

INSTRUKCJA

rozliczania migracji ubezpieczonych w 2008 r.

W związku z nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w planach kosztów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia na 2008 r. wyodrębniono środki stanowiące rezerwy na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych.

1. Słownik.

Użyte w instrukcji określenia oznaczają:

- 1) oddział pacjenta – oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, do którego przypisany jest ubezpieczony;
- 2) pacjent – ubezpieczony, który uzyskał świadczenia opieki zdrowotnej;
- 3) oddział świadczeniodawcy – oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia, który zawarł umowę ze świadczeniodawcą (z terenu działania oddziału);
- 4) Fundusz - Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 5) OW – Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 6) ustawa – ustawa z dnia 27 sierpnia o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.);
- 7) komunikat wewnętrzny – komunikat wygenerowany na podstawie dokumentacji rozliczeniowej złożonej przez świadczeniodawców, stanowiący podstawę wygenerowania not dla innych oddziałów wojewódzkich Funduszu. Komunikat zawiera dane o wszystkich świadczeniach, natomiast noty są generowane tylko za świadczenia, które zostały wykonane, oznaczone przez świadczeniodawcę do zapłaty i ujęte w księgach rachunkowych oddziału świadczeniodawcy wg aktualnego stanu na dzień wygenerowania not;
- 8) komunikat wewnętrzny aptek – komunikat wygenerowany na podstawie dokumentacji rozliczeniowej złożonej przez apteki, stanowiący podstawę wygenerowania not dla innych oddziałów wojewódzkich Funduszu. Komunikat wewnętrzny aptek zawiera wszystkie dane wchodzące w skład komunikatu elektronicznego, natomiast noty są generowane tylko na podstawie danych ujętych w księgach rachunkowych oddziału, na terenie którego działa apteka, wg aktualnego stanu na dzień wygenerowania not;
- 9) CWU – Centralny Wykaz Ubezpieczonych, o którym mowa w art. 97 ust. 4 ustawy.

2. Zasady identyfikacji ubezpieczonych w CWU:

- 1) do ustalenia właściwego OW wykorzystuje się adres zamieszkania ubezpieczonego, jeżeli nie został podany adres zamieszkania, to przyjmuje się, że miejscem zamieszkania jest adres zameldowania;
- 2) przypisanie ubezpieczonych do OW odbywa się na podstawie repliki CWU obowiązującej na dzień ustalenia rocznego algorytmu podziału środków finansowych tj. np. dla rozliczeń w 2008 r. obowiązującą jest replika CWU na dzień 31.03.2007 r., która nie podlega żadnym modyfikacjom w ciągu roku sprawozdawczego. Dopuszcza się możliwość przypisywania ubezpieczonych do OW na podstawie repliki innego okresu, po wydaniu komunikatu z Centrali Funduszu;
- 3) nie dokonuje się wstecznych weryfikacji przypisania ubezpieczonych w udostępnionej replice CWU polegających na przypisaniu ubezpieczonego do OW w chwili pozyskania nowych danych dotyczących przeszłości. Zmiany te zostaną uwzględnione w kolejnej replice CWU;
- 4) osoby, które nie są przypisane do żadnego OW w określonej replice CWU, dla potrzeb rozliczenia migracji, są traktowane jako osoby przypisane do OW, na terenie którego udzielono świadczenia, aż do momentu przypisania do właściwego OW w kolejnej replice CWU.

3. Zasady udzielania upoważnienia do zaciągnięcia zobowiązania w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej:

1) udzielanie upoważnień do zaciągnięcia zobowiązania w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w związku z migracją ubezpieczonych (ex ante):

- a) w celu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej dla swoich ubezpieczonych na terenie innego OW, Dyrektor oddziału pacjenta w oparciu o informacje o migracji jego ubezpieczonych z lat ubiegłych, wystawia Dyrektorowi oddziału świadczeniodawcy upoważnienie do zaciągnięcia zobowiązania w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach środków posiadanych w planie finansowym w pozycji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej;
- b) upoważnienie do zaciągnięcia zobowiązania w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej powinno być wystawione z dokładnością do rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej. Wzór upoważnienia stanowi załącznik nr 1 do instrukcji. Dodatkowo do upoważnienia może być załączona informacja o preferowanych zakresach i miejscach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z analizy danych o migracji ubezpieczonych w latach ubiegłych;
- c) w przypadku nie posiadania wolnych środków w pozycji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w planie finansowym oddziału pacjenta na 2008 r. przed wystawieniem upoważnienia do zaciągnięcia zobowiązania w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej Dyrektor oddziału pacjenta zobowiązany jest do uruchomienia w trybie

