

**SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
ZA 2006 ROK**

kwiecień 2007 r.

SPIS TREŚCI

I.	STRESZCZENIE	4
II.	PODSTAWY PRAWNE DZIAŁALNOŚCI NFZ	12
III.	ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ	13
1.	REALIZACJA ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W 2006 R.	13
1.1	ZAWARTE UMOWY NA 2006 R.	18
1.2	MONITOROWANIE REALIZACJI ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ	20
1.2.1.	PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA	20
1.2.2.	AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	22
1.2.3.	LECZNICTWO SZPITALNE	23
1.2.4.	OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	26
1.2.5.	OPIEKA DŁUGOTERMINOWA	27
1.2.6.	REHABILITACJA LECZNICZA.....	28
1.2.7.	ŚWIADCZENIA ODRĘBNI KONTRAKTOWANE.....	29
1.2.8.	POMOC DORAŻNA I TRANSPORT SANITARNY	30
1.2.9.	OPIEKA STOMATOLOGICZNA.....	31
1.2.10.	PROGRAMY PROFILAKTYCZNE	32
1.2.11.	ZAOPATRZENIE W PRZEDMIOTY ORTOPEDYCZNE I ŚRODKI POMOCNICZE	34
1.2.12.	LECZNICTWO UZDROWISKOWE	35
2.	KONTROLA REALIZACJI UMÓW, W TYM NAJCZĘŚCIEJ STWIERDZONE NIEPRAWIDŁOŚCI.....	36
3.	MONITOROWANIE ORDYNACJI LEKARSKIEJ	42
4.	KONTROLE APTEK	44
5.	ZAWIERANIE UMÓW O UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA 2007 R....	47
IV.	SPRAWY ŚWIADCZENIOBIORCÓW	55
1.	CENTRALNY WYKAZ UBEZPIECZONYCH	55
2.	DECYZJE INDYWIDUALNE.....	61
3.	KOLEJKI OCZEKUJĄCYCH	68
4.	PROBLEMY ZGŁASZANE PRZEZ ŚWIADCZENIOBIORCÓW.....	70
5.	INTERWENCJE PODJĘTE PRZEZ RZECZNIKA PRAW PACJENTA	77
V.	REALIZACJA ZADAŃ WYNIKAJĄCYCH Z PRZEPISÓW O KOORDYNACJI SYSTEMÓW ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO.....	80
1.	CHARAKTERYSTYKA OGÓLNA	80
2.	UPRAWNIENIA DO ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ UDZIELANYCH NA PODSTAWIE PRZEPISÓW O KOORDYNACJI.....	81
2.1.	ZAŚWIADCZENIA WYDANE PRZEZ FUNDUSZ OSOBOM UBEZPIECZONYM	82
2.2.	POŚWIADCZENIA WYDANE NA PODSTAWIE ZAREJESTROWANYCH FORMULARZY PRZEDSTAWIONYCH PRZEZ OSOBY UPRAWNIONE	86
3.	ŚWIADCZENIA ZREALIZOWANE NA PODSTAWIE PRZEPISÓW O KOORDYNACJI	88
3.1.	STRUKTURA ROSZCZEŃ ZGŁOSZONYCH PRZEZ PAŃSTWA CZŁONKOWSKIE EOG W ZWIĄZKU Z LECZENIEM OSÓB UBEZPIECZONYCH W FUNDUSZU ORAZ STAN ZOBOWIĄZAŃ RP NA DZIEŃ 31.12.2006 R.....	88

3.2.	STRUKTURA ROSZCZEŃ PRZEKAZANYCH PRZEZ FUNDUSZ PAŃSTWOM CZŁONKOWSKIM EOG W ZWIĄZKU Z LECZENIEM OSÓB UPRAWNIONYCH NA TERENIE POLSKI ORAZ STAN WIERZYTELNOŚCI RP NA DZIEŃ 31.12.2006.....	93
3.3.	REFUNDACJA KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ OSOBOM UBEZPIECZONYM W FUNDUSZU NA PODSTAWIE ART. 34 ROZPORZĄDZENIA 1408/71	97
3.4.	KWOTY AUTORYZOWANE NA FORMULARZACH E 126 WYSTAWIONYCH PRZEZ INNE PAŃSTWA CZŁONKOWSKIE EOG.....	99
VI.	GOSPODARKA FINANSOWA	102
1.	WYKONANIE PLANU FINANSOWEGO ZA 2006 R.	102
1.1.	PRZYCHODY ZE SKŁADEK BRUTTO NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE	107
1.1.1.	PRZYCHODY Z TYTUŁU REALIZACJI PRZEPISÓW O KOORDYNACJI.....	110
1.1.1.1.	DOTACJA Z BUDŻETU PAŃSTWA NA REALIZACJĘ ZDANIA, O KTÓRYM MOWA W ART. 97 UST. 3 PKT. 3 USTAWY O ŚWIADCZENIACH OPIEKI ZDROWOTNEJ FINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH.....	111
1.2.	KOSZTY ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ FUNDUSZU	112
1.2.1.	KOSZTY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ORAZ REFUNDACJI CEN LEKÓW WYNIKAJĄCE Z PRZEPISÓW O KOORDYNACJI	120
1.3.	WZROST KOSZTÓW ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z TYTUŁU USTAWY Z DNIA 22 LIPCA 2006 ROKU O PRZEKAZANIU ŚRODKÓW FINANSOWYCH ŚWIADCZENIODAWCOM NA WZROST WYNAGRODZEŃ (Dz. U. Nr 149 poz. 1076).....	121
1.4.	KOSZTY ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NFZ PO ELIMINACJI SKUTKÓW FINANSOWYCH REALIZACJI ART. 3 UST. 1 PKT. 1 USTAWY Z DNIA 22 LIPCA 2006 R. O PRZEKAZANIU ŚRODKÓW FINANSOWYCH ŚWIADCZENIODAWCOM NA WZROST WYNAGRODZEŃ (Dz. U. Nr 149 poz. 1076)	123
1.5.	KOSZTY ADMINISTRACYJNE	124
1.6.	POZOSTAŁA DZIAŁALNOŚĆ	126
1.7.	DZIAŁALNOŚĆ FINANSOWA	128
1.6.	WYNIK FINANSOWY	129
	SPRAWOZDANIE FINANSOWE NFZ ZA 2006 R. SPORZĄDZONE NA PODSTAWIE USTAWY O RACHUNKOWOŚCI.....	132
2.1.	AKTYWA I ICH STRUKTURA	132
.2.	PASYWA I ICH STRUKTURA	134
VII.	OGÓLNE INFORMACJE O NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA... 137	
1.	STRUKTURA ORGANIZACYJNA NFZ.....	137
2.	DZIAŁALNOŚĆ RADY FUNDUSZU.....	139
3.	DZIAŁALNOŚĆ RAD ODDZIAŁÓW WOJEWÓDZKICH NFZ.....	147
4.	ZASOBY KADROWE.....	175
5.	DZIAŁANIA EDUKACYJNE I INFORMACYJNE	177
6.	INFORMATYZACJA	181
7.	KONTROLA WEWNĘTRZNA	184
8.	AUDYT WEWNĘTRZNY	185
9.	KONTROLE ZEWNĘTRZNE PRZEPROWADZONE W FUNDUSZU W 2006 R.	187
10.	SPRAWY SĄDOWE.....	188
	ZAŁĄCZNIK 1 - DECYZJE W INDYWIDUALNYCH SPRAWACH Z ZAKRESU UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO –WG STANU NA KONIEC 2006 ROKU	191
	ZAŁĄCZNIK 2 - ROCZNE SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI PLANU FINANSOWEGO NFZ NA ROK 2006 (DANE W TYS. ZŁ)	192

ZAŁĄCZNIK 3 - ŁĄCZNY BILANS NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA NA DZIEŃ 31.12.2006 ROKU.....	194
ZAŁĄCZNIK 4 - SPRAWY SĄDOWE, W KTÓRYCH STRONĄ JEST NFZ, WEDŁUG ZAKRESU PRZEDMIOTOWEGO W POSZCZEGÓLNYCH ODDZIAŁACH WOJEWÓDZKICH	196

I. STRESZCZENIE

Niniejsze sprawozdanie z działalności stanowi realizację zadania nałożonego na Prezesa Funduszu, określonego w art. 187 ust 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.), zwana dalej „ustawą o świadczeniach”.

Zgodnie z zapisami ustawy o świadczeniach Prezes Funduszu przedstawia corocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, nie później niż do 30 kwietnia roku następnego, przyjęte przez Radę Funduszu sprawozdanie z działalności NFZ. Następnie minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia sprawozdanie Sejmowi, po jego zaopiniowaniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych, wraz ze stanowiskiem w jego sprawie.

W niniejszym sprawozdaniu wykorzystano dane finansowe ze Sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2006 r. oraz Sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2006 r., którego badanie przez biegłych rewidentów zostanie przeprowadzone w okresie od 1 kwietnia do 15 maja 2007 roku. W sprawozdaniu wykorzystano również dane źródłowe i informacje zagregowane przez oddziały wojewódzkie oraz dane zawarte w Systemie Informatycznym Wspomagania Działalności Narodowego Funduszu Zdrowia.

Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2006 rok sporządzono również w oparciu o plan finansowy zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 20 grudnia 2006 roku z uwzględnieniem późniejszych przesunięć pomiędzy pozycjami kosztów świadczeń zdrowotnych dokonanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich, zgodnie z art. 124 ust. 6, 7 ustawy o świadczeniach oraz Prezesa NFZ w trybie art. 124 ust. 4, 5 i 7 ww. ustawy.

Kwestie prawne funkcjonowania

Zasady funkcjonowania, organizację oraz zadania Narodowego Funduszu Zdrowia określa ww. ustawa o świadczeniach. W 2006 r. znowelizowano pojedyncze przepisy tej ustawy, które nie miały istotnego wpływu na podstawową działalność Funduszu oraz jego rolę i funkcję w systemie opieki zdrowotnej.

Warunki udzielania i zakres świadczeń realizowanych w 2006 r. regulowało Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. *w sprawie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej* (Dz. U. Nr 197, poz. 1643). Doświadczenia związane z praktyczną realizacją postanowień ww. aktu wskazują na celowość i zasadność przyjęcia zawartych w nim regulacji, szczególnie w obszarach dotyczących rozliczeń za świadczenia oraz obowiązków stron wynikających z realizacji umowy. Wejście w życie przedmiotowych przepisów przyczyniło się do poprawienia i ustabilizowania wzajemnych relacji pomiędzy stronami umów – świadczeniodawcami i oddziałami wojewódzkimi Funduszu.

Przepisem prawnym, który w istotny sposób wpłynął na przekazanie środków finansowych była ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. *o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń* (Dz. U. Nr 149, poz. 1076), która nałożyła na Fundusz obowiązek sfinansowania w IV kwartale 2006 r. podwyżek wynagrodzeń personelu medycznego w Polsce. Wyższe od planowanych przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne wynikające z wysokiego wzrostu gospodarczego, obserwowanego w Polsce w 2006 r. oraz racjonalne gospodarowanie środkami finansowymi przez Fundusz spowodowały wzrost

oczekiwań świadczeniodawców oraz ubezpieczonych co do liczby świadczeń finansowanych przez Fundusz w 2006 r. W związku z powyższym Fundusz planował znaczne zwiększenie liczby kontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Jednakże na skutek konieczności sfinansowania podwyżek wynagrodzeń personelu medycznego w IV kwartale 2006 r. zamierzenia zostały zweryfikowane. Nie było możliwe istotne zwiększenie liczby świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz.

Działając na podstawie przedmiotowej ustawy Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia zarządzeniem Prezesa nr 77/2006 z dnia 12 września 2006 r. w sprawie wykonania ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń w 2006 r. zobowiązał Dyrektorów Oddziałów Wojewódzkich Funduszu do jednostronnego dokonania zwiększenia umów zawartych na 2006 rok. Łącznie, na wzrost wynagrodzeń środowiska medycznego, przekazano świadczeniodawcom w trzech równych transzach środki finansowe w wysokości 993.054,00 tys. zł.

Organizacja Funduszu

W dniu 5 października 2006 r. rozpoczęły się prace nad reorganizacją Narodowego Funduszu Zdrowia, zarówno na poziomie Centrali, jak i oddziałów wojewódzkich Funduszu. Na podstawie art. 96 ust. 8 oraz art. 162 ust. 1 ustawy o świadczeniach Prezes Funduszu przedłożył Ministrowi Zdrowia projekt rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. Nr 213, poz. 2161 z późn. zm).

Potrzeba zmiany struktury Funduszu wynikała z obserwowanej dysfunkcji w zakresie struktury organizacyjnej Centrali Funduszu, jak i znaczących rozbieżności w strukturach organizacyjnych oddziałów wojewódzkich. Wszystko to znacznie utrudniało sprawne zarządzanie i koordynowanie działań na poziomie ogólnopolskim.

Założeniem proponowanych zmian było przede wszystkim ujednoczenie i uczynienie struktur organizacyjnych a także usprawnienie pracy oraz przepływu informacji zarówno w Centrali Funduszu, jak i pomiędzy Centralą a oddziałami wojewódzkimi. Po uzgodnieniach Prezesa Funduszu z dyrektorami oddziałów wojewódzkich oraz po konsultacjach międzyresortowych i społecznych prowadzonych przez Ministra Zdrowia, w dniu 8 lutego 2007 r. Prezes Rady Ministrów podpisał *rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia* (Dz. U. Nr 24, poz. 147).

Gospodarka finansowa

W 2006 r. gospodarka finansowa prowadzona przez Narodowy Fundusz Zdrowia była na bieżąco monitorowana oraz poddawana szczegółowym analizom w celu zapewnienia legalności, gospodarności, celowości oraz rzetelności w dysponowaniu środkami publicznymi. Zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 20 września 2005 roku plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 rok ulegał w trakcie roku siedmiokrotnym zmianom zatwierdzanym w trybie art. 124 ust. 1-3 ustawy o świadczeniach i raz w trybie art. 124 ust. 8 ustawy. W konsekwencji niniejszych zmian planowana wartość środków finansowych przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych została zwiększona w ciągu 2006 roku o 1.966.842 tys. zł, tj. o 5,7%, z czego 993.054,00 tys. zł przeznaczono na sfinansowanie skutków realizacji ustawy z dnia 22 lipca

2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149 poz. 1076).

Narodowy Fundusz Zdrowia zakończył działalność w 2006 roku **dodatnim wynikiem finansowym** w kwocie 867.944,57,00 tys. zł. O jego wysokości zdecydowały zarówno uzyskane w 2006 roku wyższe niż planowane przychody, jak i wartość kosztów świadczeń zdrowotnych i kosztów administracyjnych zrealizowanych na poziomie niższym niż środki zagwarantowane na ten cel w planie finansowym Funduszu. Wynika to również ze zwiększenia nadzoru nad celowością wydatkowania środków przeznaczonych na realizację kontraktów ze świadczeniodawcami, co pozwoliło uniknąć szeregu zbędnych wydatków. Zgodnie z art. 129 ust. 2 ustawy o świadczeniach o przeznaczeniu wyniku finansowego decyduje Rada Funduszu, w drodze uchwały, po uzyskaniu pozytywnej opinii ministra właściwego do spraw finansów publicznych odnośnie sposobu podziału zysku.

Strukturę rodzajową kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ustalali dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu, opierając się na informacjach dotyczących dostępności do poszczególnych zakresów świadczeń zdrowotnych we wszystkich województwach oraz kształtowaniu się cen stosowanych w rozliczeniach ze świadczeniodawcami w różnych regionach kraju. Szczegółowe materiały analityczne opracowane w tym zakresie w Narodowym Funduszu Zdrowia miały na celu stopniowe doprowadzenie do wyrównywania dostępności do świadczeń zdrowotnych i unifikacji cen na terenie całego kraju, czego jednak w roku 2006 nie udało się w pełni osiągnąć.

W związku z przejściem przez Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązań byłych kas chorych wobec budżetu państwa z tytułu udzielonej pożyczki w 2000 roku, Narodowy Fundusz Zdrowia przekazał w 2006 roku na wskazane rachunki Ministerstwa Finansów kwotę 320.771,80 tys. zł wynikającą ze spłaty kolejnej raty pożyczki w wysokości: 320.689,00 tys. zł i odsetek od tej pożyczki w wysokości: 82,80 tys. zł.

Narodowy Fundusz Zdrowia w 2006 r., w oparciu o art. 94 i 95 rozporządzenia (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia nr 1408/71, sporządził kalkulację średnich kosztów rzeczowych poniesionych w Polsce w 2004 r. Przedmiotowa kalkulacja służyć będzie do rozliczenia świadczeń rzeczowych udzielonych w RP obywatelom z pozostałych państw członkowskich Unii Europejskiej, którzy korzystali w Polsce ze świadczeń rzeczowych na podstawie zarejestrowanych w Funduszu formularzy E 109 i E 121.

Opracowanie optymalnej metodologii kalkulacji kosztów średnich było przedmiotem komponentu nr 4 Projektu Transition Facility (Środki Przejściowe) „*Przygotowanie procedur wewnętrznych oraz narzędzi polskiego systemu ubezpieczenia zdrowotnego do stosowania przepisów wynikających z koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego-VITAPOL*”. W ramach tego projektu Fundusz sporządził pierwszą notę dotyczącą metodologii kalkulacji kosztów średnich dla Polski, zawierającą szacunkowe symulacje finansowe za 2003 r. Nota ta została zaakceptowana przez Ministra Zdrowia, pełniącego według przepisów o koordynacji rolę władzy właściwej, a następnie we wrześniu przekazana do Komisji Obrachunkowej przy Komisji Administracyjnej.

W dniu 21 listopada 2006 r. w trakcie 107 posiedzenia Komisji Obrachunkowej przy Komisji Administracyjnej polska delegacja złożona z pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawiła metodologię kalkulacji kosztów średnich dla Polski, która została przyjęta i zaakceptowana przez delegacje pozostałych państw członkowskich Unii Europejskiej. W oparciu o tę metodologię Fundusz dokona kalkulacji kosztów średnich dla

Polski za 2004 r. i kolejne lata. Planuje się, że nota dotycząca kosztów średnich za 2004 r. zostanie przedstawiona na 108 posiedzeniu Komisji Obrachunkowej przy Komisji Administracyjnej w maju 2007 r. i będzie podlegała zatwierdzeniu przez delegacje wszystkich pozostałych państw członkowskich Unii Europejskiej.

Zawieranie umów na świadczenia opieki zdrowotnej w 2006 r.

Stabilizacja przepisów prawa sprzyjała optymalizacji zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2006 oraz kontynuowaniu rozwiązań przyjętych w latach ubiegłych. Podczas opracowywania materiałów informacyjnych na rok 2006 duży nacisk położono na poprawę ich spójności merytorycznej i redakcyjnej. Ponadto realizowano przyjęte wcześniej założenie względnego wzrostu poziomu finansowania ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego w stosunku do lecznictwa szpitalnego. Wartość kontraktów na opiekę ambulatoryjną wzrosła w roku 2006 o 10,13%¹ w stosunku do roku 2005. W analogicznym okresie wzrost wartości umów w przypadku lecznictwa szpitalnego wyniósł 3,7%, to jest mniej niż w przypadku opieki ambulatoryjnej. Większy względny wzrost wartości umów dotyczył także rehabilitacji leczniczej – 8,93% i opieki długoterminowej – 6,98%.

W 2006 roku Narodowy Fundusz Zdrowia w pełni dopracował funkcjonalność wprowadzonych dwóch systemów: Centralnej Bazy Endoprotez oraz Systemu Lecznictwa Uzdrawiskowego, w tym:

- Systemu Rozliczeń Uzdrawisk,
- Systemu Obsługi Lecznictwa Uzdrawiskowego,

które spotkały się z bardzo dobrym odbiorem ze strony świadczeniodawców oraz dają pełną i szybką ewidencję zdarzeń medycznych.

Zawieranie umów na świadczenia opieki zdrowotnej w 2007 r.

Do najważniejszych zadań Narodowego Funduszu Zdrowia należy zapewnienie świadczeniobiorcom odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez zawieranie i finansowanie umów ze świadczeniodawcami. Celem prac związanych z przygotowaniem procesu zawierania umów na rok 2007 była dalsza poprawa jego czytelności i przejrzystości postępowań. Temu celowi służyło uporządkowanie i sekwencyjność działań związanych z zawieraniem umów, dotycząca w szczególności:

- planowania zakupu świadczeń,
- ogłoszenia o postępowaniu i wyboru ofert,
- procedury odwoławczej

Podczas procesu zawierania umów na rok 2007 zakładano sukcesywne wyrównywanie poziomu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach, mierzonej liczbą zakontraktowanych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców oraz dalsze wyrównywanie poziomu cen jednostek rozliczeniowych w umowach zawieranych ze świadczeniodawcami przez poszczególne oddziały wojewódzkie.

Przedmiotowe zamierzenia zostały zweryfikowane w związku z wejściem w życie przepisów ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. Nie było możliwe zwiększenie liczby

¹ Porównanie wartości umów bez skutków realizacji ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076)

kontraktowanych w 2007 r. świadczeń w stosunku do roku 2006. Oddziały wojewódzkie w większości przypadków planowały zakup świadczeń na poziomie tegorocznym, wzrost przychodów przeznaczając na realizację podwyżek wynagrodzeń personelu medycznego. Jednym z podstawowych założeń było niedopuszczenie do obniżenia dostępności w 2007 r. w żadnym rodzaju i zakresie świadczeń, w stosunku do roku 2006, co wg aktualnej oceny sytuacji udało się w dużym stopniu osiągnąć.

W procesie postępowania konkursowego na rok 2007 ogłoszono łącznie 10 937 postępowań, liczba złożonych ofert na rok 2007 wyniosła 33 589.

Przeprowadzona analiza wykazała, że w zdecydowanej większości oddziałów wojewódzkich konkursy ofert zostały zakończone skutecznym rozstrzygnięciem. Problemy z zakontraktowaniem całości planowanych w planie finansowym NFZ świadczeń wystąpiły głównie na terenie Małopolskiego OW NFZ, co wynikało z problemów związanych z uzgodnieniem kwot zobowiązań na rok 2007. W tym przypadku Dyrektor Oddziału podjął decyzję o aneksowaniu umów na czas niezbędny do zakończenia ogłoszonych postępowań w trybie konkursu ofert lub rokowań.

W ramach stosowania środków odwoławczych niezadowoleni z rozstrzygnięć oferenci złożyli do Prezesa Funduszu, za pośrednictwem dyrektorów oddziałów wojewódzkich, łącznie 506 odwołań, z tego 236 zostało uwzględnionych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich. Do dnia 13 marca br. Prezes Funduszu uwzględnił 37 odwołań, 120 nie uwzględnił. Łączną skuteczność tej drogi odwoławczej można oszacować na 54%, gdzie w roku poprzednim wyniosła 14%.

Należy podkreślić, że postępowania w sprawie zawierania umów na rok 2007 przebiegały w atmosferze spokoju, bez większych napięć i bez konieczności rozstrzygania sporów na poziomie centralnym, co miało miejsce w przypadku kontraktowania świadczeń w latach ubiegłych.

Na uwagę zasługuje skuteczne przeprowadzenie zawierania umów w rodzaju ratownictwo medyczne. Pomimo wprowadzenia ustawy o ratownictwie medycznym, dopiero pod koniec 2006 roku prowadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia postępowania konkursowe przebiegły prawidłowo i z dniem 1 stycznia 2007 roku świadczeniobiorcy mieli zapewniony dostęp do świadczeń.

Gospodarka lekami

Wartość środków finansowych przeznaczonych na realizację programów terapeutycznych w roku 2006 wzrosła o 12,55 % w stosunku do roku 2005. Wartość kontraktów podpisanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w tym zakresie w 2006 roku wyniosła 700 745,06 tys. zł.

Pod koniec roku 2006 r. Narodowy Fundusz Zdrowia dokonał szczegółowych prac analitycznych nad wszystkimi wnioskami i załączanymi do nich analizami składanymi do NFZ w okresie ostatnich 2 lat. W wyniku tych prac uporządkowano obszerną dokumentację dotyczącą około 150 wniosków o objęcie nowych technologii lekowych programami terapeutycznymi. Aktualnie kontynuowane są prace nad oceną merytoryczną wyników analiz załączanych do wniosków pod kątem ewentualnego włączenia niektórych technologii do programów terapeutycznych.

Fundusz dokonał także przeglądu rozwiązań przyjętych w innych krajach dotyczących kryteriów włączania i wyłączenia technologii medycznych do koszyka świadczeń gwarantowanych oraz przygotował projekt, który określa zasady wdrażania i kończenia programów terapeutycznych.

Aktualizacja materiałów konkursowych na rok 2007 pozwoliła na wprowadzenie do katalogu programów terapeutycznych, na wniosek Ministra Zdrowia, programu leczenia hormonem wzrostu dzieci z zespołem Prader - Willi. Równocześnie do katalogu chemioterapii wprowadzono 103 nowe schematy leczenia nowotworów, głównie na wniosek Konsultantów Krajowych z dziedziny ginekologii onkologicznej, onkologii klinicznej, hematologii oraz hematoonkologii dziecięcej.

Portal internetowy

Dynamiczny rozwój społeczeństwa informatycznego oraz postrzeganie internetu jako coraz ważniejszego narzędzia wspomagającego wymianę informacji i zdobywanie wiedzy, spowodowały wzrost zainteresowania działaniami Funduszu prowadzonymi za pomocą tego medium. Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom, podjęto w 2006 roku prace mające na celu stworzenie nowoczesnego interaktywnego portalu internetowego NFZ w pierwszym etapie przeprowadzono ujednoczenie wizualne i strukturalne serwisów internetowych prowadzonych do tej pory odrębnie przez szesnaście oddziałów wojewódzkich NFZ oraz Centralę informacyjnych. Opracowano również podstawy funkcjonowania nowego portalu NFZ. Jego uruchomienie jest planowane na 2007 roku. Wprowadzane zmiany kładą akcent na interaktywny charakter komunikacji pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami i świadczeniobiorcami oraz na bieżąco aktualizowaną informację o działaniach NFZ w systemie ochrony zdrowia. Portal NFZ będzie podstawowym źródłem wiedzy i główną platformą wymiany informacji o podejmowanych przez Fundusz działaniach w dziedzinie ochrony zdrowia.

Listy oczekujących

W ramach poprawiania systemu gromadzenia i przetwarzania informacji o liczbie oczekujących oraz średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w 2006 roku w NFZ dokonano analizy sytuacji identyfikując trudności i zagrożenia w zbieraniu informacji wynikające z przyczyn prawnych, organizacyjnych oraz związanych z istniejącym oprogramowaniem. Następnie określono propozycje rozwiązania zdefiniowanych problemów i przystąpiono do wdrażania zmian:

- opracowano nowy komunikat XML jako podstawę przekazywania informacji o listach oczekujących przez świadczeniodawców oraz dostosowano system informatyczny NFZ;
- dokładnie określono słowniki komórek organizacyjnych oraz wybranych procedur zgodnie z którymi przekazywane są dane o liczbie oczekujących oraz średnim czasie oczekiwania na realizację świadczeń zdrowotnych;
- opracowano wzory dokumentów służących monitorowaniu przekazywania danych o listach oczekujących oraz dokumentów analityczno-statystycznych;
- wprowadzono możliwość porównywania nadsyłanych komunikatów XML z zawartymi umowami.

W ciągu 2006 roku uzyskano poprawę w zakresie spływu raportów i ich kompletności zawierają one dane z komórek organizacyjnych (poradni lub oddziałów szpitalnych), które wykonują świadczenia na podstawie umowy z NFZ. Nadal nie udało się jednak uzyskać wymaganych informacji od 100% świadczeniodawców, zobowiązanych do ich przekazywania. Należy jednak podkreślić, że w części oddziałów wojewódzkich zanotowano

poprawę w tym względzie, np. w woj. wielkopolskim odsetek świadczeniodawców przekazujących komunikaty wzrósł z 47 na koniec 2005 r. do 86 – na koniec 2006, w opolskim – z 30 do 81, w zachodniopomorskim – z 50 do 93. W celu uzyskania dalszej poprawy wskaźnika otrzymywanych przez NFZ komunikatów, ich kompletności oraz rzetelności planowane jest wdrożenie kontroli świadczeniodawców w powyższym zakresie.

Należy podkreślić, że zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, NFZ dysponuje danymi tylko o liczbie oczekujących oraz średnim czasie oczekiwania do poszczególnych poradni, oddziałów szpitalnych oraz na wybrane procedury. Imienne wykazy oczekujących na świadczenia prowadzą świadczeniodawcy. Brak jednolitych zasad prowadzenia list oczekujących powoduje dużą rozbieżność i różnorodność zastosowanych rozwiązań u świadczeniodawców, co ma decydujący wpływ na jakość informacji statystycznych przekazywanych do NFZ należy dodać, że nadal występują trudności z utrzymaniem aktualności otrzymywania informacji o listach oczekujących..

Działania perspektywiczne

Już w roku 2006 rozpoczęto prace nad określeniem kierunków zmian zasad kontraktowania w latach następnych. Stosowane dotąd zasady kontraktowania świadczeń, w przeważającej części oparte na metodzie płacenia „za usługę”, z jednej strony przyczyniły się do wzrostu realizowanej liczby świadczeń i tym samym do poprawy dostępności, z drugiej jednak strony wyeliminowały mechanizmy samoregulacji systemu i stymulowały pośrednio realizację i rozliczenie świadczeń nie zawsze uzasadnionych. Głównym celem prac prowadzących do zmiany sposobu kontraktowania jest utrzymanie korzystnych trendów w zakresie poprawy dostępności do świadczeń, przy jednoczesnym lepszym wykorzystaniu środków publicznych w wyniku skierowania ich na zaspokajanie faktycznych potrzeb zdrowotnych populacji. Jednym z elementów prac jest dążenie do uproszczenia zasad kontraktowania. Obecnie obowiązujący katalog świadczeń sprawia, że w ostatnich latach uległy one nadmiernej komplikacji, co nie przyniosło zdecydowanej poprawy w zakresie nadzoru nad wydatkowaniem środków publicznych, ale jednocześnie skomplikowało proces rozliczeń i obsługi informatycznej.

Planuje się m.in. uproszczenie zasad kontraktowania świadczeń szpitalnych poprzez zmniejszenie liczby pozycji w katalogu świadczeń szpitalnych w wyniku grupowania ok. 1400 świadczeń w większe agregaty. Podobne działania są przewidywane w przypadku ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego. Dodatkowo przewiduje się pilotowe wdrożenia kapitałowego finansowania opieki nad osobami przewlekle chorymi.

Narodowy Fundusz Zdrowia będzie dążył do określenia odpowiedniej do regionalnych potrzeb struktury wydatków na poszczególne rodzaje świadczeń. Za jeden z głównych celów należy uznać wzrost udziału finansowania opieki ambulatoryjnej i stworzenie mechanizmów zwiększających możliwości udzielania w tym sektorze świadczeń, które w chwili obecnej są realizowane w szpitalach. Dotyczy to w szczególności chirurgii krótkoterminowej i wysokospecjalistycznych badań diagnostycznych.

W roku 2006 odbyła się w ramach kampanii medialnej pod hasłem „Cztery pory roku dla zdrowia” promocja profilaktycznych programów zdrowotnych. Działania w ramach kampanii podejmowane były przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z uwzględnieniem specyfiki danego województwa (np. liczba ludności, zagęszczenie, tradycje, uwarunkowania kulturowe, itp). Po przeprowadzeniu analizy prowadzonych działań promocyjnych oraz ich efektów w postaci zwiększającej się zgłaszalności kobiet na badania podjęto decyzję, że akcja medialna w roku 2007 prowadzona będzie w skali ogólnokrajowej.

Kampania związana z promocją Programu profilaktyki raka piersi oraz Programu profilaktyki raka szyjki macicy finansowana była przez Ministra Zdrowia w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych i prowadzona była we współpracy z wybranymi przez Ministra Zdrowia Ośrodkami Koordynującymi dla ww. programów, promocja pozostałych programów finansowana była przez NFZ. W ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych Fundusz na zlecenie Ministra Zdrowia przeprowadził przetarg na wysyłkę imiennych zaproszeń do kobiet, które powinny być objęte programami onkologicznych badań przesiewowych. Ze względów proceduralnych wysyłka zaproszeń rozpoczęła się w I kwartale 2007 r.

Wszystkie te działania mają na celu edukację zdrowotną społeczeństwa oraz poprawę kondycji zdrowotnej obywateli poprzez m.in. zwiększenie zainteresowania badaniami profilaktycznymi.

II. PODSTAWY PRAWNE DZIAŁALNOŚCI NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia działa na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. Nr 210 poz. 2135, z późn. zm.), **zwaną dalej ustawą o świadczeniach** oraz wydanego przez Prezesa Rady Ministrów na podstawie art. 96 ust. 8 ustawy, Statutu Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 września 2004 roku (Dz. U. Nr 213 poz. 2161, z późn. zm.).

Ustawa o świadczeniach powołała do życia Narodowy Fundusz Zdrowia jako państwową jednostkę organizacyjną posiadającą osobowość prawną. W/w ustawa reguluje między innymi zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu, zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz nadzór nad działalnością Funduszu. Załącznik do ustawy zawiera wykaz świadczeń opieki zdrowotnej nie finansowanych ze środków publicznych.

W trakcie 2006 roku ustawa o świadczeniach była nowelizowana:

- ustawą z dnia z dnia 23 marca 2006 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 75, poz. 519) – zmieniono przepisy dotyczące kontroli realizacji zadań w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego w ZUS i KRUS;
- ustawą z dnia 9 czerwca 2006 r. o Centralnym Biurze Antykorupcyjnym (Dz. U. Nr 104, poz. 708) – w katalogu osób ubezpieczonych dodano funkcjonariusza Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego;
- ustawą z dnia 13 lipca 2006 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 143, poz. 1030) – dokonano zmian odnośnie do powoływania i odwoływania Prezesa Funduszu oraz jego zastępców ;
- ustawą z dnia 9 czerwca 2006 r. Przepisy wprowadzające ustawę o Służbie Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służbie Wywiadu Wojskowego oraz ustawę o służbie funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego (Dz. U. Nr 104, poz. 711 z późn. zm.) – w katalogu osób ubezpieczonych dodano funkcjonariuszy Służby Kontrwywiadu Wojskowego oraz Służby Wywiadu Wojskowego;
- ustawą z dnia 24 sierpnia 2006 r. o państwowym zasobie kadrowym i wysokich stanowiskach państwowych (Dz. U. Nr 170, poz. 1217) – zmieniono przepisy dotyczące powoływania Prezesa Funduszu i jego zastępców w kontekście utworzenia państwowego zasobu kadrowego;
- ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narząd (Dz. U. z 2006 r. Nr 169, poz. 1411) – (weszła w życie z dniem 1 stycznia 2006 r.) – przyznano żywym dawcom narządów do przeszczepu dodatkowe uprawnienia dotyczące badań stanu ich zdrowia;

III. ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w 2006 r.

Zasady kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na 2006 r.

Materiały informacyjne na 2006 r. zostały dostosowane do wymagań legislacyjnych. Warunki realizacji świadczeń zostały podzielone na wymagane, tj. takie, które musiały zostać spełnione przez świadczeniodawcę oraz oczekiwane, które poddawano ocenie w postępowaniu w sprawie o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie, w przypadku braku możliwości zakontraktowania świadczeń w danym zakresie, upoważniono dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, w kolejnym postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do warunkowego dopuszczenia do udzielania świadczeń jednostek nie spełniających wymagań, z wyłączeniem wymagań formalno-prawnych przy jednoczesnym odpowiednim obniżeniem ceny punktu.

W 2006 r. w poszczególnych rodzajach świadczeń dokonano następujących zmian w stosunku do roku 2005:

podstawowa opieka zdrowotna

- doprecyzowano przepisy dotyczące parytetu poziomu finansowania grup zawodowych w podstawowej opiece zdrowotnej,
- wprowadzono współczynnik korygujący stawkę kapitałową położnej POZ,
- zmieniono grupę wiekową korygowaną współczynnikiem 1,3 dla pielęgniarki POZ (od 2 miesiąca życia);

ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne

- wprowadzono otwarty katalog badań świadczeń diagnostycznych i terapeutycznych, co stworzyło możliwość rozliczania całego pakietu usług w ramach każdej poradni specjalistycznej,
- rozszerzono katalog porad zabiegowych o świadczenia wykonywane dotychczas w lecznictwie szpitalnym w trybie jednodniowym,
- rozszerzono listę ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych współfinansowanych, rozliczanych wcześniej w ramach porad typu III np. próba dobutaminowa, próba wysiłkowa, oraz wykonywanych tylko w trybie stacjonarnym jak: kolonoskopia, bronchoskopia,
- zmieniono sposób rozliczania usług CT i NMR uwzględniając indywidualną wycenę szczegółowych badań dotyczących różnych części ciała oraz z użyciem kontrastu lub bez,
- doprecyzowano wymogi dotyczące kwalifikacji personelu lekarskiego zatrudnionego w poradniach specjalistycznych;

leczenie szpitalne

- doprecyzowano pojęcia dotyczące świadczeń w trybie jednodniowym w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, chemioterapii, programów terapeutycznych;

- wprowadzono sformalizowany tryb uzyskiwania zgody płatnika poprzez zamieszczenie zasad hospitalizacji według zgody płatnika oraz wzoru wniosku,
- przeredagowano treści opisów wszystkich programów terapeutycznych (lekowych) nadając im jednolite brzmienie i dostosowując ich zapisy do aktualnie obowiązujących zapisów zawartych w charakterystykach produktów leczniczych (wskazania do stosowania leku). Przyjęta konstrukcja programów przewidywała finansowanie w ramach jednego programu terapii z zastosowaniem konkretnej substancji czynnej. Wobec powyższego uległa zmianie liczba programów – rozdzielono dotychczasowy program leczenia stwardnienia rozsianego na dwa odrębne programy, zmieniono konstrukcje programów leczenia WZW typu B i C. Wprowadzono karty rejestracyjne dla pacjentów włączanych do programu oraz wzory oświadczeń o odbiorze przez pacjenta leku jeżeli jest o przyjmowany w warunkach ambulatoryjnych.
- wprowadzono zapisy zobowiązujące lekarza prowadzącego do monitorowania wyników leczenia oraz monitorowania wyników realizacji programu. Zmianie uległ także sposób wyceny tych świadczeń. Opracowano wykaz substancji czynnych objętych finansowaniem w ramach programów oraz dokonano wyceny punktowej określonych postaci i dawek tych substancji. Wycenę oparto na faktycznych kosztach poniesionych w roku 2005 przez świadczeniodawców realizujących programy,
- zweryfikowano katalog chemioterapii pod kątem uzupełnienia informacji o czasie trwania schematów leczenia oraz sposobie dawkowania leków. Zmianie uległ także sposób wyceny świadczeń z zakresu chemioterapii. Opracowano wykaz substancji czynnych objętych finansowaniem w ramach katalogu chemioterapii oraz dokonano wyceny punktowej określonych postaci i dawek tych substancji. Wycenę oparto na faktycznych kosztach poniesionych w roku 2005 przez świadczeniodawców,
- do materiałów konkursowych wprowadzono dwie procedury „chemioterapia niestandardowa” oraz „farmakoterapia niestandardowa”. Zdefiniowano wytyczne do ich stosowania, oraz określono wzór wniosku składanego przez świadczeniodawcę do dyrektora OW NFZ,
- wprowadzono elektroniczną sprawozdawczość z realizacji programów terapeutycznych i chemioterapii.

opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

- wprowadzono nowe zakresy świadczeń, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych
- uszczegółowiono warunki na poszczególnych poziomach komórek organizacyjnych,
- ujednolicono nazewnictwo dotyczące kwalifikacji zatrudnionego personelu,
- wprowadzono słownik pojęć,
- wyodrębniono możliwość realizacji turnusu rehabilitacyjnego,
- podniesiono wagę punktową sesji psychoterapii grupowej lub rodzinnej w poradniach leczenia uzależnień;

leczenie stomatologiczne

- zmieniono zakresy świadczeń, wprowadzając świadczenia specjalistyczne chirurgii stomatologicznej, chirurgii szczękowo-twarzowej, periodontologii, pedodontcji,

endodoncji,

- utworzono zakresy: świadczeń podstawowych dla dorosłych z protetyką i świadczeń podstawowe dla dzieci do 18 roku życia,
- zrezygnowano z określenia wartości wskaźników korygujących w poszczególnych zakresach świadczeń,
- poszerzono wskazania do objęcia leczeniem w ramach Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wadami wrodzonymi części twarzowej czaszki (m.in. o leczenie osób po ukończeniu 18 roku życia w ramach kontynuacji leczenia);

profilaktyczne programy zdrowotne

- rozszerzono zakresy programów profilaktycznych:
 - w programach profilaktyki raka piersi i profilaktyki raka szyjki macicy wprowadzono etapy pogłębionej diagnostyki, mające na celu weryfikację wyniku badania przesiewowego i postawienie ostatecznego rozpoznania
 - rozszerzono zakres terytorialny programu profilaktyki gruźlicy na województwa o najwyższych wskaźnikach zachorowań na gruźlicę (jako kontynuacja wdrożonego pilotażowo w roku 2005 w województwie lubelskim)
- wdrożono takie jak: program wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży, program wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry.

świadczenia odrębnie kontraktowane

- sformalizowano opisy świadczeń,
- wprowadzono nowe świadczenie związane z protezowaniem twarzy.

Przebieg postępowań i zawieranie umów

W 2006 r. wystąpiły problemy z zawieraniem umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w szczególności na terenie tych województw, w których świadczeniodawcy byli zrzeszeni w Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumieniu Zielonogórskim”. Problemy wynikały z faktu, że oferenci uzależniali złożenie wniosków o zawarcie umowy od wyników negocjacji prowadzonych przez kierownictwo (zespół negocjacyjny) „Porozumienia Zielonogórskiego” z Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia. Ostatecznie podczas spotkania w dniach 31.12.2005 r.-1.01.2006 r. w Warszawie porozumienie zostało osiągnięte i ustalono następujące zasady umożliwiające zawarcie umów na rok 2006:

- wydatki na podstawową opiekę zdrowotną wzrosną w 2006 r. dodatkowo o 240 mln zł w skali roku w stosunku do planu finansowego NFZ,
- strony ustaliły sposób realizowania świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w sprawach będących dotychczas przedmiotem sporu.

W wyniku ww. uzgodnień osiągnięto porozumienie, które wyeliminowało zagrożenie ograniczenia dostępu do świadczeń. Począwszy od dnia 2 stycznia 2006 r. wszystkie gabinety

lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej zrzeszonych w Porozumieniu Zielonogórskim przyjmowały pacjentów.

Udział finansowania umów wieloletnich niewygasających z dniem 31.12.2005 r.

Ogółem spośród 18.948 umów wieloletnich, uczestniczących w negocjacjach do dnia 30 listopada 2005 uzgodniono 17.501, to jest 92,4% liczby tych umów, co stanowiło 87,7% planowanej wartości umów uzgadnianych w tym trybie (z wyłączeniem umów w podstawowej opiece zdrowotnej). W okresie następnych trzech miesięcy – do terminu wygaśnięcia umowy – zakończono uzgodnienia praktycznie ze wszystkimi, świadczeniodawcami, którzy posiadali ww. umowy wieloletnie (uzgodniono 18.800² umów, to jest 99,6% w ujęciu ilościowym i 94,8%³ w ujęciu wartościowym).

Przypadki zawierania nowych umów, w wyniku przeprowadzenia postępowań konkursowych lub rokowań, będących następstwem niezgodnienia warunków finansowych na rok 2006 były sporadyczne. Przeprowadzono jedynie 26 postępowań będących następstwem niezgodnienia warunków w umowach wieloletnich. Zawarto 44 nowe umowy o wartości stanowiącej 0,39% kwoty przeznaczonej na uzgodnienie umów wieloletnich.

Przedstawione wyżej wskaźniki nie obejmowały lecznictwa uzdrowiskowego, którego uwzględnienie dodatkowo poprawiłoby uzyskany wynik – umowy miały charakter wieloletni i zostały uzgodnione do 30 listopada 2005 r. (nie zmieniła się liczba umów, zmniejszyła się liczba świadczeniodawców).

Postępowanie konkursowe i rokowania

W celu zapewnienia skutecznego rozstrzygnięcia postępowań konkursowych i rokowań podczas procesu zawierania umów na rok 2006 w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia przyjęto następujący harmonogram ich przeprowadzenia we wszystkich oddziałach wojewódzkich Funduszu:

- ogłoszenie o konkursie ofert przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ: 14.10.2005 r.,
- termin składania ofert: do dnia 2.11.2005 r.,
- otwarcie ofert: 7.11.2005 r.,
- ogłoszenie rozstrzygnięcia konkursu ofert: 7.12.2005 r.
- składanie odwołań dotyczących rozstrzygnięcia postępowania do Prezesa Funduszu za pośrednictwem dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu: 14.12.2005 r.

² W przypadku lecznictwa szpitalnego obraz jest zakłócony – w niektórych przypadkach z jednej umowy podlegającej uzgodnieniom powstały dwie – wyodrębniono umowy na programy terapeutyczne.

³ Należy zwrócić uwagę na fakt, że w Mazowieckim OW w wielu przypadkach uzgodniono warunki finansowe na okres krótszy niż rok.

Wyniki postępowania konkursowego⁴

W procesie postępowania konkursowego na rok 2006 rozstrzygnięto łącznie 1 676 konkursów ofert, w tym do dnia 31.12.2005r. rozstrzygnięto 1 415 konkursów, co stanowi 84,42 % ogólnej liczby postępowań. Łączna liczba złożonych ofert na rok 2006 wyniosła 16 676, a liczba ofert złożonych do dnia 31.12.2005r. wyniosła 14 953.

Najwięcej konkursów ofert na rok 2006 rozstrzygnięto w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne (463). Na konkurs ten świadczeniodawcy złożyli 4 958 ofert, z czego OW NFZ podpisały 4 196 umów i aneksów do umów wieloletnich.

Najmniejsza liczba konkursów została rozstrzygnięta w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny i wyniosła 35.

Wartość podpisanych umów i aneksów w wyniku przeprowadzonych postępowań konkursowych na rok 2006 wyniosła 6 423 000 tys. zł.

Rokowania

Na rok 2006 OW NFZ przeprowadziły łącznie 618 rokowań. Najwięcej prowadzonych rokowań dotyczyło leczenia szpitalnego (143 rokowania). W procesie zawierania umów na rok 2006 we wszystkich rodzajach świadczeń do rokowań zaproszono 1218 świadczeniodawców.

Wartość wszystkich umów zawartych w drodze rokowań wyniosła 1 121 157 tys. zł. Ponad dwie trzecie łącznej wartości umów zawartych w tym trybie stanowiły umowy na leczenie szpitalne.

Odwołania

W ramach środków odwoławczych, zgodnie z art. 154 ustawy o świadczeniach świadczeniodawcy mają prawo do składania odwołań dotyczących rozstrzygnięć od postępowań konkursowych do Prezesa NFZ za pośrednictwem dyrektorów OW NFZ. Korzystając z tego prawa świadczeniodawcy złożyli łącznie 451 odwołań, z tego 29 zostały uwzględnione przez Dyrektorów OW NFZ. Do dnia 28.03.2006r. Prezes NFZ uwzględnił 30 odwołań w całości i 6 w części. Łączną skuteczność tej drogi odwoławczej można więc oszacować na 14%.

⁴ Informacja według stanu na dzień 20 marca 2006 r.

1.1 Zawarte umowy na 2006 r.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu, z zastrzeżeniem art. 159 ustawy o świadczeniach. Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 159, odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie:

- konkursu ofert,
- rokowań.

Przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów ze świadczeniodawcami:

- udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej;
- wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi.

Poniższa tabela prezentuje liczbę umów zawartych w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej w 2005 oraz 2006 roku.

Liczba umów w 2006r.⁵

Kod rodzaju świadczeń	Rodzaj świadczeń	Liczba umów 2005	Liczba umów 2006	Dynamika zmian 2006/2005
	Ogółem	37 448	38 330	102,36%
01	podstawowa opieka zdrowotna	11 726	12 046	102,73%
02	ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	6 700	7 175	107,09%
03	leczenie szpitalne	1 366	1 653	121,01%
04	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 291	1 347	104,34%
05	rehabilitacja lecznicza	2 148	2 272	105,77%
06	opieka długoterminowa	1 052	1 302	123,76%
07	leczenie stomatologiczne	8 835	8 897	100,70%
08	leczenie uzdrowiskowe	145	145	100,00%
09	pomoc doraźna i transport sanitarny	341	354	103,81%
10	profilaktyczne programy zdrowotne	3 488	2 802	80,33%
11	świadczenia odrębnie kontraktowane	356	337	94,66%

Łącznie w roku 2006 zawartych było 38 330 umów na świadczenie usług zdrowotnych. Największy przyrost w porównaniu z rokiem 2005 zauważa się w rodzaju opieka długoterminowa (23,76% nastąpił wzrost liczby świadczeniodawców) oraz leczenie szpitalne (21,01% wzrost liczby umów spowodowany jest zmianami w sposobie kontraktowania chemioterapii). W porównaniu do roku 2005 znacznie spadła liczba umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne. Wynika to z faktu zaprzestania finansowania przez Ministra Zdrowia umów w tym rodzaju i przekazanie ich do wyłącznego finansowania przez Fundusz.

⁵ Dane z systemu informatycznego NFZ

Wartość umów w roku 2006 (w tys. zł)⁶

Kod rodzaju świadczeń	Rodzaj świadczeń	Wartość zawartych umów na 2005 r.	Wartość zawartych umów na 2006 r. (bez skutków realizacji ustawy z 22 lipca 2006) ⁷	Planowana kwota na realizację skutków ustawy z 22 lipca 2006 ⁸	Łączna wartość zawartych umów (4+5)	Dynamika zmian 2006/2005 (6/3)
1	2	3	4	5	6	7
Ogółem		22 581 190	23 750 682	993 054	24 743 736	110%
02	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	2 352 496,17	2 590 817,45	110 348,00	2 701 165,45	115%
03	lecznictwo szpitalne	14 464 194,76	15 056 664,00	615 273,00	15 671 937,00	108%
04	opieka psychiatryczna	1 089 051,68	1 129 373,44	57 857,00	1 187 230,44	109%
05	rehabilitacja lecznicza	914 341,05	995 978,82	46 206,00	1 042 184,82	114%
06	opieka długoterminowa	523 532,17	558 599,19	29 022,00	587 621,19	112%
07	leczenie stomatologiczne	968 135,58	1 023 179,43	53 795,00	1 076 974,43	111%
08	leczenie uzdrowiskowe	356 023,03	351 917,13	7 320,00	359 237,13	101%
09	pomoc doraźna i transport sanitarny	933 072,63	964 277,91	51 407,00	1 015 684,91	109%
10	programy profilaktyczne	101 548,63	133 910,51	4 056,00	137 966,51	136%
11	świadczenia odrębnie kontraktowane	878 794,45	945 964,02	17 770,00	963 734,02	110%

W porównaniu do roku 2005 obserwujemy wzrost wartości zawartych umów o 10%. W tym najwyższy wzrost w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne (36%) Wzrost wartości zauważa się także w pozostałych rodzajach świadczeń. Na szczególną uwagę zasługuje wzrost poziomu finansowania w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne w porównaniu do dynamiki finansowania umów w rodzaju lecznictwo szpitalne.

Umowy rozwiązane w 2006 roku⁹

Rodzaj świadczenia	Umowy rozwiązane w okresie sprawozdawczym	
	Liczba ¹⁰	Wartość w tys. zł
1	2	3
podstawowa opieka zdrowotna	149	3 760,45
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	112	6 768,43
lecznictwo szpitalne	29	13 999,36
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	19	1 249,97
rehabilitacja lecznicza	16	247,32
opieka długoterminowa	18	1 743,58
leczenie stomatologiczne	164	5 490,73
lecznictwo uzdrowiskowe	2	1 253,11
pomoc doraźna i transport sanitarny	7	2 509,52
profilaktyczne programy zdrowotne	18	424,03
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	7	3 184,36

W roku 2006 rozwiązano 541 umów, najwięcej w rodzaju leczenie stomatologiczne. Najczęstszymi przyczynami rozwiązania umów w ciągu 2006 roku były: na wniosek świadczeniodawcy (np. rezygnacja z umowy za porozumieniem stron), przekształcenie zakładu, cesja umowy na rzecz innego świadczeniodawcy.

⁶ Dane z systemu informatycznego NFZ oraz Departamentu Ekonomiczno-Finansowego NFZ

⁷ Ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076)

⁸ Ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076)

⁹ Liczba umów – dane z systemu informatycznego NFZ

¹⁰ Liczba umów – dane z systemu informatycznego NFZ

1.2 Monitorowanie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej

Opracowanie zawiera dane dotyczące dynamiki kontraktów 2006/2005 bez skutków regulacji wynikających z Ustawy z dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. nr 149, poz. 1076).

1.2.1. Podstawowa opieka zdrowotna

W rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna wyróżnia się następujące zakresy świadczeń:

- świadczenia lekarza POZ
- świadczenia pielęgniarki POZ
- świadczenia położnej POZ
- świadczenia pielęgniarki szkolnej
- nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka lekarska i pielęgniarska
- nocna i świąteczna wyjazdowa opieka lekarska i pielęgniarska
- transport sanitarny w POZ

Liczba porad udzielonych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w 2006r.¹¹

Oddział wojewódzki	Liczba porad	Liczba porad w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego wg list aktywnych
	135 066 109	3,68
Dolnośląski	9 050 658	3,28
Kujawsko-Pomorski	7 265 904	3,57
Lubelski	7 796 900	3,63
Lubuski	3 676 350	3,77
Łódzki	8 459 679	3,41
Małopolski	13 169 745	4,22
Mazowiecki	16 399 846	3,32
Opolski	3 901 013	4,19
Podkarpacki	7 355 686	3,67
Podlaski	4 202 298	3,70
Pomorski	8 692 214	4,14
Śląski	16 633 519	3,74
Świętokrzyski	4 946 828	4,02
Warmińsko-Mazurski	4 802 879	3,41
Wielkopolski	13 188 065	3,98
Zachodniopomorski	5 524 525	3,32

W ciągu 2006 roku lekarze podstawowej opieki zdrowotnej udzielili łącznie 135 066 tys. porad. Średnia liczba w przeliczeniu na jednego ubezpieczonego według list aktywnych lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wynosi – 3,68 porady. W roku 2005 średnia liczba porad na jednego ubezpieczonego wynosiła 3,56.

¹¹ Liczba porad – dane z systemu informatycznego NFZ

Liczba podopiecznych na listach aktywnych lekarzy POZ¹²

Przedział wiekowy	Liczba ubezpieczonych na listach aktywnych lekarza POZ	Udział procentowy w ogólnej liczbie ubezpieczonych
0-6 r. ż.	2 261 333	6,16%
7-65 r. ż.	29 525 271	80,48%
powyżej 65 r. ż.	4 805 995	13,10%
DPS	91 992	0,25%
suma	36 684 592	100,00%
Liczba ubezpieczonych ogółem wg CWU	37 821 925	

Powyższe dane przedstawiają liczbę osób objętych opieką lekarską w podstawowej opiece zdrowotnej, którzy złożyli deklaracje wyboru lekarza POZ, w podziale na grupy wiekowe, na podstawie list aktywnych. Lekarza podstawowej opieki zdrowotnej nie wybrało około 3% ubezpieczonych.

Koszty podstawowej opieki zdrowotnej

Podstawowa opieka zdrowotna (w tys. zł)¹³

Kod OW	Nazwa OW	Plan finansowy 2005	Koszty realizacji świadczeń w 2005 r. ogółem (bez refundacji cen leków)	% realizacji	Plan finansowy 2006	Koszty realizacji świadczeń w 2006 r.	% realizacji
1	2	3	4	5	6	7	8
01	Dolnośląski	276 047,00	275 559,83	99,82%	302 468,00	300 971,99	99,51%
02	Kujawsko-Pomorski	200 619,00	200 325,26	99,85%	224 921,00	224 117,95	99,64%
03	Lubelski	215 767,00	215 719,57	99,98%	234 956,00	234 887,05	99,97%
04	Lubuski	98 017,00	96 907,92	98,87%	106 616,00	106 467,32	99,86%
05	Łódzki	238 417,00	237 302,61	99,53%	271 318,00	267 107,57	98,45%
06	Małopolski	304 200,00	302 740,45	99,52%	340 193,00	339 736,83	99,87%
07	Mazowiecki	491 700,00	490 391,60	99,73%	537 075,00	534 938,34	99,60%
08	Opolski	94 141,00	93 891,78	99,74%	102 263,00	102 218,32	99,96%
09	Podkarpacki	199 095,00	199 075,65	99,99%	220 057,00	219 982,43	99,97%
10	Podlaski	114 630,00	114 261,87	99,68%	126 761,00	126 693,60	99,95%
11	Pomorski	206 646,00	206 311,91	99,84%	228 937,00	224 767,54	98,18%
12	Śląski	427 646,00	427 428,50	99,95%	472 672,00	472 023,91	99,86%
13	Świętokrzyski	125 977,00	125 532,14	99,65%	136 859,00	136 888,37	100,02%
14	Warmińsko-Mazurski	137 700,00	137 689,72	99,99%	150 825,00	150 538,93	99,81%
15	Wielkopolski	332 338,00	331 720,45	99,81%	367 000,00	366 234,10	99,79%
16	Zachodniopomorski	166 142,00	164 464,53	98,99%	183 861,00	180 467,98	98,15%
Razem		3 629 082,00	3 619 323,79	99,73%	4 006 782,00	3 988 042,23	99,53%

Nakłady finansowe na podstawową opiekę zdrowotną w porównaniu do roku 2005 wzrosły o ok. 10%. W roku 2006 w planie finansowym na realizację świadczeń przeznaczone było 4 006 782 tys. zł. Koszty realizacji świadczeń wyniosły 3 988 042,23 tys. zł, wynosi to 99,53% środków przeznaczonych w planie finansowym.

¹² Liczba ubezpieczonych lekarza POZ – dane z systemu informatycznego NFZ, liczba ubezpieczonych ogółem – dane z modułu CWU systemu informatycznego NFZ

¹³ Koszty realizacji dane - ze sprawozdania z realizacji planu finansowego

1.2.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (w tys. zł.)¹⁴

Kod OW	Nazwa OW	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2005 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2005 r.	% realizacji	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2006 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2006 r.	% realizacji	Dynamika kontraktów 2006/2005 (bez skutków realizacji ustawy z 22 lipca 2006) ¹⁵
1	2	3	4	5	6	7	8	9
01	Dolnośląski	166 103,12	165 684,44	99,75%	198 277,84	196 168,42	98,94%	114,54%
02	Kujawsko-Pomorski	136 167,38	134 097,55	98,48%	146 567,50	146 054,73	99,65%	103,14%
03	Lubelski	101 150,17	101 066,26	99,92%	138 890,78	134 124,89	96,57%	131,59%
04	Lubuski	51 261,18	51 261,18	100,00%	58 935,50	57 952,69	98,33%	110,46%
05	Łódzki	108 218,60	108 218,29	100,00%	130 075,76	127 865,38	98,30%	115,28%
06	Małopolski	195 980,69	200 209,67	102,16%	233 793,54	236 156,44	101,01%	114,59%
07	Mazowiecki	363 854,85	368 531,88	101,29%	386 299,54	375 757,19	97,27%	101,69%
08	Opolski	50 056,33	50 565,05	101,02%	58 663,32	60 127,70	102,50%	112,35%
09	Podkarpacki	109 441,38	108 660,90	99,29%	132 098,71	132 176,15	100,06%	115,89%
10	Podlaski	72 740,67	71 386,79	98,14%	90 397,00	87 156,22	96,41%	119,20%
11	Pomorski	148 358,34	147 818,86	99,64%	169 499,49	169 433,97	99,96%	109,85%
12	Śląski	359 701,38	348 230,38	96,81%	391 454,65	385 989,57	98,60%	104,35%
13	Świętokrzyski	68 286,36	67 784,09	99,26%	74 733,23	76 199,08	101,96%	104,95%
14	Warmińsko-Mazurski	95 618,15	95 799,61	100,19%	98 626,52	97 934,17	99,30%	98,79%
15	Wielkopolski	225 043,90	221 841,39	98,58%	269 059,44	265 574,72	98,70%	114,83%
16	Zachodniopomorski	100 443,78	100 443,78	100,00%	123 792,63	123 776,06	99,99%	117,92%
Razem		2 352 426,28	2 341 600,12	99,54%	2 701 165,45	2 672 447,38	98,94%	110,13%

Zgodnie z danymi przedstawionymi w tabeli powyżej wzrost nakładów w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne wyniósł o ok. 10%. Wzrost wartości wykonania w stosunku do zawartych umów w roku 2006 wystąpił w oddziałach: Małopolskim (1,01%), Opolskim (2,50%), Podkarpackim (0,06%) i Świętokrzyskim (1,96%). We wszystkich oddziałach oprócz Warmińsko-Mazurskiego nastąpił wzrost wartości zawartych umów w stosunku do roku 2005. Realizacja świadczeń w stosunku do zawartych kontraktów przekroczyła ich wartość w następujących poradniach: endokrynologicznej (osteoporozy) o kwotę 65 287,47 zł (7,31%), chorób tropikalnych o kwotę 5 486,55 zł (18,03%), transplantacji serca, o kwotę 44 405,36 zł (42,61%), poradni urologicznej o kwotę 3 200 544,28 zł (4,77%), poradni chirurgii ogólnej o kwotę 2 843 543,63 zł (1,41%), w poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej o kwotę 2 008 414,99 zł (1,17%) oraz w świadczeniach współfinansowanych – w tomografii komputerowej – o kwotę 5 041 207,23 zł, (4,45%).

¹⁴ Wartość kontraktów - dane z OW NFZ, koszty realizacji - dane ze sprawozdania z realizacji planu finansowego

¹⁵ Ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076)

1.2.3. Lecznictwo szpitalne

Lecznictwo Szpitalne (w tys. zł)¹⁶

Kod OW	Nazwa OW	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2005 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2005 r.	% realizacji	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2006 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2006 r.	% realizacji	Dynamika kontraktów 2006/2005 ((bez skutków realizacji ustawy z 22 lipca 2006) ¹⁷
1	2	3	4	5	6	7	8	9
01	Dolnośląski	1 050 749,37	1 066 677,16	101,52%	1 160 380,22	1 160 489,27	100,01%	106,18%
02	Kujawsko-Pomorski	725 936,57	735 644,99	101,34%	838 337,57	838 318,80	100,00%	110,98%
03	Lubelski	801 141,30	805 099,14	100,49%	877 080,24	875 102,30	99,77%	105,12%
04	Lubuski	337 290,78	338 319,72	100,31%	349 261,31	348 355,98	99,74%	99,59%
05	Łódzki	935 120,74	937 240,76	100,23%	1 027 321,13	1 038 525,68	101,09%	105,49%
06	Małopolski	1 164 866,30	1 164 774,12	99,99%	1 300 210,31	1 308 472,19	100,64%	107,19%
07	Mazowiecki	2 459 572,87	2 473 757,87	100,58%	2 613 592,87	2 614 813,49	100,05%	101,97%
08	Opolski	328 345,45	331 986,63	101,11%	362 824,47	368 328,22	101,52%	106,17%
09	Podkarpacki	712 942,11	716 373,95	100,48%	738 338,69	741 486,10	100,43%	99,56%
10	Podlaski	450 570,21	445 688,92	98,92%	505 932,95	501 819,27	99,19%	108,10%
11	Pomorski	725 914,09	729 831,90	100,54%	776 490,30	770 152,68	99,18%	102,87%
12	Śląski	1 913 049,26	1 947 707,25	101,81%	2 012 788,22	2 006 340,11	99,68%	101,11%
13	Świętokrzyski	476 204,66	471 740,63	99,06%	506 763,38	508 234,14	100,29%	102,26%
14	Warmińsko-Mazurski	503 881,22	510 415,98	101,30%	531 283,05	531 492,28	100,04%	101,31%
15	Wielkopolski	1 266 323,64	1 282 099,20	101,25%	1 392 406,16	1 397 120,24	100,34%	105,60%
16	Zachodniopomorski	612 286,19	612 286,19	100,00%	678 926,87	679 069,80	100,02%	106,62%
Razem		14 464 194,76	14 569 644,41	100,73%	15 671 937,74	15 688 120,55	100,10%	104,10%

Tabela przedstawia dane o zawartych umowach i realizacji świadczeń w ujęciu zbiorczym, bez podziału na hospitalizację i programy terapeutyczne. Nastąpił wzrost nakładów na świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne o ok. 4% w porównaniu do roku 2006. Wzrost wartości wykonania w stosunku do zawartych kontraktów w roku 2006 wystąpił w oddziałach: Łódzkim (101,09%), Opolskim (101,52%), Świętokrzyskim (100,29%) oraz nieznacznie w oddziałach Małopolskim, Mazowieckim, Podkarpackim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim oraz Zachodniopomorskim. Wykonanie rzeczywiste przekraczające zawarte kontrakty odnotowuje się w oddziałach: dermatologicznym dla dzieci o kwotę 170 518,80 zł - (6,39%), chirurgii plastycznej o 1 570 777,90 zł - (3,53%), onkologicznym o 7 249 596,81 zł - (3%), diabetologicznym o 479 931,40 zł - (2,49%), chirurgii naczyniowej o 3 501 081,63 zł - (2,48%), kardiologicznym o 25 806 791,74 zł - (2,08%).

