

**ZARZĄDZENIE NR 55/2020/DSOZ**  
**PREZESA**  
**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

z dnia 9 kwietnia 2020 r.

**w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia  
psychicznego**

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 48e ust. 1 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.<sup>1)</sup>) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** Zarządzenie określa:

1) tryb zawierania umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, zwanego dalej „pilotażem”, określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 852 i 1786 oraz z 2019 r. poz. 1953 i 2444), zwanym dalej „rozporządzeniem”;

2) wzór umowy o realizację pilotażu;

3) warunki realizacji umów, o których mowa w pkt 1.

**§ 2.** 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

1) **centrum** – centrum zdrowia psychicznego, o którym mowa w § 2 pkt 1 rozporządzenia;

2) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;

3) **interwencja** – działanie, o którym mowa w § 2 pkt 2a rozporządzenia;

4) **miejsce udzielania świadczeń** – pomieszczenie lub zespół pomieszczeń, o których mowa w § 2 pkt 2b rozporządzenia;

---

<sup>1)</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2019 r. poz. 1394, 1590, 1694, 1726, 1818, 1905, 2020 i 2473.

- 5) **przepustka** - zgodę na okresowe przebywanie świadczeniobiorcy poza szpitalem bez wypisywania go z zakładu, o której mowa w art. 14 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2018 r. poz. 1878 oraz z 2019 r. poz. 730 i 1690);
- 6) **obszar działania centrum** – obszar zamieszkania osób objętych opieką psychiatryczną przez centrum, określony kodami TERYT, zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia;
- 7) **oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 8) **rozporządzenie w sprawie dokumentacji medycznej** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, wydane na podstawie art. 30 ust. 1 ustawy, o której mowa w pkt 10;
- 9) **rozporządzenie w sprawie leczenia psychiatrycznego** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, wydane na podstawie art. 31d ustawy, o której mowa w pkt 11;
- 10) **ustawa o prawach pacjenta i RPP** – ustawę z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, 1128, 1590, 1655 i 1696);
- 11) **ustawa o świadczeniach** – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 12) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w przepisach rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanego na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych.

**§ 3.** Realizacja i finansowanie pilotażu odbywa się na podstawie umowy zawieranej między realizatorem pilotażu - świadczeniodawcą, wymienionym w wykazie określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia, a dyrektorem oddziału Funduszu.

**§ 4. 1.** Przedmiotem umowy o realizację pilotażu, zwanej dalej „umową”, jest udzielanie przez świadczeniodawców prowadzących centrum, świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, o których mowa w § 5 rozporządzenia.

2. Zgodnie ze Wspólnym Słownikiem Zamówień, określonym w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 2195/2002 z dnia 5 listopada 2002 r. w sprawie Wspólnego Słownika Zamówień (CPV) (Dz. Urz. WE L 340 z 16.12.2002, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, przedmiotem umów objęte są następujące nazwy i kody:

- 1) 85111500-5 Usługi szpitalne psychiatryczne;
- 2) 85121200-5 Specjalistyczne usługi medyczne;
- 3) 85141210-4 Usługi leczenia medycznego świadczone w warunkach domowych;
- 4) 85143000-3 Usługi ambulatoryjne;
- 5) 85312100-0 Usługi opieki dziennej.

3. Wzór umowy określony jest w załączniku nr 2 do zarządzenia.

4. Odstępstwa od wzoru umowy wymagają pisemnej zgody Prezesa Funduszu.

5. Umowa obowiązuje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym została zawarta.

**§ 5.** 1. W celu zawarcia umowy świadczeniodawca, o którym mowa w § 3, zwany dalej również „wnioskodawcą”, składa w oddziale Funduszu właściwym ze względu na obszar działania centrum, wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w centrum zdrowia psychicznego.

