

ZARZĄDZENIE NR 39/2017

Dyrektora Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie
z dnia 29 maja 2017 r.

w sprawie wprowadzenia „Zasad zgłaszania wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń zdrowotnych określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia - rozliczenie za zgodą płatnika” w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie.

Na podstawie § 6 Statutu Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, zarządza się, co następuje:

§ 1

Wprowadza się do stosowania „Zasady zgłaszania wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń zdrowotnych określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia - rozliczenie za zgodą płatnika” w Centrum Onkologii – Instytucie im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie w brzmieniu załącznika do niniejszego Zarządzenia.

§ 2

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem wydania.

D Y R E K T O R
Centrum Onkologii – Instytutu
im. Marii Skłodowskiej-Curie
Prof. dr hab. n. med. Jan Walewski

**ZASADY ZGŁASZANIA WNIOSKÓW O INDYWIDUALNE
ROZLICZENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OKREŚLONE PRZEZ
NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA (NFZ)
- ROZLICZENIE ZA ZGODĄ PŁATNIKA
W CENTRUM ONKOLOGII – INSTYTUCIE
IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE W WARSZAWIE**

I Instrukcja obiegu informacji i dokumentów dotyczących wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń

1. W przypadku domniemania, że dane świadczenie spełni kryteria wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń określone przez NFZ, kierownik komórki organizacyjnej bądź osoba przez niego upoważniona zgłasza **co najmniej tydzień przed planowanym wypisem pacjenta** (lub **jak najszybciej w przypadku bardzo złego stanu zdrowotnego pacjenta**) **wyłącznie** mailowo jednocześnie na wszystkie podane adresy e-mail: dominika.kasprzak@coi.pl, anna.brylicka@coi.pl, ewa.mitura@coi.pl, informacje o świadczeniu medycznym, zawarte w **pkt 2 ppkt 1**).
2. Zakres przekazywanej informacji do Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania (wyłącznie w formie elektronicznej na ww. adresy e-mail):
 - 1) **dane pacjenta** - ze szczególnym uwzględnieniem następujących informacji:
 - PID pacjenta w systemie informatycznym CliniNET;
 - rozpoznanie główne oraz co najmniej jedno rozpoznanie współistniejące;
 - najistotniejsze procedury ICD-9 (główne procedury wykonane podczas hospitalizacji pacjenta, pozwalające na przypisanie do określonej grupy JGP zgodnie z katalogiem 1a) będącym załącznikiem do odpowiedniego zarządzenia Prezesa NFZ z zakresu świadczeń - leczenie szpitalne,
 - 2) opis świadczenia, który **nie może przekroczyć 1000 znaków** (wraz ze spacjami),¹
 - 3) **leki** - nazwa handlowa danego leku (lub substancja czynna), postać, dawka pojedyncza i łączna ilość dawek – w arkuszu excel zgodnie z podanym wzorem:

Nazwa handlowa (lub subst. czynnej)	Postać (tabl.; amp.)	Dawka pojedyncza (ilość ml; mg)	Łączna ilość dawek

¹ opis świadczenia **nie może przekroczyć 1000 znaków wraz ze spacjami** - w pliku Word (v. 2007 i wyższe) można to sprawdzić klikając kursorem na ilość wyrazów wyświetlającą się w lewym dolnym rogu strony. W przypadku starszej wersji Worda można znaleźć tę funkcję w opcjach „narzędzia” klikając „statystyka wyrazów” (u góry strony).

- 4) **żywnienie do- i pozajelitowe** - dokładne daty, w których żywienie wystąpiło, nazwa zgodnie z katalogiem produktów do sumowania 1c będącym załącznikiem do odpowiedniego zarządzenia Prezesa NFZ z zakresu świadczeń - leczenie szpitalne, np. żywienie pozajelitowe immunomodulujące, etc.
- 5) **wykaz materiałów medycznych** zużytych na poszczególnego pacjenta - dokładna nazwa handlowa danego materiału, producent, jednostka miary, rozmiar, łączna ilość danego materiału (tylko w przypadku ponadstandardowej długości hospitalizacji i podejrzenia poniesienia wysokich kosztów z tego tytułu) – w arkuszu excel zgodnie z podanym wzorem:

