

Jak się dzieli
pieniądze
na zdrowie?

Dziel i rządź

Mariusz Tarhoni

Finansowanie ochrony zdrowia z funduszy publicznych to skomplikowany organizacyjny mechanizm, który ma działać dla dobra pacjentów. W przededniu zapowiadanych zmian warto spojrzeć na niego z punktu widzenia zarządzania pieniędzmi. Szerszym gremiom osób zainteresowanych lub związanych z nim zawodowo przyjdzie się zastanowić nad kierunkiem ewentualnych rozwiązań. Warto też spojrzeć na system z perspektywy jego historii.

foto: iStockphoto

W ostatnich tygodniach pojawiło się wiele opinii na temat przygotowanych przez rząd projektów ustaw wprowadzających zmiany w systemie opieki zdrowotnej. Największy nacisk położono na reformę jednostek szpitalnych w celu usprawnienia zarządzania i nadzoru właścicielskiego oraz na zmiany systemu płatniczego. Ministerstwo Zdrowia miało sporo czasu, by wypracować poprawki do zawetowanych przez prezydenta ustaw zdrowotnych. Nie ujawnia się szczegółów, co zresztą nie powinno nikogo dziwić, gdyż tematy te są wrażliwe politycznie i społecznie. Niejeden rząd odnotował spadki popularności, prowadząc działania reformatorskie w tej dziedzinie. Nie można jednak zostawić spraw systemu emerytalnego i ochrony zdrowia w takim stanie, w jakim znajdują się dzisiaj.

Kompromis

Decyzje będą podejmowane w wyniku kompromisu między efektywnym ekonomicznie racjonalizmem a zachowaniem poparcia potencjalnych wyborców. Znaczna część społeczeństwa, szczególnie ludzie w podeszłym wieku oraz biedniejsi, będzie się obawiała zmian i wykaże podatność na hasła populistyczne i zachowawcze. Trudno się takim poglądom dziwić, ponieważ dla wielu osób szczegóły systemów finansowa-

wania świadczeń nie są zrozumiałe i łatwo wzbudzać u nich lęk przed pozostaniem bez opieki zdrowotnej oraz brakiem możliwości zapewnienia sobie leków i dostępu do leczenia. W systemie nie ma wcale ubezpieczeń pielęgnacyjno-opiekuńczych lub nie działają one efektywnie, nie ma wyodrębnionej składki na tę opiekę i to przy coraz bardziej starzejącym się społeczeństwie. W takiej sytuacji każda próba przedstawienia programów reformatorskich spotyka się z silną reakcją i protestami. Planowana modernizacja systemu płatniczego (NFZ), zmierzająca do jego decentralizacji, najprawdopodobniej spowoduje wzrost efektywności zarządzania finansami, ale doprowadzi do zróżnicowania w korzystaniu z opieki zdrowotnej. Warto jednak przed wprowadzeniem reform zastanowić się, jak wygląda to dziś i jak wyglądało wcześniej.

Prapoczątki

Po zmianach ustrojowych w 1989 r. finansowanie świadczeń zdrowotnych doczekało się wprowadzenia w 1999 r. systemu oddzielającego rolę płatnika od świadczeniodawcy poprzez wprowadzenie świadczeniobiorcy lub po prostu pacjenta. Przyjrzyjmy się zatem podstawowym parametrom ekonomicznym dwóch realizowanych w Polsce systemów finansowa-

nia opieki zdrowotnej, zanim zapoznamy się z ewentualnym trzecim, nowym. Poddamy ocenie okres od 1 stycznia 1999 r. do 31 grudnia 2009 r., a w zasadzie do końca kwietnia 2010 r.

