

Gdańsk, dnia 20 lutego 2006 r.

Dotyczy: rozliczeń pacjentów uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji (E-125) za rok 2006

Przypominamy, że zgodnie z *Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 roku w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej /Dz. U nr 197 poz. 1643/* podstawą zapłaty za świadczenia udzielone pacjentom z UE i EOG jest:

1. za świadczenia rozliczane na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej:
 - rachunek, wystawiony dla każdego pacjenta indywidualnie /wartość wszystkich wystawionych rachunków za świadczenia udzielone pacjentom z UE i EOG wraz z rachunkiem za pozostałych pacjentów uprawnionych do świadczeń na podstawie ubezpieczenia zdrowotnego nie może przekroczyć limitu przewidzianego umową/,
 - kopia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej
/EHIC – Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego, Prowizoryczny **Certyfikat** Zastępujący EHIC, formularz **E 111, POŚWIADCZENIE** wydane na podstawie E 106/,
 - raport statystyczny w formie elektronicznej oraz
 - odrębne sprawozdanie finansowe dot. świadczeń udzielonych pacjentowi z UE i EOG

2. za świadczenia rozliczane na podstawie kapitacyjnej stawki rocznej:
 - rachunek, wystawiony dla każdego pacjenta indywidualnie /wystawiane rachunki nie są objęte limitem wynikającym z wartości umowy/,
 - kopia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej
/EHIC – Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego, Prowizoryczny **Certyfikat** Zastępujący EHIC, formularz **E 111, POŚWIADCZENIE** wydane na podstawie E 106/,
 - raport statystyczny w formie elektronicznej

Rachunek powinien zawierać następujące dane:

1. data urodzenia uprawnionego;
2. kraj pochodzenia;
3. numer umowy z NFZ;
4. data świadczenia /od - do/;
5. tryb przyjęcia <nagły / planowy>;

3. za świadczenia rozliczane ryczałtem:

- rachunek na kwotę równą wysokości miesięcznego ryczałtu */w przypadku świadczeń udzielonych osobom z UE i EOG należność z tytułu realizacji świadczeń określona w rachunku uwzględnia rzeczywiste koszty udzielenia niezbędnych świadczeń opieki zdrowotnej, kwota ryczałtu nie ulega zmianie!*
- kopia dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej /EHIC – Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego, Prowizoryczny **Certyfikat** Zastępujący EHIC, formularz **E 111, POŚWIADCZENIE** wydane na podstawie E 106/*W przypadku, gdy niemożliwe jest sporządzenie kopii dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, świadczeniodawca przedstawia ODPIŚ dokumentu. Świadczeniodawca ponosi odpowiedzialność za poprawność danych zawartych w odpisie,*
- dodatkowy raport statystyczny - **kalkulacja kosztów rzeczywistych wygenerowana z Pakietu Świadczeniodawcy dla każdego pacjenta indywidualnie**

W związku z powyższym, zgodnie z brzmieniem §25 pkt 3 *Ogólnych Warunków Umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* informujemy, że w sytuacji sporządzenia raportu statystycznego w sposób nieprawidłowy (np. nie wskazania świadczeń do zapłaty, wskazania świadczeń do zapłaty na kwotę przewyższającą limit wynikający z umowy) lub wystawienia rachunku w kwocie niezgodnej z raportem statystycznym wstrzymaniu podlegać będzie całość płatności do czasu usunięcia powstałych nieprawidłowości.

Zasada ta obowiązuje od stycznia 2006 roku, uwzględniając jednak problemy z rozliczeniem w PŚ świadczeń zrealizowanych w tym miesiącu, zobowiązujemy do uzupełnienia danych oraz w przypadku wystawienia nieprawidłowej faktury do wystawienia stosownej korekty do dnia złożenia rozliczeń za luty 2006 roku.

Z poważaniem

Marek Tarchalski

Z-ca Dyrektora ds. Ekonomiczno-Finansowych
POW NFZ