

UZASADNIENIE

Projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ma na celu:

- 1) uproszczenie sposobu potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorcę,
- 2) zdjęcie ze świadczeniodawców odpowiedzialności za potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej,
- 3) poprawę jakości i wiarygodności danych gromadzonych i przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych prowadzonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia, m.in. poprzez poprawę w zakresie dokonywania zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego oraz wyrejestrowywania z tego ubezpieczenia.

Uproszczenie sposobu potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę ubiegającą się o uzyskanie świadczenia (zmiany wprowadzone do art. 50 ust. 2 – 9)

Projekt ustawy jako podstawowy sposób potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przewiduje elektroniczne potwierdzanie przez świadczeniodawcę uprawnień świadczeniobiorcy na podstawie numeru PESEL (w przypadku dzieci do 3. miesiąca życia, które mogą jeszcze nie uzyskać własnego numeru PESEL, elektroniczne potwierdzenie dokonywane jest na podstawie numeru PESEL rodzica).

Świadczeniobiorcę zwolni to z obowiązku okazywania dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie zdrowotne. Natomiast dla świadczeniodawcy potwierdzenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia (poprzez dokument elektroniczny) posiadania uprawnień przez daną osobę będzie stanowiło gwarancję, iż świadczenie udzielone „zweryfikowanej” osobie nie zostanie zakwestionowane z powodu braku tytułu uprawnienia do świadczenia, nawet jeżeli w dalszym postępowaniu okaże się, iż nie była ona uprawniona.

W celu umożliwienia bezproblemowego potwierdzania prawa do świadczeń dzieci do ukończenia 18. roku życia wprowadzono zmiany do art. 2 ust. 1 pkt 3, polegające na

zrezygnowaniu z wymogu miejsca zamieszkania na terytorium Polski. Obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma dostępu do danych o miejscu zamieszkania osób niezgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego i ten warunek nie mógłby być w sposób elektroniczny weryfikowany w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, zwanym dalej „CWU”, w przypadku tej grupy osób.

W zwrotnej informacji przesyłanej na podstawie danych zawartych w CWU będzie znajdowała się informacja dotycząca imienia i nazwiska. Jest to element uwierzytelniania procesu zapytania o uprawnienia pacjenta, które inicjowane jest przez świadczeniodawcę poprzez podanie jedynie numeru PESEL. Dopiero możliwość zwrotnego porównania przekazanego nazwiska z nazwiskiem przedstawionym przez pacjenta, pozwala na uznanie odpowiedzi za wiążącą. Tego typu podejście opiera się na normach rodziny ISO/IEC 9798, zgodność z którymi wynika pośrednio z rodziny norm 27000, które minister zdrowia wpisał do projektu rozporządzenia dotyczącego systemu RUM-NFZ na podstawie ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. Nr 113, poz. 657, z późn. zm.). System udostępniania informacji na podstawie danych zawartych w CWU będzie zapewniał zestaw funkcji monitorujących i blokujących próby nadużywania zapytań do celów innych niż związane z weryfikacją uprawnień.

W przypadku gdy elektroniczne potwierdzenie będzie niemożliwe lub nie uzyska się potwierdzenia (wynik negatywny), wówczas osoba uprawniona może przedstawić jeden z dotychczasowych dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń (dla wielu grup, w tym emerytów, jest to szybki i bezproblemowy sposób potwierdzania prawa do świadczeń), a w razie braku dokumentu – złożyć oświadczenie (za małoletnich oraz osoby nieposiadające pełnej zdolności do czynności prawnych oświadczenie składa przedstawiciel ustawowy bądź opiekun faktyczny lub prawny).

Oświadczenie zawierać będzie imię i nazwisko, numer PESEL, ze wskazaniem dokumentu, na podstawie którego świadczeniodawca potwierdził tożsamość osoby (a w przypadku osób nieposiadających numeru PESEL wyłącznie dane dotyczące dokumentu potwierdzającego tożsamość), adres zamieszkania osoby składającej oświadczenie oraz wskazanie podstawy prawa do świadczeń opieki zdrowotnej. Dodatkowo wprowadzono wymóg, aby świadczeniodawca potwierdził podpisem na oświadczeniu dane identyfikujące dokument, na podstawie którego potwierdzono

tożsamość. Jest to istotne, gdyż w ewentualnym postępowaniu egzekucyjnym oświadczenie takie będzie jednym z dowodów.

Każdy z wymienionych powyżej sposobów potwierdzenia prawa do świadczeń (elektroniczne potwierdzenie, dotychczasowy dokument czy oświadczenie) powoduje, iż świadczeniobiorca otrzyma świadczenie, a świadczeniodawca gwarancję uzyskania zapłaty za udzielone świadczenie. W przypadku gdy osoba złoży oświadczenie, a nie posiadała prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, Narodowy Fundusz Zdrowia obciąży ją kosztami udzielonego jej świadczenia. Podobnie w sytuacji posługiwania się kartą ubezpieczenia zdrowotnego albo innym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez osobę, która utraciła to prawo w okresie ważności karty albo innego dokumentu. Natomiast Fundusz nie będzie mógł dochodzić uiszczenia kosztów, w przypadku gdy potwierdził prawo osoby w postaci dokumentu elektronicznego.

W każdym przypadku osoba uprawniona zobowiązana jest do okazania dokumentu potwierdzającego tożsamość (dowód osobisty lub paszport) albo prawa jazdy. Osoby, które nie ukończyły 18. roku życia, będą mogły okazywać legitymację szkolną.

Możliwość elektronicznego potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej będą mieli nie tylko świadczeniodawcy, ale także niebędące świadczeniodawcami osoby uprawnione do wystawiania recept.

W stanach nagłych oraz w przypadku gdy świadczeniobiorca ze względu na stan zdrowia nie będzie w stanie złożyć oświadczenia, tak jak dotychczas zachowano możliwość późniejszego przedstawienia dokumentu.