Pieniądze na zdrowie

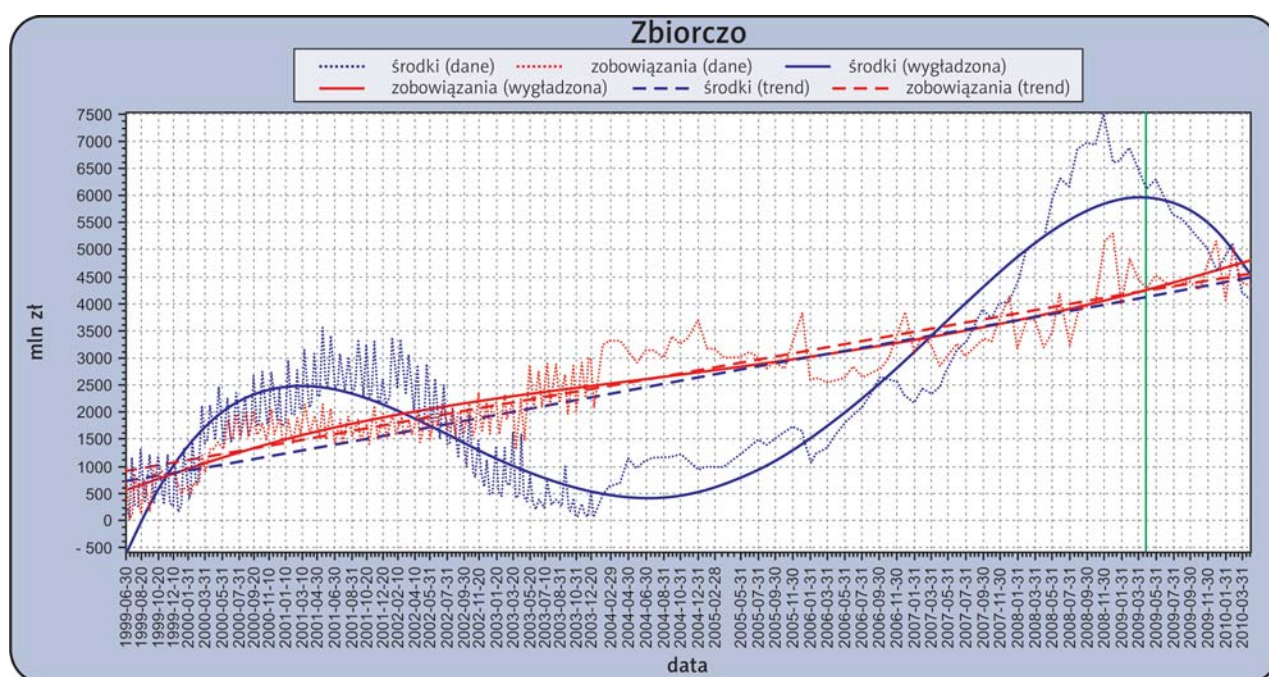
Składka na ubezpieczenie zdrowotne jest związana z koniunkturą gospodarczą. Zmiany PKB po sześciu miesiącach przekładają się na składki zdrowotne, tworząc sprzężenie zwrotne. Na rycinie 1. przedstawiona została sytuacja finansowa płatnika od 1 stycznia 1999 r. do 30 kwietnia 2010 r., czyli przez dziesięć lat, co daje możliwość wyciągnięcia wniosków i prognozowania na tej podstawie przyszłości. Należy zauważyć, że wielkość funduszy w systemie się zmienia i zmienia się ich relacja do wydatków, np. wyraźnych przez zobowiązania.

Po raz pierwszy od II kwartału 2001 r. system osiągnął przewagę dochodów nad zobowiązaniami na przełomie I i II kwartału 2007 r. Przy stale rosnącej puli pieniędzy i stałym, wręcz liniowym, wzroście kosztów najkorzystniejszym momentem do reformowania systemu płatniczego był okres przed uzyskaniem maksimum (od stycznia 2007 r. do połowy 2009 r.). Był to idealny czas na wprowadzenie projektu ustawy z 31 lipca 2008 r. o państwowym nadzorze nad systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. Nie wszyscy jednak podzielają pogląd, że reformować system płatniczy należy w czasie składkowej hossy. Ustawa o PUZ w 1999 r. wprowadzona została właśnie w okresie

