

**ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia2005 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) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Ustala się algorytm 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) ustawa – ustawę z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135);
- 2) Fundusz – Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 3) rok poprzedni oraz lata poprzednie – uwzględnione lata poprzedzające rok planowania;
- 4) rok planowania – rok, w którym tworzy się plan finansowy Funduszu w trybie określonym w art. 121 ustawy;
- 5) właściwy oddział wojewódzki Funduszu – oddział wojewódzki Funduszu, w którym jest zarejestrowany ubezpieczony;
- 6) planowane wydatki oddziałów wojewódzkich Funduszu na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych – środki przeznaczone na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej z wyłączeniem środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, o których mowa w art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. a;
- 7) wskaźnik ryzyka zdrowotnego – wskaźnik przypisany grupie ubezpieczonych, wyróżnionej ze względu na wiek i płeć;
- 8) wskaźnik dotyczący migracji – wskaźnik wynikający z uwzględnienia migracji ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu do świadczeniodawców mających zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z jednym z oddziałów wojewódzkich Funduszu innym niż właściwy oddział wojewódzki Funduszu;
- 9) wskaźnik dotyczący świadczeń wysokospecjalistycznych – wskaźnik wynikający z wartości świadczeń wysokospecjalistycznych udzielonych przez świadczeniodawców mających zawarte umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z danym oddziałem wojewódzkim Funduszu;
- 10) jednorodne jednostki rozliczeniowe świadczeń udzielonych ubezpieczonym – jednostki rozliczeniowe służące do rozliczania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, określone w materiałach dotyczących procesu postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 146 ustawy;
- 11) wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ubezpieczonemu – wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ubezpieczonemu ustaloną zgodnie z zasadami sformułowanymi w § 4 ust. 2-4.

§ 3.

1. Łączną wysokość planowanych wydatków oddziałów wojewódzkich Funduszu na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych oblicza się jako różnicę pomiędzy wysokością planowanych wydatków Funduszu na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych a wysokością planowanych wydatków centrali Funduszu na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, obliczoną zgodnie z art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. a ustawy.
2. Środki na planowane wydatki oddziałów wojewódzkich Funduszu na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych ustala się zgodnie z Algorytmem podziału środków pomiędzy

oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych zamieszczonym w załączniku nr 1 do rozporządzenia, z zastrzeżeniem § 8.

§ 4.

1. Wskaźniki ryzyka zdrowotnego, wskaźniki dotyczące migracji oraz wskaźniki dotyczące świadczeń wysokospecjalistycznych oblicza się w sposób uwzględniający wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ubezpieczonym.
2. Przy obliczaniu wskaźnika dotyczącego świadczeń wysokospecjalistycznych uwzględnia się świadczenia opieki zdrowotnej zamieszczone w załączniku nr 3 do rozporządzenia.
3. Na podstawie sprawozdań statystycznych świadczeniodawców z realizacji umów zawartych między Funduszem a tymi świadczeniodawcami w latach poprzednich, ustala się – dla każdego roku poprzedniego - liczbę jednorodnych jednostek rozliczeniowych udzielonych poszczególnym ubezpieczonym świadczeń wraz z ich wartością.
4. Z liczby jednorodnych jednostek rozliczeniowych udzielonych poszczególnym ubezpieczonym świadczeń wraz z ich wartością, o których mowa w ust. 2, wyodrębnia się świadczenia wysokospecjalistyczne.
5. Dla każdego roku poprzedniego – przyporządkowuje się świadczenia udzielone poszczególnym ubezpieczonym, o których mowa w ust. 3 i 4, wraz z ich wartością do poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, uwzględniając wskazanie właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.
6. W oparciu o Centralny Wykaz Ubezpieczonych, według stanu na dzień 30 czerwca, dla roku planowania oraz dla każdego roku poprzedniego, dla każdego ubezpieczonego ustala się: jego numer PESEL, wiek, płeć i właściwy oddział wojewódzki Funduszu.

§ 5.

1. Ustala się następujące grupy ubezpieczonych:
 - 1) ubezpieczeni w wieku do 6 lat;
 - 2) ubezpieczeni mężczyźni w wieku 7 do 49 lat;
 - 3) ubezpieczone kobiety w wieku 7 do 49 lat;
 - 4) ubezpieczeni w wieku 50 lat i więcej.
2. Jako grupę odniesienia przyjmuje się grupę wszystkich ubezpieczonych łącznie.

§ 6.

