

ZARZĄDZENIE 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

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 2019 r. poz.1373, z późn. zm.¹⁾) zarządza się, co następuje:

Rozdział 1
Postanowienia ogólne

§ 1. Zarządzenie określa:

- 1) przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2) szczegółowe warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

§ 2. 1. Użyte w zarządzeniu określenia oznaczają:

- 1) **Fundusz** – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) **instruktor terapii uzależnień** – osobę, o której mowa w § 2 pkt 1 rozporządzenia, o którym mowa w pkt 12;

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

- 3) **katalog zakresów świadczeń** – wykaz świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez świadczeniodawcę w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, określony w załączniku nr 1 do zarządzenia;
- 4) **oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;
- 5) **Ogólne warunki umów** – przepisy rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wydane na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”;
- 6) **osobodzień** – jednostkową miarę służącą do sprawozdania produktów rozliczeniowych określonych w katalogu zakresów świadczeń, stanowiącym załącznik nr 1 do zarządzenia;
- 7) **ośrodek – I poziom referencyjny** – ośrodek środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny, określony w pkt 1 załącznika nr 8 do rozporządzenia, o którym mowa w pkt 12;
- 8) **ośrodek – III poziom referencyjny** – ośrodek wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny, określony w pkt 3 załącznika nr 8 do rozporządzenia, o którym mowa w pkt 12;
- 9) **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);
- 10) **punkt** – jednostkową miarę służącą do określenia wartości produktów rozliczeniowych określonych w katalogu zakresów świadczeń, stanowiącym załącznik nr 1 do zarządzenia;
- 11) **rodzaj świadczeń** – rodzaj, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów;
- 12) **rozporządzenie** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, wydane na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;

- 13) **rozporządzenie ws. leczenia substytucyjnego** – rozporządzenie ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie leczenia substytucyjnego, wydane na podstawie art. 28 ust. 7 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2019 r. poz. 852 i 1818);
- 14) **ryczałt dobowy** – kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie świadczeń w izbie przyjęć w ciągu doby;
- 15) **ryczałt miesięczny** – kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. porady psychologicznej diagnostycznej, porady psychologicznej, sesji psychoterapii indywidualnej, sesji psychoterapii rodzinnej, sesji psychoterapii grupowej, sesji wsparcia psychospołecznego, wizyty, porady domowej lub środowiskowej miejscowej lub zamiejscowej, w zakresie ośrodka – I poziom referencyjny, o którym mowa w pkt 1 załącznika nr 8 do rozporządzenia;
- 16) **środowiskowe centrum – II poziom referencyjny** – środowiskowe centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny, o którym mowa w pkt 2 załącznika nr 8 do rozporządzenia;
- 17) **terapeuta środowiskowy** - osobę, o której mowa w § 2 pkt 18 rozporządzenia;
- 18) **turnus rehabilitacyjny** – turnus w rozumieniu § 2 ust. 19 rozporządzenia;
- 19) **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);
- 20) **współczynnik korygujący** – współczynnik, o którym mowa w § 1 pkt 16 załącznika do Ogólnych warunków umów;
- 21) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w Ogólnych warunkach umów.

2. Określenia inne niż wymienione w ust. 1, użyte w zarządzeniu, mają znaczenie nadane im w przepisach odrębnych, w tym w szczególności w rozporządzeniu oraz w Ogólnych warunkach umów.

Rozdział 2

Przedmiot postępowania i umowy

§ 3. Przedmiotem postępowania, o którym mowa w § 1 pkt 1, jest wyłonienie świadczeniodawców do udzielania świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, które 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. UE L 340 z dnia 16.12. 2002, str. 1 i n., z późn. zm.) oraz zgodnie z art. 141 ust. 4 ustawy o świadczeniach, obejmują 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) 85144000-0 Usługi placówek opieki zdrowotnej zapewniające zakwaterowanie;
- 6) 85312100-0 Usługi opieki dziennej;
- 7) 85312110-3 Usługi opieki dziennej nad dziećmi.

§ 4. 1. Postępowanie, o którym mowa w § 3, ma na celu wyłonienie świadczeniodawców do realizacji świadczeń odpowiednio na obszarze terytorialnym:

- 1) województwa;
- 2) więcej niż jednego powiatu;
- 3) powiatu;
- 4) więcej niż jednej gminy;
- 5) gminy;
- 6) więcej niż jednej dzielnicy/delegatury;
- 7) dzielnicy/delegatury.

