

1495

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 17 listopada 2009 r.

w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych

Na podstawie art. 119 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.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) dane sprawozdawcze — informacje przekazywane Narodowemu Funduszu Zdrowia, zwanemu dalej „Funduszem”, przez apteki oraz dane sprawozdawcze przekazywane przez świadczeniodawców z wykonania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej określone na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”, i przepisów odrębnych, w materiałach dotyczących postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, za rok poprzedni, według stanu na dzień 31 maja roku planowania;
- 2) jednostka rozliczeniowa — miarę przyjętą do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju; jednostką rozliczeniową jest w szczególności: punkt, porada, osobodzień;
- 3) kapitacyjna stawka roczna — kwotę przeznaczoną na objęcie opieką jednego świadczeniobiorcy w okresie jednego roku w ustalonym w umowie zakresie świadczeń;
- 4) rok planowania — rok, w którym tworzy się plan finansowy Funduszu w trybie określonym w art. 121 ust. 3 i 5 oraz art. 123 ust. 3 ustawy;
- 5) rok poprzedni — rok poprzedzający rok planowania;
- 6) ryczałt — określoną kwotę przeznaczoną na sfinansowanie świadczeń w danym zakresie albo rodzaju lub zapewnienie gotowości ich udzielania, w określonym czasie.

§ 2. 1. Łączną wysokość planowanych środków na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały woje-

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374.

wódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych oblicza się jako różnicę pomiędzy wysokością planowanych środków na pokrycie kosztów finansowania przez Fundusz świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych a wysokością planowanych środków na pokrycie kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych przez centralę Funduszu.

2. Wysokość planowanych środków na pokrycie kosztów finansowania przez poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych oblicza się zgodnie z algorytmem podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia, z zastrzeżeniem § 6.

§ 3. 1. Ustala się następujące grupy ubezpieczonych:

- 1) jednoroczne grupy ubezpieczonych w wieku od 0 do 99 lat,
- 2) grupę ubezpieczonych w wieku 100 lat i więcej — odrębnie dla każdej płci.

2. Grupę odniesienia stanowią wszyscy ubezpieczeni.

3. Wiek ubezpieczonego ustala się jako różnicę roku, dla którego jest ustalany, i roku urodzenia ubezpieczonego.

4. Liczbę ubezpieczonych w grupach, o których mowa w ust. 1, zarejestrowanych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu ustala się na podstawie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, według stanu na dzień 31 marca, dla roku planowania oraz dla roku poprzedniego.

§ 4. 1. Wyodrębnia się następujące grupy świadczeń opieki zdrowotnej:

- 1) świadczenia wysokospecjalistyczne obejmujące:
 - a) świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu terapeutycznych programów zdrowotnych,
 - b) świadczenia opieki zdrowotnej inne niż wymienione w lit. a, których wartość jednostkowa wynosiła co najmniej 10 000 zł;
- 2) pozostałe świadczenia opieki zdrowotnej niezaliczone do grupy świadczeń, o której mowa w pkt 1.

2. Dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu ustala się wskaźnik udziału kosztów świadczeń, o których mowa w ust. 1 pkt 1, udzielonych ubezpieczonym zarejestrowanym w tym oddziale wojewódzkim Funduszu w łącznych kosztach świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ubezpieczonym zarejestrowanym w tym oddziale wojewódzkim Funduszu.

§ 5. 1. Przy ustalaniu wysokości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ubezpieczonym uwzględnia się świadczenia opieki zdrowotnej finansowane przez Fundusz wynikające z danych sprawozdawczych, przy czym:

- 1) w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej rozliczanych przy pomocy ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej, kapitacyjnej stawki rocznej oraz refundacji cen leków przyjmuje się wartość tych świadczeń z danych sprawozdawczych;
- 2) w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej rozliczanych ryczałtem, przyjmuje się, że udział poszczególnych grup ubezpieczonych w wartości tych świadczeń jest taki sam, jak udział tych grup ubezpieczonych w wartości świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w pkt 1.

2. Wysokość kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ubezpieczonym oblicza się jako sumę wysokości kosztów świadczeń, o których mowa w ust. 1.

