

ZARZĄDZENIE NR 13/2024

Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie –
Państwowego Instytutu Badawczego
z dnia 7 lutego 2024 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 16/2023 Dyrektora Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego z dnia 22 lutego 2023 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
dr hab. n. med. Beata Jagielska

ZASADY ZGŁASZANIA WNIOSKÓW O INDYWIDUALNE ROZLICZENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OKREŚLONE PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA (NFZ) - ROZLICZENIE ZA ZGODĄ PŁATNIKA W NARODOWYM INSTYTUCIE ONKOLOGII IM. MARII SKŁODOWSKIEJ-CURIE – PAŃSTWOWYM INSTYTUCIE BADAWCZYM W WARSZAWIE (NIO-PIB)

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

1. W przypadku **ponadstandardowej**¹ hospitalizacji pacjenta należy domniemywać, że dane świadczenie spełni kryteria wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń określone przez NFZ².
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@nio.gov.pl, ewa.mitura@nio.gov.pl, magdalena.zablocka@nio.gov.pl, adrianna.muszak@nio.gov.pl następujące dane pacjenta: imię, nazwisko oraz numer PID nadany w systemie informatycznym CliniNET.
3. W odpowiedzi zwrotnej zostanie przesłany drogą e-mail **plik, którego wzór stanowi załącznik do niniejszych Zasad** z prośbą o uzupełnienie. Jednostka zgłaszająca wypełnia w ww. załączniku pola zaznaczone kolorem niebieskim.
4. 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.
5. **Najpóźniej drugiego dnia roboczego** następującego po dacie zakończenia hospitalizacji pacjenta, Kierownik jednostki zgłaszającej lub osoba przez Niego upoważniona, jest zobowiązana przesłać uzupełniony załącznik do Zasad na adres e-mail pracownika Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania, który odpowiedział na zgłoszenie, a pod jego nieobecność na adres osoby go zastępującej.

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.

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

7. Załącznik do Zasad 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 (ICD-10),
- 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) zabiegi wykonane na oddziale (poza blokiem operacyjnym) z wykazem osób i czasu ich zaangażowania,

3) opis przebiegu hospitalizacji,

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 CliniNET, 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 3 Zarządzenia Prezesa NFZ nr 190/2023 z dnia 29 grudnia 2023 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 jest kontakt z pracownikiem Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania),

9) kod grupy JGP lub kod świadczenia.

- 8. Samodzielna Pracownia Serologii Transfuzjologicznej z Bankiem Krwi** na wniosek pracownika Działu Analiz Ekonomicznych i Planowania przekazuje informacje dotyczące: daty, ilości i rodzaju wydanych jednostek krwi i jej składników oraz liczby wykonanych prób zgodności (dawca-biorca) w danym okresie hospitalizacji pacjenta.
- 9. 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.
- 10.** 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.).
- 11.** 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 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.
- 12.** 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.

Dział II. Zasady ustalone przez NFZ

1. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. 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.
2. **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.**
3. **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).**
4. **Uzyskanie zgody na indywidualne rozliczenie świadczeń jest możliwe:**
 - 1) w sytuacji udzielenia przez Świadczeniodawcę świadczeń, których koszt przekracza wartość 40 000 zł i wartość obliczoną według wzoru:

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

albo

$$K = (W_g + W_{opl}) + W_{tiss} + W_{dsum} + 38\,000 \text{ zł}$$

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 oddziału funduszu.

5. Wzór wniosku o indywidualne rozliczenie świadczeń uwzględniający wyżej wymienione kryteria stanowi załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 32/2023/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 lutego 2023 r. w sprawie wniosków o indywidualne sprawozdanie lub rozliczenie świadczeń, 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
---	------