

Wytyczne stosowania świadczenia „Świadczenie za zgodą płatnika”

1. „Świadczenie za zgodą płatnika” jest świadczeniem występującym w katalogu szpitalnym dla potrzeby rozliczenia świadczeń, których nie można zakwalifikować w innych pozycjach katalogów i może być stosowane wyłącznie dla finansowania świadczeń zgodnie z poniższymi zasadami:
 - 1) finansowanie świadczenia odbywa się w ramach kwot określonych w planie finansowym oddziału wojewódzkiego na dany rodzaj świadczeń, w ramach łącznej kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy określonej w podpisanej umowie,
 - 2) świadczeniodawca wystąpił z wnioskiem do oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie poprzedzającym realizację świadczenia, w wyjątkowych sytuacjach w trakcie realizacji i uzyskał zgodę na sfinansowanie procesu terapeutycznego wskazanego we wniosku,
 - 3) wniosek zawiera uzasadnienie terapeutyczne oraz koszt realizacji świadczenia,
2. „Świadczenie za zgodą płatnika” wykorzystuje się dla rozliczania świadczeń:
 - 1) związanych z technologiami, w tym nowymi technologiami o udowodnionej efektywności klinicznej, które nie występują w aktualnych katalogach świadczeń,
 - 2) przy realizacji świadczenia zastosowano środki biomedyczne lub środki techniczne, które nie są uznane za standardowe postępowanie zgodnie z obowiązującą sztuką medyczną, są dopuszczone do obrotu na terenie kraju, nie są technologią w trakcie badania klinicznego i posiadają udowodnioną efektywność kliniczną, a jednocześnie ich koszt przekracza o co najmniej 30% wartość świadczenia ujętego w katalogu i stanowiącego podstawę do rozliczenia,
3. Możliwość rozliczania świadczeń związanych z nowymi technologiami, o których mowa w ust. 2 wymaga dostarczenia przez świadczeniodawcę występującego z wnioskiem, dokumentów (w języku polskim) potwierdzających efektywność kliniczną świadczenia wobec pierwszorzędowych punktów końcowych.

4. Zabrania się stosowania świadczenia „*Świadczenie za zgodą płatnika*” dla rozliczania świadczeń wskazanych w katalogu świadczeń szpitalnych z zastrzeżeniem ust. 2 pkt 2.
5. Zabrania się stosowania świadczenia „*Świadczenie za zgodą płatnika*” dla rozliczania kosztów leków tj. produktów leczniczych w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.5).
6. Procedura wyrażania zgody na realizację świadczenia:
 - 1) świadczeniodawca, który planuje realizację świadczenia składa wniosek (wzór wniosku stanowi załącznik nr 14b do materiałów informacyjnych) wraz ze szczegółową specyfikacją kosztową świadczenia, a w przypadku nowych technologii również dokumentami, o których mowa w ust. 3 do właściwego terytorialnie oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie przed rozpoczęciem realizacji procedury lub w wyjątkowych, uzasadnionych przypadkach w trakcie jej realizacji,
 - 2) we wniosku konieczne jest wskazanie w szczególności informacji o:
 - a) uzasadnieniu medycznym zastosowania określonego postępowania terapeutycznego,
 - b) koszcie realizacji świadczenia,
 - c) przewidywanym terminie realizacji świadczenia,
 - d) danych osobowych wszystkich świadczeniobiorców, których dotyczy wniosek, w przypadku gdy wniosek dotyczy więcej niż jednego świadczeniobiorcy,
 - 3) w przypadku, gdy świadczeniodawca występuje o finansowanie świadczeń związanych z technologiami, których wykonanie planowane jest dla więcej niż jednego świadczeniobiorcy i na dzień składania wniosku nie dysponuje danymi osobowymi, o których mowa w pkt. 2 lit. d, we wniosku konieczne jest wskazanie liczby świadczeń planowanych do realizacji w okresie rozliczeniowym.
 - 4) zgodę na finansowanie świadczenia rozliczanego jako „*Świadczenie za zgodą płatnika*” wydaje dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu lub osoba przez niego upoważniona, po przeprowadzeniu weryfikacji złożonych dokumentów,
 - 5) świadczeniodawca, który złożył wniosek jest zobowiązany do jego uzupełnienia, o ile jest to niezbędne do przeprowadzenia weryfikacji i wydania zgody na finansowanie świadczenia,

- 6) każdorazowe wydanie zgody na finansowanie świadczenia „Świadczenie za zgodą płatnika” powinno być poprzedzone dokonaniem oceny, czy finansowanie świadczenia nie ograniczy dostępności do świadczeń w zakresie, którego przedmiotowa zgoda dotyczy,
- 7) dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu lub osoba przez niego upoważniona może dokonać zmiany w zakresie kosztów świadczenia „Świadczenie za zgodą płatnika”, jeśli w trakcie realizacji świadczenia nastąpiły istotne zmiany, mające wpływ na jego wartość. Jeżeli kalkulacja kosztów przedstawiona we wniosku oparta jest o wstępną kalkulację, przed rozliczeniem świadczenia świadczeniodawca zobowiązany jest przedstawić zweryfikowane koszty poniesione w trakcie realizacji tego świadczenia,
- 8) Stanowisko dyrektora oddziału wojewódzkiego w sprawie wyrażenia zgody na realizację wniosku, w tym wysokości kwoty finansowania jest ostateczne,
- 9) w sprawozdawczości z realizacji procedury obowiązuje zakres informacji taki sam jak dla innych świadczeń szpitalnych tj. raport statystyczny z informacją o świadczeniobiorcy, przyczynie leczenia określonej zgodnie z klasyfikacją ICD 10 i inne,
- 10) świadczeniodawca obowiązany jest do archiwizowania dokumentów, na podstawie których dokonano wyceny kosztowej świadczenia,
- 11) oddział wojewódzki NFZ ma obowiązek monitorowania wydawania zgód oraz prowadzenia dokumentacji z tym związanej, uwzględniającej zakres danych wskazany w załączniku, w tym rejestru zgód oraz wszystkich dokumentów, na podstawie których dokonano weryfikacji oraz oceny, o której mowa w ust. 6 pkt 6.