¹⁶ Wartość kontraktów - dane z OW, koszty realizacji - dane ze sprawozdania z realizacji planu finansowego

¹⁷ Ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076)

Programy terapeutyczne

Poniższa tabela prezentuje dynamikę planowanych oraz zrealizowanych świadczeń w ramach poszczególnych programów terapeutycznych.

Zestawienie planowanych i wykonanych świadczeń w ramach poszczególnych programów lekowych

lp.	nazwa	2005 r.		2006 r.		Dynamika zmian 2005/2006	
		wartość świadczeń (w tys. zł)		wartość świadczeń (w tys. zł)		zakontraktowanych	wykonanych
		zakontraktowanych	wykonanych	zakontraktowanych	wykonanych		
1	2	3	4	5	6	7	8
	razem	622 596,96	573 000,61	700 745,06	618 467,17	12,55%	7,93%
1	pr w programie leczenia raka piersi docetakselem	27 369,71	26 209,63	33 606,19	29 593,79	22,79%	12,91%
2	pr w programie leczenia raka piersi kapecytabiną	5 227,99	4 608,20	4 868,66	3 589,88	-6,87%	-22,10%
3	pr w programie leczenia raka piersi trastuzumabem	37 698,41	35 886,48	40 113,38	36 976,08	6,41%	3,04%
4	pr w programie leczenia raka jelita grubego irinotekaniem	35 483,05	34 585,83	42 288,14	38 259,04	19,18%	10,62%
5	pr w programie leczenia raka jelita grubego kapecytabiną	8 016,41	7 241,97	8 520,64	7 538,59	6,29%	4,10%
6	pr w programie leczenia glejaków mózgu temozolomidem	8 465,19	7 282,03	7 149,36	5 513,16	-15,54%	-24,29%
7	pr w programie leczenia raka jajnika topotecanem	8 629,41	8 248,82	6 783,19	4 311,93	-21,39%	-47,73%
8	pr w programie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej (pbs) imatinibem	42 349,37	39 573,59	67 578,01	63 000,67	59,57%	59,20%
9	pr w programie leczenia nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (gist) imatinibem	23 260,92	22 133,30	25 154,96	23 117,99	8,14%	4,45%
10	pr w programie leczenia chłoniaków złośliwych rituximabem	30 392,28	29 800,23	41 047,69	36 631,89	35,06%	22,92%
11	pr w programie leczenia raka jajnika paklitakselem	19 180,44	18 403,28	16 678,73	14 062,16	-13,04%	-23,59%
12	pr w programie leczenia nadpłytkowości samoistnej anagrelidem	6 857,18	5 873,24	7 110,07	6 624,16	3,69%	12,79%
13	pr w programie leczenia przedwczesnego dojrzewania płciowego	1 714,05	1 459,44	1 529,74	1 262,97	-10,75%	-13,46%
14	pr w programie leczenia pierwotnych niedoborów odporności u dzieci immunoglobulinami	5 965,05	4 615,66	4 446,84	3 018,83	-25,45%	-34,60%
15	pr w programie leczenia dystonii mięśniowych toksyną botulinową	3 009,71	2 843,59	3 296,68	2 816,52	9,53%	-0,95%
16	pr w programie leczenia porażenia dziecięcego toksyną botulinową	3 549,82	3 008,38	3 221,31	2 606,33	-9,25%	-13,36%
17	pr w programie leczenia stwardnienia rozsianego glatiramerem	X	X	5 406,65	5 067,91	X	X
18	pr w programie leczenia stwardnienia rozsianego interferonem beta	X	X	35 387,75	31 679,07	X	X
19	pr w programie leczenia immunomodulującego chorych na stwardnienie rozsiane	29 244,23	28 028,17	X	X	39,50%	31,11%
20	pr w programie leczenia przewlekłego wzw typu b lamiwudyną	7 680,55	7 329,13	7 302,71	5 674,01	-4,92%	-22,58%
21	pr w programie leczenia chorych ze świeżym zawałem serca z uniesieniem st poddanych angioplastyce wieńcowej abciximabem	36 455,06	34 226,07	36 700,00	30 546,82	0,67%	-10,75%
22	pr w programie leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów infliximabem	X	X	6 382,16	5 570,88	X	X
23	pr w programie leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego zapalenia stawów etanerceptem	X	X	18 868,06	16 089,86	X	X
24	pr w programie leczenia chorych z reumatoidalnym zapaleniem stawów o ciężkim przebiegu z zastosowaniem blokerów tnf	16 915,72	15 956,43	X	X	49,27%	35,75%
25	pr w programie leczenia reumatoidalnego	6 011,56	5 297,26	8 211,17	7 259,33	36,59%	37,04%

	zapalenia stawów leflunomidem						
26	pr w programie leczenia sepsy aktywnym białkiem c	9 884,49	6 789,02	9 432,19	5 779,31	-4,58%	-14,87%
27	pr w programie leczenia niedokrwistości w przebiegu pnn u pacjentów niedializowanych	4 345,70	3 548,09	4 128,36	3 430,48	-5,00%	-3,31%
28	pr w programie leczenia choroby gaucher'a imiglucerazą	27 099,99	26 071,79	31 677,18	30 886,79	16,89%	18,47%
29	pr w programie leczenia niskorosłych dzieci z snp hormonem wzrostu	30 771,58	20 742,96	28 964,80	25 495,43	-5,87%	22,91%
30	pr w programie leczenia niskorosłych dziewcząt z zt hormonem wzrostu	11 629,47	7 489,90	10 487,74	8 945,90	-9,82%	19,44%
31	pr w programie leczenia niskorosłych dzieci z pnn hormonem wzrostu	854,77	320,60	679,86	573,00	-20,46%	78,73%
32	pr w programie leczenia choroby hurler laronidazą	7 000,00	4 627,70	8 076,70	8 076,70	15,38%	74,53%
33	pr w programie leczenia wzw typu b lub c interferonem alfa pegylowanym	X	X	60 876,75	54 403,38	X	X
34	pr w programie leczenia wzw typu b lub c interferonem alfa naturalnym	X	X	2 962,50	2 387,08	X	X
35	pr w programie leczenia wzw typu b lub c interferonem alfa rekombinowanym	X	X	3 037,18	1 790,08	X	X
36	pr w programie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	58 996,73	53 734,24	X	X	13,36%	9,02%
37	pr w programie leczenia immunosupresyjnego mykofenolanem mofetylu lub mykofenolanem sodu	X	X	59 116,94	52 343,03	X	X
38	pr w programie leczenia immunosupresyjnego sirolimusem	X	X	7 272,37	6 208,88	X	X
39	pr w programie leczenia immunosupresyjnego tacrolimusem	X	X	42 380,50	37 317,90	X	X
40	pr w programie leczenia immunopresyjnego po przeszczepie narządu naczyniowego lub szpiku	108 298,10	106 860,88	X	X	0,44%	-10,29%
41	pr w programie leczenia niedoboru wzrostu u dzieci i młodzieży w następstwie somatotropinowej niewydolności przysadki (snp), zespołu turnera (zt) i przewlekłej niewydolności nerek (pnn) somatotropinowej niewydolności przysadki (snp), zespołu turnera	240,00	204,70	X	X	X	X

W 2006 roku zmianie uległy zakresy poszczególnych programów terapeutycznych, dlatego nie zawsze istnieje możliwość dokonania porównania wykonania danego programu z roku 2005 w odniesieniu do roku 2006. W powyższej tabeli znak x oznacza brak danych.

Zaprezentowane dane wskazują, iż niepełna realizacja świadczeń w ramach programów terapeutycznych może świadczyć o „nasyceń” programów pacjentami spełniającymi kryteria włączenia do programu w obecnym kształcie opisów tych programów.

Wobec powyższego w 2006 roku Narodowy Fundusz Zdrowia dostosował opisy programów terapeutycznych do stanu wiedzy medycznej. Zmieniono opisy programów wprowadzając do szczegółowych materiałów informacyjnych rozliczenie za ilość podaną leku pacjentowi.

W oparciu o znowelizowane opisy programów terapeutycznych Narodowy Fundusz Zdrowia dokonał informatyzacji procedur leczniczych. Opracowany system informatyczny został udostępniony Świadczeniodawcom w Pakiecie Świadczeniodawcy. Zdefiniowanie schematów podawania leków w programach terapeutycznych pozwala na rozliczanie ilości leków faktycznie podanych/wydanych pacjentom.

1.2.4. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (w tys. zł)¹⁸

Kod OW	Nazwa OW	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2005 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2005 r.	% realizacji	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2006 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2006 r.	% realizacji	Dynamika kontraktów 2006/2005 ((bez skutków realizacji ustawy z 22 lipca 2006) ¹⁹
1	2	3	4	5	6	7	8	9
01	Dolnośląski	75 457,69	73 208,25	97,02%	82 402,28	80 184,81	97,31%	103,99%
02	Kujawsko-Pomorski	50 003,83	49 305,45	98,60%	57 887,54	57 487,18	99,31%	110,11%
03	Lubelski	61 534,15	61 262,54	99,56%	68 882,43	68 446,38	99,37%	106,52%
04	Lubuski	49 079,79	50 371,18	102,63%	51 852,38	51 561,53	99,44%	100,47%
05	Łódzki	75 291,68	74 641,18	99,14%	79 477,79	78 130,59	98,30%	100,28%
06	Małopolski	76 490,69	76 433,03	99,92%	89 852,88	86 296,18	96,04%	111,87%
07	Mazowiecki	178 701,29	178 001,76	99,61%	192 659,44	187 410,87	97,28%	102,49%
08	Opolski	29 518,25	29 745,64	100,77%	32 056,99	32 656,81	101,87%	103,24%
09	Podkarpacki	49 574,98	49 519,43	99,89%	54 545,64	54 088,39	99,16%	104,65%
10	Podlaski	40 326,44	40 076,47	99,38%	45 894,85	45 408,64	98,94%	108,37%
11	Pomorski	59 212,75	59 212,67	100,00%	63 328,00	63 300,17	99,96%	101,81%
12	Śląski	132 100,56	131 142,97	99,28%	140 260,93	138 468,84	98,72%	101,00%
13	Świętokrzyski	37 718,41	37 357,39	99,04%	41 494,57	40 932,35	98,65%	104,60%
14	Warmińsko-Mazurski	44 501,55	44 199,30	99,32%	46 110,18	45 804,44	99,34%	98,45%
15	Wielkopolski	89 984,99	88 502,09	98,35%	95 439,81	94 599,37	99,12%	100,95%
16	Zachodniopomorski	39 554,62	39 643,86	100,23%	45 084,73	45 100,51	100,04%	108,49%
Razem		1 089 051,67	1 082 623,21	99,41%	1 187 230,44	1 169 877,06	98,54%	103,70%

Z powyższych danych wynika, iż wzrost wykonania świadczeń nastąpił w oddziale Opolskim (1,87%) oraz nieznacznie w Zachodniopomorskim (0,04%). Realizacja zawartych umów w roku 2006 wyniosła 98,54%.

¹⁸ Wartość kontraktów - dane z OW, koszty realizacji - dane ze sprawozdania z realizacji planu finansowego

¹⁹ Ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076)

1.2.5. Opieka długoterminowa

Opieka długoterminowa (w tys. zł)²⁰

Kod OW	Nazwa OW	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2005 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2005 r.	% realizacji	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2006 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2006 r.	% realizacji	Dynamika kontraktów 2006/2005 (bez skutków realizacji ustawy z 22 lipca 2006) ²¹
1	2	3	4	5	6	7	8	9
01	Dolnośląski	39 107,02	38 647,48	98,82%	44 020,37	43 723,53	99,33%	107,09%
02	Kujawsko-Pomorski	27 644,32	27 427,58	99,22%	32 767,53	32 467,17	99,08%	112,80%
03	Lubelski	22 326,12	22 179,50	99,34%	29 563,43	28 703,27	97,09%	125,62%
04	Lubuski	11 259,96	11 177,48	99,27%	12 028,14	11 782,52	97,96%	101,92%
05	Łódzki	31 054,24	30 269,95	97,47%	34 632,67	34 192,65	98,73%	105,95%
06	Małopolski	53 146,35	53 277,82	100,25%	61 247,47	60 528,35	98,83%	109,56%
07	Mazowiecki	87 695,76	86 116,65	98,20%	92 611,59	90 094,29	97,28%	100,37%
08	Opolski	12 566,44	12 694,91	101,02%	15 916,24	15 883,99	99,80%	120,32%
09	Podkarpacki	32 723,72	32 787,73	100,20%	36 355,58	36 260,73	99,74%	106,45%
10	Podlaski	12 898,97	12 773,54	99,03%	17 183,26	16 598,10	96,59%	126,73%
11	Pomorski	21 586,48	21 512,08	99,66%	24 668,00	24 652,27	99,94%	108,72%
12	Śląski	86 611,03	85 464,92	98,68%	92 635,15	91 144,75	98,39%	101,62%
13	Świętokrzyski	10 911,72	10 784,92	98,84%	12 561,20	12 462,17	99,21%	109,45%
14	Warmińsko-Mazurski	19 999,59	19 999,57	100,00%	21 146,71	21 095,96	99,76%	100,46%
15	Wielkopolski	41 958,63	40 194,03	95,79%	46 422,67	44 905,53	96,73%	105,25%
16	Zachodniopomorski	10 644,36	10 641,72	99,98%	13 545,62	13 547,49	100,01%	121,09%
Razem		522 134,71	515 949,88	98,82%	587 305,65	578 042,77	98,42%	106,98%

Zgodnie z danymi przedstawionymi w tabeli powyżej nastąpił wzrost nakładów finansowych w rodzaju opieka długoterminowa w roku 2006 w stosunku do roku poprzedniego o 6,98%.

We wszystkich oddziałach wojewódzkich nastąpił wzrost zawartych umów w stosunku do roku 2005.

Największy wzrost dostępności do świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka długoterminowa w stosunku do poprzedniego roku zauważalny był w następujących oddziałach wojewódzkich: Podlaskim (26,73%), Lubelskim (25,62%), Zachodniopomorskim (21,09%), Opolskim (20,32%), Kujawsko-Pomorskim (12,80%), Małopolskim (9,56%) oraz Świętokrzyskim (9,45%).

Analizując koszty realizacji kontraktów w 2006 roku należy stwierdzić, iż ich wykonanie odpowiadało poziomowi zawartych umów. Średnio w Polsce odnotowano w 2006 roku wykonanie na poziomie 98,42%.

²⁰ Wartość kontraktów - dane uzyskane z systemu BO – Business Object, skorygowane z informacjami z OW NFZ, koszty realizacji - dane ze sprawozdania z realizacji planu finansowego

²¹ Ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076)

1.2.6. Rehabilitacja lecznicza

Rehabilitacja lecznicza (w tys. zł)²²

Kod OW	Nazwa OW	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2005 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2005 r.	% realizacji	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2006 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2006 r.	% realizacji	Dynamika kontraktów 2006/2005 (bez skutków realizacji ustawy z 22 lipca 2006) ²³
1	2	3	4	5	6	7	8	9
01	Dolnośląski	72 063,02	71 500,47	99,22%	78 200,33	78 452,64	100,32%	103,76%
02	Kujawsko-Pomorski	44 098,98	43 938,99	99,64%	51 255,49	51 371,28	100,23%	110,99%
03	Lubelski	29 476,43	29 471,36	99,98%	48 887,22	48 196,97	98,59%	157,90%
04	Lubuski	25 204,82	25 152,06	99,79%	27 644,96	27 336,63	98,88%	104,85%
05	Łódzki	55 042,13	54 779,40	99,52%	61 062,04	60 623,23	99,28%	105,89%
06	Małopolski	75 393,39	76 778,38	101,84%	94 300,57	92 769,26	98,38%	119,89%
07	Mazowiecki	186 091,93	190 142,58	102,18%	199 366,60	196 441,18	98,53%	102,18%
08	Opolski	32 506,80	33 472,04	102,97%	35 066,75	36 012,22	102,70%	103,05%
09	Podkarpacki	48 477,03	48 514,45	100,08%	59 131,62	59 235,99	100,18%	117,28%
10	Podlaski	19 761,26	19 749,21	99,94%	25 859,82	25 544,15	98,78%	125,03%
11	Pomorski	42 454,47	41 856,92	98,59%	47 835,99	47 731,49	99,78%	107,79%
12	Śląski	112 558,38	112 536,81	99,98%	119 216,72	118 780,63	99,63%	101,18%
13	Świętokrzyski	32 129,51	31 157,28	96,97%	34 783,44	34 502,79	99,19%	103,41%
14	Warmińsko-Mazurski	34 585,20	34 586,00	100,00%	35 407,09	35 246,31	99,55%	97,65%
15	Wielkopolski	69 981,35	66 522,14	95,06%	83 100,16	82 523,82	99,31%	113,60%
16	Zachodniopomorski	34 516,34	34 516,34	100,00%	41 066,02	41 058,58	99,98%	113,70%
	Razem	914 341,04	914 674,43	100,04%	1 042 184,82	1 035 827,17	99,39%	108,93%

W rodzaju rehabilitacja lecznicza nastąpił wzrost zawartych umów wyniósł o 8,93% w stosunku do roku 2005. Największe przekroczenia do zawartych kontraktów wystąpiły w oddziale Opolskim – 2,70%. Wartość wykonania wyniosła 99,38% i uległa zmniejszeniu w porównaniu do roku 2005. Przekroczenia występowały w zakresie fizjoterapeutycznych zabiegów ambulatoryjnych nominalnie o kwotę 20 241 299,60 zł - (5,09%) oraz rehabilitacji pulmonologicznej o kwotę 332 254,12 zł - (2,11%) w stosunku do zawartych kontraktów.

²² Wartość kontraktów - dane z OW, koszty realizacji - dane ze sprawozdania z realizacji planu finansowego

²³ Ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076)

1.2.7. Świadczenia odrębnie kontraktowane

Świadczenia odrębnie kontraktowane (w tys. zł)²⁴

Kod OW	Nazwa OW	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2005 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2005 r.	% realizacji	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2006 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2006 r.	% realizacji	Dynamika kontraktów 2006/2005 (bez skutków realizacji ustawy z 22 lipca 2006) ²⁵
1	2	3	4	5	6	7	8	9
01	Dolnośląski	73 216,99	72 020,38	98,37%	75 822,98	75 545,52	99,63%	101,57%
02	Kujawsko-Pomorski	51 243,69	50 767,81	99,07%	57 840,81	57 822,27	99,97%	110,83%
03	Lubelski	51 908,24	51 300,41	98,83%	56 148,06	56 224,03	100,14%	106,17%
04	Lubuski	18 633,22	21 587,09	115,85%	21 153,68	21 082,03	99,66%	111,44%
05	Łódzki	49 986,64	51 768,38	103,56%	58 243,64	57 077,00	98,00%	114,44%
06	Małopolski	84 198,41	82 883,16	98,44%	93 319,27	89 023,48	95,40%	108,76%
07	Mazowiecki	150 758,02	148 268,03	98,35%	156 519,12	162 093,08	103,56%	101,86%
08	Opolski	20 303,77	20 344,62	100,20%	21 776,68	21 812,68	100,17%	105,19%
09	Podkarpacki	35 315,99	35 508,18	100,54%	42 152,69	42 095,99	99,87%	117,21%
10	Podlaski	24 339,79	23 771,93	97,67%	27 005,35	26 149,06	96,83%	108,95%
11	Pomorski	50 476,72	50 169,51	99,39%	57 024,86	56 485,75	99,05%	110,85%
12	Śląski	102 569,64	99 733,08	97,23%	113 690,42	111 837,43	98,37%	108,85%
13	Świętokrzyski	24 871,42	24 222,04	97,39%	26 849,00	26 900,32	100,19%	106,00%
14	Warmińsko-Mazurski	32 065,66	31 943,78	99,62%	33 767,50	33 609,91	99,53%	103,32%
15	Wielkopolski	79 663,98	78 437,46	98,46%	87 966,06	85 587,92	97,30%	108,42%
16	Zachodniopomorski	29 242,27	29 241,55	100,00%	34 453,90	34 499,78	100,13%	115,75%
Razem		878 794,45	871 967,41	99,22%	963 734,02	957 846,25	99,39%	107,64%

W roku 2006 podpisano umowy na 14 zakresów świadczeń, w tym m.in.: hemodializy, badania izotopowe, dializoterapie, zabiegi endowaskularne, tlenoterapię, pozytonową tomografię emisyjną. Największy udział – 72,26% w wartości zawartych umów stanowiły hemodializy. Natomiast największe wykonanie wystąpiło w zakresie terapii hiperbarycznej (110,2%), pozytonowej tomografii emisyjnej (103,21%) oraz konsultacji leczenia hormonem wzrostu (102,09%). Realizacja świadczeń w tym rodzaju wyniosła 99,39%.

²⁴ Wartość kontraktów - dane z OW, koszty realizacji - dane ze sprawozdania z realizacji planu finansowego

²⁵ Ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076)

1.2.8. Pomoc doraźna i transport sanitarny

Pomoc doraźna i transport sanitarny (w tys. zł)²⁶

Kod OW	nazwa OW NFZ	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2005 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2005 r.	% realizacji	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2006 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2006 r.	% realizacji	Dynamika kontraktów 2006/2005 (bez skutków realizacji ustawy z 22 lipca 2006) ²⁷
01	Dolnośląski	70 695,87	70 694,15	100,00%	79 441,32	79 443,43	100,00%	106,59%
02	Kujawsko-Pomorski	45 730,85	45 730,85	100,00%	52 629,24	52 629,51	100,00%	109,23%
03	Lubelski	61 444,10	61 447,68	100,01%	66 722,92	66 723,06	100,00%	103,07%
04	Lubuski	30 527,15	30 527,15	100,00%	31 993,01	31 995,92	100,01%	99,70%
05	Łódzki	62 543,48	62 544,55	100,00%	67 177,73	67 177,73	100,00%	101,94%
06	Małopolski	68 234,85	68 236,55	100,00%	75 706,51	75 706,76	100,00%	105,30%
07	Mazowiecki	133 400,10	133 409,76	100,01%	139 415,28	139 416,54	100,00%	99,24%
08	Opolski	27 658,40	27 706,07	100,17%	30 017,24	29 862,21	99,48%	103,01%
09	Podkarpacki	56 177,20	56 177,20	100,00%	62 091,73	62 088,52	99,99%	104,93%
10	Podlaski	34 168,06	34 168,06	100,00%	37 632,62	37 632,62	100,00%	104,54%
11	Pomorski	46 889,02	46 888,81	100,00%	50 346,31	50 318,16	99,94%	101,96%
12	Śląski	100 383,12	100 407,02	100,02%	108 748,30	108 748,30	100,00%	102,83%
13	Świętokrzyski	28 752,20	28 752,75	100,00%	31 998,89	31 998,89	100,00%	105,72%
14	Warmińsko-Mazurski	40 184,90	40 184,89	100,00%	43 197,11	43 197,31	100,00%	102,07%
15	Wielkopolski	74 479,17	74 479,17	100,00%	81 110,15	81 110,30	100,00%	103,40%
16	Zachodniopomorski	51 804,16	51 259,07	98,95%	57 456,54	57 460,86	100,01%	105,40%
Razem		933 072,63	932 613,73	99,95%	1 015 684,92	1 015 510,12	99,98%	103,35%

Liczba zespołów wyjazdowych

Zespoły	2005	2006
Zespół wyjazdowy "R"	544	549
Zespół wyjazdowy "W"	810	804
Zespół wyjazdowy "N"	31	31
Razem	1 385	1 384

W rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny obserwujemy w 2006 r. wzrost wartości świadczeń zakontraktowanych na 82.612,29 tys. zł. Koszty realizacji świadczeń wykonanych w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w okresie 2006 roku wyniosły 1.015.510,12 tys. zł, co stanowi 99,98 % wartości świadczeń zakontraktowanych. Na 2006 rok zakontraktowano 1.384 zespoły wyjazdowe: 804 zespoły wypadkowe „W” (w tym 3 zespoły wodnego pogotowia ratunkowego), 549 zespołów reanimacyjnych „R” oraz 31 zespołów neonatologicznych „N”.

²⁶ Wartość kontraktów - dane uzyskane z systemu BO – Business Object, skorygowane z informacjami z OW NFZ, koszty realizacji - dane ze sprawozdania z realizacji planu finansowego

²⁷ Ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076)

1.2.9. Opieka stomatologiczna

Opieka stomatologiczna (w tys. zł)²⁸

Kod OW	Nazwa OW	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2005 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2005 r.	% realizacji	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2006 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2006 r.	% realizacji	Dynamika kontraktów 2006/2005 (bez skutków realizacji ustawy z 22 lipca 2006) ²⁹
1	2	3	4	5	6	7	8	9
01	Dolnośląski	65 402,88	63 996,71	97,85%	72 970,04	71 884,49	98,51%	105,98%
02	Kujawsko-Pomorski	56 487,99	55 852,64	98,88%	64 198,06	63 880,72	99,51%	107,83%
03	Lubelski	53 388,39	52 988,72	99,25%	64 768,54	64 014,93	98,84%	115,13%
04	Lubuski	21 092,41	20 871,82	98,95%	23 025,07	22 562,45	97,99%	103,71%
05	Łódzki	62 658,14	61 399,03	97,99%	68 757,31	67 249,11	97,81%	104,22%
06	Małopolski	82 974,78	81 808,56	98,59%	99 268,66	95 365,00	96,07%	114,08%
07	Mazowiecki	124 054,95	123 415,81	99,48%	131 813,09	129 822,46	98,49%	100,97%
08	Opolski	22 175,42	22 041,58	99,40%	24 579,65	24 548,56	99,87%	105,24%
09	Podkarpacki	57 366,67	57 342,54	99,96%	63 248,06	62 604,98	98,98%	104,76%
10	Podlaski	28 134,55	27 267,66	96,92%	32 144,32	30 954,55	96,30%	108,54%
11	Pomorski	64 939,28	64 057,63	98,64%	69 725,17	68 770,58	98,63%	101,97%
12	Śląski	144 788,73	138 657,00	95,77%	150 408,05	146 686,04	97,53%	98,58%
13	Świętokrzyski	25 298,59	24 462,76	96,70%	28 845,11	28 605,62	99,17%	108,29%
14	Warmińsko-Mazurski	46 891,76	46 935,80	100,09%	48 797,55	48 636,82	99,67%	98,78%
15	Wielkopolski	72 920,13	71 022,49	97,40%	87 630,45	85 737,40	97,84%	114,25%
16	Zachodniopomorski	39 560,91	39 560,86	100,00%	46 795,31	46 799,58	100,01%	112,35%
Razem		968 135,58	951 681,61	98,30%	1 076 974,44	1 058 123,29	98,25%	105,69%

Wzrost nakładów na leczenie stomatologiczne o 5,69% w porównaniu do roku 2005 nie spowodował wzrostu wskaźnika wykonania. W roku 2006 wykonanie zawartych umów wyniosło 98,25%.

²⁸ Wartość kontraktów - dane z OW, koszty realizacji - dane ze sprawozdania z realizacji planu finansowego

²⁹ Ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076)

1.2.10. Programy profilaktyczne

Programy profilaktyczne (w tys. zł)³⁰

Kod OW	Nazwa OW	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2005 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2005 r.	% realizacji	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2006 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2006 r.	% realizacji	Dynamika kontraktów 2006/2005 (bez skutków realizacji ustawy z 22 lipca 2006) ³¹
1	2	3	4	5	6	7	8	9
01	Dolnośląski	7 042,97	4 236,45	60,15%	11 254,70	9 361,60	83,18%	155,02%
02	Kujawsko-Pomorski	5 113,47	3 231,26	63,19%	8 941,45	6 839,25	76,49%	169,93%
03	Lubelski	4 500,61	3 054,71	67,87%	9 947,30	8 884,28	89,31%	214,76%
04	Lubuski	2 065,58	1 512,26	73,21%	2 995,67	2 812,65	93,89%	139,56%
05	Łódzki	6 213,26	3 182,24	51,22%	9 816,04	6 595,40	67,19%	152,84%
06	Małopolski	6 112,96	4 062,16	66,45%	12 969,79	8 524,35	65,72%	205,05%
07	Mazowiecki	12 450,03	8 480,59	68,12%	17 160,14	12 860,29	74,94%	133,86%
08	Opolski	2 079,14	1 099,61	52,89%	3 124,88	2 400,57	76,82%	142,84%
09	Podkarpacki	2 886,33	2 670,12	92,51%	5 611,75	4 894,51	87,22%	187,95%
10	Podlaski	2 747,08	1 610,47	58,62%	4 506,83	2 996,46	66,49%	156,96%
11	Pomorski	5 185,87	3 856,89	74,37%	9 494,55	6 956,21	73,27%	178,78%
12	Śląski	11 107,13	5 813,55	52,34%	13 121,33	8 929,47	68,05%	116,14%
13	Świętokrzyski	2 763,41	1 421,77	51,45%	5 186,18	1 983,22	38,24%	183,58%
14	Warmińsko-Mazurski	2 168,66	2 060,10	94,99%	5 434,11	4 872,87	89,67%	242,23%
15	Wielkopolski	7 658,95	3 887,34	50,76%	12 059,95	8 014,43	66,45%	152,96%
16	Zachodniopomorski	3 198,37	3 198,37	100,00%	6 341,84	6 341,25	99,99%	191,97%
	Razem	83 293,82	53 377,89	64,08%	137 966,51	103 266,81	74,85%	160,77%

W roku 2006 Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktował następujące programy profilaktyczne:

Program profilaktyki chorób układu krążenia

W ramach programu wykonywane były badania przesiewowe dla osób w wieku 35- 55 lat mające na celu ocenę następujących parametrów: ciśnienie tętnicze krwi, poziom glukozy na czczo, cholesterol całkowity, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, trójglicerydy, wskaźnik BMI, sposób odżywiania i aktywność fizyczna, na podstawie których określano ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia.

Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc

W ramach programu wykonywano badania przesiewowe dla osób palących i byłych palaczy w wieku 40 - 65 lat i oceniano: stan kliniczny pacjenta, informacje uzyskane w wywiadzie oraz wynik badania spirometrycznego. Osoby ze wskazaniami do pogłębionej diagnostyki kierowano na konsultację pulmonologiczną (w ramach programu), podczas której następowała weryfikacja wstępnego rozpoznania oraz ewentualne wdrożenie leczenia. Istotnym elementem edukacji prowadzonej w programie było uświadomienie zagrożeń wynikających z palenia tytoniu i zachęcanie do zaprzestania palenia.

Program profilaktyki raka szyjki macicy

W ramach programu wykonywano cytologiczne badania przesiewowe u kobiet w wieku 30 – 59 lat. W etapie podstawowym programu lekarz ginekolog pobierał specjalną szczoteczką rozmaz z szyjki macicy i przesyłał do realizatora etapu diagnostycznego, który dokonywał oceny mikroskopowej otrzymanego preparatu. Na podstawie wyniku badania cytologicznego lekarz podejmował decyzję, co do dalszego postępowania. Na rok 2006 rozszerzono zakres

³⁰ Wartość kontraktów - dane z OW, koszty realizacji - dane ze sprawozdania z realizacji planu finansowego

³¹ Ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076)

programu o świadczenia mające na celu weryfikację wstępnego rozpoznania tj. badanie kolposkopowe z pobraniem wycinków i oceną histopatologiczną pobranego materiału.

Program profilaktyki raka piersi

W ramach etapu podstawowego programu wykonywano badanie mammograficzne.

W roku 2006 poszerzono zakres programu profilaktyki raka piersi o etap pogłębionej diagnostyki, który obejmował badanie lekarskie, uzupełniającą mammografię lub USG oraz biopsję zmiany w celu postawienia ostatecznego rozpoznania.

Program badań prenatalnych

W ramach programu realizowano specjalistyczne badania, przeprowadzane w I i II trymestrze ciąży u kobiet po 35. r.ż. z istniejącymi czynnikami ryzyka, mające na celu wczesne wykrycie nieprawidłowości rozwojowych płodu, m.in.: badanie USG płodu, oznaczenia w surowicy krwi osoczowego białka ciążowego A, alfa fetoproteiny, wolnej gonadotropiny kosmówkowej (podjednostki beta), wolnego estriolu, badania genetyczne materiału płodowego uzyskanego w wyniku wykonania amniopunkcji, biopsji trofoblastu lub kordocentezy oraz poradnictwo genetyczne.

Program wczesnej wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie

Pilotażowy program rządowy, w ramach którego Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktował świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie szeroko pojętej rehabilitacji oraz konsultacji specjalistycznych dla dzieci w wieku 0-7 lat z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego, zaburzeniami słuchu, wzroku itp.

Program profilaktyki gruźlicy

Program adresowany był do populacji osób dorosłych, w szczególności z bezpośredniego kontaktu z osobami z już rozpoznaną gruźlicą, lub z przynajmniej jedną z cech: bezrobotny, niepełnosprawny, obciążony długotrwałą chorobą, obciążony problemem alkoholowym, narkomanią, bezdomny. W ramach I etapu programu pielęgniarki środowiskowe przeprowadzały ankietę dotyczącą stanu zdrowia oraz warunków życia w środowisku. Osoby z grupy podwyższonego ryzyka zachorowania na gruźlicę kierowano do poradni specjalistycznej realizującej II etap programu obejmujący przeprowadzenie wywiadu, badanie fizykalne pacjenta, zlecenie badań diagnostycznych w zależności od wskazań medycznych (trzykrotny posiew płwociny, założenie i odczytanie próby tuberkulinowej przez wykwalifikowaną pielęgniarkę, wykonanie RTG klatki piersiowej wraz z opisem), edukację zdrowotną, postawienie diagnozy oraz ustalenie dalszego postępowania w zależności od wyników badań, ewentualnie wydanie skierowania na leczenie.

Program profilaktyki chorób odtytoniowych – palenie jest uleczalne

Etap podstawowy programu, realizowany był przede wszystkim przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i obejmował zebranie wywiadu w kierunku palenia tytoniu, edukację w zakresie skutków zdrowotnych ekspozycji na dym tytoniowy i motywowanie świadczeniobiorców palących do rezygnacji z nałogu oraz zaplanowanie schematu terapii.

Na etapie specjalistycznym i wysokospecjalistycznym programu prowadzono dalszą diagnostykę (testy psychologiczne i badania) oraz terapię uzależnienia od tytoniu (farmakoterapia i psychoterapia).

Program wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży

W ramach programu wykonuje się diagnostykę zakażeń HIV u kobiet w ciąży za pomocą testów płytkowych ściśle połączoną z edukacją dotyczącą dróg zakażenia, metod zapobiegania zakażeniu, ryzyka zakażenia dziecka przez matkę i zasad leczenia zakażenia.

Program wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry

Populacją objętą programem wczesnego wykrywania jaskry byli świadczeniobiorcy powyżej 35 roku życia, u których nie przeprowadzono badania okulistycznego w ciągu ostatnich 24 miesięcy.

Program realizowany był dwuetapowo, w I etapie przeprowadzono edukację zdrowotną w zakresie profilaktyki i objawów jaskry, badanie okulistyczne przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej z dokładną, stereoskopową oceną tarczy nerwu wzrokowego, badanie ciśnienia śródgałkowego- metodą tonometrii aplanacyjnej Goldmana lub tonometrii impresyjnej Schotza, badanie kąta przesączenia- gonioskopia przy użyciu trójlustra Goldmana.

Osoby z podwyższonym ryzykiem jaskry kierowano do etapu II programu obejmującego komputerowe badanie pola widzenia- skринingowe, w zakresie 30 stopni obu oczu oraz decyzję dotyczącą dalszego postępowania (wdrożenie odpowiedniego leczenia w razie potrzeby oraz ewentualne skierowanie do dalszej diagnostyki).

Realizacja umów w rodzaju programy profilaktyczne w roku 2006 wyniosła 74,85% pomimo wzrostu nakładów finansowych w porównaniu z rokiem 2005 o 60%.

1.2.11. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze**Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze (w tys. zł)³²**

Kod OW	Nazwa OW	Plan finansowy 2005	Koszty realizacji świadczeń w 2005 r. ogółem	% realizacji	Plan finansowy 2006	Koszty realizacji świadczeń w 2006 r. ogółem	% realizacji
1	2	3	4	5	6	7	8
01	Dolnośląski	34 993,00	34 927,91	99,81%	34 451,00	33 212,59	96,41%
02	Kujawsko-Pomorski	25 972,00	25 866,78	99,59%	25 661,00	25 661,00	100,00%
03	Lubelski	23 997,00	23 932,29	99,73%	27 180,00	26 783,64	98,54%
04	Lubuski	12 297,00	12 297,00	100,00%	13 816,00	11 723,99	84,86%
05	Łódzki	28 900,00	27 218,48	94,18%	32 645,00	31 694,75	97,09%
06	Małopolski	46 121,00	44 690,55	96,90%	51 834,00	50 870,76	98,14%
07	Mazowiecki	59 077,00	59 986,82	101,54%	66 007,00	65 847,37	99,76%
08	Opolski	13 200,00	11 861,93	89,86%	13 500,00	12 848,52	95,17%
09	Podkarpacki	26 594,00	26 191,05	98,48%	29 445,00	28 646,19	97,29%
10	Podlaski	14 600,00	13 002,52	89,06%	15 366,00	15 040,02	97,88%
11	Pomorski	24 467,00	24 466,80	100,00%	26 500,00	25 319,85	95,55%
12	Śląski	62 096,00	62 065,97	99,95%	73 468,00	71 979,10	97,97%
13	Świętokrzyski	14 866,00	14 866,00	100,00%	14 850,00	15 571,73	104,86%
14	Warmińsko-Mazurski	16 000,00	15 588,38	97,43%	16 319,00	16 225,26	99,43%
15	Wielkopolski	39 110,00	38 125,64	97,48%	42 700,00	42 176,37	98,77%
16	Zachodniopomorski	17 384,00	16 953,73	97,52%	22 368,00	21 695,43	96,99%
Razem		459 674,00	452 041,85	98,34%	506 110,00	495 296,57	97,86%

³² Koszty realizacji dane - ze sprawozdania z realizacji planu finansowego

W rodzaju zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze nastąpił wzrost wartości planu finansowego o 10,10%, co spowodowało wzrost realizacji o 9,57%. Przekroczenia odnotowano w Świętokrzyskim OW, co spowodowane było wzrostem w ostatnim kwartale liczby osób posiadających comiesięczne karty zaopatrzenia. W pozostałych oddziałach nie wystąpiły przekroczenia w stosunku do planu finansowego.

1.2.12. Lecznictwo uzdrowiskowe

Lecznictwo uzdrowiskowe (w tys. zł) ³³

Kod OW	Nazwa OW	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2005 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2005 r.	% realizacji	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2006 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2006 r.	% realizacji
1	2	3	4	5	7	8	10
1	Dolnośląski	55 305,28	53 035,95	95,90%	31 154,94	30 120,71	96,68%
2	Kujawsko-Pomorski	60 042,98	56 892,81	94,75%	18 383,58	17 922,85	97,49%
3	Lubelski	16 148,50	15 576,17	96,46%	26 107,29	25 706,58	98,47%
4	Lubuski	0,00	0,00	-	7 250,72	6 874,94	94,82%
5	Łódzki	0,00	0,00	-	21 969,40	21 202,11	96,51%
6	Małopolski	60 353,11	57 061,77	94,55%	36 050,37	33 904,32	94,05%
7	Mazowiecki	1 936,20	1 928,72	99,61%	56 170,87	53 557,30	95,35%
8	Opolski	0,00	0,00	-	9 441,77	8 934,72	94,63%
9	Podkarpacki	32 809,92	31 151,65	94,95%	19 777,20	19 135,61	96,76%
10	Podlaski	606,53	560,23	92,37%	7 880,56	7 732,15	98,12%
11	Pomorski	13 696,73	13 181,99	96,24%	11 503,85	11 193,37	97,30%
12	Śląski	32 337,00	31 146,71	96,32%	50 685,37	49 200,60	97,07%
13	Świętokrzyski	26 084,85	25 134,60	96,36%	15 456,13	14 875,49	96,24%
14	Warmińsko-Mazurski	1 815,24	1 693,92	93,32%	11 271,90	10 762,16	95,48%
15	Wielkopolski	0,00	0,00	-	29 989,55	29 247,19	97,52%
16	Zachodniopomorski	54 886,66	53 037,49	96,63%	6 143,64	5 992,70	97,54%
Razem		356 023,00	340 402,01	95,61%	359 237,13	346 362,80	96,42%

W 2005 roku, po zakontraktowaniu świadczeń przez Mazowiecki OW NFZ w imieniu pozostałych oddziałów, plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia w rodzaju leczenie uzdrowiskowe rozdzielony został na 12 oddziałów wojewódzkich NFZ, na których terenie znajdowały się siedziby świadczeniodawców. Na 2005 rok zakontraktowano świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe na kwotę 356 023 tys. zł, z czego oddziały wojewódzkie NFZ rozliczyły świadczenia na kwotę 340 402,01 tys. zł, co stanowi 95,61% zawartych kontraktów.

W 2006 roku plan finansowy NFZ w rodzaju leczenie uzdrowiskowe posiadało 16 oddziałów wojewódzkich NFZ. Świadczenia w tym rodzaju zakontraktowało 12 oddziałów wojewódzkich NFZ, na których terenie znajdowały się siedziby świadczeniodawców, na podstawie upoważnień (co do kwoty) z pozostałych OW NFZ. Łącznie na 2006 rok zakontraktowano 359 237 13 tys. zł. Oddziały wojewódzkie NFZ rozliczyły świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe na łączną kwotę 346 362 tys. zł., co stanowi 96,42% zawartych kontraktów.

Wartość zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w 2006 roku względem roku 2005 roku wzrosła o 1%, a realizacja świadczeń w 2006 roku w stosunku do 2005 roku wzrosła o 0,81%.

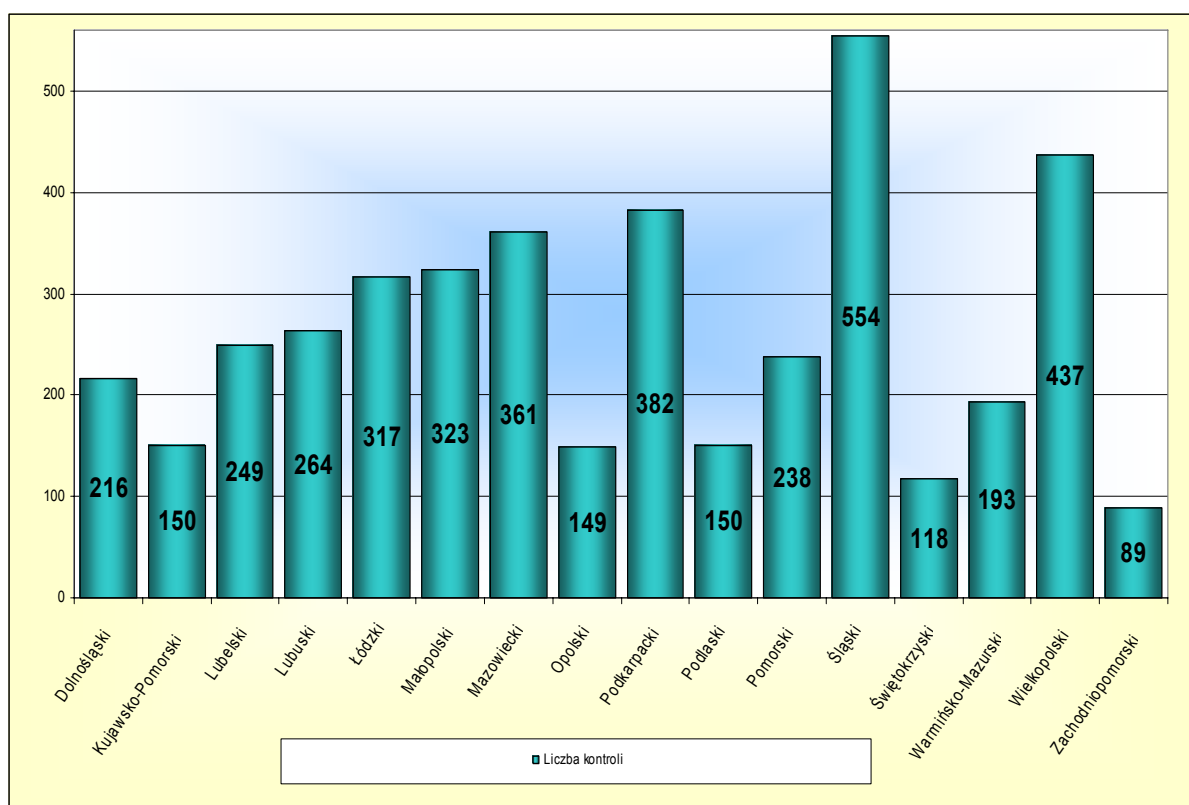
³³ Wartość kontraktów - dane uzyskane z systemów informatycznych SOLU – System Lecznictwa Uzdrowiskowego oraz SRU – System Rozliczeń Uzdrowisk, skorygowane z informacjami z OW NFZ, koszty realizacji - dane ze sprawozdania z realizacji planu finansowego

2. Kontrola realizacji umów, w tym najczęściej stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie art. 64 ustawy o świadczeniach oddziały wojewódzkie Funduszu w 2006 roku realizowały zadania związane z prowadzeniem kontroli udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, a zwłaszcza kontrole organizacji i sposobu udzielania świadczeń, ich dostępności oraz udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowach o udzielanie świadczeń.

W 2006 r. oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadziły we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej łącznie 4 190 postępowań kontrolnych. Łączna wartość umów poddanych kontroli wyniosła 9 682 503 tys. zł. Wskazać należy, iż kontrolowane były zarówno umowy zawarte na 2006 r. jak również umowy z lat poprzednich. Liczbę kontroli przeprowadzonych przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ w 2006 roku obrazuje poniższy wykres.

Liczba kontroli przeprowadzonych przez OW NFZ w 2006 r.



Największą liczbę postępowań kontrolnych przeprowadziły następujące oddziały wojewódzkie Funduszu:

- Śląski - 13,20% łącznej liczby prowadzonych przez oddziały Funduszu kontroli,
- Wielkopolski - 10,40% łącznej liczby prowadzonych przez oddziały Funduszu kontroli,

- Podkarpacki - 9,10% łącznej liczby prowadzonych przez oddziały Funduszu kontroli,
- Mazowiecki - 8,60% łącznej liczby prowadzonych przez oddziały Funduszu kontroli.

Najmniejszą liczbę kontroli w 2006 r. przeprowadziły oddziały wojewódzkie Funduszu:

- Zachodniopomorski – 2,1 % łącznej liczby przeprowadzonych przez NFZ kontroli,
- Świętokrzyski – 2,8 % łącznej liczby przeprowadzonych przez NFZ kontroli,
- Opolski – 3,6 % łącznej liczby przeprowadzonych przez NFZ kontroli.

W 2006 r. oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły następujące postępowania kontrolne:

- kontrole planowe w liczbie 2 253 tj. 53,78 % łącznej liczby przeprowadzonych postępowań,
- kontrole pozaplanowe w liczbie 1 937 tj. 46,22 % łącznej liczby przeprowadzonych postępowań, w tym ponowne kontrole w liczbie 1 118 tj. 26,68 % łącznej liczby przeprowadzonych postępowań.

Ponadto oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły 39 kontroli na rzecz organów ścigania.

W 2006 r. oddziały wojewódzkie NFZ przeprowadziły 3 kontrole koordynowane na zlecenie Centrali NFZ. Kontrole koordynowane były prowadzone w tym samym czasie przez wszystkie oddziały wojewódzkie NFZ u wytypowanych świadczeniodawców.

Tematyka kontroli koordynowanych dotyczyła:

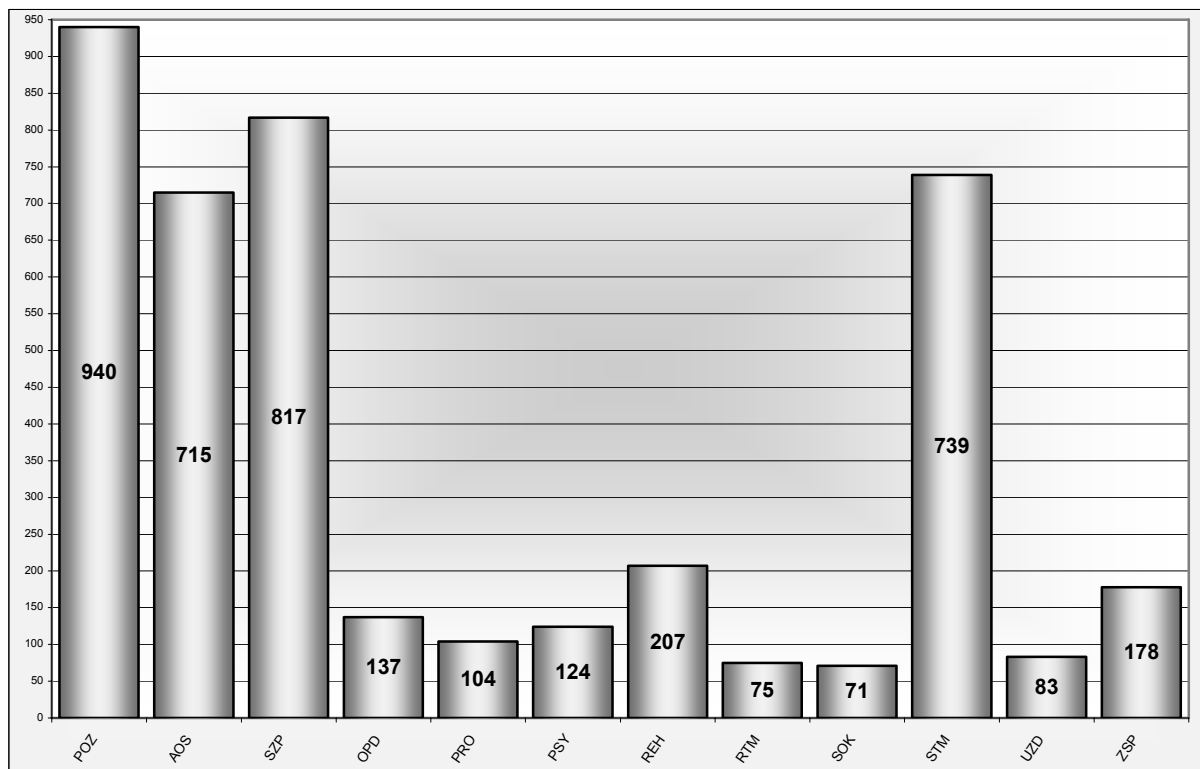
- oceny zgodności realizacji umowy przez Oddziały Intensywnej Terapii w okresie 1 styczeń – 31 grudzień 2005 r. z warunkami określonymi w umowie, oraz w szczegółowych materiałach informacyjnych.
- oceny zasadności rozliczania przez świadczeniodawców, wybranych procedur katalogu świadczeń szpitalnych w zakresie ginekologii i położnictwa oraz neonatologii.
- wykonania umów w zakresie procedur sklasyfikowanych jako najbardziej kosztochłonne w katalogu procedur szpitalnych realizowanych przez świadczeniodawców w I półroczu 2006 r.

Przeprowadzone w 2006 r. kontrole najczęściej dotyczyły świadczeniodawców realizujących umowy w rodzajach świadczeń:

- podstawowa opieka zdrowotna – 940 kontroli - 22,40% wszystkich kontroli,
- leczenie szpitalne - 817 kontroli – 19,50% wszystkich kontroli.

- stomatologia - 739 kontroli – 17,60% wszystkich kontroli,
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna - 715 kontroli – 17,06% wszystkich kontroli,

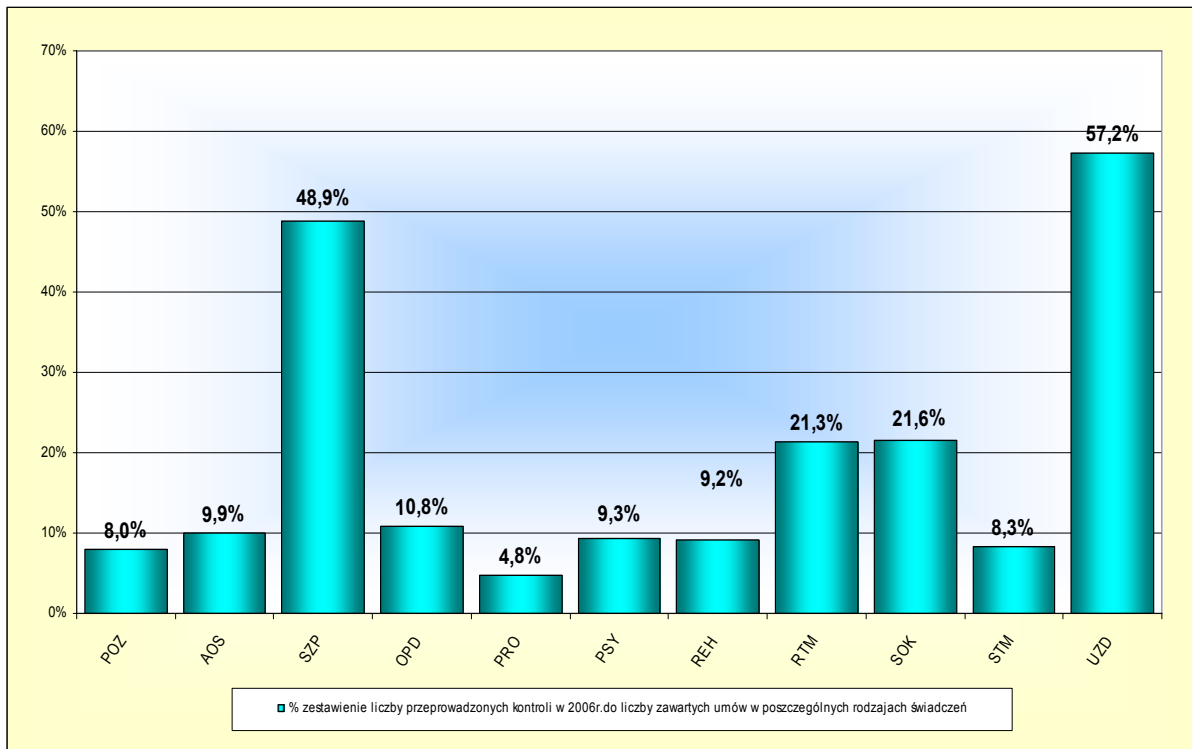
Liczba kontroli w 2006 r. w podziale na zakresy świadczeń



W odniesieniu do liczby umów zawartych z podmiotami realizującymi dany rodzaj świadczeń, oddziały wojewódzkie Funduszu skontrolowały największą liczbę świadczeniodawców, udzielających świadczeń w rodzaju:

- leczenie uzdrowiskowe,
- lecznictwo szpitalne,
- świadczenia odrębnie kontraktowane,
- ratownictwo i transport medyczny.

Liczba kontroli w 2006 r. w stosunku do zawartych umów w poszczególnych rodzajach świadczeń



Zgodnie z danymi zawartymi w wystąpieniach pokontrolnych, oddziały wojewódzkie Funduszu obciążły świadczeniodawców z tytułu nałożonych kar oraz środków finansowych nienależnie wypłaconych za świadczenia zakwestionowane łączną kwotą w wysokości 40 282 979,16 zł, w tym kary to kwota 6 847 221,27 zł, natomiast środki finansowe nienależnie wypłacone za świadczenia zakwestionowane to kwota 33 435 757,89 zł.

Powyższy wykres przedstawia kwoty określone w wystąpieniach pokontrolnych przez poszczególne Oddziały Wojewódzkie Funduszu z tytułu zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych oraz z tytułu nałożonych kar umownych w 2006 r.

W wyniku przeprowadzonych przez oddziały wojewódzkie NFZ kontroli, najwyższe kwoty do windykacji z tytułu zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych oraz nałożonych kar umownych określono w następujących rodzajach świadczeń:

- leczenie szpitalne – 31 726 398 zł,
- rehabilitacja – 1 643 329 zł,
- podstawowa opieka zdrowotna – 2 025 170 zł.

Najniższe kwoty z tytułu zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych oraz nałożonych kar umownych wystąpiły w następujących rodzajach świadczeń:

- programy profilaktyczne – 80 136 zł, co stanowi 771 zł na jedną kontrolę przeprowadzoną w tym rodzaju świadczeń,
- leczenie uzdrowiskowe – 127 685 zł, co stanowi 1 538 zł na jedną kontrolę przeprowadzoną w tym rodzaju świadczeń

Najczęściej stwierdzone nieprawidłowości w poszczególnych rodzajach świadczeń, w wyniku przeprowadzonych kontroli świadczeniodawców były następujące:

Podstawowa opieka zdrowotna

- niezgodne ze stanem faktycznym przekazywanie danych do OW Funduszu, np. liczby zadeklarowanych świadczeniobiorców,
- nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

- nieprawidłowe wykazywanie porad do rozliczenia - brak medycznego uzasadnienia lub brak potwierdzenia w badanej dokumentacji zasadności rozliczenia wykazanej porady,
- wykazywanie do rozliczenia porad, które faktycznie nie zostały udzielone,
- wykazywanie w dokumentacji medycznej wyników badań diagnostycznych zleconych lub wykonanych przez inne podmioty lub poradnie i na tej podstawie kwalifikowanie do typu porady,
- udzielanie świadczeń niezgodnie z profilem poradni.

Lecznictwo szpitalne

- nieprawidłowe kwalifikowanie procedur tj. brak medycznego uzasadnienia do rozliczenia wykazanej procedury, w szczególności nieprawidłowe zakwalifikowanie procedury w odniesieniu do opisu w dokumentacji medycznej np. wykonano diagnostykę podstawową a rozliczono pozycję z katalogu z diagnostyką rozszerzoną,
- sumowanie procedur, niezgodne z zasadami zawartymi w materiałach szczegółowych tj. niedozwolone sumowanie procedur lub wykazanie do rozliczenia procedury podlegającej sumowaniu przy spełnianiu warunków określonych w katalogu świadczeń szpitalnych w sytuacji, gdy świadczenie w rzeczywistości tych warunków nie spełniało,
- niewłaściwe wykazywanie krotności procedur,
- realizacja procedury niezgodnie z profilem (zakresem) oddziału,
- podwójne wykazywanie pacjentów (z dwóch oddziałów w tym samym czasie),
- nieprawidłowe funkcjonowanie kolejek oczekujących.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

- nieprawidłowo rozliczone kwoty z tytułu przebywania pacjenta na przepustce,
- wpisy porad nie zawierające cech porady diagnostycznej, zgodnie z warunkami określonymi w materiałach szczegółowych,
- nieprawidłowe kwalifikowanie typu oddziału,
- nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej.

Świadczenia odrębnie kontraktowane

- wykazywanie procedur niezgodne z wymaganiami określonymi w materiałach szczegółowych,
- nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej.

Stomatologia

- podwójne wykazywanie świadczeń do rozliczenia,
- niezasadne pobieranie opłat od świadczeniobiorców za wykonane świadczenie,
- nieprawidłowa kwalifikacja świadczeń np. kwalifikowanie procedury leczenia choroby próchnicowej zębów w zakresie świadczeń stomatologicznych podstawowych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia zrealizowanej u osoby powyżej 18 roku życia.
- nierzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej.

Opieka długoterminowa

- niezasadne wykazywanie pacjentów w zakładach opieki długoterminowej,
- nierzetelne prowadzenie dokumentacji medycznej.

Rehabilitacja lecznicza

- niezgodne ze stanem faktycznym wykazywanie w sprawozdaniach miesięcznych zabiegów rehabilitacyjnych,
- brak wymaganego sprzętu i wyposażenia zgodnie z warunkami określonymi w materiałach szczegółowych.

Analiza procesu kontrolnego pozwala na sformułowanie następujących wniosków:

- Liczba przeprowadzonych kontroli nie wpływa bezpośrednio na wysokość nałożonych kar i kwot za świadczenia zakwestionowane.
- Zarówno liczba przeprowadzonych kontroli, ich skutki finansowe, jak również zestawienia porównawcze poszczególnych oddziałów wojewódzkich są dynamiczne i w każdym okresie ulegają zmianie. Celem kontroli nie powinno być jedynie karanie i kwestionowanie nienależnie przekazanych środków, lecz motywowanie świadczeniodawców do rzetelnego realizowania umów.
- W celu pełnego monitorowania zarówno liczby i rodzajów prowadzonych postępowań kontrolnych, jak również stanu zaawansowania procesu rozliczania wyników przeprowadzonych kontroli niezbędne jest określenie szczegółowych zasad wymiany danych pomiędzy oddziałami wojewódzkimi a Centralą w zakresie przeprowadzanych kontroli świadczeniodawców. Biorąc pod uwagę złożoność problemu, celowym wydaje się wprowadzenie do użytkowania przez komórki kontroli we wszystkich oddziałach wojewódzkich jednolitego systemu monitorującego przeprowadzane kontrole. Dane z oddziałów wojewódzkich powinny być przekazywane sukcesywnie, co pozwoli na bieżącą weryfikację działalności komórek kontrolnych oddziałów w zakresie wykonywania kontroli planowanych i koordynowanych oraz pozwoli na sprawne przekazywanie informacji o wykonanych kontrolach komórkom Centrali.

3. Monitorowanie ordynacji lekarskiej

Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 6 ustawy o świadczeniach do zakresu działania Narodowego Funduszu Zdrowia należy monitorowanie ordynacji lekarskiej. W ramach kontroli zespoły kontrolujące w OW NFZ zwracały uwagę na dwa podstawowe elementy:

- sposób prowadzenia dokumentacji medycznej
- zasadność merytoryczną ordynowania leków.

W 2006 roku oddziały wojewódzkie NFZ przeprowadziły kontrole ordynacji lekarskiej u 842 lekarzy.

Liczba skontrolowanych lekarzy w 2006 r.

Oddział Wojewódzki	Liczba przeprowadzonych kontroli
Dolnośląski	1
Kujawsko-Pomorski	2
Lubelski	4
Lubuski	11
Łódzki	216
Małopolski	48
Mazowiecki	138
Opolski	20
Podkarpacki	46
Podlaski	92
Pomorski	67
Śląski	82
Świętokrzyski	26
Warmińsko-Mazurski	21
Wielkopolski	68
Zachodniopomorski	0
Razem	842

W II półroczu 2006 r. wykonano 9,97 % kontroli więcej niż w I półroczu. Skontrolowano 0,27% ordynacji w stosunku do planowanej refundacji na rok 2006.

W II półroczu 2006 r. skontrolowano 83,23% więcej ordynacji lekarskiej (wartościowo) w stosunku niż w I półroczu 2006 r.

Wartość zakwestionowanych w wyniku kontroli ordynacji lekarskich leków w II półroczu 2006 r.

Oddziały Wojewódzkie	Wartość {zł}
Dolnośląski	0,00
Kujawsko-Pomorski	0,00
Lubelski	11 495,75
Lubuski	3 599,62
Łódzki	143 074,5
Małopolski	0,00
Mazowiecki	56 995,94
Opolski	7 833,18
Podkarpacki	25 977,35
Podlaski	92 741,01
Pomorski	20 389,46
Śląski	7 930,11
Świętokrzyski	27 296,45
Warmińsko-Mazurski	0,00
Wielkopolski	38 673,61
Zachodniopomorski	0,00
Łącznie	436 007,00

Wartość zakwestionowanych w wyniku kontroli ordynacji lekarskich leków w II półroczu 2006 r. była o 41,84% większa niż w I półroczu 2006 r.

Wartość nałożonych kar na świadczeniodawców w 2006 r.

Oddział wojewódzki	Wartość {zł}
Dolnośląski	-
Kujawsko-Pomorski	13 201,86
Lubelski	11 499,75
Lubuski	5 329,88
Łódzki	142 829,47
Małopolski	-
Mazowiecki	72 404,82
Opolski	6 220,41
Podkarpacki	1 563,56
Podlaski	1 711,80
Pomorski	12 947,09
Śląski	12 539,16
Świętokrzyski	2 400,00
Warmińsko-Mazurski	9 491,96
Wielkopolski	35 323,44
Zachodniopomorski	-
suma	44 815,40

Wartość nałożonych kar na świadczeniodawców w II półroczu 2006 roku była o 63,23 % większa niż w I półroczu 2006 roku.

4. Kontrole aptek

Od stycznia do grudnia 2006 we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ zaplanowano przeprowadzenie kontroli w 1817 aptekach. Oddziały różnie planują ilość przeprowadzanych kontroli: liczba kontroli jest uzależniona od ilości pracowników merytorycznych, przy czym istnieją w tym zakresie niedobory kadrowe.