2. Porównanie ofert w toku postępowania następuje zgodnie z przepisami art. 148 ustawy o świadczeniach, w tym z przepisami wydanymi na podstawie art. 148 ust. 3 tej

ustawy.

Rozdział 3

Szczegółowe warunki umowy

§ 5. 1. Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, o której mowa w § 1 pkt 2, zwanej dalej „umową”, jest w szczególności realizacja świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę w zakresach świadczeń określonych w załączniku nr 1 do zarządzenia.

2. Wzór umowy stanowi załącznik nr 2 do zarządzenia.

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

§ 6. 1. Świadczeniodawca realizujący umowę, obowiązany jest spełniać wymagania określone w niniejszym zarządzeniu oraz w przepisach odrębnych, w szczególności w rozporządzeniu.

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

§ 7. 1. Świadczenia w poszczególnych zakresach świadczeń mogą być udzielane przez świadczeniodawcę z udziałem podwykonawców udzielających świadczeń na zlecenie świadczeniodawcy, wymienionych w „Wykazie podwykonawców”, którego wzór określony jest w załączniku nr 3 do umowy.

2. Dopuszcza się zlecenie podwykonawcy udzielania jedynie części zakresu świadczeń będących przedmiotem umowy.

3. Świadczenia mogą być udzielane wyłącznie przez podwykonawcę spełniającego wymagania, o których mowa w § 6.

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

5. 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.

6. 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.

§ 8. 1. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w związku z prowadzeniem eksperymentu medycznego, w tym badania klinicznego, których finansowanie określają odrębne przepisy.

2. 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.

3. W celu realizacji obowiązku, o którym mowa w ust. 2, świadczeniodawca obowiązany 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.

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

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

6. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez świadczeniodawcę udzielania świadczeń na podstawie kolejnej umowy zawartej z dyrektorem Oddziału Funduszu, upoważnienie, o którym mowa w ust. 3, uzyskane w związku z zawarciem poprzedniej umowy, zachowuje ważność.

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

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

§ 10. Liczba i cena jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania Funduszu są określone w planie rzeczowo - finansowym, którego wzór określony jest w załączniku nr 1 do umowy.

§ 11. 1. Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień realizowane w warunkach stacjonarnych, udzielane są w zakresach świadczeń, o których mowa w lp. 4-35 załącznika nr 1 do zarządzenia.

2. W zakresach świadczeń, o których mowa w ust. 1, świadczeniodawcy zapewniają realizację świadczeń, o których mowa w § 6 rozporządzenia.

§ 12. Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień realizowane:

- 1) w izbie przyjęć, udzielane są w zakresie świadczeń, o którym mowa w l.p. 36 załącznika nr 1 do zarządzenia;
- 2) w warunkach dziennych (oddziału/ośrodka dziennego) udzielane są w zakresach świadczeń wymienionych w lp. 37-45 załącznika nr 1 do zarządzenia. W zakresach tych, świadczeniodawcy zapewniają realizację świadczeń, o których mowa w § 7 rozporządzenia;
- 3) w warunkach ambulatoryjnych, udzielane są w zakresach świadczeń wymienionych w lp. 46-59 załącznika nr 1 do zarządzenia. W zakresach tych, świadczeniodawcy zapewniają realizację świadczeń, o których mowa w § 8 rozporządzenia;
- 4) w ośrodku – I poziom referencyjny, udzielane są świadczenia, o których mowa w lp. 1 załącznika nr 1 do zarządzenia. W zakresie tym

świadczeniodawcy zapewniają realizację świadczeń, o których mowa w § 8 rozporządzenia oraz w pkt 1 załącznika nr 8 do rozporządzenia;

- 5) w środowiskowym 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 § 6-8 rozporządzenia oraz w pkt 3 załącznika nr 8 do rozporządzenia.

§ 13. W ramach realizowanej umowy zawartej z Funduszem, świadczeniodawca obowiązany jest do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi zasadami określonymi w odrębnych przepisach.