§ 6. Jeżeli w wyniku podziału środków zgodnie z algorytmem określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia wysokość planowanych środków na pokrycie kosztów finansowania przez dany oddział wojewódzki Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych jest niższa niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych w planie finansowym tego oddziału wojewódzkiego Funduszu dotyczącym roku planowania, ostateczną wysokość planowanych środków na pokrycie kosztów finansowania przez poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych ustala się zgodnie z algorytmem ustalającym ostateczny podział środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, określonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 7. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.³⁾

Minister Zdrowia: w z. *J. Szulc*

³⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 171, poz. 1210), które utraciło moc z dniem wejścia w życie ustawy z dnia 25 września 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 178, poz. 1374).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. (poz. 1495)

Załącznik nr 1

ALGORYTM PODZIAŁU ŚRODKÓW POMIĘDZY ODDZIAŁY WOJEWÓDZKIE FUNDUSZU Z PRZEZNACZENIEM NA FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA UBEZPIECZONYCH

Dla ustalenia wysokości planowanych środków na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, oznaczonej symbolem P^n , stosuje się następujący wzór:

$$P^n = P \times U^n$$

gdzie:

P — planowane środki na pokrycie kosztów finansowania przez Fundusz świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych,

n — jeden z 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu

U^n — udział n -tego oddziału wojewódzkiego Funduszu w planowanych środkach na pokrycie kosztów finansowania przez Fundusz świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, określony według następującego wzoru:

$$U^n = \frac{\sum_{i=1}^q (S^{n,i} \times k^i) + \sum_{i=1}^q (S^{n,i} \times k_a^i \times a^n)}{\sum_{v=1}^{16} \left(\sum_{i=1}^q (S^{v,i} \times k^i) + \sum_{i=1}^q (S^{v,i} \times k_a^i \times a^v) \right)}$$

gdzie:

$S^{n,i}$ — liczba ubezpieczonych w jednym z 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu w i -tej grupie ubezpieczonych, w roku planowania,

$S^{x,i}$ — liczba ubezpieczonych dla x -tego oddziału wojewódzkiego Funduszu w i -tej grupie ubezpieczonych, w roku planowania, ($x = 1, \dots, 16$),

i — oznacza i -tą grupę ubezpieczonych ($i = 1, \dots, q$),

q — liczba grup ubezpieczonych,

k^i — wskaźnik ryzyka zdrowotnego dla i -tej grupy ubezpieczonych, w zakresie świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia, określony według następującego wzoru:

$$k^i = \frac{w^i}{w^n}$$

gdzie:

w^i — wartość świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia, udzielonych na jednego ubezpieczonego w i -tej grupie ubezpieczonych, w roku poprzednim,

w^o — wartość świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia, udzielonych na jednego ubezpieczonego w grupie odniesienia, w roku poprzednim.

k_a^i — wskaźnik ryzyka zdrowotnego dla i -tej grupy ubezpieczonych, w zakresie świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia, określony według następującego wzoru:

$$k_a^i = \frac{w_a^i}{w_a^o}$$

gdzie:

w_a^i — wartość świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia,

udzielonych na jednego ubezpieczonego w i -tej grupie ubezpieczonych, w roku poprzednim,

w_a^o — wartość świadczeń, o których mowa w § 4 ust. 1 pkt 1 rozporządzenia, udzielonych na jednego ubezpieczonego w grupie odniesienia, w roku poprzednim,

a^n — wskaźnik, o którym mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia, w jednym z 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu,

a^x — wskaźnik, o którym mowa w § 4 ust. 2 rozporządzenia, dla x -tego oddziału wojewódzkiego Funduszu, ($x = 1, \dots, 16$).

Wartości poszczególnych wskaźników oblicza się z dokładnością ośmiu znaków po przecinku.

Załącznik nr 2

ALGORYTM USTALAJĄCY OSTATECZNY PODZIAŁ ŚRODKÓW POMIĘDZY ODDZIAŁY WOJEWÓDZKIE FUNDUSZU Z PRZEZNACZENIEM NA FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ DLA UBEZPIECZONYCH

Dla ustalenia ostatecznej wysokości planowanych środków na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, oznaczonej symbolem P_{ost}^n stosuje się następujący wzór:

$$P_{ost}^n = \begin{cases} P_{rp}^n, & \text{gd } \Delta P^n \leq 0 \\ P_{wyj}^n + \Delta P^n \times \frac{\Delta P^n}{\Delta P_{>0}^n}, & \text{gd } \Delta P^n > 0 \end{cases}$$

gdzie:

n — oznacza jeden z 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu,

P_{rp}^n — planowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych jednego z 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu w roku planowania,

P_{wyj}^n — planowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych jednego z 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu ustalone zgodnie z załącznikiem nr 1 do rozporządzenia,

ΔP^n — różnica, określona według następującego wzoru:

$$\Delta P^n = P_{wyj}^n - P_{rp}^n$$

$\Delta P_{\leq 0}$ — suma niedodatnich różnic ΔP^n , określona według następującego wzoru:

$$\Delta P_{\leq 0} = \sum_{n=1}^{16} (\Delta P^n, \text{gd } \Delta P^n \leq 0)$$

$\Delta P_{> 0}$ — suma dodatnich różnic ΔP^n , określona według następującego wzoru:

$$\Delta P_{> 0} = \sum_{n=1}^{16} (\Delta P^n, \text{gd } \Delta P^n > 0)$$