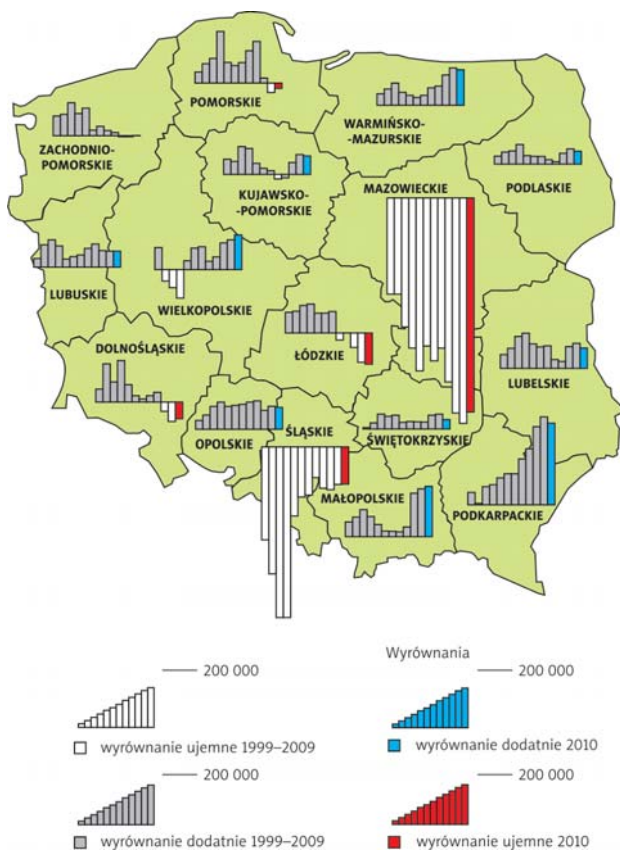
wzrostu funduszy w systemie i ich przewagi nad zobowiązaniami, zakończyła się przedwcześnie, nie doczekawszy do następnego okresu prosperity finansowej. Uwarunkowania polityczne oraz zmniejszenie funduszy w systemie doprowadziły do eliminacji kas chorych, Krajowego Związku Kas Chorych, Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych i wprowadzenia w ich miejsce centralnie zarządzanej monokasy – Narodowego Funduszu Zdrowia. Obecna sytuacja finansowa nie jest korzystna dla przeprowadzania ewentualnych zmian w organizacji i strukturze instytucji płatniczej, ale reformy nie można przesunąć do pojawienia się hossy.

Czynniki wrażliwe

Zmiany spowodowane czynnikami makroekonomicznymi nie wpływają, jak widać na rycinie 1., na ogólny trend zobowiązań. Innymi słowy, poszczególne wydatki zawarte w planach finansowych utrzymują się na stałym poziomie wzrostu również wtedy, gdy analizuje się je rok do roku. Podobnie jest w innych krajach europejskich. Wniosek, który z tego wypływa, jest jeden – świadczeniodawcy zwiększają dostępność w ramach funduszy z ubezpieczenia publicznego w sposób stały, niezależny od tego, czy system ma przewagę dochodów nad zobowiązaniami lub odwrotnie. Oczywiście w okresach dobrej koniunktury, kiedy występuje przewaga pieniędzy w systemie, co przekłada się na zakup przez płatnika świadczeń i usług medycznych nadlimitowych w roku następnym, presja świadczeniodawców (ze szczególnym uwzględnieniem



Ryc. 1. Środki pieniężne i zobowiązania zbiorczo od 1 stycznia 1999 r. do 30 kwietnia 2010 r. w systemie płatniczym Kas Chorych oraz środki pieniężne i zobowiązania w NFZ (od 1 kwietnia 2003 r.). Opracowanie własne, dane: DEF UNUZ, Centrala NFZ



Ryc. 2. Podział środków pieniężnych na poszczególne Regionalne Kasy Chorych oraz Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 1999–2009 oraz planowane wyrównanie na rok 2010. Opracowanie: własne, dane: Ministerstwo Zdrowia, UNUZ Dep. Ekonomiki Finansów, Centrala NFZ

niem szpitali¹⁾ jest znacznie większa, a budowanie budżetu na przyszły rok jest liniowe i proporcjonalne do wykonania, a nie do wielkości planowanej. Zjawisko to działa odwrotnie w okresach, w których płatnik dostępnymi sobie metodami ogranicza finansowanie i nie płaci za świadczenia nadlimitowe.

Lata 2006–2008 charakteryzowały się nadwyżką dochodów w stosunku do zobowiązań, podobnie jak cały rok 2009. Światowy kryzys gospodarczy spowodował zmniejszenie wpływów składki do NFZ od 400 mln zł do miliarda złotych. Przy budżecie wynoszącym 58 mld zł nie są to kwoty mogące prowadzić do zaburzeń systemu. Nie oznacza to, że taka dekonunktura i zmniejszenie przyrostu wpływów nie wywoła reakcji politycznych, które w efekcie będą się wyrażały tezą, iż finansowanie systemu ochrony zdrowia w sektorze publicznym ulega załamaniu. Nie można jednak postawić tezy, że zjawisko zmniejszenia wpływów do NFZ należy traktować jako pozytywne. W perspektywie sprawności całego systemu nie jest ono ani niczym nowym, ani nie przekłada się na wskaźniki epidemiologiczne, które charakteryzują zmiany stanu zdrowia społeczeństwa.