Zdjęcie ze świadczeniodawcy odpowiedzialności za potwierdzanie prawa do świadczeń i przeniesienie na Fundusz ryzyka poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobie nieuprawnionej do świadczeń

Zaproponowane rozwiązania gwarantują świadczeniodawcy, który udzielił świadczenia pacjentowi, którego prawo zostało potwierdzone (elektronicznie, okazanie dokumentu czy przez złożenie oświadczenia), iż Fundusz nie odmówi rozliczenia takiego świadczenia z powodu braku uprawnień pacjenta. Dotychczas, w przypadku gdy późniejsza weryfikacja przeprowadzona przez Fundusz wykazywała brak prawa do świadczeń, świadczeniodawcy wstrzymywano płatność za udzielone świadczenia do czasu wyjaśnienia lub występowano o zwrot nienależnej zapłaty. Na świadczeniodawcy

ciężył obowiązek wyegzekwowania od nieuprawnionej osoby kosztów udzielonego mu świadczenia. Po wejściu w życie projektu Fundusz przejmie ryzyko ponoszenia kosztów świadczeń udzielonych osobie nieuprawnionej.

Tylko w jednym przypadku, tj. w sytuacji gdy świadczeniodawca nie uzyska w żaden sposób potwierdzenia prawa do świadczeń osoby, której udzielił świadczenia, pozostano przy dotychczasowej zasadzie, iż w przypadku udzielenia świadczenia osobie nieuprawnionej ryzyko odzyskania kosztów ponosi świadczeniodawca. Tych przypadków dotyczy art. 50 ust. 11, który pozwala na późniejsze udokumentowanie prawa do świadczeń (tj. nie w dniu udzielania świadczenia). Zgodnie z tym przepisem, jeżeli świadczenia udzielane w stanach nagłych oraz w sytuacji gdy świadczeniobiorca nie może ze względu na stan zdrowia złożyć oświadczenia, osoba może we wskazanych terminach przedstawić dokument potwierdzający prawo lub złożyć oświadczenie. Należy podkreślić, iż świadczeniodawca będzie zobowiązany do samodzielnego odzyskania kosztów tylko w przypadku, gdy dana osoba w dniu udzielenia świadczenia nie otrzymała potwierdzenia na podstawie danych zawartych w CWU, nie okazała dokumentu ani ze względu na stan zdrowia nie złożyła oświadczenia oraz we wskazanych terminach po udzieleniu świadczenia nie przedstawiła dokumentu lub nie złożyła oświadczenia. Jeżeli pacjent nie przedstawi we wskazanym terminie dokumentu potwierdzającego prawo to traktowany jest jako osoba nieuprawniona i musi ponieść koszty udzielonego mu świadczenia bezpośrednio u świadczeniodawcy. W przypadku okazania dokumentu status pacjenta zmienia się na „uprawnionego” – wtedy otrzymuje zwrot kosztów od świadczeniodawcy, który może uzyskać zapłatę od NFZ.

W związku z powyższym projekt przewiduje także rozwiązania umożliwiające Funduszowi efektywne i szybkie odzyskiwanie od nieuprawnionych osób kosztów udzielonych im świadczeń w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Ponadto projekt wprowadza niezbędne zmiany w zakresie zadań Prezesa i dyrektorów oddziałów wojewódzkich, wskazując ich jako organy właściwe do wydawania decyzji (dyrektorzy) i rozpatrywania odwołań (Prezes Funduszu) (art. 102 ust. 5 pkt 24a i art. 107 ust. 5 pkt 22).

Należy podkreślić, iż zautomatyzowana i znacznie szybsza i pewniejsza od „papierowej” procedura przeprowadzania elektronicznego potwierdzania prawa do

świadczeń dokonywana będzie, jak dotychczas, w momencie rejestracji pacjenta u świadczeniodawcy i nie obciążą bezpośrednio lekarza udzielającego świadczenie.

Działania polepszające wiarygodność i jakość danych przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych

Ze względu na fakt, iż bazą referencyjną dla przeprowadzenia elektronicznego potwierdzania jest CWU prowadzony przez Narodowy Fundusz Zdrowia, projekt wprowadza rozwiązania mające na celu poprawę wiarygodności, aktualności i jakości danych przetwarzanych przez CWU.

Wprowadzane zmiany mają na celu:

- 1) poprawę w zakresie zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego, w szczególności dzieci, oraz w zakresie wyrejestrowywania z ubezpieczenia zdrowotnego,
- 2) zapewnienie przekazywania niezbędnych danych służących potwierdzeniu prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, będących w posiadaniu ZUS i KRUS.

Poprawa w zakresie zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego oraz w zakresie wyrejestrowywania z ubezpieczenia zdrowotnego

Dokonanie czynności zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego jest istotne, gdyż prawo do świadczeń w przypadku ubezpieczonych powstaje dopiero z chwilą zgłoszenia do ubezpieczenia, a więc osoba niezgłoszona do ubezpieczenia nie nabywa tego prawa.

Jednym z większych zdiagnozowanych problemów w zakresie uprawnień dzieci jest fakt, iż mimo obowiązku dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia, rodzice (lub opiekunowie prawni) nie dokonują zgłoszeń. W konsekwencji w CWU dzieci te nie mają tytułu ubezpieczonego (z danych NFZ wynika, iż dotyczy to 1 300 000 dzieci), a świadczenia im udzielone finansowane są z budżetu państwa. Zgłoszenia są niezbędne, gdyż w CWU, na podstawie danych z bazy PESEL, nie istnieje możliwość „automatycznego” powiązania numerów PESEL dziecka z numerami PESEL rodziców i ustalenie, bez zgłoszenia, czy rodzic danego dziecka ma tytuł do świadczeń i czy jest zobowiązany do dokonania zgłoszenia dziecka.

Obecnie zgłoszenia dokonuje jeden z rodziców, objętych ubezpieczeniem zdrowotnym, a w przypadku wygaśnięcia jego tytułu do ubezpieczenia, prawo do świadczeń traci także dziecko, które powinno być z ubezpieczenia wyrejestrowane i ponownie

zgłoszone do ubezpieczenia przez drugiego rodzica, który posiada uprawnienia. W związku z tym wprowadzono możliwość zgłaszania dzieci przez każdego z rodziców, o ile jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym. W przypadku gdy uprawnienie straci jedno z rodziców, automatycznie, bez konieczności ponownego zgłaszania, dziecko zachowuje prawo do świadczeń z tytułu przysługującego drugiemu rodzicowi (Fundusz samodzielnie, mając informacje o rodzicach dziecka, będzie mógł połączyć uprawnienie dziecka z uprawnieniem rodzica). Analogicznie, dziecko utraci prawo do świadczeń z tytułu bycia ubezpieczonym tylko w przypadku, gdy obydwój rodzice utracą prawo do świadczeń.