1. W każdym z lat poprzednich, dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu, ustala się wartości świadczeń udzielonych ubezpieczonym przez świadczeniodawców, którzy mają zawarte z danym oddziałem wojewódzkim Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w podziale na właściwe oddziały wojewódzkie Funduszu.
2. W każdym z lat poprzednich, dla każdego z oddziałów wojewódzkich Funduszu, określa się:
 - 1) wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych przez świadczeniodawców, którzy mają zawarte z danym oddziałem wojewódzkim Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ubezpieczonym zarejestrowanym w pozostałych oddziałach wojewódzkich Funduszu;
 - 2) wartość świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ubezpieczonym zarejestrowanym w danym oddziale wojewódzkim Funduszu przez świadczeniodawców, którzy mają zawarte z pozostałymi oddziałami wojewódzkimi Funduszu umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Dla każdego z oddziałów wojewódzkich Funduszu oblicza się różnicę między wartością świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ubezpieczonym, o której mowa w ust. 2 pkt 1, a wartością świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ubezpieczonym, o których mowa w ust. 2 pkt 2, w każdym z lat poprzednich.
4. Ustala się wartość mnożnika dla wskaźników dotyczących migracji, zwanego „wagą”, w wysokości Waga jest jednakowa dla wszystkich oddziałów wojewódzkich Funduszu.

§ 7.

1. Dla każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu ustala się wartości świadczeń wysokospecjalistycznych udzielonych ubezpieczonym przez świadczeniodawców, którzy mają zawarte z danym oddziałem wojewódzkim Funduszu umowy o udzielanie świadczeń, w każdym z lat poprzednich.
2. Suma ustalonych na podstawie ust. 1 wartości świadczeń wysokospecjalistycznych udzielonych na terenie poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu stanowi wartość świadczeń wysokospecjalistycznych udzielonych w Funduszu, w każdym z lat poprzednich.

§ 8.

W przypadku, gdy w wyniku podziału środków w trybie określonym w załączniku nr 1, nie zostałyby spełniony warunek, o którym mowa w art. 118 ust. 4 ustawy, ostateczną wysokość środków przeznaczonych dla poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu ustala się zgodnie z Algorytmem ustalającym ostateczną wielkość wydatków poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu wynikającą z uwzględnienia warunku ustanowionego art. 118 ust. 4 ustawy zamieszczonym w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 9.

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 11 czerwca 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 134, poz. 1439).

***Załączniki od 1 do 3** do projektu rozporządzenia 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*

Materiał roboczy

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), zgodnie z którym minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, 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.

Projekt niniejszego rozporządzenia został opracowany na podstawie prac zespołu z udziałem przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Finansów, Narodowego Funduszu Zdrowia, przy udziale ekspertów krajowych oraz Banku Światowego.

W ramach powyższego upoważnienia projekt określa m.in.:

- 1) grupy ubezpieczonych wyróżnione ze względu na wiek i płeć;
- 2) sposób obliczania wskaźników ryzyka zdrowotnego, wskaźników dotyczących migracji oraz wskaźników dotyczących świadczeń wysokospecjalistycznych;
- 3) szczegółowy tryb wyliczania wysokości środków finansowych przypadających w roku następnym poszczególnym oddziałom wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia uwzględniając ww. wskaźniki;
- 4) szczegółowy tryb wyrównywania wysokości środków finansowych, wynikający z art. 118 ust. 4 ustawy.

W projekcie przyjęto 4 grupy ubezpieczonych wyróżnione ze względu na wiek i płeć: ubezpieczeni w wieku do 6 lat, ubezpieczeni mężczyźni w wieku 7-49 lat, ubezpieczone kobiety w wieku 7-49 lat, ubezpieczeni w wieku 50 lat i powyżej. Taki sposób podziału został zaproponowany przez ekspertów Banku Światowego jako: po pierwsze, wynikający z doświadczeń międzynarodowych, po drugie wystarczająco prosty, aby z jednej strony pozwolić na sprawne dokonanie podziału środków w sytuacji, gdy taki podział jest dokonywany po raz pierwszy, z drugiej strony – maksymalnie zbliżony do rozkładu kosztów świadczeń w poszczególnych grupach wiekowo-płciowych. Ponadto, w chwili obecnej nie ma takich danych o zróżnicowaniu demograficznym poszczególnych województw, które uzasadniałyby przyjęcie większej liczby grup.

