

**Ujednolicona, opisowa i łatwiejszą do czytania wersja zarządzenia nr**

**38/2026/DSOZ**, napisana płynnym językiem, bez odwołań technicznych do paragrafów i punktów. Zachowuje sens normatywny dokumentu, ale porządkuje go tak, aby był zrozumiały także dla osób, które nie pracują na co dzień z językiem prawnym. Opracowanie opiera się na treści zarządzenia i jego załączników.

**Ujednolicona wersja opisowa**

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 10 kwietnia 2026 r. wydał zarządzenie nr 38/2026/DSOZ zmieniające dotychczasowe zasady zawierania i realizacji umów dotyczących programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. Zarządzenie to nie tworzy całkiem nowego systemu, lecz aktualizuje wcześniej obowiązujące zasady i dostosowuje je do nowego sposobu sprawozdawania oraz rozliczania świadczeń udzielanych w CZP. Najważniejszą zmianą jest wprowadzenie **bardziej szczegółowego katalogu produktów sprawozdawczych oraz uporządkowanie zasad raportowania różnych rodzajów pomocy udzielanej pacjentom.**

Od tej zmiany należy rozumieć, że w dokumentacji i rozliczeniach CZP trzeba wyraźnie odróżniać kilka rodzajów pomocy. Pierwszym rodzajem jest **pomoc czynna**, czyli pomoc udzielana osobom z określonymi rozpoznaniem psychiatrycznymi, wskazanymi w klasyfikacji ICD-10. Oprócz niej zarządzenie postuluje się także pojęciami **pomocy długoterminowej, krótkoterminowej, doraźnej i konsultacyjnej**. Każdy z tych typów pomocy ma odrębny zestaw produktów sprawozdawczych, czyli odrębny katalog kodów i nazw świadczeń, którymi należy raportować wykonane działania do NFZ. Zarządzenie porządkuje też znaczenie pojęcia **planu leczenia**, rozumianego jako plan terapii i zdrowienia albo plan terapeutyczny prowadzony zgodnie z przepisami o leczeniu psychiatrycznym.

W praktyce oznacza to, że świadczeniodawca prowadzący centrum zdrowia psychicznego ma **obowiązek nie tylko udzielać świadczeń, ale również przyporządkowywać je do właściwego rodzaju pomocy i do właściwego katalogu produktów sprawozdawczych**. Dla pomocy czynnej stosuje się jeden katalog, dla pomocy długoterminowej i krótkoterminowej drugi, dla pomocy doraźnej trzeci, a dla pomocy konsultacyjnej czwarty. To rozróżnienie jest podstawowe, bo od niego zależy, jak dane świadczenie ma zostać zakodowane i rozliczone.

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego

§ 14. Centrum udziela pomocy:

- 1) **czynnej** - obejmującej leczenie i wsparcie świadczeniobiorców z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi, wymagających ciągłości świadczeń opieki zdrowotnej, aktywnego podtrzymywania kontaktu i wyprzedzającego rozwiązywania problemów;
- 2) **długoterminowej** - innym niż określeni w pkt 1 świadczeniobiorcom z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi;
- 3) **krótkoterminowej** - świadczeniobiorcom z zaburzeniami epizodycznymi lub nawracającymi;
- 4) **doraźnej** - świadczeniobiorcom w stanach nagłych i przypadkach pilnych;
- 5) **konsultacyjnej** - innym niż określeni w pkt 1-4 świadczeniobiorcom potrzebującym świadczeń diagnostycznych lub porad.

### MATRYCA OPERACYJNA TRYBÓW POMOCY (PROJEKT ChatGPT)

Kryterium	Doraźna	Krótkoterminowa	Długoterminowa	Konsultacyjna
<b>Wejście do systemu</b>	pilne / nagłe	planowane (problem)	kontynuacja	skierowanie / zapytanie
<b>Czas reakcji systemu</b>	natychmiast (0–72h)	do 30 dni	cykliczny	jednorazowy
<b>Plan leczenia</b>	brak lub wstępny	określony i zamknięty	otwarty, ciągły	brak
<b>Plan kolejnych wizyt</b>	ad hoc	określony cykl	stały (np. co miesiąc)	brak
<b>Intensywność kontaktu</b>	wysoka krótkotrwała	średnia	niska–średnia ciągła	jednorazowa
<b>Czas trwania relacji</b>	dni–tygodnie	tygodnie–miesiące	miesiące–lata	1–2 kontakty
<b>Odpowiedzialność systemu</b>	pełna chwilowa	pełna czasowa	pełna ciągła	brak przejęcia
<b>Zamknięcie procesu</b>	szybkie przejście dalej	zakończenie cyklu	brak końca (monitoring)	po konsultacji

Zarządzenie reguluje również, **co trzeba zrobić wtedy, gdy zmienia się organizacja świadczeń w centrum zdrowia psychicznego**. Jeżeli świadczeniodawca dodaje albo usuwa komórkę organizacyjną albo zmienia miejsce udzielania świadczeń, nie składa całego nowego wniosku o zmianę umowy, tylko wniosek dotyczący harmonogramu i zasobów. Do takiego wniosku trzeba dołączyć pełny wykaz miejsc udzielania świadczeń oraz pełny wykaz personelu, który bierze udział w realizacji świadczeń. Chodzi o to, aby NFZ miał aktualne dane o tym, gdzie i przez kogo świadczenia są wykonywane.

