



Ministerstwo Zdrowia

Sekretarz Stanu

Józefa Szczurek-Żelazko

Warszawa, 21 września 2020 r.

DSW.682.25.2020.PJ

Pan
dr Andrzej Mądrała
Wiceprezydent Pracodawców RP

Szanowny Panie Prezydencie,

W odpowiedzi na pismo z dnia 9 września br. w sprawie tematów do dyskusji w ramach Trójstronnego Zespołu ds. ochrony zdrowia uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych informacji.

Kwota minimalnych nakładów na ochronę zdrowia w latach 2020-2021, zgodnie z art. 131c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.), nie może być niższa, niż odpowiednio: 5,03% oraz 5,30 % PKB Zgodnie z powyższym są to odpowiednio kwoty 107,8 mld zł i 120,5 mld zł.

Należy jednak pamiętać, że przedstawione w ustawie wskaźniki wyznaczają jedynie minimalny poziom nakładów na ochronę zdrowia, natomiast mogą być one zwiększane w przypadku stwierdzenia możliwości wyasygnowania dodatkowych wydatków w ramach dostępnych środków budżetu państwa. W 2020 r. kwota ta w ciągu roku uległa zwiększeniu i obecnie wysokość nakładów wynosi 114,9 mld zł.

Odnosząc się do kwestii zapewnienia środków w budżecie państwa na zasilenie Funduszu Medycznego informuję, że w ramach prac nad nowelizacją ustawy budżetowej na 2020 r. Minister Zdrowia wystąpił do Ministra Finansów o dodatkowe środki w wysokości 2 mld zł na ten cel i zostały one uwzględnione w projekcie nowelizacji. Natomiast w projekcie ustawy budżetowej na 2021 r. zabezpieczono środki na realizację omawianego zadania w wysokości 4 mld zł. Kwoty te wynikają z OSR do projektu ustawy.

Zgodnie z przepisami ww. ustawy do nakładów na ochronę zdrowia wlicza się m.in. wydatki budżetowe w dziale ochrona zdrowia, w związku z tym również wskazane wyżej kwoty należy uwzględnić w szacowaniu tych nakładów.

W kwestii pytania dotyczącego dotacji podmiotowej dla NFZ, o której mowa w art. 131d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej na finansowanie świadczeń gwarantowanych, informuję, że aktualnie trwają prace nad projektem ustawy budżetowej na rok 2021 i ostateczna wysokość środków, które zostaną przekazane NFZ w formie dotacji podmiotowej nie jest jeszcze ustalona, jednakże obecne szacunki wskazują, że będzie to kwota zdecydowanie przekraczająca 2 mld zł.

Odnosząc się do przywołanej wypowiedzi Pana Ministra Tadeusza Kościńskiego, informuję że pierwotnie docelowa wartość referencyjna minimalnych nakładów na ochronę zdrowia w wysokości 6% PKB miała zostać osiągnięta w roku 2025, jednak po nowelizacji ustawy w 2018 r. przyspieszono jej osiągnięcie do roku 2024. W chwili obecnej nie są prowadzone prace nad nowelizacją ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w zakresie kolejnego przyspieszenia jej osiągnięcia.

W sprawie opublikowania projektu planu finansowego NFZ na 2021 r. uprzejmie informuję, że NFZ w dniu 15 lipca br., przekazał plan finansowy NFZ na rok 2021 do zatwierdzenia przez Ministra Zdrowia i Ministra Finansów w porozumieniu. Minister Zdrowia biorąc pod uwagę no uchwalone przepisy art.39 ust. 1 ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu, a także trwające prace nad projektem ustawy budżetowej na rok 2021, wskazał, że przedstawiony przez Prezesa NFZ ww. plan finansowy NFZ na rok 2021, wymaga uwzględnienia ww. zmian przepisów oraz aktualnych danych makroekonomicznych przyjętych do opracowania projektu ustawy budżetowej. W związku z tym zatwierdzenie planu finansowego NFZ na rok 2021 możliwe będzie po uwzględnieniu przepisów ww. ustawy oraz ww. danych.

Odnosząc się do pytania dotyczącego przesunięcia obowiązku wdrożenia elektronicznej dokumentacji medycznej należy zauważyć, że aktualnie obowiązujące przepisy prawa przewidują możliwość prowadzenia dokumentacji medycznej zarówno w postaci papierowej jak i elektronicznej. Niemniej jednak biorąc pod uwagę kierunek zmian, jakie zachodzą w szeroko rozumianej cyfryzacji w ochronie zdrowia ustawodawca, jako podstawową formę prowadzenia dokumentacji medycznej począwszy od dnia 1 stycznia 2021 r., wskazał postać elektroniczną. Stanowi o tym § 1 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 kwietnia 2020 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. poz. 666), zgodnie z którym

dokumentacja medyczna może być prowadzona w postaci papierowej, jeżeli przepis rozporządzenia tak stanowi lub warunki organizacyjno-techniczne uniemożliwiają prowadzenie dokumentacji w postaci elektronicznej (zgodnie z § 72 ust. 1 rozporządzenia, do dnia 31 grudnia 2020 r., podmioty mogą prowadzić dokumentację medyczną na zasadach określonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, tj. elektronicznie lub papierowo).