Projekt określa szczegółowe kryteria i tryb wyliczenia wskaźników ryzyka zdrowotnego, wskaźników dotyczących migracji oraz wskaźników dotyczących świadczeń wysokospecjalistycznych. Wskaźniki te zostaną wyliczone przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie danych z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych oraz z raportów statystycznych świadczeniodawców z realizacji umów zawartych między Narodowym Funduszem Zdrowia a świadczeniodawcami w latach poprzednich.

Dodatkowo wprowadza się wagę dla wskaźników dotyczących migracji dla wszystkich oddziałów wojewódzkich Funduszu. Waga ta jest mnożnikiem wspomnianych wskaźników i jest jednakowa dla wszystkich oddziałów wojewódzkich Funduszu. Wprowadza się ją dla zapewnienia stopniowego dochodzenia do docelowego podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Funduszu.

Projekt określa, że łączną wysokość planowanych wydatków oddziałów wojewódzkich Funduszu na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych oblicza się jako różnicę pomiędzy wysokością planowanych wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych a wysokością planowanych wydatków centrali Narodowego Funduszu Zdrowia na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast wysokość planowanych wydatków centrali Narodowego Funduszu Zdrowia na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej będzie ustalana na podstawie art. 118 ust. 2 pkt 1 lit. a ustawy.

Zgodnie z rozporządzeniem możliwe będą dwa etapy przy wyliczeniu wysokości środków finansowych przypadających w roku następnym dla danego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. W pierwszym etapie wysokość planowanych środków będzie ustalana zgodnie z zawartym w załączniku nr 1 „Algorytmem podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych”. Jeżeli w trakcie takich wyliczeń okazałoby się, że na któryś z oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia przypadłyby środki w wysokości mniejszej niż to przewiduje plan finansowy z poprzedniego roku, zgodnie z ww. art. 118 ust. 4 ustawy, zastosowanie miałby zawarty w załączniku nr 2 „Algorytm ustalający ostateczną wielkość wydatków poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu wynikającą z uwzględnienia warunku ustanowionego art. 118 ust. 4 ustawy”. W wyniku takiego wyrównania zostałaby spełniona dyspozycja art. 118 ust. 4, zgodnie z którym planowane wydatki na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej danego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia nie mogą być niższe niż wysokość wydatków zaplanowanych w planie finansowym dla danego oddziału na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych w roku poprzednim.

Biorąc pod uwagę, że proponowany w projekcie sposób podziału środków finansowych jest przedstawiany po raz pierwszy oraz brak w dotychczas zbieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych wartości niezbędnych do przeprowadzenia symulacji finansowych, konieczne było wygenerowanie nowych danych w odpowiednim układzie. W związku z tym opracowanie rozporządzenia w terminie wcześniejszym nie było możliwe.

Dlatego oraz ze względu na konieczność wydania przedmiotowego rozporządzenia przed tworzeniem planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 r. niezbędne jest, aby przedmiotowe rozporządzenie weszło w życie w dniu ogłoszenia. Należy przy tym zaznaczyć, że projekt zawiera dyspozycje faktycznie dotyczące podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie oraz centralę Narodowego Funduszu Zdrowia niezbędne w trakcie tworzenia planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia. W związku z tym dyspozycje te będą wykonywane przez podmiot ustawowo zobowiązany do przygotowania projektu planu finansowego – Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Przedstawiciele Narodowego Funduszu Zdrowia brali aktywny udział w bieżących pracach nad przedmiotowym projektem, dlatego brak *vacatio legis* w przedmiotowym projekcie nie powinien powodować utrudnień w jego wprowadzeniu.

OCENA SKUTKÓW REGULACJI

1. Podmioty, na które oddziałuje projekt aktu prawnego.

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

2. Konsultacje społeczne.

Projekt, z uwagi na swoją materię i skutki dotyczące podziału środków finansowych pomiędzy poszczególne oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, zostanie poddany konsultacjom społecznym między innymi z takimi organizacjami jak Naczelna Izba Lekarska, Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych, związki pracodawców działających w ramach ochrony zdrowia, organizacje zrzeszające przedstawicieli samorządów terytorialnych, a także zostanie przekazany do uzgodnień międzyresortowych oraz 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. W tym nie wpłynie również na Narodowy Fundusz Zdrowia jako całość.

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 może spowodować zmianę wysokości środków finansowych przekazywanych poszczególnym oddziałom wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

7. Zgodność regulacji z prawem Unii Europejskiej.

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.