

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia2007 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. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Ustala się szczegółowy tryb i kryteria podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych.

§ 2.

Użyte w rozporządzeniu określenia oznaczają:

- 1) dane sprawozdawcze – informacje przekazywane Funduszowi przez apteki, określone w odrębnych przepisach, oraz dane sprawozdawcze z wykonania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przekazywane Funduszowi przez świadczeniodawców, określone, na podstawie ustawy i przepisów odrębnych, w materiałach dotyczących procesu postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 2) Fundusz – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) grupa ubezpieczonych – grupę ubezpieczonych wydzieloną według struktury wieku i płci;
- 4) jednorodne jednostki rozliczeniowe – jednostki rozliczeniowe świadczeń opieki zdrowotnej służące do rozliczania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określone na podstawie ustawy i przepisów odrębnych, w materiałach dotyczących procesu postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 5) rok planowania – rok, w którym tworzy się plan finansowy Funduszu w trybie określonym w art. 121 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwanej dalej „ustawą”;
- 6) rok poprzedni - rok poprzedzający rok planowania;
- 7) właściwy oddział wojewódzki Funduszu – oddział wojewódzki Funduszu, w którym jest zarejestrowany ubezpieczony;
- 8) wskaźnik ryzyka zdrowotnego – wskaźnik przypisany ubezpieczonym należącym do danej grupy wydzielonej według struktury wieku i płci, w porównaniu z grupą odniesienia.

§ 3.

1. Łączną wysokość planowanych kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu oblicza się jako różnicę pomiędzy wysokością planowanych kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych przez Fundusz a wysokością planowanych kosztów centrali Funduszu na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej.
2. Wysokość środków na planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych przez poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu ustala 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 § 9.

§ 4.

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 w wieku 3 lat i więcej.

§ 5.

1. Na podstawie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, według stanu na dzień 31 marca, dla roku planowania oraz dla roku poprzedniego, dla każdego ubezpieczonego ustala się: wiek, płeć i właściwy oddział wojewódzki Funduszu. Wiek ubezpieczonego ustala się jako różnicę roku, dla którego jest ustalany, i roku urodzenia ubezpieczonego.
2. Przyjmuje się, że liczba ubezpieczonych w wieku 0, 1 i 2 lat dla każdej płci w danym oddziale wojewódzkim Funduszu jest równa liczbie ubezpieczonych o danej płci w wieku 3 lat w danym oddziale wojewódzkim Funduszu.
3. Wskaźniki ryzyka zdrowotnego dla grup ubezpieczonych w wieku 2 lat i mniej przyjmują wartość wskaźników ryzyka zdrowotnego dla grup ubezpieczonych w wieku 3 lat.
4. Przy obliczaniu wskaźników ryzyka zdrowotnego, w przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, których wartości nie można było przypisać poszczególnym ubezpieczonym na podstawie danych sprawozdawczych, przyjmuje się, że udział poszczególnych grup ubezpieczonych w wartości tych świadczeń jest taki sam, jak udział tych grup ubezpieczonych w wartości świadczeń przypisanych poszczególnym ubezpieczonym na podstawie danych sprawozdawczych.
5. Przy obliczaniu wskaźników ryzyka zdrowotnego i wartości świadczeń wysokospecjalistycznych nie uwzględnia się świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ubezpieczonym, dla których nie ustalono właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
6. Przy obliczaniu wskaźnika, o którym mowa w art. 118 ust. 3 pkt 2 lit. b ustawy, uwzględnia się świadczenia opieki zdrowotnej określone w [załączniku nr 2](#) do rozporządzenia.

§ 6.

