

ZARZĄDZENIE NR 53/2021

Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie –
Państwowego Instytutu Badawczego
z dnia 21 czerwca 2021 r.

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

Na podstawie § 7 Statutu Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego, 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 Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie w brzmieniu załącznika do niniejszego Zarządzenia.

§ 2.

Traci moc Zarządzenie Nr 72/2020 Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego z dnia 10 września 2020 r. w sprawie wprowadzenia „Zasad zgłaszania wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń zdrowotnych określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia - rozliczenie za zgodą płatnika” w Narodowym Instytucie Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowym Instytucie Badawczym w Warszawie.

§ 3.

Zarządzenie wchodzi w życie z dniem wydania.

DYREKTOR
Narodowego Instytutu Onkologii
im. Marii Skłodowskiej-Curie
- Państwowego Instytutu Badawczego
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**

**NARODOWY INSTYTUT ONKOLOGII
IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE
– PAŃSTWOWY INSTYTUT BADAWCZY (NIO-PIB)
W WARSZAWIE**

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

1. W przypadku **ponadstandardowej**¹ hospitalizacji pacjenta należy domniemywać, że dane świadczenie spełni kryteria wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)².

W zaistniałej sytuacji, Kierownik jednostki organizacyjnej bądź osoba przez Niego upoważniona zgłasza jak najwcześniej, jednak **nie później niż w dniu wypisu, wyłącznie** mailowo, na wszystkie podane adresy e-mail: anna.brylicka@pib-nio.pl, ewa.mitura@pib-nio.pl, magdalena.zablocka@pib-nio.pl, informacje dotyczące danych pacjenta tj.: imię, nazwisko oraz numer PID nadany w systemie informatycznym CliniNET.

W odpowiedzi zwrotnej zostanie przesłany drogą e-mail **plik, którego wzór stanowi załącznik nr 1 do niniejszych Zasad Zgłaszania Wniosków o Indywidualne Rozliczenie Świadczeń Zdrowotnych** z prośbą o uzupełnienie. Jednostka zgłaszająca wypełnia w w/w załączniku pola zaznaczone kolorem niebieskim.

Kolorem zielonym oznaczono miejsce do wpisania danych przez Dział ds. Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych. Pozostałe informacje (badania laboratoryjne, obrazowe, koszty m.in. zabiegów operacyjnych, funkcjonowania Kliniki/Zakładu, stawek personelu, etc.) zostaną uzupełnione przez Dział Analiz Ekonomicznych i Planowania.

Najpóźniej drugiego dnia roboczego następującego po dacie zakończenia hospitalizacji pacjenta, Kierownik jednostki zgłaszającej lub osoba przez Niego upoważniona, jest

¹ Ponadstandardowy tryb hospitalizacji może wiązać się z: wydłużonym czasem pobytu pacjenta, zwiększoną liczbą zabiegów operacyjnych lub wyższym niż standardowy pobyt kosztem zastosowanych środków medycznych i farmaceutycznych

² Kryteria wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń opisane są w dziale II

zobowiązana przesłać uzupełniony załącznik nr 1 do Zasad Zgłaszania Wniosków o Indywidualne Rozliczenie Świadczeń Zdrowotnych na adres e-mail pracownika Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania, który odpowiedział na zgłoszenie, a pod jego nieobecność na adres osoby go zastępującej.

W/w załącznik winien zostać również wysłany do Działu ds. Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych na adresy e-mail: paulina.kobrys@pib-nio.pl; daria.stepniewska@pib-nio.pl; magdalena.sakowicz@pib-nio.pl celem wpisania punktu odpowiadającemu zakresowi świadczeń w ramach obowiązującej z NFZ umowy w rodzaju leczenie szpitalne. Pracownik Działu ds. Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych, po ustaleniu w/w punktu umowy z NFZ, przed upływem 6 dni od daty zakończenia hospitalizacji pacjenta, przekazuje informację drogą mailową do Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania.

