



MINISTER ZDROWIA

MZ-UZ-F-070-29282-1/RL/12

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn. 07.01.2013r

nr. 65 podpis M. Patek

P. R. Ropch
SEKRETARIAT
Biura Prac Senackich
Wpłynęło dn. 8.01.13
nr. 109 podpis *RS*

Warszawa,

2012 -12- 11

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu RP

Szanowny Panie Marszałku!

W związku z oświadczeniem Pani Anny Aksamit, Senator Rzeczypospolitej Polskiej, złożonym podczas 20 posiedzenia Senatu RP w dniu 9 listopada 2012 r., w sprawie „uruchomienia funduszu zapasowego, w celu pokrycia niedoboru kwoty na świadczenia zdrowotne dla mazowieckich podmiotów leczniczych”, przesłanym przy piśmie Marszałka Senatu Rzeczypospolitej Polskiej, z dnia 16 listopada 2012 r., (znak: BPS/043-20-783/12), uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

W odniesieniu do kwestii dotyczącej uruchomienia funduszu zapasowego, uprzejmie informuję, że Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zarządzeniem nr 64/2012/DEF z dnia 17 października 2012 r. dokonała zmiany planu finansowego, zgodnie z trybem określonym w art. 129 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.), poprzez zwiększenie planowanych na 2013 rok kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim Funduszu o kwotę 256.134 tys. zł, ze środków pochodzących z funduszu zapasowego NFZ. Pozwoli to zabezpieczyć dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej mieszkańcom województwa mazowieckiego na poziomie roku 2012.

Z uzasadnienia do ww. zarządzenia wynika, że ww. wartość środków pochodzących z funduszu zapasowego dla Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ uwzględnia kwoty wynikające z:

- bilansu nierozliczonych pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ kosztów świadczeń zdrowotnych za 2009 r. udzielonych w ramach migracji ubezpieczonych, w wysokości 114.974 tys. zł,
- wyrównania planowanych nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej na 2013 r. w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim NFZ do obecnego poziomu na 2012 r., w wysokości 127.943 tys. zł,
- algorytmu podziału środków na świadczenia opieki zdrowotnej pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ, ustalonego na potrzeby planu finansowego NFZ na 2013 r., w wysokości 13.217 tys. zł.

Podział dodatkowych środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy poszczególne rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej został dokonany przez dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

Odnosząc się do kwestii dotyczącej zasad podziału środków finansowych pomiędzy poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ, uprzejmie informuję, że w związku z tym, iż zasady podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ wprowadzone na jesieni 2007 r. i obowiązujące do końca 2009 r. były kwestionowane przez wiele podmiotów jako powodujące dysproporcje w możliwościach finansowych poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ, Sejm RP poprzedniej kadencji przyjął ustawę z dnia 25 września 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 178, poz. 1374), zawierającą rozwiązania dotyczące zmiany zasad podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia. Zmiany te zaczęły obowiązywać, zaczynając od planu finansowego NFZ na 2010 r. i miały na celu, aby podział środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ oparty był przede wszystkim na kryteriach związanych z liczbą ubezpieczonych zarejestrowanych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu oraz ryzykach zdrowotnych przypisanych poszczególnym grupom ubezpieczonych w odniesieniu do wykonywanych świadczeń opieki zdrowotnej. Zrezygnowano tym samym z dodatkowej korekty podziału środków wskaźnikiem wynikającym ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach.

Obecnie obowiązujące zasady podziału środków pomiędzy OW NFZ są uregulowane w art. 118 ust. 3-4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.) oraz rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 119 ww. ustawy.

Zgodnie z ww. art. 118 ust. 3 planowane środki na pokrycie kosztów finansowania przez poszczególne oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych dzieli się pomiędzy te oddziały wojewódzkie Funduszu uwzględniając:

- liczbę ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu;
- wydzielone, według wieku i płci, grupy ubezpieczonych oraz wydzielone grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczenia wysokospecjalistyczne;
- ryzyko zdrowotne odpowiadające danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu z grupą odniesienia.

Istotny wpływ na ww. podział środków ma również ww. art. 118 ust. 4, zgodnie z którym planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki Funduszu nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla danego oddziału w roku poprzednim, zaplanowanych w pierwotnym planie finansowym NFZ. Przepis ten ma na celu stabilizację finansowania świadczeń w poszczególnych województwach, w związku z czym środki finansowe w żadnym oddziale wojewódzkim NFZ z roku na rok (porównując pierwotne plany finansowe) nie mogą spadać, co zapewnia w konsekwencji stabilność w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych.

Ww. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 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 193, poz. 1495), jak wynika z nazwy, reguluje szczegółowe zasady podziału środków.

Jak wynika z powyższego przy podziale środków uwzględnia się kilka czynników, przy czym liczba ubezpieczonych jest jednym z tych czynników, ale nie jedynym.

Istotny wpływ na podział środków mają również kryteria wiekowe i płciowe jak również konsumpcja świadczeń, w szczególności świadczeń kosztochłonnych.

Każda z wydzielonych na potrzeby podziału środków grupa wiekowo-płciowa ma przypisany wskaźnik korygujący, który wynika z realnych kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych ubezpieczonym zaliczonym do tej grupy. Wskaźnik ten pokazuje, o ile średnie koszty świadczeń przypadające na 1 ubezpieczonego z tej grupy różnią się od średnich kosztów świadczeń przypadających na 1 ubezpieczonego w grupie odniesienia (do grupy odniesienia zalicza się wszystkich ubezpieczonych w NFZ).

Reasumując powyższe, łączny wpływ wszystkich czynników branych pod uwagę przy podziale środków pomiędzy OW NFZ, w tym czynników demograficznych i kosztowych, determinuje wysokość udziału poszczególnych OW NFZ w ogólnej puli środków Funduszu przeznaczanych na świadczenia opieki zdrowotnej.

Odnosząc się do kwestii dotyczącej ewentualnych działań legislacyjnych w celu opracowania nowych zasad podziału środków finansowych pochodzących ze składki zdrowotnej na poszczególne województwa, uprzejmie informuję, że Ministerstwo Zdrowia nie planuje obecnie zmian w tym zakresie.

z poważaniem
Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
Sławomir Neumann
SEKRETARZ STANU
Sławomir Neumann