§ 14. 1. Świadczeniodawca udzielający świadczeń, o których mowa w § 3 pkt 1 lit. a i b rozporządzenia, jest obowiązany do zapewnienia podczas pobytu świadczeniobiorcy małoletniego lub 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, świadczeniodawca może rozliczyć produktem rozliczeniowym określonym w załączniku nr 1 do zarządzenia - w tym celu do dokumentacji indywidualnej wewnętrznej świadczeniodawca obowiązany jest dołączyć podpisane oświadczenie, którego wzór określony jest w załączniku nr 3 do zarządzenia.

§ 15. Świadczeniodawca, który realizuje świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia oraz świadczenia psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia, zapewnia transport sanitarny, o którym mowa w art. 201 § 2 zdanie 2 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r.- Kodeks karny wykonawczy (Dz.

U. z 2019 r. poz. 676, 679, 1694, 2020 i 2070).

§ 16. Świadczeniodawca realizujący świadczenie w zakresie: leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych zobowiązany jest spełniać warunki określone w lp. 18 załącznika nr 1 do rozporządzenia.

§ 17. 1. Warunki rozliczania świadczeń określone są w Ogólnych warunkach umów, oraz w umowie.

2. Raport statystyczny przekazywany przez świadczeniodawców podlega weryfikacji w oddziale Funduszu.

3. Jednostką rozliczeniową jest punkt.

4. Jednostką sprawozdawczą jest: osobodzień, punkt, ryczałt dobowy oraz ryczałt miesięczny.

§ 18. 1. Przedstawiając świadczenia do rozliczenia, świadczeniodawca obowiązany jest do stosowania następujących zasad:

- 1) do rozliczenia pobytu w oddziałach stacjonarnych psychiatrycznych i leczenia uzależnień, oddziałach lub ośrodkach dziennych psychiatrycznych i leczenia uzależnień, wykazuje się wyłącznie osobodni faktycznie wykonane, przez które należy rozumieć każdy rozpoczęty osobodzień pobytu w zakładzie stacjonarnym oraz w warunkach opieki domowej;
- 2) przez czas udzielania świadczenia, o którym mowa w załączniku nr 1 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 określone w zarządzeniu lub rozporządzeniu, z wyłączeniem sobót oraz dni ustawowo wolnych od pracy;
- 3) rozliczanie ryczałtem dobowym obejmuje świadczenia udzielane w izbie przyjęć;
- 4) rozliczanie ryczałtem miesięcznym obejmuje 412 świadczeń z zakresu świadczeń: porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna,

sesja psychoterapii indywidualnej, sesja psychoterapii rodzinnej, sesja psychoterapii grupowej, sesja wsparcia psychospołecznego, wizyta, porada domowa lub środowiskowa miejscowa lub zamiejscowa, udzielanych w zakresie ośrodka – I poziom referencyjny;

- 5) rozliczenie wykonania świadczeń, o których mowa w pkt 4, ustala się na kwartalne okresy rozliczeniowe, z zastrzeżeniem § 19;
- 6) w przypadku udzielenia w okresie sprawozdawczym mniejszej liczby świadczeń niż wskazana w pkt 4, ryczałt miesięczny na kolejny okres rozliczeniowy ulega proporcjonalnemu zmniejszeniu; w przypadku udzielenia większej liczby świadczeń - proporcjonalnemu zwiększeniu;
- 7) rozliczanie za pomocą punktu obejmuje świadczenia udzielane w poradniach psychologicznych, psychiatrycznych, seksuologicznych i leczenia uzależnień, w zespołach leczenia środowiskowego (domowego), w środowiskowym centrum – II poziom referencyjny oraz w ośrodku – III poziom referencyjny;
- 8) rozliczanie za pomocą punktu, w przeliczeniu na osobodzień, obejmuje świadczenia udzielane w oddziałach stacjonarnych psychiatrycznych i leczenia uzależnień oraz oddziałach lub ośrodkach dziennych psychiatrycznych i leczenia uzależnień, w tym realizowanych w środowiskowym centrum – II poziom referencyjny oraz w ośrodku - III poziom referencyjny;
- 9) dzień przyjęcia do opieki psychiatrycznej lub leczenia uzależnień i dzień zakończenia wykazywane są do rozliczenia jako jeden osobodzień, z wyjątkiem świadczeń udzielanych w oddziałach lub ośrodkach dziennych;
- 10) dwukrotne przyjęcie świadczeniobiorcy z tą samą jednostką chorobową przez świadczeniodawcę udzielającego świadczeń w warunkach stacjonarnych lub w oddziałach lub ośrodkach dziennych, w okresie nie dłuższym niż 14 dni od dnia zakończenia udzielania świadczenia, traktowane jest jako jedno świadczenie (z wyłączeniem hospitalizacji osób skierowanych na podstawie orzeczenia sądu do leczenia w zakładach psychiatrycznych oraz w zakładach leczenia odwykowego, zgodnie z odrębnymi przepisami). W przypadku świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych, do ustalenia czasu