2. Załącznik nr 1 do Zasad Zgłaszania Wniosków o Indywidualne Rozliczenie Świadczeń Zdrowotnych zawiera m.in.:

- 1) **dane pacjenta** - ze szczególnym uwzględnieniem następujących informacji:
 - a) PID pacjenta w systemie informatycznym CliniNET,
 - b) rozpoznanie zasadnicze oraz co najmniej jedno rozpoznanie współistniejące,
 - c) najistotniejsze procedury ICD-9 (główne procedury wykonane podczas hospitalizacji pacjenta, pozwalające na przypisanie do określonej grupy JGP lub świadczenia zgodnie z katalogiem 1a, 1b, 3a będącymi załącznikami do odpowiedniego zarządzenia Prezesa NFZ z zakresu świadczeń - leczenie szpitalne),
- 2) opis przebiegu hospitalizacji, który **nie może przekroczyć 2000 znaków** (wraz ze spacjami),
- 3) zabiegi wykonane na oddziale (poza blokiem operacyjnym) z wykazem osób i czasu ich zaangażowania,
- 4) imię i nazwisko lekarza wnioskującego,
- 5) badania i świadczenia niekodowane w systemie CliniNET, w tym również konsultacje i diagnostyka wykonana poza NIO-PIB,
- 6) **leki** – nazwa handlowa danego leku (lub substancja czynna), postać, dawka pojedyncza i łączna ilość dawek – dotyczy Klinik, które nie rozpisują leków wydanych na pacjenta w systemie CliniNET. W przypadku, gdy dane znajdują się w systemie, są one generowane i uzupełniane we wniosku przez pracownika Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania,
- 7) **świadczenia z katalogu produktów do sumowania (tj. żywienie do- i pozajelitowe, immunomodulujące, przetoczenie krwi i jej składników)** – dokładne daty, w których

żywienie/przetoczenie krwi wystąpiło, nazwa zgodnie z katalogiem produktów do sumowania – załącznik nr 1c Zarządzenia Prezesa NFZ nr 55/2021 z dnia 31.03.2021,

8) **wykaz materiałów medycznych** zużytych na poszczególnego pacjenta – dokładna nazwa handlowa danego materiału, producent, jednostka miary, rozmiar, łączna ilość danego materiału – zgodnie z listą wyrobów medycznych przesyłanych w pliku (w razie braku materiału w przesłanym pliku niezbędny kontakt z pracownikiem Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania),

9) **kod grupy jednorodnych grup pacjentów (JGP) lub kod świadczenia.**

3. **Samodzielna Pracownia Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi** na wniosek pracownika Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania przekazuje informacje dot.: daty, ilości i rodzaju wydanych jednostek krwi i jej składników oraz liczby wykonanych prób zgodności (dawca-biorca) w danym okresie hospitalizacji pacjenta.

4. **Zakład Mikrobiologii Klinicznej** na wniosek pracownika Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania przekazuje dane dotyczące ilości i rodzaju wykonanych badań w Zakładzie na rzecz danego pacjenta w okresie jego hospitalizacji.

5. Po dokonaniu wyliczeń przez Dział Analiz Ekonomicznych i Planowania dane zostają wprowadzone do Centralnej Bazy Wniosków i Decyzji (CBWiD). Generowany jest wniosek wraz z kosztorysem do którego załączane są niezbędne kopie faktur na leki, wyroby medyczne i materiały wysokokosztochłonne (endoprotezy, protezy dróg żółciowych, etc.).

Kompletny wniosek w formie pliku xml wraz z załącznikami w formacie scalonego dokumentu pdf zostają, przez osobę sporządzającą, przesłane drogą elektroniczną **do osoby upoważnionej przez Dyrektora NIO-PIB do podpisywania wszelkiej korespondencji z Narodowym Funduszem Zdrowia, w tym wniosków związanych z udzieleniem świadczeń medycznych.**

Dopuszcza się możliwość przekazania wniosku wraz z kopią podpisaną przez osobę sporządzającą, w wersji papierowej w przypadku wystąpienia problemów technicznych lub organizacyjnych z przesłaniem lub podpisaniem wersji elektronicznej.

