pomocy czynnej w okresie roku;”,
  - b) pkt 6 otrzymuje brzmienie:  
„6) liczbę świadczeń domowych lub środowiskowych (wizyt, porad, sesji oraz interwencji) udzielanych poza miejscem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w okresie roku;”,
  - c) po pkt 6 dodaje się pkt 6a w brzmieniu:  
„6a) liczbę interwencji realizowanych w miejscu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w okresie roku;”;
- 21) w § 30 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Świadczeniodawca prowadzący centrum przekazuje informacje o aktualnych wskaźnikach oddziałowi Funduszu w formie raportu nie później niż do końca miesiąca następującego po każdym okresie rozliczeniowym realizacji umowy o realizację pilotażu.”;

- 22) załącznik nr 1 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;
- 23) załącznik nr 2 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia.

**§ 2.** Do pomniejszych wartości umowy, o których mowa w § 21 rozporządzenia zmienianego w § 1, oraz pomniejszych, o których mowa w § 22 rozporządzenia zmienianego w § 1, w związku z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej, przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, stosuje się przepisy rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, z wyłączeniem stawki o której mowa w § 20.

**§ 3.** Do spraw wszczętych i niezakończonych oraz świadczeń opieki zdrowotnej, których udzielanie rozpoczęto przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe.

**§ 4.** Stawkę, o której mowa w § 20 w ust. 3:

- 1) pkt 1 rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, stosuje się od dnia 1 lipca 2019 r. do dnia 31 grudnia 2019 r.;
- 2) pkt 2 rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, stosuje się od dnia 1 stycznia 2020 r. do dnia 30 czerwca 2020 r.;
- 3) pkt 3 rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem stosuje się od dnia 1 lipca 2020 r. do dnia 31 grudnia 2020 r.;
- 4) pkt 4 rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, stosuje się od dnia 1 stycznia 2021 r. do dnia 30 czerwca 2021 r.

**§ 5.** Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jest obowiązany, nie później niż w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie przepisów, o których mowa w § 4, przedstawić świadczeniodawcom w związku z waloryzacją stawki, o której mowa w § 20 ust. 3 rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, zmianę umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych ze świadczeniodawcami, o których mowa w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 1 pkt 2, 4 i 14, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.

**MINISTER ZDROWIA**

## UZASADNIENIE

Potrzeba zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 1786), zwanego dalej „rozporządzeniem”, wynika przede wszystkim z doświadczeń związanych z dotychczasową realizacją programu pilotażowego w odniesieniu do założeń wskazanych w rozporządzeniu. W ramach przedmiotowej nowelizacji jest konieczne doprecyzowanie przepisów związanych ze sposobem finansowania i rozliczania programu pilotażowego w kontekście ryczału na populację. Ponadto, jest niezbędne doprecyzowanie przepisów dotyczących finansowania, które wynika m.in. ze zidentyfikowanych rozbieżności interpretacyjnych zasygnalizowanych przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”.

Zmiany wprowadzone w słowniczku (§ 1 pkt 1 projektu rozporządzenia) mają charakter porządkujący. Dodanie definicji takich jak: bliski dostęp, interwencja czy miejsce udzielania świadczeń ma na celu doprecyzowanie pojęć związanych z realizacją założeń pilotażu.

W § 3a rozporządzenia (§ 1 pkt 2 projektu rozporządzenia) wprowadzono rozbudowaną definicję centrum zdrowia psychicznego, zwanego dalej „centrum”, i zobowiązania podmiotu prowadzącego do wyodrębnienia centrum w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego. Wynika to z konieczności zapewnienia odpowiednich warunków organizacyjnych dla realizacji celów i założeń Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 w odniesieniu do psychiatrii środowiskowej. Część podmiotów leczniczych realizujących program pilotażowy nie wyodrębniła centrum i nie zapewniła odpowiedniego sposobu kierowania centrum zgodnie z zasadą jednoosobowego kierownictwa obowiązującą w działalności leczniczej, co utrudnia prawidłową realizację programu.

Zmiana wprowadzona w § 5 rozporządzenia (§ 1 pkt 3 projektu rozporządzenia) ma charakter porządkujący.

Dodanie § 7a do rozporządzenia (§ 1 pkt 4 projektu rozporządzenia) wynika z faktu, iż opieka środowiskowa zgodnie z zasadami tej opieki powinna być realizowana w środowisku świadczeniobiorcy. Stąd wynika konieczność wprowadzenia zasady, że będzie ona realizowana wyłącznie przez właściwe centrum. Ograniczenie to nie dotyczy kontynuacji opieki.

