

FLOWCHART DOBORU KODU NFZ + TYP POMOCY + ZESPÓŁ CZP

(CZP – Zarządzenie 38/2026, wersja operacyjna – opisowa)

1. Punkt wyjścia – kiedy w ogóle powstaje obowiązek sprawozdania

Każde działanie w Centrum Zdrowia Psychicznego rozpoczyna się od podstawowego rozstrzygnięcia: czy doszło do kontaktu ze świadczeniobiorcą lub zdarzenia, które podlega raportowaniu do Narodowego Funduszu Zdrowia. Jeżeli taki kontakt nie miał miejsca, nie powstaje obowiązek sprawozdania. Jeżeli natomiast kontakt miał miejsce – niezależnie od jego formy – należy przejść do dalszych kroków i przypisać odpowiednie zdarzenie do systemu sprawozdawczego.

START

➔ Czy masz kontakt ze świadczeniobiorcą lub zdarzenie do raportowania?

- ❌ NIE → brak sprawozdania
- ✅ TAK → przejdź dalej

2. Ustalenie typu pomocy – nadrzędna decyzja systemowa

Pierwszym i najważniejszym krokiem nie jest wybór kodu, lecz określenie, w jakim trybie system pracuje wobec pacjenta, czyli jaki jest typ udzielanej pomocy. To rozstrzygnięcie determinuje sposób późniejszego kodowania, w szczególności to, czy mamy do czynienia z pojedynczym świadczeniem, czy z procesem wymagającym ciągłości i zamknięcia cyklu.

W pierwszej kolejności należy ustalić, czy Centrum Zdrowia Psychicznego przejmuje pacjenta do leczenia. Jeżeli nie – oznacza to, że mamy do czynienia z pomocą konsultacyjną. W takiej sytuacji świadczenie ma charakter jednorazowy lub sporadyczny, nie tworzy się cyklu leczenia, nie planuje się dalszych wizyt, a odpowiedzialność za pacjenta pozostaje poza CZP.

Jeżeli natomiast CZP przejmuje pacjenta do leczenia, należy ocenić tryb działania systemu. Jeżeli działanie ma charakter pilny, natychmiastowy i odbywa się bez wcześniejszego planu, mamy do czynienia z pomocą doraźną. Jest to interwencja o charakterze reagowania na bieżącą sytuację, która może, ale nie musi, prowadzić do dalszego leczenia.

Jeżeli działanie nie ma charakteru pilnego, należy ustalić, czy istnieje zamknięty plan leczenia, czyli taki, który ma określony początek, przebieg i przewidywany moment zakończenia. Jeżeli tak – mamy do czynienia z pomocą krótkoterminową. W tym trybie

obowiązuje pełna logika cyklu: świadczenie pierwszorazowe, świadczenia kontynuacyjne oraz świadczenie kończące.

Jeżeli natomiast leczenie nie ma określonego końca i polega na stałym prowadzeniu pacjenta w czasie, mamy do czynienia z pomocą długoterminową. W tym przypadku nie występuje moment zamknięcia cyklu, a świadczenia mają charakter ciągły.

Niezależnie od powyższego, należy dodatkowo ustalić, czy pacjent znajduje się w aktywnym procesie leczenia. Jeżeli tak, oznacza się go jako objętego pomocą czynną. Jest to status opisujący relację pacjent–system, a nie odrębny tryb organizacyjny.

KROK 0: USTAL TYP POMOCY (TRYB PRACY SYSTEMU)

👉 To jest krok nadrzędny – wpływa na sposób kodowania (ciągłość / cykl / jednorazowość)

➡️ odpowiedz:

1. Czy przejmujesz pacjenta do leczenia?

- ❌ NIE → 🟦 POMOC KONSULTACYJNA
👉 (pojedyncze świadczenie, brak cyklu, brak kontynuacji)
- ✅ TAK → dalej

2. Czy działasz w trybie pilnym (bez planu, natychmiast)?

- ✅ TAK → 🚨 POMOC DORAŻNA
👉 (jednorazowe / krótkie działania, możliwe przejście do innego trybu)
- ❌ NIE → dalej

3. Czy plan leczenia jest zamknięty (ma początek i koniec)?

- ✅ TAK → 🟩 POMOC KRÓTKOTERMINOWA
👉 (pełny cykl: pierwsza → kolejne → ostatnia sesja)
- ❌ NIE → dalej

4. Czy opieka jest ciągła (bez końca)?

- ✅ TAK → 🟪 POMOC DŁUGOTERMINOWA
👉 (stałe wizyty, brak zakończenia cyklu)

◆ STATUS DODATKOWY

➡️ Czy pacjent jest w aktywnym leczeniu?

