



# MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2008-02-11

MZ-UZ-F-070-10860-2/MC/08

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 14.02.08.

nr 938 podpis.

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

W odpowiedzi na oświadczenie Pana Andrzeja Persona, Senatora Rzeczypospolitej Polskiej, złożone na 4 posiedzeniu Senatu w dniu 16 stycznia 2008 r., dotyczące algorytmu podziału środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, przesłane przy piśmie Marszałka Senatu z dnia 24 stycznia 2008 r., znak: BPS/DSK-043-79/08, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Odnosząc się do kwestii równego dostępu ubezpieczonych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w kontekście tzw. algorytmu podziału środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia uprzejmie informuję, iż 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, przy jednoczesnym efektywnym wykorzystaniu przedmiotowych środków. 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 z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.), 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.

Podkreślić należy, iż wskaźnik wynikający ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej, do którego nawiązał Pan Senator, tak jak i wskaźnik wynikający z liczby świadczeń wysokospecjalistycznych, zgodnie z przepisem art. 118 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej jest dodatkowym wskaźnikiem, korygującym

zasadniczy podział środków wynikający z liczby ubezpieczonych zarejestrowanych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu wraz z przypisanymi im ryzykami zdrowotnymi.

Ponadto uprzejmie informuję, że zmiany, które zostały wprowadzone w zasadach podziału środków na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu zaczynając od planu finansowego Funduszu na 2008 r., wynikały z analizy funkcjonowania dotychczasowego podziału środków. Należy zwrócić uwagę na to, iż dotychczasowe regulacje w tej sprawie budziły wiele kontrowersji i sprzeciwów różnych podmiotów, np. z województwa: mazowieckiego, śląskiego, warmińsko-mazurskiego, podkarpackiego, opolskiego, podlaskiego, pomorskiego czy lubuskiego. Podkreślić należy, iż obecne regulacje w tym zakresie obowiązują od niedawna, a ich wpływ na system finansowania świadczeń opieki zdrowotnej jest na bieżąco analizowany. Ewentualne decyzje, co do zmiany obecnych zasad mogą być podjęte po zakończeniu prac analitycznych.

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 w latach 2006-2007 liczba punktów/wartość zakontraktowanych świadczeń w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ wyniosła odpowiednio: 362.437/3.607,0 tys. zł i 382.561/3.921,8 tys. zł, przy średniej dla Funduszu wynoszącej odpowiednio: 325.888/3.289,8 tys. zł i 343.925/3.611,9 tys. zł. Powyższe oznacza, że w ww. okresach rozliczeniowych w Kujawsko-Pomorskim OW NFZ liczba i wartość punktów w rodzaju lecznictwo szpitalne w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców jest znacząco wyższa od średniej dla wszystkich oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Odnosząc się do kwestii wysokości środków finansowych na świadczenia opieki zdrowotnej, którymi dysponują poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu w roku 2008 pragnę poinformować, że w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2008, w porównaniu do planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2007 obowiązującego w analogicznym okresie roku, założony jest istotny wzrost środków, przy czym we wszystkich oddziałach wojewódzkich Funduszu, wynoszący co najmniej 12,74%. W przypadku Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ wzrost środków wyniósł 13,88 %.

  