Celem wprowadzonego w § 11 nowego brzmienia ust. 4 w rozporządzeniu (§ 1 pkt 5 projektu rozporządzenia) polega na dodaniu wyrazów „jednak nie dalej niż warunkach bliskiego dostępu” jest zagwarantowanie, że opieka stacjonarna nie będzie realizowana dalej niż w



sąsiednim powiecie.

Zmiana § 12 w ust. 2 pkt 2 rozporządzenia (§ 1 pkt 6 lit. a projektu rozporządzenia) ma charakter redakcyjno-doprecyzowujący.

Dodanie ust. 3 w § 12 rozporządzenia (§ 1 pkt 6 lit. b projektu rozporządzenia) wynika z doświadczeń pierwszych miesięcy pilotażu. Program pilotażowy nie przewiduje dodatkowego finansowania tych zadań poza ryczałtem na populację, czyli wykonywania ich na rzecz osób niezamieszkałych na obszarze objętym pilotażem.

Przepis § 13 w ust. 1 rozporządzenia (§ 1 pkt 7 lit. a projektu rozporządzenia) wprowadza zmianę doprecyzowującą i dostosowującą terminologię do rozporządzenia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert. Centrum nie zastępuje funkcji zespołów ratownictwa medycznego w udzielaniu pomocy w stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego w warunkach pozaszpitalnych.

Ponadto dodanie ust. 3 do ww. paragrafu (§ 1 pkt 7 lit. b projektu rozporządzenia) wynika z doświadczenia pierwszych miesięcy pilotażu, które wskazują na potrzebę doprecyzowania, że w skład centrum mogą wchodzić również poradnie zdrowia psychicznego, w ramach których nie działa PZK. Godziny pracy tych poradni są ustalane na zasadach ogólnych.

Nowe brzmienie przepisu § 15 ust. 1 rozporządzenia (§ 1 pkt 8 projektu rozporządzenia) - polega na doprecyzowaniu nazwy planu terapii i zdrowienia w sposób zgodny z założeniami NPOZP oraz jego treścią (uwzględniającą konieczne elementy tworzące plan określone w ust. 2 dodanego § 15a). Zmiana zawęża obligatoryjność sporządzenia planu do pomocy czynnej. W pozostałych formach pomocy opracowanie planu terapii i zdrowienia ma charakter fakultatywny, gdy niewystarczające okaże się opracowanie planów, o których w mowa w załączniku nr 6 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień zwanego dalej „rozporządzeniem w sprawie leczenia psychiatrycznego”, i konieczne będzie wyznaczenie koordynatora opieki.

Ponadto, zmieniona nazwa w sposób jednoznaczny różnicuje plan terapii i zdrowienia od planów, o których mowa w załączniku nr 6 do rozporządzenia leczenia psychiatrycznego.

Przepis dodawanego ust. 2 w § 15 rozporządzenia – nie ma uzasadnienia dublowanie planu terapii i zdrowienia z planami wymaganymi w rozporządzeniu w sprawie leczenia psychiatrycznego w ramach opieki ambulatoryjnej.

Przepisy dodawanych ust. 3-5 w § 15 rozporządzenia zawierają ustalenie planu opieki szpitalnej obejmującego działania diagnostyczne i terapeutyczne, który jest standardem obowiązującym w akredytacji szpitali zgodnie z przepisami o akredytacji w ochronie zdrowia

– obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 18 stycznia 2010 r. w sprawie standardów akredytacyjnych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych oraz funkcjonowania szpitali (Zestaw standardów akredytacyjnych szpitali, standard OP 1 – Każdy pacjent ma opracowany plan opieki).

Dodawany przepis § 15a rozporządzenia (§ 1 pkt 9 projektu rozporządzenia) definiuje plan terapii i zdrowienia oraz określa elementy, które powinien zawierać. Określone są osoby biorące udział w opracowaniu planu, a także obowiązek przedstawienia planu pacjentowi celem dokonania uzgodnienia. Na obecnym etapie realizacji pilotażu ustalanie wzoru planu w drodze rozporządzenia wydaje się przedwczesne.