1. Dla poszczególnych grup ubezpieczonych, o których mowa w § 4, ustala się liczbę jednorodnych jednostek rozliczeniowych świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych tym ubezpieczonym, w podziale na rodzaje tych świadczeń.
2. Oblicza się wysokość średniej ceny jednorodnej jednostki rozliczeniowej świadczeń opieki zdrowotnej, w podziale na rodzaje tych świadczeń.
3. Wartość świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju oblicza się jako iloczyn liczby jednorodnych jednostek rozliczeniowych w tym rodzaju, o której mowa w ust. 1, oraz średniej ceny jednorodnej jednostki rozliczeniowej świadczeń opieki zdrowotnej w tym rodzaju, o której mowa w ust. 2.
4. W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej, dla których nie można ustalić liczby jednorodnych jednostek rozliczeniowych, przyjmuje się wartość tych świadczeń wynikającą z danych sprawozdawczych.
5. Dla poszczególnych grup ubezpieczonych oblicza się wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych tym ubezpieczonym jako sumę wartości świadczeń, o których mowa w ust. 3, oraz wartości świadczeń, o których mowa w ust. 4.

§ 7.

1. Przy obliczaniu wskaźnika, o którym mowa w art. 118 ust. 3 pkt 2 lit. a ustawy, uwzględnia się aktualne dane dotyczące przeciętnego miesięcznego dochodu do dyspozycji gospodarstwa domowego, przypadającego na 1 osobę, w danym województwie, zawarte w opublikowanych Rocznikach Statystycznych Województw Głównego Urzędu Statystycznego w okresie 5 lat, przy czym dane dla pierwszego z pięciu lat dotyczą roku wcześniejszego o 2 lata od roku planowania.
2. Wskaźnik, o którym mowa w ust. 1, ma zastosowanie do części kosztów świadczeń opieki zdrowotnej odpowiadającej kosztom pracy.
3. Ustala się średni wskaźnik udziału kosztów pracy w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej dla wszystkich oddziałów wojewódzkich Funduszu na poziomie 0,51. Wskaźnik ten służy do wyliczenia części kosztów świadczeń opieki zdrowotnej odpowiadającej kosztom pracy, o których mowa w ust. 2.

§ 8.

1. Dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu ustala się liczbę jednorodnych jednostek rozliczeniowych świadczeń wysokospecjalistycznych udzielonych ubezpieczonym zarejestrowanym w tym oddziale przez świadczeniodawców, którzy mieli zawarte z danym oddziałem wojewódzkim Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w podziale na rodzaje tych świadczeń.
2. Dla Funduszu oblicza się wysokość średniej ceny jednorodnej jednostki rozliczeniowej świadczeń wysokospecjalistycznych, w podziale na rodzaje tych świadczeń.
3. Dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu oblicza się wartość świadczeń

wysokospecjalistycznych jako sumę iloczynów liczby jednorodnych jednostek rozliczeniowych, o której mowa w ust. 1, oraz średniej ceny, o której mowa w ust. 2.

§ 9.

W przypadku, gdy w wyniku podziału środków w trybie określonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia, nie zostałyby spełnione warunki, o których mowa w art. 118 ust. 4 ustawy, ostateczną wysokość środków przeznaczonych dla poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu ustala się zgodnie z algorytmem ustalającym ostateczną wielkość środków na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu, określonym w [załączniku nr 3](#) do rozporządzenia.

§ 10.

1. Traci moc rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2005 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 148, poz. 1232), z zastrzeżeniem ust. 2.
2. W zakresie dotyczącym planu finansowego Funduszu na 2007 rok rozporządzenie, o którym mowa w ust. 1, traci moc z dniem 31 grudnia 2007r.

§ 11.

Przepisy rozporządzenia mają zastosowanie po raz pierwszy do planu finansowego Funduszu na 2008 rok.

§ 12.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

W POROZUMIENIU:

MINISTER FINANSÓW

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924).

²⁾ Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz. 1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485, z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143 poz. 1030, Nr 170 poz. 1217, Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1658 i Nr 249, poz. 1824 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427, Nr 82, poz. 559 i Nr 115, poz. 793.

UZASADNIENIE

Przedmiotowy projekt rozporządzenia jest wykonaniem upoważnienia zawartego w art. 119 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.), zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, określa szczegółowy tryb i kryteria podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, uwzględniając przepisy art. 118 ustawy.

