

Warszawa, dnia 14 października 2019 r.

Poz. 1953

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 9 października 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, z późn. zm.²⁾) 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 i leczenia środowiskowego (domowego) przez osoby zatrudnione w centrum w ramach działalności podstawowej;

2b) miejsce udzielania świadczeń – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń w tej samej lokalizacji, powiązanych funkcjonalnie i organizacyjnie w celu wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej;”
 - 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, 730 i 1590) – 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 psychiatrycznych;”
 - d) po pkt 5 dodaje się pkt 5a w brzmieniu:

„5a) osoba wykonująca zawód medyczny – osobę uprawnioną do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osobę legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny;”
 - e) uchyla się pkt 6,
 - f) po pkt 6 dodaje się pkt 6a w brzmieniu:

„6a) postępowanie – postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzone w trybie konkursu ofert albo rokowań;”

¹⁾ 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).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 1394, 1590, 1694, 1726, 1818 i 1905.

g) 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, w skład którego wchodzi jednostki i komórki organizacyjne zakładów leczniczych podmiotu leczniczego, stanowi 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 (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219 oraz z 2019 r. poz. 492, 730, 959 i 1655).

2. Komórki organizacyjne wchodzące w skład jednostek organizacyjnych, o których mowa w ust. 1, nie mogą realizować umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej innej, niż umowa o realizację pilotażu.

3. 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) w § 5 wprowadzenie do wyliczenia otrzymuje brzmienie:

„Pilotażem są objęte świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień zawarte w wykazie określonym w rozporządzeniu w sprawie leczenia psychiatrycznego, z wyłączeniem.”;

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 leczenia zgodnie z § 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 terapeutycznego oraz udzielenie możliwego wsparcia w zakresie ustalonych potrzeb;”;

b) dodaje się ust. 3 i 4 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.

4. W zakresie zadań, o których mowa w ust. 2 pkt 1 i 4, świadczeniodawca prowadzący centrum przekazuje Funduszowi informację o liczbie zadań wykonanych miesięcznie, bez podawania danych charakteryzujących osoby, na rzecz których wykonano te zadania.”;

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;”;
 - po pkt 1 dodaje się pkt 1a w brzmieniu:
 - „1a) jest sporządzany plan terapii i zdrowienia, z uwzględnieniem ust. 2 i 3;”;
- c) 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: terapeutycznego lub leczenia, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie leczenia psychiatrycznego.
 - 5. W przypadku niesporządzenia 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 terapeutyczny lub plan leczenia, o których mowa w rozporządzeniu w sprawie leczenia psychiatrycznego.
 - 6. Niezależnie od planu terapii i zdrowienia, w przypadku hospitalizacji oraz pobytu na oddziale dziennym wyznaczony lekarz przedstawia świadczeniobiorcy plan postępowania terapeutycznego obejmującego ten etap leczenia oraz odnotowuje go w dokumentacji medycznej.”;
- 9) po § 15 dodaje się § 15a w brzmieniu:
- „§ 15a. 1. Plan terapii i zdrowienia, o którym mowa w § 15 ust. 1 pkt 1a:
- 1) sporządza się na potrzeby określenia indywidualnego postępowania terapeutycznego i innych związanych z nim 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 co najmniej lekarz i koordynator opieki, o którym mowa w § 17 ust. 1;
 - 4) jest dołączany do dokumentacji medycznej, 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. Plan terapii i zdrowienia, o którym mowa w § 15 ust. 1 pkt 1a, oraz każda jego zmiana są przedstawiane świadczeniobiorcy w celu ich uzgodnienia.”;
- 10) w § 16:
- a) 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 centrum oraz komórkach organizacyjnych podwykonawcy, o którym mowa w § 11 ust. 5 i 6, wydzielonych na potrzeby centrum.”;
- b) po ust. 4 dodaje się ust. 4a w brzmieniu:
- „4a. W centrum zatrudnia się osoby udzielające świadczeniobiorcom wsparcia psychicznego, zwane dalej „asystentami zdrowienia”.”;
- c) 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.”;
- d) 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) § 17 otrzymuje brzmienie:

„§ 17. 1. W celu zapewnienia właściwych świadczeń opieki zdrowotnej zgodnych z planem terapii i zdrowienia oraz dostarczania świadczeniobiorcom informacji o przysługujących świadczeniach opieki zdrowotnej w ramach centrum wyznacza się osobę odpowiedzialną za koordynowanie tych działań, zwaną dalej „koordynatorem opieki”.

2. Koordynatorzy opieki są wyznaczani przez świadczeniodawcę spośród osób zatrudnionych w ramach działalności podstawowej, o których mowa w § 16 ust. 6 pkt 1–3, które posiadają odpowiednie umiejętności i doświadczenie zawodowe.

