

# PRACE NAUKOWE

Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu

# RESEARCH PAPERS

of Wrocław University of Economics

Nr 410

**Zarządzanie ryzykiem  
w opiece zdrowotnej.  
Nadzór i kontrola zarządcza**

Redaktorzy naukowi  
Maria Węgrzyn  
Dariusz Wasilewski



Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
Wrocław 2015

Redakcja wydawnicza: Aleksandra Śliwka  
Redakcja techniczna: Barbara Łopusiewicz  
Korekta: Marcin Orszulak  
Łamanie: Małgorzata Czupryńska  
Projekt okładki: Beata Dębska

Informacje o naborze artykułów i zasadach recenzowania  
znajdują się na stronach internetowych  
[www.pracnaukowe.ue.wroc.pl](http://www.pracnaukowe.ue.wroc.pl)  
[www.wydawnictwo.ue.wroc.pl](http://www.wydawnictwo.ue.wroc.pl)

Publikacja udostępniona na licencji Creative Commons  
Uznanie autorstwa-Użycie niekomercyjne-Bez utworów zależnych 3.0 Polska  
(CC BY-NC-ND 3.0 PL)



© Copyright by Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu  
Wrocław 2015

**ISSN 1899-3192**  
**e-ISSN 2392-0041**

**ISBN 978-83-7695-556-8**

Wersja pierwotna: publikacja drukowana

Zamówienia na opublikowane prace należy składać na adres:  
Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu  
ul. Komandorska 118/120, 53-345 Wrocław  
tel./fax 71 36 80 602; e-mail: [econbook@ue.wroc.pl](mailto:econbook@ue.wroc.pl)  
[www.ksiegarnia.ue.wroc.pl](http://www.ksiegarnia.ue.wroc.pl)

## Spis treści

Wstęp.....	9
------------	---

---

### Część 1. Ryzyko systemowe

---

<b>Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek:</b> Organizacyjny błąd medyczny jako czynnik oceny ryzyka funkcjonowania ośrodków opieki zdrowotnej.....	13
<b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat:</b> Planowanie i realizacja profilaktycznych programów zdrowotnych w świetle czynników ryzyka zachorowań .....	24
<b>Piotr Karniej, Iwona Mazur:</b> Wykluczenie w zakresie zdrowia jako efekt ryzyka systemowego związanego z ograniczeniem dostępności do wybranych świadczeń zdrowotnych .....	34
<b>Iga Rudawska:</b> Europa seniorów, czyli ryzyko systemowe związane ze starzeniem się populacji .....	48
<b>Małgorzata Winter:</b> Ewidencja działalności podmiotu leczniczego a ryzyko przeoczenia nieprawidłowości w wydatkowaniu środków publicznych....	58

---

### Część 2. Ryzyko finansowe

---

<b>Dorota Korenik:</b> Benchmarking w ograniczaniu ryzyka w podmiotach leczniczych .....	69
<b>Justyna Kujawska:</b> Ryzyko w pozyskiwaniu kontraktów leczniczych .....	84
<b>Aleksandra Szewieczek:</b> Mierniki dokonań w działalności podmiotów leczniczych ze szczególnym uwzględnieniem kontroli zarządczej.....	93
<b>Maria Węgrzyn:</b> Wpływ algorytmu podziału środków finansowych na możliwość realizacji zadań wojewódzkich oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia.....	111

---

### Część 3. Ryzyko personalne

---

<b>Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel:</b> Proces przeprowadzania zmian organizacyjnych w podmiotach leczniczych a problemy w kierowaniu personelem .....	135
<b>Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek:</b> Menedżer ryzyka jako funkcja wspomagająca zarządzanie podmiotem leczniczym świadczącym usługi szpitalne .....	149

<b>Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer:</b> Metodyka badania satysfakcji pacjentów.....	170
<b>Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska:</b> Analiza oczekiwań pacjentów w wybranych aspektach oceny jakości usług zdrowotnych (infrastruktura zewnętrzna, niezawodność, wymiar materialny, warunki bytowe) .....	180

## Summaries

---

### Part 1. Systemic risk

---

<b>Katarzyna Dudek, Krzysztof Dudek:</b> Organizing malpractice as a factor of the risk assessment of health care centres functioning.....	13
<b>Anna Hnatyszyn-Dzikowska, Aleksandra Harat:</b> Planning and implementation of preventive health programs in view of the health risk factors .....	24
<b>Piotr Karniej, Iwona Mazur:</b> Exclusion in terms of health as a result of systemic risk connected with limiting the availability to chosen health care services .....	34
<b>Iga Rudawska:</b> Seniors' Europe, or systemic risk posed by the ageing of the population .....	48
<b>Małgorzata Winter:</b> Accounting of a healthcare unit vs. the risk of overlooking of irregularities in public money spending .....	58

---

### Part 2. Financial risk

---

<b>Dorota Korenik:</b> Benchmarking in reducing risk in medical entities .....	69
<b>Justyna Kujawska:</b> The risk of obtaining medical contracts .....	84
<b>Aleksandra Szewieczek:</b> Performance indicators in health care entities with particular emphasis on management control .....	93
<b>Maria Węgrzyn:</b> The influence of financial resources sorting algorithm on the task-fulfillment capability of the National Health Fund's voivodeship divisions.....	111

---

### Part 3. Personal risk

---

<b>Żaneta Skinder, Dorota Jachimowicz-Gawel:</b> Process of organizational changes execution in medical entities vs. problems of staff management .	135
<b>Piotr Tworek, Lidia Kwiecińska-Bożek:</b> Risk manager as a function supporting hospital management .....	149

---

<b>Urszula Religioni, Aleksandra Czerw, Małgorzata Krajewska, Katarzyna Krawczykowska, Alicja Langer: Methodology of patients satisfaction survey .....</b>	<b>170</b>
<b>Dorota Jachimowicz-Gawel, Krzysztof Leksowski, Joanna Bajerska: Analysis of patients' expectations in chosen aspects of health services quality assessment (outdoor infrastructure, reliability, material dimension, living conditions) .....</b>	<b>180</b>

**Maria Węgrzyn**

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu  
e-mail: maria.wegrzyn@ue.wroc.pl

---

**WPLYW ALGORYTMU PODZIAŁU  
ŚRODKÓW FINANSOWYCH NA MOŻLIWOŚĆ  
REALIZACJI ZADAŃ WOJEWÓDZKICH ODDZIAŁÓW  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**

---

**THE INFLUENCE OF FINANCIAL RESOURCES  
SORTING ALGORITHM  
ON THE TASK-FULFILLMENT CAPABILITY  
OF THE NATIONAL HEALTH FUND'S  
VOIVODESHIP DIVISIONS**

---

DOI: 10.15611/pn.2015.410.09

JEL Classification: H51

**Streszczenie:** Organizacja każdego państwa opiera się na funkcjonowaniu systemów, które mają zapewniać społeczeństwu określone cele rozwoju społeczno-ekonomicznego. Jednym z nich jest system ochrony zdrowia, którego głównym zadaniem jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego państwa. Politykę zdrowotną powinna charakteryzować przejrzystość decyzji oraz metod kontroli. Przejrzystość ta powinna być zachowana także, a może przede wszystkim, w zakresie gromadzenia i wydatkowania środków finansowych przeznaczonych na opiekę zdrowotną. Celem artykułu jest pokazanie zmian w zakresie konstrukcji algorytmu podziału środków pomiędzy regionalne oddziały NFZ i wpływu tych zmian na zasobność finansową oddziałów, a tym samym na działalność podmiotów leczniczych.

**Słowa kluczowe:** algorytm podziału środków finansowych, racjonowanie środków w opiece zdrowotnej, priorytety zdrowotne, poprawa efektywności organizacyjno-finansowej, system opieki zdrowotnej.

**Summary:** The organisation of any state is based on systems which aim to supply the society with specific products of socioeconomic progress. One of these is a healthcare system, the purpose of which is to ensure the country's medical safety. Health policy should include a transparent decision process and control methods. This transparency should extend as well – or indeed especially – to the process of amassing and spending financial resources. The article aims to showcase the changes in the construction of the algorithm used to divide resources between regional sections of the National Health Fund (NFZ), and the influence of these changes on the sections' affluence, which in turn influences the functioning of healthcare agents.

**Keywords:** distribution of funds algorithm, efficiency of hospitals, rationing of healthcare resources, medical priorities, improvement of organizational and financial effectiveness, healthcare system.

