

**ZAPROSZENIE DO SKŁADANIA WNIOSKÓW
O ZAWARCIE UMÓW
O REALIZACJĘ PROGRAMU PILOTAŻOWEGO
W CENTRACH ZDROWIA PSYCHICZNEGO
NA ROK 2026**

KOD POSTĘPOWANIA 12-26-000033/PPZ/18/4/13

Na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 ze zm.);

**Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia,
Adres: Kossutha 13 40-
844 Katowice**

zaprasza

do składania wniosków o zawarcie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego na obszarze powiatów: 2402 - bielski, 2461 - Bielsko-Biała.

Wnioski mogą składać podmioty będące świadczeniodawcami w rozumieniu obowiązujących przepisów oraz spełniające wymagania określone w zarządzeniu Nr 55/2020/DSOZ Prezesa Funduszu z dnia 9 kwietnia 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego oraz w zarządzeniach zmieniających.

Wniosek o zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, powinien być sporządzony zgodnie z postanowieniami zarządzenia Prezesa Funduszu z dnia 9 kwietnia 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego oraz zarządzeń zmieniających.

Wniosek powinien być sporządzony w formie elektronicznej i papierowej w oprogramowaniu i wersji wskazanej przez Fundusz.

Materiały dotyczące postępowania o zawarcie umowy na rok 2026 dostępne są w siedzibie Śląskiego OW NFZ, adres: Kossutha 13 40-844 Katowice, od dnia 09.03.2026 do dnia 16.03.2026 w godzinach 08:00 do 16:00 lub na stronie: www.nfz-katowice.pl.

Wnioskodawcy ubiegający się o zawarcie umów na rok 2026 proszeni są o złożenie wniosków do dnia 16.03.2026. Wnioski rozpatrywane będą według kolejności ich rejestracji, z uwzględnieniem czasu niezbędnego na analizę i ocenę wniosku.

Wnioskodawca może złożyć w Śląskim OW NFZ tylko jeden wniosek o zawarcie umowy o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.

Katowice, 09.03.2026

Katarzyna Adamek
Dyrektor Śląskiego OW NFZ

Miejsce, data

Podpis Dyrektora Oddziału