



Krzysztof Nyczaj, 2016-02-03 08:46

Co dalej z eWUŚ?



Fot. Marcin Stepień / Agencja Gazeta

Minister zdrowia zapowiedział stopniowe przechodzenie od systemu ubezpieczeniowego do budżetowego. Zmiana modelu finansowania stawia pod znakiem zapytania sensowność funkcjonowania systemu eWUŚ. Minister zapowiedział wygaszenie tego systemu. Czy to dobry pomysł?

Zgodnie z przyjętymi w 2012 r. rozwiązaniami, uzyskanie przez świadczeniodawcę za pośrednictwem eWUŚ informacji potwierdzającej prawo do świadczeń zdrowotnych przyjmowanych pacjentów miało stanowić dla niego gwarancję, iż świadczenie zdrowotne nie zostanie zakwestionowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia z powodu braku tytułu uprawnienia do świadczenia, nawet jeżeli w dalszym postępowaniu mogło okazać się, iż pacjent nie był do tego uprawniony. W ten sposób miano zrealizować jeden z głównych postulatów środowiska medycznego, aby to NFZ przejął od świadczeniodawców ryzyko ponoszenia kosztów udzielonych osobie nieuprawnionej.

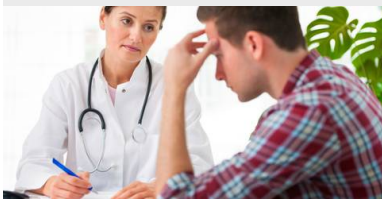
Bezpośrednim impulsem do uruchomienia systemu eWUŚ, który powstał w rekordowym tempie – jak na sektor publiczny – ok. 9 miesięcy, było stanowisko lekarzy, w tym NRL, którzy po wprowadzeniu ustawy refundacyjnej, stwierdzili, że nie będą wystawiać recept refundowanych, nie mając możliwości sprawdzenia, czy pacjent ma tytuł do świadczenia finansowanego ze środków publicznych. Chodziło o to, że lekarzowi, który wystawiłby receptę osobie niemającej uprawnień groziła kara finansowa.

Krytycy rozwiązania już w 2012 r. podkreślali ryzyko niewspółmierności kosztów i korzyści związanych z uruchomieniem systemu. Podkreślali przy tym, że – zgodnie z aktualnie obowiązującymi regulacjami – prawo do świadczeń opieki zdrowotnej nie wynika wyłącznie z objęcia powszechnym ubezpieczeniem

zdrowotnym. Prawo do świadczeń mają wszystkie dzieci posiadające obywatelstwo polskie do ukończenia 18 roku życia, niezależnie czy obowiązek ich zgłoszenia do ubezpieczenia został zrealizowany przez rodziców, czy też nie; kobiety w okresie ciąży, porodu lub połogu; osoby osiągające niskie przychody, którym przysługują świadczenia z pomocy społecznej (na podstawie decyzji wydawanej w związku z koniecznością skorzystania ze świadczeń). Istnieje również grupa osób nieubezpieczonych, mających prawo do uzyskania bezpłatnych świadczeń zdrowotnych istotnych ze względu na charakter choroby (np. osób cierpiących na choroby psychiczne albo zakaźne czy też uzależnionych od alkoholu lub narkotyków).

Ponadto w sytuacji zagrożenia życia nie wolno odmówić udzielenia świadczenia nawet osobom nieuprawnionym. Zdaniem krytyków lepiej byłoby więc objąć wszystkich darmowym leczeniem niż wprowadzać drogi system, który w konsekwencji prowadzi do wykrycia nielicznych przypadków osób nieuprawnionych do świadczeń. Czyli że mniej kosztowne będzie opłacenie świadczeń zdrowotnych osobom nieubezpieczonym niż budowa elektronicznego systemu. Ostatecznie okazało się, że koszt budowy i utrzymania systemu eWUŚ nie był wysoki. Do 2015 r. na jego budowę i kolejne modyfikacje wydano stosunkowo niewiele, bo ok. 13 mln zł. Bieżąca obsługa eWUŚ związana z utrzymaniem w ciągłej gotowości systemu (24 h na dobę, 7 dni w tygodniu, 365 dni w roku) wymagała również zwiększenia o 6 etatów zatrudnienia w centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

WARTO PRZECZYTAĆ



[Kolejna fala „czerwonych” pacjentów w e-WUŚ](#)

To oczywiście nie wszystkie koszty. Każdy przypadek wykrycia przez eWUŚ braku ubezpieczenia pracownicy NFZ muszą zweryfikować w ZUS. Bardzo często okazuje się, że osoby oznaczone jako nieubezpieczone mają prawo do świadczeń. Ze studentami sprawa jest jeszcze bardziej skomplikowana. Podjęcie pracy przez studenta choćby na podstawie umowy-zlecenia, zgodnie z obowiązującym prawem powoduje wygaśnięcie tego tytułu.

