

# Lekarzu, rozwiej

W jednym z oddziałów wojewódzkich NFZ (nie w Poznaniu) lekarze otrzymali pismo, z którego wynika, że w przypadku zaistnienia błędów w raporcie w SZOI należy **BEZWZGLĘDNIE** dostarczyć do NFZ KSEROKOPIE dokumentów potwierdzających zgłoszenie pacjenta do ubezpieczenia. Oznacza to, że w chwili pojawienia się w NFZ wątpliwości, czy pacjent jest ubezpieczony czy nie, na lekarzu ciąży obowiązek ich rozwiania, i to przy pomocy kopii stosownych dokumentów. Poprosiliśmy prawników Izby o opinie na ten temat. Zgodnie z naszymi przypuszczeniami, NFZ nie ma prawa wysuwać podobnych żądań w stosunku do świadczeniodawców. Publikujemy tę opinię poniżej.

## Opinia prawna

W przedmiocie żądania przez Narodowy Fundusz Zdrowia złożenia kserokopii dokumentów potwierdzających zgłoszenie pacjenta do ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku konieczności ponownej weryfikacji raportów statystycznych na skutek wystąpienia w złożonych raportach pacjentów nieubezpieczonych według danych zawartych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (...)

## Analiza prawna

Przede wszystkim należy zwrócić uwagę, iż treść przedstawionego do zaopiniowania dokumentu sprawia wrażenie dokumentu o charakterze informacyjnym, z tym jednak zastrzeżeniem, iż przewiduje obligatoryjny wymóg przedkładania dokumentów potwierdzających zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego we wszystkich przypadkach, gdy w raporcie zdrowotnym w SZOI stwierdzony zostaje jeden z następujących błędów:

- nr 239 – „Tylko dane adresowe i personalne wg CWU”
- nr 225 – „pacjent nieubezpieczony” (wg „CWU status nieubezpieczony”)
- nr 123 – „brak nr PESEL pacjenta w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych”.

Przedstawiony do zaopiniowania dokument nie wskazuje podstawy prawnej żądania przedstawienia kserokopii dokumentów potwierdzających zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego. Komunikat wskazuje natomiast, iż opisane w nim rozwiązanie związane jest z tworzeniem ogólnopolskiego projektu Rejestru Usług Medycznych RUM II oraz koniecznością przygotowania

w oddziałach wojewódzkich aktualizacji bazy danych ubezpieczonych. Działania z tworzeniem rejestru usług medycznych RUM II oraz aktualizacja bazy danych ubezpieczonych nie są objęte zakresem wiążących świadczeniodawców z NFZ umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (...)

Należy stwierdzić, że żądanie NFZ przedstawiania przez świadczeniodawców kserokopii dokumentów ubezpieczenia zdrowotnego świadczeniobiorców innych, niż wskazani *explicite* w treści § 23 ust. 5 i 6 *Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, jest pozbawione podstawy prawnej. Reasumując, należy stwierdzić, iż NFZ jako jedna ze stron umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie może nakładać na drugą stronę tej umowy obowiązków, które nie wynikają ani z łączącego strony stosunku umownego, ani z powszechnie obowiązujących przepisów.

Nie ulega wątpliwości, że żądanie przedstawienia przez świadczeniodawcę kserokopii dokumentu potwierdzającego zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego, a także kserokopii dowodu tożsamości stanowi dla świadczeniodawcy dodatkowe obciążenie finansowe i organizacyjne, gdyż kierując się zasadą przeczności, powinien wprowadzić praktykę sporządzania kserokopii tych dokumentów w przypadku każdego pacjenta. Powody, dla których dany pacjent nie figuruje w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych NFZ, mogą być różne, a zatem nie wydaje się koniecznym przedstawianie kserokopii dokumentów potwierdzających zgłoszenie do ubezpieczenia w każdym przypadku wystąpienia w raporcie zwrotnym w SZOI błędów wskazanych powyżej.