2. Wzór wniosku, o którym mowa w ust. 1, określony jest w załączniku nr 1 do zarządzenia.

**§ 6.** 1. Do zawarcia umowy wymaga się również dołączenia do wniosku, o którym mowa w § 5 ust. 1, następujących dokumentów:

- 1) oświadczenia wnioskodawcy, zgodnego ze wzorem określonym w załączniku nr 8 do zarządzenia;
- 2) oświadczenia wnioskodawcy o wpisach do rejestrów, zgodnego ze wzorem określonym w załączniku nr 6 do zarządzenia;
- 3) w przypadku wnioskodawców wykonujących działalność leczniczą w formie spółki cywilnej – kopii umowy spółki lub wyciągu z tej umowy zawierających postanowienia o zasadach reprezentacji spółki albo uchwałę wspólników spółki cywilnej w przedmiocie zasad reprezentacji spółki lub kopie pełnomocnictw udzielonych przez wspólników do prowadzenia spraw spółki wykraczających poza zwykłe czynności;

- 4) kopii polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez wnioskodawcę umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania; świadczeniodawca może złożyć także umowę przedwstępną lub inny dokument, w tym oświadczenie w przedmiocie obowiązania do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej od dnia rozpoczęcia obowiązywania umowy;
- 5) kopii umowy z podwykonawcą lub z podwykonawcami (bez postanowień określających finansowanie) albo zobowiązanie podwykonawcy lub podwykonawców do jej zawarcia z wnioskodawcą, zawierające zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Funduszem, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach;
- 6) oświadczenia wnioskodawcy w przedmiocie samodzielnego wykonywania umowy – w sytuacji, w której nie zostanie złożony dokument, o którym mowa w pkt 5;
- 7) wniosek w sprawie rachunku bankowego, którego wzór określony jest w załączniku nr 7 do zarządzenia;
- 8) pełnomocnictwo do składania oświadczeń woli w imieniu wnioskodawcy, w szczególności do złożenia wniosku, o którym mowa w § 5 ust. 1 – w przypadku gdy wnioskodawca jest reprezentowany przez pełnomocnika.

2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1, składane przez wnioskodawcę, winny pozostawać w zgodności ze stanem faktycznym i prawnym.

3. Kopie dokumentów winny zostać poświadczane za zgodność z oryginałem przez wnioskodawcę albo osoby uprawnione do reprezentowania wnioskodawcy.

4. Dyrektor oddziału Funduszu może zażądać przedstawienia oryginału dokumentu w sytuacji, w której kopia dokumentu jest nieczytelna lub budzi wątpliwości, co do jej zgodności z oryginałem, a brak jest możliwości weryfikacji jej prawdziwości w inny sposób.

5. Formularz wniosku, o którym mowa w § 5 ust. 1, składa się w zamkniętej kopercie oznaczonej: „Wniosek o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w centrum zdrowia psychicznego”.

6. W przypadku wystąpienia braków formalnych wniosku, dyrektor oddziału Funduszu wzywa wnioskodawcę do ich usunięcia wskazując termin dokonania tej czynności.

7. W przypadku wezwania, o którym mowa w ust. 6, wnioskodawca obowiązany jest do usunięcia braków we wniosku, w terminie określonym w wezwaniu.

8. Termin usunięcia braków uważa się za zachowany, w sytuacji doręczenia dokumentów do siedziby oddziału Funduszu do godz. 16.00 w dniu określonym w wezwaniu do usunięcia braków.

9. Uzupełnienie braków w złożonym wniosku składa się w zamkniętej kopercie lub paczce oznaczonej: „Usunięcie braków wniosku o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w centrum zdrowia psychicznego”.

**§ 7.** 1. W przypadku pozytywnej oceny wniosku, o którym mowa w § 5 ust. 1, dyrektor oddziału Funduszu ustala z wnioskodawcą kwotę zobowiązania na pierwszy okres rozliczeniowy. Ustalenie kwoty, o której mowa w zdaniu pierwszym, stanowi warunek zawarcia umowy.

2. Dyrektor oddziału Funduszu przesyła wnioskodawcy projekt umowy w celu jej podpisania albo informuje wnioskodawcę o możliwości zawarcia umowy w siedzibie oddziału Funduszu.

3. W przypadku negatywnej oceny wniosku, dyrektor oddziału Funduszu informuje wnioskodawcę o przyczynie odmowy zawarcia umowy.

4. Dyrektor oddziału Funduszu ma prawo do przeprowadzenia czynności sprawdzających u wnioskodawcy w trakcie postępowania w sprawie zawarcia umowy, w celu sprawdzenia stanu przedstawionego we wniosku.

5. Czynności sprawdzające, o których mowa w ust. 4, przeprowadza, po uprzednim powiadomieniu wnioskodawcy, co najmniej dwóch upoważnionych członków powołanego przez dyrektora oddziału Funduszu „Zespołu do oceny wniosków”, w obecności wnioskodawcy lub osoby przez niego upoważnionej.