## 1. Wstęp

Organizacja każdego państwa opiera się na funkcjonowaniu systemów, które mają zapewniać społeczeństwu określone cele rozwoju społeczno-ekonomicznego. Jednym z nich jest system ochrony zdrowia, którego głównym zadaniem jest gwarancja bezpieczeństwa zdrowotnego państwa. Politykę zdrowotną powinna charakteryzować przejrzystość decyzji oraz metod kontroli. Przejrzystość ta powinna być zachowana także, a może przede wszystkim, w zakresie gromadzenia i wydatkowania środków finansowych przeznaczonych na opiekę zdrowotną.

Celem artykułu jest pokazanie zmian w zakresie konstrukcji algorytmu podziału środków pomiędzy regionalne oddziały NFZ i wpływ tych zmian na zasobność finansową oddziałów, a tym samym na działalność podmiotów leczniczych.

Problematyka jest szczególnie ważna ze względu na ustawową możliwość gospodarowania przez NFZ, zatem kontraktowania świadczeń zdrowotnych, tylko na podstawie środków pozyskanych przy wykorzystaniu tego algorytmu. Pozostałe środki finansowe, którymi dysponują oddziały NFZ, mają marginalne znaczenie.

## 2. Gromadzenie środków finansowych w systemie opieki zdrowotnej

Konstrukcja mechanizmu gromadzenia środków finansowych, a następnie ich podziału jest jednym z podstawowych i najistotniejszych elementów każdego systemu zdrowotnego. Poprzez jego modyfikację wprowadza się zachęty bądź bariery dla uczestników systemu w kierunku realizacji założeń i priorytetów stawianych przez kreatorów polityki zdrowotnej. Proces gromadzenia środków w celu późniejszego ich wydatkowania na określony cel jest typowym elementem działalności finansowej realizowanej przez podmioty do tego przygotowane. W zależności od specyfiki branży czy stopnia skomplikowania przepływów pieniężnych podmioty te mogą mieć charakter jednostek wysoce specjalistycznych lub jednostek typowych. Zawsze jednak muszą prowadzić proces finansowania w sposób odpowiedzialny i służący realizacji określonego celu. I chociaż problematyka podziału zgromadzonych środków budzi zawsze większe kontrowersje i spory niż sposób ich gromadzenia, to jednak zawsze należy dokonać oceny źródeł i możliwości dostarczania środków do systemu.

Poziom wydatków ponoszonych na zdrowie w krajach OECD w ostatnich latach (1999-2012)<sup>1</sup> ma stałą tendencję rosnącą. Wskazuje się również na bardzo duże róż-

<sup>1</sup> OECD Health Data 2010 oraz [www.oecd.org](http://www.oecd.org).

nice w wysokościach środków przeznaczanych „na zdrowie” w różnych państwach. Różnice te wynikają nie tylko z wielkości liczby jako procentu PKB, ale także z wartości samego PKB danego kraju. Jednak samo tylko porównanie wskaźników poziomu finansowania nie może prowadzić do formułowania wniosków. Odzwierciedla jedynie poziom możliwości finansowych danego społeczeństwa oraz jego preferencje społeczne. Nie daje natomiast podstaw do oceny efektywności wykorzystania środków, jakości systemów czy też sprawiedliwości rozkładu obciążeń finansowych<sup>2</sup>.

### **3. Wydatkowanie środków w systemie opieki zdrowotnej**

Wielkość środków finansowych wydatkowanych w każdym systemie opieki zdrowotnej powinna odpowiadać wielkości środków zgromadzonych w systemie. Jednak w Polsce, pomimo wzrastającej w ciągu lat wartości środków pozostających do dyspozycji w systemie, wciąż są problemy ze zrównoważeniem strony przychodowej ze stroną podażową. Specyfika usług zdrowotnych, odkrywanie nowych i efektywniejszych procedur leczniczych, konstruowanie bardziej precyzyjnej, a zarazem również droższej aparatury medycznej czy też po prostu starzenie się społeczeństwa oraz rozbudzenie roszczeniowości i świadomości potrzeby dbałości o zdrowie powoduje narastanie potrzeb finansowych w celu realizacji zadań leczniczych. Wzrastający udział prywatnych wydatków na zdrowie w strukturze wydatków ogółem na opiekę zdrowotną tylko potwierdza powstającą dysproporcję pomiędzy przychodami a wydatkami w systemie. Ta negatywna relacja skutkuje powstawaniem wielu nieprawidłowości w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej, w tym w szczególności w sposobie prowadzenia działalności przez podmioty lecznicze, zarówno publiczne, jak i prywatne, np. w zakresie prowadzenia gospodarki finansowej i dopuszczania do niepoddającego się regulacjom zadłużenia. Z drugiej strony ustawicznie poszukuje się możliwości „uszczelnienia” wypływu środków z NFZ ze względu na zbyt niski ich poziom w stosunku do zgłaszanych potrzeb.

### **4. Algorytm podziału środków finansowych w systemie opieki zdrowotnej w układzie regionalnym**

Konstrukcja polskiego systemu opieki zdrowotnej opiera się na kilku istotnych zasadach, wśród których szczególne miejsce, z punktu widzenia finansowania systemu, zajmuje zasada samofinansowania oraz zasada solidarności społecznej. Zasada solidarności społecznej oznaczająca jednakowe uczestnictwo wszystkich zobowiązanych podmiotów (świadczeniobiorców) w procesie np. gromadzenia środków fi-

---

<sup>2</sup> Wysoki udział wydatków w PKB kraju na opiekę zdrowotną może świadczyć o wyjątkowej zasobności społeczeństwa, ale także o dużym marnotrawstwie środków w systemie; może być też wyznacznikiem zasobnego finansowo społeczeństwa przy wyjątkowo niskim jego poziomie zdrowotnym, czyli wymagającym wyjątkowo dużej liczby świadczeń.



nansowych na rzecz systemu, przy równoczesnym prawie do pełnego korzystania ze wszystkich dostępnych w systemie rodzajów świadczeń, bez uwzględniania wysokości wniesionego wkładu, wpływa bezpośrednio na zasobność finansową podmiotu pokrywającego koszty udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej. W przypadku dużej grupy pacjentów korzystających ze świadczeń, ale tylko w niewielkim stopniu współtworzących fundusz przeznaczony na ten cel, następuje zachwianie równowagi finansowej płatnika i problemy z zachowaniem zasady samofinansowania. Regulacyjna rola państwa, przypisana do całości działalności systemu, przejawia się w tworzeniu mechanizmów wpływających na wyrównywanie możliwości, szans zarówno pacjentów, w zakresie jakości i dostępności do świadczeń, jak i płatnikowi (płatnikom) w zakresie możliwości pokrycia kosztów zrealizowanych usług i spełnienia zasady samofinansowania. Na tym tle wyróżnić należy kilka aspektów wpływających na nierównomierną alokację środków finansowych w systemie. Są to:

- aspekt zasobności finansowej regionu, pozwalający na gromadzenie, wyższych lub niższych niż przeciętne, funduszy (korygowany poprzez mechanizm wyrównania),
- aspekt swobodnego wyboru świadczeniodawcy, wpływający na decyzje migracyjne pacjentów,
- aspekt podziału funduszu zapasowego, służący wyrównaniu szczególnych dysproporcji pomiędzy oddziałami wojewódzkimi Funduszu.

Każdy ze wskazanych aspektów wywołuje potrzebę lub możliwość dokonania alokacji środków finansowych pomiędzy zróżnicowanymi regionami. Alokacja może mieć charakter:

- horyzontalny (poziomy),
- wertykalny (pionowy).

W alokacji środków finansowych w systemie w 1990 r., czyli po wprowadzeniu systemu ubezpieczeń zdrowotnych<sup>3</sup>, szczególnie wyraźnie widoczny był aspekt zasobności finansowej regionu. Zapisana duża autonomia poszczególnych kas chorych uwidoczniła znaczne nierówności w zakresie gromadzenia środków przypadających na dany obszar i w ślad za tym różne możliwości realizacji zasady równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej przez pacjentów. Ustawodawca, spełniając funkcję regulacyjną, wprowadził więc system wyrównywania dochodów kas, o charakterze horyzontalnym, wpływający na spłaszczanie tych nierówności.