- art. 124 ust. 5 ustawy rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych i przesunięcia ich do właściwej pozycji planu finansowego;
- d) w oparciu o otrzymane upoważnienie, uwzględniając informacje o preferowanych zakresach i miejscach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, Dyrektor oddziału świadczeniodawcy ogłasza postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
 - e) dyrektor oddziału świadczeniodawcy zawiera umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń na terenie działania OW w ramach środków określonych w planie OW oraz w ramach otrzymanych upoważnień;
 - f) świadczeniodawca rozlicza świadczenia w ramach jednego limitu umowy.

2) udzielanie upoważnień do zaciągnięcia zobowiązania w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w związku z migracją ubezpieczonych (ex post):

- a) oddział świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dokonuje na podstawie repliki CWU identyfikacji oddziału pacjenta wykazanego przez świadczeniodawcę do rozliczenia,
- b) po kontroli merytorycznej i formalno-rachunkowej oraz ujęciu w księgach rachunkowych rachunków otrzymanych od świadczeniodawców, w oparciu o komunikaty I i II fazy wygenerowane przez świadczeniodawców, oddział świadczeniodawcy generuje i przesyła do OW, do którego przypisani są ubezpieczeni „komunikat wewnętrzny”,
- c) w przypadku sfinansowania przez oddział świadczeniodawcy świadczeń udzielonych na rzecz ubezpieczonych, na które nie otrzymano upoważnień z innych OW, oddział pacjenta, na podstawie otrzymanego „komunikatu wewnętrznego” udziela upoważnienia. Upoważnienie sporządza się wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do instrukcji, w ramach środków posiadanych w planie finansowym w pozycji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wynikającej z treści „komunikatu wewnętrznego”, na kwotę nie mniejszą niż przedstawiona do rozliczenia w terminie 5 dni od dnia otrzymania komunikatu wewnętrznego,
- d) po wyczerpaniu limitu określonego dla danego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej, w wystawionych uprzednio upoważnieniach do zaciągnięcia zobowiązania w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (ex ante), oddział pacjenta na podstawie otrzymanego „komunikatu wewnętrznego” zmienia udzielone uprzednio upoważnienie, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 2 do instrukcji, w terminie 5 dni od dnia otrzymania „komunikatu wewnętrznego” w ramach środków posiadanych w planie finansowym w pozycji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wynikającej z treści „komunikatu wewnętrznego”, na kwotę nie mniejszą niż wykonanie ponad wysokość limitu określonego w wystawionych uprzednio upoważnieniach do zaciągnięcia zobowiązania w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (ex ante),

- e) upoważnienie do zaciągnięcia zobowiązania w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (ex post), lub zmiana upoważnienia powinny być wystawione z dokładnością do rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej,
- f) w przypadku nie posiadania wolnych środków w pozycji kosztów świadczeń opieki zdrowotnej planu finansowego OW na 2008 r. przed wystawieniem lub zmianą upoważnienia do zaciągnięcia zobowiązania w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, Dyrektor oddziału pacjenta zobowiązany jest do uruchomienia w trybie art. 124 ust. 5 ustawy rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych i przesunięcia ich do właściwej pozycji planu finansowego OW,
- g) oddział świadczeniodawcy po otrzymaniu właściwego upoważnienia do zaciągnięcia zobowiązania w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej lub jego zmiany nie później niż w terminie określonym w ust.7 pkt 3 wystawia w formie elektronicznej i pisemnej notę,
- h) otrzymane przez Dyrektora oddziału świadczeniodawcy upoważnienia do zaciągnięcia zobowiązania w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej lub jego zmiana są podstawą do zawarcia lub zmiany umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2008 r. z dowolnym świadczeniodawcą w ramach wynikającego z nich rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej,
- i) w przypadku utrzymującej się w trakcie roku znacząco niższej niż określona w umowie realizacji świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawcę, dyrektor oddziału świadczeniodawcy w porozumieniu z dyrektorem oddziału pacjenta może wystąpić do świadczeniodawcy z wnioskiem o obniżenie wartości umowy. Podpisanie przez obie strony (tj. OW i świadczeniodawcę) aneksu zmniejszającego wartość umowy umożliwia zmianę wysokości udzielonych oddziałowi świadczeniodawcy upoważnień, w tym rodzaju świadczeń, przez dyrektora oddziału pacjenta.

