

ZARZĄDZENIE NR 103/2018

Dyrektora Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie
z dnia 10 grudnia 2018 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

Traci moc 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.

§ 3

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem wydania.

DYREKTOR
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: anna.brylicka@coi.pl, ewa.mitura@coi.pl, zuzanna.gazdzicka@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,
 - 4) **żywienie do- i pozajelitowe** - dokładne daty, w których żywienie wystąpiło, nazwa zgodnie z katalogiem produktów do sumowania 1c np. żywienie pozajelitowe immunomodulujące, etc.,

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).

- 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),
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. Wygenerowany przez system SZOI wniosek wraz z kosztorysem po wydrukowaniu przekazywany jest **do podpisu Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Otwartego i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych.**
5. Podpisany wniosek wraca do Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania, a następnie przekazany jest do MOW NFZ. Kopia z potwierdzeniem złożenia wniosku znajduje się w Dziale 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 drogiej świadczeń (procedur), których koszt znacznie przekracza kwotę finansowania zgodnie z katalogiem grup 1a** będącym załącznikiem do odpowiedniego zarządzenia NFZ z zakresu świadczeń - leczenie szpitalne.

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 95/2018/DSOZ z dnia 20 września 2018 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 95/2018/DSOZ z dnia 20.09.2018 r., natomiast wzór specyfikacji kosztowej stanowi załącznik nr 4a do zarządzenia Prezesa NFZ nr 95/2018/DSOZ z dnia 20.09.2018 r.