

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**

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 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.¹⁾) 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), 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) **obszar działania centrum** – obszar zamieszkania osób objętych opieką psychiatryczną przez centrum, określony kodami TERYT, zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia;

4) **oddział Funduszu** – oddział wojewódzki Funduszu;

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz.U. z 2017 r. poz. 2110, 2217, 2361 i 2434 oraz z 2018 r. poz. 107, 138, 650, 697, 730, 771, 858, 912, 932, 1115 i 1128.

5) **ustawa o świadczeniach** – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

6) **zakres świadczeń** – zakres, o którym mowa w przepisach wydanych 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. 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, wnioski 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.

3. Wniosek składa się nie później niż w terminie 8 dni od dnia wejścia w życie niniejszego 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,

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

- z zastrzeżeniem § 15 ust. 1 pkt 22 i 26.

§ 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 podmiot karę umowną, o której mowa w § 6 ust. 4 załącznika nr 2 do zarządzenia, stanowiącego wzór umowy.

5. W przypadku nieprzerwanej kontynuacji przez podmiot 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, podmiot obowiązany jest do weryfikacji i sprawozdania oddziałowi Funduszu miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy.

§ 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 ust. 1 rozporządzenia,
- 2) kwota przeznaczona na sfinansowanie świadczeń udzielonych osobom zamieszkującym obszar inny niż obszar działania centrum,

3) kwota stanowiąca realizację postanowień § 4 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628)

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

3. Świadczeniodawca jest obowiązany corocznie nie później niż do 15 listopada każdego roku kalendarzowego, w którym realizowana jest umowa, przekazywać aktualny stan populacji objętej pilotażem, o którym mowa w § 20 ust.4 rozporządzenia, zgodnie z załącznikiem nr 5 do umowy.

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

5. 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.

6. O zwiększeniu lub pomniejszeniu kwoty ryczałtu wyliczonej w sposób, o którym mowa ust. 5, dyrektor oddziału Funduszu informuje świadczeniodawcę za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych udostępnionych przez Fundusz.

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

3. Świadczeniodawca prowadzący centrum jest zobowiązany do przekazywania oddziałowi Funduszu raportu, o którym mowa w § 30 ust. 2 rozporządzenia. Wzór raportu, o którym mowa w zdaniu pierwszym określony jest w załączniku nr 5 do zarządzenia.

§ 15. 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;
- 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. poz. 1860 oraz z 2018 r. poz. 1076), w okresie roku po porodzie lub niepowodzenia położniczego (z uwzględnieniem wsparcia psychologicznego udzielanego na rzecz rodziny) takich jak: porada psychologiczna diagnostyczna, porada psychologiczna, porada lekarska diagnostyczna, porada lekarska terapeutyczna, wizyta (porada) domowa (środowiskowa) realizowana przez lekarza lub psychologa, w zakresie: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, wartość punktowa tych świadczeń korygowana jest w rozliczeniu z zastosowaniem współczynnika korygującego o wartości 1,5;
- 12) w sytuacji udzielania świadczeń, o których mowa w pkt 10, 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, 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) wartość produktu rozliczeniowego: leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi, sumuje się z wartością produktu rozliczeniowego: osobodzień w oddziale psychiatrycznym, zgodnie z załącznikiem nr 4 do zarządzenia;
- 14) w przypadku porady diagnostycznej (lekarskiej i psychologicznej) oraz sesji psychoterapeutycznych i wsparcia psychospołecznego, wykazanych w załączniku nr 4 do zarządzenia, wartość produktu rozliczeniowego stanowi

iloczyn wagi punktowej świadczenia i liczby pełnych jednostek czasu udzielania świadczenia, oraz średniej ceny jednostkowej punktu w województwie;

- 15) 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), z zastrzeżeniem pkt 20;
- 16) w oddziale stacjonarnym w przypadku przekroczenia czasu leczenia określonego w załączniku nr 4 do zarządzenia - rozliczenie w części przekroczonej następuje z zastosowaniem współczynnika korygującego o wartości 0,7;
- 17) 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 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 0,5;
- 18) w sytuacji udzielenia świadczenia: osobodzień w oddziale psychiatrycznym, wartość punktowa korygowana jest w rozliczeniu z zastosowaniem współczynnika korygującego o wartości 1,04;
- 19) Fundusz nie finansuje świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, udzielonych świadczeniobiorcy przebywającemu na przepustce;
- 20) w przypadku jednej sesji psychoterapii, sprawozdaniu lub rozliczeniu podlega każda godzina sesji, jednak nie więcej niż dwie godziny dziennie. Sesja psychoterapii indywidualnej trwająca dłużej niż jedną godzinę, jednakże krócej niż dwie godziny, sprawozdawana lub rozliczana jest jako jedna sesja;
- 21) w przypadku sesji grupowej, sesji rodzinnej, sesji wsparcia społecznego, sprawozdaniu lub rozliczeniu podlega uczestnik sesji, a w przypadku sesji indywidualnej sprawozdaniu lub rozliczeniu podlega sesja;

22) w przypadku udzielenia osobom zamieszkującym obszar działania centrum, świadczeń takich jak:

- a) leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi,
- b) leczenie zespołów abstynencyjnych (detoksykacja)

- rozliczenie następuje odpowiednimi produktami rozliczeniowymi, tj. poprzez leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi lub osobodzień w oddziale psychiatrycznym - zgodnie z załącznikiem nr 4 do zarządzenia;

23) dowodem udzielenia świadczenia objętego umową jest opis świadczenia w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy lub w wykazie prowadzonych sesji lub w księdze przyjęć dziennych lub w wykazie zadań zrealizowanych w punkcie zgłoszeniowo-koordynacyjnym, o którym mowa w rozporządzeniu;

24) wykaz prowadzonych sesji winien zawierać: datę, rodzaj psychoterapii, temat oraz czas trwania sesji, a także wykaz osób uczestniczących oraz imię i nazwisko prowadzącego psychoterapię;

25) wykaz zadań zrealizowanych w punkcie zgłoszeniowo-koordynacyjnym, określonych w § 12 ust. 2 rozporządzenia, winien zawierać: datę, imię i nazwisko, numer PESEL, adres zamieszkania świadczeniobiorcy, imię i nazwisko pracownika oraz informację jakie zadania zostały zrealizowane;

26) świadczenia udzielone w izbie przyjęć lub w miejscu udzielania świadczeń pomocy doraźnej na rzecz osób zamieszkujących obszar inny niż obszar działania centrum podlegają sprawozdawczości zgodnie z załącznikiem nr 3 do zarządzenia.

2. Przepisy, o których mowa w ust. 1 pkt 6-19, dotyczą świadczeń zrealizowanych na rzecz świadczeniobiorców zamieszkujących obszar inny niż obszar działania centrum.

§ 16. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania.

**Z up. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
DYREKTOR
Departamentu Ekonomiczno-Finansowego**

Dariusz Jarnutowski