4. Przepływ dokumentów:

1) nie podlegają rozliczeniom międzyoddziałowym:

- a) świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w ramach umów zawartych w rodzaju lecnicstwo uzdrowiskowe, a także zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne,
- b) środki przekazywane świadczeniodawcom z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń,
- c) świadczenia opieki zdrowotnej rozliczane stawką kapitulacyjną i ryczałtem,
- d) świadczenia opieki zdrowotnej oraz leki i wyroby medyczne udzielone/wydane osobom innym niż ubezpieczeni, posiadającym obywatelstwo polskie i posiadającym miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, którzy spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r.

o pomocy społecznej (Dz. U. Nr 64, poz. 593, z późn. zm.4), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy,

- e) świadczenia opieki zdrowotnej oraz leki i wyroby medyczne udzielone/wydane osobom uprawnionym do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, rozliczane na podstawie formularza E-125,
- f) świadczenia opieki zdrowotnej oraz leki i wyroby medyczne udzielone/wydane świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy;
- g) świadczenia opieki zdrowotnej oraz leki i wyroby medyczne udzielone/wydane osobom, o których mowa w art. 12 pkt 2-4 i 6 ustawy,
- h) inne świadczenia opieki zdrowotnej oraz leki i wyroby medyczne sfinansowane ze środków budżetu państwa,
- i) świadczenia opieki zdrowotnej oraz leki i wyroby medyczne będące sprzętem ortopedycznym i środkami pomocniczymi finansowane ze środków przekazanych przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny, tj. w przypadkach gdy:
 - konieczność ich udzielenia jest następstwem zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdu mechanicznego, a posiadacz tego pojazdu ma obowiązek zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, zgodnie z przepisami o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, oraz
 - posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym są obowiązani do odszkodowania na zasadach określonych w art. 34 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152, z późn. zm.).

Zasady rozliczeń kosztów zaistniałych w związku z ruchem pojazdu mechanicznego zostały ustalone w odrębnym trybie.

5. Zasady dokonywania rozliczeń międzyoddziałowych za świadczenia opieki zdrowotnej:

- 1) świadczeniodawca sporządza i przekazuje do oddziału świadczeniodawcy, komunikat o świadczeniach wykonanych w okresie sprawozdawczym (komunikat I fazy);
- 2) oddział świadczeniodawcy dokonuje walidacji i weryfikacji komunikatu otrzymanego od świadczeniodawcy i przekazuje zwrótnie informację o świadczeniach możliwych do rozliczenia zgodnie z postanowieniami umowy;
- 3) świadczeniodawca sporządza i przekazuje do oddziału świadczeniodawcy komunikat o świadczeniach wykazanych do rozliczenia w okresie sprawozdawczym (komunikat II fazy);
- 4) oddział świadczeniodawcy dokonuje weryfikacji komunikatu otrzymanego od świadczeniodawcy, w tym ustalenia na podstawie repliki CWU, OW do których

