

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

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 2020 r. poz. 1398, 1492, 1493, 1578, 1875 i 2112) 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. z 2020 r. poz. 2086) wprowadza się następujące zmiany:

- 1) w § 4 wyrazy „30 czerwca 2021 r.” zastępuje się wyrazami „31 grudnia 2022 r.”;
- 2) w § 11:
 - a) w ust. 1 pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) 4700 Oddział psychiatryczny, z uwzględnieniem ust. 5;”;
 - b) ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. W przypadku nieposiadania oddziału psychiatrycznego, o którym mowa w ust. 1 pkt 1, świadczenia oddziału psychiatrycznego i pomocy doraźnej mogą być udzielane przez podwykonawcę udzielającego świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy prowadzącego centrum. Podwykonawca określa oddział psychiatryczny, który udziela świadczeń na rzecz centrum, zgodnie z pilotażem. Oddział ten może być zgłoszony przez podwykonawcę do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej zawartej przez niego z Funduszem.”;
- 3) w § 12 w ust. 1 skreśla się zdanie trzecie;
- 4) w § 13 po ust. 1b dodaje się ust. 1c i 1d w brzmieniu:

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1470 i 1541).

„1c. Jeżeli podmiot prowadzący centrum, prowadzi więcej niż jedno centrum, dopuszcza się, poza normalnymi godzinami pracy, udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w ust. 1, przez lekarza albo lekarzy w ramach wyodrębnionego dyżuru medycznego na potrzeby tych centrów. Na jednego lekarza dyżurnego nie może jednak przypadać więcej niż 150 tysięcy świadczeniobiorców powyżej 18. roku życia zamieszkałych na obszarach działania tych centrów.

1d. W przypadku, o którym mowa w § 11 ust. 5, jest zapewnione całodobowe udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarza we wszystkie dni tygodnia w miejscu udzielania świadczeń wyłącznie na potrzeby centrum. Przepis ust. 1a stosuje się odpowiednio.”;

5) w § 17 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„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 osoby odpowiedzialne za koordynowanie tych działań, zwane dalej „koordynatorami opieki”.”;

6) w § 20 w ust. 2:

a) pkt 1 otrzymuje brzmienie:

„1) wynosi 43,98 zł;”;

b) uchyla się pkt 2-4,

c) po pkt 4 dodaje się pkt 4a-4c w brzmieniu:

„4a) w przypadku, w którym kwota przeznaczona na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, z wyłączeniem świadczeń z zakresu psychiatrii dziecięcej, psychiatrii sądowej oraz leczenia uzależnień, w planie finansowym Funduszu aktualnym w dniu 30 czerwca 2021 r. jest wyższa niż kwota przeznaczona na realizację świadczeń opieki zdrowotnej z tego zakresu określona w planie finansowym Funduszu aktualnym w dniu 31 grudnia 2020 r., podlega z dniem 1 lipca 2021 r. waloryzacji odpowiadającej dynamice wzrostu kosztów tych świadczeń;

4b) w przypadku, w którym kwota przeznaczona na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, z wyłączeniem świadczeń z zakresu psychiatrii dziecięcej, psychiatrii sądowej oraz leczenia uzależnień, w planie finansowym Funduszu aktualnym w dniu 31 grudnia 2021 r. jest wyższa niż kwota przeznaczona na realizację świadczeń

opieki zdrowotnej z tego zakresu określona w planie finansowym Funduszu aktualnym w dniu 30 czerwca 2021 r., podlega z dniem 1 stycznia 2022 r. waloryzacji odpowiadającej dynamice wzrostu kosztów tych świadczeń;

4c) w przypadku, w którym kwota przeznaczona na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, z wyłączeniem świadczeń z zakresu psychiatrii dziecięcej, psychiatrii sądowej oraz leczenia uzależnień, w planie finansowym Funduszu aktualnym w dniu 30 czerwca 2022 r. jest wyższa niż kwota przeznaczona na realizację świadczeń opieki zdrowotnej z tego zakresu określona w planie finansowym Funduszu aktualnym w dniu 31 grudnia 2021 r., podlega z dniem 1 lipca 2022 r. waloryzacji odpowiadającej dynamice wzrostu kosztów tych świadczeń;”;

7) w § 21:

a) w ust. 1:

- skreśla się wyrazy „z uwzględnieniem następujących współczynników korygujących”,
- uchyla się pkt 1 i 2,

b) ust. 1a otrzymuje brzmienie:

„1a. Przy rozliczaniu świadczeń zdrowotnych w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego nie stosuje się dodatkowych współczynników korygujących poza współczynnikami stosowanymi ogólnie w rodzaju świadczeń opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.”,