6. Osoby przeprowadzające czynności sprawdzające, o których mowa w ust. 5, sporządzają protokół z tych czynności, potwierdzony przez wnioskodawcę lub osobę przez niego upoważnioną.

**§ 8.** Do celów sprawozdawczych, świadczeniodawca udzielający świadczeń na rzecz populacji:

1) o której mowa w § 27 rozporządzenia, stosuje katalog produktów sprawozdawczych określony w załączniku nr 3 do zarządzenia, z zastrzeżeniem § 17 ust. 1 pkt 20;

2) innej niż określona w pkt 1, stosuje katalog produktów rozliczeniowych określony w załączniku nr 4 do zarządzenia.

**§ 9.** 1. Świadczeniodawca realizujący umowę, obowiązany jest spełniać wymagania, o których mowa w rozporządzeniu.

2. Konieczność spełniania wymagań, o których mowa w ust. 1, dotyczy każdego miejsca udzielania świadczeń, w którym realizowana jest umowa.

**§ 10.** 1. Podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy prowadzącego centrum wymienia się w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w załączniku nr 3 do umowy.

2. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania określone w przepisach rozporządzenia.

3. Umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a podwykonawcą, zawiera zastrzeżenie o prawie Funduszu do przeprowadzenia kontroli podwykonawcy w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach.

4. Fundusz obowiązany jest do poinformowania świadczeniodawcy o rozpoczęciu i zakończeniu kontroli wszystkich podmiotów biorących udział w udzielaniu świadczeń (w szczególności podwykonawcy) oraz o jej wynikach.

5. Zmiana warunków udzielania świadczeń przez podwykonawców, mająca wpływ na dostępność do świadczeń, zgłaszana jest przez świadczeniodawcę do oddziału Funduszu w terminie umożliwiającym zmianę umowy, nie później jednak niż 14 dni przed wystąpieniem tej zmiany.

**§ 11.** 1. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest do weryfikacji, z uwzględnieniem przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach, prawa świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 1, świadczeniodawca zobowiązany jest do uzyskania we właściwym oddziale Funduszu upoważnienia do korzystania z usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców umożliwiającej występowanie o sporządzenie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, zgodnie z art. 50 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

3. W celu uzyskania upoważnienia, o którym mowa w ust. 2, świadczeniodawca składa w oddziale Funduszu wnioski, w terminie 3 dni roboczych od dnia podpisania umowy.

4. W przypadku niedopełnienia przez świadczeniodawcę obowiązku określonego w ust. 2, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy, Fundusz może nałożyć na ten podmiot karę umowną, o której mowa w § 6 ust. 4 załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy.

5. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie odrębnej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartej z dyrektorem oddziału Funduszu, upoważnienie, o którym mowa w ust. 2, uzyskane w związku z zawarciem takiej umowy, zachowuje ważność.

6. Przy udzielaniu świadczeń, świadczeniodawca obowiązany jest do sprawozdania oddziałowi Funduszu miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy wskazanego w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, według najniższej jednostki podziału terytorialnego w rozumieniu przepisów o statystyce publicznej, tj. z uwzględnieniem dzielnic/delegatur.

**§ 12.** 1. Świadczenia objęte przedmiotem umowy, udzielane są osobiście przez osoby posiadające określone kwalifikacje, zgodnie z „Harmonogramem – zasoby”, stanowiącym załącznik nr 2 do umowy.

2. Świadczeniodawca zapewnia dostępność do świadczeń zgodnie z harmonogramem, o którym mowa w ust. 1.

**§ 13.** 1. Świadczenia objęte pilotażem rozliczane są ryczałtem na populację, o którym mowa w § 2 pkt 8 rozporządzenia, lub punktami.

2. Kwotę zobowiązania Funduszu stanowią:

- 1) ryczałt na populację ustalony zgodnie z § 20 rozporządzenia;
- 2) kwota przeznaczona na sfinansowanie świadczeń udzielonych osobom zamieszkującym obszar inny niż obszar działania centrum;
- 3) kwota stanowiąca realizację postanowień:
  - a) § 2 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki psychiatrycznej (Dz. U. poz. 1628),
  - b) § 2 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 marca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 547),
  - c) art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 1532)

- zawarte w planie rzeczowo - finansowym, którego wzór określony jest w załączniku nr 1 do umowy.