Rozkład liczby zaplanowanych kontroli w aptekach w OW NFZ

Miesiąc Oddział NFZ	I 06	II 06	III 06	IV 06	V 06	VI 06	VII 06	VIII 06	IX 06	X 06	XI 06	XII 06	Łącznie 2005	Łącznie 2006	Dynamika zmian %
Dolnośląski	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	100	72	-28,00%
Kujawsko-	10	9	9	9	10	9	10	8	9	9	9	8	101	109	7,92%
Lubelski	4	17	14	13	13	0	12	13	9	0	50	10	91	155	70,33%
Lubuski	1	8	8	8	9	8	8	8	0	0	0	0	62	70	12,90%
Łódzki	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	200	96	-52,00%
Małopolski	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	111	120	8,11%
Mazowiecki	24	28	23	23	26	27	20	19	23	25	24	19	202	281	39,11%
Opolski	7	6	6	6	6	6	6	6	6	5	4	5	58	69	18,97%
Podkarpacki	12	12	12	12	12	12	6	6	12	12	15	1	86	124	44,19%
Podlaski	8	6	8	8	6	8	4	4	8	8	6	6	63	80	26,98%
Pomorski	12	12	12	12	12	12	9	12	10	5	8	8	105	124	18,10%
Śląski	5	11	13	13	13	12	5	5	12	14	14	5	257	122	-52,53%
Świętokrzyski	3	4	2	2	6	5	3	3	4	6	6	6	67	50	-25,37%
Warmińsko-	3	3	3	0	5	5	4	4	0	0	5	0	67	37	-44,78%
Wielkopolski	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	285	240	-15,79%
Zachodniopomo	5	5	6	6	6	4	6	6	6	6	6	6	62	68	9,68%
Suma	138	165	160	156	168	152	137	138	143	134	141	118	1917	1817	-5,22%

*Dynamika zmian liczona w stosunku do wykonania kontroli w roku 2005

W trakcie kontroli aptek w roku 2006 został spełniony obowiązek kontroli 10% aptek działających na terenie Oddziału. Łącznie w roku 2006 skontrolowano 1811 aptek.

Realizacja rocznych planów kontroli w poszczególnych oddziałach wojewódzkich osiągnęła średnio 97,38% początkowych założeń. Skontrolowano 14,79% aptek działających w Polsce. W wyniku 83,33% przeprowadzonych kontroli stwierdzono nieprawidłowości i skierowano wystąpienia pokontrolne.

Przeprowadzone kontrole miały charakter:

- planowy – zgodnie ze sporządzonym w oddziałach planem kontroli;
- doraźny – wynikające z informacji pozyskanych przez oddział w trakcie innych czynności kontrolnych lub będące wynikiem skargi albo informacji o nieprawidłowościach.

Kwoty nienależnej refundacji w poszczególnych oddziałach wynikające z protokołów kontroli

Odzyskane kwoty z tytułu nienależnej refundacji w roku 2006 przedstawia poniższa tabela.

Kwoty odzyskane z tytułu nienależnej refundacji w 2006 r.

Oddział NFZ	Suma oddziały
Dolnośląski	127 609,55 zł
Kujawsko-Pomorski	129 284,51 zł
Lubelski	16 326,73 zł
Lubuski	180 708,02 zł
Łódzki	51 208,07 zł
Małopolski	41 248,71 zł
Mazowiecki	341 309,17 zł
Opolski	60 359,14 zł
Podkarpacki	68 853,13 zł
Podlaski	184 673,49 zł
Pomorski	28 671,28 zł
Śląski	38 560,24 zł
Świętokrzyski	24 000,00 zł
Warmińsko-Mazurski	70 920,36 zł
Wielkopolski	44 607,97 zł
Zachodniopomorski	47 084,07 zł
Suma	1 455 424,44 zł

Kwoty nienależnej refundacji przedstawione w protokołach różnią się od kwot, jakie w efekcie działań podejmowanych przez oddział odzyskiwano i jest to związane z wydłużonym procesem podpisywania protokołów. Wpłaty nienależnej refundacji są wpłacane na konto Funduszu w sposób systematyczny, natomiast wyższe kwoty są rozkładane na raty lub wpłacane w sposób częściowy, występują w związku z tym przesunięcia czasowe. Straty finansowe związane z opóźnieniami są rekompensowane w oddziałach przez naliczanie odsetek.

W wyniku opóźnień w przekazywaniu zakwestionowanych kwot nienależnej refundacji oddziały naliczały odsetki od kwot nie zwróconych. Sumy kwot naliczonych odsetek w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ w roku 2006 przedstawia poniższa tabela.

Odsetki naliczone w 2006 r.

Oddział NFZ	Suma oddziały
Dolnośląski	19 612,15 zł
Kujawsko-Pomorski	30 716,44 zł
Lubelski	3 143,92 zł
Lubuski	46 184,25 zł
Łódzki	2 983,92 zł
Małopolski	22 554,36 zł
Mazowiecki	12 993,75 zł
Opolski	12 657,72 zł
Podkarpacki	36 159,56 zł
Podlaski	26 829,49 zł
Pomorski	7 465,85 zł
Śląski	4 003,43 zł
Świętokrzyski	5 551,79 zł
Warmińsko-Mazurski	11 885,90 zł
Wielkopolski	5 588,60 zł
Zachodniopomorski	1 999,45 zł
Suma	250 330,58 zł

Z danych przekazanych przez OW NFZ wynika, że wykryte nieprawidłowości można podzielić na dwie zasadnicze grupy:

- błędy na receptach wynikające ze złego wypełnienia recepty przez lekarza i niewłaściwej jej realizacji przez aptekę,
- błędy w realizacji recepty w aptece nie związane z wypełnieniem jej przez lekarza.

Stwierdzone w czasie kontroli błędy przy realizacji recept w aptekach stanowiące naruszenie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich (Dz. U. 04.213.2164):

- Realizacja recept po upływie ich terminu ważności określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich,
- Realizacja recept nie odpowiadających wymogom formalno – prawnym określonym w obowiązujących przepisach (np. nie zawierających daty wystawienia, podpisu lekarza, identyfikatora OW NFZ, numeru REGON świadczeniodawcy, pieczętki świadczeniodawcy); realizacja recept wystawionych na nieprawidłowych blankietach,
- Wydanie leków niezgodnie z ordynacją lekarską w tym wydawanie większej ilości leku od ilości przepisanej przez lekarza,
- Wydanie leków w dawce niezgodnej z zapisem na recepcie,
- Realizacja recept wystawionych na środki narkotyczne i silnie działające mimo niespełnienia przez receptę wymogów rozporządzenia,
- Wydanie leku w ilości większej niż na 3 miesięczną kurację,
- Brak podpisu i pieczętki lekarza przy poprawkach na receptach,
- Wydawanie leków w niepełnych opakowaniach,
- Wydawanie nadmiernej ilości leków bez podania dawkowania na recepcie,
- Realizacja recept, na których przepisano więcej niż 5 leków,
- Realizacja recept z refundacją w przypadku braku ubezpieczenia pacjenta,
- Inne nieprawidłowości:
 - Nieprawidłowe wstawianie danych z recept do systemu informatycznego,
 - Brak zestawień rozchodu dziennego recept,
 - Brak wielkości opakowania leku na otaksowaniu recepty,
 - Brak potwierdzenia realizacji recepty przez osobę wydającą leki,
 - Nieprawidłowo naliczane opłaty ryczałtowe,
 - Zaniechanie poboru opłaty ryczałtowej, pobór nieprawidłowej opłaty ryczałtowej,
- Dotyczące leków recepturowych:
 - Zawyżane ceny surowca farmaceutycznego niezgodnie z fakturą zakupu,
 - Zawyżone ceny składników recepturowych, nieprawidłowe ilości substancji składowych leku.

5. Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2007 r.

Podstawy prawne

Zawieranie umów na 2007 rok ze świadczeniodawcami odbywało się w oparciu o następujące akty prane.:

- ustawę o świadczeniach,
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2004 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 273 poz. 2719),
- rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie wzoru ogłoszenia o wyniku rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. Nr 274 poz. 2728),
- rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 198, poz. 1643)

oraz na podstawie regulacji wewnętrznych NFZ, dotyczących przebiegu procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej tj. :

- Regulamin pracy komisji prowadzącej postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – Uchwała nr 36/20051 Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 października 2005 r.,
- Szczegółowe warunki postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2006 i lata następne – Zarządzenie Nr 79/2006 z dnia 14 września 2006 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie Nr 70/2005 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 października 2005 r.,
- Szczegółowe materiały informacyjne w poszczególnych rodzajach świadczeń oraz odpowiednia informacja o warunkach zawarcia umowy,
- Kryteria oceny ofert i procedurę postępowania w sprawie wyboru oferentów.

Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach, podstawą udzielania świadczeń jest umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą, a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Umowa może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą wybranym do udzielania świadczeń na zasadach określonych w ustawie, to jest w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert lub rokowań. Ponadto wobec faktu, że w umowach wieloletnich warunki finansowe są określane jedynie w obrębie roku kalendarzowego, ogólne warunki umów określają odrębny tryb ustalania tych warunków na rok następny. Zawieranie umów na rok 2007 zostało poprzedzone szeregiem prac przygotowawczych, których celem było zarówno określenie celów i założeń kontraktowania, jak i przygotowaniem praktycznych rozwiązań umożliwiających osiągnięcie tych celów. W szczególności w roku 2006 działania Narodowego Funduszu Zdrowia skoncentrowane były na doskonaleniu zasad kontraktowania świadczeń, co pozwoliło na dopracowanie zapisów *Procedury wyboru ofert do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert lub rokowań na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*

(zwanej dalej *Procedurą kontraktowania*). Ponadto Narodowy Fundusz Zdrowia stanął przed koniecznością realizacji nowych zadań nałożonych przepisami ustawy z dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076).

Założenia i cele kontraktowania świadczeń na rok 2007

Podczas prac przygotowujących zasady kontraktowania na rok 2007 przyjęto założenie, że nie nastąpią radykalne zmiany przepisów prawa, które miałyby wpływ na te zasady. Celem prac związanych z przygotowaniem procesu zawierania umów na rok 2007 była dalsza poprawa jego czytelności i przejrzystości. Temu celowi służyło uporządkowanie i sekwencyjność działań związanych z zawieraniem umów, w tym:

- planowania zakupu świadczeń,
- ogłoszenia o postępowaniu,
- wyboru ofert na podstawie jednoznacznych zasad (kryteria oceny, ranking),
- procedury odwoławczej (przyspieszenie).

W szczególności podczas procesu zawierania umów na rok 2007 zaplanowano:

- kontynuowanie sukcesywnego wyrównywania poziomu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach, mierzonej liczbą zakontraktowanych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców,
- kontynuowanie procesu przygotowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu planów zakupu świadczeń, które będą podstawą kontraktowania w trybie konkursu ofert albo uzgadniania warunków w umowach wieloletnich. Szczegółowe plany zostały sporządzone z dokładnością do zakresu świadczeń oraz obszaru kontraktowania. Ma to istotne znaczenie dla zapewnienia dostępu do odpowiednich świadczeń poprzez dostosowanie poziomu planowania - świadczenia o charakterze podstawowym - na poziomie gminy lub powiatu, świadczenia o charakterze specjalistycznym, charakteryzujące się ograniczoną dostępnością - na poziomie województwa lub grupy powiatów. Przyjęcie takiego rozwiązania umożliwia ponadto przeprowadzenie konkursów i rokowań w warunkach porównywalności ofert, dotyczących udzielania świadczeń na rzecz ściśle określonej populacji świadczeniobiorców,
- dalsze wyrównywanie poziomu cen jednostek rozliczeniowych w umowach zawieranych ze świadczeniodawcami przez poszczególne oddziały wojewódzkie.

Przedmiotowe zamierzenia zostały zweryfikowane w związku z wejściem w życie przepisów ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. Nie było możliwe istotne zwiększenie liczby kontraktowanych w 2007 roku świadczeń w stosunku do roku 2006. Oddziały wojewódzkie w większości przypadków planowały zakup świadczeń na poziomie tegorocznym, wzrost przychodów przeznaczając na realizację podwyżek wynagrodzeń personelu medycznego. Jednym z podstawowych założeń planowania było niedopuszczenie do obniżenia dostępności w 2007 r. w żadnym rodzaju i zakresie świadczeń, w stosunku do roku 2006. Ponadto w związku z wejściem w życie przepisów ww. ustawy, a w szczególności wobec potrzeby wyodrębnienia w kosztach świadczeń środków na podwyżki wynagrodzeń, konieczna stała się modyfikacja planów zakupu. Zadanie to zostało zrealizowane do końca września 2006 roku.

W założeniach przyjętych przez poprzednie Kierownictwo NFZ kontraktowanie świadczeń na rok 2007 miało rozpocząć się w dniu 1 września 2006 r. Postępowania na rok 2007 zostały przygotowane i ogłoszone w zdecydowanej większości rodzajów świadczeń zgodnie z planowanym terminarzem. Konieczność uwzględnienia w materiałach informacyjnych zmian związanych z wejściem w życie przepisów o podwyżkach wynagrodzeń spowodowała potrzebę odwołania postępowań i ponownego ich ogłoszenia w dniu 1 października 2006 r. W związku z późnym wejściem w życie przepisów o Państwowym ratownictwie medycznym, zakładającym finansowania opieki przedszpitalnej ze środków budżetu państwa, postępowania w tym rodzaju świadczeń ogłoszono 2 listopada 2006 roku.

Zasady kontraktowania świadczeń na 2007 r.

Materiały informacyjne na 2007 r. dostosowane zostały do wymagań legislacyjnych. Dla zapewnienia niezbędnej jakości świadczeń realizowanych w ramach umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, podzielono warunki realizacji świadczeń na wymagane - niezbędne do zawarcia umowy oraz oczekiwane, które służyły ocenie oferty w postępowaniu w sprawie o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie, w przypadku braku możliwości zakontraktowania świadczeń w danym zakresie, upoważniono dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w kolejnym postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do warunkowego dopuszczenia do udzielania świadczeń jednostek nie spełniających wymagań, z wyłączeniem wymagań formalno-prawnych, przy jednoczesnym obniżeniu ceny punktu. Istotną zmianę w przebiegu procesu kontraktowania wprowadziła zmieniona Procedura wyboru ofert do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert, rokowań oraz postępowań w trybie artykułu 159 ustawy o świadczeniach, która zakładała planowanie i ogłaszanie postępowań na poziomie zakresów świadczeń i obszarów kontraktowania mniejszych niż obszar województwa oraz głębsze badanie potencjału oferentów, szczególnie w zakresie personelu medycznego. Działania w tym zakresie miały na celu poprawę transparentności postępowań konkursowych i ograniczenia możliwości skutecznego zaskarżenia do sądu administracyjnego decyzji Prezesa Funduszu w przedmiocie odwołań od rozstrzygnięć komisji konkursowych. Temu celowi służyło między innymi przyjęcie zasady homogenności ofert w obrębie jednego postępowania. Ponieważ zakładano, że w wyniku ww. działań nastąpi istotne zwiększenie liczby ogłaszanych postępowań za konieczne uznano budowę systemu informatycznego, który usprawniłby i wspierał prace komisji konkursowych.

Planowano by modyfikacje zasad kontraktowania świadczeń w stosunku do obowiązujących, zostały przedstawione wiosną 2006 r. Radzie Funduszu i Ministrowi Zdrowia w dokumencie pt. „Kierunki zmian zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na 2007 rok”.

Wobec przedstawionych wcześniej założeń, stanowiących kontynuację wcześniejszych prac, nie planowano i nie dokonywano radykalnych zmian zasad kontraktowania świadczeń w poszczególnych rodzajach na rok 2007, a jedynie wprowadzono modyfikację i udoskonalenie rozwiązań już obowiązujących. Konieczne okazało się jednak wprowadzenie zmian związanych z wejściem w życie przepisów ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń oraz ustawy o Państwowym ratownictwie medycznym.

Materiały informacyjne stanowiące podstawę przeprowadzonych postępowań w poszczególnych rodzajach świadczeń zostały przyjęte w dniu 18 września 2006 r., za wyjątkiem:

- zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne (przyjęto 20 września 2006 r.),
- pomocy doraźnej i transportu sanitarnego (przyjęto 28 września 2006 r.),
- opieki długoterminowej (przyjęto 28 września 2006 r.),
- podstawowej opieki zdrowotnej (przyjęto 9 listopada 2006 r.)

Ponadto, w dniu 27 października 2006 r., w związku z wejściem w życie przepisów ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zmieniono zarządzenie Prezesa Funduszu nr 46/2006 w sprawie kryteriów oceny ofert.

Dodatkowo dokonano korekty Procedury wyboru ofert do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert, rokowań oraz postępowań w trybie artykułu 159 ustawy o świadczeniach.

Pozostałe przygotowania

Istotnym elementem prac przygotowujących przeprowadzenie procesu kontraktowania świadczeń było opracowanie i wdrożenie systemu informatycznego, którego zadaniem było usprawnienie obsługi postępowań w trybie konkursu ofert i rokowań oraz umożliwienie automatycznego raportowania o zaawansowaniu procesu kontraktowania do Centrali Funduszu.

Na podstawie materiałów informacyjnych oraz kryteriów oceny ofert w Centrali Funduszu opracowano wzory ankiet dla oferentów. Dane zawarte w ankietach stanowiły podstawę oceny ofert składanych w trakcie konkursu ofert i rokowań. Należy podkreślić, że po raz pierwszy ankiety szczegółowo weryfikowały deklarowany potencjał oferenta odnosząc się do poszczególnych wymagań w poszczególnych zakresach świadczeń. Z jednej strony powinno to ułatwić oferentom analizę własnych zasobów, z drugiej strony stało się przyczyną przypadków błędnego sporządzenia ofert.

Zgodnie z przyjętą procedurą podstawą kontraktowania świadczeń były przygotowane przez oddziały wojewódzkie plany zakupu świadczeń, które zostały sporządzone zgodnie z przyjętymi zasadami, to jest:

- obejmowały wszystkie tryby zawierania umów (w tym umowy wieloletnie niewygasające z dniem 31.12.2006 r.),
- poszczególne pozycje planu stanowiły podstawę ogłoszenie odrębnych postępowań konkursowych albo rokowań.

Konkurs ofert i rokowania 2007

Harmonogram postępowań i jego realizacja

W celu zapewnienia skutecznego rozstrzygnięcia postępowań konkursowych i rokowań, podczas procesu zawierania umów na rok 2007 w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia przyjęto następujący harmonogram ich przeprowadzenia we wszystkich oddziałach wojewódzkich Funduszu:

- ogłoszenie o konkursie ofert przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ: 1.09.2006 r.,
- termin składania ofert: do dnia 22.09.2006 r.,
- otwarcie ofert: 27.09.2006 r.,
- ogłoszenie rozstrzygnięcia konkursu ofert: 23.11.2006 r.
- składanie odwołań dotyczących rozstrzygnięcia postępowania do Prezesa Funduszu za pośrednictwem dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu: 30.11.2006 r.

Powyższy harmonogram nie został zrealizowany z powodu zmiany podejścia do przepisów ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o *przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń* (Dz. U. Nr 149, poz. 1076). Pierwotna koncepcja zakładała bezpośrednie ujęcie kosztów wynagrodzeń w koszcie świadczeń opieki zdrowotnej, natomiast ostatecznie ustalono, że będzie to odrębna pozycja planu finansowego. Powyższa zmiana spowodowała konieczność modyfikacji materiałów informacyjnych w większości rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, a skutkiem tego było odwołanie ogłoszonych postępowań.

Kolejny harmonogram postępowań zakładał ich rozpoczęcie w dniu 2 października 2006 roku i wskazywał termin zakończenia składania ofert na dzień 23 października 2006 r.

Zmiana harmonogramu znacznie skróciła okres przewidziany na przeprowadzenie i rozstrzygnięcie postępowań, co spowodowało zakończenie części postępowań już w 2007 roku oraz prowadziło do podejmowania przez dyrektorów OW NFZ decyzji o odstąpieniu od niektórych działań przewidzianych w *Procedurze kontraktowania*.

Przebieg i wyniki postępowań

We wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ ogłoszono postępowania konkursowe na poszczególne zakresy świadczeń. Zgodnie z art. 159 ustawy o świadczeniach nie przeprowadza się konkursu ofert w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna i zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Świadczeniodawca spełniający warunki określone przez Prezesa NFZ w formie zarządzenia w sprawie przyjęcia „Informacji o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie ortopedyczne, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne” i „Informacji o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna” mógł złożyć wniosek o zawarcie umowy do właściwego OW NFZ.

W procesie postępowania konkursowego na rok 2007 ogłoszono łącznie 10 937 postępowań, Łączna liczba złożonych ofert na rok 2007 wyniosła 33 589 – szczegółowe dane zawiera tabela poniżej.

Liczba ofert w poszczególnych rodzajach świadczeń w 2007 r.

Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej (nazwa)	Liczba postępowań	Liczba ofert		
		Złożonych	Odrzuconych	Wybranych
Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	4 342	12 013	347	9 838
Leczenie szpitalne	2 313	3 956	43	3 290
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	653	1 415	61	1 136
Rehabilitacja lecznicza	669	2 491	128	1 411
Opieka długoterminowa	432	995	52	804
Leczenie stomatologiczne	1 555	8 003	141	6 292
Lecznictwo uzdrowiskowe	56	248	2	231
Pomoc doraźna i transport sanitarny	251	287	10	243
Profilaktyczne programy zdrowotne	508	3 873	173	3 264
Świadczenia odrębnie kontraktowane	158	308	2	270
Razem	10 937	33 589	959	26 779

Najwięcej postępowań na rok 2007 rozstrzygnięto w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne (4 342). Na konkurs ten świadczeniodawcy złożyli 12 013 ofert, z czego OW NFZ podpisały 9 838 umów. Najmniejsza liczba postępowań została rozstrzygnięta w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe i wyniosła 56. Wartość podpisanych umów zawartych w wyniku przeprowadzonych postępowań na rok 2007 wg stanu na dzień 31.12.2006 roku wyniosła 8 801 031 018 zł (po uwzględnieniu podwyżek wartość ta wzrosła do kwoty 10 344 737 305 zł).

Problemy i trudności występujące w trakcie trwania postępowań

Podczas prowadzenia postępowań w trybie konkursu ofert lub rokowań dyrektorzy oddziałów Funduszu na bieżąco zgłaszali problemy, trudności i zagrożenia związane z kontraktowaniem świadczeń. Najczęściej wskazywano na problemy:

- problemy z funkcjonowaniem systemu informatycznego,
- problemy związane z materiałami informacyjnymi i ankietami,
- problemy związane z realizacją Procedury kontraktowania w skróconym okresie trwania postępowania, skutkujące decyzjami dyrektorów OW NFZ o odstąpieniu od realizacji niektórych jej zapisów,
- inne problemy, np. żądanie znacznego zwiększenia poziomu finansowania przez niektórych oferentów (szpitale, nie tylko domagają się kontraktowania na poziomie pełnych wykonań z 2006 roku, ale także żądają zwiększenia wartości punktu (szczególnie w oddziałach: kardiologii, neurochirurgii, pediatrii, onkologicznych).

Pomimo występowania w/w problemów większość oddziałów skutecznie zakończyła postępowania konkursowe, w wyniku których został zabezpieczony dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.

Odwołania od rozstrzygnięcia w postępowaniach w sprawie zawarcia umowy

W ramach środków odwoławczych, zgodnie z art. 154 ustawy o świadczeniach, świadczeniodawca może złożyć odwołanie do Prezesa NFZ za pośrednictwem dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Korzystając z tego prawa świadczeniodawcy złożyli łącznie 506 odwołań, z tego 236 zostało uwzględnionych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich. Do dnia 13.03.2007 r. Prezes NFZ uwzględnił 37 odwołań, 120 nie uwzględnił, a 10 zostało umorzonych – szczegółowy wykaz odwołań w poszczególnych OW NFZ zawiera poniższa tabela.

Liczba odwołań od rozstrzygnięcia w postępowaniach w sprawie zawarcia umowy

Kod OW	Nazwa Oddziału	Zgłoszone do Dyrektora OW	Uwzględnione przez Dyrektora OW	Uwzględnione przez Prezesa NFZ	Nieuwzględnione przez Prezesa NFZ	Umorzone przez Prezesa NFZ
01	Dolnośląski	63	0	6	24	0
02	Kujawsko-Pomorski	0	0	0	0	0
03	Lubelski	11	1	1	5	0
04	Lubuski	5	3	0	2	0
05	Łódzki	73	6	4	48	1
06	Małopolski	262	207	7	22	9
07	Mazowiecki	54	15	9	5	0
08	Opolski	16	0	9	4	0
09	Podkarpacki	0	0	0	0	0
10	Podlaski	0	0	0	0	0
11	Pomorski	2	0	0	0	0
12	Śląski	0	0	0	0	0
13	Świętokrzyski	9	2	0	6	0
14	Warmińsko-Mazurski	4	2	0	2	0
15	Wielkopolski	0	0	0	0	0
16	Zachodniopomorski	7	0	1	2	0
Razem		506	236	37	120	10

Najczęstszymi przyczynami uwzględniania odwołań przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia były:

- niewykorzystanie całej kwoty zamówienia,
- wybór oferentów, których oferta otrzymała mniejszą liczbę punktów,
- propozycja niższej ceny niż w ofercie bez podania uzasadnienia,
- nierówne traktowanie nowych oferentów.

Zaawansowanie procesu zawierania umów na rok 2007 – wartość umów

Łączna wartość umów zawartych na rok 2007 wg stanu na dzień 13 marca br. została przedstawiona w tabeli poniżej.

Wartość umów zawartych na 2007 r.

w tys. zł

Rodzaj świadczeń	Plan finansowy	Kontrakty	Kontrakt/plan
1	2	3	4=3/2
ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	3 052 342	2 988 889	97,92%
leczenie szpitalne	16 966 698	16 570 207	97,66%
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 370 520	1 316 629	96,07%
rehabilitacja lecznicza	1 155 729	1 061 391	91,84%
opieka długoterminowa	683 803	672 269	98,31%
leczenie stomatologiczne	1 243 358	1 142 072	91,85%
pomoc doraźna i transport medyczny	1 177 592	1 173 033	99,61%
profilaktyczne programy zdrowotne	227 670	169 252	74,34%
świadczenia odrębnie kontraktowane	1 002 600	991 674	98,91%
Razem	26 880 312	26 085 416	97,04%

Na podstawie danych zaprezentowanych w powyższej tabeli obserwujemy, iż w żadnym rodzaju świadczeń nie nastąpiły przekroczenia w stosunku do planu finansowego Funduszu.

Podsumowanie

Prowadzona obecnie analiza wskazuje, że w zdecydowanej większości oddziałów konkursy ofert zostały zakończone skutecznym rozstrzygnięciem. Problemy z zakontraktowaniem całości planowanych w planie finansowym NFZ świadczeń wystąpiły na terenie Małopolskiego OW NFZ. Trudności te wynikają z faktu, że na terenie tego oddziału wojewódzkiego NFZ wystąpiły problemy z uzgodnieniem kwot zobowiązań na rok 2007. W tym przypadku dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ podjął decyzję o aneksowaniu umów na czas niezbędny do zakończenia ogłoszonych postępowań w trybie konkursu ofert lub rokowań

Należy podkreślić, że istotny wpływ na przebieg konkursów miało odwołanie postępowań, ogłoszonych zgodnie z pierwotnym harmonogramem, co znacznie zaburzyło proces kontraktowania ze względu na skrócenie harmonogramu.

Wprowadzenie zmian do *Procedury kontraktowania* uporządkowało cały proces realizacji postępowań i pomimo dostrzeżonych jej niedogodności oraz odstępstw od jej stosowania przyczyniło się do ujednoczenia całego procesu i zmniejszenia liczby skierowanych do Prezesa NFZ odwołań.

IV. SPRAWY ŚWIADCZENIOBIORCÓW

1. Centralny Wykaz Ubezpieczonych

Zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 97 ust. 3 pkt 8 i art. 97 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych, który zasilany jest danymi z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. Celem jego funkcjonowania zgodnie z art. 97 ust. 4 pkt 1-5, jest:

- potwierdzanie prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;
- gromadzenie danych o ubezpieczonych w Funduszu;
- gromadzenie danych o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji;
- wydawanie poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności;
- rozliczanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.

Zgodnie z art. 188 ust. 1 pkt 1-3 ustawy o świadczeniach Fundusz, jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych ubezpieczonych w celu, między innymi:

- stwierdzania istnienia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego;
- wystawiania dokumentów uprawniających do korzystania ze świadczeń finansowanych przez Fundusz;
- stwierdzania obowiązku płacenia składki i ustalenia kwoty składki;

Do realizacji powyższych zadań NFZ ma prawo do przetwarzania danych, o których mowa w art. 188 ust. 4 ustawy o świadczeniach.

Ubezpieczeni

Przedstawione dane pochodzą z CWU zasilanego danymi o osobach ubezpieczonych przekazywanymi przez ZUS i KRUS.

Zestawienie liczbowe osób objętych powszechnym - obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwanych „Ubezpieczonymi”, które zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt. 1 ustawy o świadczeniach, uprawnione są do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie, przedstawia poniższa tabela.

Liczba osób ubezpieczonych obowiązkowo i dobrowolnie (stan na 2007-01-02)

Oddział wojewódzki NFZ	Ubezpieczeni obowiązkowo			Ubezpieczeni dobrowolnie			Ogółem liczba ubezpieczonych
	Ogółem	Członkowie opłacający składkę	Członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	Ogółem	Członkowie opłacający składkę	Członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
Brak przyporządkowania w CWU	21 229	21 183	46	0	0	0	21 229
Dolnośląski	2 852 220	2 183 411	668 809	2 607	2 314	293	2 854 827
Kujawsko-pomorski	2 078 970	1 512 502	566 468	1 189	1 076	113	2 080 159
Lubelski	2 202 770	1 586 426	616 344	829	758	71	2 203 599
Lubuski	1 010 932	740 372	270 560	487	409	78	1 011 419
Łódzki	2 554 636	1 936 496	618 140	1 334	1 243	91	2 555 970
Małopolski	3 190 555	2 377 447	813 108	3 599	3 087	512	3 194 154
Mazowiecki	5 084 277	3 821 895	1 262 382	7 043	5 925	1 118	5 091 320
Opolski	968 811	726 172	242 639	1 034	944	90	969 845
Podkarpacki	2 090 470	1 461 013	629 457	783	777	6	2 091 253
Podlaski	1 184 833	849 531	335 302	712	574	138	1 185 545
Pomorski	2 195 566	1 559 512	636 054	5 830	3 989	1 841	2 201 396
Śląski	4 579 982	3 235 067	1 344 915	2 131	1 892	239	4 582 113
Świętokrzyski	1 292 238	925 055	367 183	288	231	57	1 292 526
Warmińsko-mazurski	1 441 577	1 022 910	418 667	596	541	55	1 442 173
Wielkopolski	3 376 103	2 460 235	915 868	2 295	2 232	63	3 378 398
Zachodniopomorski	1 696 756	1 264 670	432 086	2 579	2 068	511	1 699 335
Łącznie	37 821 925	27 683 897	10 138 028	33 336	28 060	5 276	37 855 261

Liczba osób ubezpieczonych: opłacających składkę na ubezpieczenie zdrowotne, członkowie rodzin korzystający ze świadczeń opieki zdrowotnej, zarówno ubezpieczeni obowiązkowo, jak i dobrowolnie, korzystający ze świadczeń na podstawie decyzji wójta (burmistrza, prezydenta), wynosi na dzień 2.01.2007 r. 37 855 261 osób, co stanowi 97, 27 % ogólnej liczby ludności w Polsce (podanej przez GUS wg stanu na dzień 30.06.2006 r.).

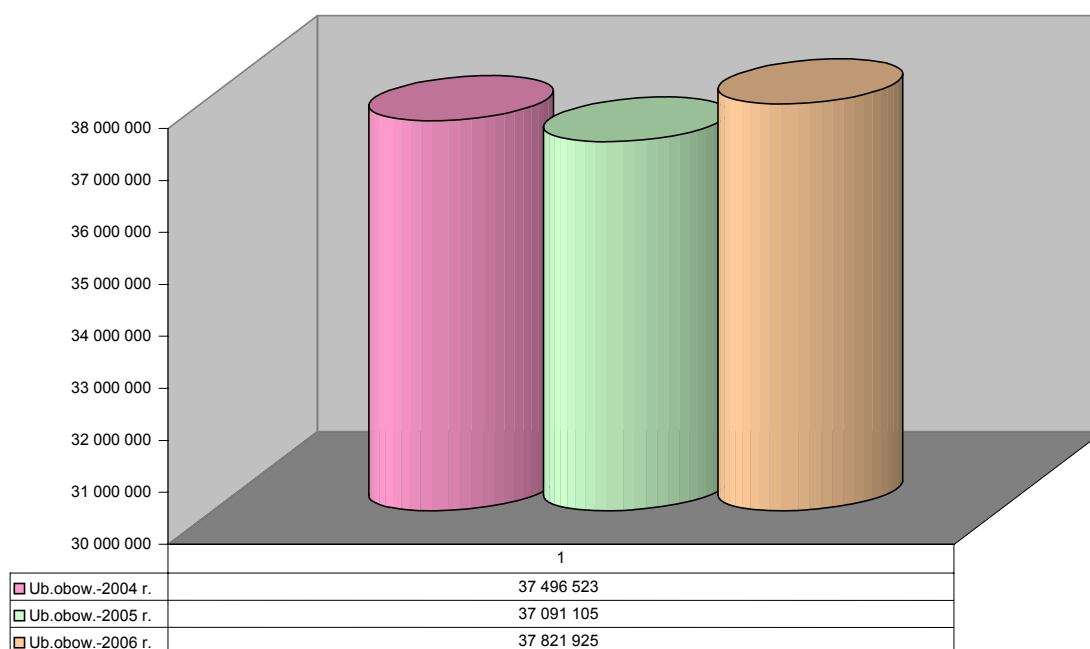
Z danych przedstawionych w tabeli nr 1 wynika, że liczba osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem stanowi 99,91 % ogółu ubezpieczonych a liczba osób ubezpieczonych dobrowolnie stanowi 0,08 % ogółu ubezpieczonych.

W roku 2006 nastąpił wzrost liczby osób ubezpieczonych obowiązkowo (opłacających składkę i członków rodzin korzystających z ubezpieczenia):

- w stosunku do roku 2005 o 730 820 osób ubezpieczonych, tj. o 1,94 %,
- w stosunku do roku 2004 o 325 402 osób ubezpieczonych ogółem, tj. o 0,87%,

powyższe dane przedstawia następujący wykres:

**Liczba osób ubezpieczonych obowiązkowo
opłacających składkę i członkowie rodzin korzystających z ubezpieczenia zdrowotnego**



Procentowy udział członków rodzin w stosunku do osób opłacających składkę na ubezpieczenie zdrowotne (obowiązkowe i dobrowolne, Polacy, cudzoziemcy) wg stanu na dzień 2.01.2006 r. przedstawia poniższa tabela.

Udział członków rodzin w stosunku do osób opłacających składkę na ubezpieczenie zdrowotne

Liczba członków rodziny w stosunku do osób opłacających składkę ubezpieczonych obowiązkowo i dobrowolnie:	36,60%
Liczba członków rodziny w stosunku do osób opłacających składkę ubezpieczenia dobrowolnego stanowi (Polacy):	21,29%
Liczba członków rodziny w stosunku do osób opłacających składkę ubezpieczenia dobrowolnego stanowi (cudzoziemcy)	5,15%

Jak wynika z tabeli liczba osób korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej, jako członkowie rodzin, wynosi 36,60 %, co stanowi znaczny procent osób korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej w stosunku od osób opłacających składkę na ubezpieczenie zdrowotne.

Ubezpieczeni dobrowolnie

Zgodnie z art. 68 ust. 1 ustawy o świadczeniach osoba nie wymieniona w art. 66 ust. 1 może ubezpieczyć się dobrowolnie na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu:

- jeżeli mieszka na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, z zastrzeżeniem art. 9 rozporządzenia Rady (EWG) nr 1408/71; ubezpieczający się dobrowolnie w Narodowym Funduszu Zdrowia jest obowiązany zgłosić do Funduszu członków rodzin,
- korzystający może zgłosić wolontariusza do ubezpieczenia zdrowotnego, jeżeli nie jest on objęty ubezpieczeniem zdrowotnym z innego tytułu.

Tabela zamieszczona poniżej przedstawia liczbę ubezpieczonych dobrowolnie, na podstawie umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia (art.68 ustawy o świadczeniach).

Zestawienie liczbowe osób ubezpieczonych dobrowolnie (stan na 2007-01-02)

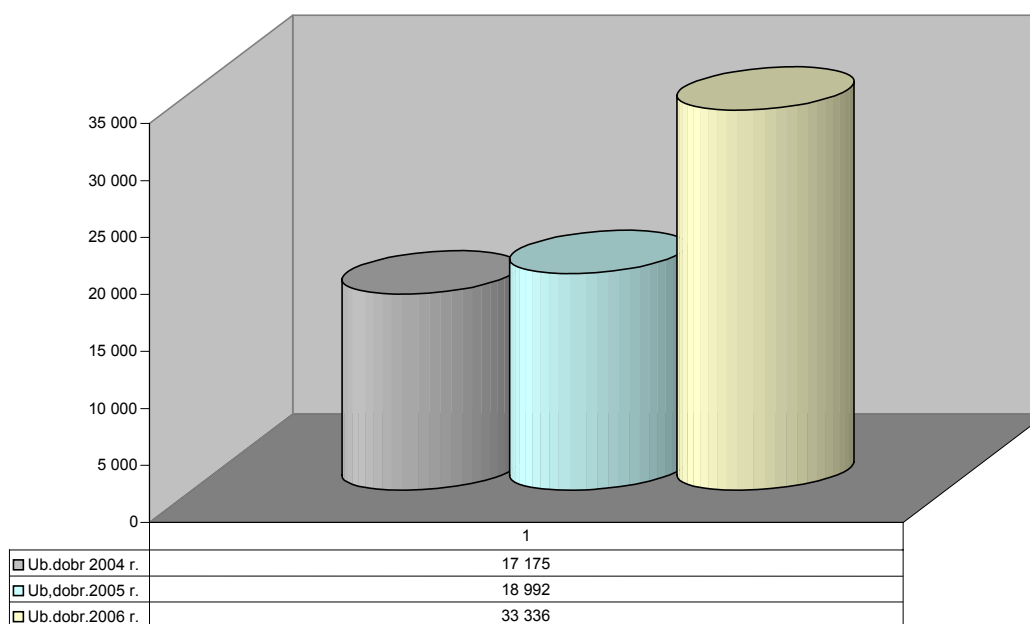
Oddział wojewódzki NFZ	Obywatele polscy			Cudzoziemcy			Ogółem liczba ubezpieczonych
	Ogółem	Członkowie opłacający składkę	Członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	Ogółem	Członkowie opłacający składkę	Członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
Dolnośląski	2 159	1 878	281	448	436	12	2 607
Kujawsko-pomorski	1 122	1 014	108	67	62	5	1 189
Lubelski	561	502	59	268	256	12	829
Lubuski	457	382	75	30	27	3	487
5 - łódzki	870	785	85	464	458	6	1 334
6 - małopolski	2 611	2 140	471	988	947	41	3 599
7 - mazowiecki	6 212	5 188	1 024	831	737	94	7 043
8 - opolski	1 027	938	89	7	6	1	1 034
9 - podkarpacki	465	460	5	318	317	1	783
10 - podlaski	606	470	136	106	104	2	712
11 - pomorski	5 680	3 858	1 822	150	131	19	5 830
12 - śląski	2 035	1 802	233	96	90	6	2 131
13 - świętokrzyski	275	222	53	13	9	4	288
14 - warmińsko-mazurski	559	510	49	37	31	6	596
15 - wielkopolski	1 710	1 650	60	585	582	3	2 295
16 - zachodniopomorski	2 437	1 934	503	142	134	8	2 579
suma	28 786	23 733	5 053	4 550	4 327	223	33 336

W roku 2006 nastąpił wzrost liczby osób ubezpieczonych dobrowolnie (opłacających składkę i członków rodzin korzystających z ubezpieczenia):

- w stosunku do roku 2005 o 14 344 osób, tj. o 43,03 %,
- w stosunku do roku 2004 o 16 161 osób, tj. o 48,48%.

Powyższe dane przedstawia następujący wykres:

Liczba osób ubezpieczonych dobrowolnie,
opłacających składkę i członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia



Wzrost ubezpieczonych dobrowolnie wynika z przeprowadzonej weryfikacji tytułów ubezpieczenia, dokonanych przez ZUS w tzw. bilansie otwarcia.

Wskaźnik dotyczący liczby cudzoziemców ubezpieczonych dobrowolnie na tle liczby ubezpieczonych dobrowolnie ogółem, kształtuje się na poziomie 13,64%.

Procentowy udział osób ubezpieczonych dobrowolnie ogółem w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w stosunku do osób ubezpieczonych obowiązkowo ogółem na dzień 2.01.2007 r. przedstawia poniższa tabela.

Ubezpieczeni dobrowolnie ogółem w stosunku do ubezpieczonych obowiązkowo

Oddział Wojewódzki NFZ	Udział ubezpieczonych dobrowolnie w stosunku do ubezpieczonych obowiązkowo (%)
1 - Dolnośląski	0,09
2 - Kujawsko-Pomorski	0,05
3 - Lubelski	0,03
4 - Lubuski	0,04
5 - Łódzki	0,05
6 - Małopolski	0,11
7 - Mazowiecki	0,13
8 - Opolski	0,10
9 - Podkarpacki	0,03
10 - Podlaski	0,06
11 - Pomorski	0,26
12 - Śląski	0,04
13 - Świętokrzyski	0,02
14 - Warmińsko-Mazurski	0,04
15 - Wielkopolski	0,06
16 - Zachodniopomorski	0,15

Wyższy procent ubezpieczonych dobrowolnie w Pomorskim OW NFZ, może wynikać z porozumienia zawartego pomiędzy władzami właściwymi Polski i Norwegii, z którego wynika, że marynarze polscy pływający pod banderą norweską, podlegają wyłącznie ustawodawstwu polskiemu w systemie zabezpieczenia społecznego dla pracowników najemnych i ich rodzin. Marynarze ci podlegają tylko dobrowolnemu ubezpieczeniu emerytalno-rentowemu w ZUS i na podstawie zapisów porozumienia, z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, podlegają ubezpieczeniu dobrowolnemu.

Osoby inne niż ubezpieczeni

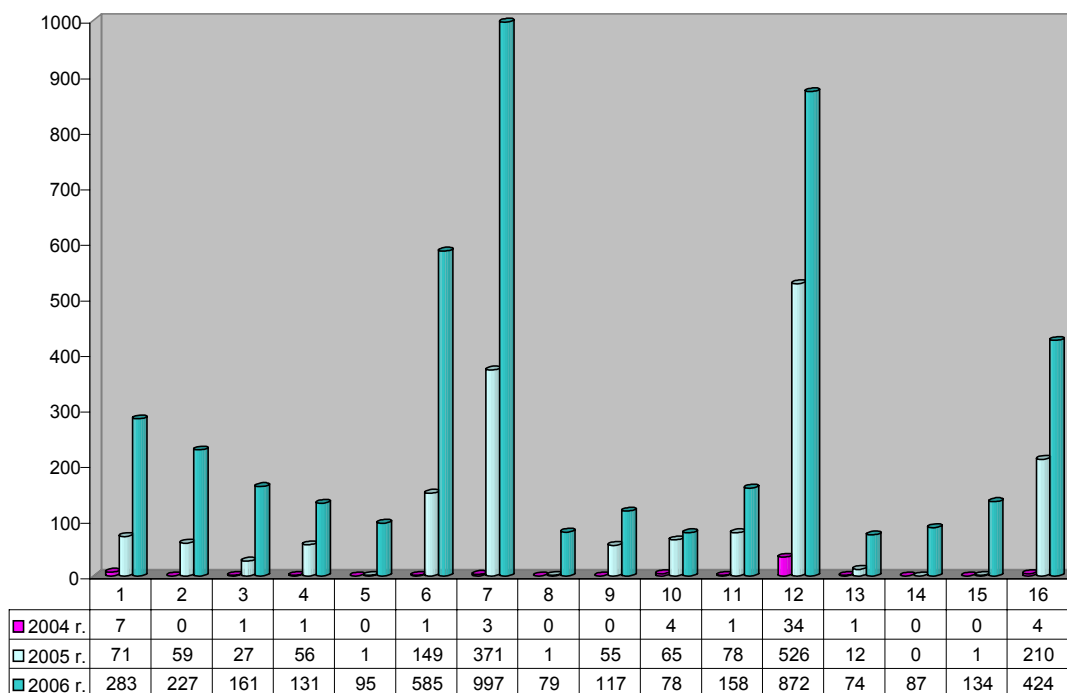
Zgodnie z art. 2 ust.1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej posiadają również osoby inne niż ubezpieczeni, osoby posiadające obywatelstwo polskie i posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. *o pomocy społecznej* (Dz. U. Nr 64, poz. 593 z późn. zm.), na zasadach i w zakresach określonych dla ubezpieczonych.

Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w/w świadczeniobiorców jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy, właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy.

Liczba wydanych decyzji przez wójta (burmistrza, prezydenta) dotyczących potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przedstawia poniższa tabela oraz wykres:

OW NFZ	Liczba wydanych decyzji (art.54) 2004 r.	Liczba wydanych decyzji (art.54) 2005 r.	Liczba wydanych decyzji (art.54) 2006 r.
1- Dolnośląski	7	71	283
2 - Kujawsko-Pomorski	0	59	227
3 - Lubelski	1	27	161
4 - Lubuski	1	56	131
5 - Łódzki	0	1	95
6 - Małopolski	1	149	585
7 - Mazowiecki	3	371	997
8 - Opolski	0	1	79
9 - Podkarpacki	0	55	117
10 - Podlaski	4	65	78
11 - Pomorski	1	78	158
12 - Śląski	34	526	872
13 - Świętokrzyski	1	12	74
14 - Warmińsko-Mazur.	0	0	87
15 - Wielkopolski	0	1	134
16 - Zachodniopomorski	4	210	424
Łącznie	57	1 782	4 507

Liczba uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) - art. 54 ustawy, w latach 2004, 2005 i 2006 r. w OW NFZ



W roku 2006 nastąpił wzrost liczby wydanych decyzji wójta, uprawniających osoby nie objęte ubezpieczeniem zdrowotnym, do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z art. 54 ustawy o świadczeniach.

- Wzrost w stosunku do roku 2005 o 2 725 decyzje, tj. o 60,46%;
- Wzrost w stosunku do roku 2004 o 4 450 decyzje, tj. o 98,80 %.

Znaczącą liczbę uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji wójta obserwujemy w dużych aglomeracjach, takich jak województwo mazowieckie, śląskie czy małopolskie.

2. Decyzje indywidualne

Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydawane są przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach.

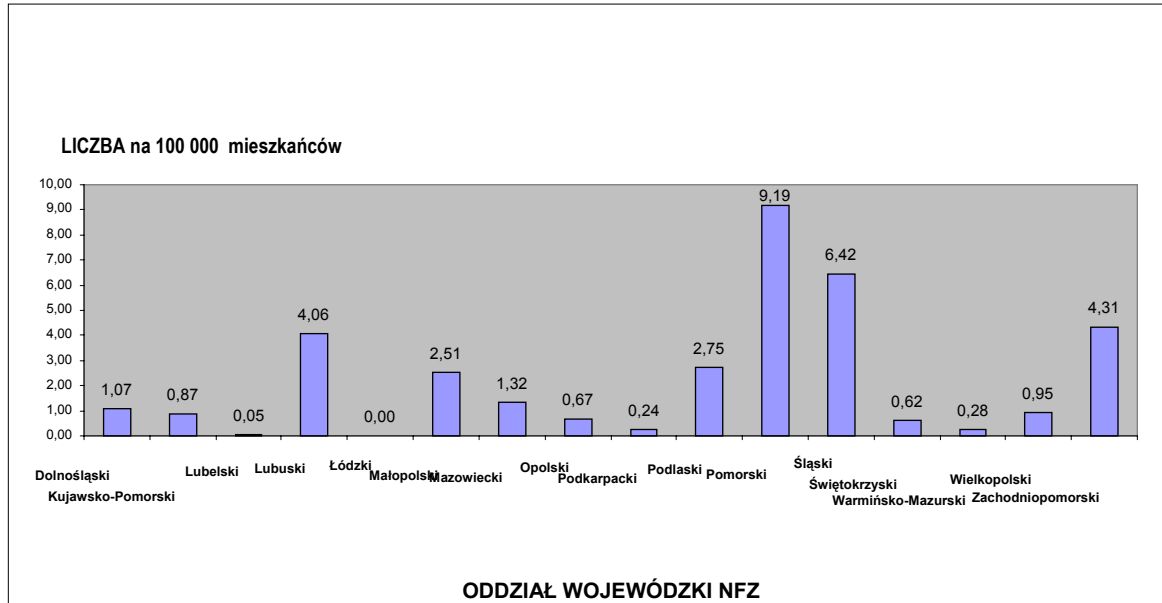
W 2006 roku w oddziałach wojewódzkich NFZ wydano łącznie 4126 decyzji:

- 906 decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym,
- 3220 decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń.

Analogicznie w roku 2005 w OW NFZ wydano łącznie 5983 decyzji - 465 objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym oraz 5518 ustalenia prawa do świadczeń.

Wykres zamieszczony poniżej prezentuje liczbę decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w odniesieniu do liczby mieszkańców województwa.

Liczba decyzji o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym w OW NFZ na 100 000 mieszkańców województwa

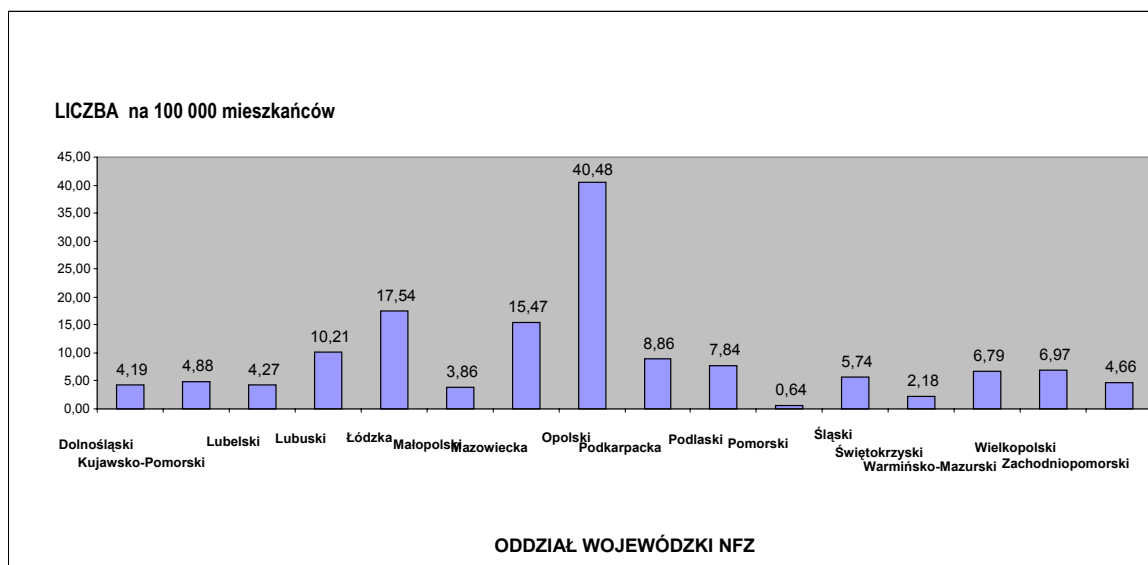


Decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym dotyczyły:

- opłacania składek ubezpieczenia zdrowotnego przez osoby prowadzące działalność gospodarczą,
- zwolnienia lub rozłożenia na raty opłaty dodatkowej, warunkującej objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym,
- zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego członka rodziny w przypadku osób nie prowadzących wspólnego gospodarstwa (braku rozwodu lub separacji),
- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w okresie oczekiwania na świadczenie rentowe,
- ustalenie ustawodawstwa właściwego.

Poniżej wykres dotyczący liczby decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ustalania prawa do świadczeń w odniesieniu do liczby mieszkańców województwa.

Liczba decyzji o ustalenie prawa do świadczeń w OW NFZ na 100 000 mieszkańców województwa



Najczęstszymi tematami decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń były:

- potwierdzenie uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki z tytułu posiadania statusu wdowy lub wdowca po inwalidzie wojennym,
- zwrot kosztów zabiegów wykonanych poza systemem finansowanym ze środków publicznych, zwykle w związku z długim okresem oczekiwania na leczenie w ramach ubezpieczenia (okulistyka – leczenie zaćmy, zabiegi witrektomii, ortopedia - endoprotezoplastyka),
- zwrot kosztów planowego leczenia wykonanego w krajach UE, bez formularza E112,
- finansowanie leczenia ortodontycznego ponadstandardowego – aparatami stałymi,
- refundacja kosztów ponadstandardowego leczenia stomatologicznego oraz protetycznego,
- finansowanie farmakoterapii oraz chemioterapii niestandardowej,
- refundacja lub skrócenie okresu używalności aparatów słuchowych (szczególnie u dzieci), wózków inwalidzkich, obuwia ortopedycznego, rurek trachostomijnych,
- zwiększenie limitu miesięcznego na środki pomocnicze,
- pokrycie kosztów zakupu środków pomocniczych nie znajdujących się na liście przedmiotów refundowanych, np.: ubranka uciskowe,
- pokrycie kosztów zakupu procesora mowy.

Od decyzji wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, świadczeniobiorcom przysługuje prawo wnoszenia odwołań do Prezesa NFZ (zgodnie z art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach).

W 2006 roku, ogółem Prezes NFZ rozpatrzył 517 odwołań (wydając decyzje), uchylając 27 decyzji dyrektorów (w roku 2005: 859 odwołań, uchylonych decyzji -29).

Od decyzji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, świadczeniobiorcy przysługuje prawo wniesienia skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego, w terminie trzydziestu dni od dnia doręczenia skarżącemu decyzji (zgodnie z art. 110 ww. ustawy o świadczeniach).

W 2006 roku, ogółem świadczeniobiorcy wnieśli 124 skargi do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego (w roku 2005 – 111 skargi do WSA).

W 2006 roku, wyrokiem sądu oddalono 76 skarg, 4 skargi odrzucono, 16 decyzji Prezesa NFZ zostało uchylonych, natomiast w 3 przypadkach stwierdzono nieważność decyzji Prezesa NFZ.

Koszty pozytywnych decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, na etapie wydawania decyzji w oddziale, były możliwe do określenia w przypadkach decyzji dotyczących terapii lekowych, zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne. Koszty decyzji dotyczących prawa do bezpłatnych leków zgodnie z art. 46 ww. ustawy, nie były możliwe do określenia na etapie wydawania decyzji. Mieszczą się one w ogólnej wartości refundowanych leków, a ich wysokość jest zależna od cen leków zleconych przez lekarzy dla ubezpieczonych, którzy otrzymali pozytywną decyzję. Część decyzji pozytywnych nie powodowała dodatkowych kosztów dla Narodowego Funduszu Zdrowia (decyzje dotyczące przyznania prawa do świadczeń dla świadczeniobiorców nie posiadających prawa zgodnie z obowiązującymi przepisami, np. z powodu wieku). Świadczenia dotyczące ww. decyzji były realizowane w ramach kontraktów.

Koszty decyzji Prezesa NFZ uchylające lub zmieniające decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, są zawarte w kosztach decyzji dyrektorów (po ponownym rozpatrzeniu wniosków świadczeniobiorców). Koszty ww. decyzji są stosunkowo niskie ze względu na bardzo małą liczbę decyzji uchylonych lub zmienionych w stosunku do całkowitej liczby rozpatrzonych odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ. Prezes NFZ zmienił lub uchylił 4 decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem oraz 23 decyzje dotyczące ustalenia prawa do świadczeń.

Wartość świadczeń (ujętych w kosztach na podstawie wstępnego sprawozdania finansowego FM – 01) udzielonych ubezpieczonym, w okresie 2006 roku, na podstawie decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego

Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Koszty (w tys. zł)
podstawowa opieka zdrowotna	43,81
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	686,59
lecznictwo szpitalne	1 376,97
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	52,42
rehabilitacja lecznicza	4,20
opieka długoterminowa	0,00
leczenie stomatologiczne	268,57
lecznictwo uzdrowiskowe	0,00
pomoc doraźna i transport sanitarny	77,94
profilaktyczne programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej, finansowane ze środków Funduszu	0,00
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	10,22
zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	64,36
refundacja cen leków	105,47
Razem	2 690,55

W wyniku analizy tematyki decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego Prezes NFZ wystąpił do ministra właściwego do spraw zdrowia o rozważenie wprowadzenia zmian w rozporządzeniach Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie *szczegółowego wykazu wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, wysokości udziału własnego świadczeniobiorców w cenie ich nabycia, kryteriów ich przyznawania, okresów użytkowania, a także wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi podlegającymi naprawie w zależności od wskazań medycznych oraz wzoru zlecenia na zaopatrzenie w te wyroby i środki* (DZ. U. Nr 276, poz. 2739 z późn. zm.) oraz w sprawie *limitu cen dla wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi i środków pomocniczych, o takim samym zastosowaniu, ale różnych cenach oraz limitu cen dla napraw przedmiotów ortopedycznych* (DZ. U. Nr 275, poz. 2732 z późn. zm.).

Proponowane zmiany dotyczą:

- skrócenia okresu używalności aparatów słuchowych oraz soczewek kontaktowych twardych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia;
- wprowadzenia na listę przedmiotów refundowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia ubranek uciskowych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia;

Decyzje Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące planowego leczenia poza granicami kraju

Procedura wewnętrzna kierowania świadczeniobiorców na planowe leczenie poza granicami kraju została określona w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 r. w sprawie *wniosku do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju* (Dz. U. Nr 279, poz. 2769), wydanym na podstawie art. 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach. Powyższe rozporządzenie, w sposób jednoznaczny określa tryb składania i rozpatrywania oraz wzór wniosku do Prezesa NFZ.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia kieruje świadczeniobiorców na leczenie poza granicami kraju jedynie do państw UE.

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje koszty leczenia lub badań diagnostycznych, poza granicami kraju, polskim świadczeniobiorcom, zgodnie z przepisami o koordynacji.

Podstawę prawną do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych na obszarze EOG stanowią przepisy rozporządzeń wspólnotowych - Rozporządzenie Rady (EWG) 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie *stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie* (Dz. Urz. WE L 149, 5.7.1971 z późn. zm.) oraz Rozporządzenie Rady (EWG) 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie *wykonywania Rozporządzenia EWG 1408/71* (Dz. Urz. WE.L 74 z dnia 27 marca 1972 z późn. zm.). W świetle zawartych w nich przepisów, refundacja kosztów leczenia planowanego, możliwa jest jedynie na podstawie zgody instytucji właściwej ubezpieczonego, wydanej zgodnie z obowiązującą procedurą wewnętrzną.

Wnioski rozpatrywane przez Prezesa Narodowego Funduszu dotyczą przypadków, gdy czas oczekiwania na leczenie lub badania diagnostyczne w kraju jest zbyt długi i ma ujemny wpływ na stan zdrowia ubezpieczonego.

W roku 2006 Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydał jedenaście decyzji pozytywnych kierujących świadczeniobiorców na leczenie poza granicami kraju (w 2005 roku – 13).

Sześć przypadków zgód dotyczyło okulistyki – zabiegi witrektomii oraz zabiegi usunięcia oleju silikonowego po zabiegu witrektomii. Pozostałe przypadki dotyczyły onkologii – 3, specjalistycznego zaopatrzenia ortopedycznego – 1 oraz chirurgii naczyniowej – 1. W większości przypadków leczenie odbyło się na terenie Niemiec.

Liczba decyzji Prezesa NFZ oraz przewidywane na etapie wydawania zgody przez Prezesa NFZ koszty

Lp.	Data	Dziedzina medycyny	Rozpoznanie	Przewidywane koszty	Państwo UE	Oddział wojewódzki NFZ
1.	2006-02-28	OKULISTYKA	witrektomia	4 000,00 €	NIEMCY	Pomorski
2.	2006-03-16	OKULISTYKA	witrektomia	2 802,50 €	NIEMCY	Zachodniopomorski
3.	2006-04-20	ONKOLOGIA	radioterapia i chemioterapia	9 399,88 €	NIEMCY	Pomorski
4.	2006-05-30	OKULISTYKA	witrektomia oraz usunięcie oleju	2 000,00 €	NIEMCY	Zachodniopomorski
5.	2006-05-30	OKULISTYKA	witrektomia oraz usunięcie błony	2 802,50 €	NIEMCY	Pomorski
6.	2006-06-28	OKULISTYKA	usunięcie oleju silikonowego	2 500,00 €	NIEMCY	Zachodniopomorski
7.	2006-08-04	CHIRURGIA	chirurgiczne leczenie tętniaka	12 700,00 €	BELGIA	Kujawsko-Pomorski
8.	2006-08-23	ONKOLOGIA	badanie PET/CT	900,00 €	BELGIA	Mazowiecki
9.	2006-08-24	ONKOLOGIA	chemioterapia	13 306,71 €	NIEMCY	Małopolski
10.	2006-11-10	OKULISTYKA	opasanie gałki ocznej, witrektomia oraz	3 760,00 €	NIEMCY	Zachodniopomorski
11.	2006-12-08	ORTOPEDIA	zaopatrzenie ortopedyczne	9 800,00 €	NIEMCY	Małopolski

Import docelowy

W 2006 roku rozpatrzono 3931 zapotrzebowań na sprowadzenie z zagranicy produktu leczniczego nie posiadającego pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, tzw. import docelowy.

Liczbę wydanych decyzji Prezesa Funduszu w podziale na sposób rozpatrzenia

Decyzja Prezesa NFZ	Liczba wniosków
Odmowa	157
Zgoda	3723
Zwrot	51
Suma	3931

Najczęstszą przyczyną wydania odmownej decyzji przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na import docelowy było nie podpisanie przez świadczeniobiorcę umowy z Funduszem

Zwroty dotyczyły wniosków nie spełniających kryteriów formalnych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie sprowadzania z zagranicy produktów leczniczych nie posiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia najczęściej wydawał zgodę na import docelowy dla poniżej wymienionych 21 produktów leczniczych, co stanowi 77,5 % wszystkich pozytywnie rozpatrzonych wniosków.

Zgody wydane przez Prezesa NFZ na import docelowy

I.p.	Nazwa produktu leczniczego	Liczba wniosków rozpatrzonych pozytywnie
1	Myrin (Thalidomid)	908
2	Ritalin (Metylfenidat)	446
3	Progllicem (Diazoxide)	170
4	Colchicum Dispert (Kolchicyna)	158
5	Plaquenil (Hydroksychlorochina)	139
6	Strattera (Atomoksatyna)	131
7	Cortef (Hydrocortison)	130
8	Baraclude (Entecavir)	91
9	MCT OIL	83
10	Calcort (Deflazacort)	79
11	Disulone (Dapson)	79
12	Calcort 6 (Deflazacort)	71
13	Vercyte (Pipobroman)	65
14	Ritalin SR (Metylfenidat)	51
15	Tetrahydrobiopterin (BH 4)	44
16	Tambocor (Flecainidacetat)	43
17	Tauredon (Sodium Aurothiomalat)	41
18	KetoCal	40
19	Tript-OH (5-Hydroksytryptofan)	40
20	Orap (Pimozid)	38
21	Remodulin (Trepostinil sodu)	38

W II półroczu 2006 r. największe koszty wygenerowało 20 poniżej przedstawionych produktów leczniczych:

Import docelowy –koszty

I.p.	Nazwa produktu leczniczego	Koszt terapii za II półrocze 2006
1	Myrin (Thalidomid) Suma	2 569 234,40
2	Remodulin (Trepostinil sodu) Suma	1 256 482,32
3	Orfadin 10mg Suma	695 779,92
4	Baraclude (Entecavir) Suma	657 861,28
5	Ventavis (Iloprost) Suma	493 308,92
6	Ritalin (Metylfenidat) Suma	180 469,01
7	Orfadin 5mg Suma	178 009,34
8	Beriner P (Inhibitor C1) Suma	160 637,88
9	KetoCal Suma	121 354,80
10	Fumaderm Suma	94 328,00
11	Capastat (Capreomycine) Suma	88 200,00
12	Progllicem (Diazoxide) Suma	85 566,65
13	Calcort (Deflazacort) Suma	76 915,92
14	Mnesis (Idebenone) Suma	75 906,00
15	Tetrahydrobiopterin (BH 4) Suma	74 354,36
16	Duocal Suma	64 560,00
17	Somavert (Pegvisomant) Suma	56 547,00
18	ILV-AM2 Suma	52 983,82
19	MSUD Analog Suma	49 283,95
20	Trecator (Ethionamide) Suma	35 806,00

3. Kolejki oczekujących

Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach każdy świadczeniodawca ma obowiązek ustalania kolejności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie zgłoszeń świadczeniobiorców. Realizacja tego zadania polega na prowadzeniu imiennych list świadczeniobiorców oczekujących na udzielenie świadczenia. Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę.

Obowiązkiem świadczeniodawcy było przekazywanie co miesiąc oddziałowi wojewódzkiemu NFZ właściwemu ze względu na miejsce udzielania świadczenia informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia i średnim czasie oczekiwania.

Przekazane przez świadczeniodawców informacje posłużyły NFZ do utworzenia centralnego wykazu informacji o liczbie oczekujących na świadczenia i średnim czasie oczekiwania na ich realizację w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ, a następnie ich bieżące publikowanie na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia.