# wątpliwości NFZ

## Stanowisko NFZ odrzucone przez prawników Izby

DOTYCZY PONOWNEJ WERYFIKACJI  
RAPORTÓW STATYSTYCZNYCH  
W PRZYPADKU WYSTĄPIENIA PACJENTÓW  
NIEUBEZPIECZONYCH WEDŁUG CWU  
(w oparciu o stosowne dokumenty potwierdzające ubezpieczenie)

Dział Monitorowania, Analiz i Planowania Świadczeń uprzejmie informuje, że w przypadku wystąpienia w Państwa raporcie zwrotnym w SZOI następujących błędów:

- nr 239 – „Tylko dane adresowe i personalne wg CWU”
- nr 225 – „pacjent nieubezpieczony” (wg „CWU status nieubezpieczony”)
- nr 123 – „brak nr PESEL pacjenta w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych”\*

w celu dokonania korekty raportu po stronie Oddziału Funduszu należy bezwzględnie dostarczyć kserokopie dokumentów potwierdzających zgłoszenie do ubezpieczenia wraz z pismem przewodnim zawierającym informacje o osobach podlegających ponownej weryfikacji (PESELE osób) wraz z podaniem numeru raportu statystycznego, okresu jakiego dotyczył oraz numeru umowy. Kserokopie stosownych dokumentów (potwierdzonych za zgodność z oryginałem) należy przekazać niezwłocznie do Oddziału Funduszu (za pośrednictwem poczty) lub przekazać bezpośrednio do Wydziału Spraw Świadczeniobiorców Sekcji Ewidencji (I piętro – pokój nr 113), na podstawie których dokonane zostaną stosowne korekty w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych NFZ oraz w Państwa raportach zwrotnych. Powyższa procedura związana jest z zaleceniami Centrali NFZ związanymi z tworzeniem ogólnopolskiego projektu Rejestru Usług Medycznych RUM II oraz koniecznością przygotowania w oddziałach wojewódzkich aktualizacji bazy danych ubezpieczonych. Przypominamy, że dowodem ubezpieczenia jest każdy dokument potwierdzający uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności dokument potwierdzający opłacanie składek na ubezpieczenia zdrowotne (zgodnie z art. 240 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), m.in.:

### Dla osoby zatrudnionej na podstawie umowy o pracę:

- druk ZUS RMUA wydawany przez pracodawcę,
- aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
- legitymacja ubezpieczeniowa wraz z aktualnym wpisem i pieczętką.

### Dla osoby prowadzącej działalność gospodarczą:

- aktualny dowód wpłaty składki na ubezpieczenie zdrowotne.

### Dla osoby ubezpieczonej w KRUS:

- Zaświadczenie z KRUS lub legitymacja KRUS wraz z dowodem wpłaty ostatniej składki na ubezpieczenie społeczne.

### Dla emerytów i rencistów:

- legitymacja emeryta lub rencisty lub aktualny odcinek emerytury lub renty.

### Dla osoby bezrobotnej:

- aktualne zaświadczenie z Urzędu Pracy,
- legitymacja ubezpieczeniowa wraz z aktualnym wpisem i pieczętką.

### Dla osoby ubezpieczonej dobrowolnie

- umowa zawarta z NFZ wraz z aktualnym dowodem opłaty składki.

### Dla członka rodziny osoby ubezpieczonej

- dowód opłacenia składki zdrowotnej przez osobę, która zgłosiła członków rodziny do ubezpieczenia zdrowotnego wraz z dowodem zgłoszenia członka rodziny do ubezpieczenia (druk ZUS ZCZA / ZUS ZCNA) z aktualną pieczętką pracodawcy,
- legitymacja rodzinna z wpisanymi członkami rodziny wraz z aktualną datą i pieczętką płatnika lub ZUS
- aktualne zaświadczenie z zakładu pracy,
- legitymacja emeryta lub rencisty z wpisanymi członkami rodziny wraz z aktualnym odcinkiem emerytury lub renty.

### UWAGA!

Należy również pamiętać, że w przypadku członków rodziny – dzieci, które ukończyły 18. rok życia, dodatkowo należy przedstawić dokument potwierdzający fakt kontynuowania nauki (do 26. roku życia) lub dokument potwierdzający znaczny stopień niepełnosprawności.

\* w tym przypadku wymagana jest dodatkowo kserokopia dokumentu potwierdzającego tożsamość (dowód osobisty)