- ✅ TAK → 🟢 POMOC CZYNNA

-  NIE → brak pomocy czynnej


3. Lista oczekujących – moment wejścia do systemu

Kolejnym krokiem jest ustalenie, czy pacjent został wpisany na listę oczekujących. Dotyczy to sytuacji, w której pacjent zgłosił się po świadczenie, ale nie otrzymał go w dniu zgłoszenia. W takim przypadku należy bezwzględnie sprawozdać zdarzenie polegające na wpisaniu na listę oczekujących.

Obowiązek ten dotyczy przede wszystkim przypadków, w których planowane jest dalsze leczenie, a więc głównie pomocy krótkoterminowej oraz przypadków, w których pacjent jest objęty pomocą czynną. Nie dotyczy natomiast pomocy doraźnej ani konsultacyjnej, gdzie działanie ma charakter natychmiastowy lub jednorazowy.

KROK 1: CZY PACJENT BYŁ WPISANY NA LISTĘ OCZEKUJĄCYCH?

 Czy pacjent NIE otrzymał świadczenia w dniu zgłoszenia?


-  TAK →
 - ♦ wybierz kod:
„data wpisania na listę oczekujących”
(np. 0366 / 0375 / 0384 / 0390 / itd.)

 dotyczy głównie:

 krótkoterminowej

 czynnej

( nie dotyczy doraźnej i konsultacyjnej)

-  NIE → przejdź dalej



4. Ustalenie miejsca realizacji świadczenia

Po określeniu typu pomocy należy ustalić, gdzie świadczenie zostało zrealizowane. Miejsce realizacji jest jednym z podstawowych elementów determinujących zakres dostępnych produktów sprawozdawczych.

Świadczenia mogą być realizowane w oddziale całodobowym, oddziale dziennym, poradni zdrowia psychicznego, punkcie zgłoszeniowo-koordynacyjnym lub w ramach zespołu leczenia środowiskowego. Każde z tych miejsc posiada odrębny zakres kodów i musi być jednoznacznie wskazane w dokumentacji i sprawozdaniu.

KROK 2: GDZIE REALIZOWANE JEST ŚWIADCZENIE?

 wybierz lokalizację:

-  Oddział całodobowy → 0366–0369
-  Oddział dzienny → 0370–0373

- 🏠 Poradnia (PZP) → 0375–0410
- 📄 PZK → 0411–0446
- 🏠 ZLŚ → 0447–0472

5. Ustalenie rodzaju świadczenia – co zostało wykonane

Kolejnym krokiem jest określenie rodzaju świadczenia, czyli odpowiedź na pytanie, co faktycznie zostało wykonane. Jest to moment krytyczny, ponieważ w systemie NFZ kodowanie opiera się na typie działania, a nie na zawodzie osoby wykonującej świadczenie.

Wyróżnia się świadczenia lekarskie, psychologiczne, psychoterapeutyczne, wsparcie psychospołeczne, działania środowiskowe, pobyt w oddziale, badania diagnostyczne oraz działania koordynacyjne.

Szczególnie istotne jest rozróżnienie między wsparciem psychospołecznym a działaniami środowiskowymi. Wsparcie psychospołeczne obejmuje działania takie jak praca terapeuty zajęciowego, pielęgniarki czy asystenta zdrowienia, natomiast działania środowiskowe dotyczą pracy w środowisku pacjenta i są typowe dla zespołu leczenia środowiskowego.

Należy podkreślić, że zawód wykonawcy nie determinuje kodu. Pielęgniarka, terapeuta środowiskowy, terapeuta zajęciowy czy asystent zdrowienia kodują swoje działania jako odpowiednie świadczenia (np. wsparcie lub działania środowiskowe), a nie jako „świadczenia zawodowe”.