Wykreślenie z § 16 w ust. 2 rozporządzenia (§ 1 pkt 10 lit. a projektu rozporządzenia) izby przyjęć wynika z tego, że nie jest ona komórką wymaganą w centrum. Ponadto rozporządzenie w sprawie leczenia psychiatrycznego w odniesieniu do izby przyjęć nie określa wymiaru wymaganego zatrudnienia osób wykonujących zawód medyczny. Po pkt. 4 dodano doprecyzowanie mówiące, że warunki dotyczące liczby osób wykonujących zawód medyczny są w centrum spełniane łącznie (suma), a nie dla poszczególnych komórek odrębnie. Celem doprecyzowanie jest wyjaśnienie pojawiających się wątpliwości.

Przepis dodawany ust. 4a do § 16 rozporządzenia (§ 1 pkt 10 lit. b projektu rozporządzenia) to przeniesienie treści obecnego przepisu z § 17 ust. 3 do nowego ust. 4a w § 16 dotyczącego zatrudnienia personelu centrum. Zmiana ma charakter porządkujący.

Przepis § 16 ust. 5 rozporządzenia (§ 1 pkt 10 lit. c projektu rozporządzenia) dotyczy koordynacji opieki. W miejsce „dopuszcza się” jednoznacznie wskazano potrzebę zatrudniania w centrum asystentów zdrowienia. Dotychczasowe brzmienie okazało się niewystarczające na rzecz rozwoju takiego zatrudnienia. Zatrudnianie asystentów zdrowienia w centrum powinno być standardem, a nie wyjątkiem. Przepis ust. 5 to zmiana doprecyzowująca wynikająca z wielokrotnie zgłaszanych przez przedstawicieli centrali Funduszu wątpliwości w kwestii zatrudniania w centrum pracowników socjalnych. Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zatrudnienie pracownika socjalnego jest ocenianym warunkiem m. in.: dla świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych, świadczeń dziennych psychiatrycznych dla dorosłych i świadczeń psychiatrycznych ambulatoryjnych dla dorosłych. Konieczne i uzasadnione jest w tym kontekście jednoznaczne potwierdzenie zasady zatrudniania pracowników socjalnych w centrum.

Przepis § 17 ust. 2 rozporządzenia (§ 1 pkt 11 projektu rozporządzenia) to zmiana

porządkującą. Kwestie dotyczące wymogów odnośnie personelu centrum reguluje przepis § 17 ust. 3 przez wyszczególnienie podstawowych zadań koordynatora opieki. Wynika to z doświadczeń pierwszych miesięcy realizacji programu i ma służyć w organizowaniu ich pracy. Do zadań koordynatora opieki poza udziałem w tworzeniu planów terapii i zdrowienia, udzielaniu świadczeniobiorcy wsparcia i informacji o organizacji procesu terapii, współpracy i wymiany informacji między osobami udzielającymi świadczeń opieki zdrowotnej, należy także pomoc i wsparcie świadczeniobiorcy w załatwianiu spraw wobec podmiotów zewnętrznych – tj. podmiotów takich jak jednostki organizacyjne pomocy społecznej czy kuratorzy sądowi. Przepis § 18 rozporządzenia (§ 1 pkt 12 projektu rozporządzenia) to zmiana doprecyzowująca w związku niejednolitą interpretacją dotychczasowego brzmienia przepisu przez oddziały wojewódzkie Funduszu.

W przepisie § 20 ust. 2b rozporządzenia (§ 1 pkt 13 projektu rozporządzenia) zawarto konieczność wprowadzenia podwyższonej stawki na świadczeniobiorcę będącego mieszkańcem domu pomocy społecznej. Wynika to z potrzeby wielokrotnie większego zaangażowania personelu centrum w domu pomocy społecznej w porównaniu do przeciętnego mieszkańca obszaru działania centrum. Analogiczne rozwiązanie funkcjonuje dla podstawowej opieki zdrowotnej.

Zmiany wprowadzone w § 20 rozporządzenia mają na celu doprecyzowanie mechanizmu waloryzacji stawki ryczałtu. Proponuje się ustalenie stawki w okresie od dnia 1 lipca 2019 r. do dnia 31 grudnia 2019 r. w wysokości stawki podstawowej (75 zł) powiększonej proporcjonalnie o wzrost sumy świadczeń psychiatrycznych wynikającej z planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 czerwca 2019 r. w stosunku do planu pierwotnego na 2018 r., będącego podstawą do ustalenia pierwotnej stawki. Przepisy ust. 2-4 określają warunki waloryzacji stawki w kolejnych okresach rozliczeniowych w oparciu o informacje zawarte w sprawozdaniach kwartalnych Narodowego Funduszu Zdrowia. Proponowany mechanizm będzie polegał na ustalaniu wartości stawki na kolejny okres rozliczeniowy (pod warunkiem wzrostu poziomu finansowania zakresu świadczeń – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień). Wartość stawki będzie określana mniej więcej w połowie okresu rozliczeniowego, w momencie przyjęcia przez Radę Narodowego Funduszu Zdrowia sprawozdania kwartalnego za kwartał poprzedzający dany okres rozliczeniowy.

