


znak: DSS.0211.2.6.2015
W.11677.AMI

Warszawa, dnia 15.04. 2015 r.

P. D. BIAŁYdu 

du P. G. BACZEWSKI

Pani

Henryka Bochniarz

Prezydent Konfederacji Lewiatan

KONFEDERACJA LEWIATAN

16. 04. 2015

W PŁYNEŁO

dz. 11.100

W odpowiedzi na pismo znak: KL/166/48/DB/2015 w sprawie możliwości dogodnego rozliczania świadczeniobiorców, którzy zostali wskazani jako osoby nieubezpieczone w eWUŚ, informuję, że możliwość uzyskania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zgodnie z art. 50 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”, uzależnione jest od potwierdzenia prawa do świadczeń na podstawie decyzji decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy lub dokumentu elektronicznego, o którym mowa w art. 3 pkt 2 ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. Nr 64, poz. 565, z późn. zm.), sporządzonego, na podstawie numeru PESEL, przez Fundusz dla świadczeniodawcy i przesłanego za pomocą środków komunikacji elektronicznej w rozumieniu art. 2 pkt 5 ustawy z dnia 18 lipca 2002 r. o świadczeniu usług drogą elektroniczną (Dz. U. Nr 144, poz. 1204, z późn. zm.), z zapewnieniem integralności i poufności zawartych w nim danych oraz uwierzytelnieniem stron uprawnionych do przetwarzania tych danych. W przypadku, gdy brak jest takiego potwierdzenia świadczeniobiorca po potwierdzeniu swojej tożsamości poprzez okazanie dowodu osobistego,

paszportu, prawa jazdy albo legitymacji szkolnej, może przedstawić inny dokument potwierdzający prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, a jeżeli takiego dokumentu nie posiada, złożyć pisemne oświadczenie o przysługującym mu prawie do świadczeń opieki zdrowotnej. Brak spełnienia powyższych przesłanek uniemożliwia rozliczanie kosztów świadczeń przez NFZ, wobec powyższego korzystne jest dla świadczeniodawców uzyskiwanie powyższych dokumentów.

Obowiązujące zasady rozliczeń na podstawie stawki kapitacyjnej w POZ, w tym stosowania w rozliczeniach wyników weryfikacji uprawnień do świadczeń osób figurujących na listach, w oparciu o bazy Centralnego Wykazu Ubezpieczonych (CWIU), są zasadami umownymi. Podczas procesu weryfikacji tych list, wykonywanej – co wymaga podkreślenia – wyłącznie dla celów rozliczeń, wykorzystywane są informacje o statusach uprawnień do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, według stanu w dniu pierwszym miesiąca, którego dotyczy rozliczenie, tj. aktualnego dla daty listy. Negatywny wynik powyżej weryfikacji, nie wpływa ani na stwierdzenie braku ważności deklaracji wyboru stanowiącej podstawę wpisania świadczeniobiorcy na listę, ani też nie może stanowić podstawy do uznania bądź nie, posiadania przez pacjenta uprawnień do świadczeń w ciągu określonego przedziału czasowego.

Zaznaczam jednocześnie, że do przedmiotowej zmiany zasad rozliczeń na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej, świadczeniodawcy przygotowywani byli w latach 2013-2014, zasady rozliczeń określono w drodze konsultacji z reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców, zaś skutek finansowy wprowadzonej zmiany został uwzględniony we wzroście rocznych stawek kapitacyjnych.

W odniesieniu do wskazanego w piśmie art. 50a ustawy o świadczeniach informuję, że dopuszcza on prawidłowe rozliczenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ dla danej osoby jedynie w przypadku, gdy świadczenie już zostało opłacone przez NFZ świadczeniodawcy, a w wyniku późniejszego sprawdzenia w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych okaże się, że dla danego czasu zmienił się płatnik kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z zapytaniem odnośnie narzędzi do dokonywania weryfikacji dokumentów otrzymywanych od pacjentów, informuję, że świadczeniodawcy nie mają zgodnie z ustawą o świadczeniach, prawa do weryfikacji dokumentów otrzymanych od pacjentów poświadczających ich ubezpieczenie zdrowotne. Jednakże ustawa ta w art. 240 ust. 1 stanowi, że dokumenty takie powinny potwierdzać uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej.

W odpowiedzi na pytanie odnośnie wyeliminowania istniejących wątpliwości w zakresie weryfikacji pacjentów w systemie eWUŚ informuję, że w przypadku

negatywnego potwierdzenia statusu uprawnień w tym systemie, możliwością zmiany statusu pacjenta jest złożenie przez niego wymaganego ustawą o świadczeniach dokumentu albo oświadczenia w stosownej formie i treści. Pamiętać jednak należy, że świadczeniodawca nie jest upoważniony do żądania od pacjentów składania oświadczenia w innym przypadku aniżeli w chwili ubiegania się przez niego o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej.

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte ze świadczeniodawcami POZ szczegółowo określają zasady ich rozliczeń i jako takie obowiązują obie strony umowy. Umowy te nie nakładają na świadczeniodawców obowiązku weryfikacji uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej osób wykazywanych do rozliczeń na listach świadczeniobiorców – mają jedynie możliwość przekazania informacji o dokumentach potwierdzających uprawnienia lub złożonych oświadczeniach o ile są w ich posiadaniu.

PREZES
Narodowego Funduszu Zdrowia

Tadeusz Jędrzejczyk