

Tomasz Holecki

Agata Bocionek

Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach,

WERYFIKACJA PRAWA PACJENTA DO ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH

Wprowadzenie

Zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej władze publiczne mają obowiązek zapewnić równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych każdemu obywatelowi, niezależnie od jego sytuacji materialnej¹. Zapis Konstytucji stał się fundamentem do stworzenia szczegółowych przepisów charakteryzujących warunki i zakres udzielania świadczeń, zgodnie z którymi w polskim systemie opieki zdrowotnej podstawową zasadą decydującą o dostępie do świadczeń finansowanych przez publicznego płatnika jest posiadanie odpowiednich uprawnień. Aktem prawnym regulującym wspomnianą zasadę jest Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych², która charakteryzuje kryteria decydujące o dostępie do świadczeń opłacanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia lub budżet państwa w zakresie środków pozostających w dyspozycji właściwego ministra.

W procesie realizacji umów, w które są zaangażowane co najmniej trzy strony transakcji: płatnik instytucjonalny, świadczeniodawca, świadczeniobiorca, a czasem również organ administracji publicznej, dochodzi do stałych napięć i nieporozumień formalno-prawnych. Opracowanie przedstawia i systematyzuje mechanizmy związane ze sposobem weryfikacji praw pacjenta do świadczeń finansowanych ze środków publicznych w kontekście funkcjonalnym.

¹ Art. 68, ust. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.

² Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.

1. Uprawnienia i obowiązki świadczeniobiorcy

Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej dzieli beneficjentów powszechnego systemu opieki zdrowotnej na osoby ubezpieczone, które zostały zgłoszone w związku z powstaniem formalnego obowiązku, np. poprzez fakt zatrudnienia na podstawie umowy o pracę lub wykonywania działalności gospodarczej oraz osoby, które nie podlegają temu obowiązkowi i zawarły z Narodowym Funduszem Zdrowia umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Korzystają z systemu również osoby, które nie zostały zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia, lecz posiadają polskie obywatelstwo i mieszkają na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a ponadto spełniają niezależnie jeden z trzech warunków: odpowiednio niski poziom dochodów określony przez przepisy o pomocy społecznej³, nie ukończyły 18 roku życia lub w przypadku kobiet, znajdują się w okresie ciąży, porodu i połogu. Dodatkowo Ustawa wskazuje inne wyjątkowe sytuacje, które obligują publicznego płatnika do zwrotu świadczeniodawcy kwoty przeznaczonej na sfinansowanie świadczeń. Dotyczą one okoliczności, gdy pacjentowi udzielono świadczeń medycznych na podstawie przepisów o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz narkomanii, o ochronie zdrowia psychicznego, czy też zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych. Ponadto do sytuacji wyjątkowych zalicza się również świadczenia medyczne udzielone pacjentom na podstawie przepisów o Państwowym Ratownictwie Medycznym, cudzoziemcom umieszczonym w strzeżonym ośrodku lub przebywającym w areszcie w celu wydalenia z kraju⁴ oraz posiadaczom Karty Polaka w stanach nagłych⁵. Płatnikiem świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych każdej z wyżej wymienionych grup jest Narodowy Fundusz Zdrowia lub budżet państwa. W przypadku udzielenia świadczeń pacjentom ubezpieczonym, koszt procedur pokrywa NFZ ze środków własnych, natomiast w przypadku świadczeń udzielonych osobom innym niż ubezpieczeni oraz w przytoczonych powyżej sytuacjach wyjątkowych, koszty świadczeń pokrywa Fundusz z dotacji budżetu państwa, w zakresie środków należących do właściwego ministra.

NFZ dokonuje zatem zwrotu kosztów działań medycznych poniesionych w konsekwencji podjęcia interwencji na rzecz pacjenta, który został sklasyfikowany do jednej z grup pacjentów wymienionych w Ustawie. W związku z tym, obowiązkiem pacjenta, którego zamiarem jest skorzystanie ze świadczeń na koszt funduszy publicznych jest udowodnienie swoich uprawnień, a obowiązkiem

³ Art. 8 i 12 Ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728 z późn. zm.

⁴ Art. 117, ust. 1 pkt 4 Ustawy z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach.