Wprowadzony w § 20 ust. 3 pkt 5 rozporządzenia odnosi się do konieczności zwiększenia stawki dla pacjentów domów pomocy społecznej. Konieczność wprowadzenia podwyższonej stawki na świadczeniobiorcę będącego mieszkańcem domu pomocy społecznej wynika z potrzeby wielokrotnie większego zaangażowania personelu centrum w domach pomocy

społecznej w porównaniu do przeciętnego mieszkańca obszaru działania centrum.

Przepis § 20a rozporządzenia (§ 1 pkt 14 projektu rozporządzenia) określa, że wnioski wynikające z pierwszego okresu rozliczeniowego wskazują na konieczność wprowadzenia wskaźników wpływających na ograniczanie migracji w stosunku do pacjentów, którzy nie kontynuują opieki u dotychczasowego świadczeniodawcy, a także w ramach leczenia szpitalnego z zastrzeżeniami wynikającymi z przepisu § 22. Brzmienie ust. 1 jest odzwierciedleniem odpowiedniego przepisu z Ogólnych Warunków Umów.

Przepis § 21 ust. 1 rozporządzenia (§ 1 pkt 15 lit. a projektu rozporządzenia) – jego nowe brzmienie polega na dodaniu po przecinku wyrazów „z uwzględnieniem współczynników korygujących” i jest konsekwencją wprowadzenia przepisu § 20a.

Natomiast nowe brzmienie ust. 2 w § 21 rozporządzenia stanowi, iż wyliczone zakresy świadczeń skutkujące pomniejszeniami nie obejmują „świadczeń dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu”. Z uwagi na słaby rozwój miejsc w hostelach celowe jest utrzymanie w okresie przejściowym odrębnego finansowania motywującego do uruchamiania tego typu działalności. Punkt ten został dodany w przepisie § 22.

Wprowadzono zasadę, że z ryczału centrum jest finansowane leczenie na oddziale dziennym poza centrum oraz na oddziałach dla chorych somatycznie, przewlekle chorych oraz rehabilitacji psychiatrycznej wyłącznie na podstawie lekarza właściwego centrum.

W dodawanych ust. 2a i 2b w § 21 rozporządzenia (§ 1 pkt 15 lit. b projektu rozporządzenia) wskazano, że opieka środowiskowa, zgodnie z zasadami tej opieki, powinna być realizowana w środowisku świadczeniobiorcy. Stąd wynika konieczność wprowadzenia zasady, że będzie ona realizowana wyłącznie przez właściwe centrum. Ograniczenie to nie dotyczy kontynuacji opieki.

Ponadto, w nowym brzmieniu ust. 3 w § 21 rozporządzenia (§ 1 pkt 15 lit. c projektu rozporządzenia) wskazano otrzymywanie przez podmiot prowadzący centrum pełnej informacji o liczbie i strukturze świadczeń finansowanych z ryczału.

Dodawany § 21a rozporządzenia (§ 1 pkt 16 projektu rozporządzenia) uniemożliwia zawieranie umów z innymi świadczeniodawcami zlokalizowanymi na obszarze działania centrum. Wprowadzenie przepisu jest konieczne z uwagi na przypadki zawierania takich umów przez dyrektorów oddziałów Funduszu w sytuacji, gdy nie wynika to z potrzeby zabezpieczenia dostępności. Świadczeniodawcy ci mogą być podwykonawcami podmiotu prowadzącego centrum.

Umożliwione jest natomiast zawieranie umów na rzecz pacjentów spoza obszaru pilotażu z podmiotem prowadzącym centrum, jeśli zachodzi taka potrzeba.

