

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾
z dnia2009 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 Funduszowi Zdrowia, zwanemu dalej „Funduszem”, przez apteki, określone w przepisach odrębnych, 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 planowania;
- 2) jednostka rozliczeniowa – jednostkę rozliczeniową w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 9 lub 10 ustawy;
- 3) kapitacyjna stawka roczna – kapitacyjną stawkę roczną w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 9 lub 10 ustawy;
- 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 – ryczałt w rozumieniu przepisów wydanych na podstawie art. 137 ust. 9 lub 10 ustawy.

§ 2.

1. Łączną wysokość planowanych środków na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie 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 10000 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, kapitałowej 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 porozumieniu:
MINISTER FINANSÓW

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 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989 i Nr , poz.

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 niniejszego rozporządzenia.

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. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą”, 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 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).

Konieczność wydania przedmiotowego rozporządzenia wynika przede wszystkim ze zmiany art. 118 ustawy, która została dokonana ustawą z dnia 25 września 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr, poz.).

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

1. Usunięto wskaźnik wynikający ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej. Zmiana wynika wprost ze zmiany ustawy.
2. W ramach upoważnienia ustawowego wyodrębniono dwie grupy świadczeń opieki zdrowotnej – świadczenia wysokospecjalistyczne i pozostałe świadczenia. (podobnie jest w obecnym rozporządzeniu, które określa wykaz świadczeń uwzględnianych przy obliczaniu wskaźnika świadczeń wysokospecjalistycznych). Do grupy świadczeń wysokospecjalistycznych zaliczono świadczenia w zakresie terapeutycznych programów zdrowotnych (w odniesieniu do roku 2008 były to terapeutyczne programy lekowe) oraz inne świadczenia, których wartość jednostkowa wynosiła co najmniej 10000 zł. Zmiana listy świadczeń w tym zakresie wynika przede wszystkim ze zmian w zakresie warunków udzielania oraz kosztów jednostkowych świadczeń, jak również ze zmiany sposobu rozliczania świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne w związku z wprowadzeniem od dnia 1 lipca 2008 r. systemu rozliczeń opartego na jednorodnych grupach pacjentów.

Zmieniono również sposób uwzględniania tej grupy świadczeń. Dla każdej grupy ubezpieczonych, w zakresie każdej z grup świadczeń, będzie obliczane ryzyko zdrowotne. Dotychczas uwzględnianie świadczeń wysokospecjalistycznych polegało na wyodrębnieniu kwoty środków na świadczenia wysokospecjalistyczne i dzielenie tej kwoty pomiędzy oddziały wojewódzkie według proporcji udziału tych oddziałów w ogólnej puli kosztów świadczeń wysokospecjalistycznych. Wada takiej metody polegała na tym, że zakładała, iż w roku następnym będzie taki sam udział świadczeń wysokospecjalistycznych jak w roku poprzednim, nie uwzględniając przy tym zróżnicowania ryzyk zdrowotnych przypisanych ubezpieczonym z różnych grup wiekowo-płciowych. Ponadto uwzględniano koszt świadczeń wysokospecjalistycznych pokryty przez dany oddział, zamiast uwzględniać koszt świadczeń wysokospecjalistycznych udzielonych ubezpieczonym tego oddziału, jak to zostało przewidziane w obecnym projekcie.

3. Zmieniono grupę odniesienia – dotychczas do grupy odniesienia zaliczano ubezpieczonych w wieku 3 lat i więcej, natomiast w projekcie proponuje się, aby grupę odniesienia stanowili wszyscy ubezpieczeni. Zmiana ta ma charakter precyzujący i wynika z poprawienia jakości danych sprawozdawczych Funduszu.

Biorąc pod uwagę dyspozycję ustawową, zgodnie z którą nowy algorytm podziału środków stosuje się zaczynając od planu finansowego na 2010 r. oraz zważywszy na konieczność dostosowania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2010 r. przed rozpoczęciem procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, proponuje się wejście w życie rozporządzenia w dniu ogłoszenia. Planuje się wejście w życie przedmiotowego rozporządzenia w dniu wejścia w życie ww. ustawy z 25 września 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wejście w życie rozporządzenia z dniem ogłoszenia nie jest sprzeczne z zasadami demokratycznego państwa prawnego z uwagi na to, że zawiera ono regulacje nienaruszające praw podmiotowych osób trzecich i jest skierowane do organów władzy publicznej, natomiast ważnym interesem państwa wymagającym natychmiastowego wejścia w życie ww. przepisu, uzasadniającym skrócenie *vacatio legis* jest potrzeba niezwłocznego podjęcia działań koniecznych do realizacji celów ustawy, na przykład w zakresie sporządzania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2010 r., który jest podstawą do kontraktowania świadczeń na rok 2010.

Zgodnie z art. 119 ustawy Minister Zdrowia wystąpił do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o opinię w sprawie przedmiotowego projektu rozporządzenia.

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

Projekt rozporządzenia, stosownie do przepisów ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. Nr 169, poz. 1414 oraz z 2009 r. Nr 42, poz. 337), został opublikowany na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia oraz udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej.

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 poddany konsultacjom społecznym, między innymi z takimi organizacjami jak Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, związki zawodowe pracodawców działających w ramach ochrony zdrowia, organizacje zrzeszające przedstawicieli samorządów terytorialnych, a także zostanie przekazany do uzgodnień międzyresortowych oraz zgodnie z 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.), zostanie przesłany 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 gospodarki i przedsiębiorczość, w tym funkcjonowanie przedsiębiorstw

Przyjęcie projektowanej regulacji nie będzie miało wpływu w przedmiotowym zakresie.

6. Wpływ regulacji na sytuację i rozwój regionalny.

Przyjęcie projektowanej regulacji nie wpłynie na sytuację i rozwój regionalny - 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.