Ponadto w celu przeciwdziałania częstemu zjawisku zgłaszania dzieci przez dziadków, nawet w sytuacji, gdy rodzice mają własny tytuł do świadczeń, wprowadzono zapis, zgodnie z którym dziadkowie mogą zgłosić dziecko tylko w przypadku, jeżeli rodzice nie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 66 ust. 1 ustawy lub nie są osobami uprawnionymi do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji z tytułu wykonywania pracy lub pracy na własny rachunek albo ubezpieczeniu dobrowolnemu. W przypadku ubezpieczenia rodziców w innym kraju Unii Europejskiej, koszty świadczeń udzielanych dzieciom powinien ponosić ten kraj Unii Europejskiej, a nie budżet państwa (art. 67 ust. 3a).

Zgodnie z ustawą prawo do świadczeń ustaje po upływie okresu wskazanego w ustawie liczonego od daty wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia, a nie od wyrejestrowania z ubezpieczenia. Fundusz uzyskuje informacje wyłącznie o wyrejestrowaniu (a nie o okoliczności powodującej wygaśnięcie obowiązku) i dopiero na tej podstawie może stwierdzić, czy w stosunku do danej osoby wygasł obowiązek ubezpieczenia (ewentualnie zmienił się tytuł ubezpieczenia). Stąd istotne jest, aby egzekwować te obowiązki, gdyż inaczej Fundusz będzie potwierdzał na podstawie danych zawartych w CWU fakt ubezpieczeniem posiadania prawa do świadczeń mimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia, co skutkuje obowiązkiem poniesienia kosztów przez Fundusz (które w określonych przypadkach będzie mógł odzyskać od nieuprawnionego).

W związku z powyższym projekt wprowadza art. 76a, w którym:

- 1) wprost wyrażono zasadę, iż osoba, w stosunku do której wygasł tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, podlega wyrejestrowaniu z tego ubezpieczenia wraz

z członkami rodziny, a wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego dokonuje podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia,

- 2) zobowiązano osobę podlegającą obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego, która zgłosiła do Funduszu członków rodziny, do poinformowania podmiotu właściwego do dokonania wyrejestrowania o okolicznościach, które powodują, iż członek rodziny traci ten status (np. w przypadku dzieci powyżej 18. roku życia, przerwanie dalszego kształcenia lub uzyskanie przez dziecko „własnego” tytułu do ubezpieczenia).

Podmiotem odpowiedzialnym za dokonanie wyrejestrowania jest, zgodnie z przyjętymi zasadami w ubezpieczeniach społecznych, podmiot, który dokonuje zgłoszenia. Przy określaniu zasad, trybu i terminów dokonywania wyrejestrowywania, projekt, analogicznie do zgłaszania, odsyła do uregulowań obowiązujących w zakresie ubezpieczeń społecznych.

Niedopełnienie obowiązku w zakresie zgłoszenia do ubezpieczenia lub wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z art. 193 pkt 1a i 6, jest zagrożone karą grzywny.

Kara grzywny wymierzana jest przez sąd po przeprowadzeniu postępowania w trybie przepisów kodeksu postępowania w sprawach o wykroczenia.

Zgodnie z art. 3 projektu, w stosunku do podmiotów, które w ciągu 6 miesięcy od dnia wejścia w życie ustawy dokonają zaległego wyrejestrowania, kara grzywny nie będzie miała zastosowania.

Poszerzenie zakresu danych udostępnianych Funduszowi przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

W celu zapewnienia wszystkich danych niezbędnych do potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie danych zawartych w CWU rozszerzono dotychczasowy zakres przekazywanych danych o informacje dotyczące:

- 1) osób, które pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zachowują prawo do świadczeń finansowanych przez Fundusz. Zgodnie z art. 67 ust. 6 i 7 ustawy, są to osoby w okresie pobierania zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, którego nie zalicza się do

podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne, oraz osoby ubiegające się o przyznanie emerytury lub renty (art. 87 ust. 10c i 10d),

- 2) osób korzystających z bezpłatnego urlopu. Zgodnie bowiem z art. 69 ust. 3 osoby te tracą prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego po upływie 30 dni od dnia rozpoczęcia urlopu. Dla ustalenia prawa do świadczeń w przypadku tych osób Fundusz potrzebuje informacji dotyczącej osób, którym pracodawca udzielił urlopu bezpłatnego i terminu rozpoczęcia tego urlopu oraz informacji o ponownym podjęciu pracy (w przypadku ustania zatrudnienia pracodawca jest zobowiązany do wyrejestrowania) (art. 87 ust. 10c i 10e).

Zakres danych, jakie będą przekazywane, określi rozporządzenie wydawane na podstawie art. 87 ust. 11. Ze względu na zakres regulowanych spraw właściwy do wydania rozporządzenia jest minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego, stąd zmieniono organ upoważniony do wydania rozporządzenia.

Ponadto w celu zapewnienia Prezesowi Fundusz danych niezbędnych:

- 1) przy wydawaniu decyzji o objęciu ubezpieczeniem zdrowotnym – wprowadzono przepis art. 109 ust. 3a, zgodnie z którym w przypadku gdy wnioskodawcą jest Zakład Ubezpieczeń Społecznych albo Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, do wniosku o rozpatrzenie sprawy instytucje te dołączają kopie posiadanych dokumentów, uzasadniających treść żądania,
- 2) do realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji (związanych z obowiązkiem Funduszu do wystawiania dokumentów poświadczających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu wypadku przy pracy lub choroby zawodowej dla pracowników najemnych lub osób prowadzących działalność na własny rachunek) – wprowadzono przepisy dające podstawę do otrzymywania danych (art. 87 ust. 8).

