

IWONA CZERSKA

BOŻENA JASIAK-KACZMAREK

**ALGORYTMY WYRÓWNAWCZE NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
JAKO MODELE PODZIAŁU ŚRODKÓW FINANSOWYCH
WE WSPÓŁCZESNEJ PUBLICZNEJ ORGANIZACJI ZDROWOTNEJ
W POLSCE**

Wprowadzenie

Algorytmy wyrównawcze stosowane w ochronie zdrowia, w Polsce i na świecie, opierają się na zróżnicowanych procedurach i uwzględniają różne czynniki ryzyka zdrowotnego. Wszystkie jednak mają jedną cechę wspólną – opracowywane są przez ludzi i dla ludzi. To człowiek jest odpowiedzialny za postać analityczną owych wzorów matematycznych i za ich działanie. To właśnie od decyzji konkretnych osób zależy wielkość przepływów finansowych między poszczególnymi regionami kraju. Ale czy odpowiednie postanowienia, rozporządzenia, procedury rzeczywiście odzwierciedlają sytuację ekonomiczną w służbie zdrowia danego państwa? Okazuje się, że nie zawsze.

Gdyby mechanizmy wyrównawcze w opiece zdrowotnej idealnie korygowały różnice w zasobności różnych rejonów Polski, nie podlegałyby ciągłej krytyce i nie wymagałyby częstych poprawek. Wydaje się zatem słusznym zwrócić uwagi na aktualną sytuację zdrowotną i gospodarczą kraju, aby modyfikacje algorytmów wyrównawczych były coraz lepsze i uwzględniały wskaźniki rzeczywiście różnicujące sytuację województw w Polsce.

Organizacja i struktura Narodowego Funduszu Zdrowia

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) to państwowa jednostka organizacyjna powołana do życia 23 stycznia 2003 roku przez Sejm Rzeczypospolitej Polskiej. W obecnym kształcie NFZ działa od 27 sierpnia 2004 roku w oparciu o ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Fundusz wypełnia w polskim systemie opieki zdrowotnej funkcję płatnika, tzn. ze środków pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego (9% dochodów osobistych) finansuje świadczenia zdrowotne udzielane ubezpieczonym i refunduje leki¹.

¹ Wikipedia, pl.wikipedia.org/wiki/Narodowy_Fundusz_Zdrowia.

Zgodnie z powyższym, w polskim systemie opieki zdrowotnej nie funkcjonują prywatni ubezpieczyciele ani inne podmioty konkurencyjne.

Głównymi organami NFZ są 10-osobowa rada i prezes Funduszu, a także rady oddziałów wojewódzkich Funduszu i stojący na ich czele dyrektorzy. Zarówno rada, jak i prezes powoływani są przez Prezesa Rady Ministrów na okres 5 lat. Prezes kieruje pracą Funduszu przy pomocy trzech zastępców:

- z-cy prezesa ds. medycznych,
- z-cy prezesa ds. finansowych,
- z-cy prezesa ds. służb mundurowych.

Struktura organizacyjna NFZ składa się z centrali, 16 oddziałów wojewódzkich oraz ich delegatur. Oddziały wojewódzkie działają we wszystkich województwach, a każdy z nich ma przyporządkowany sobie numer (identyfikator OW Funduszu). Struktura organizacyjna każdego oddziału wojewódzkiego Funduszu powinna być ujednolicona, a tym samym zgodna ze Statutem². Dyrektor każdego oddziału, podobnie jak prezes, ma do pomocy nie więcej niż trzech zastępców.

W ramach struktury organizacyjnej centrali występują wydziały, działy, sekcje i samodzielne stanowiska, a w ramach struktury organizacyjnej oddziałów wojewódzkich i w strukturach delegatur oddziałów mogą być tworzone działy, sekcje oraz samodzielne stanowiska pracy. Pracą wydziału kieruje naczelnik wydziału, działu – kierownik działu, sekcji – kierownik sekcji, natomiast pracownicy zatrudnieni na samodzielnych stanowiskach pracy podlegają bezpośrednio dyrektorowi.