⁵ Art. 6, ust. 1, pkt 5 Ustawy z dnia 7 września 2007 o Karcie Polaka. Dz. U. z 2008 r. Nr 52, poz. 305 z późn. zm.

świadczeniodawcy jest wyegzekwowanie od pacjenta tego obowiązku. Weryfikacji uprawnień należy dokonać każdorazowo, przed wykonaniem usługi medycznej. Wyjątek stanowią sytuacje nagłe, gdy pacjent ma prawo dostarczyć odpowiedni dokument, potwierdzający uprawnienia, w terminie późniejszym⁶. W przypadku niewywiązania się pacjenta z nałożonego obowiązku udowodnienia swoich uprawnień, świadczenia zostają udzielone na jego koszt. Mimo to, przepisy nakładają na świadczeniodawcę obowiązek zwrotu pacjentowi poniesionych kosztów, jeśli ten dostarczy odpowiedni dokument w późniejszym, nieokreślonym terminie.

2. Uprawnienia i obowiązki świadczeniodawcy

Warunkiem zawarcia umowy z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest zobowiązanie do przestrzegania przepisów Ustawy, jak również przepisów wykonawczych, ustanowionych rozporządzeniem Ministra Zdrowia oraz zarządzeniem Prezesa NFZ. Po akceptacji założeń powyższych przepisów oraz podpisaniu umowy Fundusz ma obowiązek refinansować koszty procedur, udzielonych w danym okresie rozliczeniowym, do wysokości kwoty zobowiązania. Wysokość zobowiązania w danym okresie rozliczeniowym każdorazowo jest określona w umowie zawartej pomiędzy stronami⁷.

Obowiązkiem świadczeniodawcy jest działanie zgodne z warunkami określonymi Ustawą oraz odrębnymi przepisami, przez co należy rozumieć udzielanie świadczeń na koszt NFZ pacjentom, którzy są do nich uprawnieni. Zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów uszczegóławia typy i rodzaje świadczeń (np. leczenie szpitalne, rehabilitacja lecznicza) oraz zawiera zapis potwierdzający obowiązek świadczeniodawcy do weryfikacji prawa pacjenta do korzystania ze świadczeń. Ponadto wskazuje, że do procesu weryfikacji może służyć karta ubezpieczenia zdrowotnego lub inny dokument potwierdzający uprawnienia, „(...) w szczególności dokument potwierdzający opłacenie składek na ubezpieczenie zdrowotne”⁸. Tym samym podpisanie bilateralnej umowy z NFZ jest równoznaczne ze zgodą na stosowanie powyższego obowiązku.

⁶ Art. 50, ust. 2 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.

⁷ § 14, ust. 1 Załącznika do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dz. U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484 z późn. zm.

⁸ § 11, ust. 16 Zarządzenia Nr 72/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

3. Proces wymiany informacji

W celu rozliczenia poniesionych kosztów oraz otrzymania za nie płatności, świadczeniodawca do 10 dnia każdego miesiąca wystawia na rzecz Funduszu dokumenty rozliczeniowe, czyli rachunek i raport statystyczny dotyczące procedur wykonanych w poprzednim miesiącu. Wyjątek od dziesięciodniowego terminu stanowią świadczenia leczenia uzdrowiskowego. Dokumenty rozliczeniowe należy wówczas złożyć w terminie 5 dni po zakończeniu określonego okresu sprawozdawczego⁹. W przypadku, gdy usługi zostały udzielone na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego lub decyzji wójta, burmistrza lub prezydenta miasta, uprawniającej osobę nieubezpieczoną do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, świadczeniodawca ma obowiązek dołączyć do dokumentów rozliczeniowych odpowiednio: dokument potwierdzający prawo do świadczeń wynikających z przepisów o koordynacji (np. kopię Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, poświadczenia formularza typu E100, formularza E112 lub E123) lub kopię decyzji wydanej przez właściwy organ wykonawczy samorządu terytorialnego lub ośrodek pomocy społecznej działający z jego upoważnienia.