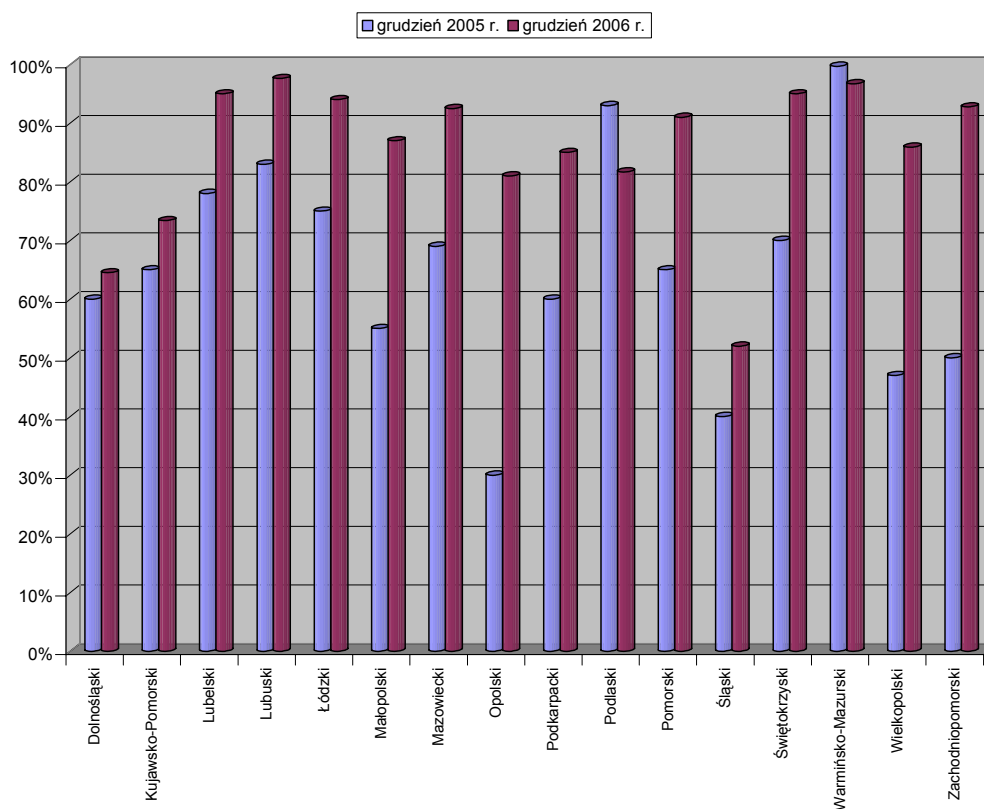
W 2006 realizowano m.in. zadania dotyczące:

- opracowania zmian w komunikacie XML, którym świadczeniodawcy przekazują dane dotyczące liczby oczekujących na uzyskanie świadczenia i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych komórkach organizacyjnych oraz dane dotyczące oczekiwania na wybrane procedury (katalog wybranych procedur obejmuje procedury, na których realizację notowane są najdłuższe kolejki);
- opracowania i wdrożenia możliwości systemowego porównywania zgodności niezbędnych danych zawartych w raportach przekazywanych przez świadczeniodawców z zapisami umowy na realizację świadczeń;
- opracowania i wdrożenia funkcjonalności systemu umożliwiającej oddziałom wojewódzkim zwrotu świadczeniodawcom raportu błędnego lub budzącego wątpliwości przez usunięcie automatycznego wprowadzania raportów do bazy danych;
- opracowywania comiesięcznych raportów i analiz dotyczących średnich czasów oczekiwania oraz liczby oczekujących na uzyskanie świadczeń w poszczególnych rodzajach świadczeń obejmujących dane ze wszystkich oddziałów wojewódzkich NFZ, według wcześniej opracowanych wzorów raportów;
- pilotażowego wykorzystania danych o listach oczekujących do przeprowadzenia kalkulacji kosztów ewentualnego skrócenia czasu oczekiwania o 3 lub 6 miesięcy przez zwiększenie środków na finansowanie wybranych procedur z zakresu ortopedii (endoprotezoplastyka), kardiologii i okulistyki.

Realizacja powyższych zadań miała bezpośredni wpływ na zwiększenie się liczby raportów przesyłanych przez świadczeniodawców do oddziałów wojewódzkich NFZ w ciągu całego roku, co przedstawia poniższa tabela oraz wykres.

**Przekazywanie raportów o listach oczekujących od świadczeniodawców
do oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia**

Lp.	Nazwa OW NFZ	Stan na:	
		grudzień 2005 r.	grudzień 2006 r.
1	Dolnośląski	60%	65%
2	Kujawsko-Pomorski	65%	73%
3	Lubelski	78%	95%
4	Lubuski	83%	98%
5	Łódzki	75%	94%
6	Małopolski	55%	87%
7	Mazowiecki	69%	93%
8	Opolski	30%	81%
9	Podkarpacki	60%	85%
10	Podlaski	93%	82%
11	Pomorski	65%	91%
12	Śląski	40%	52%
13	Świętokrzyski	70%	95%
14	Warmińsko-Mazurski	100%	97%
15	Wielkopolski	47%	86%
16	Zachodniopomorski	50%	93%



Poniżej przedstawiono informacje dotyczące poradni i oddziałów szpitalnych, w których notuje się największą liczbę oczekujących w skali całego kraju.

**Oczekujący na udzielenie świadczeń na oddziałach szpitalnych
– wykaz 5 komórek organizacyjnych z największą liczbą oczekujących**

Lp.	Komórka organizacyjna		Liczba osób wpisanych na listy oczekujących wg stanu na koniec 2006 r.						
	Kod	Nazwa	Ogółem	Liczba oczekujących, których średni czas oczekiwania w miesiącach wynosi					
				do 1 m-ca	powyżej 1 do 3	powyżej 3 do 6	powyżej 6 do 12	powyżej 12 do 24	powyżej 24
1	4600	Oddział okulistyczny	116 079	602	4 122	5 353	30 794	52 434	22 774
2	4580	Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	90 060	3 046	2 495	11 309	8 879	31 062	33 269
3	4300	Oddział rehabilitacji	72 657	1 307	3 260	4 241	16 964	28 910	17 975
4	4100	Oddział kardiologiczny	29 095	2 906	6 382	3 386	2 533	12 308	1 580
5	4500	Oddział chirurgiczny ogólny	22 481	3 698	9 343	3 976	3 994	659	811

**Oczekujący na udzielenie świadczeń długoterminowej opieki zdrowotnej
– wykaz 5 komórek organizacyjnych z największą liczbą oczekujących**

Lp.	Komórka organizacyjna		Liczba osób wpisanych na listy oczekujących wg stanu na koniec 2006 r.						
	Kod	Nazwa	Ogółem	Liczba oczekujących, których średni czas oczekiwania w miesiącach wynosi					
				do 1 m-ca	powyżej 1 do 3	powyżej 3 do 6	powyżej 6 do 12	powyżej 12 do 24	powyżej 24
1	5170	Zakład/Oddział opiekuńczo-leczniczy	2 744	275	686	935	451	203	194
2	5160	Zakład/Oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	781	87	206	292	158	38	bd
3	5172	Zakład/Oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny	778	32	28	102	170	171	275
4	2150	Zespół domowego leczenia tlenem	613	0	88	346	89	90	bd
5	2140	Zespół długoterminowej opieki domowej	558	248	158	80	23	49	bd

**Oczekujący na udzielenie ambulatoryjnych świadczeń lecznictwa specjalistycznego
– wykaz 5 komórek organizacyjnych z największą liczbą oczekujących**

Lp.	Komórka organizacyjna		Liczba osób wpisanych na listy oczekujących wg stanu na koniec 2006 r.						
	Kod	Nazwa	Ogółem	Liczba oczekujących, których średni czas oczekiwania w miesiącach wynosi					
				do 1 m-ca	powyżej 1 do 3	powyżej 3 do 6	powyżej 6 do 12	powyżej 12 do 24	powyżej 24
1	1800	Poradnia stomatologiczna	274 813	152 983	61 690	12 513	12 188	13 844	21 595
2	1600	Poradnia okulistyczna	165 666	59 971	71 420	28 677	5 592	6	bd
3	1310	Dział (pracownia) fizjoterapii	92 864	20 526	46 850	24 860	479	4	145
4	1300	Poradnia rehabilitacyjna	87 458	23 283	34 541	17 627	1 491	10 516	bd
5	1100	Poradnia kardiologiczna	79 768	11 896	36 630	22 481	8 761	bd	bd

4. Problemy zgłaszane przez świadczeniobiorców

Skargi i wnioski wnoszone przez świadczeniobiorców, rozpatrywane są zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków (Dz. U. Nr 5, poz. 46) oraz zarządzeniem Nr 9/2005 z dnia 24 stycznia 2005 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjęcia do stosowania w Narodowym Funduszu Zdrowia regulaminu rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia (z wyłączeniem wniosków składanych na podstawie innych przepisów; np.: wnioski w sprawach leczenia zagranicznego, przyznania środków pomocniczych oraz przedmiotów ortopedycznych itp.).

W roku 2006 Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, w porozumieniu z oddziałami wojewódzkimi, opracowała i wprowadziła nowy wzór sprawozdania miesięcznego przekazywanego przez oddziały wojewódzkie do Centrali. Roczne sprawozdanie ze skarg i wniosków zostało opracowane zgodnie z nowym wzorem.

Przyjęto następujące zasady kwalifikacji skarg i wniosków do sprawozdania:

- w sprawozdaniu wykazywane są skargi i wnioski rozpatrywane we wszystkich komórkach organizacyjnych oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, które zajmują się rozpatrywaniem skarg i wniosków,
- liczba skarg i wniosków wykazana w sprawozdaniu dotyczy spraw zakończonych w danym okresie sprawozdawczym,
- w sprawozdaniu uwzględniane są skargi i wnioski wnoszone pisemnie oraz zaprotokołowane skargi i wnioski przekazane ustnie lub telefonicznie (z wyłączeniem interwencji i informacji udzielanych świadczeniobiorcom na bieżąco).

W nowym sprawozdaniu została wydzielona część dotycząca pracy komórek w różnych strukturach organizacyjnych NFZ dotycząca skarg i wniosków z zakresu działalności NFZ.

Charakterystyka ilościowa rozpatrzonych skarg i wniosków - główne problemy zgłaszane przez ubezpieczonych w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia

Skargi i wnioski dotyczące udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przedstawia poniższa tabela.

Skargi i wnioski dotyczące udzielania świadczeń opieki zdrowotnej wg. oddziałów wojewódzkich NFZ

Oddział wojewódzki NFZ	Liczba skarg i wniosków rozpatrzonych w OW NFZ	Liczba skarg i wniosków wg. czasu załatwienia		Wystąpienie o przeprowadzenie kontroli
		do 1 miesiąca	powyżej 1 miesiąca	
1	2	3	4	5
Dolnośląski	1082	970	112	9
Kujawsko-Pomorski	61	49	12	1
Lubelski	210	159	51	11
Lubuski	280	163	117	26
Łódzki	707	585	122	18
Małopolski	3111	2805	306	15
Mazowiecki	515	440	75	13
Opolski	97	65	32	1
Podkarpacki	271	218	53	6
Podlaski	177	172	5	5
Pomorski	519	247	272	5
Śląski	1061	727	334	88
Świętokrzyski	653	569	84	0
Warmińsko-Mazurski	862	803	59	1
Wielkopolski	977	769	208	3
Zachodniopomorski	208	114	94	7
RAZEM	10791	8855	1936	209

Liczba skarg i wniosków dotycząca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej

Lp.	Rodzaj świadczeń	Liczba skarg i wniosków rok 2006	Liczba skarg i wniosków I kwartał 2006	Liczba skarg i wniosków II kwartał 2006	Liczba skarg i wniosków III kwartał 2006	Liczba skarg i wniosków IV kwartał 2006
1	2	3	4	5	6	7
1.	podstawowa opieka zdrowotna	1396	381	358	304	353
2.	ambulatoryjne leczenie specjalistyczne	3247	643	1186	699	719
3.	leczenie szpitalne	1491	320	393	418	360
4.	gospodarka lekiem	115	48	25	28	14
5.	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	227	39	76	44	68
6.	rehabilitacja lecznicza	694	161	211	184	138
7.	opieka długoterminowa	149	52	28	24	45
8.	leczenie stomatologiczne	730	209	197	169	155
9.	leczenie uzdrowiskowe	744	200	175	103	266
10.	pomoc doraźna i transport sanitarny	381	102	98	94	87
11.	świadczenia odrębnie kontraktowane	40	6	14	6	14
12.	sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze	467	95	155	137	80
13.	inne	1110	216	255	315	324
Łącznie		10791	2472	3171	2525	2623

Skargi i wnioski dotyczące udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach świadczeń – główne przyczyny

Podstawowa opieka zdrowotna

- Zastrzeżenia co do sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej:
 - odmowy przeprowadzenia wizyty domowej lekarskiej lub pielęgniarskiej, szczególnie w przypadku pomocy nocnej,
 - pobieranie opłat za świadczenia opieki zdrowotnej udzielane w stanie nagłym w innym województwie,
 - problemy z uzyskaniem świadczeń w przypadkach nagłych w miejscu zamieszkania,
 - pobieranie opłat za wykonywanie iniekcji (w tym szczepień) zaleconych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.
- Nieprawidłowa organizacja rejestracji pacjentów oraz zmiany terminu świadczenia.
- Zastrzeżenia do zachowania personelu medycznego.
- Ograniczony dostęp do świadczeń lekarza pediatry.
- Ograniczony dostęp do transportu sanitarnego.
- Problemy z uzyskaniem kopii dokumentacji medycznej.
- Trudności z otrzymaniem zaświadczeń lekarskich dla celów szkolnych.
- Odmowy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom z terenu UE.

Ambulatoryjne leczenie specjalistyczne

- Długi czas oczekiwania na poradę specjalistyczną (szczególnie poradnie: kardiologiczna, chorób naczyń, rehabilitacyjna, endokrynologiczna, okulistyka, urazowo-ortopedyczna, urologiczna).
- Trudności z zapisem na listę oczekujących.
- Nieuzasadnione pobieranie dodatkowych opłat od pacjentów.
- Ograniczona dostępność do badań diagnostycznych w trakcie leczenia: kierowanie pacjentów na badania do prywatnych świadczeniodawców, odsyłanie pacjentów po skierowania do lekarza POZ.
- Nieprzyjazny dla pacjenta sposób rejestracji - np. tylko osobiście, tylko w określone dni.
- Odmowy wystawiania zleceń na transport sanitarny dla pacjentów będących pod stałą opieką Poradni Specjalistycznej.
- Odmowy przyjęcia do poradni ze względu na brak dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej.
- Brak informacji ze strony świadczeniodawców na temat zasad udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
- Trudności z uzyskaniem wizyty domowej.

Leczenie szpitalne (bez programów terapeutycznych – lekowych i chemioterapii)

- Długi czas oczekiwania na planowe zabiegi operacyjne (szczególnie leczenie zaćmy, endoprotezoplastyka).
- Zastrzeżenia co do sposobu i jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
- Zmiany ustalonych terminów przyjęć do szpitala na planowe leczenie.
- Brak zabezpieczenia środków pomocniczych przez oddział szpitalny.
- Konieczność wykonania badań diagnostycznych przed wykonaniem zabiegu operacyjnego.
- Brak zabezpieczenia transportu sanitarnego dla pacjentów po zakończonej hospitalizacji.
- Niewłaściwe zachowania personelu medycznego.

Gospodarka lekami

- Odmowy udzielania świadczeń lub długi okres oczekiwania na leczenie w ramach programu terapeutycznego.
- Trudności w realizacji recept.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

- Jakość świadczeń medycznych oraz zbyt krótki okres leczenia terapeutycznego.
- Niewłaściwe zachowania personelu w relacjach z pacjentami.
- Nieskuteczne leczenie – wypisywanie pacjenta przed zakończeniem leczenia.

Rehabilitacja lecznicza

- Pobieranie dodatkowych opłat za świadczenia – odmowy wydania potwierdzenia wpłaty.
- Długi czas oczekiwania na leczenie w ośrodkach rehabilitacyjnych – szczególnie w przypadku rehabilitacji pourazowej.
- Trudności w uzyskaniu świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.
- Odmowa udzielania świadczeń w domu pacjenta.
- Brak nadzoru nad pacjentem w czasie wykonywania zabiegów rehabilitacyjnych.

Opieka długoterminowa

- Brak zaopatrzenia pacjentów w środki pomocnicze na oddziale opieki paliatywnej.
- Niewłaściwa opieka pielęgnarska w ośrodku opieki długoterminowej.

Leczenie stomatologiczne

- Ograniczony dostęp do świadczeń stomatologicznych szczególnie do usług z zakresu protetyki (długi czas oczekiwania, limity).
- Ograniczony zakres świadczonych usług w ramach ubezpieczenia zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w przedmiotowym zakresie.
- Odległe terminy przyjęć – poradnia ortodontyczna, poradnia protetyczna.
- Niewłaściwa jakość leczenia stomatologicznego, zwłaszcza protetycznego.
- Trudności z uzyskaniem rachunków za płatne usługi stomatologiczne.

Leczenie uzdrowiskowe

- Zastrzeżenia dotyczące warunków lokalowych i żywienia.
- Tryb kierowania na leczenie uzdrowiskowe – zbyt długi okres oczekiwania, brak możliwości wyboru miejscowości i terminu.
- Niezadowolenie z konieczności dopłat do pobytu w sanatorium.

Pomoc doraźna i transport sanitarny

- Odmowy udzielenia świadczenia pomocy doraźnej w domu chorego.
- Pobieranie opłat za świadczenia w zakresie pomocy doraźnej.

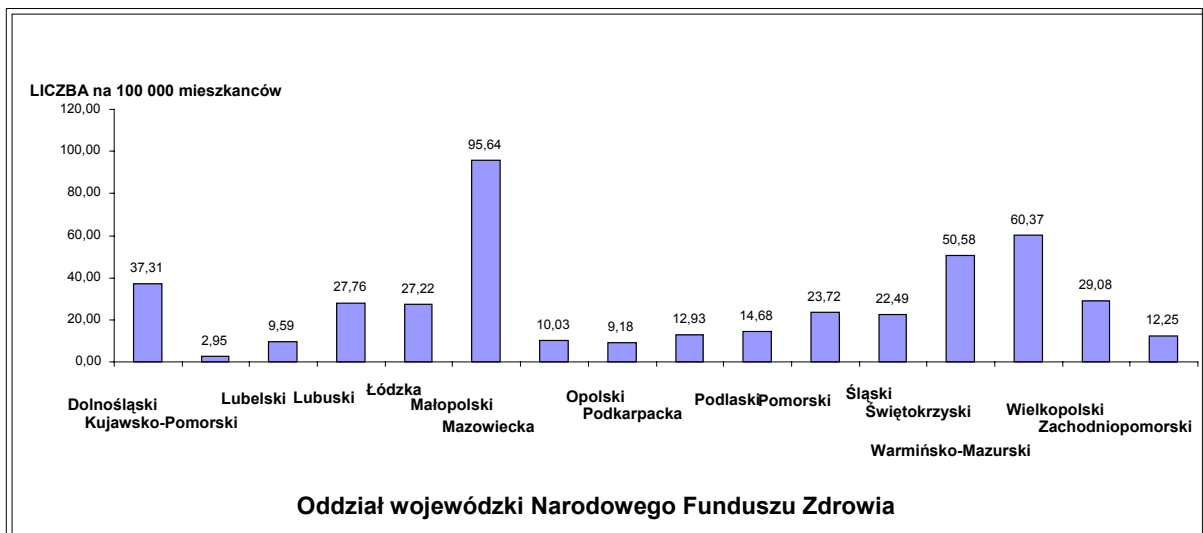
Sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze

- Konieczność dopłat do sprzętu ortopedycznego i materiałów pomocniczych refundowanych przez NFZ, za małe limity (niezadowolenie z limitów zgodnych z rozporządzeniami Ministra Zdrowia).
- Długie okresy oczekiwania na potwierdzanie zleceń.
- Brak wiedzy lekarzy na temat zasad refundacji środków pomocniczych oraz przedmiotów ortopedycznych.

Inne

- Brak możliwości zwrotu kosztów leczenia poza systemem.
- Brak aktualnych danych w CWU – brak informacji o zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego.

Liczba skarg i wniosków z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej rozpatrzonych w oddziałach wojewódzkich NFZ w odniesieniu do liczby ludności w województwach (na 100 000 mieszkańców województwa)



Skargi i wnioski dotyczące działalności oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia

Skargi i wnioski w oddziałach wojewódzkich NFZ w 2006 r.

Oddział wojewódzki NFZ	Liczba skarg i wniosków rozpatrzonych w OW NFZ	Liczba skarg i wniosków wg. czasu załatwienia		Wystąpienie o przeprowadzenie kontroli
		do 1 miesiąca	powyżej 1 miesiąca	
1	2	3	4	5
Dolnośląski	1	1	0	0
Kujawsko-Pomorski	10	10	0	0
Lubelski	16	15	1	0
Lubuski	4	3	1	0
Łódzki	47	47	0	0
Małopolski	51	46	5	0
Mazowiecki	9	9	0	0
Opolski	34	27	7	0
Podkarpacki	15	15	0	0
Podlaski	0	0	0	0
Pomorski	28	19	9	0
Śląski	3517	3516	1	0
Świętokrzyski	0	0	0	0
Warmińsko-Mazurski	3	3	0	0
Wielkopolski	4	3	1	0
Zachodniopomorski	13	12	1	0
Łącznie	3752	3726	26	0

Skargi i wnioski dotyczące działalności oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie funkcjonowania systemu i organizacji pracy dotyczą pracy jednostek terenowych NFZ oraz ich pracowników. Sprawy tego typu były sporadyczne, dotyczyły nieporozumień z ubezpieczonymi. Dodatkowo w tej grupie skarg i wniosków zostały zawarte sprawy dotyczące realizacji skierowań na leczenie uzdrowiskowe.

Takich spraw było niewiele ponad dwieście w piętnastu oddziałach wojewódzkich NFZ. Śląski OW NFZ zamieścił w sprawozdaniu informację o znacznie większej w porównaniu z innymi oddziałami, liczbie – tj 3517 skarg świadczeniobiorców (spraw dotyczących w zdecydowanej większości zmiany miejsca, terminu oraz formy leczenia uzdrowiskowego).

Informacja o terminowości załatwiania skarg i wniosków oraz przyczynach przeterminowania

Skargi i wnioski zgłaszane przez ubezpieczonych są z reguły załatwiane w terminie nie przekraczającym 30 dni. Sprawy o wysokim stopniu pilności, wynikającym np. z zagrożenia zdrowia lub istotnych wskazań społecznych były rozwiązywane w terminie 7 lub 14 dni. Większość spraw, w miarę możliwości, była załatwiana na bieżąco.

Wymienione powyżej terminy, w sporadycznych przypadkach, mogły być przekroczone ze względu na: oczekiwanie na wyjaśnienia ze strony świadczeniodawców, konieczność uzyskania opinii Konsultanta Krajowego, oczekiwanie na uzupełnienie dokumentacji medycznej przez ubezpieczonego, oczekiwanie na opinię prawną, konieczność uzyskania dodatkowych informacji w innych instytucjach.

5. Interwencje podjęte przez Rzecznika Praw Pacjenta

Rzecznik Praw Pacjenta w Centrali NFZ oraz Rzecznicy Praw Pacjenta w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia realizowali zadania w oparciu o ustawę o świadczeniach oraz przepisy stanowiące prawa pacjenta, w szczególności Kartę Praw Pacjenta.

Sprawy zgłaszane do Rzeczników Praw Pacjenta w NFZ przyjmowane były w formie pisemnej, telefonicznie, ustnie do protokołu, za pośrednictwem fax-u oraz poczty elektronicznej. Ubezpieczeni zgłaszali się również do Rzeczników osobiście.

Sprawy wnoszone na piśmie, bez konieczności kompletowania dodatkowej dokumentacji, rozpatrywano niezwłocznie. Pozostałe sprawy wymagające postępowania wyjaśniającego prowadzone były w czasie niezbędnym do zakończenia tego postępowania i na ogół załatwiane w ciągu trzydziestu dni od zgłoszenia. Przesyłane sprawy prowadzone były we współpracy Rzeczników oddziałów wojewódzkich i Rzecznika Centrali NFZ, z innymi komórkami organizacyjnymi Funduszu, a także w miarę potrzeby przy udziale Zespołu Administracji Publicznej, Zdrowia i Ochrony Praw Cudzoziemców, Rzecznika Praw Obywatelskich, Biura Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia, Wydziału Nadzoru, Kontroli i Skarg Ministra Zdrowia oraz innych instytucji współpracujących, takich jak: Rzecznik Praw Dziecka, Rzecznik Ubezpieczonych przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, Naczelny Lekarz Więziennictwa, Konsultanci Krajowi, Wojewódzcy i Resortowi, Ośrodki Pomocy Społecznej, Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie, oraz Stowarzyszeń działających na rzecz pacjenta. Wyróżnić należy współpracę z Zespołem Administracji Publicznej, Zdrowia i Ochrony Praw Cudzoziemców Rzecznika Praw Obywatelskich oraz Biurem Praw Pacjenta przy Ministrze Zdrowia, prowadzoną przez Rzecznika Praw Pacjenta Centrali Funduszu, z uwagi na stały i bezpośredni kontakt.

W przypadku zgłaszania przez ubezpieczonych poważnych nieprawidłowości w placówkach zdrowotnych, Rzecznicy Praw Pacjenta wnosili o przeprowadzenie kontroli u świadczeniodawców.

W 2006 roku do Rzecznika Praw Pacjenta w Centrali NFZ wpłynęło 662 zgłoszeń pisemnych, z czego 105 wymagało działań interwencyjnych, stanowiących 15,9 % spraw.

Poza zgłoszeniami pisemnymi przyjmowano 20-25 zgłoszeń telefonicznych dziennie, co stanowi około 5 tysięcy rozmów rocznie oraz 3-5 zgłoszeń osobistych dziennie, to jest około 1 tysiąca wizyt rocznie.

Najczęściej zgłaszane problemy w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej

Podstawowa opieka zdrowotna

- ograniczony dostęp do świadczeń, zwłaszcza w sytuacjach nagłych oraz w zakresie diagnostyki ;

Leczenie ambulatoryjne

- ograniczony dostęp - długi okres oczekiwania na udzielenie świadczeń, zwłaszcza w poradniach kardiologicznych, endokrynologicznych, alergologicznych, hepatologicznych, chorób naczyni, reumatologicznych, okulistycznych.

Leczenie szpitalne

- ograniczony dostęp do leczenia specjalistycznego wskutek kolejek osób oczekujących na hospitalizację,
- pobieranie opłat za świadczenia objęte umową z NFZ,
- naruszanie praw pacjenta, zwłaszcza w zakresie poszanowania godności, intymności oraz ograniczanie dostępu do dokumentacji medycznej, a także niedostatecznej informacji o stanie zdrowia.

Rehabilitacja

- długie kolejki oczekujących na przyjęcie do oddziałów rehabilitacyjnych,
- trudności w uzyskaniu rehabilitacji po leczeniu szpitalnym lub po urazach w terminie nie grożącym wystąpieniem, utrwaleniem lub pogłębieniem się niepełnosprawności,
- nie przyjmowanie stanów przewlekle chorych na oddziały rehabilitacyjne.

Leczenie uzdrowiskowe

- zbyt długi okres oczekiwania na realizację wniosku,
- braku uzasadnienia odmowy potwierdzenia wniosku;

Stomatologia

- pobieranie opłat za świadczenia objęte umową,
- odmowy udzielenia świadczenia w sytuacjach nagłych,
- długie okresy oczekiwania w zakresie świadczeń ortodontyki i protetyki,
- zła jakość świadczeń,
- trudność w dostępie do dokumentacji;

Opieka psychiatryczna

- naruszenie praw pacjenta zwłaszcza w zakresie poszanowania godności, intymności i prawa do samostanowienia oraz informacji o stanie zdrowia;

Opieka długoterminowa

- problem w znalezieniu placówki, która przyjąłaby pacjenta po zakończeniu procesu leczenia szpitalnego,
- pomoc w ustaleniu świadczeniodawców, którzy podejmą współpracę przy sprawowaniu dalszej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa nad pacjentem w warunkach ambulatoryjnych.

Diagnostyka

- odmowy wystawiania przez lekarzy skierowań na badania bądź odmowy finansowania badań diagnostycznych i analitycznych.

Ponadto pacjenci wnosili o interwencje w sprawach

- dostępności do programów profilaktycznych, lekowych i terapeutycznych,
- przewlekłości postępowania urzędu w sprawach indywidualnych wniosków dotyczących pokrycia kosztów leczenia,
- trudności z kontynuacją leczenia wskutek wyczerpania środków finansowych przeznaczonych na daną terapię leczniczą.

W sytuacji, gdy świadczeniodawca pomimo podpisanej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nienależnie pobierał opłaty za udzielone świadczenia, wniesione przez świadczeniobiorców skargi (udokumentowane rachunkami) stanowiły podstawę do podejmowania czynności wyjaśniających i kontrolnych przez uprawnione komórki organizacyjne OW NFZ.

W przypadku potwierdzenia, iż świadczeniodawca nienależnie pobrał opłatę za świadczenie zdrowotne, w wyniku interwencji świadczeniobiorcy uzyskiwali zwrot poniesionych kosztów lub następowało anulowanie przez świadczeniodawców wezwania do zapłaty.

Działanie podejmowane w celu eliminacji naruszenia praw pacjenta

Akcje informacyjne i edukacyjne znacząco wpływały na poprawę sytuacji w w/w zakresie i realizowane były poprzez:

- udzielanie odpowiedzi i bieżącej informacji,
- zamieszczanie komunikatów i informacji na stronach internetowych NFZ,
- udzielanie odpowiedzi na pytania dziennikarzy,
- udział w dyżurach telefonicznych, organizowanych przez redakcje prasowe,
- spotkania edukacyjne z grupami środowiskowymi pacjentów,
- udział w konferencjach, naradach, spotkaniach poświęconych prawom pacjenta.

V. REALIZACJA ZADAŃ WYNIKAJĄCYCH Z PRZEPISÓW O KOORDYNACJI SYSTEMÓW ZABEZPIECZENIA SPOŁECZNEGO

1. Charakterystyka ogólna

Narodowy Fundusz Zdrowia pełni funkcję instytucji łącznikowej i właściwej, zgodnie z Rozporządzeniem Rady nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie. Zadania instytucji właściwej (instytucji miejsca zamieszkania oraz instytucji miejsca pobytu) Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje poprzez oddziały wojewódzkie NFZ, natomiast instytucji łącznikowej – poprzez Biuro Współpracy Międzynarodowej w Centrali NFZ.

Do najważniejszych zadań realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach przepisów o koordynacji należy:

- zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych i uprawnionych,
- prowadzenie ewidencji osób ubezpieczonych oraz uprawnionych,
- potwierdzanie faktu ubezpieczenia zdrowotnego,
- wydawanie zgód na przeprowadzenie leczenia planowanego lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim,
- utrzymywanie wzajemnych, bezpośrednich kontaktów z innymi instytucjami łącznikowymi i właściwymi państw członkowskich UE i EOG,
- opracowywanie wytycznych dotyczących stosowania przepisów wspólnotowych oraz przekazywania informacji o zmianach w tych przepisach wraz z ich interpretacją,
- informowanie osób ubezpieczonych o ich prawach wynikających z ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego,
- rozliczanie kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom uprawnionym oraz ubezpieczonym w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego,
- współpraca z instytucjami właściwymi w zakresie rozliczania tych kosztów,
- przetwarzanie danych dotyczących osób korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach koordynacji,
- analiza spraw i problemów merytorycznych zgłaszanych w związku z obsługą osób ubezpieczonych i uprawnionych w ramach koordynacji.

Na podstawie wyników analizy porównawczej danych dotyczących realizacji przez Fundusz zadań wynikających z przepisów o koordynacji w roku 2006 oraz w latach poprzednich, można zaobserwować zjawiska charakterystyczne dla rozwoju tego obszaru działalności w roku 2006:

1. Stały w czasie wzrost liczby zaświadczeń wydanych przez Fundusz potwierdzających uprawnienia osób ubezpieczonych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego EOG.
2. Wzrost bezwzględnej liczby osób uprawnionych z innych państw członkowskich, zamieszkałych na terenie Polski, które posiadają prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w pełnym zakresie na podstawie zarejestrowanego w Funduszu formularza E 106, E 109, E 120 lub E 121.
3. Wzrost o 250 % w porównaniu z rokiem poprzednim całkowitej kwoty roszczeń przedstawionych w roku 2006 przez państwa członkowskie EOG w związku ze świadczeniami udzielonymi osobom ubezpieczonym w Funduszu podczas czasowego pobytu na terenie innego państwa. Liczba formularzy rozliczeniowych, jakie wpłynęły do Centrali NFZ w roku 2006 wyniosła 36.538 (w roku 2005 liczba ta wyniosła 10.979 dokumentów). Na formularzach tych przedstawione zostały przez państwa członkowskie roszczenia w wysokości około 123.700.501,38 PLN (przeliczenie na walutę polską dokonane zgodnie z tabelą kursów średnich NBP nr 252/A/NBP/2006 z dnia 29 grudnia 2006 r. oraz tabelą kursów średnich NBP nr 52/B/NBP/2006 z dnia 27 grudnia 2006 r.). Średni koszt świadczeń rozliczonych na 1 formularzu rozliczeniowym wzrósł przy tym o ok. 165,79 PLN (z 3.219,74 PLN w roku 2005 do 3.385,53 PLN roku 2006).
4. Wzrost liczby osób uprawnionych korzystających na terenie Polski ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Liczba formularzy rozliczeniowych E 125, jakie zostały przesłane w roku 2006 do innych państw członkowskich wzrosła o 116 % w porównaniu do roku poprzedniego (wzrost z 5.608 w roku 2005 do 12.112 w roku 2006). Formularze te objęły rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym w II połowie roku 2005 oraz I połowie roku 2006. Całkowite koszty świadczeń wykazane na tych formularzach wzrosły o 56 % w porównaniu do roku poprzedniego i wyniosły 14.329.405,74 PLN. Średnia wysokość kosztu świadczeń rozliczonych na 1 formularzu rozliczeniowym spadła o ok. 455,10 PLN (z 1.638,18 PLN w roku 2005 do 1.183,08 PLN roku 2006).

Konsekwencją powyższych zjawisk był stały wzrost kosztów administracyjnych ponoszonych przez Fundusz na realizację zadań wynikających z przepisów o koordynacji oraz wzrost środków finansowych potrzebnych na rozliczanie z innymi państwami członkowskimi EOG kosztów udzielonych świadczeń.

2. Uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji

Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach pełnienia funkcji instytucji właściwej, instytucji miejsca zamieszkania oraz instytucji miejsca pobytu realizuje następujące zadania w ramach potwierdzania uprawnień do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji:

- w stosunku do osób ubezpieczonych w Funduszu:
 - wydawanie zaświadczeń o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym podczas czasowego pobytu na terenie innego państwa członkowskiego (EKUZ, Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ),

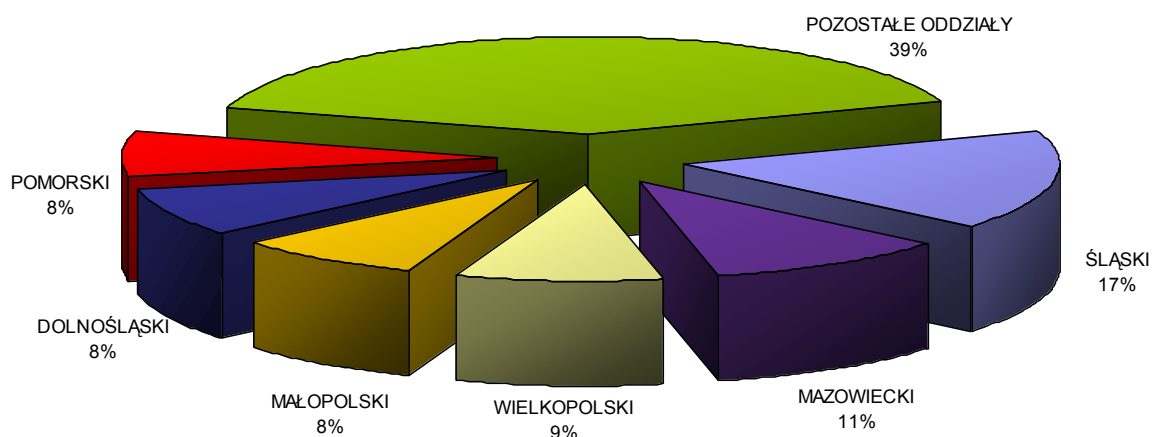
- wydawanie zaświadczeń o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej w pełnym zakresie w związku z przeniesieniem miejsca zamieszkania na teren innego państwa członkowskiego EOG (formularze: E 106, E 109, E 120 oraz E 121),
- wydawanie zaświadczeń o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej w indywidualnie określonym zakresie w związku z koniecznością kontynuacji leczenia na terenie innego państwa członkowskiego skutków choroby zawodowej lub wypadku przy pracy (formularz E 123),
- potwierdzanie przebytych okresów składkowych w ramach polskiego systemu ubezpieczenia zdrowotnego (formularz E 104)
- w stosunku do osób uprawnionych z innych państw członkowskich:
 - wydawanie poświadczeń potwierdzających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w pełnym zakresie w związku z przeniesieniem miejsca zamieszkania na teren Polski – na podstawie zarejestrowanego formularza E 106, E 109, E 120 oraz E 121,
 - wydawanie zaświadczeń o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym podczas czasowego pobytu na terenie innego państwa członkowskiego (EKUZ, Certyfikat Tymczasowo Zastępujący EKUZ) – w stosunku do osób uprawnionych, które zarejestrowały w Funduszu formularz E 109 lub E 121,

2.1. Zaświadczenia wydane przez Fundusz osobom ubezpieczonym

W roku 2006 oddziały wojewódzkie NFZ wystawiły łącznie 1.178.928 zaświadczeń potwierdzających prawo do świadczeń zdrowotnych na terenie innych państw członkowskich EOG. Z całkowitej liczby wydanych zaświadczeń, 99,64 % dokumentów potwierdzało uprawnienia do świadczeń w zakresie niezbędnym podczas pobytu czasowego na terenie innego państwa członkowskiego EOG. Pozostałe dokumenty związane były z przeniesieniem miejsca zamieszkania na teren innego państwa członkowskiego EOG.

Analogicznie jak w latach poprzednich, największa liczba zaświadczeń została wydana przez Śląski Oddział Wojewódzki NFZ, który w roku 2006 wystawił łącznie 195.344 dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń (17 % całkowitej liczby dokumentów). Kolejnymi oddziałami pod względem liczby wydanych dokumentów były: Mazowiecki, Wielkopolski, Małopolski, Dolnośląski oraz Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ. Oddziały te wystawiły łącznie 61 % całkowitej liczby zaświadczeń wydanych przez Fundusz w roku 2006, co przedstawia poniższy wykres.

Struktura % zaświadczeń wydanych przez Fundusz w roku 2006 wg oddziałów wojewódzkich NFZ



Szczegółowe informacje dotyczące struktury rodzajowej dokumentów wydanych przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ prezentuje poniższa tabela.

Struktura rodzajowa zaświadczeń wydanych przez Fundusz w roku 2006 wg oddziałów wojewódzkich NFZ

Oddział wojewódzki	EKUZ	Certyfikat	E 104	E 106	E 109	E 120	E 121	E 123	ŁĄCZNIE
ŚLĄSKI	190 494	4 480	260	99	9	0	0	2	195 344
MAZOWIECKI	122 868	874	172	488	5	0	435	49	124 891
WIELKOPOLSKI	97 905	6 770	213	77	12	0	0	10	104 987
MAŁOPOLSKI	89 716	7 043	203	106	14	0	0	6	97 088
DOLNOŚLĄSKI	93 010	1 949	295	94	11	0	0	2	95 361
POMORSKI	88 503	570	153	49	2	0	0	0	89 277
ZACHODNIOPOMORSKI	67 916	674	127	116	5	0	0	35	68 873
KUJAWSKO-POMORSKI	59 181	2 503	98	41	2	0	0	1	61 826
ŁÓDZKI	60 220	382	53	48	4	0	0	1	60 708
PODKARPACKI	58 741	638	102	20	2	0	0	0	59 503
LUBELSKI	46 106	461	111	21	0	0	0	0	46 699
OPOLSKI	43 704	286	87	16	3	0	0	0	44 096
WARMIŃSKO-MAZURSKI	35 973	522	217	19	2	0	0	1	36 734
LUBUSKI	32 090	338	45	39	1	0	0	2	32 515
PODLASKI	30 470	211	102	10	1	0	0	1	30 795
ŚWIĘTOKRZYSKI	29 544	613	47	27	0	0	0	0	30 231
ŁĄCZNIE	1 146 441	28 314	2 285	1 270	73	0	435	110	1 178 928

Biorąc pod uwagę liczbę ubezpieczonych na terenie poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ, najwyższy wskaźnik wydanych zaświadczeń przypadających na 1.000 osób ubezpieczonych został odnotowany w Opolskim OW NFZ. W oddziale tym na każde 1.000 osób ubezpieczonych wydanych zostało 46 druków, przy średniej dla Polski na poziomie 31 dokumentów (wskaźnik 146,2). Wskaźnik ten plasował się widocznie powyżej średniej w przypadku oddziałów przygranicznych, położonych w południowej i zachodniej części kraju: Śląskiego, Pomorskiego oraz Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Najniższe zainteresowanie ubezpieczonych dokumentami potwierdzającymi prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie innego państwa członkowskiego zostało odnotowane w przypadku oddziałów położonych we wschodniej i południowo-wschodniej oraz centralnej części kraju: Lubelskim Świętokrzyskim, Łódzkim, Mazowiecki oraz Warmińsko-Mazurskim Oddziale Wojewódzkim NFZ.

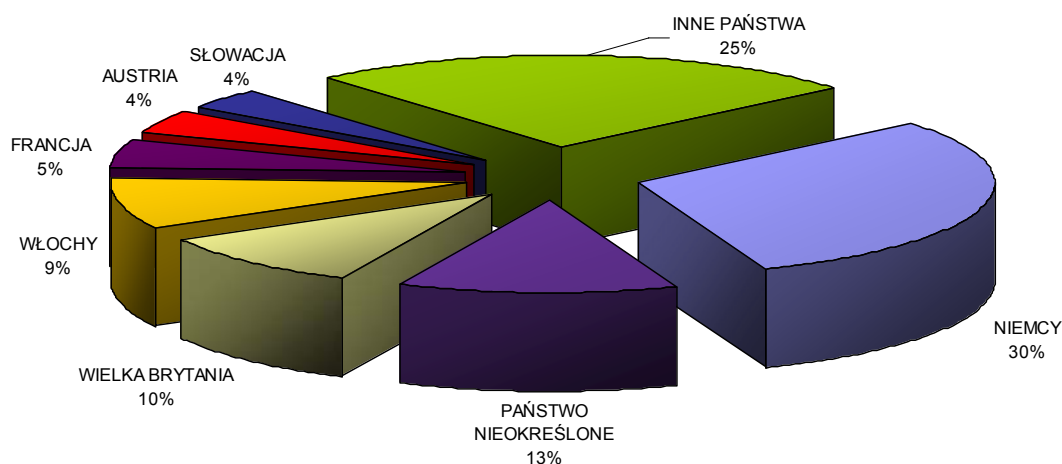
Wskaźnik liczby zaświadczeń wydanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w roku 2006 w przeliczeniu na 1.000 ubezpieczonych

Oddział Wojewódzki NFZ	Liczba wydanych dokumentów	Liczba ubezpieczonych wg stanu na 29.12.2006	Liczba wydanych dokumentów na 1000 ubezpieczonych	Wartość procentowa wskaźnika (dla Polski = 100 %)
OPOLSKI	44 096	966 370	46	146,2
ŚLĄSKI	195 344	4 570 180	43	136,9
POMORSKI	89 277	2 194 818	41	130,3
ZACHODNIOPOMORSKI	68 873	1 695 071	41	130,2
DOLNOŚLĄSKI	95 361	2 849 214	33	107,2
LUBUSKI	32 515	1 009 423	32	103,2
WIELKOPOLSKI	104 987	3 372 924	31	99,7
MAŁOPOLSKI	97 088	3 186 421	30	97,6
KUJAWSKO-POMORSKI	61 826	2 076 557	30	95,4
PODKARPACKI	59 503	2 086 416	29	91,4
PODLASKI	30 795	1 183 260	26	83,4
WARMIŃSKO-MAZURSKI	36 734	1 439 681	26	81,7
MAZOWIECKI	124 891	5 093 538	25	78,5
ŁÓDZKI	60 708	2 551 706	24	76,2
ŚWIĘTOKRZYSKI	30 231	1 291 101	23	75,0
LUBELSKI	46 699	2 199 714	21	68,0
ŁĄCZNIE	1 178 928	37 766 394	31	100,0

Zgodnie z deklaracją ubezpieczonych wskazaną na wniosku o wydanie dokumentu, 357.628 wydanych zaświadczeń, tj. 30 % całkowitej liczby dokumentów było związanych z pobytem czasowym na terenie Niemiec. Wśród kolejnych pod względem liczby wydanych dokumentów znalazły się: Wielka Brytania (10 %), Włochy (9 %), Francja (5 %) oraz Austria i Słowacja (po 4 %). W związku z wyjazdem osób ubezpieczonych do jednego z sześciu ww. państw wydano w sumie 62 % łącznej liczby zaświadczeń wystawionych przez Fundusz w roku 2006 (wykres poniżej). Dane dotyczące liczby zaświadczeń wydanych w związku z pobytem na terenie poszczególnych państw członkowskich wg rodzaju dokumentu przedstawione zostały w tabeli poniżej.

W związku z przystąpieniem z dniem 1 stycznia 2007 roku do Unii Europejskiej Bułgarii lub Rumunii, w ostatnim miesiącu roku wystawiono ponadto pierwsze dokumenty, które potwierdzały prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej od dnia 1 stycznia 2007 roku.

**Struktura % zaświadczeń wydanych przez Fundusz w roku 2006
wg deklarowanego państwa pobytu/ państwa zamieszkania**



**Liczby zaświadczeń wydanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w roku 2006
wg deklarowanego państw pobytu/ państwa zamieszkania oraz rodzaju dokumentu**

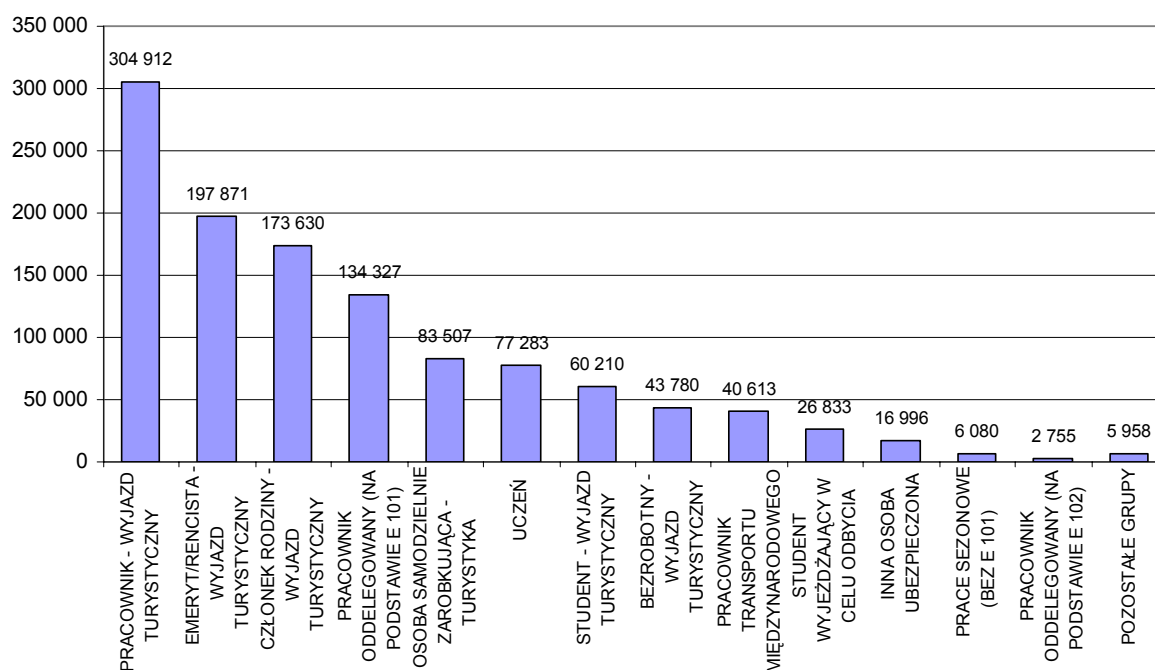
Państwo UE/EFTA	EKUZ	Certyfikat	E 104	E 106	E 109	E 120	E 121	E 123	ŁĄCZNIE
NIEMCY	343 536	12 759	556	376	57	0	256	88	357 628
PAŃSTWO NIEOKREŚLONE	148 994	119	0	0	0	0	0	0	149 113
WIELKA BRYTANIA	114 936	2 191	22	48	2	0	12	0	117 211
WŁOCHY	103 235	2 037	15	72	1	0	9	0	105 369
FRANCJA	59 207	1 551	96	41	1	0	42	17	60 955
AUSTRIA	45 698	1 454	51	21	3	0	18	1	47 246
SŁOWACJA	43 858	1 049	6	27	0	0	1	0	44 941
HISZPANIA	37 279	742	10	15	1	0	12	0	38 059
IRLANDIA	34 770	855	64	5	1	0	1	0	35 696
GRECJA	32 380	394	26	21	1	0	4	0	32 826
SZWECJA	28 428	841	82	11	0	0	18	0	29 380
HOLANDIA	26 710	857	29	71	1	0	7	0	27 675
BELGIA	24 633	842	177	153	2	0	3	4	25 814
CZECHY	23 590	719	55	197	1	0	41	0	24 603
WĘGRY	19 205	388	4	51	0	0	2	0	19 650
NORWEGIA	14 874	346	13	26	0	0	1	0	15 260
DANIA	12 931	546	89	15	0	0	1	0	13 582
LITWA	8 643	116	0	15	0	0	1	0	8 775
PORTUGALIA	4 731	40	4	8	0	0	1	0	4 784
FINLANDIA	4 286	115	12	7	0	0	0	0	4 420
SŁOWENIA	3 420	71	1	5	0	0	0	0	3 497
SZWAJCARIA	2 859	47	1	53	0	0	2	0	2 962
ISLANDIA	1 489	60	967	0	0	0	0	0	2 516
CYPR	2 354	28	1	1	0	0	2	0	2 386
MALTA	1 597	66	0	2	0	0	1	0	1 666
LUKSEMBURG	1 080	32	2	18	2	0	0	0	1 134
ŁOTWA	939	27	0	5	0	0	0	0	971
ESTONIA	701	22	0	6	0	0	0	0	729
LIECHTENSTEIN	64	0	2	0	0	0	0	0	66
RUMUNIA	8	0	0	0	0	0	0	0	8
BUŁGARIA	6	0	0	0	0	0	0	0	6
ŁĄCZNIE	1 146 441	28 314	2 285	1 270	73	0	435	110	1 178 928

Analizując strukturę Europejskich Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz Certyfikatów Tymczasowo Zastępujących EKUZ pod kątem grup osób ubezpieczonych, które wniosowały o wydanie dokumentu, 25,96 % druków otrzymali pracownicy wyjeżdżający turystycznie na teren innego państwa członkowskiego, emeryci i renciści – wyjazd turystyczny (16,89 %) oraz osoby ubezpieczone jako członkowie rodzin – wyjazd turystyczny (14,78 %), co przedstawia wykres poniżej.

Dla osób delegowanych do pracy na terenie innego państwa członkowskiego oddziały wojewódzkie NFZ wydały 138.161 dokumentów, tj. 11,76 % łącznej liczby wydanych kart EKUZ oraz Certyfikatów Tymczasowo Zastępujących EKUZ.

26.833 dokumenty związane były natomiast z podjęciem przez osoby ubezpieczone w NFZ studiów na terenie innego państwa członkowskiego.

Struktura wydanych Europejskich Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) oraz Certyfikatów Tymczasowo Zastępujących EKUZ wg grup uprawnień



2.2. Poświadczenia wydane na podstawie zarejestrowanych formularzy przedstawionych przez osoby uprawnione

W roku 2006 Narodowy Fundusz Zdrowia wydał osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji ogółem 12.645 poświadczeń do zarejestrowanych formularzy E 106, E 109, E 120 oraz E 121, które uprawniały do korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie Polski.

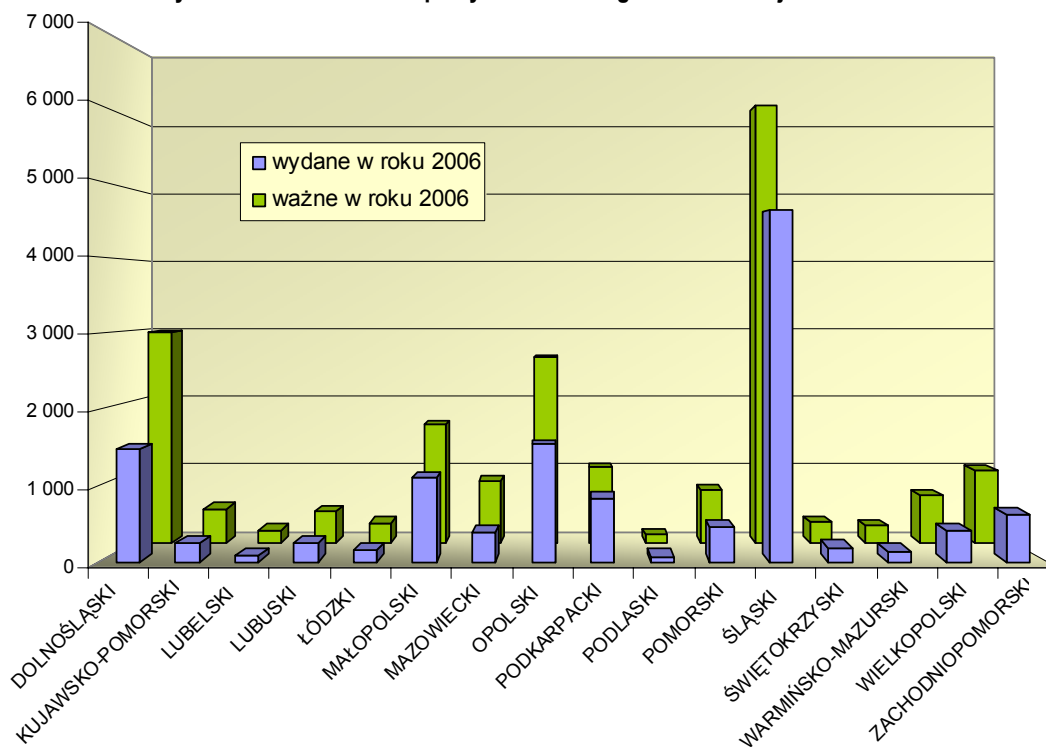
Całkowita liczba uprawnionych do korzystania ze świadczeń w roku 2006, którzy otrzymali poświadczenia zarówno w roku 2006, jak i w latach poprzednich wyniosła natomiast 19.914

osób. Liczba ta systematycznie rosła pomimo obserwowanego nieznacznego względnego spadku liczby poświadczeń wydawanych w kolejnych kwartałach roku 2006 w porównaniu z analogicznymi kwartałami w latach poprzednich.

Bezwzględny wzrost liczby osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń na terenie Polski w pełnym zakresie wynikał z faktu zarejestrowania w latach poprzednich formularzy E 106, E 109, E 120 oraz E 121, dla których nie został określony termin ważności dokumentu.

Wśród oddziałów wojewódzkich NFZ, w których w roku 2006 osoby uprawnione zarejestrowały największą liczbę formularzy znajdowały się oddziały położone w południowo – zachodniej oraz południowej części kraju: Śląski (4.612), Opolski (1.541), Dolnośląski (1.490) i Małopolski (1.116) – wykres poniżej. Najwyższy, stały w czasie, udział wymienionych oddziałów wojewódzkich NFZ jest charakterystyczny w strukturze terytorialnej wydanych poświadczeń zarówno w roku 2005, jak i w roku 2006.

Liczba osób uprawnionych, które otrzymały poświadczenia w roku 2006 oraz liczba osób, które posiadały prawo do korzystania ze świadczeń w pełnym zakresie wg oddziałów wojewódzkich NFZ



Z całkowitej liczby wydanych dokumentów 73,59 % stanowiły poświadczenia wydane w ślad za zarejestrowanym formularzem E 106, zaś kolejne 19,80 % to dokumenty, dla których podstawę wydania stanowił formularz E 109. Dane szczegółowe dotyczące struktury wydanych/ ważnych w roku 2006 poświadczeń wg rodzaju zarejestrowanego dokumentu i oddziału rejestrującego zostały przedstawione w poniższej tabeli.

Struktura poświadczeń wydanych przez Fundusz w roku 2006/ ważnych w roku 2006 wg rodzaju formularza, dla którego wydano poświadczenie oraz oddziału wojewódzkiego NFZ

Lp.	Oddział	Liczba poświadczeń według dokumentów, na podstawie których zostały wydane							
		wydanych w roku 2006				ważnych w roku 2006			
		E 106	E 109	E 120	E 121	E 106	E 109	E 120	E 121
1	DOLNOŚLĄSKI	1 227	161	0	102	2 421	287	1	269
2	KUJAWSKO-POMORSKI	131	73	0	57	223	106	1	155
3	LUBELSKI	30	36	0	21	64	52	0	61
4	LUBUSKI	144	62	0	36	271	95	0	83
5	ŁÓDZKI	52	40	0	65	87	53	0	147
6	MAŁOPOLSKI	882	155	0	79	1 213	232	0	221
7	MAZOWIECKI	254	54	0	88	484	93	0	293
8	OPOLSKI	1 122	392	2	25	1 936	622	2	72
9	PODKARPACKI	693	108	0	41	798	146	0	125
10	PODLASKI	16	48	0	7	29	63	0	32
11	POMORSKI	170	236	2	52	265	306	2	169
12	ŚLĄSKI	3 836	686	1	89	4 906	1 006	1	264
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	127	50	0	13	204	43	0	48
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	52	53	0	39	76	85	0	92
15	WIELKOPOLSKI	235	117	0	64	339	158	0	177
16	ZACHODNIOPOMORSKI	334	233	0	53	573	323	0	140
ŁĄCZNIE		9 305	2 504	5	831	13 889	3 670	7	2 348

3. Świadczenia zrealizowane na podstawie przepisów o koordynacji

Wielkości przedstawione w tej części sprawozdania dotyczą rozliczeń kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia zdrowotnego w roku 2005 i 2006, dla których roszczenia na formularzach rozliczeniowych E 125 wystawionych przez Fundusz lub przez inne państwa członkowskie EOG przedstawione zostały w roku 2006.

3.1. Struktura roszczeń zgłoszonych przez państwa członkowskie EOG w związku z leczeniem osób ubezpieczonych w Funduszu oraz stan zobowiązań RP na dzień 31.12.2006 r.

W roku 2006 do Centrali NFZ wpłynęły 82 noty rozliczeniowe wystawione przez 24 państwa członkowskie EOG, do których instytucje załączyły łącznie 36.538 formularzy E 125. Na formularzach tych dokonano rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym w łącznej wysokości około 123.700.501,38 PLN.³⁴

W porównaniu z rokiem poprzednim całkowita kwota roszczeń była prawie trzy i półkrotnie wyższa (wartość świadczeń rozliczonych na 10.979 formularzach, które wpłynęły do Funduszu w roku 2005 wyniosła około 35.349.484,84 PLN).¹

³⁴ przeliczenie na walutę polską dokonane zgodnie z tabelą kursów średnich NBP nr 252/A/NBP/2006 z dnia 29 grudnia 2006 oraz tabelą kursów średnich NBP nr 52/B/NBP/2006 z dnia 27 grudnia 2006

Struktura rozliczeń przedstawionych przez poszczególne państwa członkowskie kształtowała się w sposób analogiczny do obserwowanej w latach poprzednich: 66,79 % łącznej wartości świadczeń dotyczyła roszczeń przedstawionych przez instytucje niemieckie, 8,54 % – przez instytucje szwedzkie, 6,30 % – przez instytucje francuskie, 6,08 % – przez instytucje włoskie oraz 4,54 % – przez instytucje austriackie (tabela poniżej). Roszczenia przedstawione przez pozostałe 20 państw członkowskich, które przedstawiły formularze rozliczeniowe w roku 2006, stanowiły jedynie 7,75 % całkowitej kwoty roszczeń.

Struktura roszczeń zgłoszonych w roku 2006 przez poszczególne państwa członkowskie

Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (PLN)
Niemcy	25 708	82 625 620,50
Austria	2 337	5 610 335,53
Szwecja	1 697	10 560 548,31
Francja	1 419	7 795 335,28
Czechy	1 134	1 245 821,84
Hiszpania	1 125	969 411,75
Holandia	789	3 215 201,05
Włochy	686	7 523 693,23
Belgia	672	2 146 429,99
Słowacja	280	262 997,49
Słowenia	108	101 744,30
Luksemburg	110	549 634,53
Finlandia	94	101 177,36
Estonia	66	21 960,22
Dania	53	48 657,96
Węgry	72	17 416,01
Litwa	51	35 996,84
Portugalia	47	6 751,78
Norwegia	45	810 078,56
Szwajcaria	14	5 070,84
Islandia	14	5 281,84
Malta	5	26 518,65
Łotwa	0	0,00
Cypr	7	9 730,10
Liechtenstein	5	5 087,42
RAZEM	36 538	123 700 501,38

Średni koszt świadczeń rozliczonych na 1 formularzu rozliczeniowym wzrósł o ok. 165,79 PLN (z 3.219,74 PLN w roku 2005 do 3.385,53 PLN roku 2006). W zależności od państwa przedstawiającego roszczenie wysokość kosztu średniego w PLN przypadającego na 1 formularz w roku 2006 cechowały przy tym znaczne odchylenia.

Najwyższy koszt średni świadczeń przypadający na 1 formularz w wysokości 18.001,75 PLN odnotowany został w przypadku dokumentów wystawionych przez instytucje norweskie, jednak zaznaczyć należy, iż rozliczenia te obejmowały w większości przypadki wysokokosztowych świadczeń udzielonych w ramach leczenia szpitalnego.

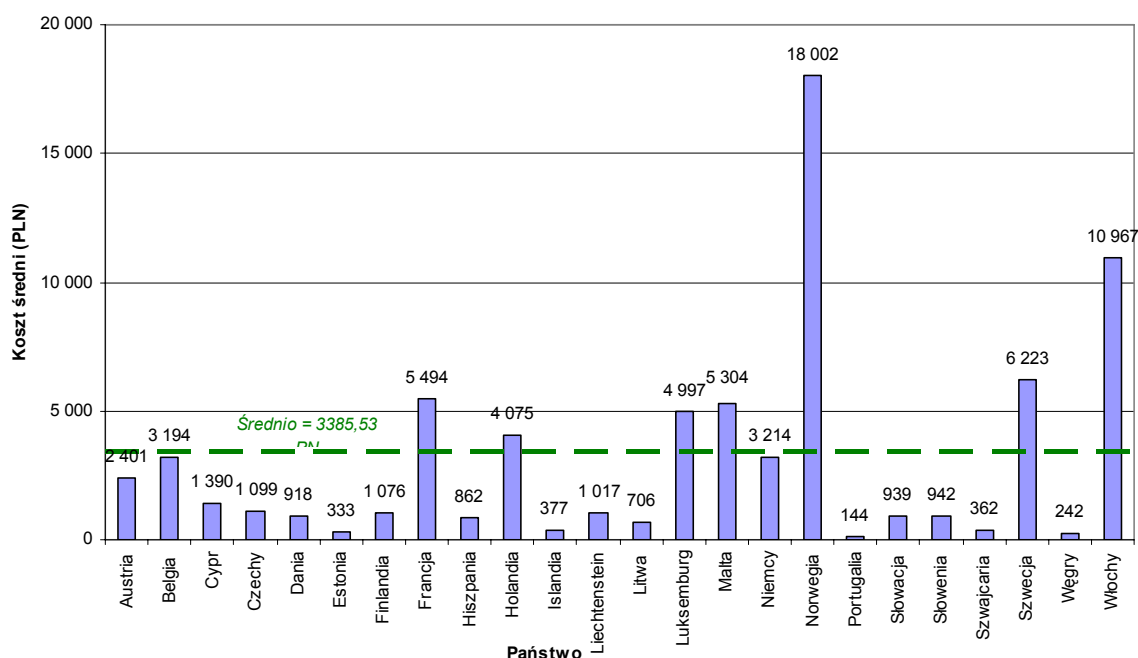
Koszt średni w widoczny sposób przewyższający wartość średniej dla wszystkich państw został odnotowany w przypadku roszczeń: włoskich (10 967,48 PLN), szwedzkich (6 223,07 PLN), francuskich (5 493,54 PLN), a także dla roszczeń przedstawionych przez Maltę (5 303,73 PLN), Luksemburg (4 996,68 PLN) oraz Holandię (4 075,03 PLN).

Najniższą wysokość kosztów średnich przypadających na 1 formularz rozliczeniowy odnotowano w przypadku roszczeń przedstawionych przez Portugalię, Węgry, Estonię, Szwajcarię i Islandię, jednak zaznaczyć należy, iż wartości te mogą nie być miarodajne z uwagi na małą liczbę formularzy, na podstawie których określona została wartość średnia.