Przepis § 22 ust. 1 rozporządzenia (§ 1 pkt 17 lit. a projektu rozporządzenia) – zmiana brzmienia ust. 1 ma na celu podkreślenie, że celem przepisu jest zapewnienie możliwości specjalistycznego leczenia szpitalnego pacjentom z obszaru działania centrum, jeśli wymaga tego stan zdrowia. Odpowiednio został zmodyfikowany załącznik nr 2 do rozporządzenia (§ 1 pkt 22 projektu rozporządzenia), z którego wykreślono podmioty realizujące leczenie zaburzeń nerwicowych dla osób dorosłych, gdyż możliwość taka wynika z ust. 1b.

Zmiana w lp. 2 załącznika nr 1 polegająca na rozszerzeniu obszaru objętego programem pilotażowym i zwiększania populacji do objęcia opieki przez centrum została wprowadzona na prośbę podkarpackiego oddziału wojewódzkiego Funduszu po przeprowadzonej analizie, z której wynika, iż ponad 89% pacjentów powiatu Kolbuszowskiego jest hospitalizowanych na oddziale centrum. Po wprowadzeniu przedmiotowej zmiany populacja objęta opieką wyniesie 123 750 osób. Ponadto, zmiana wprowadzona w lp. 11 polegająca na zwiększeniu populacji do objęcia opieką przez centrum została wprowadzona na wniosek realizatora pilotażu. Po wprowadzeniu przedmiotowej zmiany populacja objęta opieką wyniesie 144 364 osób.

W nowym brzmieniu załącznika nr 2 do rozporządzenia wyszczególniono oddziały kliniczne stanowiące bazę dla klinik uczelni publicznych (z wyjątkiem sytuacji, gdy wszystkie podmioty prowadzące centra w danym województwie dysponują swoimi oddziałami klinicznymi), oddziały kliniczne w instytutach badawczych, a także oddziały kliniczne podmiotów prowadzących centrum. Termin „oddziały kliniczne” użyto w rozumieniu art. 210 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.).

Dodawany ust. 1a w § 22 rozporządzenia (§ 1 pkt 17 lit. b projektu rozporządzenia) wynika z potrzeby ograniczania nieuzasadnionego wykorzystywania ust. 1, a ust. 1b zawiera wykaz zakresów, w ramach których nie dokonuje się pomniejszeń i został skorelowany z § 21 ust. 2. W nowym brzmieniu ust. 4 w § 22 rozporządzenia (§ 1 pkt 17 lit. c projektu rozporządzenia) uzupełniono nieuzasadnione pominięcie leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja).

Przepis § 23 – nowe brzmienie ust. 1 rozporządzenia (§ 1 pkt 18 lit. a projektu rozporządzenia) ma charakter doprecyzowujący w związku z różną praktyką oddziałów wojewódzkich Funduszu. Dodawane ust. 1a–1c (§ 1 pkt 18 lit. b projektu rozporządzenia) zawierają wprowadzenie limitu ograniczającego migrację pacjentów do centrum. Jest to konieczne z uwagi na występującą praktykę niektórych oddziałów wojewódzkich polegającą na obejmowaniu umową pilotażową świadczeń dla pacjentów spoza obszaru pilotażu w dużej skali, porównywalnej lub przekraczających wartość ryczałtu na populację.

W nowym brzmieniu ust. 3 (§ 1 pkt 18 lit. c projektu rozporządzenia) usunięto wątpliwości

związane z rozliczaniem leczenia zespołów abstynencyjnych po innych substancjach psychoaktywnych niż alkohol.

Przepis § 24 ust. 1 rozporządzenia (§ 1 pkt 19 lit. a projektu rozporządzenia) wskazuje wyłącznie na środki przekazywane w ramach umowy na realizację pilotażu. Natomiast nowe brzmienie pkt 1 i 2 doprecyzowuje, że środki z umowy pilotażowej mogą być przeznaczone na pokrycie kosztów wszystkich świadczeń udzielanych przez komórki organizacyjne centrum (również osobom spoza obszaru pilotażu) oraz na pokrycie kosztów gotowości na rzecz mieszkańców obszaru pilotażu.

Dodawany ust 1a w § 24 ust. 1 rozporządzenia (§ 1 pkt 19 lit. b projektu rozporządzenia) zobowiązuje do odrębnego rachunku bankowego, na wzór umów w zakresie środków europejskich, i powinien zapewnić większą przejrzystość wydatkowania środków.

Nadanie nowego brzmienia ust. 2 i 3 w § 24 rozporządzenia (§ 1 pkt 19 lit. c projektu rozporządzenia) polega na skróceniu okresu rozliczenia do 1,5 roku i zwrotu niewykorzystanych środków po tym okresie, Zmiana wynika z informacji, że część podmiotów nie przeznacza wszystkich środków na cele określone w rozporządzeniu.