Dane statystyczne oraz rozliczeniowe zostają wówczas przekazane do właściwego oddziału NFZ również w formie elektronicznej, tj. poprzez eksport danych z systemu rozliczeniowego świadczeniodawcy do systemu elektronicznego Funduszu. Pośród licznych danych dotyczących udzielonego świadczenia oraz informacji na temat podmiotu ich udzielającego, do systemu NFZ są również przekazywane dane charakteryzujące osobę, której procedury dotyczą, na podstawie numeru ewidencyjnego PESEL. W przypadku osób nieposiadających własnego numeru, stosuje się PESEL jednego z rodziców, opiekuna prawnego lub inny właściwy identyfikator zawierający dane osobowe, miejsce zamieszkania oraz informację o stosownych uprawnieniach. Wykazując informacje o pacjencie, świadczeniodawca posługuje się odpowiednim kodem tytułu uprawnienia, danymi identyfikującymi, dokumentem potwierdzającym, a w przypadku przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego innym zawierającym dane charakteryzujące m.in. instytucję zagraniczną zobowiązaną do sfinansowania kosztów świadczeń na terytorium Rzeczypospolitej, czy też okres przysługiwania pacjentowi tego rodzaju uprawnień, ustalony na podstawie dokumentu, którym legitymuje się pacjent. Jeśli świadczeniodawca ustali, że pacjent posiada uprawnienia dodatkowe, np. inwalidy wojennego lub zasłużonego honorowego dawcy krwi, wówczas przekazuje do systemu elektronicznego NFZ

⁹ § 23, ust. 1-4 Załącznika do Rozporządzenia MZ z dnia 6 maja 2008 r.

kod pomocniczy (np. 47IW lub 47CIW – inwalida wojenny¹⁰) oraz nazwę dokumentu potwierdzającego dane¹¹.

Przekazywanie danych do NFZ przebiega w kilku etapach. Pierwszy polega na przygotowaniu przez usługodawcę komunikatu, czyli zestawu wszystkich wymaganych informacji związanych z udzielonym świadczeniem. Następnie komunikat ten zostaje wysłany na serwer właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Na trzecim etapie dane zostają zweryfikowane przez system Funduszu, aby było możliwe przygotowanie komunikatu zwrotnego, informującego o prawidłowości komunikatu lub zidentyfikowanych błędach i brakach oraz wysłanie przez NFZ komunikatu zwrotnego¹².

Kody uprawnień pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej oraz dane identyfikujące dokument potwierdzający te uprawnienia zostały scharakteryzowane w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców. Jeśli świadczenie zostało udzielone pacjentowi ubezpieczonemu w NFZ, załącznik wskazuje, że dokumentem potwierdzającym to uprawnienie powinna być karta ubezpieczenia zdrowotnego (kod „K”) lub inny odpowiedni dokument (kod „NK), natomiast kodem uprawnienia jest kod „U”. Jeśli natomiast świadczeniodawca podjął działania medyczne względem osoby nieubezpieczonej, lecz uprawnionej do tych świadczeń na podstawie decyzji administracyjnej wydanej w urzędzie miasta/gminy, będącej zobowiązaniem do pokrycia kosztów świadczeń medycznych z budżetu państwa, udzielonych pacjentowi w okresie wskazanym w decyzji, wówczas kodem uprawnienia będzie „N”, a kodem dokumentu (decyzji) – „A”.

Przesyłanie danych rozliczeniowych oraz statystycznych dotyczących zrealizowanych usług pomiędzy placówką ochrony zdrowia a Funduszem odbywa się za pośrednictwem systemu informatycznego NFZ, zwanego Portalem Świadczeniodawcy. Na Portalu świadczeniodawca uzyskuje również informację zwrotną o prawidłowości lub błędach dotyczących przesłanego pakietu danych. Ponadto system obsługi Portalu umożliwia stronom wgląd do wszelkich danych dotyczących realizowanej umowy, jak np. danych personelu, listy przesyłanych komunikatów czy też przelewów pomiędzy usługodawcą a NFZ. W zakresie

¹⁰ Załącznik nr 3 tabela nr 9 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Dz. U. z 2008 r. Nr 123, poz. 801 z późn. zm.

¹¹ § 4 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Dz. U. z 2008 r. Nr 123, poz. 801 z późn. zm.

¹² § 10, ust. 4 Rozporządzenia MZ z dnia 28 czerwca 2008 r.

weryfikacji poprawności danych, największe znaczenie ma opcja: „Kompleksowy przegląd wyników weryfikacji świadczeń”. Po dokonaniu przez NFZ sprawdzenia informacji przesłanych przez świadczeniodawcę, wyniki tej weryfikacji oraz ich merytoryczna ocena są dostępne użytkownikowi w tym właśnie miejscu¹³.