- świadczenia jednorazowego, określonego w załączniku nr 1 do zarządzenia, wlicza się dni w których udzielane były świadczenia, a w przypadku ośrodków dziennych do ustalenia czasu świadczenia jednorazowego wlicza się dni następujące od daty wypisu do dnia ponownego przyjęcia, z wyłączeniem sobót i dni ustawowo wolnych od pracy;
- 11) wartość produktu rozliczeniowego: leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi sumuje się z wartością produktu rozliczeniowego (osobodzień) zakresu świadczenia, wymienionego w lp. 18 załącznika nr 1 do rozporządzenia;
 - 12) w oddziałach lub ośrodkach dziennych psychiatrycznych i leczenia uzależnień, o których mowa w załączniku nr 4 i 5 do rozporządzenia, rozliczenie osobodnia następuje, przy dziennej liczbie godzin udzielania świadczeń nie mniejszej niż 5, od poniedziałku do piątku, poza dniami ustawowo wolnymi od pracy;
 - 13) wartość produktu rozliczeniowego stanowi iloczyn wagi punktowej świadczenia wykazanych w załączniku nr 1 do zarządzenia oraz ceny jednostkowej punktu;
 - 14) rozliczenie opieki nad świadczeniobiorcą – I poziom referencyjny stanowi iloczyn wagi punktowej oraz ceny jednostkowej punktu;
 - 15) w przypadku sesji grupowej, sesji rodzinnej, sesji wsparcia psychospołecznego, sesji psychoedukacji, turnusu rehabilitacyjnego oraz programu leczenia substytucyjnego rozliczeniu podlega uczestnik sesji/turnusu/programu, a w przypadku sesji indywidualnej rozliczeniu podlega sesja;
 - 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);
 - 17) w przypadku licznych wizyt lub porad domowych, lub porad 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;

- 18) dla sesji rodzinnej oraz wsparcia psychospołecznego realizowanych w ramach świadczeń gwarantowanych: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży, leczenie nerwic, świadczenia seksuologiczne i patologii współżycia, świadczenia psychologiczne, leczenie środowiskowe (domowe), do sprawozdawania i rozliczania uczestnika sesji innego niż świadczeniobiorca, stosuje się rozpoznanie wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 – (Z03) obserwacja medyczna i ocena przypadków podejrzanych o chorobę lub stany podobne;
- 19) 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 lub porada domowa lub porada środowiskowa realizowana przez psychologa, w zakresach: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, świadczenia psychologiczne - wartość punktowa tych świadczeń korygowana jest w rozliczeniu z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,6380;
- 20) w przypadku udzielania świadczeń, o których mowa w pkt 19, 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 właściwych ze względu na realizację zakresach, z zastrzeżeniem, że liczba jednostek rozliczeniowych oraz kwota zobowiązania może wzrosnąć maksymalnie o liczbę jednostek rozliczeniowych oraz wartość, wynikającą z wartości tych