KROK 3: CO ROBISZ? (TYP ŚWIADCZENIA – NIE ZAWÓD)

👤 PORADA LEKARSKA

diagnostyczna / terapeutyczna / kontrolna

👉 wykonawcy:

- lekarz psychiatra

🧠 PORADA PSYCHOLOGICZNA

diagnostyczna / konsultacyjna

👉 wykonawcy:

- psycholog

🧑‍🦲 SESJA PSYCHOTERAPII

indywidualna / rodzinna / grupowa

👉 wykonawcy:

- psychoterapeuta

🤝 SESJA WSPARCIA PSYCHOSPOŁECZNEGO

- wsparcie psychospołeczne

👉 wykonawcy:

- psycholog
- pielęgniarka
- terapeuta zajęciowy
- asystent zdrowienia

🚗 WIZYTA ŚRODOWISKOWA

- wizyta domowa
- interwencja środowiskowa

👉 wykonawcy:

- terapeuta środowiskowy
- pielęgniarka
- psycholog
- asystent zdrowienia

🏠 POBYT

- osobdzień (oddział)

👉 wykonawca: cały zespół

🔬 G. BADANIA

- laboratoryjne
- obrazowe
- elektrofizjologiczne

🔄 H. KOORDYNACJA

- sesja koordynacji

6. Ustalenie etapu leczenia – miejsce w procesie

Po określeniu rodzaju świadczenia należy ustalić, na jakim etapie procesu leczenia znajduje się pacjent. Jest to kluczowe dla prawidłowego wyboru konkretnego produktu sprawozdawczego.

Jeżeli jest to pierwsze świadczenie w danym cyklu leczenia, należy zastosować produkt pierwszorazowy. Dotyczy to szczególnie pomocy krótkoterminowej oraz przypadków objętych pomocą czynną.

Jeżeli pacjent jest już w trakcie leczenia, stosuje się produkty kontynuacyjne.

Występują one zarówno w pomocy krótkoterminowej, jak i długoterminowej oraz w większości przypadków pomocy czynnej.

Jeżeli natomiast leczenie ma charakter zamkniętego cyklu i dochodzi do jego zakończenia, należy zastosować produkt kończący. Jest to obowiązkowe w pomocy krótkoterminowej, natomiast nie występuje w pomocy długoterminowej, doraźnej ani konsultacyjnej.

KROK 4: NA JAKIM ETAPIE JEST PACJENT?

PIERWSZORAZOWE ŚWIADCZENIE

→ kod „pierwszorazowa”

 obowiązkowe dla:

 krótkoterminowa

 czynna

KONTYNUACJA

→ kod kontynuacyjny

 występuje w:

 krótkoterminowa

 długoterminowa

 czynna

ZAKOŃCZENIE CYKLU

→ kod kończący

 obowiązkowe dla:

 krótkoterminowa

 NIE stosuj w:

 długoterminowa

 doraźna

 konsultacyjna





7. Uwzględnienie sytuacji szczególnych

W dalszej kolejności należy sprawdzić, czy wystąpiły sytuacje szczególne wymagające dodatkowego raportowania. Dotyczy to w szczególności wykonania badań diagnostycznych, przeprowadzenia sesji koordynacji, hospitalizacji lub realizacji świadczeń środowiskowych.

Badania laboratoryjne, obrazowe i elektrofizjologiczne należy raportować jako odrębne produkty, powiązane z konkretnym świadczeniem. Sesje koordynacji również wymagają odrębnego raportowania. W przypadku hospitalizacji stosuje się produkty osobodni. Działania środowiskowe muszą być zgodne z właściwym zakresem kodów dla ZLŚ.

KROK 5: SYTUACJE SZCZEGÓLNE

 sprawdź:

-  badania → dodaj (1700015–17)
-  koordynacja → dodaj produkty
-  hospitalizacja → osobodzień
-  środowiskowe → właściwe kody

 częste w:

-  doraźna
-  czynna

8. Ostateczny wybór kodu

Dopiero po przejściu wszystkich powyższych kroków możliwe jest prawidłowe przypisanie konkretnego kodu NFZ. Kod ten wynika z połączenia trzech elementów: **miejsca realizacji świadczenia, rodzaju działania oraz etapu leczenia.**

Należy jednak podkreślić, że typ pomocy nie zmienia samego kodu, lecz sposób jego użycia. To typ pomocy decyduje, czy świadczenia powinny tworzyć cykl, czy mieć charakter jednorazowy, czy wymagać zakończenia procesu.