Kolejna ważna zmiana polega na tym, że **przy rozliczaniu programu pilotażowego stosuje się katalog produktów sprawozdawczych określony w nowych załącznikach do zarządzenia**. To właśnie te załączniki stanowią praktyczny rdzeń dokumentu.

Zawierają one **listę konkretnych produktów sprawozdawczych**, takich jak wpis na listę oczekujących, pierwszorazowa porada, porada kontynuacyjna, sesja psychoterapii rozpoczynająca cykl, sesja kontynuacyjna, ostatnia sesja kończąca cykl leczenia, osobodzeń w oddziale, sesja koordynacji podczas hospitalizacji i wiele innych. Zarządzenie wyraźnie wskazuje, że przy wizytach, poradach i interwencjach jeden punkt odpowiada jednemu świadczeniu.

Istotne znaczenie ma także **sposób końcowego rozliczenia programu pilotażowego**. Dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ ma przekazać, w terminie do 60 dni od zakończenia programu, informację o ostatecznej kwocie pomniejszeń za ostatni okres rozliczeniowy. Informacja ta ma obejmować również liczbę i wartość poszczególnych produktów rozliczeniowych udzielonych przez poszczególnych świadczeniodawców. Oznacza to, że ostateczne rozliczenie końcowe będzie oparte na rzeczywiście wykazanych produktach i ich wartości.

Duży blok zmian dotyczy **leczenia elektrowstrząsami** wykonywanego ze wskazań życiowych. Zarządzenie mówi, że świadczeniodawca, który realizuje takie leczenie, musi spełniać określone wymagania kadrowe, lokalowe i sprzętowe oraz wykazać te zasoby w harmonogramie. Przed rozpoczęciem pierwszego zabiegu trzeba przeprowadzić określoną kwalifikację obejmującą badania laboratoryjne, wybrane badania diagnostyczno-obrazowe i elektrofizjologiczne oraz konsultacje specjalistyczne, między innymi internistyczną, neurologiczną, okulistyczną i anesteziologiczną. Dodatkowo część badań laboratoryjnych i EKG trzeba powtarzać regularnie, co trzeci zabieg, czyli przed czwartym, siódmym, dziesiątym i kolejnymi zabiegami.

Samo rozliczanie **leczenia elektrowstrząsami** również zostało dokładnie uporządkowane. Rozpoczęcie cyklu leczenia wymaga sprawozdania produktu dotyczącego kwalifikacji, obejmującego konsultacje specjalistyczne i badania. Taki produkt raportuje się przed każdym rozpoczętym cyklem leczenia, ale nie częściej niż raz na 12 miesięcy. Następnie raportuje się produkt dotyczący samego zabiegu. Po wykonaniu co trzeciego zabiegu, licząc od czwartego, trzeba dodatkowo sprawozdać produkt obejmujący zabieg wraz z kwalifikacją kontrolną opartą na badaniach. Warunkiem sprawozdania tych produktów jest odnotowanie wyników badań i konsultacji w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta. Jednocześnie zarządzenie wprowadza zasadę przejściową: cykle leczenia elektrowstrząsami rozpoczęte przed wejściem w życie nowych przepisów są rozliczane według dotychczasowych zasad do zakończenia cyklu, ale nie dłużej niż przez 12 miesięcy od sprawozdania produktu rozpoczynającego taki cykl.

Zarządzenie przewiduje również **szczególne zasady dla świadczeń udzielanych mieszkańcom domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz dorosłych osób z niepełnosprawnością intelektualną**, jeżeli placówki te znajdują się na obszarze działania centrum. W takim przypadku świadczeniodawca ma

obowiązek raportować te świadczenia w odrębnym zakresie świadczeń oznaczonym właściwym kodem zakresu.

Ważną częścią zmian jest **uregulowanie sposobu raportowania badań dodatkowych**. Jeżeli w ramach pomocy doraźnej albo porady lekarskiej diagnostycznej wykonano pacjentowi badania laboratoryjne, obrazowe lub elektrofizjologiczne, trzeba sprawozdać je do Funduszu odpowiednimi produktami. Zarządzenie wskazuje też, że badania te sprawozdaje się z datą omówienia wyników. Oznacza to, że samo zlecenie badania nie wystarcza — liczy się moment, w którym wynik został wykorzystany w procesie diagnostyczno-terapeutycznym.

