

ANALIZA:

ZARZĄDZENIA Nr 86/2014/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 17 grudnia 2014 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, tj. **ZARZĄDZENIE Nr 69/2013/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 27 listopada 2013 r.** w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

WNIOSKI:

1. W zmianie zarządzenia jako zasadę przyjęto, iż „*w przypadku deklaracji wyboru złożonych przez osoby, dla których dane usługi Elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców udostępnianej przez Fundusz w dacie weryfikacji nie potwierdzą posiadania uprawnień do świadczeń, deklaracje te nie zostaną uwzględnione w realizowanym rozliczeniu świadczeń*” czyli zasadą jest brak zapłaty za deklaracje złożone przez osoby weryfikowane przez system EWUŚ jako nieubezpieczone.
2. Jako wyjątek od zasady przedstawionej powyżej przyjęto, iż w przypadku deklaracji złożonych przez osoby weryfikowane przez system EWUŚ jako nieubezpieczone istnieje możliwość zapłaty przez trzy okresy sprawozdawcze od daty złożenia deklaracji, pod warunkiem, iż osoba weryfikowana jako nieubezpieczona przy składaniu deklaracji wyboru lekarza POZ:
 - a) przedstawiła kartę ubezpieczenia, lub
 - b) przedstawiła inny dokument potwierdzający ubezpieczenie,
 - c) złożyła oświadczenia o tym, że podlega ubezpieczeniu.
3. Możliwość zapłaty przez trzy okresy sprawozdawcze liczy się od daty złożenia deklaracji, co oznacza, że nie będzie ona dotyczyła deklaracji złożonych trzy miesiące wstecz licząc od daty wejścia w życie zmiany zarządzenia. Dla przykładu jeżeli zarządzenie wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2015 r. będzie stanowiło podstawę do odmowy zapłaty za pacjentów nieubezpieczonych, dla których pierwszym okresem sprawozdawczym w POZ był październik 2014 r.

UZASADNIENIE.

Zgodnie z treścią **ZARZĄDZENIA Nr 86/2014/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 17 grudnia 2014 r. w § 9** dodano ust. 2a o treści „W przypadku, gdy podstawą wpisania na listę świadczeniobiorców jest deklaracja wyboru złożona przez osobę, dla której w dacie złożenia deklaracji, dane usługi Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców udostępnianej przez Fundusz nie potwierdzają uprawnień, a która swoje uprawnienia do świadczeń potwierdziła na podstawie dokumentu ubezpieczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy albo wyłącznie przez złożenie oświadczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 6-9 ustawy, wpis taki ważny jest przez trzy okresy sprawozdawcze od daty złożenia deklaracji.”

Zgodnie z powołanym wyżej **art. 50 ust. 1** ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych „Świadczeniobiorca ubiegający się o udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej jest obowiązany przedstawić: 1) **kartę ubezpieczenia zdrowotnego** - w przypadku ubezpieczonego oraz osób, do których stosuje się art. 67 ust. 4-7; [...]”

Zgodnie z powołanym wyżej **art. 50 od ust. 6 do ust. 9** ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

„6. przypadku niepotwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w sposób określony w ust. 1 lub 3 świadczeniobiorca po okazaniu dokumentu, o którym mowa w ust. 2 pkt 1, 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.

7. Świadczeniobiorca składający oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: „Posiadam prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.”.

7a. W sytuacji udzielania świadczeniobiorcy stacjonarnych albo całodobowych świadczeń opieki zdrowotnej, oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, obejmuje okres od dnia rozpoczęcia udzielania świadczenia do dnia zakończenia udzielania świadczenia, nie dłuższy jednak niż do końca miesiąca następującego po miesiącu rozpoczęcia udzielania świadczenia. W przypadku, gdy świadczenie opieki zdrowotnej trwa dłużej - świadczeniobiorca składa kolejne oświadczenie, które obejmuje okres nie dłuższy niż jeden miesiąc.

8. Oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, zawiera imię i nazwisko, adres zamieszkania, wskazanie podstawy prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, numer PESEL oraz wskazanie dokumentu, na podstawie którego świadczeniodawca potwierdził tożsamość świadczeniobiorcy, a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL - dane, o których mowa w art. 188 ust. 4 pkt 9. Świadczeniodawca albo niebędąca świadczeniodawcą osoba uprawniona w rozumieniu art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji potwierdza podpisem na oświadczeniu dane identyfikujące dokument, na podstawie którego potwierdzono tożsamość.

9. W przypadku świadczeniobiorców małoletnich oraz innych osób nieposiadających pełnej zdolności do czynności prawnych oświadczenie, o którym mowa w ust. 6, składa przedstawiciel ustawowy albo opiekun prawny lub faktyczny w rozumieniu ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2012 r. poz. 159 i 742). Przepisy ust. 7 i 8 stosuje się odpowiednio."

Zgodnie z treścią **ZARZĄDZENIA Nr 86/2014/DSOZ PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA z dnia 17 grudnia 2014 r. w § 10** dodano **ust. 5a** o treści „w przypadku deklaracji wyboru złożonych przez osoby, dla których dane usługi Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców udostępnianej przez Fundusz w dacie **weryfikacji nie potwierdzą posiadania uprawnień do świadczeń, deklaracje te nie zostaną uwzględnione w realizowanym rozliczeniu świadczeń**; w przypadku deklaracji, dla których podstawą przyjęcia był dokument ubezpieczenia, o którym mowa w art. 50 ust. 1 ustawy albo oświadczenie świadczeniobiorcy złożone zgodnie z przepisami art. 50 ust. 6 - 9 ustawy, **przeprowadzona weryfikacja uprawnień do świadczeń uwzględniata będzie zachowanie warunku, o którym mowa w § 9 ust. 2a**".