W przypadku największego partnera Polski w zakresie realizacji przepisów o koordynacji – Niemiec, wysokość kosztu średniego ukształtowała się na poziomie 3.214 PLN. Wartość ta determinowała wysokość średniego kosztu odnotowanego dla wszystkich państw.

Porównanie wysokości kosztów średnich ilustruje niżej zamieszczony wykres.

Porównanie kosztów średnich świadczeń rozliczonych na 1 formularzu rozliczeniowym przedstawionych przez państwa członkowskie (w PLN)



W II połowie 2006 roku Narodowy Fundusz Zdrowia uregulował, zgodnie z przyjętym harmonogramem rozliczeń, zobowiązania w stosunku do pięciu państw członkowskich: Czech, Francji, Niemiec, Słowacji oraz Słowenii. Spłata zobowiązań została przeprowadzona w odniesieniu do przedstawionych przez ww. państwa formularzy E 125, załączonych do 23 not obciążeniowych, w stosunku do których oddziały wojewódzkie NFZ zakończyły proces weryfikacji zasadności zwrotu instytucji miejsca pobytu kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym. Łączna wysokość kwot uregulowanych wyniosła 7.065.894,00 PLN (przeliczenie na walutę polską przeprowadzone zostało zgodnie z kursem obowiązującym w dniu dokonania zapłaty).

Informacje szczegółowe zawiera poniższa tabela.

**Płatności dokonane przez Narodowy Fundusz Zdrowia wg roku wpływu roszczenia
oraz daty udzielenia świadczenia przedstawionego na załączonym do noty formularzu E 125**

Rok wpływu noty	Data udzielenia świadczenia		Parametr	Wartość	
	Rok	Kwartał			
2004	2004	II	Liczba formularzy Kwota zapłacona w PLN	18 95 132,51	
		III	Liczba formularzy Kwota zapłacona w PLN	1 12 570,78	
2005	2004	II	Liczba formularzy Kwota zapłacona w PLN	565 1 713 527,14	
		III	Liczba formularzy Kwota zapłacona w PLN	791 2 556 384,19	
		IV	Liczba formularzy Kwota zapłacona w PLN	527 1 532 237,37	
	2005	I	Liczba formularzy Kwota zapłacona w PLN	329 628 549,93	
		II	Liczba formularzy Kwota zapłacona w PLN	234 299 848,63	
		III	Liczba formularzy Kwota zapłacona w PLN	31 48 981,45	
		IV	Liczba formularzy Kwota zapłacona w PLN	3 2 730,98	
	2006	2004	II	Liczba formularzy Kwota zapłacona w PLN	7 5 906,02
			III	Liczba formularzy Kwota zapłacona w PLN	9 1 616,39
			IV	Liczba formularzy Kwota zapłacona w PLN	17 21 251,66
2005		I	Liczba formularzy Kwota zapłacona w PLN	49 67 609,31	
		II	Liczba formularzy Kwota zapłacona w PLN	130 54 520,96	
		III	Liczba formularzy Kwota zapłacona w PLN	25 25 026,68	
Łączna liczba formularzy			2736		
Łączna kwota zapłacona w PLN			7 065 894,00		

W ramach dokonanych płatności rozliczonych zostało 2.736 formularzy E 125, w tym 1.121 dokumentów wystawionych przez instytucje czeskie (40,86 % opłaconych formularzy), 704 – przez instytucje francuskie (25,78 %), 712 – przez instytucje niemieckie (26,07 %), 125 – przez instytucje słowackie (4,58 %) oraz 174 dokumenty wystawione przez instytucje słoweńskie (6,37 %).

Z ogólnej kwoty płatności dokonanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia:

- kwota w wysokości: 107 703,29 zł, stanowiąca 1,52 % całkowitej wartości dokonanych przelewów, dotyczyła rozliczenia not przekazanych przez instytucje ww. państw członkowskich w roku 2004 (rozliczenie objęło 19 formularzy, tj. 0,70 % wszystkich opłaconych dokumentów),
- kwota w wysokości: 6 782 259,69 zł, stanowiąca 95,97 % całkowitej wartości dokonanych przelewów, dotyczyła rozliczenia not przekazanych przez instytucje ww. państw członkowskich w roku 2005 (rozliczenie objęło 2.480 formularzy, tj. 90,81 % wszystkich opłaconych dokumentów). Formularze w tej grupie w 1.932 przypadkach dotyczyły rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych w roku 2004, pozostałe 548 dokumentów związane było ze świadczeniami udzielonymi w I-III kwartale roku 2005,

- kwota w wysokości: 175 931,02 zł, stanowiąca 2,50 % całkowitej wartości dokonanych przelewów, objęła rozliczenie not przekazanych przez instytucje ww. państw członkowskich w roku 2006 (rozliczenie objęło 237 formularzy, tj. 8,50 % wszystkich opłaconych dokumentów). Formularze w tej grupie w 34 przypadkach dotyczyły rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych w II-IV kwartale roku 2004, pozostałe 203 dokumenty związane były ze świadczeniami udzielonymi w I-III kwartale roku 2005.

Wg stanu na dzień 31 grudnia 2006 roku, w latach 2004-2006 do Centrali NFZ wpłynęły 142 noty rozliczeniowe na łączną kwotę 159.412.713,71 PLN, obejmujące 47.602 formularze E 125.³⁵

Stan zobowiązań Narodowego Funduszu Zdrowia na dzień 31 grudnia 2006 z tytułu świadczeń rozliczanych wg kosztu rzeczywistego, które udzielone zostały osobom ubezpieczonym przedstawiają poniższe tabele.

Stan rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym na dzień 31 grudnia 2006 roku (rozliczenia wg kosztów rzeczywistych) – wartości świadczeń w walutach obcych

Państwo	Waluta	Stan rozliczeń na dzień 31.12.2006			
		Liczba formularzy rozliczeniowych otrzymanych w latach 2004-2006	Kwota roszczeń otrzymanych w latach 2004-2006 w walucie obcej	Kwota zapłacona w walucie obcej	Pozostała kwota do zapłaty w walucie obcej - stan zobowiązań NFZ
Austria	EUR	3 137	2 177 777,82	0,00	2 177 777,82
Belgia	EUR	938	823 180,15	0,00	823 180,15
Cypr	CYP	7	3 313,05	0,00	3 313,05
Czechy	CZK	2 069	14 978 585,01	5 754 007,23	9 224 577,78
Dania	DKK	74	132 045,75	0,00	132 045,75
Estonia	EEK	95	111 882,75	0,00	111 882,75
Finlandia	EUR	152	55 526,36	0,00	55 526,36
Francja	EUR	1 455	3 159 709,84	770 184,77	2 389 525,07
Hiszpania	EUR	1 669	447 029,17	0,00	447 029,17
Holandia	EUR	1 405	1 674 319,76	0,00	1 674 319,76
Islandia	ISK	14	167 646,00	0,00	167 646,00
Liechtenstein	CHF	5	2 215,35	0,00	2 215,35
Litwa	LTL	70	58 098,30	0,00	58 098,30
Luksemburg	EUR	153	165 088,83	0,00	165 088,83
Łotwa	LVL	8	471,38	0,00	471,38
Malta	MTL	11	5 810,00	0,00	5 810,00
Niemcy	EUR	31 696	26 005 847,59	823 320,52	25 182 527,07
Norwegia	NOK	45	1 747 742,30	0,00	1 747 742,30
Portugalia	EUR	47	2 539,70	0,00	2 539,70
Słowacja	SKK	425	3 359 852,85	833 939,33	2 525 913,52
Słowenia	SIT	207	19 787 193,74	18 585,94	19 768 607,80
Szwajcaria	CHF	14	2 126,85	0,00	2 126,85
Szwecja	SEK	2 188	31 907 569,21	0,00	31 907 569,21
Węgry	HUF	72	1 746 257,00	0,00	1 746 257,00
Włochy	EUR	943	2 562 938,70	0,00	2 562 938,70
RAZEM		46 899			

³⁵ przeliczenie na walutę polską dokonane zgodnie z tabelą kursów średnich NBP nr 252/A/NBP/2006 z dnia 29 grudnia 2006 oraz tabelą kursów średnich NBP nr 52/B/NBP/2006 z dnia 27 grudnia 2006

**Stan rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym na dzień 31 grudnia 2006 roku
(rozliczenia wg kosztów rzeczywistych) – wartości świadczeń przeliczone na PLN**

Państwo	Stan rozliczeń na dzień 31.12.2006			
	Liczba formularzy rozliczeniowych otrzymanych w latach 2004-2006	Kwota roszczeń otrzymanych w latach 2004-2006 w PLN *	Kwota zapłacona w PLN **	Pozostała kwota do zapłaty w PLN - stan zobowiązań NFZ
Austria	3 137	8 343 502,38	0,00	8 343 502,38
Belgia	938	3 153 767,79	0,00	3 153 767,79
Cypr	7	21 960,22	0,00	21 960,22
Czechy	2 069	2 086 516,89	815 971,45	1 270 545,44
Dania	74	67 858,31	0,00	67 858,31
Estonia	95	27 400,09	0,00	27 400,09
Finlandia	152	212 732,59	0,00	212 732,59
Francja	1 455	12 105 480,34	2 932 093,42	9 173 386,92
Hiszpania	1 669	1 712 658,16	0,00	1 712 658,16
Holandia	1 405	6 414 653,86	0,00	6 414 653,86
Islandia	14	6 751,78	0,00	6 751,78
Liechtenstein	5	5 281,84	0,00	5 281,84
Litwa	70	64 465,87	0,00	64 465,87
Luksemburg	153	632 488,33	0,00	632 488,33
Łotwa	8	2 590,47	0,00	2 590,47
Malta	11	51 855,99	0,00	51 855,99
Niemcy	31 696	99 633 603,29	3 154 552,56	96 479 050,73
Norwegia	45	810 078,56	0,00	810 078,56
Portugalia	47	9 730,10	0,00	9 730,10
Słowacja	425	372 607,68	91 149,57	281 458,11
Słowenia	207	316 337,87	72 127,00	244 210,87
Szwajcaria	14	5 070,84	0,00	5 070,84
Szwecja	2 188	13 509 664,80	0,00	13 509 664,80
Węgry	72	26 518,66	0,00	26 518,66
Włochy	943	9 819 130,75	0,00	9 819 130,75
RAZEM	46 899	159 412 707,44	7 065 894,00	152 346 813,44

* kwoty roszczeń w PLN przeliczone zgodnie z tabelami kursów średnich NBP nr 252/A/NBP/2006 z dnia 2006-12-29 i nr 52/B/NBP/2006 z dnia 2006-12-27

** kwoty zapłacone przeliczone zgodnie z kursem walut obowiązującym na dzień dokonania zapłaty

3.2. Struktura roszczeń przekazanych przez Fundusz państwom członkowskim EOG w związku z leczeniem osób uprawnionych na terenie Polski oraz stan wierzytelności RP na dzień 31.12.2006

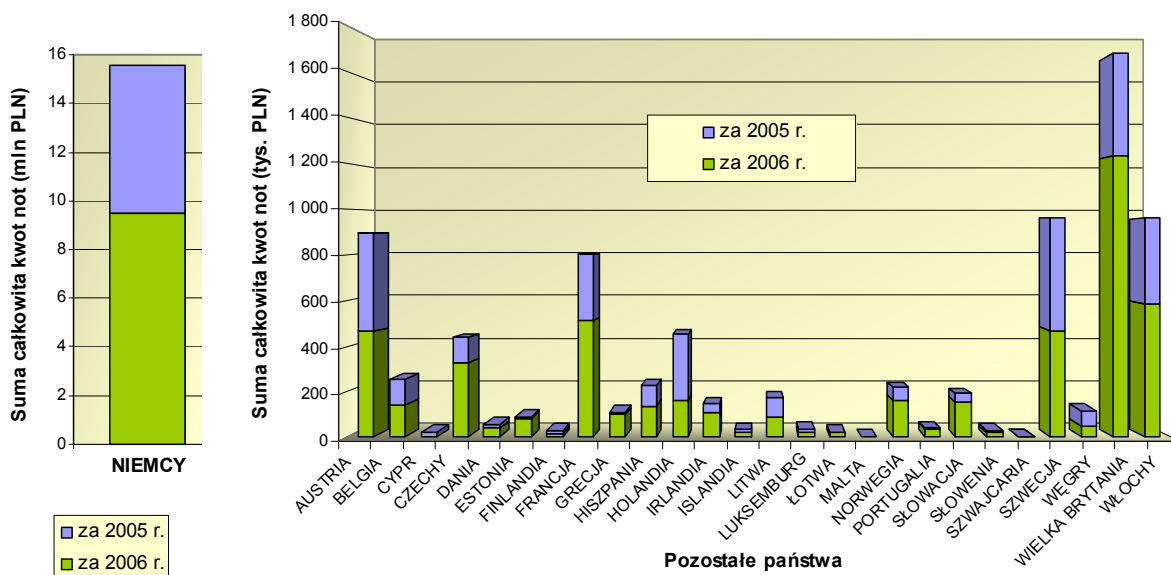
W roku 2006 Narodowy Fundusz Zdrowia wystawił 51 not rozliczeniowych związanych z rozliczeniem kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym w II półroczu roku 2005 oraz w I półroczu roku 2006, które zostały przekazane do 27 państw członkowskich EOG. Do not tych załączonych zostało łącznie 12.112 formularzy E 125, rozliczających koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym w łącznej wysokości 14.329.405,74 PLN.

W porównaniu z rokiem poprzednim całkowita kwota przedstawionych roszczeń była wyższa o 56 %, natomiast liczba wystawionych formularzy rozliczeniowych E 125, jakie zostały przesłane w roku 2006 do innych państw członkowskich wzrosła o 116 % (wzrost z 5.608 w roku 2005 do 12.112 w roku 2006).

Średnia wysokość kosztu świadczeń rozliczonych na 1 formularzu rozliczeniowym spadła przy tym o 455,10 PLN (z 1.638,18 PLN w roku 2005 do 1.183,08 PLN roku 2006).

Z kwoty całkowitej roszczeń przedstawionych w roku 2006 innym państwom członkowskim 66,10 % stanowiły roszczenia powstałe w związku z kosztami świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z Niemiec. Formularze przekazane do tego państwa stanowiły 59,38 % łącznej liczby formularzy E 125 wystawionych przez Fundusz w roku 2006. Analogiczne proporcje w zakresie wartości świadczeń zostały odnotowane w roku poprzednim (wykres), w porównaniu z rokiem 2005 nieznacznie spadł natomiast udział Niemiec w strukturze łącznej liczby wystawionych formularzy.

Porównanie struktury roszczeń przedstawionych przez Fundusz w latach 2005 i 2006 instytucjom niemieckim (w mln PLN) oraz pozostałym państwom członkowskim (w tys. PLN)



Pod względem liczby przekazanych przez Fundusz formularzy rozliczeniowych związanych z leczeniem osób uprawnionych na terenie Polski kolejne miejsce zajęły następujące państwa: Wielka Brytania (7,04 % łącznej liczby formularzy), Czechy (5,81 %), Szwecja (4,38 %), Włochy (4,31 %), Francja (4,29 %) oraz Austria (3,67 %). W sumie do 7 wymienionych państw zostało przekazane 88,90 % wystawionych przez Fundusz formularzy. Dane dotyczące roszczeń przekazanych do poszczególnych państw członkowskich w roku 2006 przedstawia poniższa tabela.

Struktura roszczeń przedstawionych przez Fundusz w roku 2006 wg państw członkowskich

PAŃSTWO	LICZBA WYSTAWIONYCH DOKUMENTÓW	WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ
NIEMCY	7 192	9 472 448,42
WIELKA BRYTANIA	853	1 233 106,90
WŁOCHY	522	581 237,08
FRANCJA	520	505 543,51
SZWECJA	531	464 497,81
AUSTRIA	445	461 216,34
CZECHY	704	322 858,93
HOLANDIA	169	159 888,58
NORWEGIA	354	157 304,10
SŁOWACJA	63	152 327,44
BELGIA	130	137 849,18
HISZPANIA	178	132 525,98
IRLANDIA	75	104 510,20
GRECJA	56	94 283,39
LITWA	58	82 101,48
ESTONIA	14	79 455,91
WĘGRY	37	45 531,52
DANIA	53	35 644,12
PORTUGALIA	49	31 146,66
LUKSEMBURG	42	18 836,71
ŁOTWA	11	14 760,32
SŁOWENIA	9	14 446,91
ISLANDIA	23	14 388,76
FINLANDIA	19	12 996,08
CYPR	2	309,04
MALTA	2	152,37
SZWAJCARIA	1	38,00
ŁĄCZNIE	12 112	14 329 405,74

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2006 r. państwa członkowskie dokonały płatności na łączną kwotę 9 697 854,57 PLN za świadczenia udzielone osobom uprawnionym na terenie Polski w latach 2004-2006, które zostały rozliczone 7.261 formularzami E 125.

W 2006 roku w kwocie dokonanych płatności największy udział stanowiły płatności niemieckie (75,95 %) tj. 7 365 244,48 PLN. Z uwagi na skalę rozliczeń Niemcy równocześnie pozostają jednak największym dłużnikiem Polski. Pozostałe zobowiązania Niemiec wobec Polski wynoszą 6 945 371,15 PLN tj. 62,02 % ogólnej łącznej kwoty nieuregulowanych zobowiązań.

Następujące państwa na koniec 2006 r. nie dokonały żadnej płatności za roszczenia przedstawione przez Fundusz: Cypr, Hiszpania, Irlandia, Malta, Portugalia, Szwajcaria, Wielka Brytania i Włochy.

Natomiast w przypadku Danii, Estonii, Finlandii Słowenii oraz Węgier państwa członkowskie uregulowały 100 % kwoty zobowiązań.

Wierzytelności Polski wg stanu na dzień 31 grudnia 2005 r. wyniosły 6 567 235,85 PLN. W roku 2006 r. do innych państw członkowskich przekazane zostały roszczenia opiewające na kwotę łączną w wysokości 14 329 405,74 PLN. Strukturę płatności dokonanych w 2006 roku w łącznej wysokości 9 697 854,57 PLN wg okresu przedstawienia roszczenia państwom członkowskim przedstawia poniższa tabela.

Należy podkreślić, iż wg stanu na dzień 31 grudnia 2006 roku płatności dokonane łącznie w latach 2005-2006 na rzecz Funduszu stanowią 54,1% całkowitych roszczeń Polski wobec innych państw EOG, opiewających na kwotę 24 395 790,83 zł.

Płatności dokonane na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia wg okresu przedstawienia roszczenia państwom członkowskim

Okres powstania roszczenia		Wartość dokonanych płatności w 2006 r. (PLN)	Stan wierzytelności na dzień 31.12.2006 r.
Rok	Półrocze		
2004	2	147 386,63	74 935,48
2005	1	1 692 023,77	571 074,71
	2	3 339 621,71	742 193,55
razem 2005		5 031 645,48	1 313 268,26
2006	1	4 211 966,92	4 235 120,45
	2	306 855,54	5 575 462,83
razem 2006		4 518 822,46	9 810 583,28
Łącznie		9 697 854,57	11 198 787,02

Stan rozliczeń na dzień 31 grudnia 2006 roku kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym dla formularzy rozliczeniowych E 125 przedstawionych przez Fundusz w latach 2004-2006 innym państwom członkowskim EOG przedstawia poniższa tabela.

Stan rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym na dzień 31 grudnia 2006 roku (rozliczenia wg kosztów rzeczywistych)

Państwo	Stan rozliczeń na dzień 31.12.2006				
	Liczba formularzy rozliczeniowych przekazanych w latach 2004-2006	Kwota roszczeń przekazanych w latach 2004-2006	Kwota zapłacona	Pozostała kwota do zapłaty - stan wierzytelności NFZ	Struktura wierzytelności
AUSTRIA	629	911 592,38	694 202,71	217 389,67	1,94%
BELGIA	201	256 069,16	203 529,91	52 539,25	0,47%
CYPR	4	17 509,04	0,00	17 509,04	0,16%
CZECHY	805	438 922,72	112 163,79	326 758,93	2,92%
DANIA	70	50 568,12	50 568,12	0,00	0,00%
ESTONIA	21	86 677,51	86 677,51	0,00	0,00%
FINLANDIA	35	26 811,84	26 811,84	0,00	0,00%
FRANCJA	784	811 894,49	811 805,76	88,73	0,00%
GRECJA	74	108 983,02	7 067,31	101 915,71	0,91%
HISZPANIA	277	230 598,44	0,00	230 598,44	2,06%
HOLANDIA	265	454 544,75	384 013,62	70 531,13	0,63%
IRLANDIA	93	144 400,75	0,00	144 400,75	1,29%
ISLANDIA	28	28 992,36	28 474,80	517,56	0,00%
LITWA	100	192 826,84	152 299,71	40 527,13	0,36%
LUKSEMBURG	54	31 081,75	29 998,21	1 083,54	0,01%
ŁOTWA	19	19 169,32	10 431,80	8 737,52	0,08%
MALTA	4	318,87	0,00	318,87	0,00%
NIEMCY	11 142	16 345 678,79	9 400 307,64	6 945 371,15	62,02%
NORWEGIA	493	220 090,20	156 022,27	64 067,93	0,57%
PORTUGALIA	70	35 944,12	0,00	35 944,12	0,32%
SŁOWACJA	110	190 341,97	79 400,61	110 941,36	0,99%
SŁOWENIA	20	22 773,41	23 184,71	-411,30	0,00%
SZWAJCARIA	1	38,00	0,00	38,00	0,00%
SZWECJA	806	986 411,10	827 528,80	158 882,30	1,42%
WĘGRY	68	112 514,69	112 514,69	0,00	0,00%
WIELKA BRYTANIA	1 161	1 691 641,98	0,00	1 691 641,98	15,11%
WŁOCHY	797	979 395,21	0,00	979 395,21	8,75%
ŁĄCZNIE	18 131	24 395 790,83	13 197 003,81	11 198 787,02	100,00%

3.3. Refundacja kosztów świadczeń osobom ubezpieczonym w Funduszu na podstawie art. 34 rozporządzenia 1408/71

W roku 2006, na podstawie kwot wskazanych na formularzach E 126 przez instytucje państw członkowskich EOG, Narodowy Fundusz Zdrowia dokonał zwrotu kosztów leczenia 3.627 osobom ubezpieczonym, które skorzystały ze świadczeń zdrowotnych podczas czasowego pobytu na terenie 21 innych państw członkowskich EOG. Łączna wysokość zwrotów dokonanych przez oddziały wojewódzkie NFZ wyniosła 1.591,87 tys. PLN. Podana wysokość zwrotów obejmuje kwoty wypłacone przez oddziały wojewódzkie NFZ osobom ubezpieczonym pomiędzy 1 stycznia a 31 grudnia 2006 roku (ujęcie kasowe).

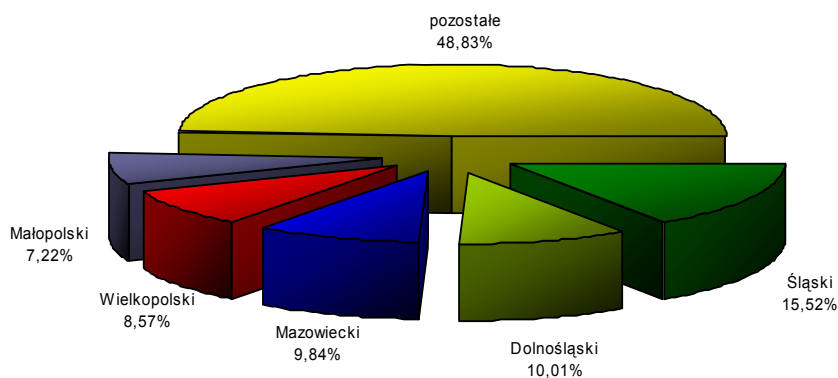
Średnia wysokość wypłaconej kwoty refundacji kosztów świadczeń w przeliczeniu na osobę ubezpieczoną wyniosła 438,90 PLN, przy czym najwyższa średnia kwota zwrotu związana była z refundacją kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez osoby ubezpieczone podczas czasowego pobytu na terenie Hiszpanii (średnia 3.124,07 PLN), Finlandii (1.505,32 PLN), Norwegii (1.180,95 PLN) oraz Szwecji (995,88 PLN).

W porównaniu do roku poprzedniego średnia wysokość zwrotu kosztów leczenia dokonanego na rzecz osoby ubezpieczonej była niższa w roku 2006 o 10 %.

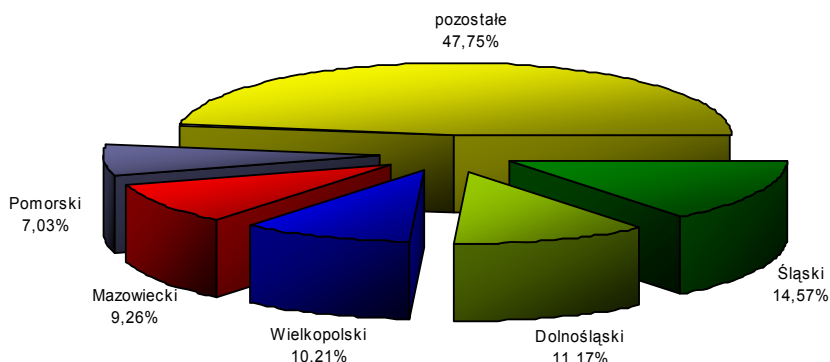
Największa liczba zwrotów dokonanych w ramach refundacji kosztów świadczeń poniesionych na terenie innego państwa członkowskiego EOG została dokonana w roku 2006 przez Śląski Oddział Wojewódzki NFZ, który wypłacił 563 osobom ubezpieczonym kwotę w łącznej wysokości 232,01 tys. PLN, co stanowiło 14,57 % całkowitej wysokości kosztów poniesionych na ten cel przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W kolejnych półroczach udział tego oddziału wyniósł odpowiednio: 14,46 % i 16,67 %.

Drugim oddziałem pod względem liczby dokonanych zwrotów był Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ, który wypłacił 363 osobom ubezpieczonym łącznie kwotę w wysokości 177,85 tys. PLN (11,17 % łącznych kosztów refundacji). Następnymi w kolejności oddziałami były: Wielkopolski, Mazowiecki i Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ.

Liczba osób ubezpieczonych, na rzecz których dokonany został zwrot kosztów leczenia poniesionych podczas czasowego pobytu na terenie innego państwa członkowskiego EOG – wg oddziału wojewódzkiego NFZ



Kwoty zwrotu wypłacone osobom ubezpieczonym na podstawie autoryzowanych przez instytucje innych państw członkowskich EOG formularzy E 126 – wg oddziału wojewódzkiego NFZ

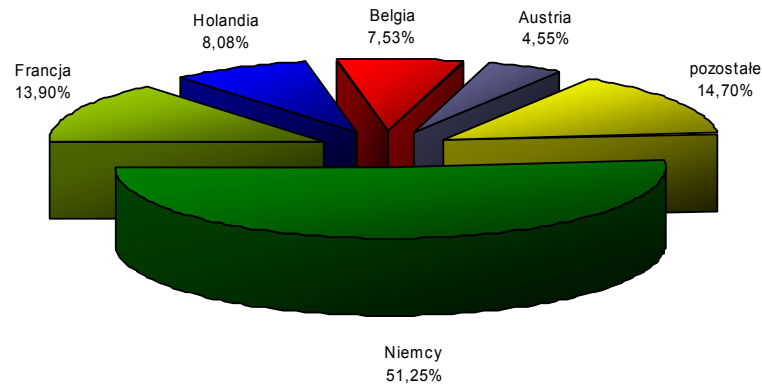


Wymienione oddziały obsłużyły w sumie 51,17 % wszystkich przypadków refundacji kosztów leczenia dla osób ubezpieczonych, wypłacając 52,25 % łącznej kwoty wypłat dokonanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w okresie od 1.01.2006 do 31.12.2006. Zaznaczyć należy, iż przedstawiona struktura wypłat wg oddziałów wojewódzkich ukształtowała się analogicznie do obserwowanej dla roku 2005. Zmiany udziałów wymienionych powyżej oddziałów nie przekraczały w kolejnych latach 0,80 %.

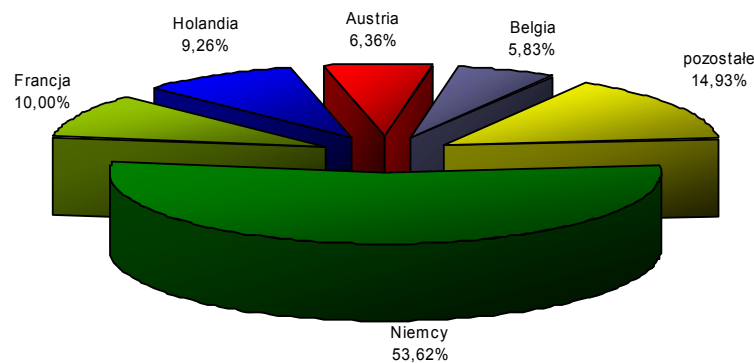
51,25 % łącznej liczby osób ubezpieczonych, które otrzymały w 2006 roku zwrot poniesionych kosztów świadczeń korzystało z leczenia na terenie Niemiec. W strukturze kosztowej udział refundacji kosztów świadczeń związanych z leczeniem 1.859 osób na terenie Niemiec stanowił 53,62 % całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Narodowy Fundusz Zdrowia w roku 2006. Średnia wysokość zwrotu wypłaconego osobie ubezpieczonej wyniosła w odniesieniu do tego państwa 459,14 PLN.

Drugim w kolejności państwem, na terenie którego najliczniejsza grupa osób ubezpieczonych w Narodowym Funduszu Zdrowia skorzystała ze świadczeń zdrowotnych objętych refundacją w roku 2006 była Francja (13,90 % wszystkich przypadków). Koszt refundacji dla 504 osób ubezpieczonych wyniósł 10,00 % całkowitych kosztów, które na ten cel poniósł Narodowy Fundusz Zdrowia. Kolejne 8,08 % z ogólnej liczby przypadków dokonanych refundacji związanych była z leczeniem na terenie Holandii (9,26% całkowitych kosztów refundacji). Wśród pozostałych państw, których najczęściej dotyczył zwrot osobom ubezpieczonym w NFZ poniesionych kosztów leczenia, znalazły się: Belgia, Austria, Szwecja, Włochy i Irlandia, co przedstawiają poniższe wykresy.

Liczba dokonanych zwrotów kosztów leczenia, poniesionych przez osoby ubezpieczone wg państwa instytucji miejsca pobytu



Kwoty zwrotu wypłacone osobom ubezpieczonym na podstawie autoryzowanych formularzy E 126 – wg państwa instytucji miejsca pobytu

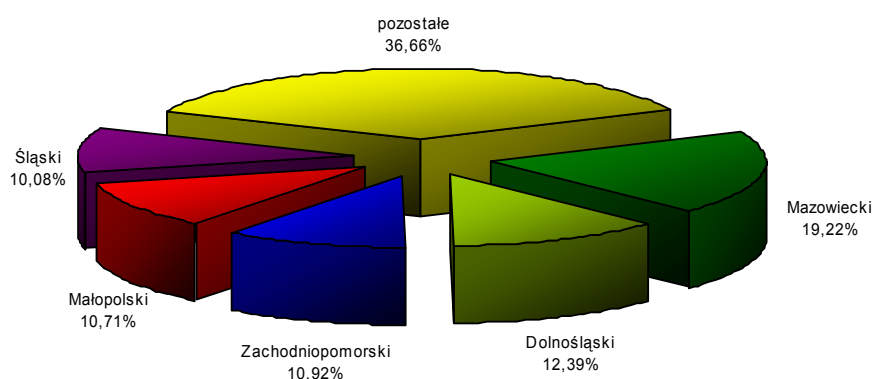


3.4. Kwoty autoryzowane na formularzach E 126 wystawionych przez inne państwa członkowskie EOG

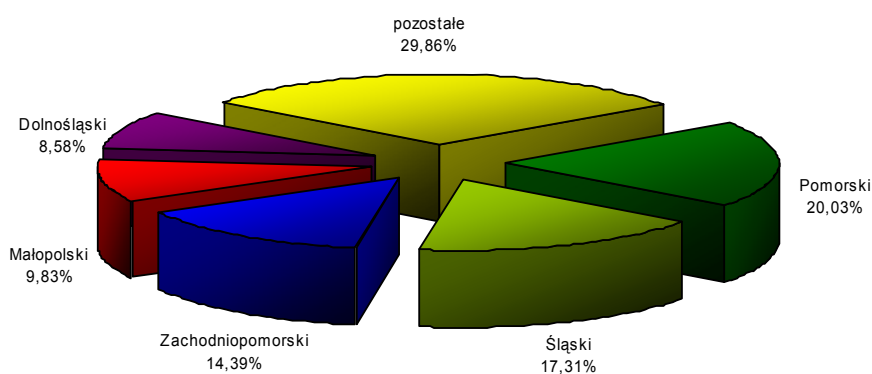
W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2006 roku do Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęły ogółem 952 formularze E 126 wystawione przez instytucje właściwe 20 innych państw członkowskich EOG, dla których oddziały wojewódzkie NFZ potwierdziły kwotę przysługujących zwrotów kosztów leczenia poniesionych przez osoby uprawnione podczas czasowego pobytu na terenie Polski w łącznej wysokości 359,21 tys. PLN. Średnia wysokość należnego osobie uprawnionej zwrotu, jaka przypadła na jeden formularz E 126 potwierdzony w roku 2006 przez Fundusz wyniosła 377,33 PLN.

Największa liczba formularzy określających kwoty zwrotu została potwierdzona przez Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ – 183 dokumenty, co stanowi 19,22 % łącznej liczby formularzy potwierdzonych w roku 2006 przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Kolejnymi oddziałami pod względem liczby potwierdzonych formularzy E 126 były oddziały przygraniczne położone w bezpośrednim sąsiedztwie zachodniej i południowej granicy Polski oraz na obszarze północno – zachodniej części kraju: Dolnośląski – 118 (12,39 % ogólnej liczby potwierdzonych kwot), Zachodniopomorski – 104 dokumenty (10,92 %), Małopolski 102 (10,71 %) i Śląski 98 (10,08 %).

Struktura formularzy E 126 potwierdzonych przez Fundusz wg oddziałów wojewódzkich NFZ



Kwoty zwrotu wskazane przez Fundusz wg oddziału wojewódzkiego NFZ



Opisana struktura w porównaniu do roku 2005 nie uległa znacznym odchyleniom (nie przekraczają one poziomu 0,50 %).

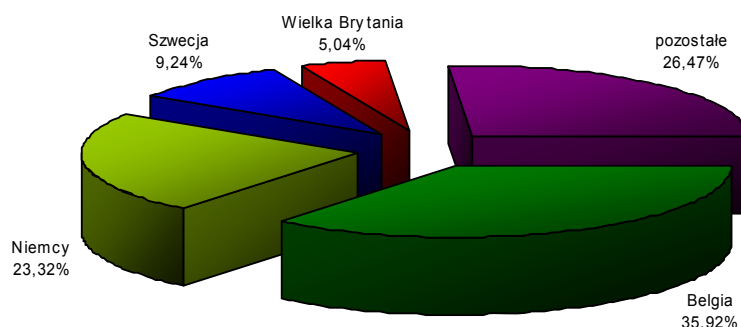
Pod względem wysokości kwot do zwrotu należnych osobom uprawnionym najwyższe łączne kwoty zostały wskazane w roku 2006 przez: Pomorski, Śląski oraz Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki NFZ. Udział procentowy wymienionych oddziałów w całkowitej wartości autoryzowanych do zwrotu kwot przedstawiony został na wykresie poniżej.

Dla 35,92 % wszystkich potwierdzonych przez oddziały wojewódzkie NFZ formularzy, instytucjami właściwymi, które wystawiły w roku 2006 dokumenty były instytucje belgijskie. Łączna wysokość należnego zwrotu kosztów wynikająca z rachunków załączonych do formularzy E 126, które związane były z leczeniem 342 osób uprawnionych z Belgii stanowiła 13,09 % łącznej kwoty zwrotu potwierdzonej przez oddziały wojewódzkie NFZ na formularzach E 126.

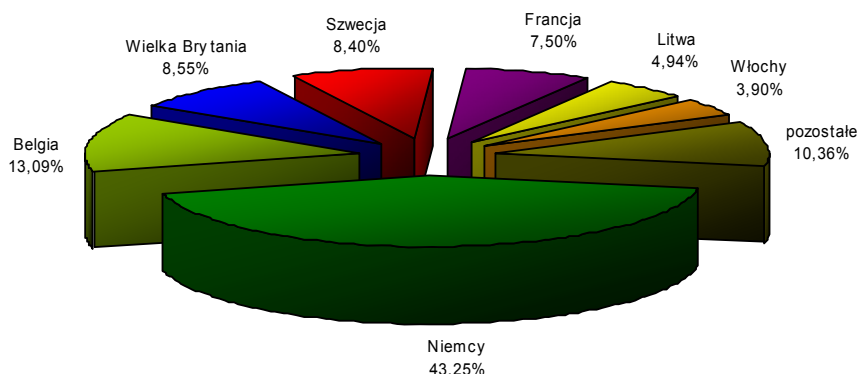
Drugą grupę pod względem liczebności stanowiły osoby uprawnione z Niemiec (23,32 % przypadków), dla których oddziały wojewódzkie NFZ potwierdziły kwotę zwrotu w wysokości 155,36 tys. PLN, co stanowiło 43,25 % całkowitej wartości kwot zwrotu potwierdzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w roku 2006.

Kolejnymi państwami pod względem liczby osób uprawnionych, dla których wskazano kwotę do zwrotu były: Szwecja (88 formularzy E 126), Wielka Brytania (48), Holandia (31), Luksemburg (31) i Francja (28). Udział wymienionych państw w łącznej liczbie potwierdzonych formularzy wyniósł od 2,94 % w przypadku Francji do 9,24% w przypadku Szwecji, natomiast w strukturze kosztowej: od 0,92 % (Luksemburg) do 8,55 % (Wielka Brytania). Struktura udziału poszczególnych państw w całkowitej liczbie formularzy E 126 przekazanych do autoryzacji przez instytucje właściwe innych państw członkowskich oraz w całkowitej wartości kwot zwrotów przysługujących osobom uprawnionym na podstawie potwierdzonych formularzy E 126 została zilustrowana na wykresach.

Struktura formularzy E 126 potwierdzonych przez oddziały wojewódzkie NFZ wg państwa instytucji właściwej



Kwoty zwrotu potwierdzone przez oddziały wojewódzkie NFZ wg państwa instytucji właściwej



Porównując wysokość średniej kwoty zwrotu autoryzowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla wszystkich otrzymanych formularzy E 126, kształtującej się na poziomie 377,33 PLN, z wysokością średniej odnotowanej dla poszczególnych państw członkowskich EOG, można zaobserwować, iż średnia ta jest wielokrotnie wyższa w odniesieniu do dokumentów wystawionych przez instytucje litewskie (2.216,11 PLN), duńskie (1.279,43 PLN), francuskie (962,02 PLN), irlandzkie (765,43 PLN), niemieckie (699,83 PLN) oraz brytyjskie (640,19 PLN). Najniższy poziom zaś osiąga dla formularzy przekazanych przez instytucje słowackie i fińskie.

Mając na uwadze, iż 60 % wszystkich formularzy E 126 potwierdzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia zostało wystawionych przez instytucje belgijskie i niemieckie, wysokość średniego zwrotu kształtowana jest przede wszystkim na podstawie wartości średniego zwrotu w wysokości 137,53 PLN przypadającego na jeden formularz przedstawiony przez instytucję belgijską oraz wartości średniego zwrotu w wysokości 699,83 PLN jaka występuje w przypadku dokumentu wystawionego przez instytucję niemieckie.

VI. GOSPODARKA FINANSOWA

1. Wykonanie planu finansowego za 2006 r.

Zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 20 września 2005 roku plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 rok ulegał w trakcie roku zmianom: siedmiokrotnie zatwierdzanym w trybie art. 124 ust. 1-3 i raz w trybie art. 124 ust. 8 ustawy o świadczeniach. W konsekwencji niniejszych zmian planowana wartość środków finansowych przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych została zwiększona w ciągu 2006 roku o 1.966.842 tys. zł, tj. o 5,7%, z czego 993.054,00 tys. zł przeznaczono na sfinansowanie skutków realizacji ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. *o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń* (Dz. U. Nr 149 poz. 1076).

Zmiany planu finansowego NFZ w 2006 r.

Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 rok, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 20 września 2005 roku, zakładał w roku 2006 wzrost planowanych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, przekazywanych do Narodowego Funduszu Zdrowia przez ZUS i KRUS, w odniesieniu do planu 2005 roku, zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 5 września 2005 r. z uwzględnieniem Zarządzenia Prezesa NFZ Nr 58/2006 z dnia 14 września 2005 r., o 5,7%. Niniejszy wzrost planowanych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne pozwolił na zaplanowanie dynamiki w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie 5,7%, w tym refundacji cen leków na poziomie 6,4%.

Strukturę rodzajową kosztów świadczeń opieki zdrowotnej ustalili dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu, opierając się na informacjach dotyczących dostępności do poszczególnych zakresów świadczeń zdrowotnych we wszystkich województwach oraz kształtowaniu się cen stosowanych w rozliczeniach ze świadczeniodawcami w różnych regionach kraju. Szczegółowe materiały analityczne opracowane w tym zakresie w Narodowym Funduszu Zdrowia miały na celu stopniowe doprowadzenie do wyrównywania dostępności do świadczeń zdrowotnych i unifikacji cen na terenie całego kraju.

**Plan kosztów świadczeń zdrowotnych NFZ na 2006 r., według poszczególnych rodzajów świadczeń,
zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w dniu 20 września 2005 r. na tle planu 2005r.**

w tys. zł

Wyszczególnienie		Plan		2006 r. / 2005 r.	
		2005 r.	2006 r.	różnica	dynamika
1		2	3	4=3-2	5=3/2
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	3 669 082,00	3 754 258,00	85 176,00	102,32%
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	2 323 421,00	2 491 080,00	167 659,00	107,22%
B2.3	lecznictwo szpitalne	13 968 480,00	14 304 193,00	335 713,00	102,40%
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 089 430,00	1 122 127,00	32 697,00	103,00%
B2.5	rehabilitacja lecznicza	891 524,00	946 004,00	54 480,00	106,11%
B2.6	opieka długoterminowa	521 436,00	556 395,00	34 959,00	106,70%
B2.7	leczenie stomatologiczne	971 846,00	1 017 026,00	45 180,00	104,65%
B2.8	lecznictwo uzdrowiskowe	356 467,00	350 381,00	-6 086,00	98,29%
B2.9	pomoc doraźna i transport sanitarny	938 644,00	965 842,00	27 198,00	102,90%
B2.10	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych...	105 802,00	111 820,00	6 018,00	105,69%
B2.11	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	892 533,00	920 536,00	28 003,00	103,14%
B2.12	zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze...	430 221,00	436 808,00	6 587,00	101,53%
B2.13	refundacja cen leków	6 239 863,00	6 640 326,00	400 463,00	106,42%
B2.14	koszty świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków - koordynacja	167 442,00	820 000,00	652 558,00	489,72%
B2.15	rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych i refundacji cen leków	0,00	0,00	0,00	-
Razem NFZ		32 566 191,00	34 436 796,00	1 870 605,00	105,74%

Planowane koszty świadczeń opieki zdrowotnej podzielono pomiędzy Centralę i poszczególne oddziały wojewódzkie zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2005 roku 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).

Plan kosztów administracyjnych na 2006 rok, podobnie jak w roku poprzednim, ustalono na poziomie 1,0% łącznych planowanych kosztów Funduszu.

Ponadto w niniejszym planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 rok uwzględniono między innymi rezerwę na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych oraz środki na spłatę raty pożyczki udzielonej w 2000 roku kasom chorych z budżetu państwa wraz z odsetkami.

W wyniku dokonanych w trakcie 2006 roku zmian planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia łączny budżet kosztów świadczeń zdrowotnych został zwiększony o 1.966.842,00 tys. zł, tj. o 5,7% i w planie zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 20 grudnia 2006 r. osiągnął poziom 36.403.638,00 tys. zł, w tym w oddziałach wojewódzkich Funduszu 36.193.638,00 tys. zł.

Wartość środków finansowych kierowanych w trakcie 2006 roku do oddziałów wojewódzkich Funduszu, w kolejnych zmianach planu finansowego, przeznaczonych na sfinansowanie:

- kosztów świadczeń zdrowotnych w oddziałach wojewódzkich wzrosła o 2.576.842,00 tys. zł, tj. o 7,7% i zwiększyła możliwości oddziałów w zakresie zakupu dodatkowych świadczeń opieki zdrowotnej oraz zagwarantowała realizację art. 3 ust. 1 ustawy z 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149 poz. 1076),

- kosztów administracyjnych w oddziałach wojewódzkich wzrosła o 5.777,00 tys. zł, tj. o 1,9% i umożliwiła w szczególności zwiększenie etatyzacji pionów kontrolnych w oddziałach wojewódzkich Funduszu oraz uzupełnienie planowanych kwot niezbędnych do sfinansowania pracownikom Funduszu dodatków stażowych (zgodnie z § 66 Zakładowego Układu Zbiorowego Pracy Pracowników NFZ).

Skutki zmian planów kosztów świadczeń zdrowotnych OW NFZ w roku 2006

w tys. zł

Oddział Wojewódzki		Plan OW NFZ na 2006 r.		Różnica	Dynamika
		"Pierwotny" z dnia 20 września 2005 r.	"Ostateczny" z dnia 20 grudnia 2006 r. + przesunięcia		
1		2	3	4=3-2	5=3/2
1	Dolnośląski	2 514 502	2 703 012	188 510	107,50%
2	Kujawsko-Pomorski	1 822 322	1 957 615	135 293	107,42%
3	Lubelski	1 883 297	2 024 786	141 489	107,51%
4	Lubuski	806 304	871 412	65 108	108,07%
5	Łódzki	2 253 380	2 394 623	141 243	106,27%
6	Małopolski	2 865 165	3 114 297	249 132	108,70%
7	Mazowiecki	5 209 001	5 597 405	388 404	107,46%
8	Opolski	807 931	882 987	75 056	109,29%
9	Podkarpacki	1 663 078	1 791 729	128 651	107,74%
10	Podlaski	1 039 722	1 134 016	94 294	109,07%
11	Pomorski	1 801 108	1 949 079	147 971	108,22%
12	Śląski	4 275 914	4 595 688	319 774	107,48%
13	Świętokrzyski	1 068 142	1 155 832	87 690	108,21%
14	Warmińsko-Mazurski	1 190 257	1 274 581	84 324	107,08%
15	Wielkopolski	2 945 912	3 168 618	222 706	107,56%
16	Zachodniopomorski	1 470 761	1 577 958	107 197	107,29%
Razem OW NFZ		33 616 796	36 193 638	2 576 842	107,67%

W następstwie uchwały Sądu Najwyższego z dnia 30 marca 2006 r., w sprawie tzw. „ustawy 203”, w myśl której Narodowy Fundusz Zdrowia jako następcą prawnym kas chorych jest adresatem roszczeń jednostek służby zdrowia o rekompensatę wydatków związaną z realizacją ustawy z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz zmianie niektórych innych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 5 poz. 45), świadczeniodawcy kierowali do Funduszu wezwania do zapłaty, bądź propozycje zawarcia ugód. Konieczność jednoczesnego sfinansowania przez Fundusz w roku 2006 zarówno skutków przywołanej powyżej uchwały Sądu Najwyższego, jak i wzrostu kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu wzrostu wynagrodzeń w jednostkach służby zdrowia stanowiła czynnik ryzyka dla bezpieczeństwa realizacji planu finansowego w 2006 roku. W celu stworzenia warunków do zachowania równowagi finansowej przez oddziały wojewódzkie Minister Finansów, w drodze zmiany rozporządzenia, rozszerzył wzór planu finansowego oddziałów wojewódzkich o pozycję: rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych. Ostatecznie plan w tej pozycji kosztów zwiększono o 64.203,00 tys. zł, wyznaczając go na poziomie 164.203,00 tys. zł.

Zestawienie planów NFZ na 2006 r.: "pierwotnego" i "ostatecznego"

w tys. zł

Lp.	Wyszczególnienie	Plan NFZ na 2006 r. z dnia 20 września 2005 r.	Plan NFZ na 2006 r. z dnia 20 grudnia 2006 r. + przesunięcia	Różnica	Dynamika %
1	2	3	4	5=4-3	6=4/3
1.	Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki (1.1 + 1.2), w tym:	36 250 163	36 526 107	275 944	100,76%
1.1	od ZUS	33 639 170	33 915 114	275 944	100,82%
1.2	od KRUS	2 610 993	2 610 993	0	100,00%
2.	Planowany odpis aktualizujący składkę należną (2.1 + 2.2), w tym:	661 110	0	-661 110	-
2.1	w stosunku do ZUS	661 110	0	-661 110	-
2.2	w stosunku do KRUS	0	0	0	-
3.	Koszt poboru i ewidencjonowania składek (3.1 + 3.2), w tym:	64 582	66 268	1 686	102,61%
3.1	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS	59 361	61 047	1 686	102,84%
3.2	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez KRUS	5 221	5 221	0	100,00%
A.	Przychody netto z działalności (1 - 2 - 3) + A1 + A2 + A3	35 585 471	36 504 481	919 010	102,58%
A1	przychody wynikające z przepisów o koordynacji	56 000	12 308	-43 692	21,98%
A2	przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	0	18 268	18 268	-
A3	dotacja z budżetu państwa na realizację zadań, z których mowa w art. 97 ust.3 pkt 3 ustawy	5 000	14 066	9 066	281,32%
B.	Koszty realizacji zadań (B1 + B2 + B3)	34 800 197	36 421 906	1 621 709	104,66%
B1	Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	363 401	0	-363 401	-
B2	Koszty świadczeń zdrowotnych (B2.1 + ... + B2.15), w tym:	34 436 796	36 403 638	1 966 842	105,71%
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna, w tym:	3 754 258	4 006 782	252 524	106,73%
B2.1.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń		0	0	-
B2.1.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w tym	2 491 080	2 728 762	237 682	109,54%
B2.1.2.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń		110 348	110 348	-
B2.1.3	lecznictwo szpitalne, w tym:	14 304 193	15 781 774	1 477 581	110,33%
B2.1.3.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń		615 273	615 273	-
B2.1.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w tym:	1 122 127	1 194 372	72 245	106,44%
B2.1.4.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń		57 857	57 857	-
B2.1.5	rehabilitacja lecznicza, w tym:	946 004	1 050 138	104 134	111,01%
B2.1.5.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń		46 206	46 206	-
B2.1.6	opieka długoterminowa, w tym:	556 395	591 525	35 130	106,31%
B2.1.6.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń		29 022	29 022	-
B2.1.7	leczenie stomatologiczne, w tym:	1 017 026	1 082 468	65 442	106,43%
B2.1.7.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń		53 795	53 795	-
B2.1.8	lecznictwo uzdrowiskowe, w tym:	350 381	359 583	9 202	102,63%
B2.1.8.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń		7 320	7 320	-
B2.1.9	pomoc doraźna i transport sanitarny, w tym:	965 842	1 017 511	51 669	105,35%
B2.1.9.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń		51 407	51 407	-
B2.1.10	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu, w tym:	111 820	147 760	35 940	132,14%
B2.1.10.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń		4 056	4 056	-
B2.1.11	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w tym:	920 536	978 179	57 643	106,26%
B2.1.11.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń		17 770	17 770	-
B2.1.12	zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze, środki techniczne	436 808	506 110	69 302	115,87%
B2.1.13	refundacja cen leków	6 640 326	6 748 674	108 348	101,63%
B2.1.14	koszty świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków wynikające z koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dotyczące rzeczowych świadczeń leczniczych w UE	820 000	210 000	-610 000	25,61%
B2.1.15	rezerva na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków	0	0	0	-

B.3	Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	0	18 268	18 268	-
C.	Wynik na działalności (A - B)	785 274	82 575	-702 699	10,52%
D.	Koszty administracyjne (D1 + ... + D9), w tym:	372 891	387 462	14 571	103,91%
D1	zużycie materiałów i energii	15 927	15 569	-358	97,75%
D2	usługi obce	72 840	77 753	4 913	106,74%
D3	podatki i opłaty, w tym:	3 113	3 065	-48	98,46%
D3.1	podatki stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego, w tym:	445	432	-13	97,08%
D3.1.1	podatek od nieruchomości	386	420	34	108,81%
D3.2	opłaty stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego	103	103	0	100,00%
D3.3	VAT	98	92	-6	93,88%
D3.4	podatek akcyzowy	0	0	0	-
D3.5	wpłaty na PFRON	2 310	2 263	-47	97,97%
D3.6	inne	157	175	18	111,46%
D4	wynagrodzenia	189 232	189 232	0	100,00%
D5	ubezpieczenie społeczne i inne świadczenia, w tym:	42 404	42 757	353	100,83%
D5.1	składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych	32 510	32 087	-423	98,70%
D5.2	składki na Fundusz Pracy	4 660	4 614	-46	99,01%
D5.3	składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	526	19	-507	3,61%
D5.4	pozostałe świadczenia	4 708	6 037	1 329	128,23%
D6	koszty funkcjonowania Rady Funduszu	200	200	0	100,00%
D7	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych zakupionych ze środków własnych Funduszu	38 373	47 393	9 020	123,51%
D8	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych otrzymanych nieodpłatnie	6 038	6 438	400	106,62%
D9	pozostałe koszty administracyjne	4 764	5 055	291	106,11%
E.	Pozostałe przychody (E1 + E2), w tym:	2 200	451 436	449 236	20519,82%
E1	darowizny i zapisy otrzymane, w tym kwota umorzenia majątku otrzymanego nieodpłatnie wynikająca z rozliczeń międzyokresowych przypadająca na rok planowania	0	0	0	-
E2.	inne przychody	2 200	451 436	449 236	20519,82%
F.	Pozostałe koszty (F1 + ... + F5), w tym:	433 300	177 570	-255 730	40,98%
F1	utworzone rezerwy na spłatę pożyczki udzielonej z budżetu państwa	320 689	0	-320 689	-
F2	wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia (w tym części stałych i zamiennych książeczek usług medycznych oraz recept)	11 611	12 367	756	106,51%
F3	rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych	100 000	164 203	64 203	164,20%
F4	inne rezerwy	0	0	0	-
F5	inne koszty	1 000	1 000	0	100,00%
G.	Przychody finansowe (G1 + G2), w tym:	26 777	66 649	39 872	248,90%
G1	odsetki uzyskane z lokat	26 777	58 317	31 540	217,79%
G2	inne przychody finansowe	0	8 332	8 332	-
H.	Koszty finansowe (H1 + H2), w tym:	8 060	35 628	27 568	442,03%
H1	odsetki od pożyczki udzielonej przez budżet państwa	280	83	-197	29,64%
H2	inne koszty finansowe	7 780	35 545	27 765	456,88%
I.	Wynik brutto na całokształcie działalności (C - D + E - F + G - H)	0	0	0	-
J.	Zyski i straty nadzwyczajne (J1 - J2)	0	0	0	-
J1	zyski nadzwyczajne - wielkość dodatnia	0	0	0	-
J2	straty nadzwyczajne - wielkość ujemna	0	0	0	-
K.	Wynik finansowy ogółem brutto (I + J)	0	0	0	-
L.	Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego (w tym CIT)	0	0	0	-
M.	Wynik finansowy ogółem netto (K - L)	0	0	0	-
N.	Przychody - ogółem	36 340 140	37 088 834	748 694	102,06%
O.	Koszty - ogółem	36 340 140	37 088 834	748 694	102,06%

1.1. Przychody ze składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne

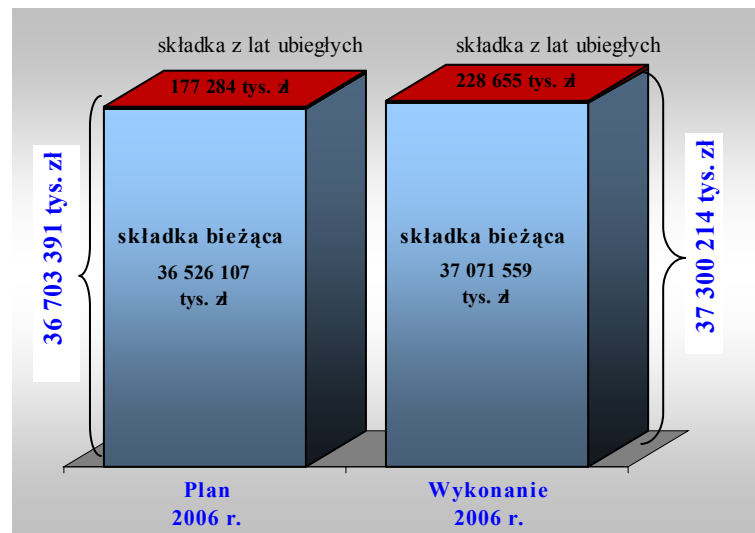
Według danych przekazanych przez ZUS i KRUS w 2006 roku przychody brutto z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne zrealizowane zostały w łącznej wysokości 37.300.214,20 tys. zł i objęły:

- przychody ze składek dotyczących roku bieżącego w wysokości 37.071.559,46 tys. zł,
- przychody ze składek z lat ubiegłych w wysokości 228.654,74 tys. zł.

Uzyskane z ZUS i KRUS w roku 2006 r. przychody brutto z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne, obejmujące przychody ze składek bieżących i z lat ubiegłych, stanowiły 99,26% łącznych uzyskanych przez NFZ przychodów i były wyższe od wielkości planowanej o 596.823,20 tys. zł (tj. o 1,63%).

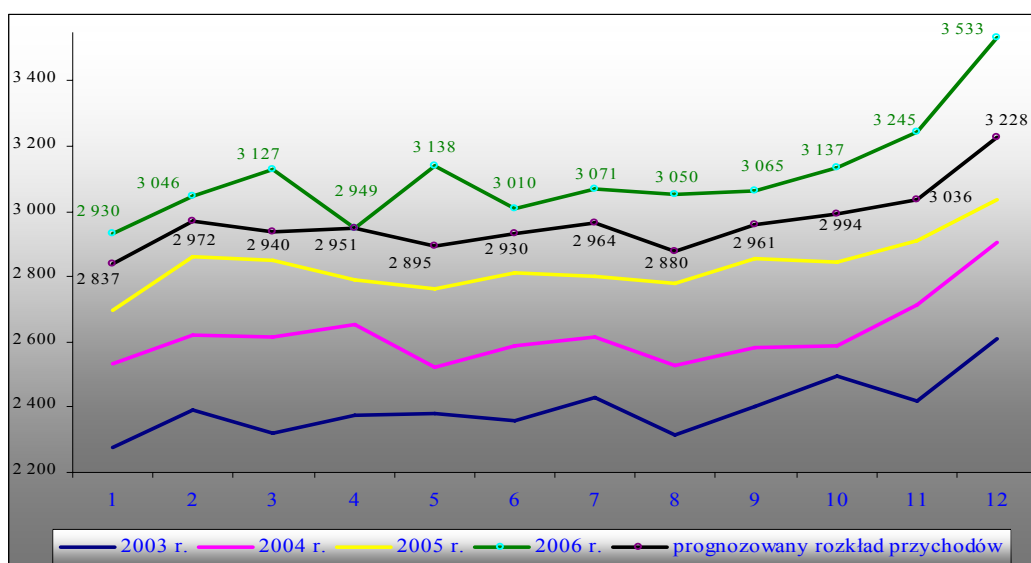
Wartość uzyskanych w 2006 roku przychodów NFZ z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne (bieżących i z lat ubiegłych) w odniesieniu do wartości zapisanych w planie finansowym Funduszu prezentuje poniższy wykres.

Przychody NFZ z tytułu składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne w 2006 r.



Prowadzona na bieżąco analiza przychodów przekazywanych do NFZ przez ZUS i KRUS w odniesieniu do prognozowanego na 2006 rok rozkładu przychodów, potwierdziła dotychczasowe obserwacje Funduszu w zakresie nierównomiernego tempa spływu składki w ciągu roku, który w kolejnych miesiącach 2006 roku kształtował się w sposób następujący:

Przychody NFZ ze składek brutto w kolejnych miesiącach 2006 r. (w mln. zł)



Mając na uwadze konieczność utrzymania bezpieczeństwa realizacji planu finansowego Funduszu w 2006 roku z uzyskanej w ciągu 2006 roku ponadplanowej nadwyżki przychodów w łącznej wysokości 1.711,2 mln zł, w kolejnych zmianach planu finansowego Funduszu na 2006 rok stopniowo wykorzystywano środki kierując je głównie na zakup dodatkowych świadczeń zdrowotnych w oddziałach wojewódzkich Funduszu. Łącznie w trakcie 2006 roku z niniejszej ponadplanowej nadwyżki przychodów wykorzystano środki w wysokości 1.114,4 mln zł.

Przychody ze składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne – dotyczące roku bieżącego

Według danych przekazanych przez ZUS i KRUS w okresie 2006 roku przychody z tytułu składki należnej brutto w roku planowania zrealizowane zostały w wysokości 37.071.559,46 tys. zł i przekroczyły wielkość planowaną o 545.452,46 tys. zł.

Przychody ze składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne w latach 2005-2006 – dotyczące roku bieżącego

Wyszczególnienie	Wykonanie 2005 r.	Plan 2006 r.	Wykonanie 2006 r.	Różnica (wyk.-plan)	% realizacji planu	Dynamika 2006/2005 r.
Składka należna brutto w roku planowania - bieżąca (pomniejszona o odpis aktualizujący składkę)	33 792 090,91	36 526 107,00	37 071 559,46	545 452,46	101,49%	109,70%

w tys. zł

Przychody ze składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne – za lata ubiegłe

W 2006 roku po podsumowaniu kolejnych kwartałów ZUS przekazywał do NFZ informacje o strukturze przychodów uzyskanych z ZUS, tj. w podziale na składki dotyczące roku bieżącego i składki z lat ubiegłych. Podobnie jak w latach poprzednich, w roku 2006 informacja o uzyskanych przez NFZ ponadplanowych przychodach ze składek, w tym ze składek z lat ubiegłych, była jedną z kluczowych, uwzględnianych przy podejmowaniu decyzji o zwiększaniu planu kosztów świadczeń zdrowotnych w oddziałach wojewódzkich Funduszu.

Łączne przychody Funduszu z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne z lat ubiegłych w 2006 r. wyniosły 228.654,74 tys. zł, a informacje o ich poziomie ZUS przekazał do NFZ w maju (70.277,76 tys. zł), sierpniu (59.113,99 tys. zł) i listopadzie 2006 r. (47.891,48 tys. zł) oraz lutym 2007 r. (51.371,51 tys. zł).

Struktura uzyskanych przez NFZ przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne

Uzyskana struktura środków finansowych z tytułu składek (bieżących i z lat ubiegłych) w 2006 roku ukształtowała się następująco:

Struktura przychodów ze składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne w 2006 r.

Wyszczególnienie	Planowana struktura przychodów	Zrealizowana struktura przychodów
ZUS	92,89%	93,12%
KRUS	7,11%	6,88%

Wskaźnik realizacji przychodów z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne

Z analizy sprawozdania z realizacji planu finansowego NFZ za 2006 r. wynika, że w zakresie składek otrzymanych z ZUS wskaźnik realizacji przychodów był wyższy od planowanego o 1,88 punkty procentowe, zaś w zakresie składek otrzymywanych od KRUS - niższy niż planowano o 1,65 punkty procentowe. Przychody z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne w odniesieniu do planu oraz w podziale na składki przekazane przez ZUS oraz KRUS zaprezentowano w tabeli poniżej:

Realizacja planu przychodów NFZ z tytułu składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne w 2006 r.

Wyszczególnienie	Wykonanie 2005 r.	Plan 2006 r.	Wykonanie 2006 r.	Różnica (wyk.-plan)	% realizacji planu	Dynamika 2006/2005 r.
Składki z ZUS	31 263 003,25	34 092 398,00	34 732 220,83	639 822,83	101,88%	111,10%
Składki z KRUS	2 741 068,82	2 610 993,00	2 567 993,37	-42 999,63	98,35%	93,69%
Razem	34 004 072,07	36 703 391,00	37 300 214,20	596 823,20	101,63%	109,69%

Wyższa od planowanej na 2006 r. realizacja przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazanych przez ZUS wynikała głównie z wyższej niż planowano:

- liczby osób płacących składki w grupie „osób pobierających emeryturę i rentę z pozarolniczego systemu ubezpieczeń”,
- podstawy wymiaru składki w grupie „pracownicy w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych”.

O niepełnej realizacji planu przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazanych przez KRUS w 2006 roku zadecydowały głównie:

- mniejsza niż planowana liczba osób płacących składki, w grupach:
 - „osoby pobierające emeryturę i rentę rolników indywidualnych”,
 - „rolnicy podlegający ubezpieczeniu społecznemu rolników”,
- niższa niż planowano podstawa wymiaru składki w grupie „osób pobierających emeryturę i rentę rolników indywidualnych”,

- niższa niż przyjęta w prognozie przychodów Funduszu na 2006 rok cena żyta, będąca wysokością składki dla „rolników podlegających ubezpieczeniu społecznemu rolników” (w momencie ustalania prognozy przychodów NFZ na 2006 rok cenę kwintala żyta oszacowano na poziomie 30,27 zł za kwintal, rzeczywista cena w okresie pierwszych trzech kwartałów 2005 roku wyniosła 27,88 zł za kwintal).