6. Wniosek podpisany podpisem kwalifikowanym po przesłaniu do Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania zostaje przekazany do MOW NFZ poprzez aplikację CBWiD. Podpisany wniosek w formie papierowej wraca do Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania, a następnie przekazany jest do MOW NFZ z zachowaniem terminu złożenia wniosku określonym w obowiązującym Zarządzeniu Prezesa NFZ. Kopia z potwierdzeniem złożenia wniosku znajduje się w Dziale Analiz Ekonomicznych i Planowania.

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.2020 poz. 1398, z późn. zm.), **określone zostały zasady finansowania przez NFZ rzadko wykonywanych i szczególnie drogich świadczeń (procedur), których koszt znacznie przekracza kwotę finansowania zgodnie z katalogami grup 1a oraz świadczeń odrębnych 1b**, będącymi załącznikami 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*.

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 wersji elektronicznej lub papierowej wniosku)**.

Uzyskanie zgody na indywidualne rozliczenie świadczeń jest możliwe:

- 1) 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

albo

- 2) świadczenia, które jest dopuszczone do rozliczenia na wyższym poziomie referencyjnym niż poziom referencyjny świadczeniodawcy i jest udzielone w stanie nagłym; albo

- 3) świadczenia, które spełnia jednocześnie łącznie 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 w lit. a:
 - nie znajduje się na liście powikłań i chorób współistniejących sekcji stanowiącej przyczynę przyjęcia do szpitala,
 - jest stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego,
 - nie może być rozwiązany jednoczasowym zabiegiem,
 - nie stanowi elementu postępowania wieloetapowego,
 - kwalifikuje do grupy w innej sekcji oraz w innym zakresie; albo
- 4) świadczenia obejmującego więcej niż jedno przeszczepienie komórek krwiotwórczych w trakcie tej samej hospitalizacji:
- a) rozliczenie może odbywać się z zastosowaniem produktu rozliczeniowego: 5.52.01.0001363 Rozliczenie za zgodą płatnika, po wyrażeniu indywidualnej zgody na sposób jego rozliczenia przez dyrektora oddziału Funduszu.

Wzór wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń uwzględniający ww. kryteria stanowi załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 169/2020/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 października 2020 r. w sprawie wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych, natomiast wzór specyfikacji kosztowej stanowi załącznik nr 4a do tego samego zarządzenia.

Imię i nazwisko pacjenta:	
PID:	
PESEL:	

1. TERMIN ROZLICZENIA ŚWIADCZENIA:

l.p.	oddział	od	do	liczba osobodni	pkt umowy	GRUPA ROZLICZENIOWA (kod JGP)
1						
2						
3						
4						

2. ROZPOZNANIE (ICD-10) :

2.2	Rozpoznanie Kliniczne - Zasadnicze (KOD ICD10):	
2.3.1	Rozpoznanie Kliniczne - Współistniejące (KOD ICD10):	
2.3.2	Rozpoznanie Kliniczne - Współistniejące (KOD ICD10):	
2.3.3	Rozpoznanie Kliniczne - Współistniejące (KOD ICD10):	

3. ISTOTNE PROCEDURY MEDYCZNE (ICD-9) :

L.p.	KOD ICD9:	nazwa
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

DANE ZAMIESZCZONE PONIŻEJ DOTYCZĄ JEDYNIE POBYTÓW PACJENTA NA ODDZIAŁACH (NIE DOTYCZY POBYTU NA OIT)