Mechanizm wyrównywania poziomowego dochodów nie jest niczym nowym w systemach finansów w opiece zdrowotnej w różnych krajach<sup>4</sup>. Występuje w Holandii, Niemczech czy Szwajcarii. Jego idea opiera się na postulacie realizacji zasady równości poziomej dochodów i związanej z nią zasady solidarności finansowej mię-

<sup>3</sup> Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U. nr 28, poz. 153, art. 135.

<sup>4</sup> Ch. Sowada, *Finansowanie świadczeń zdrowotnych w ramach systemów publicznych – przykłady rozwiązań europejskich*, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, <http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Christoph%20Sowada.pdf>.

dzy poszczególnymi (różnymi) płatnikami, której przesłanką jest wyrównywanie sytuacji finansowej biedniejszych i bogatszych płatników. Jak podkreśla się w literaturze przedmiotu<sup>5</sup>, bez względu na to, jak skonstruowany będzie system gromadzenia dochodów, zróżnicowania potencjału dochodowego płatników w regionach zawsze będą występowały. Bynajmniej nie są one następstwem większej lub mniejszej efektywności i skuteczności działania, ale raczej wynikają z przyczyn obiektywnych, niezależnych od woli i możliwości płatników.

Dlatego też wprowadzony ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym mechanizm wyrównania finansowego<sup>6</sup> został początkowo zaakceptowany i uznany za prawidłowy. Funkcjonował on od 1 stycznia 1999 r. do 31 marca 2003 r., gdy koszty zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej pokrywane były przez 17 instytucji ubezpieczenia zdrowotnego (kasy chorych). Wielkość środków, jakimi dysponowały kasy, zależna była od dwóch podstawowych czynników: liczby osób, jakie „zapisały się” do danej kasy chorych (istniała bowiem swoboda wyboru kasy chorych), oraz średniej wysokości składki, jaka była pobrana i odprowadzona z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonego.

Wkrótce po rozpoczęciu działalności przez kasy ujawniły się niedostatki nowego systemu<sup>7</sup>. Pojawiły się wątpliwości co do słuszności konstrukcji wprowadzonego mechanizmu wyrównania. System wyrównywania polegał, w pewnym uproszczeniu, na tym, że każda kasa zachowywała 60% swych dochodów ze składki, a pozostałe 40% dzielone były między wszystkie kasy, odpowiednio do liczby, a później także struktury wiekowej ubezpieczonych w poszczególnych kasach. Podział dokonywany był na podstawie stosownego algorytmu. Na jego podstawie obliczano kwoty środków przypadające na jednego ubezpieczonego przed zastosowaniem i po zastosowaniu mechanizmu wyrównania, co skutkowało obowiązkowym przekazaniem części zgromadzonych środków, wyliczonych według poniższego algorytmu, z jednych kas chorych na rzecz kas również wskazanych przez ten algorytm.

Mechanizm ten szybko uznano za niedoskonały<sup>8</sup>. Zasady wyrównywania zmieniono po raz pierwszy już 8 miesięcy po podjęciu działalności przez kasy chorych,

---

<sup>5</sup> J. Wasem, *Wyrównanie finansowe między Kasami Chorych w polskim systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Zadanie 1 projekty Banku Światowego. Wersja końcowa*, UNUZ, Warszawa 2001r.; W. Miśsiąg, *Koncepcja i wskaźniki budżetu zadaniowego a bilans potrzeb pomocy społecznej*, IBnGR, Warszawa; Ch. Sowada, *Finansowanie świadczeń zdrowotnych w ramach systemów publicznych – przykłady rozwiązań europejskich*, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, <http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Christoph%20Sowada.pdf>.

<sup>6</sup> Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 października 1998r w sprawie algorytmu wyrównania finansowego dokonywanego między Kasami Chorych oraz wysokości procentowej przewidywanych przychodów, które nie są uwzględnione w wyrównaniu, Dz.U. nr 134, poz. 874 z dnia 30.10.1998 r.

<sup>7</sup> Ubezpieczeni zgłaszali trudności w dostępie do świadczeń, głównie specjalistycznych, oraz wskazywali na długi czas oczekiwania na badania.

<sup>8</sup> Słabości mechanizmu wyrównania przedstawiono w: J. Wasem, *Wyrównanie finansowe między Kasami Chorych w polskim systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Zadanie 1 projekty Banku Światowego. Wersja końcowa*, UNUZ, Warszawa 2001, s. 5-9.

na skutek protestów i zgłaszanych niedociągnięć w mechanizmie, dotyczących np. niezgodności co do wartości parametru „k” (korektor wiekowy) czy też nieprawidłowości w określeniu liczby ubezpieczonych niezgodnej z rzeczywistością. Pomimo to, system wyrównania finansowego znacznie wpływał na:

- niwelowanie dużych różnic średnich dochodów przypadających na jednego ubezpieczonego w poszczególnych kasach, a w konsekwencji dużych różnic w średnich przychodach kas, przypadających na jednego ubezpieczonego; dzięki istnieniu mechanizmu różnice te były niwelowane, chociaż niecałkowicie,
- możliwość lepszego (bardziej odpowiadającego potrzebom) kształtowania struktury wydatków niektórych kas. Na skutek istnienia różnych grup wiekowych osób należących do poszczególnych kas chorych wyliczono różne średnie koszty prowadzonej opieki zdrowotnej w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego.

Mechanizm wyrównania w dużym stopniu uzależniony był od liczby osób ubezpieczonych w danej kasie. Liczba ta powinna być ustalana na podstawie rejestrów prowadzonych przez ZUS i KRUS. W praktyce okazało się, że jakość rejestrów tych instytucji jest niska, a dane nigdy nie mogły być przedmiotem bezpośredniego wykorzystania do wyliczenia algorytmu wyrównania. Musiały być dodatkowo powiększane przez szacowanie wartości, w celu uwzględnienia osób będących poza system, np. żołnierzy służby zasadniczej czy bezdomnych. Jednocześnie należy podkreślić, że rejestry prowadzone przez kasy chorych także były nieprecyzyjne<sup>9</sup>. W roku 2001 łączna liczba osób ubezpieczonych podana przez kasy chorych przewyższała podawaną przez GUS liczbę osób zamieszkujących Polskę. Symptomatyczne jest także to, że podana przez kasy chorych liczba osób powyżej 60 roku życia była wyższa od określonej przez GUS aż o prawie 10%<sup>10</sup>.

W tabeli 1 przedstawione zostały kwoty wyrównania finansowego wyliczone w 2003 r.

Wśród kas zobowiązanych do współtworzenia funduszu w celu spłaszczenia nierówności, a zatem oddania części zgromadzonej na swoim terenie składki, należały Kasy: Dolnośląska, Mazowiecka, Pomorska, Śląska, Branżowa. Natomiast najwięcej środków przypadających na jednego ubezpieczonego wyliczono i przekazano na rzecz Kas Podkarpackiej, Podlaskiej, Lubuskiej i Świętokrzyskiej. Wyliczone kwoty nie spotkały się z akceptacją ze strony oddziałów. Równocześnie jednak należy też podkreślić, że w systemie wyrównania, na podstawie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, każda kasa musiała obowiązkowo brać udział (otrzymywać lub przekazywać środki) w wyrównaniu finansowym, niezależnie od tego, czy moż-

<sup>9</sup> Weryfikacja przez MSWiA bazy ubezpieczonych podanej przez np. Lubuską Kasę Chorych wykazała, że baza zawiera dane 23 840 osób zmarłych do dnia weryfikacji, 1249 osób ma PESEL wymieniony na inny numer identyfikacyjny, a 417 osób nie figuruje w ogóle w rejestrze PESEL lub ten numer jest anulowany, zob.: Odpowiedź prezesa Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych, z upoważnienia prezesa Rady Ministrów, na interpelację nr 4773 w sprawie zasad wyrównania finansowego dokonywanego między kasami chorych w 2001 r.

<sup>10</sup> Tamże.

Tabela 1. Kwoty wyrównania finansowego (w zł) przyznane poszczególnym kasom chorych w 2003 r.