3. Świadczeniodawca jest obowiązany corocznie nie później niż do dnia 15 stycznia każdego roku kalendarzowego, w którym realizowana jest umowa, przekazywać aktualną informację o liczbie mieszkańców domów pomocy społecznej, o których mowa w § 20 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia, zgodnie z załącznikiem nr 11 do zarządzenia.

4. Informacja, o której mowa w ust. 3, weryfikowana jest przez oddział Funduszu.

5. Średnią cenę jednostkową jednostki rozliczeniowej (punktu) w danym województwie określa dyrektor oddziału Funduszu.

6. Kwota ryczałtu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, ulega zwiększeniu lub pomniejszeniu przez Fundusz zgodnie z warunkami finansowania świadczeń określonymi w rozporządzeniu na kolejny okres rozliczeniowy, w terminie 90 dni od dnia zakończenia poprzedniego okresu rozliczeniowego.

7. O zwiększeniu lub pomniejszeniu kwoty ryczałtu wyliczonej w sposób, o którym mowa w ust. 6, dyrektor oddziału Funduszu informuje świadczeniodawcę za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych udostępnionych przez Fundusz.

8. W przypadku realizacji pomniejszeń, o których mowa w ust. 6 i 7, stosuje się zasady określone w § 21 ust. 3 rozporządzenia.

9. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawcę podlega weryfikacji w oddziale Funduszu.

**§ 14. 1.** W przypadku, gdy świadczeniodawca prowadzący centrum realizuje odrębną umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień na obszarze działania centrum, w zakresach:

- 1) świadczenia psychiatryczne dla dorosłych, lub
- 2) świadczenia w izbie przyjęć, lub
- 3) świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych, lub
- 4) świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, lub
- 5) leczenie środowiskowe (domowe)

– świadczenia takie na rzecz świadczeniobiorców zamieszkujących obszar inny niż obszar działania centrum, sprawozdaje i rozlicza się w ramach umowy

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

2. Przepisu ust. 1 nie stosuje się do podwykonawcy współrealizującego umowę o realizację programu pilotażowego w centrum.

3. W sytuacji realizacji umowy, o której mowa w ust. 1, niedopuszczalne jest rozliczanie świadczeń udzielonych osobom zamieszkującym obszar działania centrum, w ramach tej umowy.

4. Świadczeniodawca prowadzący centrum jest zobowiązany do przekazywania oddziałowi Funduszu:

1) raportu, o którym mowa w § 30 ust. 2 rozporządzenia, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 5 do zarządzenia;

2) informacji, o której mowa w § 12 ust. 4 rozporządzenia, do 10. dnia każdego miesiąca, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 9 do zarządzenia.

**§ 15.** 1. W każdej komórce organizacyjnej wchodzącej w skład centrum, a także na swojej stronie internetowej, świadczeniodawca zamieszcza informacje dotyczące zakresu działania centrum oraz zasad korzystania przez świadczeniobiorców ze świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych zakresach świadczeń, w tym leczenia środowiskowego (domowego).

2. Świadczeniodawca jest obowiązany udzielić świadczenia opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszenia osobistego lub za pośrednictwem osoby trzeciej, w tym dokonywanego telefonicznie lub z zastosowaniem innych środków komunikacji elektronicznej.

3. Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w § 12 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia następuje zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu w sprawie leczenia psychiatrycznego dla świadczenia gwarantowanego: świadczenia ambulatoryjne dla dorosłych oraz zgodnie z § 4 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 595).

4. Uzgodnienie planu terapii i zdrowienia, o którym mowa w § 15 ust. 2 rozporządzenia, nie stanowi zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego, o której mowa w art. 15-19 ustawy o prawach pacjenta i RPP.

**§ 16.** Rozliczenie bieżących kosztów funkcjonowania centrum, o których mowa w § 24 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia, obejmuje kwotę zobowiązania, o której mowa w § 4 ust. 2 i 3 wzoru umowy, określonego w załączniku nr 2 do zarządzenia.