- przypisani są pacjenci wykazani przez świadczeniodawcę do rozliczenia i przekazuje do świadczeniodawcy raport zwrotny II fazy;
- 5) świadczeniodawca na podstawie raportu zwrotnego II fazy przekazuje do oddziału świadczeniodawcy rachunek;
 - 6) punkty 1-5 opisują aktualny stan procesu rozliczeń ze świadczeniodawcami funkcjonujący w Funduszu i nie wymagają modyfikacji systemów oddziałowych;
 - 7) oddział świadczeniodawcy dokonuje kontroli merytorycznej i formalno-rachunkowej rachunków otrzymanych od świadczeniodawców oraz ich ujęcia w księgach rachunkowych;
 - 8) w oparciu o komunikaty I i II fazy wygenerowane przez świadczeniodawców oddział świadczeniodawcy generuje „komunikaty wewnętrzne” stanowiące podstawę wygenerowania i wystawienia w formie pisemnej i elektronicznej not dla poszczególnych OW, w których zarejestrowani są ubezpieczeni wskazani przez świadczeniodawców do rozliczenia (oddziałów pacjenta), z dokładnością do poszczególnych rodzajów świadczeń w podziale na zakresy świadczeń „Komunikat wewnętrzny” zawiera pełną informację o udzielonych ubezpieczonym świadczeniach, tj. świadczenia wskazane do rozliczenia jak i świadczenia, które zostały udzielone, a nie wskazane (oznaczone) do rozliczenia przez świadczeniodawców. Komunikat zawiera wszystkie świadczenia, natomiast noty są generowane tylko za świadczenia, które zostały wykonane, oznaczone przez świadczeniodawcę do zapłaty i ujęte w księgach rachunkowych oddziału świadczeniodawcy wg aktualnego stanu na dzień wygenerowania not;
 - 9) w przypadku, kiedy świadczenia wykonane oznaczone przez świadczeniodawcę do zapłaty ujęte w księgach rachunkowych oddziału świadczeniodawcy przekraczają wartość udzielonego upoważnienia generowany jest techniczny plik (na brakującą kwotę) odpowiadający nocie na zasadach takich jak generowanie noty, który nie jest wysyłany do OW do czasu uzyskania upoważnienia na brakującą kwotę. Komunikat wewnętrzny odpowiadający temu plikowi technicznemu jest wysyłany do oddziału pacjenta. Plik techniczny zostanie przekształcony w notę po otrzymaniu upoważnienia i przesłany do oddziału pacjenta w terminie najbliższego terminu wystawiania not określonego w ust. 7 pkt 3;
 - 10) „Komunikaty wewnętrzne” w formie elektronicznej i noty w formie elektronicznej i pisemnej są przekazywane do oddziałów pacjenta, które importują je do systemów dziedzinowych (tzw. część biała). Informacje zawarte w „komunikatach wewnętrznych” stanowią podstawę do kontroli not;
 - 11) ze względu na odmienne kryteria walidacji i weryfikacji funkcjonujące w OW, „komunikaty wewnętrzne” nie podlegają powtórnej walidacji i weryfikacji w oddziale pacjenta (komunikaty te będą powstawały bowiem z podziału komunikatów I i II fazy otrzymanych od świadczeniodawców, które podlegały obligatoryjnej walidacji i weryfikacji w oddziale świadczeniodawcy zgodnie z pkt 1 – 9);

- 12) skutki korekt komunikatów złożonych przez świadczeniodawcę (in + lub in -) ujmowane są w notach za bieżący okres w układzie narastającym wg stanu na dzień generowania komunikatu;
- 13) noty wystawiane są wg stanu na dzień generowania komunikatu i obejmują skutki zmian okresu bieżącego i okresów poprzednich (różnice stanu na dzień generowania bieżącej noty a stanu na dzień generowania noty poprzedniej), oddzielnie dla poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej z dokładnością do zakresów, z zastrzeżeniem ust. 7 pkt 10.
- 14) wzór noty obciążeniowej/uznaniowej stanowi załącznik nr 3 do instrukcji.

6. Zasady dokonywania rozliczeń międzyoddziałowych za leki i wyroby medyczne nabyte w aptekach bezpłatnie, za opłatą ryczałtową albo za częściową odpłatnością:

- 1) apteka sporządza i przekazuje do OW na terenie, którego działa zbiorcze zestawienie zrealizowanych recept podlegających refundacji i komunikat elektroniczny zawierający dane o obrocie refundowanymi lekami i wyrobami medycznymi, wynikające ze zrealizowanych recept podlegających refundacji z Funduszu oraz z budżetu państwa;
- 2) OW, na terenie którego działa apteka dokonuje weryfikacji komunikatu elektronicznego otrzymanego od apteki, w tym ustalenia na podstawie repliki CWU oddziału pacjenta oraz kontroli merytorycznej i formalno-rachunkowej przekazanego zbiorczego zestawienia zrealizowanych recept podlegających refundacji. Dla celów rozliczeń międzyoddziałowych w przypadku wystąpienia rozbieżności pomiędzy oddziałem pacjenta wyznaczonym na podstawie repliki CWU, a oddziałem pacjenta wykazany w komunikacie elektronicznym, przyjmuje się stan wg repliki CWU;
- 3) OW na podstawie wyników weryfikacji komunikatu elektronicznego otrzymanego od apteki generuje „komunikat wewnętrzny aptek” stanowiący podstawę wygenerowania i wystawienia w formie pisemnej i elektronicznej not dla poszczególnych OW. Nota zawiera wszystkie informacje zawarte w części tabelarycznej zestawienia refundacyjnego, zaś „komunikat wewnętrzny aptek” merytorycznie stanowi odpowiednik komunikatu elektronicznego generowanego przez apteki;
- 4) „Komunikaty wewnętrzne aptek” w formie elektronicznej i noty w formie elektronicznej i pisemnej są przekazywane do oddziałów pacjentów, które importują je do systemów dziedzinowych (tzw. część biała). Informacje zawarte w „komunikatach wewnętrznych aptek” stanowią podstawę do kontroli not;
- 5) ze względu na odmienne kryteria walidacji i weryfikacji funkcjonujące w OW, „komunikaty wewnętrzne aptek” nie podlegają powtórnej walidacji i weryfikacji w oddziale pacjenta;
- 6) skutki korekt komunikatów elektronicznych złożonych przez aptekę (in + lub in -) ujmowane są w notach za bieżący okres w układzie narastającym wg stanu na dzień generowania „komunikatu wewnętrznego aptek”;