Solidarnie czy sprawiedliwie

Do tej pory nigdzie nie publikowano danych dotyczących podziału pieniędzy według przyjmowanych

algorytmów wyrównawczych. Na rycinie 2. przedstawiono ten podział w sposób graficzny w latach 1999–2009 oraz prognozowane wyrównanie finansowe na rok 2010. Sam algorytm wyrównawczy wynika z zapisów konstytucji i przyjętych przez Polskę międzynarodowych umów. Może być traktowany jako narzędzie w zakresie zmniejszania nierówności w zdrowiu.

Na rycinie 2. celowo przedstawiono wielkość wyrównania w ostatnich dziesięciu latach na mapie Polski, by pokazać na jednym rysunku zmiany wyrównania finansowego przyjmowane w kolejnych rozporządzeniach.

Chronologicznie lata 1999, 2000, 2001 itd. przedstawiono w porządku od strony lewej w prawo. W latach 1999–2009 wzięto pod uwagę wykonania, natomiast w roku 2010 przyjęto wielkości planu finansowego poszczególnych oddziałów NFZ. Kolorem szarym oznaczono kwoty pochodzące z wyrównania, białym zaś oddawane do systemu. Planowany na 2010 r. podział funduszy przedstawiono odpowiednio: dla oddziałów oddających pieniądze – kolorem czerwonym, dla przyjmujących pieniądze – kolorem niebieskim.

Huśtawka finansowa

W niektórych województwach, czyli dla niektórych regionalnych kas chorych, a później oddziałów wojewódzkich NFZ, kwoty przeznaczone na wyrównanie finansowe zmieniają się w kolejnych latach według stałego trendu. Niestety, są też oddziały, w których relacje wyrównania zmieniają się bardzo mocno. Szerza analiza i porównanie założeń dla poszczególnych algorytmów wymagają dalszej pracy i będą kontynuowane w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – PZH przez Zakład Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa. Można przyjąć tezę, że odpowiedzialność w wyznaczeniu algorytmu wyrównania finansowego ma większy wpływ na finansowanie np. szpitali niż zmniejszenie poboru składki wynikające z kryzysu ekonomicznego.

W każdym systemie płatniczym, szczególnie publicznym, należy stosować zasadę eliminacji nierówności w zdrowiu. W Polsce problem ten reguluje zapis konstytucyjny, jednak nigdzie na świecie nie istnieją regulacje, które całkowicie znoszą faktyczne nierówności w zdrowiu. Próbuje się rozwiązać to zjawisko za pomocą zmiennej alokacji środków finansowych na świadczenia medyczne.

W systemie płatniczym, którego zadaniem jest finansowanie ochrony zdrowia, istnieją różne regulatory wzajemnych relacji finansowych pomiędzy świadczeniodawcą a płatnikiem. Znaczna część tych regulacji wynika z przyjmowanych rozwiązań legislacyjnych. Jednym z takich regulatorów jest wyrównanie finansowe. Do wyliczeń przyjmuje się wielkości istotne z punktu widzenia wyniku podziału, które bardziej

zainteresowanym przedstawiamy w internetowym wydaniu *Menedżera Zdrowia* (www.termedia.pl – w elektronicznej wersji artykułu „Dziel i rządź” w ujęciu historycznym w poszczególnych rozporządzeniach).

System NFZ (centralnie sterowany) w czasie obowiązywania ustawy z 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ (Dz. U. z 2003 r., Nr 45, poz. 391 z późn. zm.) – tj. od 1 kwietnia 2003 r. do 30 września 2004 r., którą Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7 stycznia 2004 r. (sygn. akt K 14/03) uznał za niezgodną z art. 68 w związku z art. 2 konstytucji, nie wypracował żadnego sposobu wyrównania międzyoddziałowego. Już po wprowadzeniu, od 1 października 2004 r., nowej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych, pierwsze rozporządzenie dotyczące algorytmu wyrównania przyjęto w lipcu 2005 r. Tryb i kryteria podziału pieniędzy pomiędzy centralą i oddziały wojewódzkie były następnie zmieniane w okresach krótszych niż dwa lata. Pojawia się pytanie, czy częsta zmiana kwot korygujących prowadzi do wyrównania szans ubezpieczonych w dostępie do świadczeń i czy zmiana sposobu ich wyliczenia rzeczywiście przyczynia się do niwelowania nierówności w zdrowiu.