Numer kasy	Kasa Chorych	Planowane przychody ze składek – przed wyrównaniem	Kwoty wyrównania	Planowane przychody ze składek – po wyrównaniu	Per capita przed wyrównaniem	Per capita po wyrównaniu	Różnica
01R	<b>Dolnośląska</b>	1 907 769 955	<b>-13 381 156</b>	1 894 388 799	705	700	<b>-5</b>
02R	Kujawsko-Pomorska	1 255 371 743	60 126 603	1 315 498 346	655	686	31
03R	Lubelska	1 203 649 763	222 210 761	1 425 860 524	582	689	107
04R	Lubuska	525 397 550	117 989 903	643 387 453	551	675	<b>124</b>
05R	Łódzka	1 605 072 371	94 304 526	1 699 376 897	661	699	38
06R	Małopolska	1 955 569 169	142 824 560	2 098 393 729	643	690	47
07R	<b>Mazowiecka</b>	4 110 272 483	<b>-555 185 372</b>	3 555 087 111	871	753	<b>-118</b>
08R	Opolska	622 016 988	28 976 650	650 993 638	666	697	31
09R	Podkarpacka	1 088 895 741	295 508 384	1 384 404 125	538	685	<b>147</b>
10R	Podlaska	645 398 810	149 015 207	794 414 017	563	692	<b>129</b>
11R	<b>Pomorska</b>	1 398 514 497	<b>-9 169 294</b>	1 389 345 203	696	692	<b>-4</b>
12R	<b>Śląska</b>	3 818 924 913	<b>-458 339 282</b>	3 360 585 631	835	735	<b>-100</b>
13R	Świętokrzyska	723 616 159	<b>137 183 771</b>	860 799 930	581	691	<b>110</b>
14R	Warmińsko-Mazurska	787 216 221	137 359 476	924 575 697	576	677	101
15R	Wielkopolska	2 269 235 136	25 428 462	2 294 663 598	683	690	7
16R	Zachodniopomorska	986 224 798	58 954 808	1 045 179 606	648	687	39
17R	<b>BKChSM</b>	2 456 510 771	<b>-433 808 007</b>	2 022 702 764	960	790	<b>-170</b>

Źródło: Decyzja Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych dnia 06.09.2002 roku.

na było zidentyfikować płatnika składki oraz jak służyła składka w porównaniu do założeń przyjętych w planach finansowych, a szczególnie gdy służyła składka w danej kasie kształtowała się poniżej planu finansowego<sup>11</sup>.

Kolejny okres w kształtowaniu zasad podziału środków finansowych pomiędzy województwa to czas od 1 kwietnia 2003 roku do 30 września 2004 roku, gdy scentralizowano kasy chorych i powołano Narodowy Fundusz Zdrowia<sup>12</sup>. W okresie tym przyjęto zasadę ciągłości przyjętych zobowiązań i uproszczono zasady rozliczania umów ze świadczeniodawcami. Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ nie zawierała w sobie regulacji odnoszących się do podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie, bowiem nie widziano takiej potrzeby. O ile 2003 rok był jeszcze konsekwencją umów zawartych przez kasy chorych i przyjętego wcześniej algorytmu wyrównania finansowego, o tyle już w 2004 roku podział środków na finansowanie świadczeń zdrowotnych pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ odbył się na podstawie innych kryteriów.

W pierwszym okresie funkcjonowania NFZ podstawą podziału środków miały być plany zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych (plan krajowy i plany wojewódzkie). Założenie to było prawidłowe co do zasady ze względu na możliwość pobierania świadczeń opieki zdrowotnej przez pacjenta w miejscu innym niż miejsce zamieszkania. Niestety brak możliwości przygotowania rzetelnych planów zabezpieczenia spowodował, że taka idea podziału nie była kontynuowana w kolejnych latach. W konsekwencji w omawianym okresie funkcjonował algorytm podziału środków dla oddziałów wojewódzkich jako procentowy udział kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, kosztów administracyjnych oddziałów i centrali w kosztach ogółem. Taki algorytm był pochodną już ustalonych planów finansowych i służył przekazywaniu bieżących środków do oddziałów i centrali NFZ. Trzeba tu zaznaczyć, że w takim zorganizowaniu systemu nie miało już istotnego znaczenia, jaki jest stopień identyfikacji składek przez ZUS z dokładnością do ubezpieczonego i kwoty, ponieważ wszystkie środki z ZUS i KRUS trafiały do centrali NFZ, która przekazywała je oddziałom.

Wartość środków wyliczana na podstawie algorytmu zmieniała się wraz z kolejnymi zmianami planów finansowych dokonywanych przez zarząd Funduszu, natomiast jakie kryteria decydowały o zmianie tych wartości w trakcie roku, nie wiadomo, a to znaczy, że „Fundusz nie dysponował narzędziem zobiektywizowanego podziału przychodów. Stanowiło to istotne utrudnienie w funkcjonowaniu od-

---

<sup>11</sup> Części składek na ubezpieczenie zdrowotne, gromadzonych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, z powodu stanu bazy danych ZUS nie udawało się przypisać konkretnym kasom chorych. Sytuacja taka wprowadzała duże zaburzenia w gospodarce finansowej niektórych kas, a szczególnie tych, gdzie poziom identyfikacji składek był niski. Dla przykładu w 2002 roku według danych Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych poziom identyfikacji składki wahał się od 67% w Kasie Opolskiej do 92% w Kasie Podkarpackiej.

<sup>12</sup> Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz.U. nr 45, poz. 391.

działów, ponieważ nie miały one pewności, w jakiej wysokości otrzymają środki na realizację świadczeń zdrowotnych. Miało to również negatywny wpływ na ich wynik finansowy<sup>13</sup>.

Zatem zasady określające podział środków na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy województwa po 1 października 2004 roku musiały uzyskać już inną i sformalizowaną formę<sup>14</sup>. Realizację zadania przypisano prezesowi Funduszu, a ostateczne ustalenia wpisano w treść ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych<sup>15</sup>.

Regulacje prawne dotyczące podziału środków finansowych pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ objęły następujące parametry: ryzyko zdrowotne, wiek i płeć ubezpieczonego, migrację ubezpieczonych oraz rodzaj i liczbę wykonywanych świadczeń wysokospecjalistycznych<sup>16</sup>.

**1. Ryzyko zdrowotne.** Ten parametr pokazuje wysokość kosztów leczenia ubezpieczonych w zależności od ich przynależności do danej grupy wiekowej i płci. Przypomnieć należy, że w wyrównaniu finansowym w okresie obowiązywania ustawy o powszechnym ubezpieczeniu przy redystrybucji przychodów ze składek na poszczególne kasy ustawiono tylko jeden próg dla ryzyka zdrowotnego, czyli do i powyżej 60 lat. W podziale dotyczącym roku 2004 i lat następnych przyjęto jednoroczne grupy ubezpieczonych w wieku od 0 do 99 lat, grupę ubezpieczonych w wielu 100 lat i więcej, odrębnie dla każdej płci. Zatem wskaźnik ryzyka odnosi się do rzeczywistych kosztów ponoszonych na leczenie ubezpieczonych w poszczegól-

---

<sup>13</sup> Cytat z raportu Najwyższej Izby Kontroli zaczerpnięty za pośrednictwem Biuletynu Informacji Publicznej dostępny na stronie internetowej NIK pod adresem: [www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl).

<sup>14</sup> W związku z niezgodnością zapisów Ustawy z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2003 r. nr 45, poz. 391 z późn. zmian.) z konstytucją wiele rozdziałów i artykułów na mocy wyroku Trybunału Konstytucyjnego traciło moc z dniem 31 grudnia 2004 r. W dniu 27 sierpnia 2004 roku została zatem przygotowana i uchwalona nowa ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

<sup>15</sup> Zgodnie z zapisami Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135) planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych są dzielone pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu, przy czym:

1) podstawą podziału środków jest liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu z uwzględnieniem ryzyka zdrowotnego przypisanego ubezpieczonym należącym do danej grupy wydzielonej według struktury wieku i płci w porównaniu z grupą odniesienia;

2) wysokość środków określonych w pkt 1 koryguje się przez uwzględnienie migracji ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu do świadczeniodawców z innego oddziału Funduszu oraz wskaźnika wynikającego z liczby i rodzaju wykonanych świadczeń wysokospecjalistycznych w latach poprzedzających rok, w którym ten plan jest tworzony, w podziale na województwa, w relacji do liczby tych świadczeń ogółem.

<sup>16</sup> 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, Dz.U. nr 148, poz. 1232.

nych województwach. Zastosowanie tego kryterium do podziału środków na oddziały wojewódzkie i wskazanie wyznaczników należy ocenić bardzo wysoko.