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);
- 12) świadczeń psychogeriatrycznych (hospitalizacje);
- 13) leczenia zaburzeń nerwicowych dla dorosłych;
- 14) świadczeń dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu;
- 15) świadczeń dziennych psychiatrycznych geriatrycznych;
- 16) świadczeń dziennych leczenia zaburzeń nerwicowych;
- 17) leczenia nerwic;
- 18) świadczeń w opiece domowej/rodzinnej.”,

d) uchyla się ust. 2a,

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

„2c. W zakresach świadczeń , o których mowa w ust. 2 pkt 3, 4, 7, 8, 10 i 12-17, kwota ryczałtu na populację ulega pomniejszeniu o wartość świadczeń udzielonych po dniu 31 grudnia 2020 r. w każdym przypadku.

2d. W zakresach świadczeń, o których mowa w ust. 2 pkt 5 i 6, kwota ryczałtu na populację ulega pomniejszeniu o wartość świadczeń udzielonych po dniu 31 grudnia 2020 r. w przypadku, gdy ich udzielanie rozpoczęło się po dniu 31 grudnia 2019 r. pod warunkiem, że łączny czas udzielania tych świadczeń nie przekroczył u świadczeniobiorcy jednego roku w okresie od dnia 1 stycznia 2019 r. do dnia 31 grudnia 2020 r. ”,

f) ust. 3 otrzymuje brzmienie:

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

8) w § 22:

a) uchyla się ust. 1 i 1a,

b) w ust. 1b uchyla się pkt 2-4, 6, 7, 11 i 12;

- 9) w § 23:
- a) w ust. 1 skreśla się wyrazy: „ , z uwzględnieniem współczynnika korygującego dotyczącego opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych, który wynosi 0,8”,
 - b) uchyla się ust. 1a,
 - c) uchyla się ust. 1d;
- 10) w § 25 po wyrazach „środków publicznych” dodaje się wyrazy „z uwzględnieniem § 11 ust. 5”;
- 11) w § 29 pkt 11 otrzymuje brzmienie:
- „11) ocenę jakości i dostępności świadczeń oraz zadowolenia z nich na podstawie sondażu obejmującego populację poszczególnych obszarów działania centrów przeprowadzonego przez niezależny ośrodek na zlecenie Funduszu w ramach środków przeznaczonych na finansowanie pilotażu.”;
- 12) w § 30 ust. 3 otrzymuje brzmienie:
- „3. Fundusz przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia kopię sporządzonego przez siebie raportu zawierającego analizę i ocenę wskaźników realizacji pilotażu po jego wykonaniu lub aktualizacji.”;
- 13) uchyla się załącznik nr 2 do rozporządzenia.

§ 2. 1. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia jest obowiązany, w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie niniejszego 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 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 4a-4c rozporządzenia zmienianego w § 1, w brzmieniu nadanym niniejszym rozporządzeniem, przedstawić świadczeniodawcom w związku z waloryzacją stawki, o której mowa w § 20 ust. 2 pkt 4a-4c 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.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 r. wyjątkiem § 1:

- 1) pkt 9 lit. a, który wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2021 r.;

- 2) pkt 6 lit. c w zakresie § 20 ust. 2 pkt 4a, który wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2021 r.;
- 3) pkt 6 lit. c w zakresie § 20 ust. 2 pkt 4b, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r.;
- 4) pkt 6 lit. c w zakresie § 20 ust. 2 pkt 4c, który wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2022 r.

MINISTER ZDROWIA

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM, LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Damian Jakubik

Dyrektor

Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

UZASADNIENIE

Potrzeba zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 852, z późn. zm.), 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 czasu trwania programu pilotażowego, doprecyzowania funkcji koordynatora, zmiany kwoty ryczału wynikającej z waloryzacji.

Zmiana zaproponowana w pkt 1 ma na celu wydłużenie programu pilotażowego. Przedmiotowa decyzja jest podyktowana sytuacją związaną pandemią wirusa SARS-CoV-2, która w istotny sposób zaburzyła proces testowania rozwiązań przygotowanych w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. Stąd konieczność wydłużenia pilotażu do końca 2022 r.

Zmiany przygotowane w pkt 2 mają na celu doprecyzowanie kwestii dotyczącej posiadania przez centrum zdrowia psychicznego, zwane dalej „czp”, oddziału całodobowego. W związku z zaproponowanym przepisem czp nie musi mieć własnego oddziału całodobowego. Przygotowana propozycja zawiera możliwość zgłoszenia przez podwykonawcę oddziału całodobowego współpracującego z czp do umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki psychiatrycznej zawieranej przez niego z Funduszem. Celem takiego działania jest ograniczenie motywowania do zwiększania bazy łóżkowej oraz umożliwienia świadczenia podwykonawstwa w sposób racjonalny ekonomicznie.