4. ZABIEGI WYKONANE NA ODDZIALE (SALA ZABIEGOWA W KLINICE) : -PROSZĘ O WYPEŁNIENIE ARKUSZA "POZ.4-ODDZ"

5. OPIS PRZEBIEGU HOSPITALIZACJI (MAX.2000 ZNAKÓW) :

--

6. LEKARZ WNIOSKUJĄCY (Lekarz prowadzący) :

5.1	Imię i nazwisko lekarza:	
-----	--------------------------	--

7. DIAGNOSTYKA KODOWANA W CLININET :

7.1. DIAGNOSTYKA LABORATORYJNA :

l.p.	rodzaj	ilość	cena jednostkowa	wartość w PLN
1				0,00
Suma:				0,00

7.2. BADANIA HISTOPATOLOGICZNE:

l.p.	rodzaj	ilość	cena jednostkowa	wartość w PLN
1				0,00
Suma:				0,00

7.3. DIAGNOSTYKA NIELABORATORYJNA (CT, MR, RTG, USG, EKG, echo, etc.) :

l.p.	rodzaj	ilość	cena jednostkowa	wartość w PLN
1				0,00
Suma:				0,00

7.4. REHABILITACJA :

l.p.	rodzaj	ilość	cena jednostkowa	wartość w PLN
1				0,00
Suma:				0,00

8. DIAGNOSTYKA, NIE KODOWANA W CLININET (podać jeśli zostały zlecone/wykonane) :**8.1 PET**

lp.	nazwa badania	data zlecenia	ilość
1			
2			

8.2 SCYNTYGRAFIA

lp.	nazwa badania	data zlecenia	ilość
1			
2			

8.3 DENSYTOMETRIA

lp.	nazwa badania	data zlecenia	ilość
1			
2			

8.4 CYTOMETRIA PRZEPŁYWOWA

lp.	nazwa badania	data zlecenia	ilość
1			
2			

8.5 PSYCHOONKOLOGIA

lp.	rodzaj konsultacji	data konsultacji	imię i nazwisko osoby konsultującej
1			
2			

8.6 SEROLOGIA

lp.	rodzaj	ilość	cena jednostkowa	wartość w PLN
1				0,00
2				0,00
Suma:				0,00

8.7 MIKROBIOLOGIA

lp.	rodzaj	ilość	cena jednostkowa	wartość w PLN
1				0,00
2				0,00
Suma:				0,00

9. FARMACEUTYKI (W TYM SZCZEPIONKI) : -PROSZĘ O WYPEŁNIENIE ARKUSZA "POZ.9-LEKI"**10. MATERIAŁY MEDYCZNE (W TYM OPATRUNKI) : -PROSZĘ O WYPEŁNIENIE ARKUSZA "POZ.10-MAT."****11. KOSZTY OSOBOWE PERSONELU MEDYCZNEGO :**

lp.	rodzaj	ilość	cena jednostkowa	wartość w PLN
1	dot. zabiegów na bloku operacyjnym (personel stały bloku op.)+koszty osobowe znieczulenia			
2	związane z hospitalizacją (poza blokiem operacyjnym) w oddziale szpitalnym			
Suma:				0,00

12. KOSZTY ŚWIADCZEŃ ROZLICZANYCH WEDŁUG SKALI TISS-28:

lp.	dzień pobytu	Ilość pkt w skali TISS-28 / TISS-28 dla dzieci	Wartość punktowa	Wartość wg katalogu świadczeń do sumowania w PLN
1				0,00
2				0,00
Suma:				0,00

13. KOSZTY ŚWIADCZEŃ Z KATALOGU ŚWIADCZEŃ DO SUMOWANIA:

lp.	Kod produktu	Data	Nazwa świadczenia	Wartość punktowa jednostkowa wg katalogu świadczeń do sumowania	Ilość jednostek (np. dzień, zabieg, osobodzień, preparat, itp.)	Całkowita wartość
1						0,00
2						0,00
3						0,00
Suma:						0,00

14. KOSZTY POZAMEDYCZNE (koszt osobodnia na oddziale, na bloku operacyjnym, etc.):

Wartość kosztów pozamedycznych ogółem: (tj. całkowity koszt świadczenia pomniejszony o: koszty medyczne; świadczenia rozliczane wg skali TISS-28 lub TISS-28 dla dzieci oraz o koszty świadczeń do sumowania)	0,00
---	------