

Sposób rozliczania przez placówki medyczne tzw. 1/12 kontraktu

Do końca czerwca 2021 roku, w związku z obostrzeniami wynikającymi z epidemii COVID-19, placówki medyczne mają czas na rozliczenie z NFZ świadczeń za 2020 rok. Tzw. 1/12 kontraktu z Narodowym Funduszem Zdrowia to mechanizm polegający na wypłacie placówce medycznej części środków z umowy z NFZ na 2020 r., pomimo niewykonania lub częściowego wykonania przez nią świadczeń, wynikających z tej umowy. Prawo do tzw. 1/12 kontraktu otrzymały placówki, które ze względu na epidemię COVID-19 nie mogły wypełnić umowy z Funduszem. NFZ wypłacał środki tym placówkom, a one zobowiązały się „odrobić” otrzymaną część kontraktu do końca 2020 roku. Ze względu na trwającą epidemię i ułatwienie placówkom realizacji tego zadania, okres rozliczeniowy został wydłużony do 30 czerwca 2021 r. Dwa plany rzeczowo-finansowe Aby to umożliwić w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, których okres rozliczeniowy został przedłużony do 30.06.2021 r. będą obowiązywały dwa plany rzeczowo-finansowe: Plan rzeczowo-finansowy na 2020 r. – w jego ramach rozliczane będą świadczenia udzielone w 2020 r. Plan rzeczowo-finansowy na 2021 r. – w jego ramach rozliczane będą świadczenia udzielone w 2021 r. Nadzwyczajna sytuacja – nadzwyczajne sposoby rozliczania Z uwagi na ograniczenia związane z: rocznym okresem rozliczania planu finansowego NFZ (zgodnie z przepisem art. 118 ust. 1 ustawy o świadczeniach), funkcjonowaniem systemu informatycznego NFZ, nie będzie możliwości automatycznego rozliczenia w 2021 r. świadczeń udzielonych ponad kwoty zobowiązań określone w planie rzeczowo-finansowym na 2021 r., w tym w zakresie kwot zobowiązań niewykorzystanych z planu rzeczowo-finansowego na 2020 r. Rozliczenie świadczeń udzielonych w 2021 r. ponad kwoty zobowiązań określone w planie rzeczowo-finansowym na 2021 r. możliwe będzie po zwiększeniu kwot zobowiązań w planie rzeczowo-finansowym na 2021 r., w ramach środków finansowych, którymi dysponują OW NFZ na 2021 r. Rozliczenie należności dla danego zakresu świadczeń, o której mowa w § 18 ust. 1 OWU, wypłaconych świadczeniodawcom w ramach tzw. 1/12 (rachunki ryczałtowe – tzw. 1/12) będzie zrealizowane przez stworzenie w systemie informatycznym NFZ dodatkowych funkcjonalności, które umożliwią spłatę (odrobienie) przez świadczeniodawców należności wypłaconych na podstawie rachunków ryczałtowych – tzw. 1/12. Nowe funkcjonalności w systemie informatycznym Funduszu Do załącznika rzeczowo-finansowego w 2020 i 2021 roku (o ile świadczeniodawca uzyskał zgodę na wydłużenie okresu rozliczeniowego do czerwca 2021 r.) zostanie dodany Plan Spłaty, na wzór aneksu ugodowego, oznaczany dalej jako PS. W ramach PS będą rozliczane świadczenia udzielone przez świadczeniodawcę na poczet rozliczenia kwot uzyskanych na podstawie rachunków ryczałtowych finansujących okresy nie udzielania świadczeń w 2020 roku. W PS świadczeniodawca będzie mógł rozliczyć świadczenia do wysokości maksymalnej kwoty środków, które uzyskał w ramach rachunków ryczałtowych. W celu rozliczenia środków wypłaconych bez sprawozdawczości (tj. w oparciu o rachunki ryczałtowe – tzw. 1/12) świadczeniodawca zobowiązany będzie do udzielenia i sprawozdania świadczeń w ramach podpisanej z Funduszem umowy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczeniodawca zobowiązany będzie do wykonania i rozliczenia świadczeń na kwotę równą wysokości sumy kwot otrzymanych w ramach rachunków ryczałtowych w 2020 r., wypłacanych bez realizacji świadczeń (zakresy świadczeń rozliczane na podstawie SWIAD). Ustalony limit konieczny do spłaty będzie limitem wartościowym. Wysokość kwoty do spłaty będzie wyliczana na podstawie wysokości kwot rachunków ryczałtowych wypłacanych bez realizacji świadczeń na koniec 2020 roku. Na Portalu świadczeniodawcy/SZOI, świadczeniodawca będzie mógł uruchomić zlecenie naliczania świadczeń dla PS. Dla świadczeń rozliczanych przez świadczeniodawcę w ramach PS

Autor:

Adres: https://www.nfz-zielonagora.pl/PL/1050/7447/Sposob_rozliczania_przez_placowki_medyczne_tzw__1_12_kontraktu/

będą generowane specjalne szablony oraz zmodyfikowany zostanie komunikat R_UMX (modyfikacja pod kątem uwzględnienia nowego typu szablonu ugodowego: 'S' – świadczenia rozliczane w ramach spłaty środków uzyskanych na podstawie rachunków ryczałtowych wystawionych bez udzielania świadczeń). Do tak wygenerowanych szablonów świadczeniodawca nie będzie przekazywał rachunku. Mechanizm ten pozwoli na uznanie świadczeń objętych szablonem za rozliczone. Co w przypadku zakończenia obowiązywania umowy? Jeśli zakończył się czas obowiązywania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach której świadczeniodawca otrzymał tzw. 1/12 przed spłatą (odrobieniem) tych należności, dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ musi ustalić ile środków świadczeniodawca ma zwrócić do OW NFZ. Ich wysokość powinna być wyliczona na ostatni dzień obowiązywania umowy z Funduszem.
Źródło: Centrala NFZ