

**ZARZĄDZENIE Nr 204/2020/DSOZ**  
**PREZESA**  
**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 21.12.2020 r.

**zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji  
umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka  
psychiatryczna i leczenie uzależnień**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398, z późn. zm.<sup>1)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W zarządzeniu Nr 7/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, zmienionym zarządzeniem Nr 78/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 czerwca 2020 r., wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2 w ust. 1 pkt 16 otrzymuje brzmienie:

„16) **centrum – II poziom referencyjny** – centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny, o którym mowa w pkt 2 załącznika nr 8 do rozporządzenia;”;

2) w § 9:

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

„1a. Harmonogram, o którym mowa w ust. 1, dla świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach stacjonarnych sporządzany jest w trybie tygodniowym, dla pozostałych świadczeń opieki zdrowotnej, tj. udzielanych w warunkach dziennych i ambulatoryjnych – w trybie szczegółowym (godzinowym).”;

b) ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z harmonogramem, o którym mowa w ust. 1 i 1a.”;

---

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2020 r. poz. 1492, 1493, 1578, 1875 i 2112.

3) w § 12 pkt 5 i 6 otrzymują brzmienie:

„5) w centrum – II poziom referencyjny, udzielane są świadczenia, o których mowa w lp. 2 załącznika nr 1 do zarządzenia. W zakresie tym świadczeniodawcy zapewniają realizację świadczeń, o których mowa w § 7 i 8 rozporządzenia oraz w pkt 2 załącznika nr 8 do rozporządzenia;

6) w ośrodku – III poziom referencyjny, udzielane są świadczenia, o których mowa w lp. 3 załącznika nr 1 do zarządzenia. W zakresie tym świadczeniodawcy zapewniają realizację świadczeń, o których mowa w § 6 i 8 rozporządzenia oraz w pkt 3 załącznika nr 8 do rozporządzenia.”;

4) w § 18:

a) w ust. 1:

- w pkt 4 skreśla się wyrazy „miejscowa lub zamiejscowa”,
- po pkt 4 dodaje się pkt 4a w brzmieniu:

„4a) jeżeli w ramach ryczału miesięcznego udział wizyt, porad domowych lub środowiskowych, jest większy niż 15% świadczeń, o których mowa w pkt 4, do rozliczenia tych świadczeń stosuje się następujące zasady:

a) w przypadku udzielenia co najmniej 20% świadczeń (tj. 82 wizyt, porad domowych lub środowiskowych) do rozliczenia ryczałem miesięcznym liczba świadczeń ogółem wyniesie 385 świadczeń,

b) w przypadku udzielenia co najmniej 25% świadczeń (tj. 103 wizyt, porad domowych lub środowiskowych) do rozliczenia ryczałem miesięcznym liczba świadczeń ogółem wyniesie 375 świadczeń,

c) w przypadku udzielenia co najmniej 30% świadczeń (tj. 124 wizyt, porad domowych lub środowiskowych) do rozliczenia ryczałem miesięcznym liczba świadczeń ogółem wyniesie 364 świadczenia,

d) w przypadku udzielenia co najmniej 35% świadczeń (tj. 144 wizyt, porad domowych lub środowiskowych) do rozliczenia ryczałem miesięcznym liczba świadczeń ogółem wyniesie 353 świadczenia,

e) w przypadku udzielenia co najmniej 40% świadczeń (tj. 165 wizyt, porad domowych lub środowiskowych) do rozliczenia ryczałem miesięcznym liczba świadczeń ogółem wyniesie 342 świadczenia,

f) w przypadku udzielenia co najmniej 45% świadczeń (tj. 185 wizyt, porad domowych lub środowiskowych) do rozliczenia ryczałem miesięcznym liczba świadczeń ogółem wyniesie 332 świadczenia;”,

- pkt 5 i 6 otrzymują brzmienie:

„5) po każdym półroczu kalendarzowym, w którym udzielane były świadczenia, następuje ewaluacja (przeliczenie) ryczału miesięcznego, o

którym mowa w pkt 4 albo w pkt 4a, według następujących zasad:

a) w przypadku udzielenia mniejszej liczby świadczeń niż wskazana w pkt 4 albo w pkt 4a, ryczałt miesięczny w kolejnym półroczu kalendarzowym ulega proporcjonalnemu zmniejszeniu,

b) w przypadku udzielenia większej liczby świadczeń niż wskazana w pkt 4 albo w pkt 4a, ryczałt miesięczny w kolejnym półroczu kalendarzowym ulega proporcjonalnemu zwiększeniu,

c) w przypadku udzielenia liczby świadczeń wskazanej w pkt 4 albo w pkt 4a, ryczałt miesięczny nie ulega zmianie;