Koszty poboru i ewidencjonowania składek

Planowane na 2006 rok koszty poboru i ewidencjonowania składek przyjęto w kwocie 66.268,00 tys. zł, zaś poniesione przez NFZ w 2006 r. koszty z tego tytułu wyniosły 71.766,59 tys. zł i były wyższe od planowanych o kwotę 5.498,59 tys. zł.

Koszty poboru i ewidencjonowania składek 2006 r., ujęte w księgach rachunkowych NFZ w oparciu o informacje otrzymane z ZUS i KRUS, objęły:

- koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS w wysokości 66.630,75 tys. zł,
- koszty poboru i ewidencjonowania składek przez KRUS w kwocie 5.135,84 tys. zł.

Koszty poboru i ewidencjonowania składek w 2006 r.

w tys. zł

Koszty poboru i ewidencjonowania składek	Plan 2006 r.	Wykonanie 2006 r.	Różnica (wyk.-plan)
przez ZUS	61 047,00	66 630,75	5 583,75
przez KRUS	5 221,00	5 135,84	-85,16
Razem	66 268,00	71 766,59	5 498,59

Według informacji przekazanych przez ZUS kwota składek zidentyfikowanych przez ZUS w roku 2006 wyniosła łącznie 33.746.977,44 tys. zł, co stanowiło 97,16% przychodów ogółem uzyskanych z ZUS.

1.1.1. Przychody z tytułu realizacji przepisów o koordynacji

Przychody wynikające z przepisów o koordynacji uwzględniają przychody wynikające z rozliczeń z krajami członkowskimi UE za świadczenia zdrowotne zrealizowane na terenie Polski na rzecz uprawnionych.

Z uwagi na fakt, iż do chwili zakończenia prac nad planem finansowym Funduszu na 2006 rok, Fundusz nie uzyskał ww. przychodów za lata 2004 i 2005, w planie finansowym NFZ na 2006 rok, zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 20 września 2005 roku, wyznaczono je na poziomie 56,0 mln zł – tj. na poziomie identycznym, jak w pierwotnej wersji planu na rok 2005. W trakcie 2006 roku, w oparciu o wysokość zrealizowanych za I półrocze 2006 r. przychodów z tytułu koordynacji, dokonano urealnienia ich wysokości obniżając plan do 12,3 mln zł. Równolegle dokonano zmiany planu kosztów z tego tytułu zmniejszając go o kwotę 610,0 mln zł.

Pozostawioną w planie Centrali kwotę 210,0 mln zł, jako prognozowaną wysokość kosztów świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach koordynacji w UE, przyjęto w oparciu o założenia, iż:

- koszty wynikające z zobowiązań NFZ wobec polskich świadczeniodawców za świadczenia udzielone osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji,

rozliczane z innymi państwami UE/EOG po kosztach rzeczywistych wyniosą około 18,0 mln zł,

- koszty wynikające z zobowiązań wobec osób ubezpieczonych w NFZ, które poniosły koszty leczenia na terenie innego państwa UE/EOG wyniosą około 1,8 mln zł,
- koszty wynikające z zobowiązań wobec innych państw członkowskich wyniosą około 190,0 mln zł.

Zgodnie ze sprawozdaniem z realizacji planu finansowego NFZ za 2006 r. Fundusz dokonał obciążenia instytucji łącznikowych za świadczenia zdrowotne zrealizowane na terenie Polski na rzecz uprawnionych, na kwotę 14.837,92 tys. zł, co stanowi 120,56% wielkości planowanej.

Koszty świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków wynikające z przepisów o koordynacji w roku 2006 wyniosły łącznie 176.742,82 tys. zł i objęły koszty:

- obywateli RP leczonych w krajach UE wyniosły 161.315,72 tys. zł, co stanowi 76,82% planu, z czego:
 - 4.298,99 tys. zł - stanowią koszty wynikające z rozliczeń dokonywanych ryczałtem (na podstawie formularzy E127),
 - 1.651,73 tys. zł - stanowią zwroty za leczenie indywidualne (na podstawie formularzy E126),
 - 155.365,00 tys. zł - stanowią koszty świadczeń rzeczowych obywateli RP leczonych na terenie innych państw członkowskich (na podstawie formularzy E 125).
- koszty obywateli UE leczonych w Polsce wyniosły 15.427,10 tys. zł.

Przychody i koszty NFZ z tytułu koordynacji w 2006 r. na tle wykonania w 2005 r.

w tys. zł

Wyszczególnienie: 1	Wykonanie 2005 r. 2	Wykonanie 2006 r. 3	Dynamika 2006/2005 4=3/2
Przychody wynikające z przepisów o koordynacji	12 883,31	14 837,92	115,17%
Koszty świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków wynikające z koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dotyczące rzeczowych świadczeń leczniczych w UE, w tym:	36 171,98	176 742,82	488,62%
- koszty obywateli RP leczonych w krajach UE	23 288,67	161 315,72	692,68%
- koszty obywateli UE leczonych w Polsce	12 883,31	15 427,10	119,74%

1.1.1.1. Dotacja z budżetu państwa na realizację zdania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Stosunkowo niewielka liczba wydanych decyzji wójtów, burmistrzów, prezydentów gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, potwierdzających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2005 spowodowała, że wyznaczając wysokość planowanej na 2006 rok dotacji, stanowiącej element przychodów NFZ, na poziomie 5,0 mln zł kierowano się w szczególności zasadą ostrożności.

W trakcie roku, w oparciu o dokonaną analizę poniesionych przez Fundusz kosztów, podjęto decyzję o konieczności urealnienia tej pozycji przychodów i w zmianie planu finansowego

Funduszu na 2006 rok zatwierdzonej przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 15 grudnia 2006 r., zwiększono ich wartość do poziomu 14,1 mln zł.

Uzyskana przez Fundusz, w wyniku ostatecznego rozliczenia 2006 roku, kwota dotacji, stanowiąca refundację poniesionych kosztów wyniosła 11.036,99 tys. zł była niższa od wielkości planowanej o 3.029,01 tys. zł. Poniesione przez NFZ w 2006 r. koszty wynikające z realizacji ww. zadania osiągnęły poziom 12.105,01 tys. zł, z czego 96,33% stanowiły koszty udzielonych świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne.

Koszty świadczeń zdrowotnych w roku 2006, wynikające z realizacji zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r., w poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych, na tle wykonania ww. zadania w 2005 r. przedstawiono w tabeli poniżej:

**Koszty świadczeń zdrowotnych wynikające z realizacji zadania, o którym mowa
w art. 97 ust. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. w latach 2005 - 2006**

w tys. zł

Koszty świadczeń zdrowotnych związanych z realizacją zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 3 ustawy		Wykonanie 2005 r.	Wykonanie 2006 r.	Dynamika 2006/2005 r.
1		2	3	4=3/2
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	0,22	0,09	40,91%
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	6,96	9,19	132,04%
B2.3	lecznictwo szpitalne	6 064,66	11 660,90	192,28%
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	95,70	246,52	257,60%
B2.5	rehabilitacja lecznicza	38,71	67,57	174,55%
B2.6	opieka długoterminowa	73,41	78,65	107,14%
B2.7	leczenie stomatologiczne	0,02	0,15	750,00%
B2.8	lecznictwo uzdrowiskowe	0,00	0,00	-
B2.9	pomoc doraźna i transport sanitarny	0,00	0,00	-
B2.10	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków Funduszu	0,00	0,00	-
B2.11	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	72,06	39,69	55,08%
B2.12	zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	0,22	2,25	1022,73%
B2.13	refundacja cen leków	0,00	0,00	-
Razem NFZ		6 351,96	12 105,01	190,57%

1.2. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej Funduszu

W wyniku dokonanych w trakcie 2006 roku zmian planu finansowego NFZ, łączny budżet kosztów świadczeń zdrowotnych Narodowego Funduszu Zdrowia został zwiększony o 1.966.842,00 tys. zł, tj. o 5,7% i w „ostatecznej” wersji planu finansowego, zatwierdzonej przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 20 grudnia 2006 roku z uwzględnieniem późniejszych przesunięć, osiągnął wartość 36.403.638,00 tys. zł.

Dokonane w trakcie 2006 roku zmiany planu finansowego Funduszu polegające na stopniowym powiększaniu planu kosztów świadczeń zdrowotnych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich zwiększyły możliwości finansowe oddziałów w zakresie zakupu dodatkowych świadczeń zdrowotnych łącznie o 2.576.842,00 tys. zł, tj. o 7,7%, a także umożliwiły sfinansowanie skutków realizacji art. 3 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149 poz. 1076).

Udział kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ w kosztach ogółem w 2006 r.

w tys. zł

Wyszczególnienie	Koszty ogółem	Koszty świadczeń zdrowotnych	Udział w strukturze (%)
Plan 2006 r. z dnia 20 września 2005 r.	36 340 140,00	34 436 796,00	94,76%
Plan 2006 r. z dnia 20 grudnia 2006 r. z uwzględnieniem późniejszych przesunięć	37 088 834,00	36 403 638,00	98,15%
Wykonanie 2006 r.	36 709 475,08	35 965 839,60	97,97%

Poniesione przez NFZ w 2006 r. koszty świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu wyniosły 35.965.839,60 tys. zł (co stanowi 98,80% planu) i były niższe od wielkości planowanej o 437.798,40 tys. zł.

Prowadzony na bieżąco przez oddziały wojewódzkie monitoring realizacji świadczeń zdrowotnych u poszczególnych świadczeniodawców oraz analiza sytuacji finansowej oddziału był podstawą podejmowanych przez dyrektorów oddziałów decyzji o dokupieniu dodatkowych świadczeń zdrowotnych w tych obszarach gdzie występowało na nie zwiększone zapotrzebowanie.

W trakcie roku, zgodnie z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197 poz. 1643), dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu na wniosek świadczeniodawców dokonywali przesunięć środków między zakresami, bądź rodzajami świadczeń zdrowotnych podpisując ze świadczeniodawcami stosowne aneksy do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

Pomimo, iż przed zakończeniem 2006 roku we wszystkich oddziałach wojewódzkich Funduszu przewidywane wykonanie kosztów świadczeń zdrowotnych poprzedzono aneksowaniem umów, to w wielu przypadkach odbiegało ono od wykonania rzeczywistego przedstawionego przez świadczeniodawców do rozliczeń. W związku z powyższym oddziały wojewódzkie po rozliczeniu zawartych umów, potwierdzeniu sald rozliczeń i zbilansowaniu środków, których nie wykorzystali świadczeniodawcy realizujący kontrakty 2006 roku poniżej planu, korzystając z zapisu art. 125 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r., podjęły negocjacje ze świadczeniodawcami, którzy wystąpili do Funduszu z roszczeniami o zapłatę m.in. za świadczenia ratujące życie, świadczenia w trybie pilnym, procedury nielimitowane i inne świadczenia wykonane w roku 2006, których wartość przekraczała poza wartość umowy. W wyniku ww. negocjacji, NFZ zawarł ugody do wysokości maksymalnego poziomu finansowania świadczeń, wyznaczonego przez plan oddziału wojewódzkiego, w zamian za zrzeczenie się przez świadczeniodawców prawa do dochodzenia roszczeń wynikających z umowy, zarówno istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości. Niniejsze działania oddziałów wojewódzkich ukierunkowane były w szczególności na optymalne wykorzystanie środków zapisanych w planie finansowym Funduszu.

Realizację planu kosztów świadczeń zdrowotnych w 2006 r. przedstawiono w tabeli poniżej.

Realizacja planu kosztów świadczeń zdrowotnych w 2006 r. na tle wykonania w 2005 r.

w tys. zł

Wyszczególnienie		Wykonanie 2005 r.	Plan 2006 r.	Wykonanie 2006 r.	Różnica	% realizacji planu	Dynamika wyk. 2006/2005 r.
<i>1</i>		<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5=3-4</i>	<i>6=4/3</i>	<i>7=4/2</i>
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	3 619 323,79	4 006 782,00	3 988 042,23	18 739,77	99,53%	110,19%
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	2 341 600,12	2 728 762,00	2 672 447,38	56 314,62	97,94%	114,13%
B2.3	lecznictwo szpitalne i leczenie uzależnień	14 569 644,41	15 781 774,00	15 688 120,55	93 653,45	99,41%	107,68%
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 081 227,89	1 194 372,00	1 169 877,06	24 494,94	97,95%	108,20%
B2.5	rehabilitacja lecznicza	914 674,43	1 050 138,00	1 035 827,17	14 310,83	98,64%	113,25%
B2.6	opieka długoterminowa	515 949,88	591 525,00	578 042,77	13 482,23	97,72%	112,03%
B2.7	leczenie stomatologiczne	951 681,61	1 082 468,00	1 058 123,29	24 344,71	97,75%	111,18%
B2.8	lecznictwo uzdrowiskowe	340 402,01	359 583,00	346 362,80	13 220,20	96,32%	101,75%
B2.9	pomoc doraźna i transport sanitarny	932 613,73	1 017 511,00	1 015 510,12	2 000,88	99,80%	108,89%
B2.10	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	53 377,89	147 760,00	103 266,81	44 493,19	69,89%	193,46%
B2.11	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	871 967,41	978 179,00	957 846,25	20 332,75	97,92%	109,85%
B2.12	zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	452 041,85	506 110,00	495 296,57	10 813,43	97,86%	109,57%
B2.13	refundacja cen leków	6 323 263,84	6 748 674,00	6 695 760,88	52 913,12	99,22%	105,89%
B2.14	koszty świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków wynikające z przepisów o koordynacji	36 171,98	210 000,00	161 315,72	48 684,28	76,82%	445,97%
Razem NFZ		33 003 940,84	36 403 638,00	35 965 839,60	437 798,40	98,80%	108,97%

Realizacja planu kosztów świadczeń zdrowotnych przez Oddziały Wojewódzkie NFZ w 2006 r.

W roku 2006 wszystkie oddziały wojewódzkie Funduszu zrealizowały świadczenia zdrowotne o wartościach mieszczących się w ich planowanych budżetach.

Realizacja planu kosztów świadczeń zdrowotnych w 2006 r. przez poszczególne oddziały wojewódzkie i Centralę NFZ.

w tys. zł

Oddział Wojewódzki		2006 r.		Różnica (plan – wyk.)	% realizacji planu
		plan	wykonanie		
<i>1</i>		<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=2-3</i>	<i>5=3/2</i>
1	Dolnośląski	2 703 012,00	2 680 363,07	22 648,93	99,16%
2	Kujawsko-Pomorski	1 957 615,00	1 950 687,41	6 927,59	99,65%
3	Lubelski	2 024 786,00	2 006 960,69	17 825,31	99,12%
4	Lubuski	871 412,00	861 098,02	10 313,98	98,82%
5	Łódzki	2 394 623,00	2 351 384,58	43 238,42	98,19%
6	Małopolski	3 114 297,00	3 077 467,53	36 829,47	98,82%
7	Mazowiecki	5 597 405,00	5 540 501,55	56 903,45	98,98%
8	Opolski	882 987,00	868 852,30	14 134,70	98,40%
9	Podkarpacki	1 791 729,00	1 784 830,85	6 898,15	99,62%
10	Podlaski	1 134 016,00	1 116 721,78	17 294,22	98,47%
11	Pomorski	1 949 079,00	1 927 069,40	22 009,60	98,87%
12	Śląski	4 595 688,00	4 540 361,39	55 326,61	98,80%
13	Świętokrzyski	1 155 832,00	1 135 213,25	20 618,75	98,22%
14	Warmińsko-Mazurski	1 274 581,00	1 271 363,48	3 217,52	99,75%
15	Wielkopolski	3 168 618,00	3 138 601,62	30 016,38	99,05%
16	Zachodniopomorski	1 577 958,00	1 553 046,96	24 911,04	98,42%
OW NFZ		36 193 638,00	35 804 523,88	389 114,12	98,92%
17	Centrala	210 000,00	161 315,72	48 684,28	76,82%
Razem NFZ		36 403 638,00	35 965 839,60	437 798,40	98,80%

W związku z osiągniętym przez NFZ dodatnim wynikiem finansowym za 2005 rok w wysokości 723,6 mln zł, zgodnie z Uchwałą Rady NFZ Nr 25/2006/I z dnia 24 sierpnia 2006 roku w sprawie wystąpienia do Ministra Finansów o zaopiniowanie sposobu podziału zatwierdzonego zysku netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2005 rok, po uzyskaniu pozytywnej opinii Ministra Finansów w zakresie jego podziału, rozdysponowano środki z w/w tytułu przeznaczając kwotę:

- 407,6 mln zł - na pokrycie strat z lat ubiegłych,
- 148,3 mln zł - na finansowanie świadczeń zdrowotnych przez oddziały wojewódzkie, które w 2005 r. osiągnęły nadwyżkę przychodów nad kosztami w wyniku realizacji planu kosztów świadczeń zdrowotnych,
- 113,1 mln zł - na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale wynikającym z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2005 r.,
- 54,6 mln zł - na zakup środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych.

W zatwierdzonej przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 23 września 2006 r. zmianie planu finansowego NFZ na 2006 rok, plany kosztów świadczeń zdrowotnych oddziałów wojewódzkich powiększono o środki pochodzące z podziału zysku Funduszu z 2005 roku (w łącznej wysokości 261,4 mln zł) i w celu zbilansowania planowanych kosztów z przychodami NFZ (zgodnie z art. 118 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków NFZ) jednocześnie powiększono o tę kwotę pozostałe przychody operacyjne Funduszu. Tym samym dopuszczono w 2006 roku możliwość niezbilansowania poniesionych kosztów z uzyskanymi przez oddziały wojewódzkie przychodami w kwotach nie większych niż zgromadzone w funduszu zapasowym.

Zwiększenia planu kosztów świadczeń zdrowotnych oddziałów wojewódzkich NFZ w 2006 r.

w tys. zł

Oddziały wojewódzkie	Plan "pierwotny" NFZ na 2006 r. z dnia 20 września 2005 r.	Zwiększenia planu NFZ o środki roku 2006	Zwiększenia planu NFZ o środki z rozdysponowania wyniku NFZ za 2005 r. (łącznie o 261.385 tys. zł), z tego:		Plan "ostateczny" NFZ na 2006 r. z dnia 20 grudnia 2006 r. + przesunięcia	Różnica	
			o kwotę z dodatniego wyniku oddziału wojewódzkiego za 2005 r.	o kwotę z rozdysponowania wyniku NFZ za 2005 r.			
1	2	3	4	5	6	7=6-2	
1	Dolnośląski	2 514 502	176 282	3 735	8 493	2 703 012	188 510
2	Kujawsko-Pomorski	1 822 322	127 904	1 227	6 162	1 957 615	135 293
3	Lubelski	1 883 297	132 543	2 561	6 385	2 024 786	141 489
4	Lubuski	806 304	55 651	6 776	2 681	871 412	65 108
5	Łódzki	2 253 380	133 602	0	7 641	2 394 623	141 243
6	Małopolski	2 865 165	201 097	38 347	9 688	3 114 297	249 132
7	Mazowiecki	5 209 001	364 694	6 140	17 570	5 597 405	388 404
8	Opolski	807 931	56 653	15 674	2 729	882 987	75 056
9	Podkarpacki	1 663 078	112 030	11 224	5 397	1 791 729	128 651
10	Podlaski	1 039 722	73 073	17 701	3 520	1 134 016	94 294
11	Pomorski	1 801 108	126 130	15 765	6 076	1 949 079	147 971
12	Śląski	4 275 914	296 962	8 395	14 417	4 595 688	319 774
13	Świętokrzyski	1 068 142	70 740	13 349	3 601	1 155 832	87 690
14	Warmińsko-Mazurski	1 190 257	78 728	1 803	3 793	1 274 581	84 324
15	Wielkopolski	2 945 912	207 149	5 577	9 980	3 168 618	222 706
16	Zachodniopomorski	1 470 761	102 219	0	4 978	1 577 958	107 197
Razem OW NFZ		33 616 796	2 315 457	148 274	113 111	36 193 638	2 576 842

Koszty programów profilaktycznych

Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków własnych Funduszu

Realizacja planu kosztów profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu w Oddziałach Wojewódzkich NFZ

w tys. zł

Oddział Wojewódzki	2005 r.		% realizacji planu	2006 r.		% realizacji planu	Dynamika 2006/2005 r.
	plan	wykonanie		plan	wykonanie		
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=3/2</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7=6/5</i>	<i>7=6/3</i>
1 Dolnośląski	5 614,00	4 236,45	75,46%	13 783,00	9 361,60	67,92%	220,98%
2 Kujawsko-Pomorski	3 824,00	3 231,26	84,50%	8 920,00	6 839,25	76,67%	211,66%
3 Lubelski	3 860,00	3 054,71	79,14%	10 362,00	8 884,28	85,74%	290,84%
4 Lubuski	2 066,00	1 512,26	73,20%	2 996,00	2 812,65	93,88%	185,99%
5 Łódzki	5 400,00	3 182,24	58,93%	10 272,00	6 595,40	64,21%	207,26%
6 Małopolski	6 137,00	4 062,16	66,19%	13 047,00	8 524,35	65,34%	209,85%
7 Mazowiecki	11 161,00	8 480,59	75,98%	19 846,00	12 860,29	64,80%	151,64%
8 Opolski	2 650,00	1 099,61	41,49%	4 081,00	2 400,57	58,82%	218,31%
9 Podkarpacki	2 918,00	2 670,12	91,51%	6 664,00	4 894,51	73,45%	183,31%
10 Podlaski	2 630,00	1 610,47	61,23%	4 660,00	2 996,46	64,30%	186,06%
11 Pomorski	5 350,00	3 856,89	72,09%	9 634,00	6 956,21	72,20%	180,36%
12 Śląski	11 257,00	5 813,55	51,64%	13 244,00	8 929,47	67,42%	153,60%
13 Świętokrzyski	3 197,00	1 421,77	44,47%	5 323,00	1 983,22	37,26%	139,49%
14 Warmińsko-Mazurski	2 172,00	2 060,10	94,85%	5 527,00	4 872,87	88,16%	236,54%
15 Wielkopolski	7 578,00	3 887,34	51,30%	12 600,00	8 014,43	63,61%	206,17%
16 Zachodniopomorski	3 199,00	3 198,37	99,98%	6 801,00	6 341,25	93,24%	198,27%
OW NFZ	79 013,00	53 377,89	67,56%	147 760,00	103 266,81	69,89%	193,46%

W „pierwotnym” planie finansowym NFZ na 2006 r. (zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 20 września 2005 r.) koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu wyznaczono w wysokości 111.820,00 tys. zł. W trakcie roku oddziały wojewódzkie Funduszu dokonały zwiększenia tej pozycji planu o łączną kwotę 35.940,00 tys. zł, tj. o 32,14% z czego 4.056,00 tys. zł stanowiły planowane skutki realizacji art. 3 ust. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r.

W 2006 roku NFZ realizował następujące profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków własnych, w tym:

- program profilaktyki raka piersi,
- program profilaktyki raka szyjki macicy,
- program profilaktyki chorób krążenia,
- program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc,
- program badań prenatalnych,
- program wczesnej wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie,
- program profilaktyki gruźlicy (jako program fakultatywny w województwach o wysokim wskaźniku zachorowalności na gruźlicę),
- program profilaktyki chorób odtytoniowych – palenie jest uleczalne,

- program wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry,
- program wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży.

Poniesione w roku 2006 koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu wyniosły 103.266,81 tys. zł i były niższe od wielkości planowanej o 44.493,19 tys. zł.

Pomimo niepełnej realizacji planu 2006 r. w tym rodzaju kosztów łączne nakłady Funduszu były wyższe od poniesionych w roku 2005 o 93,46%.

Koszty poszczególnych profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu w roku 2006 przedstawiono w tabeli poniżej:

Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu w Oddziałach Wojewódzkich NFZ

w tys. zł

Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu, w tym:		Wykonanie 2006 r.
1	- program profilaktyki raka piersi	39 945,24
2	- program profilaktyki raka szyjki macicy	15 535,48
3	- program profilaktyki chorób układu krążenia	13 468,68
4	- program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc	4 508,02
5	- program badań prenatalnych	9 127,80
6	- program wczesnej wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie	11 946,71
7	- program profilaktyki gruźlicy (jako program fakultatywny w województwach o wysokim wskaźniku zachorowalności na gruźlicę)	337,31
8	- program profilaktyki chorób odtytoniowych - palenie jest uleczalne, jako kontynuacja pilotażowej realizacji w województwie mazowieckim	2 991,50
9	- program wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry	1 453,29
10	- program wczesnego wykrywania zakażeń HIV u kobiet w ciąży	23,47
11	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych na wzrost wynagrodzeń	3 929,31
Razem		103 266,81

Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie

W oparciu o zawarte w dniu 8 czerwca 2006 r. pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia umowy na obsługę i wysyłkę w roku 2006 imiennych zaproszeń do programów onkologicznych badań przesiewowych, do Funduszu przekazano środki z tego tytułu w wysokości 4.308,52 tys. zł, tj. na poziomie 23,59% planu. Niniejsze środki NFZ przeznaczył na sfinansowanie akcji medialnej związanej z upowszechnieniem realizowanych w ramach zatwierdzonych programów profilaktycznych, stanowiących zadania „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”, badań cytologicznych i mammograficznych dla wskazanej populacji kobiet.

W roku 2006 koszty realizacji ww. zadań wyniosły łącznie 4.308,52 tys. zł i objęły:

- koszty dotyczące roku bieżącego w wysokości 4.468,73 tys. zł, w tym:
 - koszty związane z dzierżawą systemu informatycznego umożliwiającego dokonywanie rejestracji świadczonych usług w wysokości 3.397,40 tys. zł,
 - koszty kampanii medialnej prowadzonej w oddziałach wojewódzkich Funduszu w wysokości 1.071,33 tys. zł,
- korektę lat poprzednich: -160,21 tys. zł.

**Koszty akcji medialnej finansowanej ze środków Ministerstwa Zdrowia prowadzonej
w roku 2006 przez NFZ w odniesieniu do planu i wykonania programów zleconych w roku 2005**
w tys. zł

Oddział Wojewódzki	2005 r.		%	2006 r.		%	Dynamika 2006/2005 r.	
	plan	wykonanie		plan	wykonanie			
<i>I</i>	2	3	4=3/2	5	6	7=6/5	7=6/3	
1	Dolnośląski	1 777,00	1 558,79	87,72%	-	91,03	-	5,84%
2	Kujawsko-Pomorski	2 070,00	1 853,96	89,56%	-	73,43	-	3,96%
3	Lubelski	2 301,00	1 961,86	85,26%	-	35,64	-	1,82%
4	Lubuski	836,00	749,51	89,65%	-	39,46	-	5,26%
5	Łódzki	1 966,00	1 776,13	90,34%	-	77,84	-	4,38%
6	Małopolski	2 520,00	2 354,42	93,43%	-	107,37	-	4,56%
7	Mazowiecki	4 510,00	3 906,14	86,61%	-	23,26	-	0,60%
8	Opolski	689,00	609,45	88,45%	-	54,40	-	8,93%
9	Podkarpacki	2 125,00	1 802,01	84,80%	-	-20,52	-	-1,14%
10	Podlaski	1 381,00	1 131,78	81,95%	-	29,62	-	2,62%
11	Pomorski	1 563,00	610,02	39,03%	-	91,00	-	14,92%
12	Śląski	3 112,00	2 786,25	89,53%	-	49,99	-	1,79%
13	Świętokrzyski	537,00	494,97	92,17%	-	18,95	-	3,83%
14	Warmińsko-Mazurski	1 101,00	991,63	90,07%	-	97,29	-	9,81%
15	Wielkopolski	2 531,00	2 218,86	87,67%	-	88,06	-	3,97%
16	Zachodniopomorski	1 520,00	1 243,69	81,82%	-	54,30	-	4,37%
	OW NFZ	30 539,00	26 049,47	85,30%	-	911,12	-	3,50%
17	Centrala	0,00	38,60	-	-	3 397,40	-	8801,55%
	Razem NFZ	30 539,00	26 088,07	85,43%	18 268,00	4 308,52	23,59%	16,52%

Z uwagi na niepełne wykorzystanie środków zapisanych w planie finansowym NFZ na 2006 rok na realizację zadań zleconych, Fundusz zwrócił się do Ministra Zdrowia z wnioskiem o uznanie przez Radę Ministrów kwoty 13,6 mln zł, jako środki „niewygasające” z końcem roku budżetowego 2006. W dniu 28 grudnia 2006 r. podpisano aneksy przedłużające okres realizacji zadań określonych we wskazanych powyżej umowach do 30 czerwca 2007 r.

Refundacja cen leków

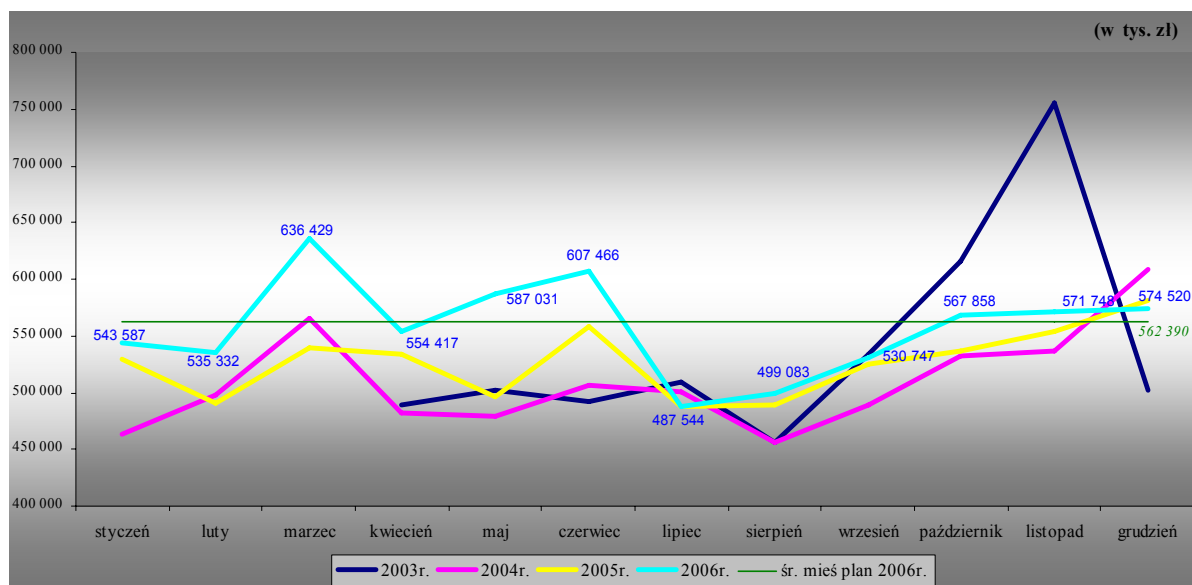
Realizacja planu kosztów refundacji cen leków w Oddziałach Wojewódzkich NFZ

w tys. zł

Oddział Wojewódzki	2005 r.		%	2006 r.		%	Dynamika 2006/2005 r.	
	plan	wykonanie		plan	wykonanie			
<i>I</i>	2	3	4=3/2	5	6	7=6/5	7=6/3	
1	Dolnośląski	495 000,00	491 485,02	99,29%	524 984,00	520 804,07	99,20%	105,97%
2	Kujawsko-Pomorski	351 013,00	348 875,57	99,39%	375 664,00	376 114,70	100,12%	107,81%
3	Lubelski	348 674,00	347 405,50	99,64%	372 175,00	369 163,31	99,19%	106,26%
4	Lubuski	149 989,00	149 976,56	99,99%	163 994,00	160 589,37	97,92%	107,08%
5	Łódzki	469 000,00	466 479,45	99,46%	498 224,00	493 943,38	99,14%	105,89%
6	Małopolski	561 635,00	559 020,88	99,53%	605 632,00	600 113,61	99,09%	107,35%
7	Mazowiecki	939 356,00	933 012,75	99,32%	984 689,00	977 449,15	99,26%	104,76%
8	Opolski	149 684,00	146 524,17	97,89%	154 850,00	153 217,78	98,95%	104,57%
9	Podkarpacki	307 593,00	306 150,41	99,53%	322 339,00	322 135,26	99,94%	105,22%
10	Podlaski	185 073,00	183 155,93	98,96%	195 500,00	192 996,94	98,72%	105,37%
11	Pomorski	385 930,00	385 359,90	99,85%	412 269,00	407 987,36	98,96%	105,87%
12	Śląski	797 377,00	790 878,07	99,18%	836 000,00	830 232,64	99,31%	104,98%
13	Świętokrzyski	196 893,00	193 673,02	98,36%	207 800,00	206 059,08	99,16%	106,40%
14	Warmińsko-Mazurski	215 462,00	213 547,95	99,11%	232 000,00	231 947,06	99,98%	108,62%
15	Wielkopolski	511 285,00	525 932,53	102,86%	562 907,00	555 770,23	98,73%	105,67%
16	Zachodniopomorski	263 330,00	281 786,13	107,01%	299 647,00	297 236,94	99,20%	105,48%
	OW NFZ	6 327 294,00	6 323 263,84	99,94%	6 748 674,00	6 695 760,88	99,22%	105,89%

Z uwagi na utrzymującą się w kolejnych miesiącach 2006 roku wyraźną dynamikę kosztów refundacji cen leków w odniesieniu do planu, jak i ich realizacji w analogicznych okresach roku ubiegłego, oddziały wojewódzkie Funduszu prowadziły stały monitoring i analizę tej grupy kosztów świadczeń zdrowotnych.

Koszty refundacji cen leków NFZ w kolejnych miesiącach 2006 r. na tle średniomiesięcznego planu i wykonania w analogicznych okresach lat 2003-2005



W celu zapewnienia bezpieczeństwa planu w tym rodzaju kosztów w trakcie 2006 roku oddziały wojewódzkie Funduszu dokonywały, w miarę swoich możliwości finansowych, wzmocnienia finansowania tej grupy kosztów przeznaczając w kolejnych zmianach planu finansowego dodatkowe środki finansowe na ten cel. Łącznie w roku 2006 plan w tej pozycji świadczeń został zwiększony o 108.348,00 tys. zł, tj. o 1,63%.

Zwiększenia planowanych nakładów na koszty refundacji cen leków w poszczególnych Oddziałach Wojewódzkich NFZ w 2006 r.

w tys. zł

Oddziały wojewódzkie	Plan NFZ na 2006 r. zatwierdzony w dniu 20 września 2005 r. plan "pierwotny"	Plan NFZ na 2006 r. zatwierdzony w dniu 20 grudnia 2006 r. + przesunięcia plan "ostateczny"	Różnica	Dynamika %
1	2	3	4=3-2	5=3/2
Dolnośląski	517 484,00	524 984,00	7 500,00	101,45%
Kujawsko-Pomorski	359 011,00	375 664,00	16 653,00	104,64%
Lubelski	369 175,00	372 175,00	3 000,00	100,81%
Lubuski	154 275,00	163 994,00	9 719,00	106,30%
Łódzki	490 926,00	498 224,00	7 298,00	101,49%
Małopolski	587 214,00	605 632,00	18 418,00	103,14%
Mazowiecki	996 189,00	984 689,00	-11 500,00	98,85%
Opolski	151 000,00	154 850,00	3 850,00	102,55%
Podkarpacki	314 939,00	322 339,00	7 400,00	102,35%
Podlaski	201 594,00	195 500,00	-6 094,00	96,98%
Pomorski	400 000,00	412 269,00	12 269,00	103,07%
Śląski	825 000,00	836 000,00	11 000,00	101,33%
Świętokrzyski	209 300,00	207 800,00	-1 500,00	99,28%
Warmińsko-Mazurski	220 563,00	232 000,00	11 437,00	105,19%
Wielkopolski	548 830,00	562 907,00	14 077,00	102,56%
Zachodniopomorski	294 826,00	299 647,00	4 821,00	101,64%
Razem OW	6 640 326,00	6 748 674,00	108 348,00	101,63%

Ostatecznie poniesione przez NFZ w roku 2006 koszty świadczeń zdrowotnych w rodzaju refundacja cen leków w wysokości 6.695.760,88 tys. zł. (tj. na poziomie 99,22% planu) nie przekroczyły łącznej wartości budżetu.

Znaczące w ciągu 2006 roku uzupełnienie planu w tej pozycji kosztów okazało się niewystarczające w odniesieniu do Kujawsko-Pomorskiego OW. Na koniec 2006 r. oddział odnotował przekroczenie planu refundacji cen leków o 0,12%, tj. o 450,70 tys. zł.

W pozostałych oddziałach wojewódzkich realizacja kosztów refundacji cen leków nie przekroczyła wielkości planowanej.

1.2.1. Koszty świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków wynikające z przepisów o koordynacji

Realizacja planu kosztów świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków wynikających z przepisów o koordynacji w Oddziałach Wojewódzkich i Centrali NFZ

w tys. zł

Oddział Wojewódzki		2005 r.		% realizacji planu 4=3/2	2006 r.		% realizacji planu 7=6/5	Dynamika 2006/2005 r. 7=6/3
		plan	wykonanie		plan	wykonanie		
I		2	3		5	6		7=6/3
1	Dolnośląski	-	84,95	-	0,00	1 228,74	-	1446,43%
2	Kujawsko-Pomorski	-	63,11	-	0,00	543,07	-	860,51%
3	Lubelski	-	45,85	-	0,00	253,66	-	553,24%
4	Lubuski	-	78,96	-	0,00	315,19	-	399,18%
5	Łódzki	-	73,99	-	0,00	403,27	-	545,03%
6	Małopolski	-	86,17	-	0,00	1 180,49	-	1369,95%
7	Mazowiecki	-	114,41	-	0,00	1 393,90	-	1218,34%
8	Opolski	-	44,43	-	0,00	1 953,40	-	4396,58%
9	Podkarpacki	-	60,71	-	0,00	589,68	-	971,31%
10	Podlaski	-	44,48	-	0,00	152,77	-	343,46%
11	Pomorski	-	206,91	-	0,00	1 417,69	-	685,17%
12	Śląski	-	164,89	-	0,00	3 632,05	-	2202,71%
13	Świętokrzyski	-	33,18	-	0,00	264,34	-	796,68%
14	Warmińsko-Mazurski	-	31,88	-	0,00	639,05	-	2004,55%
15	Wielkopolski	-	170,51	-	0,00	674,36	-	395,50%
16	Zachodniopomorski	-	90,89	-	0,00	785,44	-	864,17%
OW NFZ		-	1 395,32	-	0,00	15 427,10	-	1105,63%
17	Centrala	37 442,00	34 776,66	92,88%	210 000,00	161 315,72	76,82%	463,86%
Razem		37 442,00	36 171,98	96,61%	210 000,00	176 742,82	84,16%	488,62%

1.3. Wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149 poz. 1076).

Ustawą z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu świadczeniodawcom środków na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149 poz. 1076) nałożono na Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązek sfinansowania w IV kwartale 2006 r. wzrostu kosztów świadczeń zdrowotnych wynikającego z realizacji art. 3 ust. 1 ww. ustawy.

Działając w oparciu o zapisy art. 4 przywołanej ustawy, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, wydanym w dniu 12 września 2006 r. Zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 77/2006 w sprawie wykonania ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, zobowiązał Dyrektorów Oddziałów Wojewódzkich Funduszu do jednostronnego dokonania zwiększenia wartości umów zawartych na 2006 rok, zgodnie art. 3 ust. 1 pkt. 1 ustawy w terminie 14 dni od dnia wejścia w życie ustawy i poinformowania o zmianach świadczeniodawców.

Równolegle, na mocy zmiany rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 16 października 2006 r., zmieniającego rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej (Dz. U. Nr 104 poz. 875 z późn. zm.), Dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich Funduszu wydzielili w poszczególnych rodzajach planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych wartość środków przeznaczonych na sfinansowanie podwyżek płac w służbie zdrowia. Łącznie w planie finansowym Funduszu na 2006 r. zabezpieczono środki na ten cel w wysokości 993.054,00 tys. zł.

Środki na realizację w roku 2006 zapisów ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. oddziały wojewódzkie NFZ przekazały świadczeniodawcom w trzech, równych transzach. Łącznie z tego tytułu przekazano świadczeniodawcom środki w wysokości 989.215,80 tys. zł, co stanowi 99,61% wielkości planowanej.

Realizacja planu wzrostu kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r.

w tys. zł

Wyszczególnienie		Plan 2006 r.	Wykonanie 2006 r.	Różnica	% realizacji planu
1		2	3	4=2-3	5=3/2
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	0,00	0,00	0,00	-
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	110 348,00	109 949,74	398,26	99,64%
B2.3	lecznictwo szpitalne i leczenie uzależnień	615 273,00	613 357,47	1 915,53	99,69%
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	57 857,00	57 725,43	131,57	99,77%
B2.5	rehabilitacja lecznicza	46 206,00	46 010,35	195,65	99,58%
B2.6	opieka długoterminowa	29 022,00	28 775,77	246,23	99,15%
B2.7	leczenie stomatologiczne	53 795,00	53 314,37	480,63	99,11%
B2.8	lecznictwo uzdrowiskowe	7 320,00	7 260,29	59,71	99,18%
B2.9	pomoc doraźna i transport sanitarny	51 407,00	51 171,30	235,70	99,54%
B2.10	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	4 056,00	3 929,31	126,69	96,88%
B2.11	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	17 770,00	17 721,77	48,23	99,73%
Razem NFZ		993 054,00	989 215,80	3 838,20	99,61%

W roku 2006 we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ, z wyjątkiem Pomorskiego OW, wartość środków przekazanych świadczeniodawcom z tytułu realizacji art. 3 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. nie przekroczyła ich wartości określonej w planie finansowym oddziału wojewódzkiego.

**Realizacja planu wzrostu kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy
z dnia 22 lipca 2006 r. w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ**

w tys. zł

Oddział Wojewódzki		2006 r.		Różnica	% realizacji planu
		plan	wykonanie		
1		2	3	4=2-3	5=3/2
1	Dolnośląski	72 360,00	72 322,35	37,65	99,95%
2	Kujawsko-Pomorski	53 148,00	53 117,98	30,02	99,94%
3	Lubelski	56 501,00	55 751,49	749,51	98,67%
4	Lubuski	23 346,00	23 318,49	27,51	99,88%
5	Łódzki	63 325,00	63 236,78	88,22	99,86%
6	Małopolski	83 392,00	83 270,41	121,59	99,85%
7	Mazowiecki	163 264,00	162 781,91	482,09	99,70%
8	Opolski	24 143,00	23 236,64	906,36	96,25%
9	Podkarpacki	48 135,00	48 129,58	5,42	99,99%
10	Podlaski	31 101,00	30 870,15	230,85	99,26%
11	Pomorski	50 167,00	50 194,65	-27,65	100,06%
12	Śląski	127 950,00	126 859,33	1 090,67	99,15%
13	Świętokrzyski	31 057,00	31 031,17	25,83	99,92%
14	Warmińsko-Mazurski	35 656,00	35 648,98	7,02	99,98%
15	Wielkopolski	87 279,00	87 221,46	57,54	99,93%
16	Zachodniopomorski	42 230,00	42 224,43	5,57	99,99%
OW NFZ		993 054,00	989 215,80	3 838,20	99,61%

Odnutowane na koniec 2006 r. przekroczenie wartości planowanego wzrostu kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. w Pomorskim OW było konsekwencją nie zabezpieczenia odpowiedniej wartości środków finansowych na ten cel w planie finansowym oddziału dla jednego Świadczeniodawcy, któremu w dniu 31 sierpnia 2006 r. częściowo wypowiedziano umowę. Z uwagi na dwukrotne odwołanie się Świadczeniodawcy od decyzji Pomorskiego OW do Prezesa NFZ i złożenie zażalenia na czynności Dyrektora Oddziału w zakresie wypowiedzenia umowy, zgodnie z zapisami § 35 ust. 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów (Dz. U. Nr 197 poz. 1643) Dyrektor Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego zawiesił wypowiedzenie umowy do czasu rozstrzygnięcia zażalenia przez Prezesa NFZ i podjął decyzję o rozliczeniu wykonanych w okresie od 1 września do 31 grudnia 2006 r. świadczeń, w tym przekazaniu środków na wzrost wynagrodzeń, do dnia ostatecznego rozstrzygnięcia ww. zażalenia (tj. do dnia 28 grudnia 2006 r.).

1.4. Koszty świadczeń zdrowotnych NFZ po eliminacji skutków finansowych realizacji art. 3 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149 poz. 1076)

Ponieważ podstawą do przekazania przez NFZ świadczeniodawcom środków z tytułu art. 3 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. było posiadanie umowy z Funduszem na 2006 r. według stanu na 30 czerwca 2006 r., wartość zrealizowanych świadczeń zdrowotnych w IV kwartale 2006 r. nie miała wpływu na wysokość wypłat środków dokonaną przez oddziały wojewódzkie Funduszu. W związku z powyższym w celu zachowania porównywalności danych w zakresie poniesionych kosztów świadczeń zdrowotnych sfinansowanych ze środków NFZ w 2006 roku z danymi dotyczącymi 2005 roku, a także dokonania oceny zmian w strukturze nakładów na poszczególne rodzaje kosztów świadczeń, koszty roku 2006 pomniejszono o skutki finansowania art. 3 ust. 1 przywołanej ustawy.

Koszty świadczeń zdrowotnych w roku 2006, po eliminacji skutków finansowania ustawy z dnia 22 lipca 2006 r., wyniosły 34.976.623,80 tys. zł i były wyższe od kosztów w roku 2005 o 1.972.682,96 tys. zł, a uzyskana dynamika w odniesieniu do wartości kosztów w roku 2005 wyniosła 105,98%.

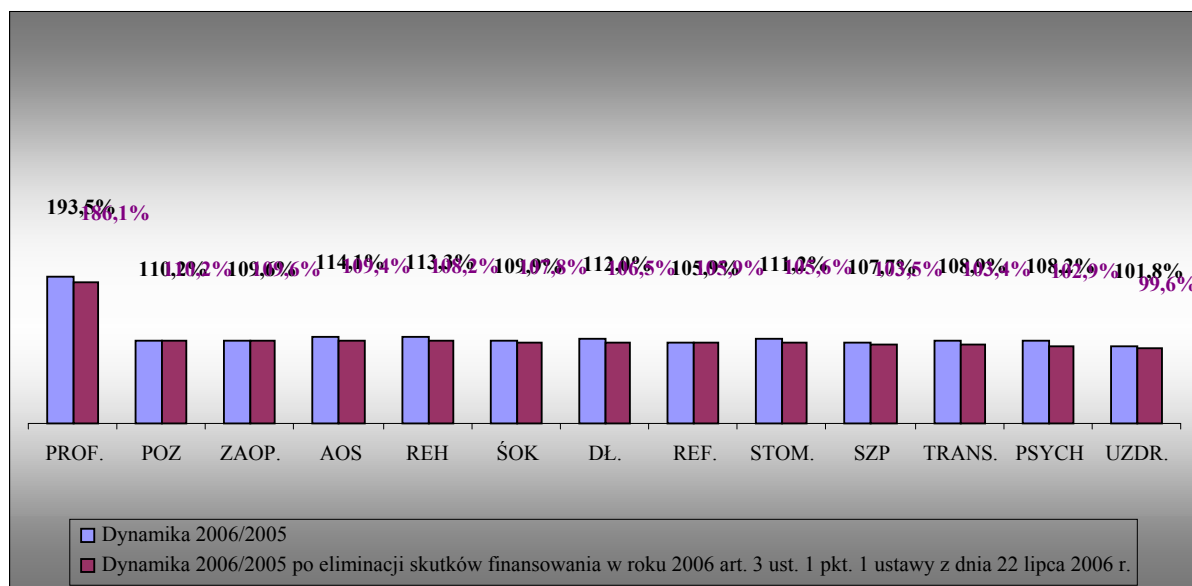
Koszty świadczeń zdrowotnych NFZ w 2006 r. po eliminacji skutków realizacji art. 3 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. na tle wykonania w 2005 r.

w tys. zł

Wyszczególnienie		Wykonanie		Różnica	Dynamika 2006/2005 r.
		2005 r.	2006 r.		
1		2	3	4=3-2	5=3/2
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	3 619 323,79	3 988 042,23	368 718,44	110,19%
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	2 341 600,12	2 562 497,64	220 897,52	109,43%
B2.3	lecznictwo szpitalne i leczenie uzależnień	14 569 644,41	15 074 763,08	505 118,67	103,47%
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 081 227,89	1 112 151,63	30 923,74	102,86%
B2.5	rehabilitacja lecznicza	914 674,43	989 816,82	75 142,39	108,22%
B2.6	opieka długoterminowa	515 949,88	549 267,00	33 317,12	106,46%
B2.7	leczenie stomatologiczne	951 681,61	1 004 808,92	53 127,31	105,58%
B2.8	lecznictwo uzdrowiskowe	340 402,01	339 102,51	-1 299,50	99,62%
B2.9	pomoc doraźna i transport sanitarny	932 613,73	964 338,82	31 725,09	103,40%
B2.10	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	53 377,89	99 337,50	45 959,61	186,10%
B2.11	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	871 967,41	940 124,48	68 157,07	107,82%
B2.12	zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	452 041,85	495 296,57	43 254,72	109,57%
B2.13	refundacja cen leków	6 323 263,84	6 695 760,88	372 497,04	105,89%
B2.14	koszty świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków wynikające z przepisów o koordynacji	36 171,98	161 315,72	125 143,74	445,97%
Razem NFZ		33 003 940,84	34 976 623,80	1 972 682,96	105,98%

Z analizy danych przedstawionych powyżej wynika, że w roku 2006 w NFZ prowadzona była stopniowa zmiana struktury kosztów świadczeń zdrowotnych, polegająca na wzmocnieniu finansowania w szczególności takich rodzajów świadczeń zdrowotnych, jak: zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, rehabilitacja lecznicza, świadczenia odrębnie kontraktowane i opieka długoterminowa.

**Dynamika kosztów świadczeń zdrowotnych NFZ finansowanych ze środków własnych
w stosunku do 2005 r., w tym po eliminacji skutków realizacji
art. 3 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 22 lipca 2006 r.**



1.5. Koszty administracyjne

W „ostatecznym” planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 rok (tj. zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w dniu 20 grudnia 2006 z uwzględnieniem późniejszych przesunięć środków pomiędzy pozycjami kosztów) koszty administracyjne wyznaczono na poziomie 1,04% łącznych kosztów Funduszu.

Udział kosztów administracyjnych NFZ w kosztach ogółem w 2006 r.

Wyszczególnienie	Koszty ogółem	Koszty administracyjne	Udział w strukturze (%)
Plan 2006 r. z dnia 20 września 2005 r.	36 340 140,00	372 891,00	1,03%
Plan 2006 r. z dnia 20 grudnia 2006 r. z uwzględnieniem późniejszych przesunięć	37 088 834,00	387 462,00	1,04%
Wykonanie 2006 r.	36 709 475,08	358 575,29	0,98%

Plan kosztów administracyjnych NFZ na 2006 r. został zwiększony w ciągu roku łącznie o kwotę 14.571,00 tys. zł, tj. o 3,91%.

Poniesione w roku 2006 koszty administracyjne NFZ w wysokości 358.575,29 tys. zł były niższe od wielkości planowanej o 28.886,71 tys. zł i stanowiły 0,98% łącznych kosztów Funduszu.

W roku 2006 NFZ uzyskał oszczędności w stosunku do planu we wszystkich pozycjach kosztów administracyjnych.

Koszty administracyjne NFZ w roku 2006 na tle planu oraz wykonania w 2005 r.

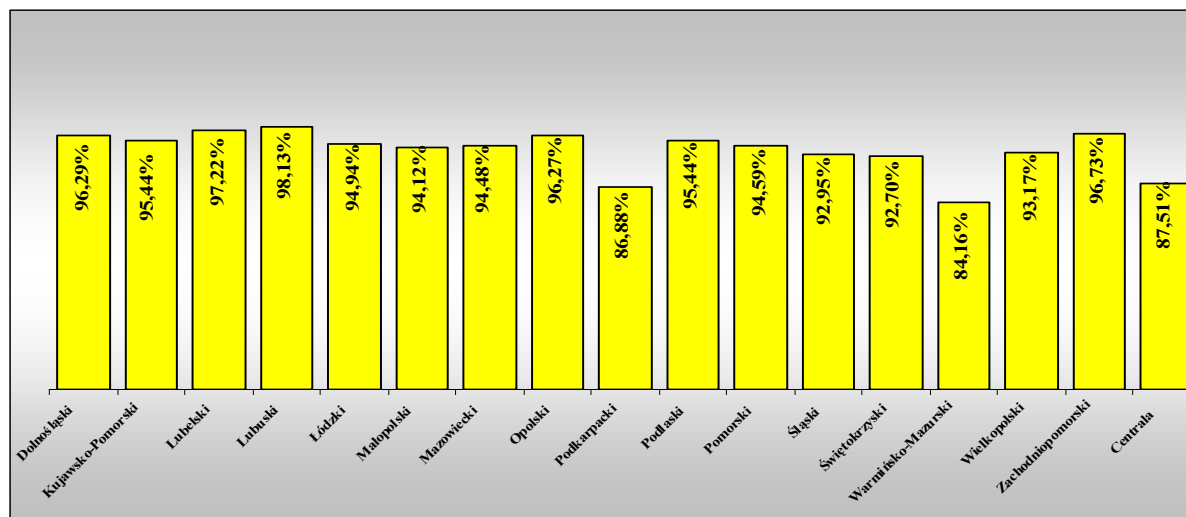
w tys. zł

Koszty administracyjne	Wykonanie 2005r.	Plan 2006r.	Wykonanie 2006r.	Różnica (plan-wyk.)	% wyk. planu	Dynamika 2006/2005 r.
1	2	3	4	5=3-4	6=4/3	7=4/2
zużycie materiałów i energii	12 458,00	15 569,00	12 311,34	3 257,66	79,08%	98,82%
usługi obce	66 742,18	77 753,00	64 450,91	13 302,09	82,89%	96,57%
podatki i opłaty	2 351,71	3 065,00	2 293,68	771,32	74,83%	97,53%
Wynagrodzenia	175 439,27	189 232,00	188 760,38	471,62	99,75%	107,59%
świadczenia na rzecz pracowników z pochodnymi od wynagrodzeń	36 982,09	42 757,00	39 737,27	3 019,73	92,94%	107,45%
koszty funkcjonowania Rady Funduszu	155,32	200,00	142,85	57,15	71,43%	91,97%
amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych zakupionych ze środków własnych Funduszu	27 775,18	47 393,00	40 654,09	6 738,91	85,78%	146,37%
amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych otrzymanych nieodpłatnie	6 714,99	6 438,00	6 347,46	90,54	98,59%	94,53%
pozostałe koszty	3 622,09	5 055,00	3 877,31	1 177,69	76,70%	107,05%
Razem	332 240,83	387 462,00	358 575,29	28 886,71	92,54%	107,93%

Znaczącą oszczędność w realizacji planu finansowego Funduszu w roku 2006 odnotowano w pozycjach: zużycie materiałów i energii, usługi obce, ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia, amortyzacji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych.

Realizację planu kosztów administracyjnych NFZ w 2006 roku w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu prezentuje poniższy wykres.

Realizacja planu kosztów administracyjnych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ w 2006 r.



Mimo, iż w żadnym z oddziałów wojewódzkich Funduszu nie odnotowano na koniec 2006 roku przekroczenia łącznego planu kosztów administracyjnych, to jednak w części oddziałów wojewódzkich wystąpiła wyższa niż planowana realizacja niektórych rodzajów kosztów.

1.6. Pozostała działalność

W 2006 r. w zakresie pozostałej działalności Fundusz odnotował dodatni wynik w wysokości 86.176,86 tys. zł, tj. na poziomie 31,47% planu.

Pozostała działalność NFZ na tle planu 2006 r. oraz wykonania w 2005 r.

w tys. zł						
Wyszczególnienie	Wykonanie 2005 r.	Plan 2006 r.	Wykonanie 2006 r.	Różnica (plan-wyk.)	% realizacji planu	Dynamika 2006/2005 r.
1	2	3	4	5=3-4	6=4/3	7=4/2
Pozostałe przychody	338 810,64	451 436,00	362 973,04	88 462,96	80,40%	107,13%
Pozostałe koszty	90 520,21	177 570,00	276 796,18	-99 226,18	155,88%	305,78%
Wynik na pozostałej działalności	248 290,43	273 866,00	86 176,86	187 689,14	31,47%	34,71%

W związku z przejęciem przez Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązań byłych kas chorych wobec budżetu państwa z tytułu udzielonej pożyczki w 2000 roku, Narodowy Fundusz Zdrowia przekazał w 2006 roku na wskazane rachunki Ministerstwa Finansów kwotę 320.771,80 tys. zł wynikającą ze spłaty:

- planowanej na rok 2006 raty pożyczki w wysokości: 320.689,00 tys. zł,
- odsetek od pożyczki w wysokości: 82,80 tys. zł.

Wobec prognozowanego w roku 2006 istotnego wzrostu zobowiązań związanych z uchwałą Sądu Najwyższego z dnia 30 marca 2006 r. w sprawie tzw. „ustawy 203”, w myśli której Narodowy Fundusz Zdrowia jako następcą prawnym kas chorych jest adresatem roszczeń jednostek służby zdrowia o rekompensatę wydatków związaną z realizacją ustawy z dnia 22 grudnia 2000 r. o zmianie ustawy o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz zmianie niektórych innych ustaw i ustawy o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 5 poz. 45), koniecznym było stworzenie warunków do zachowania równowagi finansowej przez oddziały wojewódzkie Funduszu. W związku z tym w zmianie planu finansowego Funduszu na 2006 rok zatwierdzonej w dniu 15 grudnia 2006 r. przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, uwzględniono rozszerzenie planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu o pozycję F3: rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych i wyznaczono jej wartość na poziomie utworzonych przez Fundusz rezerw w trzech kwartałach 2006 r., tj. w łącznej wysokości 131,3 mln zł (zgodnie z jednolitą zasadą obowiązującą w NFZ – tj. po negatywnym dla Funduszu wyroku sądu I instancji).

Pomimo, iż przed końcem roku 2006 Dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich Funduszu, w trybie art. 127 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. dokonali zwiększenia planowanej wartości rezerw na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych do wysokości 164.203,00 tys. zł, to utworzone na koniec 2006 r. rezerwy w łącznej wysokości 227.590,75 tys. zł przekroczyły wielkość planowaną o 38,60%, tj. o 63.387,75 tys. zł.

Stan rezerw utworzonych na dzień 31 grudnia 2006 r. przez poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu na tle planu prezentuje tabela poniżej.

Koszty rezerw na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych w 2006 r.

tys. zł

Jednostki organizacyjne NFZ:	Plan NFZ na 2006 r. z dnia 15 grudnia 2006 r.	Zwiększenia planu w trybie art. 124 ust. 6, 7 ustawy	Plan NFZ na 2006 r. z dnia 20 grudnia 2006 r. + przesunięcia (plan "ostateczny")	Stan rezerw na dzień 31.12.2006 r.	Różnica
1	2	3	4=2+3	5	6=5-4
Dolnośląski	313,00	0,00	313,00	20 975,17	20 662,17
Kujawsko-Pomorski	31 544,00	0,00	31 544,00	26 368,99	-5 175,01
Lubelski	9,00	0,00	9,00	8,40	-0,60
Lubuski	0,00	0,00	0,00	10,66	10,66
Łódzki	53 459,00	25 490,00	78 949,00	117 560,66	38 611,66
Małopolski	10,00	0,00	10,00	295,60	285,60
Mazowiecki	2 505,00	0,00	2 505,00	1 639,57	-865,43
Opolski	569,00	0,00	569,00	660,42	91,42
Podkarpacki	703,00	0,00	703,00	704,64	1,64
Podlaski	0,00	0,00	0,00	2 932,89	2 932,89
Pomorski	4 670,00	0,00	4 670,00	10 880,95	6 210,95
Śląski	713,00	2 287,00	3 000,00	2 985,47	-14,53
Świętokrzyski	27 814,00	4 000,00	31 814,00	32 219,21	405,21
Warmińsko-Mazurski	3 527,00	0,00	3 527,00	3 527,22	0,22
Wielkopolski	3 859,00	0,00	3 859,00	4 090,98	231,98
Zachodniopomorski	1 610,00	1 104,00	2 714,00	2 713,07	-0,93
Centrala	17,00	0,00	17,00	16,85	-0,15
NFZ	131 322,00	32 881,00	164 203,00	227 590,75	63 387,75

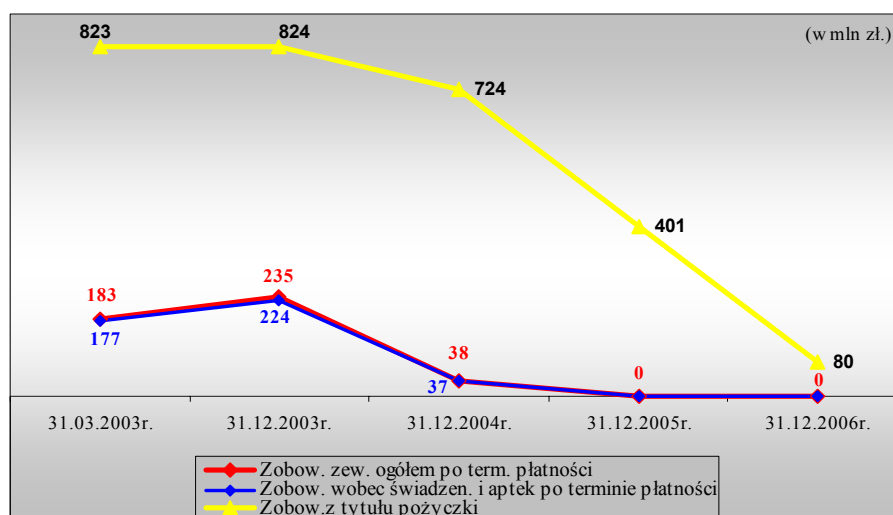
Wartość rezerw na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych w łącznej wysokości 227.590,75 tys. zł tworzyły:

- rezerwy na przyszłe zobowiązania: 176.177,84 tys. zł,
- koszty zawartych ugód: 49.368,62 tys. zł,
- poniesione koszty spraw sądowych, na które nie tworzono rezerw: 2.044,29 tys. zł.

W związku z prowadzonym systematycznym monitoringiem płynności finansowej, zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 110/2005 z dnia 30 grudnia 2005 r., zmieniającym Zarządzenie Nr 22/2005 z dnia 21 lutego 2005 r., w sprawie przyjęcia do stosowania w NFZ procedury przekazywania oddziałom wojewódzkim NFZ środków finansowych w celu bieżącego regulowania zobowiązań, świadczeniodawcom przekazywano środki finansowe z tytułu wykonanych i rozliczonych świadczeń zdrowotnych zgodnie z terminami płatności. W związku z tym odnotowywane we wcześniejszych okresach rozliczeniowych zobowiązania wymagalne NFZ, na dzień 31 grudnia 2006 r. uzyskały wartość „0”.

Stan zobowiązań NFZ z tytułu pożyczki udzielonej z budżetu państwa kasom chorych w 2000 r. oraz zobowiązań wobec świadczeniodawców i aptek po terminie płatności w latach 2003-2006 prezentuje wykres poniżej.

Stan zobowiązań NFZ w latach 2003-2006



1.7. Działalność finansowa

Działalność finansowa NFZ w 2006 r. zamknęła się dodatnim wynikiem w wysokości 80.514,82 tys. zł, co stanowi 259,55% wielkości planowanej.

Działalność finansowa NFZ na tle planu 2006 r. oraz wykonania w 2005 r.

Wyszczególnienie	Wykonanie 2005 r.	Plan 2006 r.	Wykonanie 2006 r.	Różnica (plan-wyk.)	% realizacji planu	w tys. zł
						Dynamika 2006/2005
<i>I</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5=3-4</i>	<i>6=4/3</i>	<i>7=4/2</i>
Przychody finansowe	86 747,29	66 649,00	112 703,72	-46 054,72	169,10%	129,92%
Koszty finansowe	18 401,65	35 628,00	32 188,90	3 439,10	90,35%	174,92%
Wynik na działalności finansowej	68 345,64	31 021,00	80 514,82	-49 493,82	259,55%	117,81%

Kwotę zrealizowanych przychodów finansowych NFZ stanowiły:

- odsetki uzyskane z lokat i papierów wartościowych w wysokości 78.648,74 tys. zł,
- pozostałe przychody finansowe w wysokości 34.054,98 tys. zł.

Kwota kosztów finansowych objęła:

- odsetki od pożyczki udzielonej przez budżet państwa w kwocie 82,80 tys. zł,
- inne koszty finansowe w kwocie 32.106,10 tys. zł, w tym:
 - odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań: 3.872,68 tys. zł,
 - utworzone rezerwy na odsetki: 28.134,06 tys. zł,
 - pozostałe: 99,36 tys. zł.

Realizacja planu przychodów finansowych na poziomie 169,10% wielkości planowanej była w znacznym stopniu efektem wprowadzonej Zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 110/2005 z dnia 30 grudnia 2005 roku *procedury przekazywania oddziałom wojewódzkim NFZ środków finansowych w celu bieżącego regulowania zobowiązań* i lokowania przez Centralę Funduszu, „czasowo” wolnych środków finansowych na rachunkach bankowych.