3. Do zadań koordynatora opieki należy:

- 1) współudział w tworzeniu i ewaluacji planów terapii i zdrowienia oraz 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 kontaktach z podmiotami zewnętrznymi;
- 5) współpraca z rodziną, przedstawicielem ustawowym, opiekunem prawnym lub faktycznym świadczeniobiorcy.”;

12) w § 20:

a) ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

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

2. 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 planie finansowym Funduszu aktualnym w dniu 31 grudnia 2019 r. jest wyższa niż kwota przeznaczona na realizację świadczeń opieki zdrowotnej z tego zakresu określona w planie finansowym Funduszu aktualnym w dniu 30 czerwca 2019 r., podlega waloryzacji odpowiadającej dynamice wzrostu kosztów tych świadczeń;
- 3) w przypadku, w którym kwota przeznaczona na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w planie finansowym Funduszu aktualnym w dniu 30 czerwca 2020 r. jest wyższa niż kwota przeznaczona na realizację świadczeń opieki zdrowotnej z tego zakresu określona w planie finansowym Funduszu aktualnym w dniu 31 grudnia 2019 r., podlega waloryzacji odpowiadającej dynamice wzrostu kosztów tych świadczeń;
- 4) w przypadku, w którym kwota przeznaczona na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w planie finansowym Funduszu aktualnym w dniu 31 grudnia 2020 r. jest wyższa niż kwota przeznaczona na realizację świadczeń opieki zdrowotnej z tego zakresu określona w planie finansowym Funduszu aktualnym w dniu 30 czerwca 2020 r., podlega waloryzacji odpowiadającej dynamice wzrostu kosztów tych świadczeń;
- 5) w stosunku do mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie zlokalizowanych na obszarze działania centrum jest zwiększona 3,1-krotnie.”,

b) uchyla się ust. 2a i 3,

c) po ust. 4 dodaje się ust. 4a–4c w brzmieniu:

„4a. Liczbę mieszkańców domów pomocy społecznej, o których mowa w ust. 2 pkt 5, ustala się według stanu na dzień 31 grudnia roku poprzedzającego rok, na który jest określana wysokość ryczałtu na populację.

4b. Liczbę mieszkańców domów pomocy społecznej, o której mowa w ust. 2 pkt 5, ustala kierownik centrum na podstawie danych uzyskanych od dyrektorów domów pomocy społecznej i przekazuje ją dyrektorowi oddziału Funduszu.

4c. Liczbę świadczeniobiorców, o której mowa w ust. 4, ustala dyrektor oddziału Funduszu.”;

13) w § 21:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Kwota ryczału na populację 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 następujących współczynników korygujących:

- 1) 0,8 – w przypadku 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; współczynnik ten stosuje się przy rozliczeniu okresu przekraczającego 15 dni hospitalizacji;
- 2) 0,8 – w przypadku 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; współczynnika tego nie stosuje się w przypadku świadczeniodawcy, dla którego podmiotem tworzącym jest organ administracji rządowej.”,

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

„1a. Współczynnik korygujący, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, nie ma 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.”,

c) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„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).”,

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

„2a. W zakresach świadczeń wymienionych w ust. 2 pkt 3–8 i 10 kwota ryczału 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.”,

e) 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.”;

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

„§ 21a. 1. Podmiot prowadzący centrum może zawrzeć umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmującą zakresy, o których mowa w § 21 ust. 2, 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.

2. Świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, są udzielane w jednostkach i komórkach organizacyjnych niewchodzących w skład centrum.”;

15) 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 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. Przepisu ust. 1 nie stosuje się w stosunku do świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom zamieszkałym na obszarze centrum prowadzonego przez świadczeniodawcę wskazanego w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

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

- 1) leczenia elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW);
- 2) świadczeń psychogeriatrycznych (hospitalizacje);
- 3) leczenia zaburzeń nerwicowych dla dorosłych;
- 4) świadczeń 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;
- 11) leczenia nerwic;
- 12) świadczeń w opiece domowej/rodzinnej.”;

c) ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Kwota ryczałtu 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.”;

16) 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, z uwzględnieniem współczynnika korygującego dotyczącego świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych, który wynosi 0,8.”;

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

„1a. Współczynnik korygujący, o którym mowa w ust. 1, nie ma zastosowania w stosunku do świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom kontynuującym leczenie w centrum w dniu rozpoczęcia udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 5, jeżeli przerwa w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej nie przekroczyła 180 dni kalendarzowych.

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

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

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

- 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.”;

- 17) 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) wyposażenie, budowę, rozbudowę, utrzymanie i modernizację infrastruktury jednostek i komórek organizacyjnych wchodzących 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, niezależnie od kary umownej.