- świadczeń zrealizowanych w kwartale, o którym mowa w zdaniu pierwszym;
- 21) w całodobowych oddziałach psychiatrycznych, oddziałach/ośrodkach leczenia uzależnień, oddziałach/ośrodkach dziennych, w przypadku przekroczenia czasu leczenia wskazanego w załączniku nr 1 do zarządzenia, rozliczenie w części przekroczonej następuje z zastosowaniem wskaźnika korygującego o wartości 0,7;
 - 22) w oddziałach lub ośrodkach leczenia uzależnień udzielających świadczeń w zakresie świadczeń: świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, rozliczenie w części przekraczającej 547 dni leczenia następuje z zastosowaniem wskaźnika korygującego o wartości 0,5;
 - 23) w całodobowych oddziałach psychiatrycznych i leczenia uzależnień możliwe jest udzielanie świadczeniobiorcy przepustki 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 psychiatrycznym zakładzie opieki długoterminowej (opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym) przepustka może być wydana na okres do 30 dni. W psychiatrycznym zakładzie opieki długoterminowej oraz w przypadku długotrwałego pobytu (powyżej 365 dni) w ramach oddziału rehabilitacji psychiatrycznej i leczenia uzależnień łączny czas przebywania na przepustkach nie może przekraczać 10% (36 dni) okresu rozliczeniowego (okresu roku kalendarzowego). W przypadku przepustki rozliczenie następuje z zastosowaniem wskaźnika korygującego o wartości 0,7;
 - 24) w całodobowych oddziałach psychiatrycznych oraz oddziałach lub ośrodkach leczenia uzależnień, w przypadku realizacji świadczeń, o których mowa w § 3 pkt 1 rozporządzenia, rozliczenie przepustki udzielonej podczas pobytu ponad standard czasu leczenia wskazanego w załączniku nr 1 do zarządzenia, za wyjątkiem świadczeń udzielanych bez ograniczeń czasowych, następuje z zastosowaniem wskaźnika korygującego o wartość 0,5;

- 25) w oddziałach lub ośrodkach leczenia uzależnień udzielających świadczeń w zakresie świadczeń: świadczenia rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w przypadku przepustki wydanej podczas hospitalizacji przekraczającej 547 dni leczenia, rozliczenie następuje z zastosowaniem wskaźnika korygującego o wartości 0,35;
- 26) rozliczanie z zastosowaniem współczynników korygujących, o których mowa w pkt 21, 22, 24 i 25 nie dotyczy leczenia osób:
- a) kierowanych na podstawie orzeczenia sądu do leczenia w zakładach psychiatrycznych oraz w zakładach leczenia odwykowego,
 - b) kierowanych na podstawie postanowienia sądu opiekuńczego, wydanego na podstawie przepisów ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego oraz związanego z orzeczeniem sądu o obowiązku poddania się leczeniu odwykowemu, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz.U. z 2019 r. poz. 2277),
 - c) niepełnoletnich kierowanych przez sąd rodzinny do leczenia lub rehabilitacji, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii,
 - d) uzależnionych, skazanych za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej na karę pozbawienia wolności, której wykonanie warunkowo zawieszono, zobowiązanych przez sąd do poddania się leczeniu lub rehabilitacji, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub
 - e) uzależnionych, skazanych za przestępstwo pozostające w związku z używaniem środka odurzającego lub substancji psychotropowej na karę pozbawienia wolności, umieszczonych przed wykonaniem kary w odpowiednim podmiocie leczniczym na mocy orzeczenia sądu, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii;
- 27) w przypadku okresowego trwającego nie dłużej niż 30 dni, pobytu w szpitalu,

- świadczeniobiorcy przebywającego w psychiatrycznym zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym, zakład ten ma obowiązek utrzymywać przez okres leczenia szpitalnego rezerwację łóżka; w okresie rezerwacji łóżka rozliczenie następuje z zastosowaniem wskaźnika korygującego o wartości 0,15;
- 28) udzielenie świadczeniobiorcy w wieku poniżej 60. roku życia, świadczeń psychogeriatrycznych świadczeniodawca zobowiązany jest do odnotowania uzasadnienia w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej;
- 29) turnusy rehabilitacyjne dla osób z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w § 9 ust. 1:
- a) pkt 1 i 2 rozporządzenia, wykazywane są do rozliczenia zgodnie z trybem przewidzianym dla realizacji świadczeń w warunkach stacjonarnych,
 - b) pkt 3 i 4 rozporządzenia, wykazywane są do rozliczenia zgodnie z trybem przewidzianym dla realizacji świadczeń w oddziale dziennym,
 - c) pkt 5 i 6 rozporządzenia, wykazywane są do rozliczenia zgodnie z trybem przewidzianym dla realizacji świadczeń w warunkach ambulatoryjnych;
- 30) w sytuacji udzielania świadczeń w zakresie: świadczenia psychiatryczne dla dorosłych, świadczenia psychiatryczne dla chorych somatycznie, świadczenia psychiatryczne dla przewlekle chorych, świadczenia psychogeriatryczne, świadczenia rehabilitacji psychiatrycznej, leczenie zaburzeń nerwicowych dla dorosłych, świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego zabezpieczenia, świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia, świadczenia opiekuńczo – lecznicze psychiatryczne dla dorosłych, świadczenia pielęgnacyjno – opiekuńcze psychiatryczne dla dorosłych, świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu – wartość punktowa tych świadczeń korygowana jest w rozliczeniu z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1357;
- 31) w sytuacji udzielania świadczeń w zakresie: świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, leczenie zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży, świadczenia w psychiatrii sądowej w warunkach wzmocnionego

