

Instrukcja rozliczania niektórych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z budżetu państwa udzielonych przez świadczeniodawców, z którymi Fundusz nie zawarł umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2008

- 1) W celu wypełnienia dyspozycji zawartych w § 11 ust. 5 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2008 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 137 poz. 858), świadczenia opieki zdrowotnej, o których mowa w § 2 ust. 1 rozporządzenia, udzielone przez świadczeniodawców, z którymi Fundusz nie zawarł umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2008, będą finansowane świadczeniodawcom na podstawie faktury i miesięcznego zestawienia sporządzanego przez świadczeniodawcę, stanowiącego załącznik do faktury.
- 2) Faktura winna obejmować kwotę stanowiącą sumę cen świadczeń opieki zdrowotnej ustalonych na poziomie określonym w pkt 3.10) wymienionych w zestawieniu dołączonym do faktury.
- 3) Zestawienie stanowiące załącznik do faktury, winno zawierać:
 - 3.1) imię i nazwisko świadczeniobiorcy;
 - 3.2) numer PESEL, a w przypadku gdy świadczeniobiorca nie posiada numeru PESEL - rodzaj, serię i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość;
 - 3.3) datę urodzenia;
 - 3.4) obywatelstwo;
 - 3.5) numer pacjenta w księdze głównej szpitala - w przypadku hospitalizacji;
 - 3.6) podstawę prawną udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
 - 3.7) datę udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej;
 - 3.8) kod świadczenia opieki zdrowotnej zgodny z katalogiem Funduszu, a w przypadku jego braku - kod choroby zgodny z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych;
 - 3.9) liczbę udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej;
 - 3.10) cenę udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej, ustaloną na poziomie:
 - a) najniższej ceny przewidzianej w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych przez dany oddział wojewódzki Funduszu dla danego świadczenia opieki zdrowotnej na 2008 rok albo

- b) w przypadku braku możliwości ustalenia ceny udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej zgodnie z pkt a) najniższej ceny danego rodzaju świadczenia opieki zdrowotnej, ustalonej przez świadczeniodawcę w cenniku, uwzględniającej wyłącznie uzasadnione koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3.11) wartość świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącą iloczyn liczby świadczeń i ich ceny;
 - 3.12) datę wystawienia i numer faktury;
 - 3.13) podpis świadczeniodawcy.
- 4) Fakturę i zestawienie, o których mowa w pkt 1-3, świadczeniodawca winien przekazać właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie do 10 dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni.
 - 5) Oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia po dokonaniu weryfikacji otrzymanej od świadczeniodawcy faktury i zestawienia, o którym mowa w pkt 1-3, zobowiązany jest dokonać płatności należnych świadczeniodawcy środków finansowych na wskazany rachunek bankowy w terminie 15 dni po dniu dostarczenia przez niego prawidłowo sporządzonych ww. dokumentów.
 - 6) Świadczeniodawcy przysługuje prawo korygowania faktury i zestawienia, o którym mowa w pkt 1-3.
 - 7) Nieprzedstawienie przez świadczeniodawcę faktury i zestawienia, o którym mowa w pkt 1-3, w terminie, o których mowa w pkt 4 lub przedstawienie ww. dokumentów sporządzonych w sposób nieprawidłowy i nierzetelny, powoduje przesunięcie terminu płatności odpowiednio o czas opóźnienia w przedstawieniu prawidłowo sporządzonych dokumentów.
 - 8) Jeżeli termin płatności upływa w sobotę lub dzień ustawowo wolny od pracy, to płatności dokonuje się poprzedniego dnia roboczego.
 - 9) Płatności uważa się za dokonane w dniu uznania rachunku bankowego świadczeniodawcy.