Nazwa handlowa	Postać	Dodatkowy parametr (np. rozmiar)	Łączna ilość sztuk

3. Informacje z **pkt 2 ppkt 2) do 5)** należy przekazać do Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania **najpóźniej w dniu wypisu pacjenta ze szpitala.**
4. **Przypadki, w których hospitalizacje nie będą przyjmowane do rozliczenia za pomocą wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń:**
- 1) hospitalizacje, które nie zostały zgłoszone do Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania w trakcie pobytu pacjenta na oddziale lecz dopiero **w dniu lub po dniu** wypisu;
 - 2) hospitalizacje, do których dane wymienione w pkt 2 ppkt 2) - 5) przekazane zostaną **po** dniu wypisu pacjenta.
5. Po uzyskaniu w/w informacji Dział Analiz Ekonomicznych i Planowania opracowuje **szczegółową specyfikację kosztową** świadczenia medycznego oraz wypełnia wniosek i kosztorys w systemie zarządzania obiegiem informacji (SZOI).
6. Wygenerowany przez system SZOI wniosek wraz z kosztorysem po wydrukowaniu przekazywany jest **do podpisu lekarzowi wnioskującemu** o indywidualne rozliczenie świadczenia a następnie **Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Otwartego i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych.**
7. Podpisany wniosek przekazywany jest z powrotem do Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania, następnie kierowca Centrum Onkologii **zawozi go do NFZ** a na jego kopii uzyskuje potwierdzenie przekazania dokumentów. Kopia złożonego wniosku wraca do Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania. Tam też jest możliwość wglądu do ww. wniosku jak i innych informacji oraz dokumentów, potrzebnych do prawidłowego przygotowania wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń.

II Zasady ustalone przez NFZ:

Zgodnie z regulacjami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U.2016 poz.1793), **określone zostały zasady finansowania przez NFZ rzadko wykonywanych i szczególnie drogich świadczeń (procedur), których koszt znacznie przekracza kwotę finansowania zgodnie z katalogiem grup 1a.**

Świadczenia te mogą być finansowane przez NFZ po uzyskaniu przez Świadczeniodawcę zgody na rozliczenie danego świadczenia poprzez produkt rozliczeniowy z katalogu produktów odrębnych 1b: 5.52.01.0001363 - Rozliczenie za zgodą płatnika.

Świadczenie to wprowadzone zostało do katalogu świadczeń szpitalnych zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 32/2008 z dnia 11 czerwca 2008 r. Aktualne zarządzenie zmieniające: Nr 11/2017/DSOZ z dnia 21 lutego 2017 r.

Zgoda na indywidualne rozliczenie świadczeń wydawana jest przez dyrektora MOW NFZ po rozpatrzeniu wniosku Świadczeniodawcy, zawierającego wszelkie wymagane dane dotyczące kosztów leczenia konkretnego pacjenta. Świadczeniodawca powinien wystąpić do MOW NFZ z wnioskiem o wyrażenie zgody na sfinansowanie świadczenia **najpóźniej w ciągu 7 dni od daty wypisu pacjenta ze szpitala (data wpłynięcia do kancelarii MOW NFZ papierowej wersji wniosku).**

Uzyskanie zgody na indywidualne rozliczenie świadczeń jest możliwe w sytuacji udzielenia przez Świadczeniodawcę świadczeń, których koszt przekracza wartość 15 000 zł i wartość obliczoną według wzoru:

$$K = [3 \times (W_g + W_{opl})] + W_{tiss} + W_{dsum}$$

albo

$$K = (W_g + W_{opl}) + W_{tiss} + W_{dsum} + 20\,000 \text{ zł}$$

gdzie:

K - wartość kryterium umożliwiającego rozliczanie za zgodą płatnika,

W_g - wartość JGP dla typu umowy hospitalizacja albo produktu właściwego ze względu na rozliczenie z katalogu produktów odrębnych,

W_{opl} - wartość osobodni finansowanych ponad limit finansowany grupą,

W_{tiss} - wartość świadczeń finansowanych wg skali TISS-28 albo TISS-28 dla dzieci,

W_{dsum} - wartość świadczeń finansowanych produktami z katalogu produktów do sumowania

Wzór wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń uwzględniający ww. kryteria stanowi załącznik Nr 4 do zarządzenia Prezesa NFZ Nr 53/2016 z dnia 28 czerwca 2016 r., natomiast wzór specyfikacji kosztowej stanowi załącznik Nr 4a do zarządzenia Prezesa NFZ Nr 53/2016 z dnia 28 czerwca 2016 r.