Przepis § 29 w pkt 4 i 6 rozporządzenia (§ 1 pkt 20 lit. a i b projektu rozporządzenia) zawiera zmianę doprecyzowującą oraz porządkującą. Natomiast w dodawanym pkt 6a w § 29 rozporządzenia (§ 1 pkt 20 lit. c projektu rozporządzenia) ma na celu umożliwienie pozyskania danych dotyczących liczby interwencji w miejscu udzielania świadczeń.

Przepis § 30 ust. 2 rozporządzenia (§ 1 pkt 21 projektu rozporządzenia) jest to zmiana doprecyzowująca w związku z pojawiającymi się wątpliwościami dotyczącymi terminu przekazania informacji. Literalne zastosowanie terminu 6 miesięcy oznaczałoby różne sześciomiesięczne okresy dla poszczególnych centrów, w zależności od daty rozpoczęcia realizacji umowy. np. od VII 2018 r. do XII 2018 r. albo od X. 2018 r. do III. 2019. Niektóre oddziały wojewódzkie Funduszu takich raportów oczekują, choć wydaje się to nieracjonalne z punktu widzenia analiz rok do roku.

Proponuje się, aby przepisy zawarte w § 1 pkt 13 projektu rozporządzenia w zakresie § 20 ust. 3 rozporządzenia, dotyczące waloryzacji stawki ryczałtu miały zastosowanie do ustalania kwoty zobowiązania w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem - od dnia 1 lipca 2019 r. do dnia 31 grudnia 2019 r, ponadto od dnia 1 stycznia 2020 r. do dnia 30 czerwca 2020 r. oraz 1 lipca 2020 r. do dnia 31 grudnia 2020 r., jak również od dnia 1 stycznia 2021 r. do dnia 30 czerwca 2021 r.

Zaproponowanie wartości stawki obowiązującej od dnia 1 lipca 2019 r. do dnia 31 grudnia 2019 r. wynika z konieczności wyrównania środków w drugim półroczu 2019 r. i usystematyzowanego zwaloryzowania stawki ryczałtu przez Fundusz w związku ze wzrostem sumy świadczeń psychiatrycznych wynikającej z planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 czerwca 2019 r. w stosunku do planu pierwotnego na 2018 r. Jednocześnie należy podkreślić, iż wskazanie półrocznych okresów waloryzacji stawki ryczałtu wynika z konieczności dostosowania przedmiotowego zagadnienia do wysokości ryczałtu, który jest ustalany na półroczne okresy rozliczeniowe. Ponadto przedmiotowa kwestia jest dostosowana do stanowiących podstawę wyliczenia wzrostu stawki ryczałtu sprawozdań kwartalnych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przewiduje się, że rozporządzenie wejdzie w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyłączeniem § 1 pkt 2, 4 i 14, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 r., ponieważ niezbędne jest danie realizatorom programu pilotażowego czasu na dostosowanie struktury centrum i sposobu realizacji założeń pilotażu do ww. przepisów oraz umożliwienie Narodowemu Funduszowi Zdrowia opracowania współczynników korygujących mających na celu polepszenie jakości i zwiększenie dostępności świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia zamieszkującym obszar działania centrum.

Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedłożenia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej lub Europejskiemu Bankowi Centralnemu w celu uzyskania opinii, dokonania konsultacji lub uzgodnienia.

Projekt rozporządzenia nie ma wpływu na działalność mikro-, małych i średnich przedsiębiorców. Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.

Projektowane rozporządzenie nie zawiera przepisów technicznych i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

## Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia

z dnia ... 2019 r. (poz. ...)