4. Walidacja i weryfikacja danych sprawozdawczych

Weryfikacja świadczeń opieki zdrowotnej to część projektu realizowanego przez Narodowy Fundusz Zdrowia od 2008 r., którego celem jest jednakowa interpretacja danych sprawozdawanych przez wszystkich świadczeniodawców, niezależnie od przynależności do oddziału wojewódzkiego NFZ. Zadaniem projektu jest całościowa i zgodna z obowiązującymi przepisami prawa kontrola danych o udzielonych procedurach opieki zdrowotnej¹⁴. Projekt ma niezwykle istotne znaczenie dla prawidłowości rozliczeń pomiędzy świadczeniodawcą i NFZ, a dzięki walidacji i weryfikacji danych płatności mogą być dokonywane przy ograniczonym prawdopodobieństwie błędu. Szczelny system weryfikacji powinien umożliwić powstrzymanie płatności za świadczenia z różnych względów nieprawidłowe. W przypadku błędnego sprawozdania, po weryfikacji tych danych przez system NFZ, w Portalu Świadczeniodawcy pojawia się informacja o ewentualnych niedoskonałościach wraz z krótką informacją charakteryzującą problem. Dzięki temu sprzedawca usługi jest zdolny ustalić przyczynę błędu oraz odpowiednio skorygować nieprawidłowo przekazane informacje. W ten sam sposób przebiega sprawdzanie pod kątem prawidłowości związanych z uprawnieniami pacjenta do świadczeń. W przypadku zadeklarowania kodu uprawnienia „U”, sugerującego, że świadczenie zostało udzielone pacjentowi ubezpieczonemu na podstawie dokumentu potwierdzającego to ubezpieczenie, system NFZ dokona porównania wskazanego uprawnienia z bazą danych o osobach ubezpieczonych w NFZ, tj. Centralnym Wykazem Ubezpieczonych. Jeśli według danych zawartych w CWU pacjent w okresie udzielenia świadczeń posiada inny status uprawnień, wówczas świadczeniodawca na Portalu w zakładce „Kompleksowy przegląd wyników weryfikacji świadczeń” otrzyma informację ostrzegającą o uprawnieniu niezgodnym z CWU. Stanowi to wskazówkę informującą o konieczności sprawdzenia w dokumentacji medycznej czy przedstawiony przez pacjenta dokument faktycznie potwierdzał jego ubezpieczenie.

W przypadku świadczeniodawców realizujących umowy na terytorium województwa śląskiego, łatwość weryfikacji uprawnień pacjenta jest zdecydowanie

¹³ Portal Świadczeniodawcy, Global Services sp. z o.o., 2011.

¹⁴ Sprawozdanie z działalności NFZ za 2009 r.

większa niż w przypadku innych województw. Podmiotom rynku ochrony zdrowia działającym w obrębie województwa śląskiego weryfikację uprawnień ułatwia elektroniczna karta ubezpieczenia zdrowotnego, która dotąd nie została wprowadzona przez żaden inny oddział NFZ. Autoryzacja świadczenia medycznego za pomocą karty, czyli każdorazowe sprawdzenie w czytniku, którym dysponuje świadczeniodawca oraz realizacja świadczeń na kuponach generowanych na podstawie działającej karty, daje świadczeniodawcy natychmiastową informację co do właściwej oceny uprawnień pacjenta. Naturalnie system odpowiadający za odczyt danych z karty powinien być regularnie aktualizowany. Służą temu tzw. Listy Kart Zablokowanych, które są przekazywane przez NFZ na Portal Świadczeniodawcy kilka razy w ciągu tygodnia i zawierają dane kart, które zostały zablokowane przez NFZ. Po pobraniu pliku z LKZ oraz zaimportowaniu go do własnego oprogramowania, system zareaguje komunikatem ostrzegawczym w przypadku wprowadzenia do czytnika karty zablokowanej. Blokada karty jest znakiem, że pacjent prawdopodobnie nie jest ubezpieczony i należy od niego wyegzekwować inny dokument potwierdzający prawo do uzyskania opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