**2. Migracja ubezpieczonych** – oczywiste zjawisko związane z ruchem ludności pociąga za sobą ryzyko zachorowania poza województwem, w którym się zamieszkuje. Poziom tej migracji w poszczególnych województwach jest na tyle różny, że w sposób istotny wpływa na koszty finansowania świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych w poszczególnych województwach.

**3. Rodzaj i liczba wykonanych świadczeń wysokospecjalistycznych.** Powodem migracji znacznej części ubezpieczonych jest także dążenie do uzyskania tzw. świadczenia wysokospecjalistycznego<sup>17</sup>, które charakteryzuje się wysoką złożonością oraz wysokim kosztem jego udzielenia. Takie świadczenia są wykonywane tylko w nielicznych klinikach i specjalistycznych ośrodkach.

Można zatem stwierdzić, że wszystkie kryteria, jakie wymieniono w rozporządzeniu, są bardzo logiczne i powinny być skorelowane z alokacją finansową związaną z kosztami udzielanych świadczeń.

Dla ustalenia wielkości środków przeznaczonych na planowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu zastosowano kolejny wzór opisany w rozporządzeniu. Algorytm ten pozwala na ustalenie wielkości środków na planowane koszty świadczeń w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu. Uwzględnia zatem wskazane wcześniej parametry, takie jak: ryzyko zdrowotne, migrację ubezpieczonych oraz rodzaj i liczbę wykonanych świadczeń wysokospecjalistycznych.

W celu obliczenia ostatecznej wysokości środków przeznaczonych na koszty planowanych świadczeń w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu uwzględnia się, według rozporządzenia, średnie wskaźniki z ostatnich lat, począwszy od 2004 r. Nasuwa się wątpliwość, czy skoro w obliczeniach posługujemy się danymi z lat ostatnich (od 2004 roku), to procesy ryzyka zdrowotnego, migracyjnego oraz liczba i wartość świadczeń wysokospecjalistycznych, jakie będą występować w ostatnim roku, w coraz mniejszym stopniu będą wpływały na końcowe wyniki. Taki mechanizm liczenia podziału środków staje się coraz mniej precyzyjny, co niewątpliwie czyni system stabilnym finansowo, ale z drugiej strony nie odzwierciedla dynamicznych zmian, jakie się zachodzą w systemie i społeczeństwie.

Trzeba też zauważyć, że stabilność zasad podziału środków na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej na oddziały województwa jest zabezpieczona ustawowym zapisem<sup>18</sup>, który mówi, że „planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki Funduszu nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej zaplanowanych

<sup>17</sup> Świadczenia opieki zdrowotnej uwzględniane przy obliczaniu wskaźnika dotyczącego świadczeń wysokospecjalistycznych określa minister zdrowia w stosownym rozporządzeniu.

<sup>18</sup> Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz.U. z 2003 r. nr 45, poz. 391, art. 118, ust. 4.

w planie finansowym dla danego oddziału w roku poprzednim.” Nie może powstać bowiem sytuacja, gdy dany oddział wojewódzki z roku na rok otrzyma o kilka lub kilkanaście procent mniej środków finansowych na leczenie, w porównaniu do roku poprzedniego, bowiem zakłóci to w poważny sposób możliwość realizacji zadań nałożonych na Fundusz.

Reasumując, można wysunąć wniosek, że obowiązujący od 2004 roku sposób podziału środków na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnych na poszczególne województwa opierał się na poprawnych merytorycznie i obiektywnych kryteriach, natomiast szczegółowy sposób jego wyliczeń nie nadążał za dynamiką procesów zachodzących w systemie opieki zdrowotnej. Od przyjętego sposobu podziału środków zależy ilość środków do wykorzystania w danym województwie przez podmioty świadczące usługi opieki zdrowotnej, dlatego jego konstrukcja była przedmiotem stałej obserwacji i prób wywierania nacisku na ostateczny jego kształt.

Po 1 października 2006 r. nastąpiła kolejna modyfikacja dotycząca pozyskiwania środków na świadczenia opieki zdrowotnej i ich podziału. Zmiany, które wprowadzono, były wynikiem uchwalonej pod wpływem protestów pracowników ochrony zdrowia ustawy o wzroście wynagrodzeń dla pracowników udzielających świadczeń opieki zdrowotnej<sup>19</sup>. Ustawa ta zobowiązała Narodowy Fundusz Zdrowia do przekazania określonych kwot świadczeniodawcom z przeznaczeniem na wzrost wynagrodzeń pracownikom opieki zdrowotnej. Wysokość tych kwot została skorelowana z wartością umów zawartych na 2006 rok według stanu na 30 czerwca 2006 roku<sup>20</sup> oraz z wysokością stawek kapitacyjnych w podstawowej opiece zdrowotnej według umów z 2005 roku. Powyższe środki na mocy art. 9 ust. 2 zostały wyłączone z zasad podziału pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu.

Ten sposób wydzielenia dodatkowego strumienia środków finansowych nie wpływa na poprawę dostępności do świadczeń, a nawet ją ogranicza. Uzyskane wyższe środki nie są przeznaczane na świadczenia, lecz na wzrost wynagrodzeń, pomniejszając w ten sposób pulę środków na świadczenia zdrowotne. Dodatkowo należy zauważyć, że środki na wzrost wynagrodzeń nie są w żaden sposób powiązane z liczbą wykonywanych świadczeń.

W czerwcu 2007 roku dodano jeszcze jeden dodatkowy strumień środków finansowych będący następstwem wypadków drogowych, a wynikający ze zmian w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych<sup>21</sup> (zwanej dalej ustawą

<sup>19</sup> Ustawa z dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, Dz.U. nr 149, poz. 1076 z 2006 roku oraz nr 64, poz. 430 z 2007 roku.

<sup>20</sup> Art. 3 ustawy o wzroście wynagrodzeń.

<sup>21</sup> Konieczne były zmiany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz.U.07.133.922 z dnia 24 lipca 2007 roku.



OC). Narodowy Fundusz Zdrowia na mocy powyższej ustawy zyskał dodatkowe źródło środków finansowych, tj. środki przekazywane przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych<sup>22</sup>.

Zakłady ubezpieczeń wykonujące na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej działalność w zakresie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej (OC) posiadaczy pojazdów mechanicznych przekazywały do centrali Narodowego Funduszu Zdrowia opłatę ryczałtową<sup>23</sup> określoną jako wysokość zbioru składek brutto za dany miesiąc z tytułu umów obowiązkowego ubezpieczenia OC posiadaczy pojazdów mechanicznych oraz właściwego wskaźnika<sup>24</sup>. Ze względu na niedopracowanie prawne oraz bardzo wiele wątpliwości co do sposobu wyliczenia składki strumień ten realizowany był tylko do końca 2008 r.

Bez względu na liczbę strumieni środków finansowych wpływających do systemu algorytm ich podziału wciąż budził bardzo duże niezadowolenie zgłaszane przez poszczególne oddziały NFZ. W 2008 r. wprowadzono kolejną zmianę w ramach podziału środków pomiędzy oddziały, odnoszącą się do poziomu wydatków ponoszonych przez oddziały wojewódzkie NFZ na udzielone świadczenia opieki zdrowotnej, na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2007 r.<sup>25</sup> i zmian w ustawie o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych<sup>26</sup>. Zmiany dotyczyły współczynnika migracji oraz wskaźnika wynikającego z liczby i rodzaju wykonywanych świadczeń wysokospecjalistycznych. Równocześnie wprowadzono nowy wskaźnik, wynikający ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej.

<sup>22</sup> Art. 1, ust. 3. ustawy OC.

<sup>23</sup> W okresie od 1 października 2007 roku do 31 grudnia 2008 roku wskaźnik ten jest określony na poziomie 0,12, natomiast kompetencją ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Komisji Nadzoru Finansowego oraz Polskiej Izby Ubezpieczeń, jest określenie wysokości powyższego wskaźnika wynikającej z kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w przypadku, gdy konieczność ich udzielenia jest następstwem zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdu mechanicznego, a posiadacz tego pojazdu ma obowiązek zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, zgodnie z przepisami o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych.

<sup>24</sup> Art. 43a, ust. 1, pkt 1 znowelizowanej Ustawy z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz.U. nr 124, poz. 1152 z późn. zm. oraz art. 14b, ust. 1, pkt 1 znowelizowanej ustawy o finansowaniu świadczeń ze środków publicznych.