3. Rozliczenie wydatkowania środków, o którym mowa w ust. 1 i 2, następuje najpóźniej w terminie 90 dni od dnia upływu tego okresu narastająco, 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.”;

- 18) 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) po pkt 4 dodaje się pkt 4a–4d w brzmieniu:
- „4a) liczbę świadczeniobiorców objętych świadczeniami opieki zdrowotnej w ramach pomocy długoterminowej w okresie roku;
 - 4b) liczbę świadczeniobiorców objętych świadczeniami opieki zdrowotnej w ramach pomocy krótkoterminowej w okresie roku;
 - 4c) liczbę świadczeniobiorców objętych świadczeniami opieki zdrowotnej w ramach pomocy doraźnej w okresie roku;
 - 4d) liczbę świadczeniobiorców objętych świadczeniami opieki zdrowotnej w ramach pomocy konsultacyjnej w okresie roku;”
- c) 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;”
- d) po pkt 6 dodaje się pkt 6a w brzmieniu:
- „6a) liczbę interwencji realizowanych w miejscu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w okresie roku;”
- 19) 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.”;
- 20) załącznik nr 2 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku 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 rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem.

§ 3. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie rozporządzenia, przedstawić świadczeniodawcom propozycje zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w związku ze zmianą stawki, o której mowa w § 20 ust. 2 pkt 1 i 5 rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem.

2. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie przepisów, o których mowa w § 20 ust. 2 pkt 2–4 rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, przedstawić świadczeniodawcom w związku z waloryzacją stawki, o której mowa w § 20 ust. 2 pkt 2–4 rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, propozycje zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych ze świadczeniodawcami, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia zmienianego w § 1.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia, z wyjątkiem § 1:

- 1) pkt 12 lit. a w zakresie § 20 ust. 2 pkt 1 i 5, który wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 1 lipca 2019 r.;
- 2) pkt 7 lit. a, pkt 12 lit. a w zakresie § 20 ust. 2 pkt 2, pkt 13 lit. a i b, pkt 16 lit. a i b w zakresie § 23 ust. 1a oraz pkt 17 lit. b, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.;
- 3) pkt 2 i pkt 10 lit. b, które wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2020 r.;
- 4) pkt 12 lit. a w zakresie § 20 ust. 2 pkt 3, który wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2020 r.;
- 5) pkt 12 lit. a w zakresie § 20 ust. 2 pkt 4, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 9 października 2019 r. (poz. 1953)

WYKAZ OŚRODKÓW UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ SPECJALISTYCZNYCH ŚWIADCZENIOBIORCOM Z POPULACJI OBJĘTEJ PILOTAŻEM
REALIZOWANYCH ZGODNIE Z PROFIEM DZIAŁALNOŚCI KOMÓRKI ORGANIZACYJNEJ NIESKUTKUJĄCY POMNIEJSZANIEM KWOTY RYCZAŁTU
U ŚWIADCZENIODAWCY PROWADZĄCEGO CENTRUM

Lp.	Nazwa podmiotu i nazwa kliniki	Nazwa komórki organizacyjnej wraz z kodem resortowym identyfikującym komórkę organizacyjną stanowiącą część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych	Województwo
1	Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu Klinika Psychiatrii	Stacjonarny Oddział Psychiatryczny – 613	dolnośląskie
2	Wojewódzki Szpital Zespołowy 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 Kliniczny nr 1 w Lublinie I Klinika Psychiatrii, Psychoterapii i Wczesnej Interwencji II Klinika Psychiatrii i Rehabilitacji Psychiatrycznej	Oddział Ogólnopsychiatryczny – 024 Oddział Leczenia Nerwic i Terapii Zaburzeń Odżywiania – 028	lubelskie
5	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi Klinika Psychiatrii Wiek Podeszłego i Zaburzeń Psychotycznych Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych	Oddział Dzienny Zaburzeń Psychotycznych – 030 Oddział Psychiatrii Wiek Podeszłego – 031 Oddział Zaburzeń Afektywnych – 034 Pododdział Diagnostyczno-Obswacyjny – 035	łódzkie
6	Specjalistyczny Psychiatryczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Łodzi Klinika Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi	Oddział Psychiatryczny F – 009	łódzkie
7	Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie Oddział Kliniczny Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży	Oddział Psychiatrii Dorosłych – 187	małopolskie

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) II Klinika Psychiatryczna	Oddział Psychiatryczny – 130	mazowieckie
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 Kliniki 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 Wiekui Podeszłego	Oddział Psychiatryczny dla dorosłych 20 A – 005	pomorskie
15	Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. Leszka Gieca Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach Klinika Psychiatrii i Psychoterapii	Oddział Psychiatrii i Psychoterapii – 006	śląskie

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	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