Dotychczas przedmiotową kwestię regulowało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2005 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 148, poz. 1232).

Konieczność zmiany przedmiotowego rozporządzenia wynika przede wszystkim ze zmiany ww. art. 118, która została dokonana ustawą z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr, poz.).

W porównaniu do dotychczas obowiązujących regulacji, w przedmiotowym projekcie rozporządzenia wprowadzono następujące zmiany:

1. Zmieniono sposób obliczania wskaźników ryzyka zdrowotnego.

Dotychczas wskaźniki ryzyka zdrowotnego były wyliczane bezpośrednio na podstawie danych sprawozdawczych dotyczących wartości świadczeń zdrowotnych udzielonych ubezpieczonym w poszczególnych grupach wiekowo-płciowych. Przy czym uwzględniano średnie wartości dla Funduszu w poszczególnych grupach wiekowo-płciowych. Proponuje się, aby wskaźniki te zasadniczo były wyliczane na podstawie danych o liczbie jednorodnych jednostek rozliczeniowych świadczeń udzielonych w poszczególnych grupach wiekowo-płciowych oraz danych o średniej, dla Funduszu, cenie tych jednostek, w poszczególnych rodzajach świadczeń, w roku poprzednim. Powyższa zmiana, zdaniem projektodawców, w większym stopniu odzwierciedla konsumpcję usług zdrowotnych przez ubezpieczonych i w konsekwencji zapotrzebowanie na te usługi wynikające ze stanu zdrowia.

2. Usunięto wskaźnik migracji ubezpieczonych wraz z przypisaną wagą.

3. Wprowadzono, odpowiednio do regulacji ustawowej, wskaźnik, o którym mowa w art. 118 ust. 3 pkt 2 lit. a ustawy.

W ramach kosztu jednostkowego świadczenia zdrowotnego największy udział, w większości przypadków, mają koszty pracy. Właśnie tej części kosztów świadczeń będzie dotyczyła ta dodatkowa korekta. Pozostała część kosztu jednostkowego świadczenia zdrowotnego nie będzie poddana dodatkowej korekcie ze względu na brak danych, które mogłyby wskazywać na zróżnicowanie pomiędzy województwami w tym zakresie.

W tym celu zostaną wykorzystane:

- 1) dane dotyczące przeciętnego miesięcznego dochodu gospodarstwa domowego do dyspozycji w poszczególnych województwach, określane w corocznych badaniach Głównego Urzędu Statystycznego nad gospodarstwami domowymi, za okres ostatnich 5 lat;
- 2) dane dotyczące udziału kosztu pracy w kosztach świadczeń zdrowotnych. Użyty w projekcie średni wskaźnik udziału kosztów pracy w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej dla wszystkich oddziałów wojewódzkich Funduszu wyliczono na podstawie:
 - danych o wysokości kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu (z wyłączeniem kosztów ratownictwa medycznego finansowanego z budżetu państwa) wynikających z pierwotnego planu finansowego NFZ na 2007 r., który uwzględniał wskaźniki udziału kosztów pracy w kosztach poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej ujętych w załączniku do ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076, z późn. zm.). Wysokość tych kosztów była określona na poziomie 38 083 869 tys. zł.
 - danych dotyczących wysokości środków finansowych zaplanowanych na ten wzrost wynagrodzeń (30%) ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Wysokość tych środków była zaplanowana na poziomie 4 481 217 tys. zł.

Ww. średni wskaźnik udziału kosztów pracy obliczono w następujący sposób:

$$(4\ 481\ 217/0,3+4\ 481\ 217) / 38\ 083\ 869.$$

Mając na uwadze ewentualne nieścisłości przy obliczaniu wskaźników określonych w ww. załączniku do ustawy, aby zminimalizować wpływ tych nieścisłości na wysokość środków przydzielanych poszczególnym oddziałom wojewódzkim Funduszu, przyjęto jeden średni wskaźnik udziału kosztów pracy w kosztach wszystkich świadczeń zdrowotnych finansowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu.