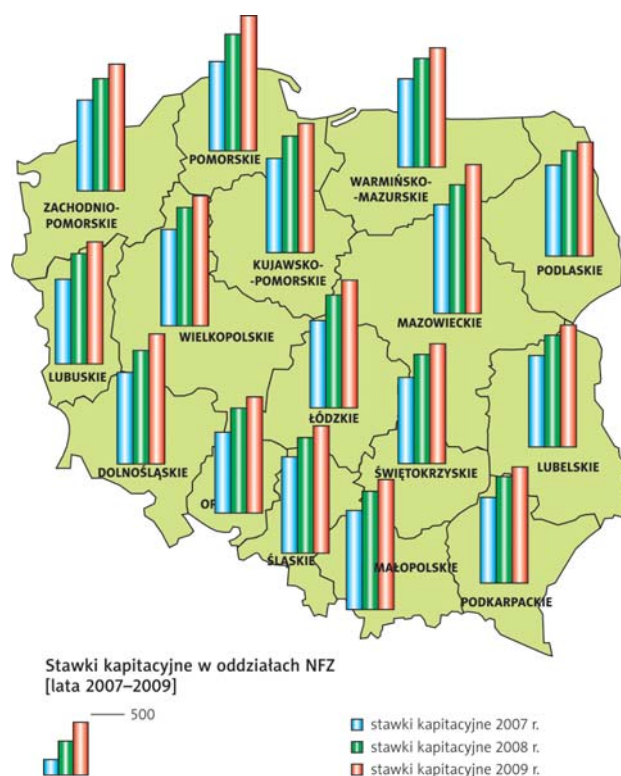
Kto ile ma

Pelen obraz sytuacji finansowej będzie widoczny, jeżeli przyjrzymy się rozkładowi składki kapitałowej przypadającej rocznie na ubezpieczonego w danym oddziale. Na rycinie 3. przedstawiono roczne stawki kapitałowe we wszystkich oddziałach NFZ w latach 2007–2009. Aby zobaczyć dynamikę w rozkładzie wysokości stawek, warto przyrzeć się rycinom 3. oraz 4. i jednocześnie przeanalizować dane zawarte w tabeli 1.

Różnice w stawkach kapitałowych w poszczególnych regionach kraju występują w każdym systemie finansowania ochrony zdrowia, nie powinny jednak przekraczać 10–15 proc. Poszukiwanie relacji pomiędzy tymi różnicami a realizacją konstytucyjnej zasady równego dostępu do świadczeń zdrowotnych nie jest takie jednoznaczne i nie musi być postrzegane negatywnie. W tym przypadku należy oceniać to zjawisko, biorąc pod uwagę takie czynniki, jak: struktura jednostek ochrony zdrowia, placówek szpitalnych wyższych stopni referencyjnych, uczelni medycznych, czynników demograficznych, wielkości ośrodków miejskich itp.

Co z tego wynika

Reasumując podjęty temat, należałoby potraktować go jako początek pewnego cyklu działań, których celem jest systemowa analiza uwarunkowań ekonomicznych w systemie finansowania świadczeń zdrowotnych. Dziesięć lat to długi okres, który pozwala na wyciągnięcie wniosków mogących posłużyć do wpro-



Ryc. 3. Stawki kapitałowe w latach 2007–2009 w Oddziałach Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Wartości liczbowe przedstawiono w tabeli 1. Opracowanie: własne, dane: Ministerstwo Zdrowia, NIZP - PZH

wadzenia systemu finansowania świadczeń zdrowotnych, który pozwoliłby uzyskać jak największe efekty zdrowotne przy wykorzystaniu ograniczonej, dostępnej ilości środków finansowych.

Projektowany system dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, który najprawdopodobniej obejmie jako grupę docelową ludzi młodych i mających większe możliwości finansowe, lepiej wykształconych i przypuszczalnie mieszkających w dużych ośrodkach miejskich, będzie wymagał również stosowania algorytmu wyrównawczego, który w tym wypadku przełoży się również na niepubliczne instytucje finansowe w ochronie zdrowia.