Bezpośrednie korzyści finansowe z wdrożenia eWUŚ okazały się niewielkie. Według danych z systemu eWUŚ może wynikać, że około 10 proc. Polaków nie ma ubezpieczenia zdrowotnego. Głębsza analiza danych pokazuje jednak, że są to przede wszystkim osoby, które pracują na podstawie umów cywilnoprawnych lub niezgłoszeni do ubezpieczenia członkowie rodzin osób ubezpieczonych. Rzeczywisty problem braku ubezpieczenia dotyczy około 2 mln osób, czyli około 5 proc. Polaków.

Do końca 2015 r. Narodowemu Funduszowi Zdrowia od chorych, którzy bez ubezpieczenia skorzystali ze świadczeń zdrowotnych udało się odzyskać około 500 tys. zł, co stanowi – w zależności od oddziału wojewódzkiego – od kilku do kilkunastu procent długów. Największy problem dotyczy pacjentów, którzy poszli bez uprawnień do lekarza pierwszego kontaktu, tj. zostali przyjęci na podstawie nieprawdziwego oświadczenia o ubezpieczeniu zdrowotnym. Oni kosztują NFZ najwięcej, jednak z uwagi na stosunkowo niewielki koszt jednostkowy porady w POZ, nikt nie egzekwuje kwot od tych pacjentów, gdyż ewentualna egzekucja kosztowałaby NFZ więcej niż kwota odzyskana. Przykładowo w woj. łódzkim, w 2014 r. w sposób nieuprawniony ze świadczeń skorzystało 22,4 tys. pacjentów, z czego ponad 14 tys. przypadków dotyczyło świadczeń, których wartość nie przekroczyła 100 zł.

Twórcy eWUŚ podkreślają jednak, że zestawiając koszty wdrożenia systemu eWUŚ oraz jego utrzymania z

uzyskanymi korzyściami, należy uwzględniać nie tylko oszczędności finansowe zarówno po stronie świadczeniodawców, z których zdjęto ryzyko ponoszenia kosztów świadczeń udzielanych osobom nieuprawnionym, jak i pracodawców w zakresie kosztów związanych z comiesięcznym drukowaniem RMUA. Znacznie ważniejsze są korzyści społeczne związane zarówno z uproszczeniem sposobu potwierdzania prawa, jak i uzyskaniem gwarancji, iż nikomu nie zostanie odmówione udzielenie świadczenia z powodu trudności w potwierdzeniu prawa do świadczeń.

Zdaniem Adama Kozierkiewicza – eksperta od ochrony zdrowia – trudność w skutecznym odzyskiwaniu pieniędzy od nieubezpieczonych pacjentów nie powinna być argumentem, aby system potępiać. Jego zdaniem bardziej istotna od egzekucji kosztów już poniesionych przez Fundusz na leczenie osób nieuprawnionych, jest presja na posiadanie ubezpieczenia.

– Bez obowiązku wykazania się ubezpieczeniem automatycznie spadłaby ściągalność składki, a wiele osób po prostu przestałoby płacić ubezpieczenie. Dlatego bardziej się teraz opłaca nie ścigać wszystkich i stworzyć rezerwę finansową na takie przypadki, niż dać zielone światło nieubezpieczonym – podkreśla Adam Kozierkiewicz.

Innym skutkiem odejścia od weryfikacji uprawnień do świadczeń będzie spadek osób rejestrujących się w urzędach pracy jako bezrobotni. Obecnie część bezrobotnych staje się klientami takich instytucji tylko po to, żeby uzyskać tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego.

Problemy widzi również Marek Ujejski – były dyrektor w centrali NFZ odpowiedzialny za informatyzację. Objęcie wszystkich obywateli polskich prawem do świadczeń zdrowotnych bez względu na to, czy ktoś będzie płacił składkę lub podatek zdrowotny, czy też nie, czyli wprowadzenie tzw. ubezpieczenia obywatelskiego może prowadzić do sytuacji, że osoby faktycznie pracujące za granicą otrzymają polski EKUZ i konieczne będzie honorowanie kosztów udzielonych im świadczeń w krajach UE, a mogą to być duże kwoty. – Idea wprowadzenia tytułu ubezpieczenia obywatelskiego nie jest zresztą nowa – podkreśla Marek Ujejski. Myślał już nad tym wiceminister zdrowia Jakub Szulc. Jednak ostatecznie odrzucono ten pomysł. Jestem przekonany, że obecny minister zdrowia po zapoznaniu się ze wszystkimi konsekwencjami tego pomysłu rychło się z niego wycofa – dodaje.