Zadaniem Narodowego Funduszu Zdrowia jest przekazywanie pieniędzy na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane pacjentom przez zakłady opieki zdrowotnej oraz refundowanie leków. Pieniądze na świadczenia zdrowotne mogą być przekazywane zarówno Publicznym jak i Niepublicznym (czyli prywatnym) Zakładom Opieki Zdrowotnej. Procedura ta związana jest z wcześniejszym podpisaniem przez daną jednostkę opieki medycznej i NFZ tzw. „kontraktu” na świadczenie usług medycznych³. Kryteria i zasady podziału środków finansowych przekazywanych z centrali do każdego oddziału wojewódzkiego NFZ prezentują algorytmy wyrównawcze opisane w kolejnym rozdziale opracowania.

Algorytmy wyrównawcze Narodowego Funduszu Zdrowia

Od 1999 roku, czyli od momentu powstania Kas Chorych w Polsce, podział środków finansowych na świadczenia zdrowotne dla poszczególnych województw odbywał się na podstawie wyliczeń z algorytmu wyrównania finansowego, w którym jedynym czynnikiem różnicującym sytuację ówczesnych Kas Chorych był wiek ubezpieczonych osób, w tym liczba ubezpieczonych powyżej i poniżej 60 roku życia. Jednak algorytm ten nie sprawdził się w polskiej rzeczywistości, stąd Narodowy Fundusz Zdrowia, po likwidacji Kas Cho-

² Statut NFZ § 7.3.

³ <http://www.pronurse.eu/03357e99060c54215/03357e99060c5b21d/03357e991c0c87411/index.html>.

rych, w lipcu 2005 roku opracował nowy algorytm, uwzględniający grupy ubezpieczonych wydzielonych według struktury wieku i płci, wskaźnik ryzyka zdrowotnego, wskaźnik dotyczący migracji oraz wskaźnik dotyczący świadczeń wysokospecjalistycznych. Wskaźniki zostały obliczone przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie danych z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych oraz raportów statystycznych świadczeniodawców z realizowanych w poprzednich latach umów z Funduszem⁴.

Rozdział środków finansowych pomiędzy oddziały Narodowego Funduszu Zdrowia został podzielony na dwa etapy. W pierwszym stosowano „Algorytm podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych” (wzór 1), który widnieje w DzU nr 126 poz. 1061 (załącznik 1) na stronie 8137. Natomiast w przypadku, gdy w wyniku podziału środków w trybie określonym w załączniku nr 1 nie zostałyby spełnione warunki, o którym mowa w art. 118 ust. 4 Ustawy, ostateczną wysokość środków przeznaczonych dla poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu ustalano zgodnie z „Algorytmem ustalającym ostateczną wielkość wydatków poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu wynikającą z uwzględnienia warunku, o którym mowa w art. 118 ust. 4 Ustawy” – (Załącznik nr 3) poz. 1061 i 1062 strona 8154⁵ – (wzór 2). Art. 118 ust. 4 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych brzmi: „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 planie finansowym (...)”.

Wzór 1⁶

Algorytm podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych

$$P^n = P \times (1 - u_{ws}) \times \left(\frac{\sum_{i=1}^l (S^{n,i} \times k^i)}{\sum_{x=1}^{16} \sum_{i=1}^l (S^{x,i} \times k^i)} + w \times m^n \right) + P \times u_{ws} \times ws^n,$$

gdzie:

- n – jeden z 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu,
- P – planowane wydatki wszystkich oddziałów wojewódzkich Funduszu na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych,

⁴ A. Banach: *Ile pieniędzy w 2006?* Uwagi do rozporządzenia ministra zdrowia. „Primum non nocere” 2005, nr 6, http://www.bil.org.pl/primum_non_nocere/2005/200506/s2.pdf.

⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2005 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, DzU nr 126 z 11 lipca 2005 r.

⁶ Źródło: DzU nr 126 poz. 1061 (załącznik 1), s. 8137.