Zmiany konieczne do wprowadzenia funkcjonalnego systemu ochrony danych identyfikujących funkcjonariuszy Centralnego Biura Antykorupcyjnego

Projekt uwzględnia zmiany konieczne do wprowadzenia funkcjonalnego systemu ochrony danych identyfikujących funkcjonariuszy Centralnego Biura Antyko-

rupcyjnego (zmiany: art. 67 ust. 1a, art. 74 ust. 2, art. 77 ust. 1a, art. 87 ust. 4 pkt 1 i 1a, ust. 7 i 8, ust. 10c – 10e i ust.11, art. 89, art. 90 ust. 5 i art. 92). W szczególności:

- 1) w odniesieniu do funkcjonariuszy CBA nie stosuje się powszechnych przepisów dotyczących zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego,
- 2) zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz zgłoszenia o wyrejestrowaniu z ubezpieczenia zdrowotnego funkcjonariuszy CBA oraz członków ich rodzin, wraz z niezbędnymi danymi osobowymi, kierowane były bezpośrednio do centrali NFZ, bez pośrednictwa ZUS i KRUS,
- 3) składki na ubezpieczenie zdrowotne funkcjonariuszy CBA będą opłacane i ewidencjonowane w centrali NFZ.

Udzielanie informacji o statusie ubezpieczonego (art. 192)

Projekt wprowadza rozwiązania umożliwiające uzyskanie przez ubezpieczonego informacji o statusie, jaki posiada w danym dniu, według danych przetwarzanych w CWU. W przypadku gdy podmiot właściwy do dokonania zgłoszenia nie wywiąże się z tego obowiązku, osoba nie uzyskuje prawa do świadczeń i w CWU nie występuje jako osoba uprawniona. Obecnie bardzo często osoby te nie są świadome, iż nie zostały zgłoszone. Poprawa sytuacji w tym zakresie wymaga co najmniej umożliwienia osobie zainteresowanej sprawdzania swojego statusu m.in. w celu kontroli płatnika oraz weryfikacji poprawności informacji zgromadzonej w CWU. Oprócz informacji o posiadanym w danym dniu prawie do świadczeń oraz podstawie tego prawa, ubezpieczony uzyska informację o dacie zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, ostatniej zarejestrowanej składce należnej oraz NIP i REGON płatnika zgłaszającego do ubezpieczenia zdrowotnego.

Pozostałe zmiany:

- 1) zrezygnowano z obecnie funkcjonującej sankcji (dotychczasowy art. 50 ust. 5) polegającej na ponoszeniu kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonemu w sytuacji, gdy płatnik opóźni się w opłaceniu składki, nawet w przypadku opóźnienia za 1 miesiąc (stosowanej jako dodatkowa kara, obok konieczności opłacenia zaległej składki z odsetkami),

- 2) pozostałe zmiany mają na celu doprecyzowanie obecnie obowiązujących rozwiązań:
- a) art. 1 pkt 2 uchyla art. 49 ust. 8. Jego dotychczasowa treść została przeniesiona do art. 50 ust. 14,
 - b) art. 1 pkt 5 lit. e wprowadza zmiany do art. 67 ust. 5, różnicując okres, w jakim przysługuje prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w zależności od rodzaju ukończonej szkoły. Sześciomiesięczny okres po ukończeniu szkoły ponadgimnazjalnej ma m.in. zagwarantować, iż w przypadku podjęcia studiów, osoba ucząca się zachowa ciągłość prawa do świadczeń.

Projekt regulacji nie wymaga notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597).

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałują projektowane regulacje

Projekt ustawy wywiera wpływ na ubezpieczonych, świadczeniodawców, Narodowy Fundusz Zdrowia, Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz płatników składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Poprzez wprowadzenie możliwości elektronicznego potwierdzania uprawnień, dokonywanego przez świadczeniodawcę, świadczeniobiorcy zostaną zwolnieni z obowiązku okazywania dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie zdrowotne, co znacznie uprości proces potwierdzania prawa do świadczeń. Ponadto zmniejszy obciążenie (i koszty) pracodawców w zakresie drukowania druków RMUA oraz obciążanie innych organów, wydających obecnie poświadczenia i zaświadczenia o prawie do świadczeń.

W przypadku niemożności potwierdzenia uprawnień w drodze elektronicznego potwierdzania lub w przypadku braku dokumentów przewiduje się, iż świadczenie może zostać udzielone po złożeniu przez ubezpieczonego oświadczenia o posiadaniu prawa.

Dla świadczeniodawcy potwierdzenie przez Narodowy Fundusz Zdrowia (poprzez dokument elektroniczny) posiadania prawa do świadczeń świadczeniobiorcy będzie stanowiło gwarancję, iż świadczenie udzielone „zweryfikowanemu” pacjentowi nie zostanie zakwestionowane z powodu braku tytułu uprawnienia do świadczenia, nawet jeżeli w dalszym postępowaniu okaże się, iż pacjent nie był uprawniony.

Ze względu na fakt, iż Narodowy Fundusz Zdrowia przejmie ryzyko finansowania świadczeń osobom nieuprawnionym, wprowadzono rozwiązania ułatwiające mu odzyskiwanie, od osób nieuprawnionych, kosztów świadczeń. Ponadto, ponieważ elektroniczne potwierdzanie będzie przeprowadzane w oparciu o prowadzony przez Fundusz Centralny Wykaz Ubezpieczonych, poszerzono zakres danych otrzymywanych od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, tak aby poprawić jakość, aktualność i rzetelność danych gromadzonych w tej bazie.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego zostaną zobowiązane do przekazywania szerszego niż obecnie zakresu danych.