Nowe przepisy bardzo wyraźnie porządkują **zasady dotyczące list oczekujących**. Każdego pacjenta wpisanego na listę oczekujących, który zgłosił się po świadczenie do oddziału psychiatrycznego, oddziału dziennego, poradni zdrowia psychicznego, punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego albo zespołu leczenia środowiskowego, trzeba sprawozdać odpowiednim produktem odpowiadającym wpisowi na listę. Jeżeli później taki pacjent otrzyma pierwszorazowe świadczenie, należy je zgłosić wraz z datą wpisania na listę oczekujących. Jednocześnie zarządzenie wyraźnie zaznacza, że na listę oczekujących nie wpisuje się pacjenta kontynuującego leczenie u tego samego świadczeniodawcy, jeżeli termin kolejnej wizyty wynika z planu leczenia. Innymi słowy, lista oczekujących dotyczy oczekiwania na rozpoczęcie lub nowe udzielenie świadczenia, a nie zwykłej kontynuacji już zaplanowanego leczenia.

Osobne znaczenie nadano **sesjom koordynacji podczas hospitalizacji**. Jeżeli w trakcie pobytu pacjenta w oddziale psychiatrycznym dochodzi do sesji koordynacji pomiędzy personelem oddziału a personelem realizującym świadczenia ambulatoryjne lub środowiskowe, do Funduszu trzeba sprawozdać dwa rodzaje produktów: jeden odnoszący się do samej sesji koordynacji podczas hospitalizacji, a drugi odnoszący się do udziału konkretnego personelu w tej sesji. W ten sposób NFZ rozdziela samo wydarzenie koordynacyjne od udziału poszczególnych uczestników.

Zarządzenie porządkuje także **zasady sprawozdawania podania leków o przedłużonym działaniu**. Taki produkt trzeba zgłaszać ze wskazaniem dokładnej daty podania leku pacjentowi. Nie wystarcza więc ogólna informacja, że lek został zastosowany — istotna jest konkretna data wykonania świadczenia.

Szczególnie rozbudowane są **nowe zasady dotyczące psychoterapii i wsparcia psychospołecznego**. Zarządzenie przyjmuje logikę cyklu leczenia. Oznacza to, że inaczej sprawozdaje się sesję rozpoczynającą cykl leczenia, inaczej sesje kontynuacyjne, a jeszcze inaczej sesję kończącą cykl. Dotyczy to psychoterapii indywidualnej, rodzinnej i grupowej, a także sesji wsparcia psychospołecznego. Dodatkowo zarządzenie uwzględnia trzy możliwe drogi wejścia w taki cykl: udzielenie pierwszej sesji w dniu zgłoszenia, rozpoczęcie po oczekiwaniu na liście oraz kontynuację leczenia rozpoczętego przed 1 kwietnia 2026 r. W przypadku zakończenia leczenia trzeba

obowiązkowo sprawozdać produkt odpowiadający ostatniej sesji. W praktyce oznacza to, że system rozliczeń odróżnia początek, środek i zakończenie procesu terapeutycznego.

Zmieniono również **zasady raportu statystycznego**. Świadczeniodawca ma obowiązek przekazywać do oddziału NFZ comiesięcznie, w formie elektronicznej, dane zgodne z katalogiem świadczeń określonym w załącznikach. Raport ten musi obejmować w szczególności rozpoznania według klasyfikacji ICD-10 oraz procedury medyczne według klasyfikacji ICD-9, w wersjach wskazanych przez Fundusz na dany okres sprawozdawczy. Oznacza to, że rozliczenie nie opiera się wyłącznie na nazwie produktu, ale również na danych klinicznych i proceduralnych powiązanych z wykonanym świadczeniem.

Umowa o **realizację programu pilotażowego ma obowiązywać od dnia wskazanego w umowie do dnia zakończenia etapu realizacji programu pilotażowego**. Nowe katalogi produktów zostały wprowadzone przez zmianę treści dotychczasowego załącznika nr 3 oraz dodanie nowych załączników 3a, 3b i 3c, a także zmianę załącznika nr 4. W praktyce oznacza to, że od 1 kwietnia 2026 r. sprawozdawanie i rozliczanie świadczeń musi być prowadzone już według nowej struktury produktów i nowych załączników. Samo zarządzenie weszło w życie następnego dnia po podpisaniu.

### **Co to wszystko oznacza w prostym języku**

Najprościej mówiąc, zarządzenie z 10 kwietnia 2026 r. wprowadza bardziej szczegółowy i bardziej formalny system raportowania świadczeń realizowanych w centrach zdrowia psychicznego. Od tej pory trzeba dokładniej rozdzielać rodzaj pomocy, etap leczenia, miejsce udzielania świadczenia i sposób wejścia pacjenta do systemu. Osobno raportuje się wpis na listę oczekujących, osobno pierwsze świadczenie, osobno świadczenia kontynuacyjne, a w niektórych obszarach także osobno świadczenie kończące cykl leczenia. Dotyczy to w szczególności porad, psychoterapii, wsparcia psychospołecznego, świadczeń środowiskowych, pobyków w oddziale oraz koordynacji podczas hospitalizacji. Zarządzenie wzmacnia też obowiązek raportowania danych klinicznych i procedur oraz precyzuje sposób rozliczania leczenia elektrowstrząsami.

*Opracował ChatGPT*