zabezpieczenia dla nieletnich, świadczenia opiekuńczo – lecznicze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, świadczenia pielęgnacyjno – opiekuńcze psychiatryczne dla dzieci i młodzieży, świadczenia dla osób z zaburzeniami psychicznymi w hostelu rozliczane produktem rozliczeniowym dla młodzieży, o których mowa w załączniku nr 1 do rozporządzenia – wartość punktowa tych świadczeń korygowana jest w rozliczeniu z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,3104;

- 32) w sytuacji udzielenia świadczenia innego niż określone w pkt 19, 30 i 31 oraz świadczeń, o których mowa w lp. 1-3 załącznika nr 1 do zarządzenia, wartość punktowa świadczeń korygowana jest w rozliczeniu z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,092.

2. Fundusz nie finansuje świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, udzielonych świadczeniobiorcy przebywającemu na przepustce.

3. Dowodem udzielenia świadczenia objętego umową jest opis świadczenia w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej oraz w dokumentacji zbiorczej. Do prowadzenia dokumentacji zbiorczej stosuje się przepisy § 11 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 2069).

4. W przypadku realizacji świadczeń: sesji psychoterapii indywidualnej, sesji psychoterapii rodzinnej, sesji psychoterapii grupowej oraz sesji wsparcia psychospołecznego, świadczeniobiorca lub uczestnik potwierdza każdorazowo swój udział przez złożenie podpisu w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej świadczeniobiorcy, z uwzględnieniem czasu jej trwania.

5. Dowodem udzielenia świadczenia w ramach sesji psychoterapii 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 psychoterapii rodzinnej świadczeniobiorcą może być więcej niż jeden członek rodziny. W przypadku, o którym mowa w zdaniu drugim, w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej każdego świadczeniobiorcy odnotowuje się

udział pozostałych uczestników.

6. W przypadku realizacji turnusu rehabilitacyjnego, świadczeniodawca przedstawia Oddziałowi Funduszu dokumentację, o której mowa w § 9 ust. 2 rozporządzenia.

7. Czas trwania turnusu rehabilitacyjnego podlega sumowaniu z czasem udzielania świadczenia w danym zakresie świadczeń, określonym w załączniku nr 1 do zarządzenia.

8. Świadczeniodawca zobowiązany jest do sprawozdania danych dotyczących miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy według obowiązującego najniższego kodu jednostki podziału terytorialnego, tj. z uwzględnieniem dzielnic i delegatur.

Rozdział 4

Przepisy epizodyczne, przejściowe i końcowe

§ 19. 1. Do rozliczania świadczeń, o których mowa w § 18 ust. 1 pkt 4, w 2020 roku, ustala się na następujące okresy rozliczeniowe:

- 1) pierwszy okres rozliczeniowy – sześciomiesięczny;
- 2) drugi – kwartalny.

2. W przypadku gdy umowa zawarta jest na okres krótszy niż 6 lub 9 miesięcy, pierwszy lub ostatni okres rozliczeniowy jest odpowiednio krótszy.

§ 20. Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień zawarte przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia, zachowują ważność przez okres na jaki zostały zawarte.

§ 21. Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy dotychczasowe, z tym że umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień zawiera się zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określonym w załączniku nr 2 do niniejszego

zarządzenia.

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

§ 23. Traci moc zarządzenie Nr 41/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

§ 24. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

PREZES
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
Adam Niedzielski