2. Konsultacje społeczne

Projekt został przekazany następującym podmiotom:

Naczelnej Radzie Lekarskiej, Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych, Naczelnej Radzie Aptekarskiej, Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych, Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego, Związkowi Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacji Pracodawców w Gnieźnie, Związkowi Pracodawców Ratownictwa Medycznego Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej, Wielkopolskiemu Związkowi Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacji Pracodawców, Stowarzyszeniu Dyrektorów Szpitali Klinicznych, Polskiemu Stowarzyszeniu Dyrektorów Szpitali, Stowarzyszeniu Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Izbie Lecznictwa Polskiego, Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Polskiej Konfederacji Pracodawców Prywatnych, Konfederacji Pracodawców Polskich, Związkowi Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego, Gdańskiemu Związkowi Pracodawców, Związkowi Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi, Stowarzyszeniu Organizatorów i Promotorów Opieki Długoterminowej „SOPOD” w Toruniu, Mazowieckiemu Związkowi Pracodawców SP ZOZ, Związkowi Pracodawców Ratownictwa Medycznego, Ogólnopolskiej Konfederacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Opieki Zdrowotnej, Federacji Związków Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Związkowi Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur, Unii Szpitali Klinicznych, Konferencji Rektorów Uczelni Medycznych, Forum Związków Zawodowych, Sekretariatowi Ochrony Zdrowia KK NSZZ „Solidarność”, Krajowemu Sekretariatowi Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Porozumieniu Związków Zawodowych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy,

Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Położnych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Lekarzy Radiologów, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Techników Medycznych Radioterapii, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Techników Medycznych „Medyk”, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Techników Medycznych Elektroradiologii, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Bloku Operacyjnego, Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Związkowi Zawodowemu Farmaceutów, Związkowi Zawodowemu Anestezjologów, Związkowi Zawodowemu Chirurgów Polskich, Związkowi Zawodowemu Neonatologów, Związkowi Zawodowemu Lekarzy Specjalności Chirurgicznych, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Fizjoterapii, Ogólnopolskiemu Związkowi Zawodowemu Ratowników Medycznych, Stowarzyszeniu Magistrów i Techników Farmacji, Krajowemu Związkowi Zawodowemu Pracowników Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych, Stowarzyszeniu Menedżerów Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia, Business Center Club, Związkowi Rzemiosła Polskiego, Unii Metropolii Polskich, Związkowi Gmin Wiejskich RP, Związkowi Miast Polskich, Unii Miasteczek Polskich, Związkowi Powiatów Polskich, Unii Uzdrowisk Polskich, Federacji Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwentowi Marszałków Województw, Stowarzyszeniu Primum Non Nocere, Krajowej Radzie Transplantacyjnej, Federacji Pacjentów Polskich, Instytutowi Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Narodowemu Instytutowi Zdrowia Publicznego – PZH, Ogólnopolskiej Izbie Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED, Polskiej Izbie Przemysłu Farmaceutycznego i Sprzętu Medycznego „POLFARMED”, Izbie Gospodarczej „Farmacja Polska”, Izbie Gospodarczej „Apteka Polska”, Polskiemu Związkowi Pracodawców Przemysłu Farmaceutycznego, Stowarzyszeniu Przedstawicieli Firm Farmaceutycznych w Polsce, Polskiemu Stowarzyszeniu Producentów Leków bez Recepty PASMI, Unii Farmaceutów Właścicieli Aptek, Związkowi Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych, Związkowi Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych INFARMA, Krajowej Izbie Gospodarczej, Kolegium Pielęgniarek i Położnych Rodzinnych w Polsce, Kolegium Lekarzy

Rodzinnych w Polsce, Ogólnopolskiemu Związkowi Pracodawców Rehabilitacji Dziecięcej, Związkowi Pracodawców Aptecznych PharmaNET.

Do najważniejszych zmian, wprowadzonych do projektu w wyniku uwag zgłoszonych przez podmioty społeczne, należy zaliczyć wprowadzenie zmian do art. 50 ust. 14, w którym wyraźnie zaznaczono, iż gwarancja rozliczenia świadczenia obejmuje także przypadki stanów nagłych oraz przypadki, w których pacjent nie był w stanie ze względu na stan zdrowia złożyć oświadczenia, o ile dokument lub oświadczenie zostanie doniesione we wskazanych terminach. Zmiana ta została wprowadzona, gdyż przedstawiciele świadczeniodawców wyrażali obawę, iż te przypadki nie będą objęte gwarancją zapłaty.

Projekt ustawy – stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingowej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414, z późn. zm.) – został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej. Od dnia udostępnienia projektu ustawy w Biuletynie Informacji Publicznej żaden podmiot nie zgłosił zainteresowania pracami nad projektem, stosownie do art. 7 tej ustawy.

Projekt ustawy został udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej Rządowego Centrum Legislacji zgodnie z § 11a uchwały nr 49 Rady Ministrów z dnia 19 marca 2002 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M. P. Nr 13, poz. 221, z późn. zm.).

3. Wpływ regulacji na dochody i wydatki sektora finansów publicznych, w tym na budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego

Narodowy Fundusz Zdrowia

Koszty związane ze wzrostem zatrudnienia

Łączny wzrost zatrudnienia w NFZ w związku z realizacją nowych zadań oszacowano na 103 etaty (97 etatów związanych z realizacją zadań, wynikających z art. 50 ust. 18 oraz 6 etatów związanych z utrzymaniem CWU i interfejsu elektronicznego potwierdzania uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej). Przyjęto, iż liczba etatów związanych z realizacją zadań wynikających z art. 50 ust. 18 będzie się w kolejnych latach zmniejszała, wraz z założonym spadkiem przypadków korzystania ze świadczeń przez osoby nieuprawnione.

Założono, że w ciągu roku wystąpi 150 000 przypadków skorzystania ze świadczeń przez osoby, które nie potwierdzą w żaden z dopuszczonych sposobów swojego prawa do świadczeń (tj. 5 przypadków rocznie u każdego z 30 000 świadczeniodawców). Wyliczenia oparto o liczbę przypadków, a nie liczbę osób nieuprawnionych, gdyż obecnie liczba ta jest trudna do dokładnego oszacowania. Po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej bardzo wiele osób wyemigrowało z kraju, szczególnie w latach 2005 i 2006. Z analiz prowadzonych w kraju na temat migracji wynika, że liczbę emigrantów szacuje się na ponad milion. Jednak dane te nie zostały uwzględnione w danych GUS z lat 2006 – 2011, gdyż brak informacji jaka część ludności na stałe zamieszka poza Polską. Z powyższych względów trudno ustalić np. czy osoby niewykazane w CWU nie mają uprawnień, czy po prostu wyemigrowały i mieszkają poza Polską.

