

ZARZĄDZENIE NR 88 /2021

Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie –
Państwowego Instytutu Badawczego
z dnia 3 listopada 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 nr 1 do niniejszego Zarządzenia.

§ 2.

Traci moc 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.

§ 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 NFZ².

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/Oddziału/Zakładu, stawek personelu, etc.) zostaną uzupełnione przez Dział Analiz Ekonomicznych i Planowania.

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

Najpóźniej drugiego dnia roboczego następującego po dacie zakończenia hospitalizacji pacjenta, Kierownik jednostki zgłaszającej lub osoba przez Niego upoważniona, jest 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 jednorodnej grupy pacjentów (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,
- 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/Oddziałów/Zakładów, 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 2 Zarządzenia Prezesa NFZ nr 118/2021 z dnia 28 czerwca 2021 r.,
- 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 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 wysokokosztocłonne (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 reprezentowania Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego z siedzibą w Warszawie przed Mazowieckim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia (MOW NFZ) w zakresie podpisywania i składania wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń zdrowotnych – „rozliczenie za zgodą płatnika”, w celu jego podpisania.**
- 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, **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
 - 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 MOW NFZ.

Wzór wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń uwzględniający ww. kryteria stanowi załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 127/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2021 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 JEDYNIĘ 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
---	------