<sup>25</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 października 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, Dz.U. nr 134, poz. 874, z późn. zm.

<sup>26</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, Dz.U. nr 210, poz. 2135, nowelizacja z dnia 24 sierpnia 2007 r.

W rozporządzeniu wprowadzającym zmiany wskazano inne niż dotychczasowe źródło pokrycia kosztów wynikających z migracji i opisano je jako rezerwa utworzona na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji. Przy czym równocześnie zdefiniowano migrację jako korzystanie przez ubezpieczonych oraz osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim funduszu, ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z innymi oddziałami wojewódzkimi funduszu<sup>27</sup>.

Takie rozwiązanie należy ocenić pozytywnie – przybliży ono system finansowania świadczeń do zasady „pieniądz za pacjentem”. W rozwiązaniu obowiązującym do 2007 r. brano pod uwagę koszty migracji z lat poprzednich i ich udział w kosztach ogółem świadczeń, ale odbywało się to w sposób pośredni. W przypadku istotnych zmian kierunków i skali migracji ubezpieczonych w danym oddziale nowe rozwiązanie w sposób bezpośredni dostosowuje kierunki i wysokość finansowania tej migracji. Rozwiązanie to dodatkowo sprzyja tworzeniu szerokiego zakresu usług zdrowotnych na terenie województwa, bo służy zatrzymaniu środków w województwie poprzez mniejszą skalę emigracji ubezpieczonych i uprawnionych do świadczeń oraz większą skalę imigracji zdrowotnej.

Zasadniczą zmianę w konstrukcji algorytmu podziału środków wprowadzono jednak rozporządzeniem z 2007 r. poprzez dodatkowy wskaźnik wynikający ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej. Potrzeba jego uwzględnienia została zgłoszona przez oddziały wojewódzkie NFZ.

Zastosowanie tego wskaźnika wynikało ze zróżnicowania wysokości środków na świadczenia zdrowotne m.in. z tytułu zróżnicowania wynagrodzeń w poszczególnych województwach. Brak takiego elementu w algorytmie podziału przyczyniał się dotychczas do pogłębienia dysproporcji w wynagrodzeniach grup pracowniczych opieki zdrowotnej, a w konsekwencji do zróżnicowania ogólnego poziomu wynagrodzeń w województwach. Z drugiej jednak strony, w efekcie końcowym wpływał na różnicowanie cen świadczeń w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ, gdzie np. bezpośrednie rozliczanie świadczeń migracyjnych między oddziałami sprawiało, że oddziały, które tracą na tym kryterium, są zmuszone płacić więcej za takie same świadczenia udzielone ich ubezpieczonym na terenie oddziału korzystającego z tego kryterium.

Wskaźnik wynikający ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej był najbardziej kontrowersyjnym kryterium wpływającym na podział środków na świadczenia opieki zdrowotnej pomiędzy oddziały wojewódzkie. Kontrowersje oraz spory wpłynęły na wprowadzenie kolejnej zmiany w 2009 roku. Funkcjonowanie kolejnego algorytmu w kształcie z roku 2009 spowodowało powstanie bardzo dużych rozbieżności w zakresie przydzielanych środków finanso-

---

<sup>27</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, Dz.U. nr 210, poz. 2135, nowelizacja z dnia 24 sierpnia 2007 r., art. 118 ust. 2 pkt 2b.

wych na oddziały wojewódzkie NFZ. Zmiana ta była konsekwencją zmiany ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 25 września 2009 r.<sup>28</sup>, gdy powstała konieczność wydania kolejnego rozporządzenia w sprawie podziału środków między oddziały NFZ. Wprowadzono więc następujące zmiany:

- usunięto wskaźnik wynikający ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej (co wynikało wprost z ustawy),
- świadczenia opieki zdrowotnej podzielono na dwie grupy: świadczenia wyspecjalistyczne i świadczenia pozostałe,
- do każdej grupy ubezpieczonych, w zakresie każdej z grup świadczeń, przypisano konieczność obliczania ryzyka zdrowotnego (dotychczas wskaźnikiem był udział oddziału wojewódzkiego w ogólnej puli kosztów świadczeń),
- grupą odniesienia zostali wszyscy ubezpieczeni, a nie jak wcześniej ubezpieczeni w wieku 3 lat i więcej.

Interesujące jest to, że w 2009 r. wprowadzono zapisy konstruujące dwa algorytmy<sup>29</sup>: jeden o charakterze podstawowym i drugi służący podziałowi środków w sytuacji, gdy wysokość planowanych środków na pokrycie kosztów finansowania świadczeń dla ubezpieczonych przez dany oddział wojewódzki funduszu będzie niższa niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych ujętych w planie finansowym tego oddziału.

Nowo skonstruowany algorytm ma, podobnie jak poprzednie algorytmy, charakter autoregresywny, gdyż wskaźniki kosztowe wykorzystywane do obliczeń są wyliczane na podstawie roku poprzedniego. Taki algorytm podziału burzy ideę racjonalności i efektywności działania oddziałów NFZ, nie premiuje bowiem oddziałów NFZ np. za oszczędność. Równocześnie algorytm ten nie odnosi się do negatywnych skutków finansowych w przypadku osiągnięcia gorszych efektów działania, mierzonych wskaźnikami obrazującymi stan zdrowotności w województwie czy dostępności do świadczeń.

Różnice w wielkościach środków przekazywanych poszczególnym oddziałom w związku z nowym algorytmem z 2010 r. przedstawia tab. 2.

Dane w tab. 2 pokazują, które oddziały zyskują po wprowadzeniu nowego algorytmu, a które nie. Najwięcej stracił oddział mazowiecki NFZ, bo aż  $-1,876400\%$  w stosunku do roku 2009, a następnie, już znacznie mniej, oddziały pomorski i śląski, odpowiednio:  $-0,218035\%$  i  $-0,172369\%$ . Ważnym wskaźnikiem działającym w nowym algorytmie wciąż jest migracja ubezpieczonych, często będąca wynikiem poprzedniego podziału środków. Generalnie, według danych NFZ, największa mi-

<sup>28</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, Dz.U. nr 210, poz. 2135; nowelizacja z dnia 25 września 2009 r., Dz.U. nr 178, poz. 1374.

<sup>29</sup> 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.

gracja dotyczy województwa mazowieckiego i śląskiego. Pozostałe, z wartościami ujemnymi, muszą przekazać środki w celu rozliczenia migracji bez względu na wielkość uzyskanych wcześniej kwot. Niemniej jednak nie zawsze tak się dzieje. Problem w rozliczeniach pomiędzy oddziałami NFZ z tytułu migracji polega na tym, że przepisy nie przewidują żadnych możliwości egzekucyjnych jednego oddziału względem drugiego. Decyzje w tym zakresie, zgodnie z ustawą, może podjąć prezes NFZ.

**Tabela 2.** Różnice w wielkościach środków przekazywanych poszczególnym oddziałom w związku z nowym algorytmem z 2010 r.

Lp.	Oddział wojewódzki NFZ	Udział OW w nakładach na świadczenia zdrowotne w roku 2010 (w %)		
		według algorytmu roku 2009	według algorytmu roku 2010	różnica
1	dolnośląski	7,702578	7,635759	-0,066819
2	kujawsko-pomorski	5,219361	5,434749	0,215388
3	lubelski	5,426705	5,770310	0,343605
4	lubuski	2,516569	2,617373	0,100804
5	łódzki	6,932118	6,971096	0,038978
6	małopolski	8,194564	8,473466	0,278902
7	mazowiecki	15,825959	13,949559	-1,876400
8	opolski	2,523405	2,562704	0,039299
9	podkarpacki	4,733039	5,337136	0,604097
10	podlaski	2,996172	3,109255	0,113083
11	pomorski	5,888973	5,670938	-0,218035
12	śląski	12,322361	12,149992	-0,172369
13	świętokrzyski	3,190987	3,493761%	0,302774
14	warmińsko-mazurski	3,425169	3,587531%	0,162362
15	wielkopolski	8,676540	8,8133333	0,136793
16	zachodniopomorski	4,425501	4,423038	-0,002463
	suma	100,000000	100,000000	100,000000

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

W konsekwencji oddziały wojewódzkie Funduszu mają wobec siebie duże zobowiązania wynikające z migracji pacjentów. Ich przyczyną jest brak rejonizacji (zatem swoboda wyboru podmiotu świadczącego usługę medyczną ubezpieczonemu) oraz koncentracja placówek klinicznych i instytutów medycznych udzielających wysokospecjalistycznych świadczeń w kilku regionach kraju, m.in. na Mazowszu. Przykładowo w 2012 r. Mazowieckiemu Oddziałowi Wojewódzkiemu NFZ inne oddziały Funduszu nie zapłaciły – jeszcze za 2009 r. – 118,8 mln zł, a za rok 2011

– 20,5 mln zł. Dodać należy, że wartość tzw. budżetu migracyjnego dla oddziałów ustalana jest przez prezesa Funduszu i jest to wartość stała, bez względu na rzeczywistą wielkość migracji w danym roku.