W zmianie wskazanej w pkt 3 skreślono roczny okres pozwalający na większą niż 80 tys. liczbę mieszkańców przypadających na jeden Punkt Zgłoszeniowo Koordynacyjny. Na obecnym etapie pilotażu nie ma to już uzasadnienia.

Zmiana w pkt 4 w dodawanym ust. 1c polega na dopuszczeniu możliwości łączenia dyżurów medycznych jeśli podmiot prowadzi więcej niż jedno czp pod warunkiem, że na jednego lekarza dyżurnego nie będzie przypadać więcej niż 150 tys. mieszkańców obszarów

działania tych centrów. Zmiana wskazana w ust. 1d jest konsekwencją zmiany wprowadzonej w pkt 2.

Zmiana wprowadzona w pkt 5 polega na doprecyzowaniu kwestii wyznaczania w czp koordynatorów opieki dla poszczególnych pacjentów, a nie jednego koordynatora opieki udzielanej przez czp. Przedmiotowa kwestia była błędnie interpretowana przez niektóre podmioty prowadzące czp.

W pkt 6 jest zawarta zmiana stawki ryczału. Wzrost stawki ryczału jest wynikiem jej waloryzacji (wg danych Narodowego Funduszu Zdrowia – za dwa okresy), jednocześnie dostosowano w związku z przedłużeniem pilotażu terminy trzech przyszłych waloryzacji.

Zmiana zawarta w pkt 7 polega na rezygnacji ze współczynników korygujących w ramach pomniejszeń realizowanych zgodnie z § 21. Zmiany w pkt b są bezpośrednio związane ze zmianami wprowadzonymi w pkt 8 – zwiększenie zakresu kompetencji czp. Zmiany w pkt d mają na celu objęcie przez czp finansowania wszystkich świadczeń z zakresu: świadczeń psychiatrycznych dla przewlekle chorych, świadczeń rehabilitacji psychiatrycznej, świadczeń opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dorosłych, świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych dla dorosłych, świadczeń dziennych psychiatrycznych dla dorosłych, świadczeń dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dorosłych i świadczeń psychologicznych – udzielonych po dniu 31 grudnia 2020 r. W przypadku świadczeń opiekuńczo-leczniczych psychiatrycznych dla dorosłych, świadczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych psychiatrycznych dla dorosłych dotyczy to leczenia, które rozpoczęło się po dniu 31 grudnia 2019 r. Propozycja zmiany zawarta w pkt d polega na doprecyzowaniu informacji przekazywanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia podmiotom prowadzącym czp.

Zmiany zawarte w pkt 8 dotyczą skreślenia wyjątków, gdy kwota ryczału nie ulega pomniejszeniu.

Zmiana w pkt 9 w lit. a dotyczy odstąpienia od podwyższonego do 40% progu limitu na koszty migracji dla szpitali klinicznych; praktyka pokazała, że wyjątek nie ma już obecnie uzasadnienia. W pkt b doprecyzowano kwestię braku zastosowania współczynnika korygującego związanego z realizacją programu pilotażowego w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych przez centrum w warunkach stacjonarnych świadczeniobiorcom zamieszkującym poza obszarem działania tego centrum.

Zmiany zawarte w pkt 10 są konsekwencją zmian wprowadzonych odpowiednio w pkt 2 i 8.

Zmiany zawarte w pkt 11 i 12 mają na celu doprecyzowanie kwestii realizacji oceny dostępności do świadczeń, o której mowa w § 29 ust. 11, oraz dotyczą kwestii przekazywania przez Fundusz raportu zawierającego analizę i ocenę wskaźników realizacji pilotażu.

Projekt rozporządzenia przewiduje, iż wejdzie ono w życie z dniem 1 stycznia 2021r. z wyłączeniem pkt 9 lit. a, który wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2021 r oraz przepisów określających terminy waloryzacji stawki ryczałtu, odpowiednio: pkt 6 lit. c w zakresie § 20 ust. 2 pkt 4a, który wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2021 r., pkt 6 lit. c w zakresie § 20 ust. 2 pkt 4b, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2022 r. oraz pkt 6 lit. c w zakresie § 20 ust. 2 pkt 4c, który wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2022 r.

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 albo 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).

Nie istnieją alternatywne środki w stosunku do projektu rozporządzenia umożliwiające osiągnięcie zamierzonego celu.