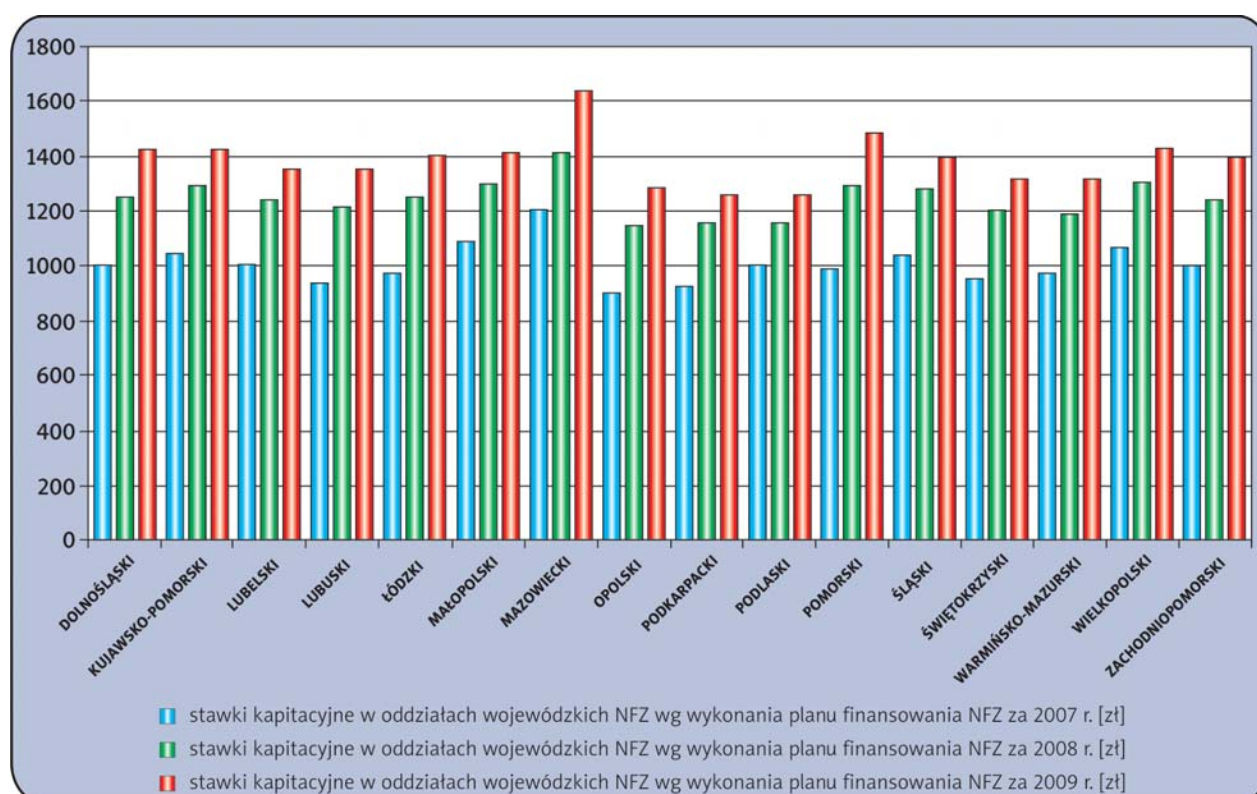
Nadmierne i pochopne regulacje dotyczące systemu finansowania świadczeń zdrowotnych mogą prowadzić do niekorzystnych następstw. Odwrócenie negatywnych skutków wymaga sporo czasu i odbywa się kosztem infrastruktury, ale przede wszystkim sytuacji ubezpieczonych z danego regionu.

Problem równego dostępu Polaków do świadczeń zdrowotnych powinien zostać potraktowany jako determinanta, której celem jest współdziałanie partnerów zajmujących się społecznymi i ekonomicznymi uwarunkowaniami nierówności w zdrowiu na poziomie naszego kraju, części składowej Unii Europejskiej.