Kolejna istotna zmiana w zakresie korzystania z algorytmu wprowadzona została w 2015 r. Otóż wyliczenia algorytmu oparto na Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, który został zastosowany w polskim systemie opieki zdrowotnej po raz pierwszy w 2013 r. Wykaz ten wciąż obciążony jest wieloma niedociągnięciami i brakami. Niemniej jednak w 2015 r. stał się on podstawą do wyliczenia środków finansowych, przekazywanych oddziałom w kolejnych latach. Nieprawidłowości w funkcjonowaniu algorytmu podziału środków wynikają z braku uwzględnienia w algorytmie osób nieubezpieczonych (nieznajdujących się w wykazie, co nie oznacza, że niemogących korzystać ze świadczeń na prawach osób ubezpieczonych – problem często dotyczy niezgłoszonych przez rodziców dzieci) oraz tzw. martwych dusz identyfikowanych na listach osób zgłoszonych w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ).

Przygotowując projekt planu finansowego NFZ na rok 2015<sup>30</sup>, po raz pierwszy wzięto pod uwagę jedynie liczbę osób ubezpieczonych według Centralnego Wykazu Ubezpieczonych (CWU). Według CWU<sup>31</sup>, liczba osób ubezpieczonych zmniejszyła się w Polsce o 3 691 503 osoby – w stosunku do liczby osób ubezpieczonych uwzględnianych przy tworzeniu planu finansowego NFZ na rok 2014. Przykładowo na Dolnym Śląsku spadek ten wynosił 330 547 osób i był jednym z największych w Polsce. Taki sposób ustalania podziału środków na poszczególne województwa jest nieadekwatny do zadań NFZ i krzywdzący dla pacjentów, świadczeniodawców i pracowników sektora ochrony zdrowia.

Ze środków dzielonych algorytmem ustalonym jedynie na podstawie liczby osób ubezpieczonych Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ (DOW NFZ) finansuje świadczenia dla:

- osób uprawnionych nieubezpieczonych – jest ich 109 831 (dane na 31.03.2014 r.),
- osób nieuprawnionych nieubezpieczonych (tzw. martwych dusz) obecnych na listach aktywnych POZ – jest ich 225 907 (dane na 31.03.2014 r.).

Łącznie ze środków ustalonych jedynie na podstawie liczby ubezpieczonych DOW NFZ musi dodatkowo finansować świadczenia zdrowotne dla 335 738 osób. Jest to dodatkowe 13,45% świadczeniobiorców.

Kolejna grupa osób, która nie znalazła swojego miejsca w CWU, a zatem w algorytmie podziału środków pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ, to osoby „uprawnione nieubezpieczone” zapisane na aktywnych listach POZ. Do kategorii tej zaliczamy:

<sup>30</sup> Środki przeznaczone dla oddziałów wojewódzkich NFZ na finansowanie świadczeń medycznych w roku 2015 zostały ustalone na podstawie algorytmu podziału środków wprowadzonego przez 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.

<sup>31</sup> Zgodnie z projektem planu finansowego DOW NFZ na rok 2015.

Kategoria osób:	Liczba osób według DOW NFZ
Osoby uprawnione do 18 roku życia	82,372
Rezydenci Unii Europejskiej	9,273
Osoby uprawnione na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach	509
Osoby uprawnione na podstawie art. 67 ust. 6 ustawy o świadczeniach	831
Osoby uprawnione na podstawie art. 67 ust. 7 ustawy o świadczeniach	976
Osoby nieubezpieczone z prawem do świadczeń po wyrejestrowaniu	15,870
RAZEM	109,831

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Należy podkreślić, że świadczenia dla osób uprawnionych nieubezpieczonych są finansowane ze środków DOW NFZ. Osoby te mają prawo do wszelkich świadczeń: znajdują się na listach aktywnych POZ, ale także mają prawo do leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, refundacji leków itp. Jednak osoby te – jako nieubezpieczone – nie mają wpływu na ustalanie budżetu oddziału NFZ na rok 2015, nie znajdują się bowiem w wykazie CWU.

Dla wielkości środków przydzielanych na podstawie algorytmu duże znaczenie mają także tzw. martwe dusze zapisane na listach aktywnych POZ. Określeniem „martwe dusze” nazwano osoby nieuprawnione nieubezpieczone, których deklaracje POZ są wykazywane do rozliczenia na listach aktywnych POZ. Osoby te nie figurują w ewidencji Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, a także nie zaliczają się do kategorii osób uprawnionych nieubezpieczonych.

Na Dolnym Śląsku liczba „martwych dusz” (dane na 31.03.2014 r.) wynosi 225 907 osób. Liczba ta odpowiada 9% osób figurujących w CWU. Trudno ustalić, z jakiego powodu osoby, które skutecznie złożyły deklaracje POZ, nie figurują w CWU. Faktem jest, że Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia POZ dla tych osób stawką kapitacyjną. W obrębie Dolnego Śląska wydatki te wynoszą około 45 000 tys. zł rocznie.

Powyższe rozważania skłaniają do sformułowania następujących wniosków:

- Jeśli „martwe dusze” to osoby, które faktycznie nie mają prawa do leczenia, to należy usunąć ich deklaracje z list aktywnych POZ i zaprzestać finansowania POZ stawką kapitacyjną.
- Jeśli tak znaczna liczba „martwych dusz” wynika z nieprawidłowości w funkcjonowaniu Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, to przy ustalaniu podziału środków dla oddziałów wojewódzki NFZ należy uwzględnić konieczne nakłady na świadczenia dla tych osób.
- Ze względu na wielką liczbę „martwych dusz” (ok. 2 mln osób w Polsce) sprawę należy traktować niezwykle poważnie. Szacunkowe roczne wydatki NFZ z tytu-

łu finansowania świadczeń POZ stawką kapitacyjną dla „martwych dusz” przekraczają 400 mln zł<sup>32</sup>.

## 5. Zmiany w algorytmie w 2015 r. i ich wpływ na wielkość środków w OW NFZ

W związku z decyzją centrali NFZ o braniu pod uwagę przy tworzeniu planu finansowego funduszu na rok 2015 jedynie liczby osób ubezpieczonych według Centralnego Wykazu Ubezpieczonych doszło do sytuacji, w której oddziały wojewódzkie muszą z przyznaných środków zaplanować finansowanie świadczeń dla osób uprawnionych nieubezpieczonych i „martwych dusz”. Jeśli struktura poszczególnych grup osób w oddziałach wojewódzkich NFZ jest porównywalna, to ww. sytuacja nie ma istotnych skutków przy podziale środków. Niestety tak się nie dzieje. Należy stwierdzić, że przyjęty sposób podziału środków w istotny sposób krzywdzi świadczeniobiorców i świadczeniodawców z terenu Dolnego Śląska.

Dla Polski stosunek osób nieuwzględnianych w algorytmie podziału środków (uprawnieni nieubezpieczeni i „martwe dusze”) do ogółu osób ubezpieczonych według CWU wynosi 8,96%. Dla Dolnego Śląska analogiczny odsetek wynosi 13,15% i jest wyższy od średniej o 4,19%.

