

**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 dentystry (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 dentystry – 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 ryczału 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 ryczału 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 ryczałtu 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 ryczałtu 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**

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM, LEGISLACYJNYM I  
REDAKCYJNYM

Konrad Miłoszewski

Dyrektor

Departamentu Prawnego w Ministerstwie Zdrowia

/dokument podpisany elektronicznie/