Rozpoczęte w Zakładzie Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia i Szpitalnictwa Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH – od 2005 r. prace polegające na stworzeniu bazy danych dotyczących finansowania świadczeń zdrowotnych w Polsce od

Tabela 1. Porównanie stawek kapitaacyjnych w latach 2007–2009 w ZOW NFZ według wykonania planu finansowego (oddziały zostały ułożone w kolejności alfabetycznej – rosnąco) w kolumnach miejsce w wysokości stawki w poszczególnych latach, 1 – najwyższa stawka *per capita*, 16 – najniższa stawka *per capita*. Opracowanie: własne, dane: Ministerstwo Zdrowia, NIZP – PZH

Oddziały wojewódzkie NFZ	Kolejność – miejsce – 2007	Stawki kapitaacyjne w oddziałach wojewódzkich NFZ wg wykonania planu finansowego NFZ za 2007 r. [zł]	Kolejność – miejsce – 2008	Stawki kapitaacyjne w oddziałach wojewódzkich NFZ wg wykonania planu finansowego NFZ za 2008 r. [zł]	Kolejność – miejsce – 2009	Stawki kapitaacyjne w oddziałach wojewódzkich NFZ wg wykonania planu finansowego NFZ za 2009 r. [zł]
DOLNOŚLĄSKI	8	1000,80	8	1245,50	5	1421,08
KUJAWSKO-POMORSKI	4	1046,60	5	1290,00	4	1425,80
LUBELSKI	7	1001,00	10	1234,57	10	1350,68
LUBUSKI	14	936,30	11	1217,38	11	1349,52
ŁÓDZKI	11	970,70	7	1248,85	7	1399,80
MAŁOPOLSKI	2	1089,80	3	1295,61	6	1410,98
MAZOWIECKI	1	1205,20	1	1413,83	1	1635,82
OPOLSKI	16	894,60	16	1148,33	14	1281,89
PODKARPACKI	15	924,40	15	1157,23	16	1260,75
PODLASKI	6	1001,60	14	1157,23	15	1260,75
POMORSKI	10	986,00	4	1291,52	2	1486,38
ŚLĄSKI	5	1041,10	6	1278,00	8	1398,43
ŚWIĘTOKRZYSKI	13	949,10	12	1207,44	12	1317,11
WARMIŃSKO-MAZURSKI	12	969,60	13	1189,46	13	1310,46
WIELKOPOLSKI	3	1068,80	2	1301,76	3	1427,60
ZACHODNIOPOMORSKI	9	997,40	9	1235,21	9	1397,50



Ryc. 4. Stawki średnioroczne *per capita* w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ w latach 2007–2009. Wykres ilustruje dane zawarte w tabeli 1. Opracowanie: własne, dane: Ministerstwo Zdrowia, NIZP – PZH

1999 r. do chwili obecnej okazały się przydatne przy ocenie działania systemu płatniczego i planowaniu jego działań w przyszłości. Zagregowanie tych danych tak, aby stanowiły ciągłość i opracowanie rozkładu potencjalnych zmian finansowania poszczególnych jednostek organizacyjnych płatnika prowadzi bezpośrednio do możliwości planowania rozkładu środków pieniężnych przy zmianie systemu finansowania (a także wprowadzenia dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych), pozwala ocenić skalę takich zjawisk, jak np. wpływ zmniejszenia się składki spowodowanego kryzysem na ubezpieczenie zdrowotne.

Gdyby w Polsce istniał nadal samorządny system kas chorych, rozkład wyrównania międzykasowego byłby inny niż przyjęty na 2010 r. i lata następne. Finansowanie ochrony zdrowia jest tematem wrażliwym społecznie, wykorzystywanym często medialnie i przekładającym się na działania polityczne. Jedna pomyłka, dotycząca np. faktycznej oceny składki pobieranej od ubezpieczonych w KRUS, może być trudna do skorygowania przez długie lata.

Autor jest ekspertem Zakładu Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia oraz Szpitalnictwa w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – PZH

Przypisy

¹ Przeważająca liczba szpitali w Polsce jest publiczna. Właścicielami tych jednostek są samorządy gminne, powiatowe, wojewódzkie, a także Ministerstwo Zdrowia. Taka struktura ułatwia wywieranie presji na płatnika dotyczącej podniesienia zakontraktowanych ilości świadczeń – obrotu jednostki, jej zysku lub zmniejszenia strat.