- u_{ws} – udział planowanych wydatków na świadczenia wysokospecjalistyczne w planowanych wydatkach wszystkich oddziałów wojewódzkich Funduszu,
 $S^{n,i}$ – liczba ubezpieczonych w jednym z 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu w i -tej grupie ubezpieczonych, w roku planowania,
 k^i – średni wskaźnik ryzyka zdrowotnego dla i -tej grupy ubezpieczonych,
 w – waga wskaźników dotyczących migracji,
 m^n – średni wskaźnik dotyczący migracji,
 ws^n – średni wskaźnik dotyczący świadczeń wysokospecjalistycznych dla n -tego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Wzór 2⁷

Algorytm ustalający ostateczną wielkość wydatków poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu wynikającą z uwzględnienia warunku, o którym mowa w art. 118 ust. 4 Ustawy:

$$P_{ost}^n = \begin{cases} P_{rp}^n, & \text{gdy } \Delta P^n \leq 0 \\ P_{wyj}^n - \Delta P_{\leq 0} \times \frac{\Delta P^n}{\Delta P_{> 0}}, & \text{gdy } \Delta P^n > 0 \end{cases}$$

gdzie:

- n – jeden z 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu,
 P_{ost}^n – ostateczna wielkość planowanych wydatków poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych,
 P_{rp}^n – planowane wydatki jednego z 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu w roku planowania,
 P_{wyj}^n – planowane wydatki jednego z 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu wynikające z uwzględnienia ryzyk zdrowotnych, migracji i świadczeń wysokospecjalistycznych,
 ΔP^n – różnica wyznaczona według wzoru $\Delta P^n = P_{wyj}^n - P_{rp}^n$,
 $\Delta P_{\leq 0}$ – suma wartości bezwzględnych nie dodatnich różnic ΔP^n , dana wzorem $\Delta P_{\leq 0} = \Sigma(\Delta P^n, \text{gdy } \Delta P^n \leq 0)$,
 $\Delta P_{> 0}$ – suma dodatnich różnic ΔP^n , dana wzorem $\Delta P_{> 0} = \Sigma(\Delta P^n, \text{gdy } \Delta P^n > 0)$.

W sierpniu 2005 roku Minister Zdrowia wydał nowe rozporządzenie w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdro-

⁷ Źródło: DzU nr 126 poz. 1061 i 1062 (załącznik 3), s. 8154.

wotnej dla ubezpieczonych⁸. W załącznikach nr 1 i 3 znajdują się te same algorytmy, określone w lipcu 2005 roku, z jedną zasadniczą różnicą: słowo „wydatki” zastąpiono „kosztami”. Zastąpienie wydatków kosztami oznaczało, że w algorytmie wyrównania finansowego z lipca 2005 roku brano pod uwagę planowane wydatki na finansowanie świadczeń zdrowotnych, natomiast nowe rozporządzenie z sierpnia 2005 roku dotyczyło już kosztów finansowania świadczeń zdrowotnych, czyli rzeczywistych nakładów na opiekę zdrowotną.

Kolejny algorytm finansowy pojawił się we wrześniu 2007 roku jako załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2007 r.⁹ Ów wzór zawiera: liczbę ubezpieczonych, grupy ubezpieczonych, wskaźnik ryzyka zdrowotnego, średni wskaźnik udziału kosztów pracy w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej, przeciętny miesięczny dochód do dyspozycji gospodarstwa domowego, przypadający na 1 osobę w danym województwie i w Polsce, wartość świadczeń wysokospecjalistycznych (wzór 3–5).

Wzór 3¹⁰

Algorytm podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych:

$$P^n = P \times (1 - u_{ws}) \times F_n^Z + P \times u_{ws} \times ws^n,$$

gdzie:

- n – jeden z 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu,
- P – planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych przez wszystkie oddziały wojewódzkie Funduszu,
- u_{ws} – udział planowanych kosztów świadczeń wysokospecjalistycznych w planowanych kosztach finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych przez wszystkie oddziały wojewódzkie Funduszu.

Wzór 4¹¹

Wielkość uwzględniająca wskaźnik ryzyka zdrowotnego:

$$F_n^Z = \frac{F_n^0}{\sum_{y=1}^{16} F_y^0},$$

⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2005 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, DzU nr 134 z dnia 5 sierpnia 2005.

⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2007 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, DzU nr 171 z 2007 poz. 1210.

¹⁰ Źródło: załącznik 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2007 r.

¹¹ *Ibidem*.

Wzór 5¹²

Wielkość uwzględniająca wskaźnik udziału kosztów pracy, przeciętny miesięczny dochód na osobę:

$$F_n^0 = \frac{\sum_{i=1}^q (S^{n,i} \times k^i)}{\sum_{x=1}^{16} \sum_{i=1}^q (S^{x,i} \times k^i)} \times (1 - wkp + wkp \times wsk_n).$$

Najnowszy algorytm finansowy, obowiązujący do dziś, został opracowany w 2009 roku na podstawie Rozporządzenia 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 ubezpieczonych¹³. Ów algorytm był odpowiedzią na krytykę poprzedniego wzoru, który uzależniał wysokość środków trafiających do oddziałów wojewódzkich NFZ od dochodów gospodarstw domowych, znajdujących się na ich terenie. To sprawiło, że do biedniejszych regionów trafiało mniej pieniędzy na leczenie. Omawiany algorytm ma nową postać w porównaniu do poprzednich i nie zawiera wskaźnika dochodowego. Zawiera natomiast: liczbę ubezpieczonych, grupy ubezpieczonych, wskaźniki demograficzne, epidemiologiczne, wskaźnik świadczeń wyspospecjalistycznych (wzór 6, wzór 7). Według nowych przepisów, od stycznia 2010 roku środki docierające do regionalnych oddziałów NFZ są dostosowane do ilości i kosztów wykonywanych świadczeń medycznych.

Wzór 6¹⁴

Algorytm podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych

$$P^n = P \times U^n$$

Wzór 7¹⁵

Udział n -tego oddziału wojewódzkiego Funduszu w planowanych środkach na pokrycie kosztów finansowania przez Fundusz świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych:

¹² *Ibidem*.

¹³ 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, DzU nr 193 z 2009 poz. 1495.

¹⁴ Źródło: załącznik 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r.

¹⁵ *Ibidem*.

$$U^n = \frac{\sum_{i=1}^q (S^{n,i} \times k^i) + \sum_{i=1}^q (S^{n,i} \times k_a^i \times a^n)}{\sum_{x=1}^{16} \left(\sum_{i=1}^q (S^{x,i} \times k^i) + \sum_{i=1}^q (S^{x,i} \times k_a^i \times a^x) \right)}$$

Obecny algorytm również jest ostro krytykowany przez środowisko lekarskie.

Mankamenty algorytmu z 2009 roku

Obowiązujący obecnie algorytm podziału środków finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia nie jest pozbawiony wad. Generalnie ów wzór jest skomplikowany i mało czytelny. Zawiera aż 203 grupy wiekowe, w tym 200 grup wiekowych (rocznikowych) od 0 do 99 (oddzielnie dla kobiet i mężczyzn) oraz grupę mężczyzn i kobiet w wieku powyżej 99 lat¹⁶.

Kolejnym mankamentem owego algorytmu jest fakt, iż do obliczeń planowanych środków na pokrycie kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych dla każdego oddziału wojewódzkiego NFZ stosuje się te same ogólnopolskie wskaźniki ryzyka zdrowotnego, co oznacza, że nie różnicuje się województw ze względu na stopień urbanizacji, stan zdrowotny mieszkańców, liczbę i rozmiary szpitali ani ich zadłużenie powstałe w okresie działalności Kas Chorych¹⁷. Wskaźniki te oparte są jedynie na stosunku wartości świadczeń zdrowotnych udzielonych na jednego ubezpieczonego w danej grupie ubezpieczonych w roku poprzednim do wartości świadczeń udzielonych na jednego ubezpieczonego w grupie odniesienia w roku poprzednim.