**§ 17. 1.** Przedstawiając świadczenia do sprawozdania lub rozliczenia, świadczeniodawca prowadzący centrum obowiązany jest do stosowania następujących zasad:

- 1) w oddziałach stacjonarnych, wykazuje się wyłącznie osobodni faktycznie wykonane, przez które należy rozumieć każdy rozpoczęty osobodzień pobytu;
- 2) dzień przyjęcia i dzień zakończenia w ramach świadczenia psychiatrycznego dla dorosłych, wykazywane są jako jeden osobodzień;
- 3) w oddziałach dziennych, wykazuje się wyłącznie osobodni faktycznie wykonane, przez które należy rozumieć każdy rozpoczęty osobodzień pobytu;
- 4) w oddziałach dziennych sprawozdanie lub rozliczenie osobodnia następuje przy dziennej liczbie godzin udzielania świadczeń nie mniejszej niż 5, od poniedziałku do piątku, poza dniami ustawowo wolnymi od pracy;
- 5) w sytuacji udzielenia świadczeń osobom zamieszkującym obszar działania centrum, sprawozdanie następuje zgodnie z jednostką sprawozdawczą określoną w załączniku nr 3 do zarządzenia, przy czym w przypadku wizyty lub porady lub interwencji, jeden punkt odpowiada jednemu świadczeniu;
- 6) przez czas udzielania świadczenia, o którym mowa w załączniku nr 4 do zarządzenia, należy rozumieć liczbę dni następujących po sobie, od dnia przyjęcia do dnia wypisu świadczeniobiorcy, z zastrzeżeniem, że w oddziałach dziennych uwzględnia się wszystkie dni, z wyłączeniem sobót oraz dni ustawowo wolnych od pracy;
- 7) rozliczanie za pomocą punktu, w przeliczeniu na osobodzień, obejmuje świadczenia psychiatryczne dla dorosłych w oddziale dziennym i stacjonarnym;
- 8) rozliczanie za pomocą punktu obejmuje świadczenia udzielone w poradniach psychiatrycznych oraz w zespołach leczenia środowiskowego (domowego);
- 9) wartość produktów rozliczeniowych określonych w załączniku nr 4 do zarządzenia stanowi iloczyn wagi punktowej świadczenia oraz średniej ceny jednostkowej punktu w województwie, z uwzględnieniem § 23 ust. 1 rozporządzenia;

- 10) ponowne przyjęcie świadczeniobiorcy z tą samą jednostką chorobową przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń w warunkach stacjonarnych lub dziennych, w okresie nie dłuższym niż 14 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia, traktowane jest jak jedno świadczenie;
- 11) w sytuacji udzielania świadczeń na rzecz kobiet w ciąży powikłanej, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2019 r. poz. 473 i 1818), w okresie roku po porodzie lub niepowodzenia położniczego (z uwzględnieniem wsparcia psychologicznego udzielanego na rzecz rodziny) takich jak: porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, sesja wsparcia psychospołecznego, wizyta (porada) domowa (środowiskowa) realizowana przez psychologa, w zakresie: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, wartość punktowa tych świadczeń korygowana jest w rozliczeniu z zastosowaniem współczynnika korygującego o wartości 1,64;
- 12) w sytuacji udzielania świadczeń, o których mowa w pkt 11, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym udzielono tych świadczeń, w umowach zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji tych świadczeń we właściwym ze względu na realizację zakresie świadczeń, z zastrzeżeniem zdania drugiego. Liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania może ulec zwiększeniu maksymalnie o liczbę jednostek rozliczeniowych oraz o wartość wynikającą z wartości tych świadczeń zrealizowanych w kwartale, o którym mowa w zdaniu pierwszym;
- 13) świadczeniobiorca może otrzymać, w zakresie świadczenia psychiatrycznego ambulatoryjnego dla dorosłych, w dniu zgłoszenia, więcej niż jedno świadczenie (np. poradę lekarską i psychologiczną), z wyłączeniem porad będących tymi samymi produktami rozliczeniowymi (np. dwie porady lekarskie);
- 14) w oddziale stacjonarnym oraz w oddziale dziennym, w przypadku przekroczenia czasu leczenia określonego w załączniku nr 4 do zarządzenia - rozliczenie w części przekroczonej następuje z zastosowaniem współczynnika korygującego o wartości 0,56;
- 15) w oddziale stacjonarnym możliwe jest udzielenie zgody na przepustkę świadczeniobiorcy na okres do trzech dni, a w uzasadnionych przypadkach,