Przyjmowane do wyliczeń wielkości istotne z punktu widzenia wyniku podziału w ujęciu historycznym w poszczególnych rozporządzeniach

1. Wynikające z wydanego na podstawie art. 135 ust. 3 ustawy z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 z późn. zm.) rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 27 października 1998 r. w sprawie algorytmu wyrównania finansowego dokonywanego między Kasami Chorych oraz wysokości procentowej przewidywanych przychodów, które nie są uwzględnione w wyrównaniu (Dz. U. z 1998 r., Nr 134, poz. 874), obowiązującego od 1 stycznia 1999 r. do 31 marca 2003 r. – liczba osób ubezpieczonych do 60. roku życia włącznie, liczba osób ubezpieczonych powyżej 60. roku życia, korektor „wiekowy”, korektor „dochodowy”.
2. Wynikające z rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 30 sierpnia 1999 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie algorytmu wyrównania finansowego dokonywanego między Kasami Chorych oraz wysokości procentowej przewidywanych przychodów, które nie są uwzględnione w wyrównaniu (Dz. U. z 1999 r., Nr 72, poz. 809) – liczba osób ubezpieczonych do 60. roku życia włącznie, liczba osób ubezpieczonych powyżej 60. roku życia, korektor „wiekowy”, korektor „dochodowy” (zmieniły się wartości korektorów).
3. Wynikające z rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 sierpnia 2001 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie algorytmu wyrównania finansowego dokonywanego między Kasami Chorych oraz wysokości procentowej przewidywanych przychodów, które nie są uwzględnione w wyrównaniu (Dz. U. z 2001 r., Nr 86, poz. 948) – liczba osób ubezpieczonych do 60. roku życia włącznie, liczba osób ubezpieczonych powyżej 60. roku życia, korektor „wiekowy”, korektor „dochodowy” (zmieniły się wartości korektorów).
4. Wynikające z wydanego na podstawie art. 119 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 oraz z 2005 r. Nr 94, poz. 788) rozporządzenia 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 (Dz. U. z 2005 r., Nr 126, poz. 1061), obowiązującego od 11 lipca 2005 r. do 9 sierpnia 2005 r. - udział planowanych wydatków na świadczenia wysokospecjalistyczne uwzględniający finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych w latach poprzednich, liczba ubezpieczonych i-tej grupie ubezpieczonych w roku planowania, liczba ubezpieczonych dla x-tego oddziału wojewódzkiego Funduszu i-tej grupie ubezpieczonych w roku planowania ($x = 1, \dots, 16$), średni wskaźnik ryzyka zdrowotnego, w algorytmie tym przyjmuje się znaczną ilość wskaźników odnoszących się do roku poprzedniego i określających migrację ubezpieczonych i dostępność do świadczeń wysokospecjalistycznych.
5. Wynikające z wydanego na podstawie art. 119 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 oraz z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 110 i Nr 138, poz. 1154) rozporządzenia 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. z 2005 r., Nr 148, poz. 1232), obowiązującego od 10 sierpnia 2005 r. do 19 września 2007 r. – wskaźniki ryzyka zdrowotnego, wskaźniki dotyczące migracji oraz wskaźniki dotyczące świadczeń wysokospecjalistycznych oblicza się na podstawie danych sprawozdawczych z lat poprzednich; grupy ubezpieczonych: jednoroczne grupy ubezpieczonych w wieku od 0 do 99 lat, grupę ubezpieczonych w wieku 100 lat i więcej – odrębnie dla każdej płci, grupę odniesienia stanowią wszyscy ubezpieczeni w wieku 3 lat i więcej; wskaźniki ryzyka zdrowotnego dla grup ubezpieczonych w wieku 2 lat i mniej przyjmują wartość wskaźników ryzyka zdrowotnego dla grup ubezpieczonych w wieku 3 lat.
6. Wynikające z wydanego na podstawie art. 119 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm. rozporządzenia 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 (Dz. U. z 2007 r., Nr 171, poz. 1210), obowiązującego od 20 września 2007 r. do 4 listopada 2009 r. – w stosunku do poprzedniego algorytmu zmienia się jego formuła matematyczna, natomiast nadal pozostaje on oparty na wskaźnikach odnoszących się do roku poprzedniego i określających migrację ubezpieczonych i dostępność do świadczeń wysokospecjalistycznych.
7. Wynikające z wydanego na podstawie art. 119 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) 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 ubezpieczonych (Dz. U. z 2009 r., Nr 193, poz. 1495), obowiązującego od 19 listopada 2009 r. – wskaźnik ten oparty jest na grupach ubezpieczonych, wskaźniku ryzyka zdrowotnego dla danej grupy.
W punktach 1–3 dotyczących przyjmowanego algorytmu wyrównania międzykasowego następują zmiany jedynie w przyjętych korektorach „wiekowym” i „dochodowym”.
W punktach 4–7 każde z rozporządzeń oparte jest na innym sposobie obliczenia wyrównania.