**Tabela 3.** Listy osób w wykazach NFZ i CWU

Wyszczególnienie	Polska	Dolny Śląsk
Liczba osób na listach aktywnych POZ – dane centrali NFZ – średnia za 2013 r.	37 008 990	2 823 661,00
Liczba ubezpieczonych – stan na 31.03.2014 r.	33 966 776	2 495 401,00
Poza algorytmem = nieubezpieczeni, ale uprawnieni + „martwe dusze POZ”	3 042 214	328 260,00
Udział procentowy różnicy do liczby ubezpieczonych	8,96%	13,15%

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Dla zobrazowania skutków finansowych nierównego podziału osób nieuwzględnionych w algorytmie podziału środków pomiędzy poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ należy wskazać, że 4,19% ubezpieczonych DOW NFZ stanowi ok. 104,5 tys. osób. Nakłady na leczenie takiej liczby osób – przyjmując za podstawę średnie nakłady na jednego ubezpieczonego w planie NFZ na rok 2015 (1 887,63 zł) – powinny wynieść 197 000 tys. zł. O taką kwotę należałoby postulować powiększenie budżetu DOW NFZ na rok 2015.

<sup>32</sup> Obliczenia: w Polsce liczba osób na listach aktywnych POZ jest wyższa o 3 042 214 osób od liczby osób ubezpieczonych według CWU. Na Dolnym Śląsku 67% z analogicznej liczby stanowią „martwe dusze”. Oszacowano zatem, że w skali kraju będzie to 67% x 3 042 214 = 2038 tys. osób. Przy stawce kapitacyjnej w wysokości ok. 200 zł rocznie na osobę nakłady wyniosą ponad 400 mln zł).

Traktowanie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych jako podstawowego źródła informacji, pomimo jego istotnych wad, wpływa negatywnie także na wielkość środków przydzielanych w ramach dotacji na wykonywanie zadań opieki zdrowotnej, o których mowa w art. 97 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, wobec szczególnych osób nieubezpieczonych, np. bezdomnych. Również wobec tych osób liczba ich jest znacznie mniejsza od liczby osób branych pod uwagę w latach poprzednich. Z danych podanych przez centralę NFZ wynika, że liczba osób uprawnionych nieubezpieczonych – których leczenie powinno być finansowane bezpośrednio z budżetu państwa – wynosi około 1 miliona osób. Tymczasem dotacja z budżetu państwa na rok 2015 pozwala na leczenie jedynie około 80 tysięcy osób. Jest to kwota niewystarczająca na leczenie osób uprawnionych nieubezpieczonych z Dolnego Śląska (109 831 osób)<sup>33</sup>.

Powyższe rozważania skłaniają do sformułowania kolejnych wniosków:

- Jeśli na podstawie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych prawidłowo ustalono liczbę osób uprawnionych nieubezpieczonych, to dotacja z budżetu państwa na leczenie tych osób jest znacznie zaniżona. Co więcej – sytuacja taka powtarza się od wielu lat.
- Jeśli dotacja została ustalona prawidłowo, to liczba osób uprawnionych nieubezpieczonych w CWU jest zawyżona, a co za tym idzie, należy stwierdzić, że Centralny Wykaz Ubezpieczonych funkcjonuje nieprawidłowo, a liczba ubezpieczonych wykazana w CWU nie może być podstawą do podziału środków pomiędzy poszczególne oddziały NFZ zgodnie z obowiązującym algorytmem.

**Tabela 4.** Zestawienie wielkości corocznej dotacji z budżetu państwa dla NFZ i średnich nakładów na leczenie jednego ubezpieczonego

Dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy		Średnie nakłady na jednego ubezpieczonego w planie NFZ	Liczba osób finansowanych z budżetu państwa (kwota dotacji podzielna przez nakłady na osobę)	Liczba osób uprawnionych nieubezpieczonych na Dolnym Śląsku (stan na 31.03.2014 r.)
Rok	Kwota (zł)			
2012	221 748 000	1 651,53 zł	134 268	
2013	217 089 000	1 693,03 zł	128 225	
2014	183 204 000	1 858,96 zł	98 552	109 831
2015	151 485 000	1 887,63 zł	80 251	

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

<sup>33</sup> Obliczenia: w Polsce liczba osób na listach aktywnych POZ jest wyższa o 3 042 214 osób od liczby osób ubezpieczonych według CWU. Na Dolnym Śląsku 33% z analogicznej liczby stanowią „uprawnieni nieubezpieczeni”. Oszacowano zatem, że w skali kraju będzie to 33% x 3 042 214 = około 1000 tys. osób. Przy średnich nakładach na jednego ubezpieczonego w planie NFZ na 2015 r. w wysokości 1887,63 zł dotacja z budżetu państwa winna wynieść ok. 1,8 mld zł.



- Należy rozważyć kierowanie dotacji z budżetu państwa bezpośrednio do oddziału NFZ w zależności od liczby uprawnionych nieubezpieczonych w tym oddziale lub też uwzględnić te osoby w algorytmie podziału środków.
- Na podstawie danych z planów finansowych NFZ można stwierdzić, że liczba osób uprawnionych nieubezpieczonych spada z roku na rok ze 134 tys. w 2012 r. do 80 tys. osób w 2015 r. Tym bardziej dziwi, że na Dolnym Śląsku na 31.03.2014 r. liczba tych osób wyniosła prawie 110 tys.

Podsumowując, należy stwierdzić, że nie bez znaczenia pozostaje odpowiedź na pytanie, czy kolejny algorytm podziału środków pomiędzy regiony umożliwia rozwiązanie problemów dotyczących funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, wyrównywania poziomów dostępności do świadczeń medycznych oraz poprawy racjonalności gospodarowania środkami finansowym? A zatem czy chcemy otrzymywać tyle, ile mamy w składce zdrowotnej, czy też wliczamy w koszty większą solidarność ze słabszymi regionami? Ostatecznie uzyskana bowiem wysokość środków przekazana poszczególnym oddziałom Funduszu pozwala na pokrycie, lub nie, zrealizowanych na rzecz świadczeniobiorców przez podmioty lecznicze świadczeń opieki zdrowotnej, co wpływa bezpośrednio na ich kondycję finansową i możliwość rozwoju oraz dalszego udzielania świadczeń.

Warto zwrócić uwagę na fakt, że w latach 1990-2015 punkt ciężkości konstrukcji algorytmu wyrównania przeniesiony został z poziomu dochodowości regionu i liczby świadczeniobiorców, czyli ze strony przychodowej, na stronę wydatkową, koncentrującą się na pokrywaniu kosztów zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Taka transformacja jest typowa dla działań o charakterze publicznym, gdzie rzadko skupiamy się na właściwym kształtowaniu strony przychodowej, formułując (z różnym skutkiem) rozwiązania strony wydatkowej.

## Literatura

- Misiąg W., 2005, *Koncepcja i wskaźniki budżetu zadaniowego a bilans potrzeb pomocy społecznej*, IBnGR, Warszawa.
- Sowada Ch., *Finansowanie świadczeń zdrowotnych w ramach systemów publicznych – przykłady rozwiązań europejskich*, Collegium Medicum, Uniwersytet Jagielloński, Kraków, <http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Christoph%20Sowada.pdf>.
- Wasem J., 2001, *Wyrównanie finansowe między Kasami Chorych w polskim systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Zadanie 1 projekty Banku Światowego. Wersja końcowa*, UNUZ, Warszawa.
- OECD Health Data, 2010.

## Akty prawne

- Ustawa z dnia 6 lutego 1997r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, Dz.U. nr 28, poz. 153, art. 135.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 27 października 1998 r. w sprawie algorytmu wyrównania finansowego dokonywanego między Kasami Chorych oraz wysokości procentowej przewidy-

- wanych przychodów, które nie są uwzględnione w wyrównaniu, Dz.U. nr 134, poz. 874 z dnia 30.10.1998 r.
- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Dz.U. z 2003 r., nr 45, poz. 391, art. 118, ust 4.
- Ustawa z dnia 22 maja 2003 roku o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz.U. nr 124, poz. 1152 z późn. zm.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o finansowaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, Dz.U. nr 210, poz. 2135; nowelizacja z dnia 25 września 2009 r., Dz.U. nr 178, poz. 1374.
- 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, Dz.U. nr 148, poz. 1232.
- Ustawa z dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, Dz.U. z 2006 roku, nr 149, poz. 1076 oraz z 2007 roku, nr 64, poz. 430.
- Ustawa z dnia 24 lipca 2007 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawie o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, Dz.U. nr 133, poz. 922.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 października 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, Dz.U. nr 134, poz. 874, z późn. zm.
- 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.
- [www.nik.gov.pl](http://www.nik.gov.pl).
- [www.oecd.org](http://www.oecd.org).