Przyjęto też, że jedna osoba zatrudniona w Funduszu na pełnym etacie będzie w stanie poprowadzić średnio 1 600 spraw rocznie. Przeprowadzenie czynności związanych z realizacją zadań wynikających z art. 50 ust. 18 będzie wymagało zwiększenia zatrudnienia o 94 etaty w oddziałach wojewódzkich NFZ (tj. 150 000 spraw/1600 spraw na jeden etat = 93,75 etatu) i o 3 etaty w centrali NFZ.

Zakłada się, że w ciągu kilku lat liczba spraw będzie spadała. Spadek ten będzie związany z poprawą kompletności, rzetelności i aktualności danych gromadzonych w CWU uzyskanych dzięki: (a) wprowadzeniu Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, (b) eliminacji przypadków, kiedy ta sama osoba kilkakrotnie uzyskuje nienależne jej świadczenie finansowane ze środków publicznych, a także (c) innych zmian powodujących np. częstsze korzystanie z dobrowolnego ubezpieczenia w powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym niż to ma miejsce obecnie. W związku z tym przewidziano, że liczba spraw w 2016 r. spadnie do 70%, a w kolejnych latach 2017 – 2019 będzie spadała co roku o 10%, zaś w latach 2020 – 2022 przewidziano coroczny spadek o 5%. Wynika z tego, że w latach 2016 – 2022 łączna liczba spraw rozpatrywanych w oddziałach wojewódzkich NFZ będzie następująca:

Okres	Korekta w stosunku do roku poprzedniego (%)	Łączna liczba spraw po uwzględnieniu korekty (NFZ)	Łączna liczba etatów po uwzględnieniu korekty (Oddziały Wojewódzkie NFZ)
prognoza 2013 r.	100	150 000	94
prognoza 2014 r.	100	150 000	94
prognoza 2015 r.	100	150 000	94
prognoza 2016 r.	70	105 000	66
prognoza 2017 r.	90	94 500	59
prognoza 2018 r.	90	85 050	53
prognoza 2019 r.	90	76 545	48
prognoza 2020 r.	95	72 718	45
prognoza 2021 r.	95	69 082	43
prognoza 2022 r.	95	65 628	41

Dodatkowo, utrzymanie CWU i interfejsu elektronicznego potwierdzania uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej w ciągłej gotowości (24 h na dobę, 7 dni w tygodniu, 365 dni w roku) wymaga zwiększenia o 6 etatów w centrali NFZ.

Średnie miesięczne wynagrodzenie dla nowego etatu określono na poziomie 5 935 zł brutto (przy przyjęciu wskaźnika kosztów ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń na poziomie 0,1869). Założono, że koszty wynagrodzeń w kolejnych latach wzrosną o prognozowany przez Ministra Finansów dla lat 2013 – 2017 wskaźnik CPI (indeks cen towarów i usług konsumpcyjnych) – o 102,5%, a w latach 2018 – 2022 – o 102,4%.

Łączne koszty wynagrodzeń Narodowego Funduszu Zdrowia wyniosą w latach 2013 – 2022 odpowiednio:

Okres	Szacowany skutek finansowy w ujęciu rocznym (tys. zł)*
prognoza 2013 r.	7 514
prognoza 2014 r.	7 702
prognoza 2015 r.	7 895
prognoza 2016 r.	5 665
prognoza 2017 r.	5 226
prognoza 2018 r.	4 816
prognoza 2019 r.	4 438
prognoza 2020 r.	4 317

prognoza 2021 r.	4 200
prognoza 2022 r.	4 086

* Przy szacowaniu wydatków w latach 2013 – 2022 wykorzystano wskaźniki CPI podane w: Wytycznych Ministra Finansów dotyczących stosowania jednostkowych wskaźników makroekonomicznych będących podstawą oszacowania skutków finansowych projektów ustaw. Aktualizacja – grudzień 2011 r. Ponieważ wytyczne nie uwzględniają roku 2022, dla tego roku przyjęto wskaźnik przewidywany dla roku 2021.

Koszty wprowadzenia systemu przewidziane do poniesienia w 2012 r. dotyczące zwiększenia wynagrodzeń zostaną sfinansowane przez Fundusz w ramach środków przewidzianych w planie finansowym NFZ na 2012 r.

Wydatki związane z implementacją rozwiązań informatycznych

Rozbudowa CWU o interfejs elektronicznego potwierdzania uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej wymaga nakładów inwestycyjnych w infrastrukturę i oprogramowanie na poziomie ok. 10 000 tys. zł.

Ocena Skutków Regulacji nie zawiera analizy kosztów i korzyści rozwiązań alternatywnych, gdyż implementacja rozwiązań informatycznych przewidzianych w projekcie jest konieczna bez względu na przyjęte sposoby potwierdzania uprawnień. W każdym przypadku niezbędne jest przygotowanie bazy dostępowej oraz infrastruktury po stronie NFZ, która obsłużyłaby komunikację w procesie zapytań o uprawnienia.

W Ocenie Skutków Regulacji nie oszacowano wpływu na sektor finansów publicznych, przewidywanej przez projekt rezygnacji z konieczności spełniania przez dzieci do lat 18 warunku miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wynikającego z faktu, iż obecnie nie ma możliwości weryfikacji miejsca zamieszkania obywatela polskiego. Ryzyko poniesienia przez Fundusz kosztów świadczeń pojawi się, jeżeli do NFZ nie wpłynie informacja, że osoba jest zatrudniona w innym państwie (które powinno być wtedy państwem właściwym i ponieść koszty świadczenia). Jeżeli dzieci mają tytuł do ubezpieczenia jako członkowie rodzin takich osób, nie ma możliwości zweryfikowania ich miejsca zamieszkania. Należy podkreślić, iż Komisja Europejska w ramach prac Dyrektoriatu odpowiedzialnego za zatrudnienie, sprawy społeczne i włączenie społeczne prowadzi prace zmierzające do wprowadzenia wymiany informacji

między państwami Unii Europejskiej dotyczące osób objętych ubezpieczeniem, co przyczyni się do zmniejszenia nadużyć w tym obszarze.

