

Zarządzenie Nr 2/2011/DSOZ

Prezesa

Narodowego Funduszu Zdrowia

z dnia 18 stycznia 2011 r.

zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne

Na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 21 i 25 oraz art. 146 ust.1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.¹⁾), zarządza się, co następuje:

§ 1.

W zarządzeniu Nr 69/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, zmienionego zarządzeniem Nr 92/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 grudnia 2009 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, zarządzeniem Nr 32/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz zarządzeniem Nr 51/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 września 2010 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, wprowadza się następujące zmiany:

1) § 22 otrzymuje brzmienie:

“ § 22.1. W przypadku realizacji przez świadczeniodawcę świadczenia:

- 1) którego koszt przekracza wartość 5 000 zł i co najmniej trzykrotność wartości punktowej grupy określonej dla typu umowy hospitalizacja (kolumna nr 5 załącznika nr 1a do zarządzenia), albo świadczenia właściwego ze względu na rozliczenie, po uprzednim zsumowaniu z:
 - dodatkowymi osobodniami ponad ryczałt finansowany grupą,
 - świadczeniami rozliczanymi według skali TISS – 28 albo TISS – 28 dla dzieci,
 - świadczeniami do sumowania

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374 oraz z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228 i Nr 225, poz. 1465

o ile znalazły zastosowanie w danym przypadku, albo

- 2) które jest dopuszczone do rozliczenia na wyższym poziomie referencyjnym niż poziom referencyjny świadczeniodawcy i jest udzielone w stanie nagłym, albo
 - 3) które spełnia jednocześnie łącznie wszystkie poniższe warunki:
 - a) w czasie hospitalizacji zdiagnozowano dodatkowy, odrębny problem zdrowotny, inny niż związany z przyczyną przyjęcia do szpitala,
 - b) inny problem zdrowotny, o którym mowa wyżej, nie znajduje się na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do szpitala,
 - c) jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego,
 - d) nie może być rozwiązany jednoczasowym zabiegiem,
 - e) nie stanowi elementu postępowania wieloetapowego,
 - f) kwalifikuje do grupy w innej sekcji oraz w innym zakresie, albo
 - 4) obejmującego więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych w trakcie tej samej hospitalizacji
- rozliczenie świadczenia może odbywać się poprzez produkt rozliczeniowy: 5.52.01.0001363 - *Rozliczenie za zgodą płatnika*, po wyrażeniu indywidualnej zgody przez dyrektora Oddziału Funduszu na sposób jego rozliczenia.

2. Finansowanie świadczenia, o którym mowa w ust. 1, odbywa się zgodnie z poniższymi zasadami:

- 1) finansowanie świadczeń odbywa się w ramach kwot określonych w planie finansowym Oddziału Funduszu na dany rodzaj świadczeń, w ramach łącznej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w podpisanej umowie;
 - 2) świadczenie, o którym mowa w ust. 1 pkt 3, finansowane jest na poziomie 60% właściwej grupy z innej sekcji oraz innego zakresu;
 - 3) w przypadkach, o których mowa w ust. 1 świadczeniodawca występuje do dyrektora Oddziału Funduszu z kompletnym wnioskiem, którego wzór stanowi **załącznik nr 4** do obowiązującego zarządzenia w sprawie przyjęcia do stosowania w Narodowym Funduszu Zdrowia wzorów wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Zgód Indywidualnych, w terminie do 7 dni od zakończenia jego realizacji, celem uzyskania zgody Oddziału Funduszu na sfinansowanie procesu terapeutycznego w sposób wskazany we wniosku;
3. Rozliczenie, o którym mowa w ust. 1 może mieć zastosowanie wyłącznie

do świadczeń gwarantowanych, o których mowa w rozporządzeniu.