1.6. Wynik finansowy

Wyniki finansowe za 2006 r. poszczególnych oddziałów wojewódzkich i Centrali Funduszu ukształtowały się następująco.

Wyniki finansowe OW i Centrali NFZ za 2006 r. na tle wyników za 2005 r.

w tys. zł

Jednostki organizacyjne NFZ:	Wynik finansowy netto za 2005r.	Wynik finansowy netto za 2006r.
Dolnośląski	3 735,29	1 764,98
Kujawsko-Pomorski	1 226,91	2 402,88
Lubelski	2 560,67	19 474,97
Lubuski	6 775,90	7 596,47
Łódzki	0,12	182,42
Małopolski	38 346,54	6 516,67
Mazowiecki	6 140,19	44 154,63
Opolski	15 674,47	-3 194,35
Podkarpacki	11 224,41	130,58
Podlaski	17 700,64	-7 014,25
Pomorski	15 764,68	6 506,91
Śląski	8 394,94	36 521,58
Świętokrzyski	13 348,64	6 978,62
Warmińsko-Mazurski	1 803,45	18,21
Wielkopolski	5 577,18	17 405,44
Zachodniopomorski	-10 874,18	25 023,44
Razem OW	137 399,85	164 469,20
Centrala	586 214,87	703 475,37
NFZ	723 614,72	867 944,57

O poziomie wyniku finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2006 r. zdecydowały w szczególności następujące czynniki:

- wyższe niż zakładano w planie finansowym przychody z tytułu składki brutto na ubezpieczenie zdrowotne, łącznie o kwotę 596,8 mln zł (z czego z tytułu składki bieżącej o 545,5 mln zł, z tytułu składek z lat ubiegłych o 51,3 mln zł).
- przekazane przez ZUS i KRUS w listopadzie i grudniu 2006 roku środki z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne wyższe od tych, które Fundusz uzyskał w miesiącach wcześniejszych (tj. średnie przychody z ww. tytułów w okresie 10 m-cy kształtowały się na poziomie 3.052,2 mln zł, zaś w listopadzie wyniosły 3.245,3 mln zł, a w grudniu 3.532,5 mln zł) nie mogły być przeznaczone na zwiększenia planu kosztów świadczeń zdrowotnych, bowiem informację o ich wysokości Fundusz uzyskał: za listopad - w końcu 2006 roku, zaś ostateczną za rok 2006 w marcu 2007 r., wówczas nie było już możliwości dokonania zmian planu finansowego NFZ za 2006 roku,

- wyższe niż planowano koszty ewidencjonowani i poboru składek o 5,5 mln zł,
- niższe niż planowane przychody z tytułu realizacji zadań zleconych o 14,0 mln zł,
- niższa niż planowana realizacja kosztów świadczeń zdrowotnych o 437,8 mln zł,
- niższa niż planowana realizacja kosztów administracyjnych o kwotę 28,9 mln zł,
- wyższy niż planowano poziom rezerw na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych o 63,4 mln zł,
- wyższy niż planowany wynik na działalności finansowej o kwotę 49,5 mln zł,
- niższe niż planowane środki z tytułu dotacji na realizację zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 3 ustawy o 3,0 mln zł.

Wykres poniżej przedstawia czynniki kształtujące wynik finansowy NFZ za 2006 r.

Czynniki kształtujące wynik finansowy NFZ w 2006 r.

w tys. zł

Wyszczególnienie	Plan 2006r.	Wykonanie 2006r.	Wpływ na wynik (+, -)
<i>1</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5=4-3</i>
Składka należna brutto pomniejszona o odpis aktualizujący	36 526 107,00	37 071 559,46	545 452,46
Koszty ewidencjonowania i poboru składek	66 268,00	71 766,59	-5 498,59
Przychody wynikające z przepisów o koordynacji	12 308,00	14 837,92	2 529,92
Przychody z tytułu zadań zleconych	18 268,00	4 308,52	-13 959,48
Dotacja z budżetu państwa na realizację zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 3 ustawy	14 066,00	11 036,99	-3 029,01
Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	0,00	0,00	0,00
Koszty świadczeń zdrowotnych	36 403 638,00	35 965 839,60	437 798,40
<i>w tym: koszty refundacji leków</i>	<i>6 748 674,00</i>	<i>6 695 760,88</i>	<i>52 913,12</i>
Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	18 268,00	4 308,52	13 959,48
Koszty administracyjne	387 462,00	358 575,29	28 886,71
Pozostałe przychody	451 436,00	362 973,04	-88 462,96
Pozostałe koszty	177 570,00	276 796,18	-99 226,18
<i>w tym: rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych</i>	<i>164 203,00</i>	<i>227 590,75</i>	<i>-63 387,75</i>
Przychody finansowe	66 649,00	112 703,72	46 054,72
Koszty finansowe	35 628,00	32 188,90	3 439,10
Zyski i straty nadzwyczajne	0,00	0,00	
Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego	0,00	0,00	
Wynik finansowy	0,00	867 944,57	867 944,57

Uzyskany przez Narodowy Funduszu Zdrowia wynik finansowy za 2006 rok w wysokości 867,9 mln zł, na który miała istotny wpływ nie włączona do planu finansowego nadwyżka przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, był m.in. efektem ostrożności w ocenie sytuacji finansowej Funduszu w 2007 roku. W ocenie Funduszu podejmowane działania w 2006 roku miały uwzględniać sytuację finansową Funduszu w dłuższym horyzoncie czasu.

W planowaniu przychodów ze składek wprowadzono jesienią 2006 roku skorygowane wskaźniki makroekonomiczne, co rodziło obawę, że w 2007 roku Fundusz będzie działał w warunkach znacznie mniejszych możliwości, w stosunku do lat poprzednich, w zakresie zwiększania w trakcie roku nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej.

Ograniczone możliwości NFZ w zakresie potencjalnego zwiększenia planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2007 roku, w połączeniu z wykorzystaniem całego przyrostu środków w tym roku na realizację ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, wpłynęły na realne obniżenie nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej. Pod koniec 2006 roku różnica pomiędzy wysokością zaplanowanych na rok 2007 środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, po wyeliminowaniu skutków ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, a poziomem finansowania zrealizowanym w roku 2006 wynosiła ok. 460 mln zł. Sytuacja ta w wielu przypadkach utrudniała postępowania konkursowe o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zwiększanie liczby świadczeń opieki zdrowotnej pod koniec 2006 roku, przy jednoczesnym braku środków w planie finansowym 2007 roku na zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie roku 2006, byłoby nieuzasadnione.

W 2007 roku konieczne będzie również sfinansowanie roszczeń świadczeniodawców zgłaszanych na drodze sądowej, w tym z tytułu „ustawy 203”, na poziomie wyższym niż wynikającym z pierwotnego planu na 2007 rok (wykonanie w roku 2006 - 227,6 mln zł, plan finansowy na 2007 rok – 208,0 mln zł), natomiast wartość roszczeń na koniec 2006 roku zamyka się kwotą 2 883,0 mln zł.

Niższa niż planowana realizacja kosztów świadczeń zdrowotnych o 437,8 mln zł tj. o 1,2%, wynikała z niewykonania kosztów świadczeń zdrowotnych w oddziałach wojewódzkich o 389,1 mln zł tj. o 1,08%, a w centrali kosztów świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków wynikających z przepisów o koordynacji w wysokości 48,7 mln zł tj. 23,18%.

Niewykonanie kosztów świadczeń zdrowotnych w oddziałach wojewódzkich spowodowane było niższą realizacją przez świadczeniodawców zawartych umów na świadczenia zdrowotne o 336,2 mln zł oraz niższą refundacją cen leków o 52,9 mln zł.

Niewykonanie planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2006 roku na poziomie 1% potwierdza prawidłowość planowania wielkości umów.

Sprawozdanie finansowe NFZ za 2006 r. sporządzone na podstawie ustawy o rachunkowości

2.1. Aktywa i ich struktura

Aktywa łącznie

31.12.2005 r.	31.12.2006 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
4.623.084.376,13	5.816.905.689,08	25,8%	Biuro Księgowości

w zł i gr.

Aktywa trwałe

31.12.2005 r.	31.12.2006 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
232.372.196,44	250.588.082,11	7,8%	Biuro Księgowości

w zł i gr.

Aktywa obrotowe

31.12.2005 r.	31.12.2006 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
4.390.712.179,69	5.566.317.606,97	26,8%	Biuro Księgowości

w zł i gr.

Struktura aktywów - krótka charakterystyka

AKTYWA	31.12.2005 r.		31.12.2006 r.		Zmiana (+) wzrost, (-)spadek
	KWOTA	STRUKTURA	KWOTA	STRUKTURA	
A. AKTYWA TRWAŁE	232 372 196,44	5,03%	250 588 082,11	4,31%	18 215 885,67
I. Wartości niematerialne i prawne	7 738 899,05	0,17%	24 513 038,84	0,42%	16 774 139,79
II. Rzeczowe aktywa trwałe, w tym:	224 423 482,75	4,85%	225 794 832,93	3,88%	1 371 350,18
1. Środki trwałe:	216 661 014,44	4,69%	213 768 200,05	3,67%	-2 892 814,39
- grunty (w tym prawo użytkowania wieczystego gruntów)	9 845 598,99	0,21%	9 631 351,21	0,17%	-214 247,78
- budynki, budowle	160 966 913,01	3,48%	156 359 740,39	2,69%	-4 607 172,62
- urządzenia techniczne i maszyny	42 065 303,49	0,91%	44 671 047,82	0,77%	2 605 744,33
- środki transportu	219 985,30	0,00%	80 127,69	0,00%	-139 857,61
- inne środki trwałe	3 563 213,65	0,08%	3 025 932,94	0,05%	-537 280,71
2. Środki trwałe w budowie	7 762 468,31	0,17%	12 026 632,88	0,21%	4 264 164,57
III. Należności długoterminowe	209 814,64	0,00%	280 210,34	0,00%	70 395,70
AKTYWA OBROTOWE	4 390 712 179,69	94,97%	5 566 317 606,97	95,69%	1 175 605 427,28
I. Zapasy	1 211 737,18	0,03%	1 505 558,83	0,03%	293 821,65
II. Należności krótkoterminowe	2 722 758 455,62	58,89%	3 268 858 121,11	56,20%	546 099 665,49
III. Inwestycje krótkoterminowe, w tym:	1 664 700 978,11	36,01%	2 293 900 123,71	39,44%	629 199 145,60
- bieżące środki pieniężne	1 664 700 978,11	36,01%	2 293 900 123,71	39,44%	629 199 145,60
IV. Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	2 041 008,78	0,04%	2 053 803,32	0,04%	12 794,54
RAZEM AKTYWA	4 623 084 376,13	100,00%	5 816 905 689,08	100,00%	1 193 821 312,95

w zł i gr.

Struktura majątku na dzień 31.12.2006 r. w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2005 r. nie uległa istotnym zmianom. Nastąpił nieznaczny spadek udziału aktywów trwałych z 5,0% do 4,3% oraz wzrost udziału aktywów obrotowych z 95,0% do 95,7%. W grupie aktywów obrotowych nastąpił wzrost wartości zapasów o 24,3%, wzrost należności krótkoterminowych o 20,1% przy jednoczesnym spadku ich udziału o 2,7 pkt. Zwiększeniu uległa wartość i udział pozostałych składników, w tym głównie inwestycji krótkoterminowych o 37,8%, a udział o 3,4 pkt.

Na podstawowy majątek Funduszu składają się należności krótkoterminowe, głównie należności od ZUS z tytułu składek zdrowotnych i inwestycje krótkoterminowe, których udział w strukturze aktywów wynosi odpowiednio na 31.12.2005 r. 58,9% i 36,0% oraz na 31.12.2006 r. 56,2% i 39,4%.

Porównanie danych – analiza trendów

Aktywa Funduszu na dzień 31.12.2006 r. obejmują następujące podstawowe składniki:

- **Wartości niematerialne i prawne** **24 513 038,84 zł**
 Wartości niematerialne i prawne stanowią 0,4% majątku Funduszu i obejmują licencje na użytkowe programy komputerowe.
- **Rzeczowe aktywa trwałe** **225 794 832,93 zł**
 Rzeczowe aktywa trwałe stanowią 3,9% sumy bilansowej. Wartość rzeczowych aktywów trwałych uległa zwiększeniu na dzień bilansowy w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2005 r. o 0,61%, co stanowi kwotę 1 371,35 tys. zł.
- **Należności długoterminowe** **280 210,34 zł**
 Należności długoterminowe stanowią należności z wyroków sądowych, z terminem ich spłaty określonym na lata późniejsze.
- **Zapasy** **1 505 558,83 zł**
 Zapasy wykazane w bilansie stanowią 0,03% sumy bilansowej i obejmują materiały, towary oraz zaliczki na dostawy.
- **Należności krótkoterminowe** **3 268 858 121,11 zł**
 Należności krótkoterminowe stanowią 56,2% sumy bilansowej i obejmują należności z tytułu dostaw robót i usług wymagalne w okresie 12 miesięcy od dnia bilansowego. Według stanu na dzień bilansowy należności krótkoterminowe wzrosły w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2005 r. o 20,06 % tj. o 546 099,67 tys. zł.
- **Inwestycje krótkoterminowe** **2 293 900 123,71 zł**
 Inwestycje krótkoterminowe, na które w całości składają się bieżące środki pieniężne stanowią 39,4% sumy bilansowej i wycenione zostały w wartości nominalnej łącznie z wymagalnymi na dzień bilansowy odsetkami. Stan inwestycji krótkoterminowych na dzień 31.12.2006 r. w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2005 r. uległ zwiększeniu o kwotę 629 199,15 tys. zł.
- **Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe** **2 053 803,32 zł**
 Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe obejmują nakłady przewidziane do rozliczenia w następnych okresach sprawozdawczych po dniu bilansowym.

.2. Pasywa i ich struktura**Pasywa łącznie**

31.12.2005 r.	31.12.2006 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
4.623.084.376,13	5.816.905.689,08	25,8%	Biuro Księgowości

w zł i gr.

Kapitał własny

31.12.2005 r.	31.12.2006 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
457.560.824,09	1.325.505.412,22	189,7%	Biuro Księgowości

w zł i gr.

Zobowiązania i rezerwy

31.12.2005 r.	31.12.2006 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
4.165.523.552,04	4.491.400.276,86	7,8%	Biuro Księgowości

w zł i gr.

Struktura pasywów - krótka charakterystyka

PASYWA	31.12.2005 r.		31.12.2006 r.		Zmiana
	KWOTA	STRUKTURA	KWOTA	STRUKTURA	(+) wzrost, (-)spadek
A. KAPITAŁ (FUNDUSZ) WŁASNY	457 560 824,09	9,90%	1 325 505 412,22	22,79%	867 944 588,13
I. Kapitał (fundusz) podstawowy	141 549 868,09	3,06%	141 549 868,09	2,43%	0,00
II. Kapitał (fundusz) zapasowy	0,00	0,00%	261 384 931,34	4,49%	261 384 931,34
III. Fundusz wydzielony (CFI)	0,00	0,00%	54 626 024,66	0,94%	54 626 024,66
IV. Zysk (strata) z lat ubiegłych	-407 603 725,42	-8,82%	0,00	0,00%	407 603 725,42
V. Zysk (strata) netto	723 614 681,42	15,65%	867 944 588,13	14,92%	144 329 906,71
B. ZOBOWIĄZANIA I REZERWY	4 165 523 552,04	90,10%	4 491 400 276,86	77,21%	325 876 724,82
I. Rezerwy na zobowiązania	318 862 839,04	6,90%	639 519 123,48	10,99%	320 656 284,44
II. Zobowiązania długoterminowe	80 660 343,84	1,74%	207 635,62	0,00%	-80 452 708,22
III. Zobowiązania krótkoterminowe	3 757 969 080,85	81,29%	3 844 219 267,51	66,09%	86 250 186,66
IV. Rozliczenia międzyokresowe	8 031 288,31	0,17%	7 454 250,25	0,13%	-577 038,06
RAZEM PASYWA	4 623 084 376,13	100,00%	5 816 905 689,08	100,00%	1 193 821 312,95

w zł i gr.

Majątek Funduszu w 77,2% pokrywają zobowiązania i rezerwy na zobowiązania, wykazane w łącznej kwocie 4 491 400 tys. zł, stanowią kwotę niższą niż stan majątku ogółem o 1 325 505 tys. zł.

W badanym okresie nastąpiły korzystne zmiany w strukturze źródeł finansowania majątku, co wynika przede wszystkim z osiągnięcia zysku netto w znacznej wysokości, wpływającego na stan funduszy własnych.

Porównanie danych – analiza trendów

Pasywa Funduszu na dzień 31.12.2006 r. obejmują następujące podstawowe składniki:

- **Fundusz własny** **1 325 505 412,22 zł**

Fundusz własny obejmuje:

 - kapitał podstawowy w wysokości 141 549 868,09 zł stanowiący równowartość majątku trwałego netto otrzymanego od Skarbu Państwa,
 - kapitał zapasowy w wysokości 261 384 931,34 zł,
 - fundusz wydzielony (centralny fundusz inwestycyjny) w kwocie 54 626 024,66 zł,
 - zysk okresu badanego w kwocie 867 944 588,13 zł, który wynika z prawidłowo sporządzonego rachunku zysków i strat.

- **Rezerwy na zobowiązania** **639 519 123,48 zł**

Rezerwy na zobowiązania stanowią 10,99% sumy bilansowej i obejmują:

 - rezerwy na pewne lub prawdopodobne przyszłe zobowiązania w kwocie 252 665 tys. zł, z czego kwota 122 196 tys. zł przypada na rezerwy na postępowania sądowe za ponadumowne świadczenia zdrowotne,
 - bierne rozliczenia międzyokresowe kosztów działalności operacyjnej i kosztów finansowych w wysokości 386 854 tys. zł.

- **Zobowiązania długoterminowe** **207 635,62 zł**

Zobowiązania długoterminowe obejmują 0,004% sumy bilansowej i dotyczą wpłaconych przez dostawców zabezpieczeń należytego wykonania umów.

- **Zobowiązania krótkoterminowe** **3 844 219 267,51 zł**

Zobowiązania krótkoterminowe obejmują 66,09% sumy bilansowej w tym zobowiązania z tytułu dostaw i usług wymagalne w okresie 12 miesięcy po dniu bilansowym stanowią kwotę 3 669 621 tys. zł.

- **Rozliczenia międzyokresowe** **7 454 250,25zł**

Rozliczenia międzyokresowe stanowią 0,13% sumy bilansowej.

5. Informacje o finansowaniu wydatków inwestycyjnych

Rzeczowy plan wydatków inwestycyjnych NFZ w 2006 roku przyjęty przez Radę NFZ Uchwałą Nr 42/2005/I z dnia 3 listopada 2005 r. wynosił 44.411.000 zł.

Jego wartość została zmieniona uchwałami Nr 29 i 40 /2006/I Rady NFZ i ostatecznie wyniosła 74.875.600 zł.

Realizacja planu ukształtowała się na poziomie 82,74% , głównie z przyczyny nie zrealizowania zadań inwestycyjnych przez Oddziały Wojewódzkie NFZ w Opolu i Gdańsku oraz przez Centralę NFZ - o wartości łącznie 9.343.320 zł, co stanowi 71% niewykorzystanych środków inwestycyjnych.

Powodem tego były przedłużające się procedury na wyłonienie wykonawcy zadania inwestycyjnego (projektu na adaptację lokali w siedzibie Centrali NFZ) oraz braku czasu na ich przeprowadzenie po stosownych zmianach w planie wydatków inwestycyjnych.

Plan pod względem rzeczowym w większości Oddziałów, w wyniku uzyskania korzystnych cen w postępowaniach o udzielenie zamówień publicznych, został rozszerzony i zrealizowany.

Poniższa tabela przedstawia sumę wartości zadań inwestycyjnych zaplanowanych i zrealizowanych w poszczególnych częściach planu.

Lp.	Pozycje planu	tys. zł	
		Centrala i Oddziały	
		wartość zadań	
		plan	wykonanie
A	Nieruchomości (grunty, budynki, lokale)	15 763,39	9 019,11
B	Urządzenia techniczne, ruchomości i wyposażenie	2 125,34	1 489,46
C	Środki transportu	190,00	0,00
D	Zespoły komputerowe	24 741,57	20 897,65
E	Wartości niematerialne i prawne	32 055,30	30 383,91
Wartość zadań zaplanowanych na 2006 r.		74 875,60	
Wartość zadań zrealizowanych do 31.12.2006			61 790,14
Środki z planu 2006 roku niewykorzystane			13 085,46

VII. OGÓLNE INFORMACJE O NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA

1. Struktura organizacyjna NFZ

Struktura organizacyjna Funduszu określona została w Statucie Narodowego Funduszu Zdrowia stanowiącym załącznik do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 29.09.2004 r. w sprawie nadania Statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. Nr 213, poz. 2161, z późn. zm.). W skład Funduszu wchodzi jednostki organizacyjne: Centrala oraz szesnaście oddziałów wojewódzkich.

W skład Centrali Funduszu wchodzi następujące komórki organizacyjne:

- 1) Gabinet Prezesa Funduszu;
- 2) Biuro Rady Funduszu;
- 3) Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej;
- 4) Departament Spraw Świadczeniobiorców;
- 5) Departament Gospodarki Lekami;
- 6) Departament do Spraw Służb Mundurowych;
- 7) Departament Ekonomiczno-Finansowy;
- 8) Biuro Organizacyjne;
- 9) Biuro Prawne;
- 10) Biuro Informatyki;
- 11) Biuro Informacji i Komunikacji Społecznej;
- 12) Biuro Księgowości;
- 13) Biuro Administracyjno-Gospodarcze;
- 14) Biuro Współpracy Międzynarodowej;
- 15) Auditor Wewnętrzny;
- 16) Pełnomocnik do Spraw Ochrony Informacji Niejawnych;
- 17) Rzecznik Praw Pacjenta.

Szczegółowy zakres zadań komórek organizacyjnych Centrali Funduszu, w szczególności podział nadzoru nad tymi komórkami pomiędzy Prezesa Funduszu i jego zastępców, określa regulamin organizacyjny nadany przez Prezesa Funduszu.

W Narodowym Funduszu Zdrowia funkcjonują następujące oddziały wojewódzkie Funduszu:

- 1) Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą we Wrocławiu;
- 2) Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Bydgoszczy;
- 3) Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Lublinie;
- 4) Lubuski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Zielonej Górze;
- 5) Łódzki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Łodzi;

- 6) Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Krakowie;
- 7) Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie;
- 8) Opolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Opolu;
- 9) Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Rzeszowie;
- 10) Podlaski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Białymstoku;
- 11) Pomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Gdańsku;
- 12) Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Katowicach;
- 13) Świętokrzyski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Kielcach;
- 14) Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Olsztynie;
- 15) Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Poznaniu;
- 16) Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Szczecinie.

Zgodnie z powołanym wyżej statutem w skład oddziału wojewódzkiego Funduszu wchodzi następujące komórki organizacyjne:

- 1) Wydział Świadczeń Opieki Zdrowotnej;
- 2) Wydział Kontroli;
- 3) Wydział Monitorowania Świadczeń Opieki Zdrowotnej;
- 4) Wydział Ekonomiczno-Finansowy;
- 5) Wydział Spraw Świadczeniobiorców;
- 6) Wydział Gospodarki Lekami;
- 7) Wydział do Spraw Służb Mundurowych;
- 8) Zespół Radców Prawnych;
- 9) Wydział Księgowości;
- 10) Wydział Organizacyjno-Prawny;
- 11) Wydział Informatyzacji;
- 12) Wydział Spraw Pracowniczych;
- 13) Wydział Administracyjny;
- 14) Biuro Rzecznika Praw Pacjenta.

Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich mieli jednak możliwość wnioskowania do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o zmianę struktury organizacyjnej oddziału.

Szczegółową organizację komórek organizacyjnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, w tym delegatur oddziałów oraz zakres ich zadań określają regulaminy organizacyjne tych oddziałów nadane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu.

2. Działalność Rady Funduszu

Zgodnie z art. 100 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do zadań Rady Funduszu należy:

- kontrolowanie bieżącej działalności Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności,
- uchwalanie:
 - planu pracy Funduszu na dany rok,
 - rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych,
- opiniowanie:
 - projektu planu finansowego na dany rok.
 - systemu wynagradzania pracowników Funduszu,
- przyjmowanie:
 - sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu,
 - okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu,
- podejmowanie uchwał w sprawach dotyczących majątku Funduszu i inwestycji przekraczających zakres upoważnienia statutowego dla Prezesa Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu,
- kontrola prawidłowej realizacji planu finansowego Funduszu,
- wnioskowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ich realizacji,
- wyrażanie opinii w sprawie kandydata na Prezesa Funduszu lub kandydatów na jego zastępców,
- wyrażanie opinii w sprawie odwołania Prezesa Funduszu lub jego zastępców.

W okresie sprawozdawczym Rada Narodowego Funduszu Zdrowia zebrała się na trzynastu posiedzeniach i podjęła w tym czasie czterdzieści osiem uchwał:

- Na I posiedzeniu Rady NFZ w dniu 5 stycznia 2006 r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w przedmiocie powołania Zespołu Problemowego Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw badania sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia (uchwała Nr 1/2006/I Rady NFZ z dnia 5 stycznia 2006 r.),

- w sprawie odwołania Zastępcy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw medycznych(uchwała Nr 2/2006/I Rady NFZ z dnia 5 stycznia 2006 r.).

Dyskutowała na temat nowego układu rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zapoznała się z informacją na temat bieżącej działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz z prezentacjami multimedialnymi w zakresie:

- kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na 2006 rok (stan na 31 grudnia 2005r.),
 - realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w okresie styczeń – listopad 2005 roku,
 - realizacji planu finansowego NFZ w okresie styczeń – listopad 2005 rok.
- Na II posiedzeniu Rady NFZ w dniu 1 marca 2006 r., zwołanym przez Ministra Zdrowia Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w sprawie wyboru Przewodniczącego Rady Narodowego Funduszu Zdrowia (uchwała Nr 3/2006/I Rady NFZ z dnia 1 marca 2006r.),
- w sprawie wydania opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 r. (uchwała Nr 4/2006/I Rady NFZ z dnia 1 marca 2006r.).

Dyskutowała na temat:

- wątpliwości prawnych odnośnie do prawidłowości zwołania w dniu 1 marca 2006 r. posiedzenia Rady NFZ przez Ministra Zdrowia, na podstawie art. 101 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- zmiany Regulaminu działania Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, poprzez upoważnienie zastępcy Przewodniczącego do pełnienia obowiązków Przewodniczącego Rady również w przypadku odwołania Przewodniczącego Rady ze składu Rady.

Zgłosiła wniosek o dokonanie na kolejnym posiedzeniu Rady Funduszu, zmiany uchwały w sprawie powołania Zespołu Problemowego Rady NFZ do spraw badania sprawozdania finansowego NFZ, ze względu na odwołanie Przewodniczącego powyższego Zespołu ze składu Rady.

- Na pierwszej części III posiedzenia Rady NFZ w dniu 13 marca 2006 r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia Regulaminu działania Rady Narodowego Funduszu Zdrowia (uchwała Nr 5/2006/I Rady NFZ z dnia 13 marca 2006r.),
- zmieniającą uchwałę w przedmiocie powołania Zespołu Problemowego Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw badania sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia (uchwała Nr 6/2006/I Rady NFZ z dnia 13 marca 2006r.),

- w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności NFZ za IV kwartał 2005r. (uchwała Nr 7/2006/I Rady NFZ z dnia 13 marca 2006r.).

Zapoznała się z informacją na temat negocjacji w sprawie zawarcia umowy o świadczenie usług konserwacji Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności Narodowego Funduszu Zdrowia z firmą Konsorcjum Kamssoft-Spin.

Zobowiązała Prezesa NFZ do pisemnego ustosunkowania się do zarzutów przedstawionych w trzech opiniach Przewodniczącego Zespołu Problemowego Rady NFZ ds. informatyzacji: 1) „Opinia dotycząca umów o świadczenie usług konserwacji Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ”, 2) „Opinia dotycząca sposobu realizacji Rejestru Usług Medycznych”, 3) „ Analiza procesów związanych z przygotowaniem, negocjacjami oraz nadzorem nad realizacją umów na utrzymanie Systemu Informatycznego NFZ w roku 2005, prowadzonych przez Biuro Informatyzacji Centrali NFZ”.

Dyskutowała na temat Planu pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 roku, a w szczególności nad propozycją Przewodniczącego Rady Funduszu o wniesienie do Planu pracy Centrali NFZ następujących punktów: opracowanie strategii założeń kontraktowania świadczeń zdrowotnych na rok 2007, opracowanie planu strategicznego działania NFZ na kolejne trzy lata, opracowanie strategii informatyzacji NFZ.

- Podczas drugiej części III posiedzenia Rady NFZ w dniu 22 marca 2006 r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w sprawie powołania Zastępcy Prezesa NFZ do spraw medycznych oraz ustalenia jego wynagrodzenia (uchwała Nr 8/2006/I Rady NFZ z dnia 22 marca 2006r.),
- w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie umów o świadczenie usług konserwacji Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności Narodowego Funduszu Zdrowia z firmą ComputerLand S.A i konsorcjum firm Kamssoft-Spin (uchwała Nr 9/2006/I Rady NFZ z dnia 22 marca 2006r.).

Wysłuchała oświadczenia Prezesa NFZ o akceptacji stanowiska zawartego w opinii prawnej z dnia 13 marca 2006 r., sporządzonej przez radcę prawnego NFZ, w sprawie zgodności projektów umów o świadczenie usług serwisu Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności Narodowego Funduszu Zdrowia z decyzją Prezesa UZP na ZT/5350/05 z dnia 7 grudnia 2005 r.

Sprostowała oczywistą omyłkę w uchwale Nr 6/2006/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 marca 2006 r. zmieniającej uchwałę w przedmiocie powołania Zespołu Problemowego Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw badania sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia.

- Na IV posiedzeniu Rady NFZ w dniu 6 kwietnia 2006 r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w sprawie przyjęcia sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2005 rok (Uchwała Nr 10/2006/I Rady NFZ z dnia 6 kwietnia 2006r.),

- w sprawie wydania opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 rok (Uchwała Nr 11/2006/I Rady NFZ z dnia 6 kwietnia 2006r.),
- w sprawie przyjęcia planu pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 roku (Uchwała Nr 12/2006/I Rady NFZ z dnia 6 kwietnia 2006r.),

- Na V posiedzeniu Rady NFZ w dniu 28 kwietnia 2006 r. Rada Funduszu:

Dyskutowała na temat rocznego sprawozdania z działalności NFZ za 2005 r. – zwróciła szczególną uwagę na jakość sprawozdania oraz na praktyczne znaczenie sprawozdania z działalności NFZ dla przyszłości Funduszu.

Podjęła uchwałę w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności NFZ za 2005 r. (uchwała Nr 13/2006/I Rady NFZ z dnia 28 kwietnia 2006 r.).

Zobowiązała Prezesa NFZ do przedstawienia na najbliższym posiedzeniu informacji na temat wyroku Sądu Najwyższego w sprawie „ustawy 203”.

- Na VI posiedzeniu Rady NFZ w dniu 18 maja 2006 r. Rada Funduszu:

Rozpatrzyła wniosek Ministra Zdrowia z dnia 18 maja 2006 r. w sprawie odwołania Pana Jerzego Millera z funkcji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia i nie podjęła uchwały w tej sprawie.

Pozytywnie zaopiniowała projekt zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 rok i podjęła uchwałę Nr 14/2006/I Rady NFZ z dnia 18 maja 2006 r. w sprawie wydania opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 rok.

Dyskutowała na temat podwyższenia wynagrodzenia dla pracowników ochrony zdrowia.

- Na VII posiedzeniu Rady NFZ w dniu 8 czerwca 2006 r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności NFZ za I kwartał 2006r. (uchwała Nr 15/2006/I Rady NFZ z dnia 8 czerwca 2006 r.),
- zmieniającą uchwałę w sprawie wydania opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 rok (uchwała Nr 16/2006/I Rady NFZ z dnia 8 czerwca 2006 r.),
- zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 rok (uchwała Nr 17/2006/I Rady NFZ z dnia 8 czerwca 2006r.).

Zapoznała się z informacją Prezesa NFZ na temat:

- „Kierunków zmian zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2007”,
- „Kierunków informatyzacji NFZ”,
- realizacji przez NFZ wyroku Sądu Najwyższego („ustawa 203”),

- pracy Zespołu Problemowego Rady NFZ ds. badania sprawozdania finansowego NFZ.

- Na VIII posiedzeniu Rady NFZ w dniu 20 lipca 2006 r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w sprawie wydania opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 r. (uchwała Nr 18/2006/I Rady NFZ z dnia 20 lipca 2006r.),
- w sprawie wydania opinii do projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2007 r. (uchwała Nr 19/2006/I Rady NFZ z dnia 20 lipca 2006r.),
- w sprawie wystąpienia do Ministra Finansów o zaopiniowanie sposobu podziału zatwierdzonego zysku netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2005 rok. (uchwała Nr 20/2006/I Rady NFZ z dnia 20 lipca 2006r.),
- zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2006 r. (uchwała Nr 21/2006/I Rady NFZ z dnia 20 lipca 2006r.).

Zapoznała się z informacją Prezesa NFZ na temat:

- prognozy przychodów i kosztów na kolejne trzy lata 2007-2009,
- wyroku Sądu Najwyższego w sprawie „ustawy 203”.

- Na IX posiedzeniu Rady NFZ w dniu 24 sierpnia 2006 r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w sprawie powołania Zespołu Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw przygotowania Strategii informatyzacji NFZ (uchwała Nr 23/2006/I Rady NFZ z dnia 24 sierpnia 2006r.),
- zmieniającą uchwałę w sprawie wystąpienia do Ministra Finansów o zaopiniowanie sposobu podziału zatwierdzonego zysku netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2005 rok. (uchwała Nr 24/2006/I Rady NFZ z dnia 24 sierpnia 2006r.),
- w sprawie przeznaczenia zatwierdzonego zysku netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2005 rok. (uchwała Nr 25/2006/I Rady NFZ z dnia 24 sierpnia 2006r.),
- w sprawie wydania opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 r. (uchwała Nr 26/2006/I Rady NFZ z dnia 24 sierpnia 2006r.),
- w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności NFZ za II kwartał 2006r. (uchwała Nr 27/2006/I Rady NFZ z dnia 24 sierpnia 2006r.),
- w sprawie powołania Zespołu Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw przygotowania opinii do projektu Systemu wynagradzania pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia (uchwała Nr 28/2006/I Rady NFZ z dnia 24 sierpnia 2006r.),

- zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2006 r. (uchwała Nr 29/2006/I Rady NFZ z dnia 24 sierpnia 2006r.).

Zapoznała się z informacją Prezesa NFZ na temat:

- działalności Narodowego Funduszu Zdrowia w II kwartale 2006 r.,
- sposobu realizacji ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń.

Dyskutowała na temat przedstawionego przez Prezesa NFZ dokumentu pt.: „Strategia wykorzystania zasobów informacyjnych NFZ oraz kierunki rozwoju systemu informatycznego NFZ”.

- Na X posiedzeniu Rady NFZ w dniu 7 września 2006 r., które zostało zwołane na wniosek Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2006 r., w trybie określonym w § 5 ust. 4 Regulaminu działania Rady Narodowego Funduszu, Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w przedmiocie wyrażenia opinii w sprawie odwołania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (Uchwała Nr 30/2006/I z dnia 7 września 2006 r.),
- w przedmiocie wyrażenia opinii w sprawie kandydata na Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (Uchwała Nr 31/2006/I z dnia 7 września 2006 r.).

Pozytywnie zaopiniowała wniosek Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2006 r. w sprawie odwołania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia oraz kandydata na Prezesa NFZ.

- Podczas pierwszej części XI posiedzenia Rady NFZ w dniu 28 września 2006 r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w przedmiocie wyrażenia opinii w sprawie odwołania Zastępcy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw finansowych (Uchwała Nr 32/2006/I z dnia 28 września 2006r.),
- w przedmiocie wyrażenia opinii w sprawie kandydata na Zastępcę Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw finansowych (Uchwała Nr 33/2006/I z dnia 28 września 2006 r.),
- w sprawie przyjęcia stanowiska Zespołu Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw przygotowania Strategii informatyzacji Narodowego Funduszu Zdrowia (Uchwała Nr 34/2006/I z dnia 28 września 2006r.),
- w sprawie wyrażenia opinii o „Systemie wynagradzania pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia” (Uchwała Nr 35/2006/I z dnia 28 września 2006 r.).

Dyskutowała na temat:

- opracowanego przez Zespół Rady dokumentu „Wskazówki i wytyczne dla Prezesa NFZ w celu opracowania dokumentu Strategia wykorzystania zasobów informacyjnych oraz kierunków rozwoju systemu informatycznego NFZ”,

- projektu Systemu wynagradzania pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - zakupu przez NFZ oprogramowania ORACLE,
 - zakupu nieruchomości dla potrzeb Lubelskiego OW NFZ,
 - kosztów związanych z adaptacją i wyposażeniem zakupionych lokali nr 13,14, 15 przy ul. Grójeckiej 186 w Warszawie.
- Podczas drugiej części XI posiedzenia Rady NFZ w dniu 5 października 2006 r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w sprawie wyrażenia zgody na nabycie przez Narodowy Fundusz Zdrowia na potrzeby Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ udziału wynoszącego 33/100 (trzydzieści trzy setne) we własności nieruchomości położonej w Lublinie przy ul. Szkolnej nr 16 (Uchwała Nr 36/2006/I z dnia 5 października 2006r.),
- w sprawie wystąpienia do Ministra Finansów o zaopiniowanie zmiany załącznika Nr 2 do Uchwały Nr 25/2006/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2006 r. w sprawie przeznaczenia zatwierdzonego zysku netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2005 r. (Uchwała Nr 37/2006/I z dnia 5 października 2006 r.),
- zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych na 2006 r.(Uchwała Nr 38/2006/I z dnia 5 października 2006 r.).

Dyskutowała na temat kosztów projektu adaptacji lokali nr 13,14 i 15 przy ul. Grójeckiej 186 w Warszawie.

- Na XII posiedzeniu Rady NFZ w dniu 16 listopada 2006 r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w sprawie wyrażenia opinii do projektu zmiany planu finansowego NFZ na 2006 rok (Uchwała Nr 41/2006/I z dnia 16 listopada 2006r.),
- zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2006 rok (Uchwała Nr 42/2006/I z dnia 16 listopada 2006r.),
- w sprawie przeprowadzenia kontroli prawidłowości realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2006 r. (obejmujących świadczenia w zakresie laryngologii dziecięcej w wypadkach nagłych, w porze nocnej na obszarze m. st. Warszawy oraz ortopedii w wypadkach nagłych, również w porze nocnej na obszarze m. st. Warszawy) - Uchwała Nr 43/2006/I z dnia 16 listopada 2006 r.

Zapoznała się informacją Prezesa NFZ na temat:

- aktualności treści dokumentu przedstawionego Radzie NFZ w dniu 8 czerwca br. pt: „Kierunki zmian zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2007”,

- realizacji w 2007 roku przez Narodowy Fundusz Zdrowia ustawy z dnia 22 lipca 2006r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń,
- spraw związanych z funkcjonowaniem pionu mundurowego w NFZ ,
- przyczyn wzrostu kosztów zadania inwestycyjnego polegającego na zakupie i adaptacji lokali użytkowych nr 13,14 i 15 przy ul. Grójeckiej 186 w Warszawie.

Zobowiązała Prezesa NFZ do przedstawienia dokumentu, w którym zostaną przedstawione przyczyny wadliwie prowadzonego zadania inwestycyjnego polegającego na zakupie i adaptacji lokali użytkowych nr 13,14 i 15 przy ul. Grójeckiej 186 w Warszawie oraz wnioski wynikające z tego zadania, jak również wnioski personalne.

Upoważniła Przewodniczącą Rady do wystąpienia do Ministra Zdrowia w dwóch kwestiach:

- z zapytaniem, czy jest możliwy udział Rady Funduszu w opiniowaniu projektu rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów zmieniającego rozporządzenie w sprawie nadania statutu NFZ,
- z przedstawieniem stanowiska Rady NFZ w sprawie zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej dla służb mundurowych.

- Na XIII posiedzeniu Rady NFZ w dniu 7 grudnia 2006 r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w sprawie wydania opinii do projektu zmiany planu finansowego NFZ na 2006 r. (Uchwała Nr 44/2006/I z dnia 7 grudnia 2006 r.),
- zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 rok (Uchwała Nr 45/2006/I z dnia 7 grudnia 2006 r.),
- w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności NFZ za III kwartał 2006r.(Uchwała Nr 46/2006/I z dnia 7 grudnia 2006 r.),
- w sprawie powołania Zespołu Problemowego Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw badania sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia (Uchwała Nr 47/2006/I z dnia 7 grudnia 2006 r.),
- w sprawie powołania Zespołu Problemowego Rady ds. analizy opracowanego przez Prezesa NFZ dokumentu : „Strategia wykorzystania zasobów informacyjnych NFZ oraz kierunki rozwoju systemu informatycznego NFZ na lata 2006-2010”(Uchwała Nr 48/2006/I z dnia 7 grudnia 2006r.).

Dyskutowała na temat:

- opracowanego przez Prezesa NFZ dokumentu: „Strategia wykorzystania zasobów informacyjnych NFZ oraz kierunki rozwoju systemu informatycznego NFZ na lata 2006-2010”,
- skutków wejścia w życie projektowanej przez Ministerstwo Zdrowia ustawy o sieci szpitali, dla zasad kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń zdrowotnych na rok 2007 oraz na lata następne,

- wystąpienia Ministra Zdrowia w związku z prowadzonym postępowaniem wyjaśniającym w sprawie badania uchwały Nr 38/2006/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 października 2006 r. zmieniającej uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 r.,
- przyczyn nieprawidłowego przeprowadzenia zadania inwestycyjnego polegającego na zakupie i adaptacji lokali użytkowych nr 13, 14 i 15 przy ul. Grójeckiej 186 w Warszawie.

Rada Funduszu podejmuje również uchwały w drodze korespondencyjnego uzgodnienia stanowisk przez członków Rady (tryb obiegowy).

Rada Funduszu podjęła w trybie obiegowym:

- w dniu 17 sierpnia 2006 r. uchwałę Nr 22/2006/I zmieniającą uchwałę w sprawie wystąpienia do Ministra Finansów o zaopiniowanie sposobu podziału zatwierdzonego zysku netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2005 r.,
- w dniu 25 października 2006 r. uchwały: Nr 39/2006/I w sprawie zmiany załącznika Nr 2 do Uchwały Nr 25/2006/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2006 r. w sprawie przeznaczenia zatwierdzonego zysku netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2005 r., oraz Nr 40/2006/I zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 rok.

Ponadto Rada Funduszu powołuje spośród swoich członków Zespoły Problemowe, które przygotowywały na jej posiedzenia rekomendacje, opinie i stanowiska.

W 2006 roku odbyły się dwa spotkania Zespołu Problemowego Rady NFZ do spraw badania sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia (6 kwietnia i 18 maja 2005 r.), trzy spotkania Zespołu Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw przygotowania opinii do projektu Systemu wynagradzania pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia (28 sierpnia, 6 września i 28 września 2006 r.) oraz spotkania Zespołu Problemowego Rady NFZ do spraw przygotowania Strategii informatyzacji Narodowego Funduszu Zdrowia.

3. Działalność Rad Oddziałów Wojewódzkich NFZ

Zgodnie z art. 106 ust. 1 ustawy o świadczeniach w oddziałach wojewódzkich Funduszu działają rady oddziałów wojewódzkich.

Skład rady

W skład rady oddziału wojewódzkiego Funduszu, zgodnie z art. 106 ust. 2 wchodzi dziewięciu członków będących ubezpieczonymi zamieszkujących na obszarze działania danego oddziału wojewódzkiego Funduszu, powoływani przez sejmik województwa, w tym:

- dwóch członków powoływanych z własnej inicjatywy sejmiku,

- dwóch członków spośród kandydatów wskazanych przez właściwego wojewodę,
- jeden członek spośród kandydatów wskazanych przez konwent powiatów z danego województwa,
- dwóch członków spośród kandydatów wskazanych przez właściwą miejscowo wojewódzką komisję dialogu społecznego,
- jeden członek spośród kandydatów wskazanych przez Radę Działalności Pożytku Publicznego,
- jeden członek spośród kandydatów wskazanych wspólnie przez właściwego szefa wojewódzkiego sztabu wojskowego, właściwego komendanta wojewódzkiego Policji i właściwego komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej.

Zadania rady

Do zadań rad oddziału wojewódzkiego Funduszu (art. 106 ust. 10 ustawy o świadczeniach) należy:

- opiniowanie projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- uchwalanie planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- opiniowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok;
- monitorowanie prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz realizacji tych umów;
- monitorowanie, na podstawie przekazanych przez dyrektora oddziału wojewódzkiego informacji, o których mowa w art. 23 ust. 2 i 4 ustawy, sposobu wykonywania przez świadczeniodawców obowiązków, o których mowa w art. 20-22 ustawy;
- kontrolowanie bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności;
- występowanie do dyrektora oddziału wojewódzkiego z wnioskiem o wszczęcie kontroli w trybie art. 64 ustawy;
- występowanie do dyrektora oddziału wojewódzkiego o przeprowadzenie kontroli realizacji zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;
- występowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- wydawanie opinii o kandydacie na stanowisko dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu;
- występowanie z wnioskiem do Prezesa Funduszu o odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w przypadkach, o których mowa w art. 107 ust. 4.

Charakter rady

Działalność rad ma charakter opiniodawczo-nadzorczy. Kadencja rad trwa cztery lata. Rady działają w zakresie swoich kompetencji, wykonując zadania szczegółowo określone planem pracy rad i harmonogramem posiedzeń. Ustalenia podejmowane przez rady przyjmowane są w drodze uchwał wraz z oceną i opiniami w omawianych kwestiach. W posiedzeniach rad uczestniczyli, zgodnie z art. 106 ust. 4 ustawy o świadczeniach, w charakterze obserwatorów przedstawiciele właściwej okręgowej rady lekarskiej, okręgowej rady pielęgniarów i położnych i okręgowej rady aptekarskiej oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.

Opis działalności rad oddziałów wojewódzkich funduszu

- **Rada Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Opis działalności rady:

(Liczba posiedzeń – 9, liczba podjętych uchwał – 7).

1) Posiedzenie Rady w dniu 24 lutego 2006 r.

- przyjęcie protokołu z posiedzenia Rady w dniu 22.12.2005 r.;
- informacja Dyrektora DOW NFZ na temat stanu postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2006;
- informacja Dyrektora DOW NFZ na temat zakończonej kontroli NIK w Oddziale;
- informacja Dyrektora DOW NFZ na temat bieżącej działalności Oddziału.

2) Posiedzenie Rady w dniu 20 kwietnia 2006 r.

- przyjęcie protokołu z posiedzenia Rady w dniu 24.02.2006 r.;
- informacja Dyrektora DOW NFZ o rocznym sprawozdaniu z działalności DOW NFZ w 2005 r.;
- przedstawienie sprawozdania z wykonania planu finansowego Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ za rok 2005 przez Dyrektora DOW NFZ (Uchwała Nr 1/2006);
- informacja Dyrektora DOW NFZ na temat stanu postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2006;
- analiza skarg i wniosków wniesionych przez ubezpieczonych za okres IV kwartału 2005 r.;
- informacja Dyrektora DOW NFZ na temat sposobu wykonywania przez świadczeniodawców w I kwartale 2006 obowiązków, o których mowa w art. 20 – 22 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- informacja Dyrektora DOW NFZ na temat bieżącej działalności Oddziału.

3) Posiedzenie Rady w dniu 22 czerwca 2006 r.

- przedstawienie sprawozdania z wykonania planu finansowego Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ za rok 2005 przez Dyrektora DOW NFZ (Uchwała Nr 2/2006);
- informacja Dyrektora DOW NFZ na temat założeń do planu finansowego DOW NFZ na rok 2007 w świetle prognozy wpływów i wydatków;
- analiza skarg i wniosków wniesionych przez ubezpieczonych za okres od I do V 2006r.;
- informacja Dyrektora DOW NFZ na temat sposobu wykonywania przez świadczeniodawców w II kwartale 2006 obowiązków, o których mowa w art. 20 –

22 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, tj. list oczekujących na udzielenie świadczenia;

- informacja Dyrektora DOW NFZ na temat bieżącej działalności Oddziału.

4) Posiedzenie Rady w dniu 28 lipca 2006 r.

- przyjęcie protokołu z posiedzenia Rady w dniu 22.06.2006 r.;
- zaopiniowanie odwołania Pana Andrzeja Woźnego ze stanowiska Dyrektora Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (Uchwała Nr 3/2006);
- zaopiniowanie projektu planu finansowego DOW NFZ na rok 2007 (Uchwała Nr 4/2006) ;
- informacja Dyrektora DOW NFZ na temat bieżącej działalności Oddziału.

5) Posiedzenie Rady w dniu 11 sierpnia 2006 r.

- przyjęcie protokołu z posiedzenia Rady w dniu 28.07.2006 r.;
- zaopiniowanie kandydata na stanowisko Dyrektora Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (Uchwała Nr 5/2006).

6) Posiedzenie Rady w dniu 02 października 2006 r.

- przyjęcie protokołu z posiedzenia Rady w dniu 11.08.2006r.;
- informacja Dyrektora DOW NFZ na temat stanu postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2007;
- informacja Rzecznika Praw Pacjenta na temat działalności Rzecznika i załatwianych przez niego spraw w I półroczu 2006r.;
- zaopiniowanie zmiany na stanowisku Dyrektora Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

7) Posiedzenie Rady w dniu 09 października 2006 r.

- przyjęcie protokołu z posiedzenia Rady w dniu 11.08.2006r.;
- zaopiniowanie zmiany na stanowisku Dyrektora Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ (Uchwała Nr 6/2006, Uchwała Nr 7/2006);
- informacja Rzecznika Praw Pacjenta na temat działalności Rzecznika i załatwianych przez niego spraw w I półroczu 2006r.;
- informacja Dyrektora DOW NFZ na temat stanu postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2007.

8) Posiedzenie Rady w dniu 27 listopada 2006 r.

- przyjęcie protokołu z posiedzenia Rady w dniu 9.10.2006 r.;
- uchwalenie planu pracy Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ;
- informacja Dyrektora DOW NFZ na temat stanu postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2007;
- analiza skarg i wniosków wniesionych przez ubezpieczonych za okres III kwartału 2006r.;
- informacja Dyrektora DOW NFZ na temat bieżącej działalności Oddziału.

9) Posiedzenie Rady w dniu 22 grudnia 2006 r.

- przyjęcie protokołu z posiedzenia Rady w dniu 27.11.2006 r.;
- informacja Dyrektora DOW NFZ na temat stanu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2007;
- informacja Dyrektora DOW NFZ na temat sposobu wykonywania przez świadczeniodawców w III kwartale obowiązków, o których mowa w art. 20 – 22 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- informacja Dyrektora DOW NFZ na temat bieżącej działalności Oddziału.

- **Rada Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Opis działalności rady:

(Liczba posiedzeń – 4, liczba podjętych uchwał – 2)

1) Posiedzenie Rady w dniu 27 marca 2006 r.

- podjęcie uchwały w przedmiocie zatwierdzenia sprawozdania z wykonania planu finansowego za 2005 rok Kujawsko - Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z siedzibą w Bydgoszczy (Uchwała nr I/1/2006);
- analiza skarg i wniosków rozpatrywanych w IV kwartale 2005 roku przez Rzecznika Praw Pacjenta.

2) Posiedzenie Rady w dniu 3 lipca 2006 r.

- informacja w przedmiocie prognozy wydatków na lata 2007 – 2009 Kujawsko – Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy;
- zaopiniowanie projektu planu finansowego na rok 2007;
- analiza skarg i wniosków rozpatrywanych w I kwartale 2006 roku przez Rzecznika Praw Pacjenta.

3) Posiedzenie Rady w dniu 22 listopada 2006 r.

- podjęcie uchwały w sprawie zatwierdzenia Planu Pracy Kujawsko – Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy na rok 2007 (Uchwała nr II/07/2006);
- informacja o przedmiocie realizacji ustawy z dnia 22 lipca 2006 roku o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076);
- analiza skarg i wniosków rozpatrywanych w II kwartale 2006 roku przez Rzecznika Praw Pacjenta.

4) Posiedzenie Rady w dniu 20 grudnia 2006 r.

- informacja o przeprowadzonych postępowaniach celem zawarcia umów na 2007 rok w Kujawsko – Pomorskim Oddziale Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Bydgoszczy;
- analiza skarg i wniosków rozpatrywanych w III kwartale 2006 roku przez Rzecznika Praw Pacjenta.

- **Rada Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Opis działalności rady:

(Liczba posiedzeń – 12, liczba podjętych uchwał – 44)

1) Posiedzenie Rady w dniu 31 stycznia 2006 r.

- przyjęcie Protokołu XII posiedzenia Rady Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 21 grudnia 2005 roku (Uchwała Nr 1/2006/I);
- dokonanie analizy skarg i wniosków wniesionych przez ubezpieczonych w IV kwartale 2005 roku do Lubelskiego OW NFZ (Uchwała Nr 2/2006/I);
- dokonanie analizy skarg i wniosków wniesionych przez ubezpieczonych w 2005 roku do Lubelskiego OW NFZ (Uchwała Nr 3/2006/I);
- przyjęcie „Sprawozdania z wykonania Planu pracy Rady Lubelskiego OW NFZ w roku 2005” (Uchwała Nr 4/2006/XIII);
- informacja dyrektora oddziału na temat bieżącej działalności jednostki oraz monitorowania realizacji zawartych umów.

2) Posiedzenie Rady w dniu 21 lutego 2006 r.

- przyjęcie Protokołu XIII posiedzenia Rady Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 31 stycznia 2006 roku (Uchwała Nr 5/2006/II);
- przyjęcie „Sprawozdania z wykonania Planu pracy Lubelskiego OW NFZ w IV kwartale 2005 roku (Uchwała Nr 6/2006/II);
- przyjęcie analizy danych dotyczących list oczekujących, liczby oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej za okres IV kwartału 2005 roku (Uchwała Nr 7/2006/II);
- informacja dyrektora oddziału na temat bieżącej działalności jednostki oraz monitorowania realizacji zawartych umów.

3) Posiedzenie Rady w dniu 14 marca 2006 r.

- przyjęcie Protokołu XIV posiedzenia Rady Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 21 lutego 2006 roku (Uchwała Nr 8/2006/III);
- zaopiniowanie i zatwierdzenie „Sprawozdania z realizacji planu finansowego Lubelskiego OW NFZ za 2005 rok” (Uchwała Nr 9/2006/III);
- przyjęcie „Sprawozdania z wykonania Planu pracy Lubelskiego OW NFZ w roku 2005” (Uchwała Nr 10/2006/III);
- przyjęcie analizy danych dotyczących list oczekujących, liczby oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w roku 2005 (Uchwała Nr 11/2006/III);
- przyjęcie informacji na temat realizacji przez Lubelski OW NFZ wniosków zawartych w uchwałach Rady Oddziału za okres roku 2005 (Uchwała Nr 12/2006/III);
- informacja dyrektora oddziału na temat bieżącej działalności jednostki oraz monitorowania realizacji zawartych umów.

4) Posiedzenie Rady w dniu 25 kwietnia 2006 r.

- przyjęcie Protokołu XV posiedzenia Rady Lubelskiego OW NFZ w dniu 14 marca 2006 roku (Uchwała Nr 13/2006/IV);
- dokonania analizy skarg i wniosków wniesionych przez ubezpieczonych w I kwartale 2006 roku do Lubelskiego OW NFZ (Uchwała Nr 14/2006/IV);
- informacja dyrektora oddziału na temat bieżącej działalności jednostki oraz monitorowania realizacji zawartych umów.

5) Posiedzenie Rady w dniu 23 maja 2006 r.

- przyjęcie protokołu XIV posiedzenia Rady Lubelskiego OW NFZ w dniu 25.04.2006 r. (Uchwała Nr 15/2006/V);
- przyjęcie sprawozdania z wykonania Planu pracy Lubelskiego OW NFZ w I kwartale 2006 r. (Uchwała Nr 16/2006/V);
- przyjęcie analizy danych dotyczących list oczekujących, liczby oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej za okres I kwartału 2006 r. (Uchwała Nr 17/2006/V);
- przyjęcie corocznej prognozy wpływów i wydatków Lubelskiego OW NFZ na rok 2007 (Uchwała Nr 18/2006/V);
- zmiana planu pracy Rady Lubelskiego OW NFZ na rok 2006 (Uchwała Nr 19/2006/V);
- informacja dyrektora oddziału na temat bieżącej działalności jednostki oraz monitorowania realizacji zawartych umów;
- informacja dyrektora oddziału o sporządzaniu planu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2007.

6) Posiedzenie Rady w dniu 4 lipca 2006 r.

- zaopiniowania projektu Planu finansowego Lubelskiego OW NFZ na rok 2007 (Uchwała Nr 20/2006/VI);
- Uchwała Nr 21/2006/VI z dnia 4 lipca 2006 roku rady Lubelskiego OW NFZ w sprawie stanowiska Rady LOW NFZ w sprawie pokrycia podwyżek wynagrodzenia dla pracowników służby zdrowia z systemu ubezpieczeń społecznych.

7) Posiedzenie Rady w dniu 26 lipca 2006 r.

- przyjęcie protokołu XVII posiedzenia Rady Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 23 maja 2006 roku (Uchwała Nr 22/2006/VII);
- przyjęcie protokołu XVIII posiedzenia Rady Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 4 lipca 2006 roku (Uchwała Nr 23/2006/VII);
- dokonanie analizy skarg i wniosków wniesionych przez ubezpieczonych w II kwartale 2006 roku do Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (Uchwała Nr 24/2006/VII);
- przyjęcie sprawozdania z wykonania planu pracy Rady Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia za okres od dnia 1 stycznia 2006 roku do dnia 30 czerwca 2006 roku;
- przyjęcie informacji na temat realizacji przez Lubelski Oddział Wojewódzki NFZ wniosków zawartych w uchwałach Rady Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ za okres I półrocza 2006 roku (Uchwała Nr 25/2006/VII);
- informacja dyrektora oddziału o bieżącej działalności oddziału oraz monitorowaniu realizacji zawartych umów.

8) Posiedzenie Rady w dniu 12 września 2006 r.

- przyjęcie Protokołu XIX posiedzenia Rady Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 26 lipca 2006 roku (Uchwała Nr 26/2006/VIII);
- przyjęcie „Sprawozdania z wykonania Planu pracy Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w II kwartale 2006 roku” (Uchwała Nr 27/2006/VIII);
- przyjęcie analizy danych dotyczących list oczekujących, liczby oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej za okres II kwartału 2006 roku (Uchwała Nr 28/2006/VIII);
- przyjęcie „Sprawozdania z wykonania Planu pracy Rady Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia za I półrocze 2006 roku” (Uchwała Nr 29/2006/VIII).

9) Posiedzenie Rady w dniu 16 października 2006 r.

- rada dokonała wyboru Zastępcy Przewodniczącego w osobie Pana Marka Maja (Uchwała Nr 30/2006/IX);
- rada przyjęła opinię dotyczącą realizacji zadań związanych ze sprawowaniem funkcji Dyrektora Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przez Panią Elżbietę Fałdygę w latach 2005 – 2006 (Uchwała Nr 31/2006/IX);
- rada negatywnie zaopiniowała wniosek Prezesa NFZ o odwołanie Pani Elżbiety Fałdygi ze stanowiska Dyrektora Lubelskiego OW NFZ (Uchwała Nr 32/2006/IX);
- rada negatywnie zaopiniowała kandydaturę Pana Marka Wójtowicza na stanowisko Dyrektora Lubelskiego OW NFZ (Uchwała Nr 33/2006/IX).

10) Posiedzenie Rady w dniu 24 października 2006 r.

- przyjęcie protokołu XX posiedzenia Rady Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 12 września 2006 roku (Uchwała Nr 34/2006/X);
- dokonanie analizy skarg i wniosków wniesionych przez ubezpieczonych do Lubelskiego OW NFZ w III kwartale 2006 roku (Uchwała Nr 35/2006/X);
- informacja dyrektora oddziału na temat bieżącej działalności jednostki oraz monitorowania realizacji zawartych umów;
- informacja o przebiegu procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na 2007 r.

11) Posiedzenie Rady w dniu 28 listopada 2006 r.

- przyjęcie protokołu XXI posiedzenia Rady Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 16 października 2006 roku (Uchwała Nr 36/2006/XI);
- przyjęcie protokołu XXII posiedzenia Rady Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 24 października 2006 roku (Uchwała Nr 37/2006/XI);
- przyjęcie Sprawozdania z wykonania Planu pracy Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w III kwartale 2006 roku (Uchwała Nr 38/2006/XI);
- dokonanie analizy danych na temat prowadzonych przez świadczeniodawców list oczekujących, liczby oczekujących i średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej za III kwartał 2006 roku (Uchwała Nr 39/2006/XI);
- przyjęcie Planu Pracy Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2007 (Uchwała Nr 40/2006/XI);
- Uchwała Nr 41/2006/XI z dnia 28 listopada 2006 roku Rady LOW NFZ w sprawie prawidłowości postępowania w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- informacja dyrektora oddziału na temat bieżącej działalności jednostki oraz monitorowania realizacji zawartych umów;
- informacja dyrektora oddziału o zaawansowaniu procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2007 i lata następne.

12) Posiedzenie Rady w dniu 19 grudnia 2006 r.

- przyjęcie Protokołu XXIII posiedzenia Rady Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 28 listopada 2006 roku (Uchwała Nr 42/2006/XII);
- przyjęcie "Planu pracy Rady Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2007 rok" (Uchwała Nr 43/2006/XII);
- przyjęcie Regulaminu Działania Rady Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (Uchwała Nr 44/2006/XII);
- informacja dyrektora oddziału na temat bieżącej działalności jednostki oraz monitorowania realizacji zawartych umów;
- informacja dyrektora oddziału dotycząca zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2007.

- **Rada Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Opis działalności rady:

(Liczba posiedzeń – 7, liczba podjętych uchwał – 6)

1) Posiedzenie Rady w dniu 23 stycznia 2006 r.

- podjęcie uchwały w sprawie zmiany "Regulaminu Rady Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ" - Uchwała nr 1/2006 z 23.01.2006 r.;
- podjęcie uchwały w sprawie zmiany "Planu pracy Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na rok 2006" - Uchwała nr 2/2006 z 23.01.2006 r.;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w 2006 r.;
- analiza skarg i wniosków złożonych przez ubezpieczonych w IV kwartale 2005r. z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;
- analiza wykonywania przez świadczeniodawców obowiązku prowadzenia list oczekujących na poszczególne świadczenia zdrowotne - w IV kwartale 2005 r.

2) Posiedzenie Rady w dniu 27 lutego 2006 r.

- pozytywne zaopiniowanie sprawozdania z wykonania "Planu finansowego Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na rok 2005" - Uchwała nr 3/2006 z 27.02.2006 r.;
- informacja Dyrektora Oddziału dotycząca realizacji zadań związanych z koordynacją systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

3) Posiedzenie Rady w dniu 24 kwietnia 2006 r.

- podjęcie uchwały w przedmiocie zatwierdzenia rocznego sprawozdania z wykonania Planu Finansowego Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na rok 2005 – Uchwała Nr 4/2006 z dnia 24.04.2006 r.;
- informacja Dyrektora Oddziału o realizacji w 2005 roku świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne;
- analiza skarg i wniosków złożonych przez ubezpieczonych w I kwartale 2006 roku z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;
- analiza w przedmiocie wykonywania przez świadczeniodawców w I kwartale 2006r. obowiązku prowadzenia list oczekujących na poszczególne świadczenia zdrowotne;
- informacja Dyrektora Oddziału o prowadzonej przez Oddział kampanii na rzecz aktywnej profilaktyki pt.: „Cztery pory roku dla zdrowia”.

4) Posiedzenie Rady w dniu 19 czerwca 2006 r.

- przedstawienie przez Dyrektora Oddziału corocznej prognozy przychodów i kosztów (rocznej i trzyletniej);
- przedstawienie przez Dyrektora Oddziału założeń strategii kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej przez Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ na lata 2007- 2009;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat sprawozdania z wykonania planu finansowego Lubuskiego OW NFZ za I kwartał 2006 r.;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat analizy i oceny monitorowania ordynacji leków, kosztów refundacji cen leków
- oraz oceny realizacji umów w zakresie programów terapeutycznych – za I kwartał 2006 r.

5) Posiedzenie Rady w dniu 10 lipca 2006 r.

- wydanie pozytywnej opinii w przedmiocie przygotowanego przez Lubuski Oddział Wojewódzki NFZ projektu „Planu finansowego Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ z siedzibą w Zielonej Górze na rok 2007” – Uchwała Nr 5/2006 z dnia 10 lipca 2006 r.;
- w dniu 11 lipca 2006 r. informację o podjęciu Uchwały Nr 5/2006 wraz z projektem Planu przesłano na ręce Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

6) Posiedzenie Rady w dniu 11 września 2006 r.