6) w przypadku, gdy w wyniku ewaluacji, o której mowa w pkt 5, ryczałt, o którym mowa w pkt 4 albo w pkt 4a:

a) uległ zmniejszeniu zgodnie z pkt 5 lit. a - zwrot do Funduszu kwoty nadpłaconej następuje w kolejnym półroczu kalendarzowym w odpowiednio równych ratach,

b) uległ zwiększeniu zgodnie z pkt 5 lit. b – rozliczenie zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy następuje w kolejnym półroczu kalendarzowym w odpowiednio równych ratach;”,

- w pkt 7 i 8 wyrazy „środowiskowym centrum” zastępuje się wyrazem „centrum”,

- pkt 15a otrzymuje brzmienie:

„15a) w przypadku sesji indywidualnej, sesji grupowej, sesji rodzinnej oraz sesji wsparcia psychospołecznego, realizowanych w zakresie Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży – I poziom referencyjny, o którym mowa w załączniku nr 8 do rozporządzenia, sprawozdawczości podlega każdy uczestnik sesji, przy czym do liczby świadczeń, o których mowa w pkt 4 albo w pkt 4a, wlicza się sesję niezależnie od liczby uczestników, odpowiadającej liczbie uczestników dla poszczególnych sesji, określonych w załączniku nr 6 do rozporządzenia;”,

- po pkt 15a dodaje się pkt 15b i 15c w brzmieniu:

„15b) rozliczeniu świadczeń realizowanych w ramach programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego dla osób z autyzmem dziecięcym podlega każde ukończone 60 minut, niezależnie od czasu trwania poszczególnych świadczeń jednostkowych statystycznych, jednakże nie więcej niż pięć godzin dziennie;

15c) do rozliczenia świadczeń, o których mowa w pkt 15b, konieczne jest

sprawozdanie świadczeń jednostkowych statystycznych, w tym z krotnością odpowiadającą rzeczywistej liczbie udzielonych świadczeń;”,

- pkt 16 i 17 otrzymują brzmienie:

„16) świadczeniobiorca może otrzymać w ramach świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, w dniu zgłoszenia, więcej niż jedno świadczenie (np. poradę lekarską i psychologiczną), z wyłączeniem porad będących tymi samymi produktami rozliczeniowymi (np. dwie porady lekarskie), z zastrzeżeniem świadczeń realizowanych w ramach programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego dla osób z autyzmem dziecięcym, o których mowa w pkt 15b i 15c;

17) w przypadku licznych wizyt, porad domowych lub środowiskowych w jednym miejscu, w tym samym dniu, w szczególności w domu pomocy społecznej, dla pierwszego świadczeniobiorcy sprawozdawana jest wizyta, porada domowa lub środowiskowa, a dla pozostałych: porada diagnostyczna, porada terapeutyczna lub porada kontrolna, zgodnie z faktycznie udzielonymi świadczeniami, z wyłączeniem świadczeń realizowanych w zakresie Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży – I poziom referencyjny;”,

- pkt 35 otrzymuje brzmienie:

„35) w sytuacji udzielenia świadczeniobiorcy w wieku powyżej 18. roku życia świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży przez Ośrodek Wysokospecjalistycznej Całodobowej Opieki Psychiatrycznej – III poziom referencyjny, świadczeń dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży, świadczeń dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży przez Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny, świadczeń psychologicznych i psychoterapeutycznych przez Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny, świadczeniodawca odnotowuje w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej uprawnienie tego świadczeniobiorcy do świadczeń, w związku z kształceniem się w szkole ponadpodstawowej;”,

- uchyla się pkt 36,

- pkt 37 otrzymuje brzmienie:

„37) w sytuacjach niewymienionych w pkt 35, w przypadku realizacji świadczeń dla dzieci i młodzieży, w uzasadnionych w dokumentacji medycznej indywidualnej wewnętrznej przypadkach, dopuszcza się rozliczenie świadczeń udzielonych osobom pełnoletnim, jednakże nie dłużej niż do ukończenia przez nich 21. roku życia.”,

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

„4b. W przypadku realizacji terapii w ramach Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny, na zasadach określonych w części 1. Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny, *Organizacja udzielania świadczeń* pkt 3 załącznika nr 8 do rozporządzenia, świadczeniodawca obowiązany jest odnotować w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej wynik diagnozy psychologicznej, z uwzględnieniem grup problemów.”;

5) § 19 otrzymuje brzmienie:

„§ 19. Rozliczenie świadczeń, o których mowa w § 18 ust. 1 pkt 4, w 2020 roku, następuje do dnia 30 czerwca 2021 r. Na wniosek świadczeniodawcy, rozliczenie świadczeń za 2020 r. może nastąpić do 31 grudnia 2020 r.”;

6) załączniki nr 1 i 2 do zarządzenia otrzymują brzmienie określone odpowiednio w załącznikach nr 1 i 2 do niniejszego zarządzenia.

**§ 2.** Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia, o których mowa w § 1, do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

**§ 3.** Zarządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia podpisania, z wyjątkiem § 1 pkt 2 i pkt 6 w zakresie załącznika nr 1 do zarządzenia, które wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2021 r.

**PREZES**

**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

Filip Nowak

p.o. PREZESA NFZ