- 7) noty wystawiane są wg stanu na dzień generowania „komunikatu wewnętrznego aptek” i obejmują skutki zmian okresu bieżącego i okresów poprzednich (różnice stanu na dzień generowania bieżącej noty, a stanu na dzień generowania noty poprzedniej), z zastrzeżeniem ust. 7 pkt 10;
- 8) wzór noty obciążeniowej/uznaniowej stanowi załącznik nr 4 do instrukcji.

7. Zasady, terminy wystawiania i ujmowania w księgach rachunkowych oraz opłacania dowodów księgowych dotyczących rozliczeń międzyoddziałowych:

- 1) rachunki i zestawienia refundacyjne otrzymane od świadczeniodawców i aptek podlegają ujęciu w księgach rachunkowych oddziału świadczeniodawcy lub oddziału, na terenie którego działa apteka, po stronie Wn kosztów świadczeń zdrowotnych zespołu 4 i 5 wykazu kont i po stronie Ma zobowiązań wobec świadczeniodawców i aptek w pełnych wysokościach wynikających z tych rachunków i zestawień (przed podziałem na inne oddziały), z zastrzeżeniem pkt 10. Rachunki i zestawienia powyższe opłacane są na zasadach i w terminach wynikających z zawartej umowy lub obowiązujących przepisów;
- 2) noty za udzielone świadczenie zdrowotne wystawiane są wg cen jednostkowych zakontraktowanych ze świadczeniodawcą, a za leki i wyroby medyczne nabyte w aptekach – wg zestawienia refundacyjnego;
- 3) noty za udzielone świadczenie zdrowotne oraz za leki i wyroby medyczne wystawiane są za okresy miesięczne i dotyczą świadczeń już ujętych na podstawie rachunków i zestawień refundacyjnych otrzymanych od świadczeniodawców i aptek w księgach rachunkowych poprzedniego okresu sprawozdawczego. Noty wystawiane są w terminie do 5 dnia miesiąca kalendarzowego następującego po miesiącu, w którym nastąpiło zamknięcie ksiąg rachunkowych, a za miesiąc grudzień do dnia 10 lutego roku następnego;
- 4) wystawione noty ujmowane są po stronie Ma kosztów świadczeń zdrowotnych oraz po stronie Wn należności wewnętrznych od innych OW, z zastrzeżeniem pkt. 10. Noty w formie papierowej przesyłane są do innych OW (oddziałów pacjenta) za pomocą przesyłki priorytetowej lub kurierskiej w kolejnym dniu roboczym po dniu wystawienia not. Ponadto w dniu wysłania przesyłki OW przekazuje noty w formie elektronicznej do oddziału pacjenta, w terminie określonym w pkt 3;
- 5) otrzymane noty podlegają ujęciu w księgach rachunkowych oddziałów pacjenta w terminie do dnia zamknięcia ksiąg za bieżący miesiąc sprawozdawczy, przy czym nie ujęcie, lub częściowe nie ujęcie not jest niedopuszczalne. Otrzymane noty ujmowane są po stronie Wn kosztów świadczeń zdrowotnych oraz po stronie Ma zobowiązań wewnętrznych wobec innych OW;
- 6) niedopuszczalne jest wystawianie not korygujących do otrzymanych wcześniej not. Otrzymane noty mogą być skorygowane jedynie następną notą (obciążeniową lub uznaniową) wystawioną tylko przez ich wcześniejszego wystawcę;