### Załącznik nr 1

Realizatorzy pilotażu oraz obszar działania centrum zdrowia psychicznego

	1	2	4
L.p.	Nazwa podmiotu	Województwo	Obszar działania centrów wraz z kodem jednostki podziału terytorialnego
1	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	łódzkie	osiedla administracyjne m. Łodzi: (dawna dzielnica Widzew) Andrzejów, Dolina Łódki, Mileszki, Nowosolna, Olechów-Janów, Stary Widzew, Stoki, Widzew-Wschód, Zarzew, Osiedle nr 33 Kody TERYT: 1061069
2	Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Nowej Dębie	podkarpackie	powiat kolbuszowski, powiat tarnobrzeski, m. Tarnobrzeg Kody TERYT: 1806, 1820, 1864,
3	Regionalny Szpital w Kołobrzegu	zachodniopomorskie	powiat kołobrzeski Kod TERYT: 3208
4	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Radzynie Podlaskim	lubelskie	powiat radzyński Kod TERYT: 0615
5	Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży	podlaskie	m. Łomża, powiat łomżyński Kody TERYT: 2062, 2007
6	Szpital Miejski Św. Jana Pawła II w Elblągu	warmińsko-mazurskie	m. Elbląg, powiat elbląski Kody TERYT: 2861, 2804
7	Szpital Specjalistyczny Ducha Świętego w Sandomierzu	świętokrzyskie	powiat sandomierski Kod TERYT: 2609
8	Szpital Wolski im. Dr. Anny Gostyńskiej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej (Warszawa)	mazowieckie	dzielnica m. st. Warszawy: Wola Kod TERYT: 1465188
9	Wielospecjalistyczny Szpital Wojewódzki w Gorzowie Wlkp. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	lubuskie	m. Gorzów Wielkopolski Kod TERYT: 0861
10	Instytut Psychiatrii i Neurologii (Warszawa)	mazowieckie	dzielnica m. st. Warszawy: Mokotów Kod TERYT: 1465058



11	„MEDISON” Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w Koszalinie	zachodniopomorskie	m. Koszalin, powiat koszaliński Kod TERYT: 3261, 3209
12	Specjalistyczny Psychiatryczny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Suwałkach	podlaskie	m. Suwałki, powiat suwalski Kody TERYT: 2063, 2012
13	Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej im. Prof. Antoniego Kępińskiego w Jarosławiu	podkarpackie	powiat jarosławski Kod TERYT: 1804
14	Szpital Specjalistyczny im. Henryka Klimontowicza w Gorlicach	małopolskie	powiat gorlicki Kod TERYT: 1205
15	Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. Prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie	mazowieckie	m. Pruszków, powiat pruszkowski, gmina Podkowa Leśna, dzielnica Ursus m. st. Warszawa Kody TERYT: 1421021, 1421, 1405021, 1465128
16	Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Tarnowie	małopolskie	m. Tarnów Kod TERYT: 1263
17	Wojewódzki Szpital Zespólny im. L. Rydygiera w Toruniu	kujawsko-pomorskie	m. Toruń Kod TERYT: 0463
18	Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Bielsku-Białej	śląskie	m. Bielsko-Biała Kod TERYT: 2461
19	Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	pomorskie	powiat kościerski Kod TERYT: 2206
20	Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie	śląskie	powiat cieszyński Kod TERYT: 2403
21	Szpital Ogólny im. Dr Witolda Gineła w Grajewie	podlaskie	powiat grajewski, Kod TERYT: 2004
22	Samodzielny Publiczny Szpital dla Nerwowo i Psychiczenie Chorych w Międzyrzeczu	lubuskie	gminy Bledzew, Przytoczna, Pszczew, Międzyrzecz, Skwierzyna, Trzciel Kody TERYT: 0803012, 0803032, 0803042, 0803023, 0803053, 0803063
23	Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością	mazowieckie	dzielnica m. st. Warszawy: Targówek kod TERYT: 1465118

24	Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi Szpital im. dr. J. Babińskiego	łódzkie	Łódź-Bałuty Kod TERYT: 1061029
25	Wojewódzki Szpital dla Nerwowo i Psychicznie Chorych w Bolesławcu	dolnośląskie	Powiat bolesławiecki Kod TERYT: 0201
26	Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Chełmie	lubelskie	Miasto Chełm; powiat chełmski Kody TERYT: 0662, 0603
27	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Hajnówce	podlaskie	Powiat hajnowski, bielski i siemiatycki Kody TERYT: 2005, 2003, 2010
28	Szpital Uniwersytecki w Krakowie	małopolskie	Kraków-Śródmieście Kod TERYT: 1261059

