

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 9.04.2008

nr 2056 podpis [signature]



MINISTER ZDROWIA

MZ-UZ-F-070-11449-1/MC/08

Warszawa, 2008-04-01

[Stamp: Ministerstwo Zdrowia, 4.04.08, 2508, Pan, Mezur] [Signature]

Bogdan Borusewicz
Marszałek Senatu
Rzeczypospolitej Polskiej

[Handwritten signature]

W odpowiedzi na oświadczenie Pana Marka Konopki, Senatora Rzeczypospolitej Polskiej, złożone na 6 posiedzeniu Senatu w dniu 6 marca 2008 r., w sprawie „wyceny usług medycznych w lecznictwie szpitalnym i specjalistycznym, a także nierówności w nakładach na jednego mieszkańca w poszczególnych regionach”, przesłane przy piśmie Marszałka Senatu z dnia 13 marca 2008 r., znak: BPS/DSK-043-220/08, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Odnosząc się do kwestii wyceny usług medycznych w lecznictwie szpitalnym i specjalistycznym uprzejmie informuję, iż zadania z zakresu określania jakości i dostępności oraz analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie, zgodnie z przepisem art. 97 ust 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) należą do kompetencji Narodowego Funduszu Zdrowia. Ww. zadania w imieniu Funduszu realizują dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu (art. 107 ust. 5 ustawy o świadczeniach), gdyż właśnie oni posiadają najpełniejszą wiedzę dotyczącą zapotrzebowania na liczbę i rodzaj świadczeń zdrowotnych w danym regionie, przy jednoczesnej odpowiedzialności za efektywne i bezpieczne gospodarowanie środkami finansowymi kierowanych przez siebie oddziałów.

Podkreślić należy, iż wycena punktu jest wypadkową z jednej strony ilości środków postawionych do dyspozycji poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu (będących pochodną kwoty składek na ubezpieczenia zdrowotne i tzw. algorytmu ich podziału pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu), z drugiej - ilości świadczeń opieki zdrowotnej

przewidzianej do zakontraktowania przez dany oddział w planie rzeczowo-finansowym oddziału.

Autonomiczność dyrektorów oddziałów wojewódzkich w tym zakresie oraz zasady kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej (w formie konkursu ofert albo rokowań, gdzie jednym z kryteriów oceny oferty jest cena (art. 148 pkt 2 ustawy o świadczeniach), która ponadto może być negocjowana w części niejawnego konkursu (art. 142 ust. 6 pkt 2 ustawy o świadczeniach) może skutkować występowaniem różnic w wycenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej zarówno pomiędzy oddziałami wojewódzkimi Funduszu jak i pomiędzy świadczeniodawcami w ramach tego samego oddziału.

Dodatkowo uprzejmie informuję, iż z otrzymanego z Funduszu „Zestawienia liczby punktów oraz ich wartości w rodzaju „lecznictwo szpitalne” w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców” wynika, że liczba punktów/wartość zakontraktowanych świadczeń w latach 2006-2007 w Warmińsko-Mazurskim OW NFZ wyniosła odpowiednio: 336.173/3.309,4 tys. zł i 353.038/3.582,4 tys. zł, przy średniej dla Funduszu wynoszącej odpowiednio: 325.888/3.289,8 tys. zł i 343.925/3.611,9 tys. zł, co oznacza, że w roku 2007 w porównaniu do roku 2006 zakontraktowano więcej świadczeń oraz, że ilość świadczeń zakontraktowanych przez Warmińsko-Mazurski OW NFZ jest większa od średniej liczonej dla wszystkich oddziałów wojewódzkich NFZ.

Nawiązując do kwestii wysokości środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w przeliczeniu na ubezpieczonego należy podkreślić, iż wysokość ta zależy od podziału środków dokonanego przy pomocy specjalnego algorytmu. Podstawową funkcją przedmiotowego algorytmu jest taki podział środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu, który zapewni ubezpieczonym równy dostęp do tych świadczeń niezależnie od oddziału, w którym ubezpieczony jest zarejestrowany. Aby zrealizować ww. cel podział środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu musi uwzględniać najistotniejsze czynniki wpływające na takie zróżnicowanie wysokości tych środków, które umożliwi realizację przedmiotowego celu. Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach za takie czynniki uznano: liczbę ubezpieczonych wraz z przypisanymi im ryzykami zdrowotnymi, wskaźnik wynikający z liczby świadczeń wysokospecjalistycznych oraz wskaźnik wynikający ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej, a w roku 2006 i 2007 dodatkowo migrację ubezpieczonych.

Mając powyższe na uwadze ocena dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach nie powinna być dokonywana przez pryzmat kwoty środków przypadających na ubezpieczonego zarejestrowanego w danym oddziale wojewódzkim Funduszu.

Odnosząc się do kwestii „wprowadzenia systemowego rozwiązania umożliwiającego zniesienie dysproporcji w finansowaniu szpitali działających na terenach o niskim procencie zaludnienia” pragnę zwrócić uwagę, że od roku 1999 funkcjonuje w Polsce system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. W ramach tego systemu, niezależnie od formy organizacyjno-prawnej płatnika, środki finansowe pochodzą ze składek ubezpieczonych, natomiast płatnik/płatnicy działają na rzecz ubezpieczonych. Oznacza to, iż podstawowym celem systemu nie jest finansowanie infrastruktury świadczeniodawców, lecz zapewnienie dostępu do świadczeń dla ubezpieczonych. Z tego powodu, na obecnym etapie nie planuje się wprowadzenia zmian w systemie finansowania szpitali związanych z gęstością zaludnienia.

Odnosząc się do kwestii możliwości pozyskania przez Warmińsko-Mazurski OW NFZ dodatkowych środków z rezerwy ogólnej NFZ pragnę poinformować, że Prezes NFZ w dniu 29 stycznia 2008 r. (Zarządzenie Nr 7/2008/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 stycznia 2008 r. w sprawie uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2008 rok), po uzyskaniu pozytywnych opinii Ministra Zdrowia oraz Ministra Finansów, uruchomił środki z tej rezerwy w wysokości 467,96 mln zł, z czego Warmińsko-Mazurski OW NFZ otrzymał dodatkowo 16,01 mln zł.

Z powinienia

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Krzysztof Grzegorek