Wydatki urzędów skarbowych

Przyjęto, iż postępowanie egzekucyjne będzie dotyczyło 45 000 spraw rocznie, a na jednego pracownika urzędów skarbowych przypada 1 600 spraw – w związku z powyższym liczba dodatkowych etatów wyniesie 28. Ponadto ustalono, że przeciętne zarobki w tym przypadku wyniosą 8 148 zł brutto na etat. Zakłada się, że koszty te w kolejnych latach wzrosną o prognozowany przez Ministra Finansów dla lat 2013 – 2017 wskaźnik CPI (indeks cen towarów i usług konsumpcyjnych) o 102,5% a w latach 2018 – 2022 – o 102,4%.

Na podstawie dotychczasowych doświadczeń Funduszu przyjęto, iż ze 150 000 przypadków w postępowaniu wyjaśniającym w odniesieniu do 50% – sprawa wyjaśni się pozytywnie (pacjent ma uprawnienia), a w kolejnych 20% przypadków osoby nieuprawnione uiszczą należności po wysłaniu upomnienia. Postępowanie egzekucyjne będzie dotyczyło ok. 45 000 przypadków. Z założenia, iż liczba spraw trafiających do NFZ będzie malała, wynika także spadek spraw trafiających do urzędów skarbowych, co wpłynie na liczbę niezbędnych etatów:
w tys. zł

Okres	Korekta w stosunku do roku poprzedniego (%)	Łączna liczba spraw po uwzględnieniu korekty	Łączna liczba etatów po uwzględnieniu korekty	Szacowana wartość wzrostu kosztów wynagrodzeń i świadczeń na rzecz pracowników w związku z planowanym zwiększeniem zatrudnienia* (tys. zł)
prognoza 2013 r.	100	45 000	28	2 806
prognoza 2014 r.	100	45 000	28	2 876
prognoza 2015 r.	100	45 000	28	2 948
prognoza 2016 r.	70	31 500	20	2 115
prognoza 2017 r.	90	28 350	18	1 951
prognoza 2018 r.	90	25 515	16	1 798
prognoza 2019 r.	90	22 964	14	1 657
prognoza 2020 r.	95	21 815	14	1 612
prognoza 2021 r.	95	20 725	13	1 568
prognoza 2022 r.	95	19 688	12	1 525

* Przy szacowaniu wydatków w latach 2013 – 2022 wykorzystano wskaźniki CPI podane w: Wytycznych Ministra Finansów dotyczących stosowania jednostkowych wskaźników makroekonomicznych będących

podstawą oszacowania skutków finansowych projektów ustaw. Aktualizacja – grudzień 2011 r. Ponieważ wytyczne nie uwzględniają roku 2022, dla tego roku przyjęto wskaźnik przewidywany dla roku 2021.

Koszty wprowadzenia systemu przewidziane do poniesienia w 2012 r. dotyczące zwiększenia wynagrodzeń zostaną sfinansowane przez urzędy skarbowe w ramach środków zaplanowanych w ustawie budżetowej na 2012 r. w części 19 – budżet, finanse publiczne i instytucje finansowe.

Oceniając skutki finansowe, jakie wiążą się z kosztami wynagrodzeń osób zatrudnionych w Narodowym Funduszu Zdrowia w celu windykacji kosztów świadczeń uzyskanych mimo braku prawa do świadczeń oraz zatrudnionych w urzędach skarbowych w celu egzekucji tych należności, należy uwzględnić fakt, iż dotychczas koszty te ponosili świadczeniodawcy. Nie jest możliwe precyzyjne określenie liczby etatów, które świadczeniodawcy utrzymywali w celu windykacji należności (zależało to głównie od wielkości świadczeniodawcy – w wielu przypadkach powoływano odrębne komórki organizacyjne wyłącznie ściągające należności). Należy jednak podkreślić, iż przejęcie przez Fundusz i urzędy skarbowe tych zadań przełoży się na wymierne korzyści dla świadczeniodawców – nie tylko finansowe, wynikające z obniżenia kosztów i uniknięcia strat z tytułu nieodzyskanych należności, ale także organizacyjno-kadrowe, w szczególności poprzez uwolnienie zasobów ludzkich, które będą mogły być przeznaczone do realizacji innych zadań.

Koszty i wydatki związane z utworzeniem i utrzymaniem nowych stanowisk pracy zostaną sfinansowane przez Fundusz oraz urzędy skarbowe w ramach dotychczasowych środków, zarówno w 2012 r., jak i w latach kolejnych, oraz nie będą powodować dodatkowych skutków finansowych na żadnym etapie wdrażania ustawy.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Koszty Zakładu Ubezpieczeń Społecznych związane z dostosowaniem systemu informatycznego do przekazywania zwiększonego zakresu danych oszacowano na 5 mln zł.

Szacowanie dotyczy dostosowania obecnie wykorzystywanego w ZUS systemu informatycznego do nowych rozwiązań legislacyjnych. System zostanie przygotowany do komunikacji z NFZ zgodnie z nowymi potrzebami. Zmiany w systemie dotyczą wprowadzenia i dostosowania obecnie stosowanych mechanizmów automatycznego przetwarzania danych oraz wprowadzenia nowych funkcjonalności w aplikacjach interakcyjnych wspomagających obsługę wniosków przekazywanych przez NFZ.

W szczególności dotyczy to następujących zmian:

- 1) dostosowanie systemu informatycznego do informowania NFZ o toczących się postępowaniach o przyznanie emerytury lub renty. Wprowadzenie odpowiednich funkcjonalności w aplikacjach interakcyjnych oraz zadań automatycznie generowanych w systemie komputera centralnego. Rozszerzenie interfejsu wymiany danych z NFZ;
- 2) obsługa systemowa danych o pracownikach korzystających z urlopów bezpłatnych i osobach, którym ZUS wypłaca zasiłki po ustaniu zatrudnienia. Rozszerzenie interfejsu wymiany danych z NFZ;
- 3) wspomaganie systemowe obsługi zapytań i wniosków przekazywanych przez oddziały NFZ. Wprowadzenie nowych funkcjonalności w aplikacjach interakcyjnych umożliwiających pracownikom dostęp do tych danych. Rozszerzenie interfejsu wymiany danych z NFZ;
- 4) zablokowanie możliwości wystawiania zaświadczeń dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego przez pracowników ZUS.