Podsumowanie

Na podstawie przeglądu zaprezentowanych algorytmów wyrównawczych oraz wiedzy z zakresu działalności polskiej służby zdrowia dokonano podsumowania i wyciągnięto następujące wnioski: analizując dotychczasowe funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej po wprowadzeniu reform systemowych można bez wątplenia stwierdzić, iż kolejne, nie do końca zaplanowane zmiany, wprowadziły chaos w realizacji podstawowego zadania opieki zdrowotnej w Polsce, a mianowicie zapewnieniu bezpłatnego dostępu do usług medycznych polskiemu społeczeństwu. Zaistniałe dysfunkcje systemu pogłębiane są ponadto brakiem

¹⁶ W. Misiąg, M. Tomalak: *Analiza algorytmów podziału środków publicznych z punktu widzenia polityki regionalnej*, opracowanie wykonane w Instytucie Badań nad Gospodarką Rynkową na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2010, s. 28.

¹⁷ E. Malinowska-Misiąg, W. Misiąg, M. Tomalak: *Centralne finansowanie edukacji i ochrony zdrowia w Polsce. Analiza regionalna*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową na zlecenie Brookings Institution i Results for Development, Warszawa 2008.

wystarczającej ilości środków finansowych w systemie, albo też – jak podkreśla wielu specjalistów – złym ich redystrybuowaniem¹⁸.

Mimo stosowania algorytmów wyrównawczych, środki na ubezpieczonego w poszczególnych województwach nigdy nie będą dokładnie takie same, ponieważ pacjenci migrują, nie we wszystkich województwach wykonuje się również świadczenia wysokospecjalistyczne.

Nie ma w dalszym ciągu jednego idealnego wzoru regulującego przepływy finansowe w polskiej służbie zdrowia. Niezbędne są ciągłe modyfikacje i dostosowywanie algorytmu do obecnych warunków opieki zdrowotnej w naszym kraju.

Docelowo należałoby zaproponować model prognozowania kosztów, który oprócz wieku, płci i zachorowalności uwzględniałby dane dotyczące kosztów leczenia poszczególnych chorób, w tym tych najbardziej kosztownych i występujących masowo w naszym kraju.

Najdroższe choroby występujące masowo w Polsce to przede wszystkim choroby przewlekłe, głównie wśród osób powyżej 60. roku życia. Można tu wymienić: gruźlicę, zaburzenia psychiczne, miażdżycę, wrzody żołądka i dwunastnicy, choroby wątroby, uczulenia (alergie), nerwice, choroby kości (kręgosłupa), nadciśnienie, chorobę niedokrwinną serca oraz nowotwory¹⁹. W związku ze starzeniem się społeczeństwa będzie wzrastać poziom zachorowania na owe choroby, których występowanie w poszczególnych województwach jest zróżnicowane.

W związku z powyższą sytuacją przyszłe algorytmy finansowe powinny kłaść główny nacisk na koszty związane z leczeniem chorób przewlekłych wśród seniorów.

Literatura

Banach A.: *Ile pieniędzy w 2006?* Uwagi do rozporządzenia ministra zdrowia, „Primum non nocere” 2005, nr 6,

http://www.bil.org.pl/primum_non_nocere/2005/200506/s2.pdf.

Buchelt-Nawara B.: *ZZL w jednostkach sektora usług medycznych*, [w:] *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*, red. H. Król, A. Ludwicyński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.

Czerna I.: *Ekonometryczna analiza mechanizmu wyrównawczego Kas Chorych*. Rozprawa doktorska wykonana na Wydziale Informatyki i Zarządzania Politechniki Wrocławskiej pod kierunkiem prof. dra hab. Jacka Mercika, Wrocław 2011.

DzU nr 126 poz. 1061 (załącznik 1).

¹⁸ B. Buchelt-Nawara: *ZZL w jednostkach sektora usług medycznych*, [w:] *Zarządzanie zasobami ludzkimi. Tworzenie kapitału ludzkiego organizacji*, red. H. Król, A. Ludwicyński, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.

¹⁹ I. Czerna: *Ekonometryczna analiza mechanizmu wyrównawczego Kas Chorych*, Rozprawa doktorska wykonana na Wydziale Informatyki i Zarządzania Politechniki Wrocławskiej pod kierunkiem prof. dra hab. Jacka Mercika, Wrocław 2011.

DzU nr 126 poz. 1061 i 1062 (załącznik 3).