4. Nie dopuszcza się stosowania rozliczenia, o którym mowa w ust. 1 do rozliczania:
 - 1) kosztów produktów leczniczych w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.²⁾);
 - 2) substancji czynnych stosowanych w chemioterapii nowotworów;
 - 3) świadczeń, w przypadkach, w których cel leczenia może być osiągnięty przez leczenie ambulatoryjne;
 - 4) jednorazowo więcej niż jednej hospitalizacji.
5. Finansowanie świadczeń, o których mowa w ust. 1, odbywa się zgodnie z następującymi zasadami:
 - 1) świadczeniodawca w przypadkach, o których mowa w ust. 1 pkt 1, 2 i 4 składa do właściwego terytorialnie oddziału Funduszu, wniosek o indywidualne rozliczenie świadczenia w formie elektronicznej i papierowej wraz ze szczegółową specyfikacją kosztową zrealizowanego świadczenia;
 - 2) szczegółowa specyfikacja kosztowa nie jest wymagana w przypadku, o którym mowa w ust. 1 pkt 3;
 - 3) zgodę na indywidualne rozliczenie świadczenia, wydaje dyrektor Oddziału Funduszu lub osoba przez niego upoważniona, po przeprowadzeniu weryfikacji złożonych dokumentów oraz zgodnie z obowiązującym zarządzeniem w sprawie przyjęcia do stosowania w Narodowym Funduszu Zdrowia wzorów wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Zgód Indywidualnych;
 - 4) świadczeniodawca, który złożył wniosek jest zobowiązany do jego uzupełnienia, o ile jest to niezbędne do przeprowadzenia weryfikacji i wydania zgody na sposób rozliczenia;
 - 5) każdorazowe wydanie zgody, powinno być poprzedzone dokonaniem oceny, czy rozliczenie, o które występuje świadczeniodawca nie ograniczy dostępności do świadczeń w zakresie, którego przedmiotowa zgoda dotyczy;
 - 6) stanowisko dyrektora Oddziału Funduszu w sprawie wyrażenia zgody

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2009 r. Nr 18, poz. 97, Nr 31, poz. 206, Nr 92, poz. 753, Nr 95, poz. 788, Nr 98, poz. 817, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570, z 2010 r. Nr 78, poz. 513 i Nr 107, poz. 679.

na realizację wniosku, w tym wysokości kwoty finansowania jest ostateczne;

- 7) rozliczenie będące przedmiotem wniosku, po uzyskaniu zgody dyrektora Oddziału Funduszu musi być wykazane do rozliczenia w najbliższym okresie sprawozdawczym;
- 8) w sprawozdawczości z realizacji świadczenia obowiązuje zakres informacji taki sam jak dla świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne;
- 9) świadczeniodawca obowiązany jest do przechowywania przez okres trzech lat dokumentów dotyczących wydawanych zgód, w tym dokumentów na podstawie których dokonano wyceny kosztowej świadczenia;
- 10) Oddział Funduszu monitoruje wydawanie zgód oraz prowadzi dokumentację z tym związaną, uwzględniającą zakres danych wskazany we wniosku, w tym rejestr zgód oraz wszystkie dokumenty, na podstawie których dokonano weryfikacji oraz oceny, o której mowa w ust. 5 pkt 5.”;

2) w § 23 po pkt 12 dodaje się pkt 12a w brzmieniu:

„12a) w przypadkach, o których mowa w pkt 12, świadczeniodawca występuje do dyrektora Oddziału Wojewódzkiego z wnioskiem, którego wzór stanowi **załącznik nr 2** do obowiązującego zarządzenia w sprawie przyjęcia do stosowania w Narodowym Funduszu Zdrowia wzorów wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Zgód Indywidualnych.”;

3) załącznik nr 1c do zarządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego zarządzenia.

§ 2.

Do postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wszczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie zarządzenia, stosuje się przepisy zarządzenia, o którym mowa w § 1, w brzmieniu obowiązującym przed dniem wejścia w życie niniejszego zarządzenia.

§ 3.

1. Zobowiązuje się dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do wprowadzenia niezbędnych zmian, wynikających z wejścia w życie przepisów zarządzenia, do postanowień umów zawartych ze świadczeniodawcami.

2. Przepis ust. 1 stosuje się również do umów zawartych ze świadczeniodawcami po zakończeniu postępowań, o których mowa w § 2.

§ 4.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem podpisania, z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2011 r.

**Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia**

Jacek Paszkiewicz