- 7) OW otrzymujący notę zobowiązany jest do jej ujęcia w księgach rachunkowych w tym samym miesiącu sprawozdawczym, w którym ujął ją oddział wystawiający;
- 8) płatności za otrzymane noty powinny nastąpić w ciągu 14 dni od ich otrzymania w wersji papierowej. W rozliczeniach pieniężnych należy stosować w szerokim zakresie kompensatę wzajemnych należności i zobowiązań, zgodnie z postanowieniami art. 498 – 508 Kodeksu cywilnego;
- 9) przed zamknięciem ksiąg rachunkowych salda rozrachunków międzyoddziałowych podlegają obowiązkowym uzgodnieniom w formie papierowej lub wiadomości email (zgodnie z obowiązującymi dotychczas zasadami);
- 10) rozliczenia międzyoddziałowe dotyczące migracji ubezpieczonych za lata ubiegłe, powinny być ujmowane na właściwych kontach zespołu 7, zgodnie z „Zasadami rachunkowości NFZ”, na podstawie odrębnych not;
- 11) rozliczenia międzyoddziałowe należy realizować terminowo i bez zakłóceń. Nieuzasadnione, przeterminowane zobowiązania mogą być rozliczone centralnie, ze środków pieniężnych oddziału winnego powstania ww. zobowiązań.

Załączniki do Instrukcji rozliczania
migracji ubezpieczonych w 2008 r.

Załącznik nr 1

WZÓR

dnia

UPOWAŻNIENIE Nr

Na podstawie art. 107 ust. 5 pkt 5 i 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach
opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.)

udzielam upoważnienia
Dyrektorowi Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia, do:

zaciągnięcia zobowiązania w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju
.....
ujętych w planie finansowym oddziału wojewódzkiego udzielającego upoważnienie
na kwotęzł
(słownie.....).

Niniejsze upoważnienie nie może być odwołane.

.....

Pieczętka i podpis
Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego

WZÓR

dnia

ZMIANA UPOWAŻNIENIA

Na podstawie art. 107 ust. 5 pkt 5 i 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, ze zm.)

zmieniam upoważnienie nrz dnia.....udzielone

**Dyrektorowi Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia, do:**

**zaciągnięcia zobowiązania w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju
.....
ujętych w planie finansowym oddziału wojewódzkiego udzielającego upoważnienie**

BYŁO:

na kwotęzł

(słownie.....).

JEST

na kwotęzł

(słownie.....).

Niniejsze upoważnienie nie może być odwołane.

.....

**Pieczętka i podpis
Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego**

Oryginał/Kopia

Dostawca:	Narodowy Fundusz Zdrowia ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa NIP 1070001057	Odbiorca:	Narodowy Fundusz Zdrowia ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa
Wystawca: Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ul.	Płatnik i nabywca Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ul., 00-000
Prosimy o zgodne z nami zaksięgowanie następujących pozycji:		NOTA KSIĘGOWA nr	z dnia:

Obciążyliśmy: zł i gr.	Treść:	Uznaliśmy: zł i gr.
0,00	Rozliczenie migracji ubezpieczonych za okres w rodzaju świadczeń zdrowotnych, w tym w zakresach:	0,00
	zakres	
	zakres	
	zakres	
	zakres	
	zakres	
	zakres	
	zakres	
	zakres	
	zakres	

Słownie:

Płatności należy dokonać w ciągu 14 dni od dnia otrzymania noty księgowej.

tel. osoby sporządzającej
załączników :

sprawdzono pod względem
formalno - rachunkowymsprawdzono pod względem
merytorycznym

Sporządził

Główny Księgowy lub osoba
upoważnionaDyrektor OW lub osoba
upoważniona

WZÓR

Załącznik nr 4

Oryginał/Kopia

Dostawca:	Narodowy Fundusz Zdrowia ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa NIP 1070001057	Odbiorca:	Narodowy Fundusz Zdrowia ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa	
Wystawca: Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ul.	Płatnik i nabywca Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia ul., 00-000	
Prosimy o zgodne z nami zaksięgowanie następujących pozycji:			NOTA KSIĘGOWA nr	z dnia:

Obciążyliśmy:	Treść:	Uznaliśmy:
zł i gr.		zł i gr.
	Rozliczenie migracji ubezpieczonych za okres w rodzaju świadczeń zdrowotnych: refundacja cen leków. Szczegółowe rozliczenie sporządzone wg wzoru określonego dla zbiorczego zestawienia recept na leki i wyroby medyczne podlegające refundacji dla świadczeniobiorców, stanowi załącznik do noty.	
Słownie:		
Płatności należy dokonać w ciągu 14 dni od dnia otrzymania noty księgowej.		

tel. osoby sporządzającej
załączników :

sprawdzono pod względem
formalno - rachunkowym

sprawdzono pod względem
merytorycznym

Sporządził

Główny Księgowy lub osoba
upoważniona

Dyrektor OW lub osoba
upoważniona