WARTO PRZECZYTAĆ



[Minister zdrowia zapowiada: docelowo eWUŚ zniknie](#)

Ważnym skutkiem uruchomienia eWUŚ była poprawa jakości danych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (CWU) oraz rejestrach ZUS i PESEL. Zgodnie z rozwiązaniami przyjętymi w ustawie o świadczeniach, CWU jest bazą "wtórną", zasilaną danymi przekazanymi przez ministra spraw wewnętrznych (baza PESEL), ZUS i KRUS (dane znajdujące się w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego). Wiele nieprawidłowości wynika nie z błędnego działania eWUŚ, ale jest konsekwencją błędów znajdujących się w bazie PESEL. Okazuje się np., że do Narodowego Funduszu Zdrowia nie są przekazywane przez MSW pełne dane dotyczące nowo nadanych numerów PESEL, anulowania numerów PESEL, zmiany danych personalnych (głównie dotyczy to zmiany nazwiska). Sytuacje te odnoszą się m.in. do tak wrażliwych przypadków, jak adopcja.

Eksperti zwracają uwagę, że eWUŚ nawet po zmianie sposobu finansowania ochrony zdrowia może być

nadal użyteczny. Adam Kozierekiewicz zwraca uwagę, że niezależnie od sprawdzania statusu ubezpieczenia zawsze istnieje konieczność identyfikacji pacjenta i zapisania jego podstawowych danych w dokumentacji medycznej. eWUŚ jest doskonałym systemem oferującym oficjalne i najbardziej aktualne dane i – po niewielkich modyfikacjach – można byłoby wykorzystać go do automatycznego zasilania danymi pacjenta lokalnych zbiorów danych, tj. rejestrów świadczeń prowadzonych przez podmioty lecznicze. W ten sposób można byłoby wyeliminować ręczne wprowadzanie danych podczas rejestracji pacjenta.

Przyczyniłoby się to do znacznego skrócenia czasu takiej rejestracji w przychodniach i szpitalach oraz ograniczenia możliwości popełniania pomyłek np. w trakcie przepisywania numeru PESEL z dokumentów papierowych. Skutki pomyłek są zaś wielorakie, od rozliczeniowych, przez identyfikacyjne dla celów np. wydania dokumentacji, do prawnych (udostępnianie dokumentacji w celach procesowych). Adam Kozierekiewicz podkreśla, że planowane i rozwijane systemy elektroniczne wymagają pewnej identyfikacji i uwierzytelniania. eWUŚ może być dobrą podstawą do ich rozwijania. Jeśli zostanie zlikwidowany, to z powodu rozwoju systemów elektronicznej wymiany danych będzie musiał być i tak odtworzony.

Marek Ujejski zwraca uwagę, że to nie system eWUŚ wymaga przebudowy, tylko prawo. Jego zdaniem na pewno bezsensowne jest przerywanie ciągu uprawnień dla studentów podejmujących dorywczą pracę, należałoby się zastanowić też, czy ma sens weryfikacja uprawnień dzieci do lat 18, które mają zagwarantowany tytuł do świadczeń. Robi się to tylko dlatego, że jeśli dziecko ma rodzica czy opiekuna prawnego, który odprowadza składki, to za świadczenie zapłaci NFZ. Natomiast jeśli rodzic nie ma tytułu do ubezpieczenia, to świadczenie dziecka pokrywa Skarb Państwa.

O to właśnie wybuchł dwa lata temu konflikt pomiędzy ministrem zdrowia Bartoszem Arłukowiczem a prezes Agnieszką Pachciarz, która żądała od ministra pokrycia kosztów tych właśnie świadczeń udzielonych dzieciom niemających tytułu ze strony rodziców. To był prawie miliard złotych. Zupełnie odrębnym tematem jest kontynuacja projektów komplementarnych do eWUŚ, tj. wydania kart ubezpieczenia zdrowotnego oraz kart specjalisty medycznego. Miał to być ostatni krok w stronę uszczelnienia systemu. – Niestety, nie dostrzegam determinacji obecnego kierownictwa MZ, aby dalej pójść w tę stronę – podkreśla Marek Ujejski.

Krzysztof Nyczaj, „Służba Zdrowia” 1/2016