w związku z wydarzeniami losowymi - do siedmiu dni, co winno być potwierdzone wpisem w dokumentacji medycznej. Łączny czas przebywania na przepustkach nie może przekraczać 25% czasu trwania hospitalizacji. W przypadku przepustki, rozliczenie następuje z zastosowaniem współczynnika korygującego o wartości 0,7, a w przypadku przekroczenia 15 dni - o wartości 0,56, w oddziale stacjonarnym; w przypadku przepustki wydanej podczas hospitalizacji ponad czas określony w załączniku nr 4 do zarządzenia, rozliczenie następuje z zastosowaniem współczynnika korygującego o wartości 0,28;

- 16) w sytuacji udzielenia świadczenia: osobodzień w oddziale psychiatrycznym, wartość punktowa korygowana jest w rozliczeniu z zastosowaniem współczynnika korygującego o wartości 1,14;
- 17) w sytuacji udzielenia świadczenia innego niż określonego w pkt 16, wartość punktowa korygowana jest w rozliczeniu z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,10;
- 18) Fundusz nie finansuje świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, udzielonych świadczeniobiorcy przebywającemu na przepustce;
- 19) w przypadku sesji grupowej, sesji rodzinnej, sesji wsparcia społecznego, rozliczeniu podlega uczestnik sesji, a w przypadku sesji indywidualnej rozliczeniu podlega sesja;
- 20) w przypadku udzielenia osobom zamieszkującym obszar działania centrum świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w § 23 ust. 3 rozporządzenia, takich jak:
  - a) leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi,
  - b) leczenie alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja), tj. osób z rozpoznaniem:
    - ostre zatrucie spowodowane użyciem alkoholu (F10.0),
    - alkoholowy zespół abstynencyjny (F10.3),
    - alkoholowy zespół abstynencyjny z majaczeniem (F10.4),
    - zespół abstynencyjny po lekach uspokajających i nasennych (F13.3),
    - zespół abstynencyjny z majaczeniem po lekach uspokajających i nasennych (F13.4),

- zespół abstynencyjny w przypadku używania kilku substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu lub leków uspokajających i nasennych (F19.3),
- zespół abstynencyjny z majaczeniem w przypadku używania kilku substancji psychoaktywnych, w tym alkoholu lub leków uspokajających i nasennych (F19.4);
- c) leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja), tj. osób z rozpoznaniem:
  - ostre zatrucie spowodowane użyciem substancji psychoaktywnych (F11.0-19.0), z wyłączeniem ostrego zatrucia nikotyną (F17.0),
  - zespół abstynencyjny po substancji psychoaktywnych (F11.3-19.3), z wyłączeniem tytoniowego zespołu abstynencyjnego (F17.3),
  - zespół abstynencyjny z majaczeniem po substancjach psychoaktywnych (F11.4-19.4), z wyłączeniem tytoniowego zespołu abstynencyjnego z majaczeniem (F17.4)
- rozliczenie następuje odpowiednimi produktami rozliczeniowymi określonymi w załączniku nr 4 do zarządzenia;

21) rozliczenie świadczenia udzielonego świadczeniobiorcy, o którym mowa w pkt 20 lit. b tiret 1-3, następuje za okres nie dłuższy niż 10 dni, a w przypadku świadczeniobiorcy, o którym mowa w pkt 20 lit. b tiret 4-7 oraz lit. c - za okres nie dłuższy niż 15 dni, oraz w związku z udzieleniem procedury medycznej o kodzie: 94.62 - farmakoterapia (detoksykacja);

22) rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom spoza obszaru działania centrum, w warunkach stacjonarnych całodobowych psychiatrycznych, w okresie przekraczającym 15 dni, następuje z zastosowaniem współczynnika korygującego o wartości 0,8;

23) rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom spoza obszaru działania centrum, w warunkach ambulatoryjnych, następuje z zastosowaniem współczynnika korygującego o wartości 0,8, za wyjątkiem sytuacji, o której mowa w § 21 ust. 2b oraz w § 23 ust. 1a rozporządzenia;

24) dowodem udzielenia świadczenia objętego umową, w tym także świadczeń, o których mowa w § 12 ust. 2 pkt 5 rozporządzenia, jest opis świadczenia w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej oraz zbiorczej. Przepisy § 11 rozporządzenia w sprawie dokumentacji medycznej, stosuje się odpowiednio;