Warto podkreślić, iż przez brak warunków organizacyjno-technicznych należy rozumieć zarówno stały brak rozwiązań informatycznych, jak i czasową niemożność prowadzenia dokumentacji w postaci elektronicznej np. wskutek awarii systemu teleinformatycznego, w którym prowadzona jest dokumentacja, czy sprzętu. Mając na uwadze powyższe, nie ma aktualnie planów przesunięcia wskazanego wyżej terminu, określonego w § 72 ust. 1.

Jednocześnie, tytułem uzupełnienia i wyjaśnienia ewentualnych rozbieżności, jakie wyniknąć mogą w związku ze sformułowaniem przedstawionego pytania (pytanie dotyczy wdrożenia "elektronicznej dokumentacji medycznej") należy podkreślić, że wyjątkiem od opisaney wyżej reguły swobody wyboru co do postaci w jakiej podmiot leczniczy prowadzi dokumentację medyczną, jest elektroniczna dokumentacja medyczna (zwana dalej „EDM”) którą, zgodnie z art. 2 pkt 6 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 702) stanowią dokumenty wytworzone w postaci elektronicznej opatrzone kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem zaufanym, podpisem osobistym albo z wykorzystaniem sposobu potwierdzania pochodzenia oraz integralności danych dostępnego w systemie teleinformatycznym udostępnionym bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych:

- a) recepty,
- b) określone w przepisach wydanych na podstawie art. 13a tj. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2018 r. w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U. z 2018 r. poz. 941),
- c) skierowania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 59aa ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.), które winny być prowadzone w formatach zamieszczonych w Biuletynie Informacji Publicznej ministra właściwego do spraw zdrowia oraz wymieniane za pośrednictwem Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępnienia Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1). Powyżej opisana elektroniczna dokumentacja medyczna w świetle obowiązujących

przepisów prawa prowadzona jest wyłącznie w formie elektronicznej, a co za tym idzie pytanie o przedłużenie obowiązku jej wdrożenia należy uznać za niezasadne.

W sprawie podjęcia działań mających na celu zmianę organizacji opieki poprzez zwiększenie roli i znaczenia leczenia otwartego w procesie leczniczym informuję, że kwestia zmiany struktury leczenia i zwiększenie udziału świadczeń udzielanych w warunkach ambulatoryjnym jest stałym przedmiotem analiz i prac prowadzonych w Ministerstwie Zdrowia. Jednym z działań mających na celu poprawę struktury udzielanych świadczeń jest promowanie udzielania świadczeń na poziomie ambulatoryjnym zamiast na szpitalnym poprzez wprowadzanie bodźców finansowych, zachęcających do zwiększania wykonywanej liczby świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Przede wszystkim obejmuje to zwiększanie wyceny porad wybranych specjalności, znoszenie limitów (od 1 marca 2020 r. zniesiono limity na pierwszorazowe porady w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w zakresie świadczeń: endokrynologii, kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz endokrynologii dla dzieci, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci, oraz porad ze wskazań nagłych i świadczeń zabiegowych w zakresie świadczeń ortopedii i traumatologii narządu ruchu), co automatycznie wiąże się także ze wzrostem środków przeznaczanych na ambulatoryjną opiekę specjalistyczną. Ponadto w przypadku świadczeniodawców udzielających świadczeń w sieci szpitali wprowadzono rozwiązania zwiększające wielkość ryczałtu w przypadku takiego wzrostu świadczeń ambulatoryjnych, który przekłada się na skrócenie średniego czasu oczekiwania do poradni albo zmniejszenia liczby osób na listach oczekujących. W ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), funkcjonującego od 1 października 2017 r., wprowadzono także ryczałtowy mechanizm finansowania większej części świadczeń udzielanych przez szpitale zakwalifikowane do tego systemu. Objęcie jedną wspólną kwotą finansowania w postaci ryczałtu PSZ świadczeń szpitalnych i świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej daje świadczeniodawcom możliwość elastycznego gospodarowania przekazywanymi środkami przekazywanymi przez NFZ, w szczególności możliwość przesuwania tych środków pomiędzy leczeniem szpitalnym i ambulatoryjnym, przy czym w szczegółowych przepisach wykonawczych regulujących sposób ustalania ryczałtu PSZ przewidziano specjalny mechanizm promujący zwiększenie liczby świadczeń udzielanych w trybie ambulatoryjnym, opierający się na współczynnikach korygujących (dodatnich i ujemnych). Świadczeniodawca, który wykazuje wzrost liczby jednostek sprawozdawczych świadczeń z zakresu

ambulatoryjnej opieki specjalistycznej odpowiednio o 5%/ 10%/ 20%, przy wyliczaniu ryczałtu PSZ na kolejny okres rozliczeniowy, korzysta ze współczynników korygujących o wartości odpowiednio: 0,01/ 0,0125/ 0,015. Analogiczne rozwiązania obowiązują również w odniesieniu do ujemnych współczynników korygujących, w przypadku spadku liczby świadczeń ambulatoryjnych.

Kolejne prace w tej materii prowadzone są w ramach powołanego przy ministrze Zdrowia zespołu ds. sieci szpitali.

Ponadto w załączeniu przekazuję pismo Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zawierające odpowiedzi na pytania z zakresu finansów Funduszu.

Z poważaniem,

Józefa Szczurek-Żelazko

Sekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

Zał. Pismo z dnia 18 września br. Prezesa NFZ, znak: DEF-WSiKF.401.1.31.2020 / 2020.12091.DAJ.