**Załącznik nr 2****Wykaz ośrodków udzielających świadczeń specjalistycznych świadczeniobiorcom z populacji objętej pilotażem realizowanych zgodnie z profilem działalności komórki organizacyjnej nieskutkujący pomniejszaniem kwoty ryczałtu u świadczeniodawcy prowadzącego centrum**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa podmiotu i nazwa kliniki</b>	<b>Nazwa komórki organizacyjnej wraz z kodem resortowym identyfikującym komórkę organizacyjną stanowiącą część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych</b>	<b>Województwo</b>
1.	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu Klinika Psychiatrii	Stacjonarny Oddział Psychiatryczny – 613	dolnośląskie
2.	Wojewódzki Szpital Zespolony im. L. Rydygiera w Toruniu II Klinika Psychiatrii	II Klinika Psychiatrii – 217 Oddział Kliniczny VII Psychiatrii Wiek Podeszłego – 219	kujawsko-pomorskie
3.	Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr A. Jurasza w Bydgoszczy Klinika Psychiatrii	Klinika Psychiatrii – 161 Oddział Zaburzeń Lękowych i Afektywnych – 162	kujawsko-pomorskie
4.	Samodzielny Publiczny Szpital	Oddział Ogólnopsychiatryczny – 024	lubelskie

	<p>Kliniczny nr 1 w Lublinie</p> <p>I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji</p> <p>II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej</p>	<p>Oddział Leczenia Nerwic i Terapii Zaburzeń Odżywiania – 028</p>	
5.	<p>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi</p> <p>Klinika Psychiatrii Wieku Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych</p> <p>Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych</p>	<p>Oddział Dzienny Zaburzeń Psychotycznych – 030</p> <p>Oddział Psychiatrii Wieku Podeszłego – 031</p> <p>Oddział Zaburzeń Afektywnych – 034</p> <p>Pododdział Diagnostyczno-Obserwacyjny – 035</p>	<p>łódzkie</p>
6.	<p>Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi</p> <p>Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi</p>	<p>Oddział Psychiatryczny F – 009</p>	<p>łódzkie</p>
7.	<p>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital</p>	<p>Oddział Psychiatrii Dorosłych – 187</p>	<p>małopolskie</p>

	Uniwersytecki w Krakowie Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży		
8.	Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie I Klinika Psychiatryczna II Klinika Psychiatryczna III Klinika Psychiatryczna Klinika Nerwic, Zaburzeń Osobowości i Odżywiania	Oddział F 1 – 001 Oddział F 2 – 002 Oddział F 4 – 005 Oddział F 5 – 008 Oddział F 6 – 009 Oddział F 7 – 006 Oddział F 9 – 010 Oddział F 10 – 003 Oddział Całodobowy Kliniki Nerwic– 017 Specjalistyczny Pododdział Leczenia Zaburzeń Odżywiania i Otyłości – 062	mazowieckie
9.	Mazowieckie Specjalistyczne Centrum Zdrowia im. prof. Jana Mazurkiewicza w Pruszkowie Klinika Psychiatryczna	Oddział Kliniczny ogólnopsychiatryczny II DE – 005	mazowieckie
10.	Mazowiecki Szpital Bródnowski w Warszawie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością (Warszawa)	Oddział Psychiatryczny – 130	

	II Klinika Psychiatryczna		
11.	Szpital Wolski im. dr. Anny Gostyńskiej Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie Klinika Psychiatrii	Kliniczny Oddział psychiatryczny – 020	mazowieckie
12.	Samodzielny Publiczny Psychiatryczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr. Stanisława Deresza w Choroszczy Klinika Psychiatrii	Oddział ogólnopsychiatryczny IV Klinika Psychiatrii UM w Białymstoku – 054 Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych – 060	podlaskie
13.	Uniwersyteckie Centrum Kliniczne (Gdańsk) Klinika Psychiatrii Dorosłych	Klinika Psychiatrii Dorosłych – 133	pomorskie
14.	Wojewódzki Szpital Psychiatryczny im. prof. Tadeusza Bilikiewicza w Gdańsku Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wiek Podeszłego	Oddział psychiatryczny dla dorosłych 20 A – 005	pomorskie
15.	Górnośląskie Centrum Medyczne	Oddział Psychiatrii i Psychoterapii – 006	śląskie

	im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Klinika Psychiatrii i Psychoterapii		
16.	Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy Spółka Akcyjna im. dr B. Hagera (Tarnowskie Góry) Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii	Oddział Psychiatryczny – 012	śląskie
17.	Szpital Kliniczny im. Karola Jonschera Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu Klinika Psychiatrii Dorosłych	Oddział A Psychiatryczny Dorosłych – 014 Oddział B Psychiatryczny Dorosłych – 015 Oddział C Psychiatryczny Dorosłych – 016	wielkopolskie
18.	Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego im. prof. Tadeusza Sokołowskiego w Szczecinie Klinika Psychiatrii	Klinika Psychiatrii z Oddziałem Dziennym Psychiatrycznym – 025	Zachodniopomorskie”.