W związku z faktem, że projekt ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej jest procedowany w trakcie 2012 r., w planie finansowym Zakładu Ubezpieczeń Społecznych na 2012 r. środki nie zostały uwzględnione. Szacunkowe koszty dostosowania systemów informatycznych ZUS zostaną pokryte w ramach środków przewidzianych w planie finansowym na 2012 r. na zmiany systemów informatycznych.

KRUS

Koszty Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego związane z dostosowaniem

systemu informatycznego do przekazywania zwiększonego zakresu danych oszacowano na 5 mln zł.

Szacowane przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego koszty dotyczą dostosowania systemów informatycznych KRUS do nowych rozwiązań legislacyjnych. Zmiany obejmują modyfikację i rozbudowę systemowych mechanizmów współpracy NFZ z KRUS oraz modyfikację i rozbudowę systemów informatycznych obsługujących ubezpieczenia oraz świadczenia. Zmodyfikowane i nowe funkcjonalności systemów informatycznych KRUS pozwolą na współpracę z nowym interfejsem pomiędzy instytucjami.

Zmiany w szczególności dotyczą:

Rozbudowy i zmiany zakresu danych wymienianych pomiędzy KRUS i NFZ:

- 1) modyfikacji mechanizmów przekazywania danych pomiędzy instytucjami w zakresie częstotliwości i formy przekazywania danych,
- 2) modyfikacji i rozbudowy systemu obsługi ubezpieczeń, które pozwolą na automatyczne przetworzenie i przygotowanie danych niezbędnych do przekazania do NFZ,
- 3) modyfikacji i rozbudowy systemu obsługi świadczeń długoterminowych, które pozwolą na automatyczne przetworzenie i przygotowanie danych niezbędnych do przekazania do NFZ,
- 4) modyfikacji i rozbudowy systemu komunikacji z NFZ, które pozwolą na zmianę częstotliwości i formy przekazywania danych.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy

Projektowana regulacja nie będzie miała wpływu na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność gospodarki i przedsiębiorczość, w tym na funkcjonowanie przedsiębiorstw

Po stronie świadczeniodawców nastąpi znaczna redukcja kosztów związanych z koniecznością egzekucji od osób nieuprawnionych kosztów udzielonych im świadczeń. Skala oszczędności z tego tytułu dla świadczeniodawców jest bardzo trudna do oszacowania ze względu na fakt, iż przypadki odzyskiwania kosztów

udzielonych osobom nieuprawnionym nie były sprawozdawane przez świadczeniodawców do Funduszu.

Świadczeniodawcy, którzy nie posiadają komputera, będą musieli ponieść koszt stanowiska komputerowego w rejestracji (w zależności od świadczeniodawcy może to być kilka stanowisk) oraz koszty związane z dostępem do internetu (jeżeli do tej pory informatyzacja placówki nie osiągnęła takiego poziomu). W przypadku gdy świadczeniodawcy zdecydują się na korzystanie z Web Service dodatkowym kosztem może być dostosowanie aplikacji świadczeniodawcy (jeżeli nie jest to umowa np. ryczałtowa). Koszt dostosowania aplikacji zależy od indywidualnej umowy z dostawcą oprogramowania.

Należy podkreślić, iż realizacja zapytań może odbywać się również za pośrednictwem aplikacji portalowej udostępnianej centralnie przez NFZ. Ta opcja nie rodzi kosztów dostosowania aplikacji świadczeniobiorcy (poza kosztami związanymi z dostępem do internetu). Należy pamiętać, że świadczeniodawcy, którzy nie są w stanie wyposażyć rejestracji w stanowisko komputerowe, mogą dokonywać weryfikacji uprawnień na dotychczasowych zasadach (weryfikacja dokumentów) oraz na podstawie oświadczeń.

Zważywszy na korzyści, które płyną z przeniesienia ze świadczeniodawcy na Fundusz ryzyka ponoszenia kosztów świadczeń udzielonych osobom nieuprawnionym oraz na oczekiwania społeczne dotyczące umożliwienia weryfikacji uprawnień w sposób elektroniczny – wyżej wymienione koszty nowego rozwiązania są współmierne do osiągniętych korzyści.

Dla pracodawców korzyści będą się wiązały z faktem, iż świadczeniobiorcy nie będą musieli zwracać się o wydanie druku RMUA, będącego obecnie jednym z dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń. Roczne oszczędności z tytułu zaniechania drukowania RMUA wyniosą co najmniej 15 mln zł. Metodologię szacunku zawiera poniższa tabela.

	liczba	kwota (zł)
liczba osób, które mogą wystąpić o wydanie druku RMUA	15 000 000	
Średnia liczba pobieranych druków w ciągu roku	1	
liczba druków RMUA pobieranych rocznie (poz. 1 x poz. 2)	15 000 000	
Koszt wytworzenia druku RMUA (minimum)		1
roczny koszt druków RMUA (poz. 3 x kwota poz. 4)		15 000 000

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny

Projekt nie będzie miał wpływu na sytuację i rozwój regionalny.

7. Wpływ regulacji na ochronę zdrowia

Wyeliminowana zostanie sytuacja, gdy świadczeniobiorca nie może uzyskać świadczenia z powodu braku dokumentów potwierdzających jego uprawnienia (sytuacji odsyłania pacjenta bez udzielenia świadczenia).

8. Wpływ regulacji na warunki życia ludności

Projekt ma na celu wprowadzenie ułatwienia (uproszczenia) w zakresie konieczności potwierdzania uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu ubezpieczenia. Co do zasady noszenie papierowych dokumentów nie będzie wymagane – wystarczy elektroniczna weryfikacja przeprowadzana przez świadczeniodawcę.

Niezbędny czas do przeprowadzenia potwierdzenia prawa do świadczeń po stronie świadczeniobiorców po wprowadzeniu regulacji nie ulegnie znaczącej zmianie (czas potwierdzania prawa w sposób elektroniczny obejmuje wpisanie 11 cyfr identyfikatora PESEL + przewidywany maksymalny czas odpowiedzi z systemu NFZ (3 s.) + opóźnienia wynikające z połączenia realizowanego przez operatora świadczeniodawcy). Jest to czas porównywalny ze sprawdzeniem papierowych dokumentów.

9. Zgodność z prawem Unii Europejskiej

Projekt jest zgodny z prawem Unii Europejskiej.