25) dowodem udzielenia świadczenia w zakresie sesji rodzinnej oraz sesji wsparcia psychospołecznego uczestnikowi innemu niż świadczeniobiorca, jest odnotowanie w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej świadczeniobiorcy danych tych osób wraz ze wskazaniem stopnia pokrewieństwa lub informacji o stanowieniu oparcia społecznego. W przypadku sesji rodzinnej świadczeniobiorcą może być więcej niż jeden członek rodziny. W sytuacji, o której mowa w zdaniu drugim, w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej każdej z osób odnotowuje się udział pozostałych uczestników za wyjątkiem osób będących świadczeniobiorcami;

26) dowodem udzielenia świadczeń, o których mowa w załączniku nr 6 i 7 do rozporządzenia w sprawie leczenia psychiatrycznego, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych zgodnie z § 3a rozporządzenia w sprawie leczenia psychiatrycznego, jest odnotowanie w dokumentacji medycznej indywidualnej wewnętrznej świadczeniobiorcy, zastosowanego narzędzia komunikacji oraz dodatkowo, w sytuacji realizacji sesji, odnotowanie godziny oraz minuty rozpoczęcia i zakończenia sesji;

27) sprawozdanie udzielonych świadczeń, o których mowa w pkt 26, następuje przez dodanie do sprawozdawanych procedur medycznych według ICD-9, kodu, odpowiednio do realizowanego za pośrednictwem systemów teleinformatycznych świadczenia, przez określony personel.

2. Przepisy, o których mowa w ust. 1, stosuje się odpowiednio do realizacji świadczeń na rzecz świadczeniobiorców zamieszkujących obszar inny niż obszar działania centrum.

**§ 18.** 1. Realizując świadczenie psychiatryczne dla dorosłych świadczeniobiorców z obszaru działania centrum, jak i spoza obszaru działania centrum, świadczeniodawca jest zobowiązany do zapewnienia podczas pobytu świadczeniobiorcy posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, także pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, w przypadku realizacji prawa, o którym mowa w art. 34 ust. 3 ustawy o prawach pacjenta i RPP.

2. Pobyt osób, o których mowa w ust. 1, w przypadku udzielenia świadczenia świadczeniobiorcy zamieszkującemu obszar inny niż obszar działania centrum, świadczeniodawca może rozliczyć produktem rozliczeniowym zawartym w załączniku nr 4 do zarządzenia - w tym celu do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej

świadczeniodawca zobowiązany jest dołączyć podpisane oświadczenie, którego wzór określony jest w załączniku nr 10 do zarządzenia.

3. Rozliczenie pobytu, o którym mowa w ust. 1, następuje odpowiednim produktem rozliczeniowym określonym w załączniku nr 4 do zarządzenia.

**§ 19.** Świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdania danych dotyczących miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy zamieszkującego obszar inny niż obszar działania centrum, według obowiązującego najniższego kodu jednostki podziału terytorialnego w rozumieniu przepisów o statystyce publicznej, tj. z uwzględnieniem dzielnic/delegatur.

**§ 20.** W przypadku realizacji świadczeń: sesji psychoterapii indywidualnej, sesji psychoterapii rodzinnej, sesji psychoterapii grupowej oraz sesji wsparcia psychospołecznego, świadczeniodawca obowiązany jest odnotować w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej świadczeniobiorcy, godzinę oraz minutę rozpoczęcia i zakończenia sesji.

**§ 21.** W przypadku realizacji świadczeń w ramach świadczenia gwarantowanego: leczenie środowiskowe (domowe), świadczeniodawca obowiązany jest odnotować w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej, miejsce pobytu świadczeniobiorcy podczas realizacji świadczenia.

**§ 22.** Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego zawarte na podstawie przepisów, o których mowa w § 24, przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia zachowują ważność na czas na jaki zostały zawarte i mogą być zmieniane.

**§ 23.** Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów Funduszu do wprowadzenia niezbędnych zmian wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

**§ 24.** Traci moc zarządzenie Nr 55/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 czerwca 2018 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.

**§ 25.** Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 1 maja 2020 r.

**PREZES**  
**NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**  
Adam Niedzielski