4. Zmieniono sposób i podstawę obliczania wskaźników, o którym mowa w art. 118 ust. 3 pkt 2 lit. b ustawy.

Dotychczas wskaźniki te były wyliczane bezpośrednio na podstawie wartości świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych przez poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu. Proponuje się, aby były one wyliczane na podstawie danych o liczbie jednorodnych jednostek rozliczeniowych udzielonych świadczeń wysokospecjalistycznych oraz średniej cenie tych jednostek w Funduszu, w roku poprzednim.

Ponadto, odpowiednio do regulacji ustawowej, przy obliczaniu tych wskaźników będą brane pod uwagę świadczenia wysokospecjalistyczne udzielane ubezpieczonym zarejestrowanym w danym oddziale wojewódzkim Funduszu przez świadczeniodawców, którzy mają umowy na udzielanie świadczeń zawarte z tym oddziałem. Natomiast część z tych świadczeń, udzielanych w ramach migracji, będzie rozliczana bezpośrednio pomiędzy oddziałami wojewódzkimi Funduszu.

W tym zakresie, zaktualizowano również załącznik nr 2 do rozporządzenia zawierający wykaz uwzględnianych świadczeń wysokospecjalistycznych (na podstawie wykazu świadczeń przekazanego przez Fundusz). Bezpośrednim powodem tej aktualizacji jest zmiana w katalogu świadczeń kontraktowanych przez Fundusz. Należy przy tym podkreślić, że zachowano te same kryteria doboru świadczeń, co w dotychczas obowiązującym rozporządzeniu, co powoduje, iż zdecydowana większość świadczeń w tym załączniku nie uległa zmianie.

Biorąc pod uwagę dyspozycję ustawową, zgodnie z którą nowy algorytm podziału środków stosuje się zaczynając od planu finansowego na 2008 r. oraz zważywszy na ustawowe terminy zatwierdzenia planu finansowego Funduszu, proponuje się wejście w życie rozporządzenia w dniu ogłoszenia.

Uwzględniając przepisy art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2007 r. Nr 68, poz. 449 (tekst

jednolity)) należy stwierdzić, iż ważnym interesem państwa, wymagającym natychmiastowego wejścia w życie niniejszego rozporządzenia jest konieczność utworzenia planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2008 rok do dnia 20 września 2007 r. Wydaje się też, iż fakt ten nie stoi na przeszkodzie realizacji zasad demokratycznego państwa prawnego, gdyż przedmiotowe rozporządzenie nie dotyczy praw i obowiązków podmiotów innych niż Narodowy Fundusz Zdrowia.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego.

Projekt przedmiotowego rozporządzenia oddziałuje przede wszystkim na Narodowy Fundusz Zdrowia, a w szczególności na jego oddziały wojewódzkie. Będzie również oddziaływać na Ministra Zdrowia oraz Ministra Finansów, w szczególności w przypadku ustalania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. Konsultacje społeczne i uzgodnienia międzyresortowe.

Projekt, z uwagi na swoją materię i skutki, zostanie przesłany do uzgodnień międzyresortowych oraz - zgodnie z art. 119 ustawy - Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. Wpływ regulacji na sektor finansów publicznych, w tym budżet państwa oraz budżety jednostek samorządu terytorialnego.

Projektowana regulacja nie spowoduje dodatkowych skutków finansowych dla budżetu państwa, budżetów jednostek samorządu terytorialnego, a także innych podmiotów sektora finansów publicznych.

4. Wpływ regulacji na rynek pracy.

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie na rynek pracy.

5. Wpływ regulacji na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie na konkurencyjność wewnętrzną i zewnętrzną gospodarki.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionów.

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie na sytuację i rozwój regionów - spowodowana przez rozporządzenie zmiana podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu może w niewielkim stopniu zmienić proporcje alokowanych pomiędzy województwa środków w stosunku do alokacji dotychczasowej.

7. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.