



MINISTER ZDROWIA

Warszawa, 2008 -02- 0 8

MZ-UZ-F-070-10860-3/MC/08

GABINET MARSZAŁKA SENATU

wpłynęło dn..... 14.02.08.....

nr..... 538..... podpis.....

Pan

Bogdan Borusewicz

Marszałek Senatu

Rzeczypospolitej Polskiej

W odpowiedzi na oświadczenie Pana Bohdana Paszkowskiego, Senatora Rzeczypospolitej Polskiej, złożone na 4 posiedzeniu Senatu w dniu 16 stycznia 2008 r., dotyczące różnic w wycenie punktu rozliczeniowego w lecznictwie szpitalnym w 2008 r. zaproponowanej przez poszczególne oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, przesłane przy piśmie Marszałka Senatu z dnia 24 stycznia 2008 r., znak: BPS/DSK-043-78/08, uprzejmie proszę o przyjęcie następujących informacji.

Odnosząc się do kwestii nierówności regionalnych w wycenie usług medycznych w lecznictwie szpitalnym 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 ubezpieczenie 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.

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 Podlaskim OW NFZ wyniosła odpowiednio: 371.709/3.657,9 tys. zł i 405.101/4.147,1 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 Podlaskim 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.

Autonomiczność dyrektorów oddziałów wojewódzkich w ww. 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.

Odnosząc się do kwestii algorytmu podziału środków na koszty świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia uprzejmie informuję, iż zgodnie z przepisami Konstytucji RP oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zadaniem władz publicznych jest zapewnienie ubezpieczonym równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Podkreślić należy, 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 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.

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.

W nawiązaniu do kwestii ewentualnej zmiany algorytmu podziału środków, 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. 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.

2 *grzegorek*

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
grzegorek
Krzysztof Grzegorek