Malinowska-Misiąg E., Misiąg W., Tomalak M.: *Centralne finansowanie edukacji i ochrony zdrowia w Polsce. Analiza regionalna*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową na zlecenie Brookings Institution i Results for Development, Warszawa 2008.

Misiąg W., Tomalak M.: *Analiza algorytmów podziału środków publicznych z punktu widzenia polityki regionalnej*, opracowanie wykonane w Instytucie Badań nad Gospodarką Rynkową na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Warszawa 2010.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lipca 2005 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, DzU nr 126 z 11 lipca 2005 r.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2005 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, DzU nr 134 z dnia 5 sierpnia 2005.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2007 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, DzU nr 171 z 2007 poz. 1210.

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, DzU nr 193 z 2009 poz. 1495.

Statut NFZ § 7.3.

Wikipedia, pl.wikipedia.org/wiki/Narodowy_Fundusz_Zdrowia.

Załącznik 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2007 r.

Załącznik 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r.

<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=4&artnr=3184>.

<http://www.pronurse.eu/03357e99060c54215/03357e99060c5b21d/03357e991c0c87411/index.html>.

dr Iwona Czerska

*Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy
Wydział Zarządzania i Informatyki, Zakład Rachunkowości
Finansów i Metod Ilościowych*

mgr Bożena Jasiak-Kaczmarek

*Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa im. Witelona w Legnicy
Wydział Zarządzania i Informatyki
Zakład Ekonomii i Zarządzania*

Streszczenie

Przedmiotem niniejszego opracowania jest przegląd i krytyka algorytmów wyrównawczych Narodowego Funduszu Zdrowia. Dzięki literaturze poświęconej temu zagadnieniu można wnioskować, iż temat jest wciąż aktualny i stale znajduje się w centrum uwagi środowisk medycznych, naukowych i władz gospodarczych. To właśnie stało się inspiracją i uzasadnieniem wyboru tematu referatu, tym bardziej, że obecny algorytm jest ciągle krytykowany i wymaga zmian. Na wstępie scharakteryzowano strukturę organizacyjną Narodowego Funduszu Zdrowia. Następnie zaprezentowano algorytmy wyrównawcze publicznego płatnika służby zdrowia w Polsce. Zwrócono uwagę na mankamenty obecnego algorytmu. Stwierdzono, iż nie istniał i nadal nie ma idealnego modelu podziału środków finansowych w publicznej ochronie zdrowia w Polsce. Mimo ciągłych modyfikacji algorytmy nie uwzględniają kosztów leczenia chorób przewlekłych występujących przede wszystkim wśród osób powyżej 60. roku życia. Zdaniem autorek najnowsze wzory regulujące przepływy finansowe w opiece zdrowotnej powinny brać pod uwagę najbardziej kosztowne i występujące masowo choroby przewlekłe, w związku ze starzeniem się społeczeństwa, a tym samym wzrostem poziomu zachorowania na te choroby i zwiększaniem nakładów na leczenie seniorów.

COMPENSATION ALGORITHMS OF THE NATIONAL HEALTH FUND AS MODELS FOR THE DISTRIBUTION OF FINANCIAL RESOURCES IN THE MODERN PUBLIC HEALTH SERVICE IN POLAND

Summary

The purpose of this study is the review and the critique of the compensation algorithms of the National Health Fund. The literature on this subject suggests that the subject is still present among the medical, scientific and economic authorities. This became an inspiration and justification for the choice of our paper subject, all the more that the present algorithm is still criticized and requires changes. At first, the organizational structure of the National Health Fund was characterized. Then the compensation algorithm of the public payer in healthcare in Poland was presented. The attention was paid to the weaknesses of the present algorithm. It was found that the ideal model of the allocation of financial resources in public health in Poland has never existed. In spite of the continuous modifications the algorithms do not include the costs of the treatment of chronic diseases that occur first of all among people aged 60 and over. According to the authors, the latest models of financial cash flows in health care should take into account the most expensive and massively occurring chronic diseases, due to the aging of society, and thus due to the increase in these diseases and the cost increase in the treatment of seniors.