Weryfikacja danych przez system NFZ oznacza poddanie każdego świadczenia licznym, szczegółowym sprawdzeniom ustalonymi regułami. Dla przykładu, weryfikacja świadczenia stomatologicznego regułą o kodzie „51690003 – sprawdzenie wykonania świadczenia na usuniętym zębie” spowoduje wystąpienie w Portalu wyniku „brak błędu” lub wyniku „błąd 51690003 – świadczenie stomatologiczne wykonane na usuniętym wcześniej zębie”, a zweryfikowanie świadczenia regułą „51712007 – sprawdzenie czy wydanie leku do domu jest dopuszczalne” wygeneruje komunikat „brak błędu” lub „błąd 51712007 – wystąpiło niedozwolone wydanie leku do domu”. W zakresie weryfikacji uprawnień pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ świadczenia są weryfikowane m.in. kodem 50314012 „sprawdzenie możliwości rozliczenia świadczenia z tytułem uprawnień – U względem statusu pacjenta w CWU”, które spowoduje wystąpienie komunikatu o braku błędu lub błędzie „tytuł uprawnień „U” niezgodny ze statusem w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych”.

Podsumowanie

W celu weryfikacji prawa pacjenta do świadczeń medycznych ze środków publicznych, informacje przekazywane przez świadczeniodawców drogą elektroniczną do systemu NFZ są sprawdzane algorytmem składającym się z blisko tysiąca wariantów, a kolejne są systematycznie wdrażane w celu umożliwienia przetworzenia danych dotąd nieweryfikowanych lub wymagających dalszego doprecyzowania.

W świetle aktualnych przepisów prawa i dostępnych narzędzi, weryfikacja uprawnień pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej przebiega w dwóch etapach. Pierwszym i najważniejszym etapem jest sprawdzenie uprawnień pacjenta tuż przed udzieleniem mu świadczeń medycznych na koszt płatnika. Świadczeniodawca powinien wówczas wyegzekwować okazanie odpowiedniego dokumentu, będącego dowodem na posiadanie uprawnień wraz z ich rodzajem. Drugi etap odbywa się dopiero po zrealizowaniu świadczenia i wysłaniu danych do systemu NFZ. Dochodzi wówczas do weryfikacji właściwymi regułami sprawdzającymi zgodność na podstawie zasad logiki, przepisów prawa oraz obowiązującej wiedzy medycznej.

Obecnie największym ograniczeniem systemu jest komunikacja pomiędzy Centralą Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, która dysponuje wszystkimi danymi ubezpieczeniowymi a Centralą Narodowego Funduszu Zdrowia, która tworzy Centralny Wykaz Ubezpieczonych na podstawie danych przekazanych z Centrali ZUS. Mimo ustawowego obowiązku przekazywania informacji o ubezpieczeniu zdrowotnym z ZUS do NFZ, dane te wciąż są przekazywane nieterminowo oraz niekompletnie. Nieszczelność ta umożliwia generowanie nadużyć finansowych, spowodowanych udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej na koszt płatnika osobom, które nie posiadają do nich uprawnień.

Literatura

- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483.
- Portal Świadczeniodawcy, Global Services sp. z o.o., 2011.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Dz. U. z 2008 r. Nr 123, poz. 801.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Dz. U. z 2008 r. Nr 81, poz. 484.
- Sprawozdanie z działalności NFZ za 2009 r.
- Ustawa z dnia 13 czerwca 2003 r. o cudzoziemcach. Dz. U. 2003 r. Nr 128 poz. 1175.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej. Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027.
- Ustawa z dnia 7 września 2007 o Karcie Polaka. Dz. U. z 2008 r. Nr 52, poz. 305.
- Zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (nr 72/2011/DSOZ).

THE VERIFICATION OF PATIENT'S RIGHTS TO MEDICAL SERVICES FINANCED FROM PUBLIC FUNDS

Summary

In the Polish health care system, the basic principle conditioning the access to public services financed from the public funds is the possession of proper entitlements. The study presents and systematizes the mechanisms related to ways of verification of patients entitlements to benefits financed from public funds in accordance with applicable laws. It describes the duties and powers of a service provider, beneficiary, and the process of information exchange with the principles of validation and verification of reporting data prepared by the National Health Fund.