

ZARZĄDZENIE NR 14/2020

Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie –
Państwowego Instytutu Badawczego
z dnia 6 lutego 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

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 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.

§ 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 komórki organizacyjnej, bądź osoba przez niego upoważniona zgłasza **nie później niż w dniu wypisu, wyłącznie** mailowo, na wszystkie podane adresy e-mail: anna.brylicka@coi.pl, ewa.mitura@coi.pl, magdalena.zablocka@coi.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 niniejszego Zarządzenia** z prośbą o uzupełnienie. Jednostka zgłaszająca wypełnia w Załączniku nr 1 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.

W ciągu jednego dnia od zgłoszenia pacjenta Klinika jest zobowiązana do wypełnienia w otrzymanym pliku informacji znanych na dany moment czyli:

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

- rozpoznania (pkt 2 załącznika nr 2)
- najistotniejsze procedury ICD-9 (zabiegi operacyjne wykonane na bloku operacyjnym bądź w sali zabiegowej w Klinice) - pkt 3 załącznika nr 2
- lekarz prowadzący (pkt 6 załącznika nr 2)

W/w dane należy przesłać **niezwłocznie** do Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania na adres e-mail osoby, która odpowiedziała na zgłoszenie oraz na adresy e-mail: paulina.kobrys@coi.pl; daria.stepniewska@coi.pl; magdalena.sakowicz@coi.pl (Dział ds. Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych) celem wpisania punktu umowy do rozliczenia z NFZ. Pracownik Działu ds. Rozliczeń Świadczeń Medycznych, po ustaleniu punktu umowy do rozliczenia NFZ, przekazuje informację drogą mailową do Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania.

Uzupełniony, o wcześniej nie przekazane dane (z pkt 2, ppkt 1-9) Załącznik nr 1 należy odesłać **najpóźniej drugiego dnia roboczego** następującego po dacie zakończenia hospitalizacji pacjenta, na adres e-mail pracownika Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania, który odpowiedział na zgłoszenie.

2. Załącznik nr 1 zawiera m.in.:

- 1) **dane pacjenta** - ze szczególnym uwzględnieniem następujących informacji:
 - PID pacjenta w systemie informatycznym CliniNET,
 - rozpoznanie zasadnicze oraz co najmniej jedno rozpoznanie współistniejące,
 - 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 184/2019 z dnia 31.12.2019,
 - 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 DAEiP),
 - 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 systemu NFZ – SZOI. 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, podpisany przez osobę sporządzającą, jest przekazywany **do podpisu do Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa Otwartego i Rozliczeń Świadczeń Zdrowotnych.**
 6. 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.

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.2019 poz. 1373, 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.

Świadczenie to wprowadzone zostało do katalogu świadczeń szpitalnych zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 32/2008 z dnia 11 czerwca 2008 r. Aktualne zarządzenie zmieniające: Nr 176/2019/DSOZ z dnia 20 grudnia 2019 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:

$$K = [3 \times (W_g + W_{opt})] + W_{tiss} + W_{dsum}$$

albo

$$K = (W_g + W_{opt}) + W_{tiss} + W_{dsum} + 20\,000 \text{ zł}$$

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_{opt} - 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 oddziału Funduszu.

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.