KROK 6: WYBÓR KODU

finalnie: LOKALIZACJA + TYP ŚWIADCZENIA + ETAP = KOD NFZ

ale: TYP POMOCY = SPOSÓB UŻYCIA KODU

9. Kontrola poprawności przed zatwierdzeniem

Przed zatwierdzeniem sprawozdania należy przeprowadzić kontrolę poprawności. Należy sprawdzić, czy świadczenie zostało udokumentowane, czy wykonawca jest uprawniony, czy miejsce realizacji jest zgodne, czy etap leczenia został prawidłowo określony oraz czy uwzględniono listę oczekujących, jeżeli była wymagana.

Dodatkowo należy ocenić, czy wybrany typ pomocy jest logiczny w odniesieniu do przebiegu leczenia. Niespójność w tym zakresie jest jedną z najczęstszych przyczyn błędów w rozliczeniach.

● BLOK KONTROLI

- ✓ dokumentacja istnieje
- ✓ wykonawca uprawniony
- ✓ miejsce poprawne
- ✓ etap poprawny
- ✓ lista uwzględniona
- ✓ typ pomocy logiczny

10. Najczęstsze błędy systemowe

Do najczęstszych błędów należy brak raportowania listy oczekujących, mylenie świadczeń pierwszorazowych z kontynuacyjnymi, brak zakończenia cyklu leczenia w pomocy krótkoterminowej, stosowanie logiki cyklu w pomocy doraźnej oraz traktowanie konsultacji jako procesu leczenia.

Częstym błędem jest również przypisywanie kodów na podstawie zawodu wykonawcy zamiast rodzaju wykonanego świadczenia.

⚠ NAJCZĘSTSZE BŁĘDY

- ✗ brak listy oczekujących
- ✗ pierwszorazowa zamiast kontynuacji
- ✗ brak zakończenia terapii
- ✗ doraźna z cyklem leczenia
- ✗ konsultacyjna z kontynuacją
- ✗ kod wg zawodu zamiast działania

11. Zasada nadrzędna dotycząca zespołu

System rozliczeń NFZ nie rozpoznaje zawodów, lecz produkty. Oznacza to, że każdy członek zespołu – niezależnie od funkcji – koduje swoje działania zgodnie z ich charakterem, a nie swoją rolą zawodową.

W praktyce oznacza to, że pielęgniarka, terapeuta zajęciowy, terapeuta środowiskowy czy asystent zdrowienia realizują i raportują działania jako wsparcie psychospołeczne lub świadczenia środowiskowe, a nie jako odrębne kategorie zawodowe.

Mapowanie:

Zawód	Kodujesz jako
pielęgniarka	wsparcie / środowiskowe
terapeuta środowiskowy	środowiskowe
terapeuta zajęciowy	wsparcie
asystent zdrowienia	wsparcie / środowiskowe

12. Podsumowanie operacyjne

Cały proces można sprowadzić do jednej zasady:

Najpierw należy ustalić, czy i w jaki sposób system pracuje z pacjentem, czyli czy jest to konsultacja, interwencja pilna, leczenie epizodyczne czy opieka ciągła. Następnie należy określić miejsce realizacji świadczenia, rodzaj działania oraz etap leczenia.

Dopiero na tej podstawie można prawidłowo dobrać kod NFZ.

SKRÓT (ROZSZERZONY)

Odpowiedz na 5 pytań:

1. Czy przejmuję pacjenta? (→ konsultacyjna / nie)
2. Czy działam pilnie? (→ doraźna)
3. Czy mam cykl zamknięty? (→ krótkoterminowa)
4. Czy prowadzę stale? (→ długoterminowa)
5. Czy jestem w leczeniu? (→ czynna)

13. Kluczowy wniosek systemowy

Kod NFZ opisuje pojedyncze zdarzenie.

Typ pomocy opisuje sposób działania całego systemu wobec pacjenta.

Zawód wykonawcy nie ma znaczenia dla wyboru kodu.

Jednozdaniowa reguła operacyjna

„Najpierw ustal, czy przejmujesz pacjenta i w jakim trybie pracujesz (konsultacja, kryzys, epizod, ciągłość), a dopiero potem wybierz miejsce, typ świadczenia i etap, aby dobrać kod NFZ.”

Opracował: ChatGPT