- przedstawienie przez Dyrektora Oddziału informacji na temat stanu zaawansowania w Lubuskim Oddziale Wojewódzkim NFZ procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2007 i lata następne;
- analiza skarg i wniosków wniesionych przez ubezpieczonych w II kwartale 2006 roku z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;
- analiza w przedmiocie wykonywania przez świadczeniodawców w II kwartale 2006 r. obowiązku prowadzenia list oczekujących na poszczególne świadczenia zdrowotne;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat zasad wdrażania od dnia 1.10.2006 r. 30 % podwyżek płac dla pracowników ochrony zdrowia na terenie województwa lubuskiego.

7) Posiedzenie Rady w dniu 13 listopada 2006 r.

- uchwalenie „Planu Pracy Lubuskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na 2007 rok” – Uchwała Nr 6/2006 z dnia 13.11.2006r.;
- informacja Dyrektora Oddziału o wdrożeniu podwyżek płac dla pracowników placówek ochrony zdrowia, przewidzianych na IV kwartał 2006 r.;
- analiza skarg i wniosków wniesionych przez ubezpieczonych w III kwartale 2006 r. z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu;
- analiza w przedmiocie wykonywania przez świadczeniodawców w III kwartale 2006 r. obowiązku prowadzenia list oczekujących na poszczególne świadczenia zdrowotne;
- rozpatrzenie pisma z dnia 21.09.2006 r. Szpitala Rehabilitacyjno-Leczniczego SPZOZ w Wojnowie dotyczącego wystąpienia pokontrolnego Nr 141/06/WKR;
- rozpatrzenie pisma z dnia 08.11.2006 r. pani Danuty Basiukajć dotyczącego refundacji świadczeń opieki zdrowotnej.

• **Rada Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Opis działalności rady:

(Liczba posiedzeń – 8, liczba podjętych uchwał – 5)

1) Posiedzenie Rady w dniu 24 stycznia 2006 r.

- informacja Dyrektora ŁOW NFZ o bieżącej działalności Oddziału;
- analiza skarg i wniosków za IV kwartał 2005r. wnoszonych przez ubezpieczonych;
- podsumowanie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2006r.

2) Posiedzenie Rady w dniu 14 marca 2006 r.

- informacja Dyrektora ŁOW NFZ o bieżącej działalności Oddziału;
- zaopiniowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego ŁOW NFZ za 2005r. Uchwałą R/U/1/2006 Rada pozytywnie zaopiniowała sprawozdanie w wykonania planu finansowego za 2005 r.

3) Posiedzenie Rady w dniu 30 marca 2006 r.

- informacja Dyrektora ŁOW NFZ o bieżącej działalności Oddziału;

- zaopiniowanie odwołania Pana Jacka Grabowskiego z funkcji Dyrektora Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Rada uchwałą R/U/2/2006 pozytywnie zaopiniowała odwołanie Pana Jacka Grabowskiego z funkcji Dyrektora ŁOW NFZ.

4) Posiedzenie Rady w dniu 8 maja 2006 r.

- informacja Dyrektora ŁOW NFZ o bieżącej działalności Oddziału;
- zaopiniowanie powołania Pana Pawła Paczkowskiego na stanowisko Dyrektora Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia. Rada uchwałą R/U/3/2006 pozytywnie zaopiniowała powołanie Pana Pawła Paczkowskiego na stanowisko Dyrektora ŁOW NFZ.

5) Posiedzenie Rady w dniu 8 czerwca 2006 r.

- informacja Dyrektora ŁOW NFZ o bieżącej działalności Oddziału;
- analiza skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych za I kwartał 2006 r.;
- prognoza kosztów oraz plany zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na 2007 r.

6) Posiedzenie Rady w dniu 6 lipca 2006 r.

- informacja Dyrektora ŁOW NFZ o bieżącej działalności Oddziału;
- zaopiniowanie projektu planu finansowego Łódzkiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2007 rok. Uchwałą R/U/4/2006 Rada negatywnie zaopiniowała projekt planu finansowego Oddziału na 2007 r.

7) Posiedzenie Rady w dniu 11 września 2006 r.

- informacja Dyrektora ŁOW NFZ o bieżącej działalności Oddziału;
- realizacja zapisów ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń.

8) Posiedzenie Rady w dniu 23 listopada 2006 r.

- informacja Dyrektora ŁOW NFZ o bieżącej działalności Oddziału;
- uchwalenie Planu Pracy Oddziału na 2007 rok. Plan Pracy został podjęty Uchwałą Rady R/U/5/2006;
- analiza spraw rozpatrywanych przez Biuro Rzecznika Praw Pacjenta ŁOW NFZ w II kwartale 2006 r.;
- informacja o wielkości kolejek oczekujących na świadczenia medyczne.

• **Rada Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Opis działalności rady:

(Liczba posiedzeń – 9, Liczba podjętych uchwał – 12)

1) Posiedzenie Rady w dniu 3 lutego 2006r.

- informacja organizacyjna Dyrektora MOW NFZ dotycząca okresu pomiędzy posiedzeniami Rady;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat przebiegu procesu kontraktowania świadczeń zdrowotnych na rok 2006;
- sprawozdanie z działalności Biura Rzecznika Praw Pacjenta w II półroczu 2005 roku;
- informacja na temat realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – programy lekowe w II półroczu 2005r.
- sprawozdanie z wykonania Planu Inwestycyjnego MOW NFZ za rok 2005;
- przedstawienie Planu Inwestycyjnego MOW NFZ na rok 2006;
- informacja Oddziału na temat planu zakupu budynku, przeznaczonego na siedzibę MOW NFZ;

2) Posiedzenie Rady w dniu 8 marca 2006 r.

- informacja organizacyjna Dyrektora MOW NFZ dotycząca okresu pomiędzy posiedzeniami Rady;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat wykonania Planu Finansowego Oddziału za rok 2005;
- informacja na temat działalności kontrolnej Oddziału;
- informacja na temat dostępności do SOR-ów;
- podjęto uchwałę o pozytywnym zaopiniowaniu i zatwierdzeniu sprawozdania z wykonania planu finansowego MOW NFZ za rok 2005 (Uchwała nr1/2006/RMOW/21);
- podjęto Uchwałę nr 2/2006/RMOW/22 w sprawie usprawiedliwienia nieobecności członka rady MOW NFZ na posiedzeniu w dniu 8 marca 2006 r.

3) Posiedzenie Rady w dniu 19 maja 2006 r.

- informacja organizacyjna Dyrektora MOW NFZ dotycząca okresu pomiędzy posiedzeniami Rady;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat realizacji Planu Finansowego Oddziału za III miesiące 2006 roku;
- informacja na temat korekty Planu Finansowego na rok 2006;
- analiza zleceń otrzymywanych z organów ścigania.
- informacja na temat wykonania nakładów na leki w 2005 roku w skali całego kraju;
- analiza wykonania kontraktów na wybranych oddziałach szpitalnych na podstawie 8 lat istnienia systemu;
- Centralny Wykaz Ubezpieczonych.

4) Posiedzenie Rady w dniu 3 lipca 2006 r.

- informacja organizacyjna Dyrektora MOW NFZ dotycząca okresu pomiędzy posiedzeniami Rady;
- zmiana Regulaminu Działania Rady MOW NFZ;
- opiniowanie projektu planu finansowego MOW NFZ na rok 2007;
- podjęto uchwałę o negatywnym zaopiniowaniu projektu planu finansowego MOW NFZ na rok 2007 (Uchwała Nr 3/2006/RMOW/23);
- podjęto Uchwałę nr 4/2006/RMOW/24 w sprawie usprawiedliwienia nieobecności członka rady MOW NFZ na posiedzeniu w dniu 3 lipca 2006 r.

5) Posiedzenie Rady w dniu 13 września 2006 r.

- oczekiwania i możliwości finansowania świadczeń z zakresu psychiatrii;
- informacja organizacyjna Dyrektora MOW NFZ dotycząca okresu pomiędzy posiedzeniami Rady;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat realizacji Planu Finansowego Oddziału za VI miesiące 2006 roku;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat korekt Planu Finansowego na rok 2006;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat funkcjonowania Oddziału przy obecnym poziomie Funduszu Wynagrodzeń;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat realizacji Planu Inwestycyjnego Oddziału za VIII miesiące 2006 roku;
- informacja Oddziału na temat wykonania nakładów na leki za VII miesiące 2006 r.;
- informacja Oddziału o grupach leków, które doprowadziły do przekroczenia limitu od marca br.;
- analiza Zespołu Radców Prawnych MOW NFZ w sprawie możliwości poszerzenia Regulaminu Rady Oddziału o możliwość głosowania internetowego;

- podjęto Uchwałę nr 5/2006/RMOW/25 w sprawie usprawiedliwienia nieobecności członka rady MOW NFZ na posiedzeniu w dniu 3 lipca 2006 r.

6) Posiedzenie Rady w dniu 23 października 2006 r.

- informacja organizacyjna i finansowa Dyrektora MOW NFZ dotycząca okresu pomiędzy posiedzeniami Rady;
- wydanie przez Radę MOW NFZ opinii w sprawie wniosku Prezesa NFZ o odwołanie Dyrektora MOW NFZ (Uchwała Nr 6/2006/RMOW/26);
- podjęto uchwałę o negatywnym zaopiniowaniu wniosku Prezesa NFZ o odwołanie Pana Stanisława Helbicha z funkcji Dyrektora Oddziału;
- podjęto Uchwałę nr 7/2006/RMOW/27 w sprawie usprawiedliwienia nieobecności członka rady MOW NFZ na posiedzeniu w dniu 23 października 2006 r.
- podjęto Uchwałę nr 8/2006/RMOW/28 w sprawie usprawiedliwienia nieobecności członka rady MOW NFZ na posiedzeniu w dniu 23 października 2006 r.

7) Posiedzenie Rady w dniu 3 listopada 2006 r.

- rozpatrzenie pisma Prezesa NFZ w sprawie wydania opinii na temat powołania na stanowisko Dyrektora MOW NFZ Pani Marii Janusz;
- podjęto uchwałę o negatywnym zaopiniowaniu wniosku Prezesa NFZ o powołanie Pani Marii Janusz na stanowisko Dyrektora Oddziału (Uchwała Nr 9/2006/RMOW/29);
- podjęto Uchwałę nr 10/2006/RMOW/30 w sprawie usprawiedliwienia nieobecności członka rady MOW NFZ na posiedzeniu w dniu 3 listopada 2006 r.

8) Posiedzenie Rady w dniu 29 listopada 2006 r.

- informacja organizacyjna Dyrektora MOW NFZ dotycząca okresu pomiędzy posiedzeniami Rady;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat przebiegu Konkursu Ofert na lata 2007-2009;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat aktualnej sytuacji w tzw. „wirtualnych przychodniach”;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat stanu rozdysponowania przez MOW NFZ dodatkowych środków finansowych;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat korekt Planu Finansowego na rok 2006;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat realizacji Planu Finansowego Oddziału za IX miesiąc 2006 roku;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat realizacji programów profilaktycznych;
- zatwierdzenie Planu Pracy MOW NFZ w Krakowie na rok 2007 (Uchwała Nr 11/2006/RMOW/31);
- informacja o nakładach na leki za X miesiąc 2006;
- podjęto uchwałę o przyjęciu planu pracy MOW NFZ na rok 2007;
- podjęto Uchwałę nr 12/2006/RMOW/32 w sprawie usprawiedliwienia nieobecności członka rady MOW NFZ na posiedzeniu w dniu 29 listopada 2006 r.

9) Posiedzenie Rady w dniu 21 grudnia 2006 r.

- informacja organizacyjna Dyrektora MOW NFZ dotycząca okresu pomiędzy posiedzeniami Rady;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat przebiegu Konkursu Ofert na lata 2007-2009 oraz podjęcie w tej kwestii stanowiska Rady MOW NFZ;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat stanu rozdysponowania przez MOW NFZ dodatkowych środków finansowych oraz podjęcie w tej kwestii stanowiska Rady MOW NFZ;
- informacja Dyrektora Oddziału na temat prowadzonej polityki kadrowej oraz podjęcie w tej kwestii stanowiska Rady MOW NFZ.

- **Rada Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Opis działalności rady:

(Liczba posiedzeń – 10, liczba podjętych uchwał – 3)

1) Posiedzenie Rady w dniu 9 lutego 2006 r.

Zapoznanie się z informacjami dyrektora Mazowieckiego OW NFZ na temat:

- zakontraktowanych świadczeń na 2006 rok w poszczególnych rodzajach w relacji do obowiązującego planu finansowego oraz potrzebami i możliwościami rozpisania dodatkowych konkursów ofert;
- dokonanych i zamierzonych zmianach kadrowych w oddziale.

2) Posiedzenie Rady w dniu 14 marca 2006 r. – wyjazdowe w NZOZ „MEDIQ” w Legionowie

- podjęcie uchwały nr 15/2006 w sprawie zaopiniowania i zatwierdzenia rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego Mazowieckiego OW NFZ za 2005 rok;
- zapoznanie się z informacją dyrektora Mazowieckiego OW NFZ o ilości zakontraktowanych świadczeń z niepublicznymi placówkami medycznymi w poszczególnych rodzajach świadczeń oraz ich udziale procentowym w ogólnych nakładach na świadczenia zdrowotne oddziału w 2006 roku.

3) Posiedzenie Rady w dniu 11 kwietnia 2006 r.

- zapoznanie się z analizą wystarczalności środków finansowych przeznaczonych Mazowieckiemu OW NFZ na I półrocze 2006 roku oraz niezbędnych do funkcjonowania placówek służby zdrowia na Mazowszu w drugim półroczu w relacji do obowiązującego planu finansowego Oddziału na 2006 rok - z udziałem zaproszonych gości: m.in. posła Sejmowej Komisji Zdrowia, przedstawicieli organów założycielskich mazowieckich placówek służby zdrowia oraz organizacji związkowych i pracodawców służby zdrowia na Mazowszu;
- wypracowanie stanowiska w sprawie niewystarczalności środków finansowych w planie 2006 roku na zakontraktowanie świadczeń medycznych na Mazowszu na II półrocze na poziomie I półrocza br., które przekazano Ministrowi Zdrowia i Prezesowi NFZ podczas spotkania w Ministerstwie Zdrowia w dniu 17 maja br.

4) Posiedzenie Rady w dniu 23 maja 2006 r. - wyjazdowe w SS ZZOZ Rudka

- przyjęcie informacji dyrektora placówki o realizowanych świadczeniach medycznych w ramach kontraktów podpisanych z Mazowieckim OW NFZ;
- zapoznanie się z informacjami dyrektora Mazowieckiego OW NFZ na temat wykonania świadczeń medycznych za I kwartał 2006 roku w poszczególnych kategoriach oraz przesłanek realizacji w drugim kwartale, oraz skarg i wniosków zgłaszanych przez ubezpieczonych w pierwszym kwartale br. a także sposobach ich załatwiania przez Rzecznika Praw Pacjenta.

5) Posiedzenie Rady w dniu 20 czerwca 2006 r. – wyjazdowe w Szpitalu Bielańskim w Warszawie

Zapoznanie się z informacjami dyrektora Mazowieckiego OW NFZ na temat:

- realizacji kontraktów zawartych z placówkami medycznymi, dla których organem założycielskim jest Prezydent m. st. Warszawy,
- działań zmierzających do poprawy jakości świadczonych usług oraz ich dostępności dla ubezpieczonych w placówkach medycznych, dla których organem założycielskim jest Prezydent m. st. Warszawy,
- przewidywanej prognozy kosztów świadczeń zdrowotnych Mazowieckiego OW NFZ na 2007 rok, pogłębioną o analizę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie województwa mazowieckiego.

- Podczas posiedzenia miała miejsce wizytacja Szpitalnego Oddziału Ratunkowego oraz Oddziału Kardiologii a także udział w otwarciu Pracowni Hemodynamiki Szpitala Bielańskiego.
- 6) Posiedzenie Rady w dniu 05 lipca 2006 r. - w siedzibie Mazowieckiego OW NFZ w Warszawie przy ul. Chałubińskiego 8**
- podjęcie uchwały nr 16/2006 w sprawie zaopiniowania planu finansowego Mazowieckiego OW NFZ na rok 2007 – opinia negatywna z uwagi na: nie zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców Mazowsza, niemożliwe oszacowanie rzeczywistych kosztów 30 % podwyżki wynagrodzeń personelu medycznego, brak rozwiązań ustawowych na rok 2007 w zakresie ratownictwa medycznego, pogarszające finansowanie mazowieckiej służby zdrowia;
 - informacja dotycząca stanu realizacji kontraktu oraz wzajemnych rozliczeń finansowych pomiędzy Centrum Onkologii a mazowieckim OW NFZ – dyskusja z udziałem dyrektora Instytutu Onkologii prof. Marka Nowackiego.
- 7) Posiedzenie Rady w dniu 22 sierpnia 2006 r. – wyjazdowe w uzdrowisku Konstancin-Zdrój**
- wizytacja uzdrowiska i zapoznanie się z ofertą świadczeń sanatoryjnych;
 - przyjęcie informacji dyrektora Mazowieckiego OW NFZ w sprawie możliwości finansowania świadczeń zdrowotnych po zmianie struktury programu medycznego inwestycji w szpitalu w Grodzisku Mazowieckim – na podstawie dyskusji i opinii pionu medycznego oddziału opracowane zostało oświadczenie Rady w sprawie możliwości finansowania świadczeń w placówce;
 - informacja o realizacji kontraktów w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego – czas oczekiwania, preferencje pacjentów;
 - informacja o wynikach kontroli realizacji umów ze świadczeniodawcami, przeprowadzonych przez Mazowiecki OW NFZ w pierwszym półroczu 2006 r.;
 - okresowa analiza skarg i wniosków, zgłoszonych do MOW NFZ w II kwartale 2006r.
- 8) Posiedzenie Rady w dniu 24 października 2006 r. – wyjazdowe w siedzibie Starostwa Powiatowego w Sokolowie Podlaskim**
- przedstawienie możliwości zabezpieczenia przez MOW NFZ środków finansowych na planowane uruchomienie w 2007 r. Oddziału Ratunkowego przez SP ZOZ w Pułtusku oraz Oddziału Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej przez SPZ ZOZ w Myszkowie;
 - informacja o działalności szpitali powiatowych w Węgrowie i Sokolowie Podlaskim – wizytacja placówek;
 - realizacja zobowiązań MOW NFZ wobec świadczeniodawców z tytułu przekazania środków na wzrost wynagrodzeń od 1 października 2006 r.;
 - informacja o przebiegu konkursu ofert na 2007 r.;
 - analiza skarg i wniosków zgłoszonych przez ubezpieczonych w III kwartale 2006 r.
- 9) Posiedzenie Rady w dniu 21 listopada 2006 r. – wyjazdowe w siedzibie SP ZOZ Lotniczego Pogotowia Ratunkowego w Warszawie**
- wizytacja placówki i zapoznanie się z jej działalnością;
 - funkcjonowanie i finansowanie systemu ratownictwa medycznego;
 - uchwalenie planu pracy Mazowieckiego OW NFZ – uchwała nr 17/2006;
 - analiza wykonania zakontraktowanych świadczeń za III kwartały 2006 r.;
 - w sprawach bieżących: aktualny stan przebiegu procesu informatyzacji oddziału oraz zamiary dyrekcji w zakresie polityki kadrowej oraz roli i znaczenia delegatur.

10) Posiedzenie Rady w dniu 19 grudnia 2006 r. – siedziba Mazowieckiego OW NFZ w Warszawie przy ul. Chałubińskiego 8

- zapoznanie się z informacją dyrektora Mazowieckiego OW NFZ o przebiegu negocjacji, dotyczących zawierania kontraktów na świadczenia opieki zdrowotnej w 2007 r.

• **Rada Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Opis działalności rady:

(Liczba posiedzeń – 6, liczba podjętych uchwał – 7)

1) Posiedzenie Rady w dniu 30 stycznia 2006 r.

- informacja z wykonania świadczeń zdrowotnych w 2005 roku, z uwzględnieniem nadwykonań;
- informacja o stanie kontraktowania świadczeń zdrowotnych na rok 2006.

2) Posiedzenie Rady w dniu 14 marca 2006 r.

- opiniowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego OOW NFZ za 2005 roku (uchwała nr 14/2006);
- zatwierdzenie rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego OOW NFZ za 2005 rok (uchwała nr 15/2006);
- przyjęcie sprawozdania z działalności OOW NFZ za IV kwartał 2005 rok (uchwała nr 16/2006);
- przyjęcie rocznego sprawozdania z działalności OOW NFZ za 2005 rok (uchwała nr 17/2006);
- roczna analiza skarg i wniosków wpływających do OOW NFZ w roku 2005.

3) Posiedzenie Rady w dniu 12 czerwca 2006 r.

- przyjęcie prognozy wpływów i wydatków na kolejne 3 lata (uchwała nr 18/2006);
- wynik finansowy z działalności oddziału za okres od 01.01.2006 r. do 30.04.2006r.

4) Posiedzenie Rady w dniu 05 lipca 2006 r.

- zaopiniowanie projektu planu finansowego OOW NFZ na 2007 rok.(uchwała Nr 19/2006);
- sprawozdanie finansowe za okres I – V 2006 rok;
- analiza skarg i wniosków za pierwsze półrocze 2006 r.

5) Posiedzenie Rady w dniu 06 października 2006 r.

- przedstawienie aktualnego planu finansowego OOW NFZ na 2006 i 2007 rok;
- realizacja przez OOW NFZ ustawy z dnia 22.07.2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń w 2006 roku;
- wykonanie planu finansowego 2006 po 8 miesiącach;
- analiza skarg i wniosków za 8 miesięcy 2006 roku.

6) Posiedzenie Rady w dniu 29 listopada 2006 r.

- przyjęcie Planu Pracy OOW NFZ na 2007 rok.(uchwała nr 20/2006);
- informacja o przebiegu konkursu ofert na 2007 rok.

• **Rada Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Opis działalności rady:

(Liczba posiedzeń – 7, liczba podjętych uchwał – 6)

1) Posiedzenie Rady w dniu 25 stycznia 2006 r.

- uchwalenie Planu Pracy Rady POW NFZ na 2006 r.;

- informacja Dyrektora Oddziału o przeprowadzonych postępowaniach zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2006;
- informacja Dyrektora Oddziału o wykorzystaniu wniosków przyjętych przez Radę POW NFZ na swoich posiedzeniach w roku 2005 a dotyczących działalności POW NFZ;
- analiza skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych w IV kwartale 2005 r.
- podjęcie Uchwały Nr 1/2006 Rady POW NFZ z dnia 25 stycznia 2006 roku w sprawie uchwalenia Planu Pracy Rady Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

2) Posiedzenie Rady w dniu 10 marca 2006 r.

- zaopiniowanie sprawozdania z działalności POW NFZ w roku 2005;
- zatwierdzenie sprawozdania finansowego POW NFZ za rok 2005;
- podjęto Uchwałę Nr 2/2006 Rady POW NFZ z dnia 10 marca 2006 roku w sprawie zaopiniowania i zatwierdzenia sprawozdania z wykonania planu finansowego Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2005 r.

3) Posiedzenie Rady w dniu 17 maja 2006 r.

- informacja Dyrektora o zawartych umowach ze świadczeniodawcami na świadczenia opieki zdrowotnej w 2006 oraz ewentualnej liczbie osób oczekujących na poszczególne rodzaje świadczeń i czasie oczekiwania;
- sprawozdanie z wykonania planu finansowego za I kwartał 2006;
- analiza skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych w I kwartale 2006 r.

4) Posiedzenie Rady w dniu 27 czerwca 2006 r.

- informacja Dyrektora Oddziału o bieżącej działalności;
- informacja Dyrektora Oddziału o prognozowanych wpływach i wydatkach na rok 2007r.
- zaopiniowanie projektu planu finansowego POW NFZ na rok 2007.

5) Posiedzenie Rady w dniu 10 lipca 2006 r.

- zaopiniowanie projektu planu finansowego POW NFZ na rok 2007;
- podjęcie Uchwały Nr 3/2006 Rady POW NFZ z dnia 10 lipca 2006 roku w sprawie zaopiniowania projektu planu finansowego Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2007 r.

6) Posiedzenie Rady w dniu 10 października 2006 r.

- sprawozdanie z wykonania planu finansowego za 8 miesięcy 2006 r.;
- informacja o wynikach kontroli przeprowadzonych przez Oddział w roku bieżącym u świadczeniodawców oraz podjętych decyzjach;
- informacja o sposobie realizacji przez świadczeniodawców obowiązków wynikających z art. 20-22 ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- zaopiniowanie wniosku o rozpatrzenie przez Radę o odwołanie ze stanowiska Dyrektora POW NFZ;
- zaopiniowanie przez Radę wniosku o powołanie na stanowisko Dyrektora POW NFZ;
- podjęcie Uchwały Nr 4/2006 Rady POW NFZ z dnia 10 października 2006 roku w sprawie zaopiniowania odwołania Pana Piotra Latawca ze stanowiska Dyrektora Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego oraz powołania na to stanowisko Pana Zbigniewa Sieczkosia.

7) Posiedzenie Rady w dniu 29 listopada 2006 r.

- zapoznanie Rady POW NFZ z zatwierdzonym przez Centralę NFZ planem finansowym POW NFZ na rok 2007;
- informacja z wykonania planu finansowego za 10 miesięcy 2006 r.
- analiza skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych za II i III kwartał 2006r.;
- uchwalenie Planu Pracy POW NFZ na rok 2007;
- uchwalenie Planu Pracy Rady POW NFZ na rok 2007;
- podjęcie: Uchwały Nr 5/2006 Rady POW NFZ z dnia 29 listopada 2006 roku w sprawie uchwalenia Planu Pracy Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na 2007 rok oraz Uchwały Nr 6/2006 Rady POW NFZ z dnia 29 listopada 2006 roku w sprawie uchwalenia Planu Pracy Rady Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na 2007 rok.

• Rada Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Opis działalności rady:

(Liczba posiedzeń – 6, liczba podjętych uchwał – 10)

1) Posiedzenie Rady w dniu 27 stycznia 2006 r.

- zapoznanie się z informacją w zakresie skutków finansowych zmian w strukturze organizacyjnej w Podlaskim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia dokonanych w 2005 r., z wyszczególnieniem skutków zmian na stanowiskach kierowniczych;
- kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie stomatologiczne na rok 2006, w tym rozpoznanie skargi gabinetu stomatologicznego;
- zapoznanie się z informacją dotyczącą kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie medycyny sportowej na 2006 r. i lata następne;
- zapoznanie się z informacją dotyczącą kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego w zakresie gastroenterologii na 2006 r., ze szczególnym uwzględnieniem badań i zabiegów endoskopowych;
- podjęcie uchwały w sprawie ustalenia Planu pracy Rady POW NFZ na 2006 rok (Uchwała Nr I/1/06).

2) Posiedzenie Rady w dniu 10 marca 2006 r.

- zatwierdzenie sprawozdania z wykonania planu finansowego Podlaskiego OW NFZ za 2005 r. (Uchwała Nr II/2/06);
- zakontraktowanie na 2006 r. Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych w województwie podlaskim;
- rozliczenie realizacji planu refundacji leków w aptekach województwa podlaskiego w 2005 r.;
- przedstawienie całościowych wyników kontroli aptek za 2005 r. w województwie podlaskim z wyszczególnieniem poszczególnych aptek (spostrzeżenia, wnioski i podjęte decyzje) oraz ze szczegółowymi wynikami przeprowadzonych kontroli w aptekach;
- zakontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2006 r. w świetle analizy skarg złożonych do Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w 2005 r. (w tym analiza skarg za IV kw. 2005 r.), a zwłaszcza poradni specjalistycznych w Białymstoku: kardiologii, okulistyki, endokrynologii, reumatologii, ginekologii, dermatologii;
- informacja Dyrektora Podlaskiego OW NFZ dotycząca stwierdzonych przypadków nadużyć (zawyżania danych) w zakresie miesięcznych rozliczeń umów zawartych

przez świadczeniodawców z NFZ i podjętych działaniach Oddziału zmierzających do ich wyeliminowania;

- uchwalenie zmian w Regulaminie Rady Podlaskiego OW NFZ w Białymstoku (Uchwała Nr II/3/06).

3) Posiedzenie Rady w dniu 12 maja 2006 r.

- zapoznanie się z informacją dotyczącą zakontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na 2006 r. z zakresu onkologii oraz realizacja tych kontraktów w województwie podlaskim;
- zapoznanie się z prognozą kosztów POW NFZ na 2007 r.;
- sprawozdanie z wykonania planu finansowego Podlaskiego OW NFZ za I kwartał 2006 r.;
- dokonanie analizy skarg i wniosków wniesionych przez ubezpieczonych do POW NFZ w I. kw. br., z wyszczególnieniem skarg skierowanych do Delegatury POW NFZ w Łomży;
- wykonanie planu realizacji programów polityki zdrowotnej za 2005 r. zleconych przez Ministerstwo Zdrowia w województwie podlaskim (merytoryczne i kwotowe) oraz główne założenia na 2006 r.;
- omówienie problemów dotyczących udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na terenie działania Delegatury Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Łomży.

4) Posiedzenie Rady w dniu 03 lipca 2006 r.

- podjęcie uchwały w sprawie rezygnacji z funkcji Przewodniczącego Rady Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Białymstoku (Uchwała Nr IV/4/06);
- podjęcie uchwały w sprawie wyboru Przewodniczącego Rady Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Białymstoku (Uchwała Nr IV/5/06);
- podjęcie uchwały w sprawie wyboru Wiceprzewodniczącego Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Białymstoku (Uchwała Nr IV/6/06);
- zaopiniowanie projektu planu finansowego Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na 2007 r. (Uchwała Nr IV/7/06);
- rozpatrzenie skargi na funkcjonowanie Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przesłanej przez Podlaski Związek Lekarzy Pracodawców Porozumienie Zielonogórskie w Białymstoku.

5) Posiedzenie Rady w dniu 13 października 2006 r.

- zakontraktowanie i realizacja świadczeń w gabinetach dla dzieci w wieku przedszkolnym, wczesnoszkolnym oraz dzieci upośledzonych tj. specjalnej troski w 2006 (wykaz gabinetów);
- wyniki przeprowadzonych przez Podlaski OW NFZ kontroli szpitalnych oddziałów ratunkowych;
- sprawozdanie z wykonania planu finansowego Podlaskiego OW NFZ za I – VIII 2006 r.;
- dokonanie analizy skarg i wniosków wniesionych przez ubezpieczonych do POW NFZ w II. kw. br., z wyszczególnieniem skarg skierowanych do Delegatury POW NFZ w Suwałkach;
- stan realizacji kontraktów w zakresie opieki długoterminowej, m.in. hospicjów w województwie podlaskim;
- omówienie problemów dotyczących udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na terenie działania Delegatury Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w Suwałkach.

6) Posiedzenie Rady w dniu 20 listopada 2006 r.

- podjęcie uchwały w sprawie wyrażenia opinii w przedmiocie odwołania ze stanowiska Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku (Uchwała Nr VI/8/06);
- podjęcie uchwały w sprawie wyrażenia opinii w przedmiocie powołania Dyrektora Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku (Uchwała Nr VI/9/06);
- dokonanie analizy skarg i wniosków wniesionych przez ubezpieczonych do POW NFZ w III kw. br.;
- analiza ilości świadczeniodawców, którzy wystąpili do sądu o zapłatę tzw. nadwykonań, podanie kwot, ew. rezerw finansowych oraz ilości przeprowadzonych kontroli, wysokości nałożonych kar ze wskazaniem obciążonych placówek, a także ilości skarg, które wpłynęły do POW NFZ;
- uchwalenie Planu Pracy Podlaskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na 2007 roku (Uchwała Nr VI/10/06).

• **Rada Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Opis działalności rady:

(Liczba posiedzeń – 10, liczba podjętych uchwał – 9)

1) Posiedzenie Rady w dniu 17 stycznia 2006 r.

- omówienie sytuacji w ochronie zdrowia na terenie województwa pomorskiego;
- sposób rozdysonowania środków finansowych w ramach podpisanych kontraktów w stosunku do ostatecznej wersji planu finansowego na 2005 r.;
- wstępne wykonanie procedur medycznych za rok 2005 – analiza na podstawie sprawozdań przekazywanych przez Świadczeniodawców;
- stan kontraktowania na 2006 r.;
- omówienie sprawozdania Rzecznika Praw Pacjenta dotyczące skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych za IV kwartał 2005 r.

2) Posiedzenie Rady w dniu 14 marca 2006 r.

- omówienie sytuacji w ochronie zdrowia na terenie województwa pomorskiego – wystąpienie p. Mirosława Górskiego Członka Zarządu Województwa Pomorskiego;
- projekt uchwały w sprawie zaopiniowania/zatwierdzenia sprawozdania z wykonania planu finansowego POW NFZ za 2005r.;
- informacja o realizacji umów o wykonanie świadczeń zdrowotnych w 2005r. w wybranych jednostkach – przyczyny nadwykonań i niewykonań;
- informacja o stawkach w podstawowej opiece zdrowotnej obowiązujących od 1 marca 2006 r.;
- informacja Dyrekcji POW w sprawie sposobu rozwiązania problemu dotyczącego udostępniania informacji o zakresie świadczeń zdrowotnych przez daną jednostkę w ramach podpisanego kontraktu;
- informacja w sprawie bieżącej działalności POW NFZ;
- przyjęcie informacji od Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ w sprawie rozliczeń pomiędzy PHARMAG S.A. i ORFE S.A.;
- podjęcie uchwał: Uchwała nr 9/RO/2006 z dn. 14.03.2006r. w sprawie zaopiniowania sprawozdania z wykonania planu finansowego POW NFZ za rok 2005; Uchwała nr 10/RO/2006r. z dn. 14.03.2006 w sprawie przeprowadzenia kontroli prawidłowości postępowania Zarządu PRKCH przy zawieraniu umowy przelewu wierzytelności z ORFE S.A.

3) Posiedzenie Rady w dniu 25 kwietnia 2006 r.

- informacja o zmianach w planie finansowym Oddziału: zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2006r. i uchwała Nr 11/2006/I Rady Funduszu;
- wykonanie planu finansowego Oddziału za I kwartał 2006 r.;
- okresowa analiza skarg i wniosków wnoszonych przez Ubezpieczonych za I kw. 2006 r.;
- informacja na temat stanu zaawansowania prac związanych z przeniesieniem siedziby Oddziału;
- informacja o bieżącej sytuacji finansowej POW NFZ;
- informacja Dyrekcji POW w sprawie wprowadzenia do procedury konieczności wykonywania posiewu przy stosowaniu leczenia antybiotykami;
- zasady negocjacji ugód w sprawie roszczeń o nadwykonania w 2005 r.;

4) Posiedzenie Rady w dniu 30 maja 2006 r.

- omówienie materiału na temat „Przyczyny wzrostu refundacji leków w POW NFZ” narastanie kosztów, przyczyny, zakres kontroli, efekty, system RUM;
- informacja na temat zaawansowania prac związanych z przygotowaniem planu finansowego na rok 2007;
- informacja o zagrożeniach systemowych w służbie zdrowia;
- informacja w sprawie wprowadzenia do procedury konieczności wykonywania posiewu przy stosowaniu leczenia antybiotykami;
- analiza ekonomiczna i stan zaawansowania prac związanych ze zmianą siedziby POW NFZ;
- informacja o bieżącej sytuacji finansowej POW NFZ.

5) Posiedzenie Rady w dniu 27 czerwca 2006 r.

- omówienie i zaopiniowanie „Projektu Planu Finansowego Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na rok 2007,
- analiza ekonomiczna i stan zaawansowania prac związanych ze zmianą siedziby POW NFZ - c.d. dyskusji,
- informacja o bieżącej sytuacji finansowej POW NFZ;
- podjęcie uchwał: Uchwała nr 11/RO/2006 z dn. 27.06.2006r. w sprawie powołania p. Gabrieli Nawrot na Członka Zespołu ds. kontroli skarg i wniosków; Uchwała nr 12/RO/2006r. z dn. 27.06.2006 w sprawie zaopiniowania „Projektu Planu Finansowego POW NFZ na rok 2007 – opinia negatywna.

6) Posiedzenie Rady w dniu 10 lipca 2006 r.

- omówienie i zaopiniowanie „Projektu Planu Finansowego Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na rok 2007” - przekazany przez Centralę NFZ (NFZ/CF/DEF/06/06/0065/DR w oparciu o prognozę przychodów Funduszu na lata 2007-2009 uzgodnioną z Ministrem Finansów;
- podjęcie uchwały nr 13/RO/2006r. z dn. 10 lipca 2006 w sprawie zaopiniowania „Projektu Planu Finansowego POW NFZ na rok 2007 (wersja z 28 czerwca 2006r.) – opinia negatywna.

7) Posiedzenie Rady w dniu 05 września 2006 r.

- wpływ ustawy z dnia 22 lipca 2006r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń na kontraktowanie w IV kwartale 2006 r. i roku 2007;
- przedstawienie planu finansowego POW NFZ na rok 2006 – zmiany zatwierdzone przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów z dnia 31 lipca 2006r.;
- przedstawienie projektu planu finansowego POW NFZ na rok 2007;
- sprawozdanie z działalności POW NFZ za II kw. 2006 r.;

- analiza Spraw skierowanych do Rzecznika Praw pacjenta POW NFZ za II kw. 2006 r.

8) Posiedzenia Rady w dniu 29 września 2006 r.

- informacja w sprawie wyników kontroli przeprowadzonej w dniach 21-22 marca 2006 r. w zakresie umowy przelewu wierzytelności zawartej w dniu 04 marca 2003 r. pomiędzy PRKCh i ORFE S.A.;
- informacja o rozdziale dodatkowych środków finansowych przekazanych przez Centralę NFZ na świadczenia zdrowotne;
- opinia Rady Oddziału POW NFZ w sprawie zmiany na stanowisku Dyrektora Oddziału;
- podjęcie uchwały nr 14/RO/2006r. z dn. 29 września 2006 w sprawie zaopiniowania wniosku Prezesa NFZ o odwołaniu p. Henryka Wojciechowskiego ze stanowiska Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

9) Posiedzenie Rady w dniu 17 października 2006 r.

- informacja o rozdziale środków finansowych na ratownictwo medyczne w województwie pomorskim;
- informacja o rozdziale dodatkowych środków finansowych przekazanych do POW NFZ (materiał będzie przekazany na posiedzeniu Rady Oddziału);
- informacja na temat bieżącej sytuacji finansowej POW NFZ (materiał będzie przekazany na posiedzeniu Rady Oddziału);
- stanowisko Rady w sprawie „Wyników kontroli przeprowadzonej w dniach 21-22 marca 2006 r. w zakresie umowy przelewu wierzytelności zawartej w dniu 04 marca 2003 r. pomiędzy PRKCh i ORFE S.A.”;
- przyjęcie uchwały w sprawie zaopiniowania wniosku Prezesa NFZ dotyczącego powołania kandydata na stanowisko Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia - Uchwała nr 15/RO/2006r. z dn. 17 października 2006 w przedmiocie wyrażenia opinii w sprawie powołania Pana Mirosława Górskiego na stanowisko Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia.

10) Posiedzenia Rady w dniu 28 listopada 2006 r.

- przyjęcie uchwały w sprawie „Planu Pracy POW NFZ na rok 2007”;
- omówienie sprawozdania z działalności POW NFZ za III kwartał 2006 r.;
- omówienie sprawozdania Rzecznika Praw Pacjenta za III kwartał 2006 r.;
- informacja na temat refundacji zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze;
- informacja Dyrekcji Oddziału dot. analizy ekonomicznej i stanu zaawansowania prac związanych ze zmianą siedziby POW NFZ;
- informacja nt. aneksowania i kontraktowania świadczeń zdrowotnych na rok 2007;
- informacja nt. bieżącej sytuacji finansowej POW NFZ;
- informacja o rozdziale dodatkowych środków finansowych przekazanych do POW NFZ;
- podjęcie uchwały nr 16/RO/2006r. z dn. 28 listopada 2006 r. w sprawie przyjęcia „Planu Pracy Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2007.”

• **Rada Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Opis działalności rady:

(Liczba posiedzeń – 9, liczba podjętych uchwał – 7)

1) Posiedzenie Rady w dniu 25 stycznia 2006 r.

- przyjęcie ramowego planu pracy Rady na rok 2006;
- przyjęcie informacji dot. bieżącej działalności Oddziału;
- dokonanie analizy skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych oraz analizy wydatków refundacyjnych leków ponoszonych przez Śląski OW NFZ.

2) Posiedzenie Rady w dniu 02 marca 2006 r.

- zaopiniowanie pozytywnie sprawozdania z wykonania planu finansowego Śląskiego OW NFZ za rok 2005 - uchwała nr 1/2006;
- przyjęcie informacji dot. bieżącej działalności Oddziału.

3) Posiedzenie Rady w dniu 29 marca 2006 r.

- omówienie kwestii dynamiki wydatków lekowych oraz kontroli zewnętrznych prowadzonych w Oddziale - uchwała Rady nr 2/2006 w sprawie kontroli przeprowadzanych w Śląskim OW NFZ;
- przyjęcie informacji dot. bieżącej działalności Oddziału.

4) Posiedzenie Rady w dniu 26 kwietnia 2006 r.

- przeanalizowanie działalności Wydziału Kontroli Śląskiego OW NFZ;
- przeanalizowanie skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych;
- przyjęcie informacji na temat działalności Okręgowych Izb Aptekarskich oraz bieżącej działalności Oddziału.

5) Posiedzenie Rady w dniu 31 maja 2006 r.

- zapoznanie się z prognozą planu finansowego Oddziału na lata 2007-2009;
- przyjęcie informacji o wynikach monitorowania przez Śląski OW NFZ realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- przyjęcie sprawozdanie z realizacji planu finansowego za I kw. 2006 r.;
- przyjęcie informacji na temat działalności bieżącej Oddziału;
- przeanalizowanie działalności Rzecznika Praw Pacjenta.

6) Posiedzenie Rady w dniu 05 lipca 2006 r.

- zaopiniowanie projektu planu finansowego Oddziału na rok 2007 – uchwała Nr 3/2006 opiniująca pozytywnie projekt planu finansowego;
- przyjęcie informacji na temat dynamiki wydatków lekowych, realizacji programów zdrowotnych funkcjonowania i zakresu działania Okręgowych Izb Pielęgniarek i Położnych.

7) Posiedzenie Rady w dniu 27 września 2006 r.

- dokonanie analizy skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych;
- przyjęcie informacji na temat dynamiki wydatków lekowych;
- przyjęcie do wiadomości sprawozdanie z wykonania planu finansowego Oddziału za okres od 01.01.2006r. do 31.07.2006 r.;
- przyjęcie uchwały nr 4/2006 w sprawie zobowiązania Dyrektora Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ do przekazywania sprawozdań;
- zaopiniowanie negatywnie wniosku Prezesa NFZ o odwołanie Pana Marka Piekarskiego z funkcji Dyrektora Śląskiego OW NFZ - uchwała nr 5/2006;
- zaopiniowanie pozytywnie wniosku Prezesa NFZ o powołanie Pana Marka Szewczyka na stanowisko Dyrektora Śląskiego OW NFZ - uchwała nr 6/2006.

8) Posiedzenie Rady w dniu 25 października 2006 r.

- dokonanie analizy skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych do Śląskiego OW NFZ w III kw. 2006 r.;

- przyjęcie informacji na temat zaawansowania procesu kontraktowania świadczeń zdrowotnych na rok 2007;
- zapoznanie się ze sprawozdaniem w przedmiocie przeprowadzonych ze świadczeniodawcami renegocjacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

9) Posiedzenie Rady w dniu 29 listopada 2006 r.

- uchwalenie planu pracy Śląskiego OW NFZ na rok 2007 - uchwała nr 7/2006;
- przyjęcie do wiadomości sprawozdania z wykonania planu finansowego za okres od 01.01.2006 r. do 30.09.2006 r.;
- zapoznanie ze sprawozdaniem na temat przeprowadzonych ze świadczeniodawcami renegocjacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych.

• Rada Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Opis działalności rady:

(Liczba posiedzeń – 8, liczba podjętych uchwał – 6)

1) Posiedzenie Rady w dniu 7 lutego 2006 r.

- omówienie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych na 2006 r.;
- analiza finansowa Oddziału w zakresie kosztów świadczeń zdrowotnych i kosztów administracyjnych;
- omówienie sytuacji zdrowotnej w Kielcach w świetle artykułów prasowych;
- wyliczenie dotychczasowych kosztów poniesionych przez ŚOW NFZ związanych z wypowiedzeniami umów o pracę od maja 2005 r.

2) Posiedzenie Rady w dniu 14 marca 2006 r.

- roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego ŚOW NFZ;
- podjęcie uchwały Nr 1/2006 w sprawie zatwierdzenia sprawozdania z wykonania planu finansowego ŚOW NFZ za rok 2005r.

3) Posiedzenie Rady w dniu 16 maja 2006 r.

- omówienie sposobu wykonywania przez świadczeniodawców obowiązków, o których mowa w art. 20-22 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – sprawozdanie z kontroli realizacji umów przeprowadzonych w 2006 r.;
- okresowa analiza skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych.

4) Posiedzenie Rady w dniu 16 maja 2006 r.

- zaopiniowanie projektu planu finansowego Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2007 r.;
- podjęcie uchwały Nr 2/2006 w sprawie zaopiniowania planu finansowego Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach na rok 2007. Plan został zaopiniowany negatywnie.

5) Posiedzenie Rady w dniu 18 września 2006 r.

- kwartalna ocena realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, nadwykonania i ich płatności za I półrocze;
- sprawozdanie z wykonania planu finansowego ŚOW NFZ za styczeń –czerwiec 2006 r. z uwzględnieniem dodatkowych środków otrzymanych przez ŚOW NFZ;
- analiza okresowych skarg i wniosków w świetle artykułów dot. Szpitala Dziecięcego im. Władysława Buszkowskiego w Kielcach oraz rehabilitacji dziecięcej.

6) Posiedzenie Rady w dniu 21 listopada 2006 r.

- monitorowanie sposobu wykonania przez świadczeniodawców obowiązków, o których mowa w art. 20-22 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- uchwalenia planu pracy Oddziału na 2007 rok;
- zaopiniowanie odwołania Pani Ewy Cybuli ze stanowiska Dyrektora Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- podjęcie uchwały Nr 3/2006 w sprawie uchwalenia planu pracy na rok 2007 Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach. Rada planu pracy nie uchwaliła;
- podjęcie uchwały Nr 4/2006 w sprawie zaopiniowania odwołania Pani Ewy Cybuli ze stanowiska Dyrektora Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Rada pozytywnie zaopiniowała odwołanie ze stanowiska Dyrektora.

7) Posiedzenie Rady w dniu 29 listopada 2006 r.

- zaopiniowanie powołania Pani Zofii Wilczyńskiej na stanowisko Dyrektora Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
- podjęcie uchwały Nr 5/2006 w sprawie zaopiniowania powołania Pani Zofii Wilczyńskiej na stanowisko Dyrektora Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Rada pozytywnie zaopiniowała powołanie na stanowisko Dyrektora.

8) Posiedzenie Rady w dniu 28 grudnia 2006 r.

- uchwalenia planu pracy Oddziału na 2007 rok;
- podjęcie uchwały Nr 6/2006 w sprawie uchwalenia planu pracy na rok 2007 Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Kielcach. Rada uchwaliła plan pracy Oddziału na 2007 r.

• Rada Warmińsko-Mazurskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia

Opis działalności rady:

(Liczba posiedzeń – 8, liczba podjętych uchwał – 4)

1) Posiedzenie Rady w dniu 31 stycznia 2006 r.

- kontraktowanie w 2006 r.;
- listy oczekujących na świadczenia;
- plany pracy Rady w najbliższym okresie.

2) Posiedzenie Rady w dniu 28 marca 2006 r.

- analiza wyników kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2005 r.;
- analiza kontroli wystawiania i realizacja recept w 2005 r.;
- monitorowanie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w 2005 r.;
- zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2005 r.;
- sprawy świadczeniodawców w WM OW NFZ w 2005 r.;
- zmiana struktury organizacyjnej WM OW NFZ w 2005 r.;
- sprawy sądowe prowadzone przez WM OW NFZ w 2005 r.;
- w trakcie posiedzenia zaprezentowane zostało Sprawozdanie z wykonania planu finansowego oddziału za 2005 r., które Rada Oddziału zaopiniowała pozytywnie i zatwierdziła – Uchwała nr 1/2006 Rady WM OW NFZ z dn. 28.03.06r.

3) Posiedzenie Rady w dniu 09 maja 2006 r.

- coroczna prognoza kosztów na kolejne 3 lata;
- czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej na koniec I kwartału 2006 r.;

- sprawozdanie ze skarg i wniosków rozpatrzonych przez Rzecznika Praw Pacjenta w I kwartale 2006 r.;
 - informacja dotycząca kwartalnych sprawozdań z działalności Oddziału.
- 4) Posiedzenie Rady w dniu 01 czerwca 2006 r.**
- analiza wyników kontroli o realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w I kwartale 2006 r.,
 - analiza kontroli wystawiania i realizacji recept w I kwartale 2006 r.,
 - sprawozdanie z realizacji planu pracy WM OW NFZ za okres 1.01.05-31.12.05.
- 5) Posiedzenie Rady w dniu 04 lipca 2006 r.**
- projekt planu finansowego na 2007 r. i informacje z nim związane;
 - sprawozdanie z wykonania planu finansowego za 2005 r.;
 - informacja dotycząca oceny realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za 2005 r.;
 - podjęcie uchwały nr 2/2006 w sprawie zaopiniowania planu finansowego na 2007 r. Rada Oddziału WM OW NFZ zaopiniowała uchwałę pozytywnie.
- 6) Posiedzenie Rady w dniu 24 sierpnia 2006 r.**
- analiza informacji dotyczącej: prowadzonych przez poszczególnych świadczeniodawców list oczekujących, liczby osób oczekujących i średniego czasu oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej, możliwości udzielenia świadczenia przez innych świadczeniodawców, posiadających umowę zawartą z Oddziałem, innych, uzyskanych przez Oddział od świadczeniodawcy, danych w powyższym zakresie, sposobu wykonywania przez świadczeniodawców obowiązków, o których mowa w art. 20-22 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – I kwartał 2006 r.;
 - analiza skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych w II kwartale 2006 roku; analiza wyników kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za II kwartał 2006 r.; analiza wyników kontroli wystawiania i realizacji recept za II kwartał 2006 r.;
 - analiza kwartalnego sprawozdania z działalności Oddziału za II kwartał 2006 r.
- 7) Posiedzenie Rady w dniu 24 października 2006 r.**
- analiza informacji dotyczącej prowadzonych przez poszczególnych świadczeniodawców list oczekujących, liczby osób oczekujących i średniego czasu oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie art. 20-22 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych za III kwartał 2006 roku;
 - analiza skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych w III kwartale 2006 roku; analiza kwartalnego sprawozdania z działalności Oddziału za III kwartał 2006r.;
 - analiza jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej oraz analiza ich kosztów w zakresie niezbędnym do prawidłowego zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2007.;
 - analiza założeń kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2007.
- 8) Posiedzenie Rady w dniu 28 listopada 2006 r.**
- analiza wyników kontroli wystawiania i realizacji recept za III kwartał 2006 roku;
 - analiza wyników kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za III kwartał 2006 roku - dotyczy również świadczeniodawców „mundurowych”;
 - uchwalenie planu pracy Oddziału na 2007 r. – uchwała nr 3/2006;

- uchwalenie planu pracy Rady Oddziału – uchwała nr 4/2006.
- **Rada Wielkopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Opis działalności rady:

(Liczba posiedzeń – 7, liczba podjętych uchwał – 7)

1) Posiedzenie Rady w dniu 07 lutego 2006 r.

- informacja WOW NFZ na temat postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2006 r. oraz ich rezultatów;
- informacja WOW NFZ na temat publikacji na stronie internetowej wyników postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2006 r.;
- informacja WOW NFZ na temat aktualizacji publikacji na stronie internetowej oddziału informacji o listach oczekujących, liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej;
- informacja WOW NFZ na temat aktualizacji publikacji na stronie internetowej oddziału informacji o możliwości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez innych świadczeniodawców posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- informacja WOW NFZ i przyjęcie sprawozdania z wykonanych kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2005 r.;
- podjęcie uchwały 1/2006 w sprawie zmiany Regulaminu działania Rady WOW NFZ.

2) Posiedzenie Rady w dniu 14 marca 2006 r.

- informacja radcy prawnego WOW NFZ dotycząca obowiązku publikowania na stronach internetowych oddziału danych świadczeniodawców;
- informacja WOW NFZ i przyjęcie sprawozdania z realizacji planu finansowego WOW NFZ za 2005 r. Podjęcie uchwały 2/2006 zatwierdzającej sprawozdanie;
- informacja i przyjęcie sprawozdania z działalności OW NFZ za 2005 r.;
- informacja WOW NFZ – analiza sytuacji w zakresie zabezpieczenia opieki stomatologicznej w 2006 r.;
- informacja WOW NFZ i przyjęcie sprawozdania dot. decyzji o indywidualnej refundacji terapii lekami zarejestrowanymi nie refundowanymi oraz nie zarejestrowanymi.

3) Posiedzenie Rady w dniu 16 maja 2006 r.

- informacja WOW NFZ - Analiza skarg i wniosków kierowanych przez pacjentów do OW NFZ;
- informacja WOW NFZ - Analiza realizacji programów profilaktycznych prowadzonych przez OW NFZ;
- analiza i przyjęcie prognozy wydatków na kolejne 3 lata;
- informacja WOW NFZ - Analiza danych dotyczących zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych;
- analiza i opiniowanie wniosków dotyczących sytuacji zdrowotnej ludności w celu poprawy dostępności do świadczeń dla ubezpieczonych.

4) Posiedzenie Rady w dniu 04 lipca 2006 r.

- analiza i przyjęcie prognozy wydatków na 2007 rok;
- zaopiniowanie projektu planu finansowego OW NFZ na 2007 r. Rada podjęła uchwałę 3/2006 w sprawie opinii do projektu planu finansowego WOW NFZ na 2007 r.;
- analiza uzyskanych efektów wprowadzenia systemu recept kodowanych;

- analiza i przyjęcie informacji o jakości oraz poziomie finansowania świadczeń z zakresu onkologii.

5) Posiedzenie Rady w dniu 12 września 2006 r.

- przyjęcie sprawozdania z wykonanych kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w I półroczu 2006r.;
- analiza statystyczno-medyczna z realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w I półroczu 2006 r.;
- analiza i przyjęcie sprawozdania z wykonania planu finansowego w I półroczu 2006r.;
- analiza i kontrola prowadzonych list oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- przyjęcie informacji o jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń zdrowotnych w I półroczu 2006 r.;
- przyjęcie informacji o działalności Biura Rzecznika Praw Pacjenta.

6) Posiedzenie Rady w dniu 19 września 2006 r.

- podjęcie uchwały 4/2006 w sprawie opinii do odwołania Dyrektora WOW NFZ;
- podjęcie uchwały 5/2006 w sprawie opinii do powołania Dyrektora WOW NFZ.

7) Posiedzenie Rady w dniu 28 listopada 2006 r.

- przyjęcie planu pracy OW NFZ na 2007 r. Rada podjęła uchwałę 6/2006 w sprawie planu pracy WOW NFZ na 2007 r.;
- przyjęcie planu pracy Rady OW NFZ na 2007 r. Rada podjęła uchwałę 7/2006 w sprawie planu pracy Rady WOW NFZ na 2007 r.;
- analiza skarg i wniosków kierowanych przez pacjentów do OW;
- analiza procedur w zakresie kontraktowania świadczeń zdrowotnych na 2007 r.;
- informacja rzecznika prasowego o kontaktach ze środkami masowego przekazu;
- ocena informowania ubezpieczonych o dostępności do świadczeń zdrowotnych;
- ocena współpracy z jednostkami organizacyjnymi samorządu terytorialnego i Urzędem Wojewódzkim;
- informacja o aktualizacji bazy umów na świadczenia zdrowotne przeprowadzone w 2006 r.

• **Rada Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia**

Opis działalności rady:

(Liczba posiedzeń – 6, liczba podjętych uchwał – 4)

1) Posiedzenie Rady w dniu 02 marca 2006 r.

- ambulatoryjna opieka specjalistyczna na poziomie powiatów;
- analiza skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych (z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu) za 2005 rok.

2) Posiedzenie Rady w dniu 23 maja 2006 r.

- analiza skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych (z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu) za I kwartał 2006 rok;
- zatwierdzenie sprawozdania z wykonania planu finansowego ZOW NFZ za 2005 rok (Uchwała Nr 1/II/06).

3) Posiedzenie Rady w dniu 10 lipca 2006 r.

- zaopiniowanie projektu planu finansowego ZOW NFZ na 2007 rok (Uchwała Nr 2/III/06).

4) Posiedzenie Rady w dniu 10 października 2006 r.

- sprawy organizacyjne (opiniowanie odwołania dyrektora Makowskiego (Uchwała Nr 3/IV/06) i powołania na jego stanowisko Pana Jurkiewicza).

5) Posiedzenie Rady w dniu 24 października 2006 r.

- kontraktacja usług medycznych na rok 2007.

6) Posiedzenie Rady w dniu 28 listopada 2006 r.

- uchwalenie planu pracy Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2007 (Uchwała Nr 4/VI/06).

4. Zasoby kadrowe**4.1. Stan zatrudnienia i jego zmiany**

Lp.	Stan zatrudnienia na dzień	Osoby			Etaty		
		ogółem	centrala	oddziały	ogółem	centrala	oddziały
1.	1 stycznia 2006 r.	4.260	246	4.014	4.193,83	241,00	3 952,83
2.	31 marca 2006 r.	4.236	241	3995	4.186,06	236,50	3.949,56
3.	30 czerwca 2006 r.	4.252	235	4.017	4.188,07	230,70	3.957,37
4.	30 września 2006 r.	4.260	245	4.015	4.201,84	242,45	3.959,39
5.	31 grudnia 2006 r.	4.320	246	4.074	4.261,05	243,45	4 017,60

W trakcie 2006 roku stan osobowy pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia uległ zwiększeniu o 67,22 etaty. Było to spowodowane zwiększeniem liczby pracowników w pionie medycznym, w tym zajmujących się kontrolą, a także zmianami organizacyjnymi w OW NFZ.

Największy wzrost zatrudnienia nastąpił w oddziale:

- świętokrzyskim - 12 etatów
- wielkopolskim - 10,48 etatów
- kujawsko-pomorskim - 10,50 etatów

Zmniejszenie zatrudnienia nastąpiło w oddziale:

- lubuskim - 7 etatów
- mazowieckim - 6,15 etatów
- opolskim - 0,70 etatu

4.2. Wykształcenie pracowników NFZ

W Narodowym Funduszu Zdrowia według stanu na dzień 31.12.2006 r. zatrudnionych było 4.320 pracowników. Wykształcenie wyższe posiadały 3.244 osoby, tj. 75 % ogółu zatrudnionych. Wykształcenie średnie posiadało 1.025 pracowników, tj. ok. 23 % ogółu zatrudnionych. Wykształceniem niższym niż średnie legitymowało się 51 osób.

Najwięcej pracowników z wykształceniem wyższym odnotowano w następujących oddziałach:

- świętokrzyskim - 91 %,
- podlaskim - 87 %,
- lubelskim - 86 %,
- podkarpackim - 84 %

W Centrali odnotowano 84 % pracowników z wyższym wykształceniem.

4.3. Fluktuacja zatrudnienia

W 2006 r. w Narodowym Funduszu Zdrowia umowę o pracę rozwiązano z 402 osobami (roczny wskaźnik fluktuacji to 9,3 %).

Największy odsetek pracowników, z którymi Fundusz rozwiązał umowę o pracę odnotowano w następujących jednostkach organizacyjnych:

- lubuskim OW - 20,2 %,
- Centrali NFZ - 18,3 %,
- świętokrzyskim OW - 17,2 %.

Natomiast najniższy wskaźnik fluktuacji odnotowano w oddziałach:

- podkarpackim - 2,8 %,
- warmińsko- mazurskim - 4%,
- kujawsko-pomorskim - 4,3 %.

4.4. Wynagrodzenie

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w Narodowym Funduszu Zdrowia wyniosło ok. 3704 zł i było wyższe w stosunku do przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w roku 2005 o 9,1% w tym wzrost płacy zasadniczej średnio o 0,4%. Największy wzrost wynagrodzeń odnotowano w Oddziale Lubuskim o 16,2%, najniższy wzrost wynagrodzeń nastąpił w Oddziale Mazowieckim o 5,3%. Przyczyną wzrostu przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w 2006 roku były: indeksacja płac, wprowadzenie dodatku stażowego od 01.01.2006 roku, wypłata wynagrodzenia za godziny nadliczbowe oraz premie przy jednoczesnym zmniejszeniu zatrudnienia.

W podziale na grupy pracownicze przeciętne miesięczne wynagrodzenie kształtowało się w sposób następujący:

- | | |
|---------------------------------------|------------|
| • Prezes i Zastępcy Prezesa | 16 119 zł, |
| • Dyrektorzy Oddziałów i ich Zastępcy | 9 903 zł, |
| • Kadra Kierownicza | 6 178 zł, |
| • Pozostali pracownicy | 3 111 zł. |

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w jednostkach organizacyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia to:

- W Centrali Funduszu wyniosło 5 354 zł

Najwyższe wynagrodzenia otrzymywali pracownicy Oddziałów:

- Wielkopolskiego 3958 zł
- Mazowieckiego 3844 zł
- Kujawsko Pomorskiego 3825 zł
- Opolskiego 3819 zł

Najniższe wynagrodzenie otrzymali pracownicy w Oddziałach:

- Pomorskim 3309 zł,
- Małopolskim 3324 zł
- Świętokrzyskim 3352 zł
- Podkarpackim 3422 zł
- Dolnośląskim 3439 zł
- Podlaskim 3486 zł

5. Działania edukacyjne i informacyjne

Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje zadania z zakresu edukacji i informacji, określone w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej, ustawie o dostępie do informacji publicznej oraz ustawie Prawo prasowe – poprzez środki społecznego przekazu, publikacje własne, serwis internetowy oraz udział w wydarzeniach specjalnych.

5.1. Środki społecznego przekazu:

NFZ współpracuje ze wszystkimi środkami masowego przekazu (ogólnokrajowymi i regionalnymi): prasa, radio, telewizja, portale internetowe, poprzez:

- Bieżące kontakty
Bieżąca obsługa dziennikarzy, dostarczanie materiałów prasowych, udzielanie odpowiedzi na pytania, przekazywanie informacji w formie komunikatów prasowych odnośnie do działalności NFZ.
- Konferencje i briefingi prasowe
W roku 2006 w Centrali NFZ oraz oddziałach wojewódzkich NFZ konferencje i briefingi prasowe dotyczyły w szczególności:
 - sprawozdania z działalności NFZ w roku 2005;

- zasad funkcjonowania i gospodarki finansowej NFZ, ze szczególnym uwzględnieniem zmian w planie finansowym i rozdysponowania rezerw finansowych;
 - refundacja leków oraz kontroli aptek w aspekcie prawidłowości wystawiania recept;
 - opracowania i wdrożenia programów profilaktycznych realizowanych przez NFZ w roku 2006;
 - zasad korzystania ze świadczeń zdrowotnych oraz dostępu do opieki zdrowotnej;
 - realizacji ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń;
 - działań podjętych przez NFZ w celu ustalenia tożsamości pacjentów, którym został przepisany lek Corhydron (w związku z tzw. aferą corhydronową).
- Cykliczne artykuły prasowe

Oddziały wojewódzkie NFZ nawiązały stałą współpracę z prasą regionalną, w ramach której cyklicznie publikowane były artykuły dotyczące działalności NFZ, zasad korzystania z opieki zdrowotnej, programów profilaktycznych finansowanych przez NFZ, np.:

- Kujawsko-Pomorski OW NFZ - „Droga do zdrowia” w Gazecie Pomorskiej oraz publikacje w Gazecie Wyborczej;
 - Łódzki OW NFZ – publikacje w Dzienniku Łódzkim, Expressie i Gazecie Wyborczej;
 - Małopolski OW NFZ - stała kolumna w Dzienniku Polskim;
 - Podlaski OW NFZ – publikacja artykułów odnośnie programów profilaktycznych w dodatku „Zdrowie i Uroda” w Gazecie Wyborczej.
- Udział w audycjach radiowych i programach telewizyjnych (media regionalne i ogólnokrajowe)

Przedstawiciele NFZ przez cały rok uczestniczyli w audycjach radiowych i programach telewizyjnych, których tematem były m.in.: programy profilaktyczne, zasady korzystania z opieki zdrowotnej, dostęp do świadczeń medycznych.

- Redakcyjne dyżury telefoniczne:

Przedstawiciele NFZ uczestniczyli w tzw. „redakcyjnych dyżurach telefonicznych”, w ramach których w określonych godzinach pełnili dyżur telefoniczny w redakcjach gazet ogólnokrajowych i regionalnych. W tym czasie czytelnicy mieli możliwość uzyskiwania od pracowników merytorycznych informacji telefonicznej na interesujący ich temat z zakresu działalności NFZ. Najciekawsze tematy poruszane w rozmowach lub odpowiedzi na najczęściej zadawane przez czytelników pytania publikowane były w kolejnym wydaniu gazety.

- Spoty telewizyjne:

Przy współpracy z regionalnymi stacjami telewizyjnymi OW NFZ wyprodukowały spoty telewizyjne promujące korzystanie z badań w ramach programów profilaktycznych (w szczególności *Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi* oraz *Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy*), które emitowane były w drugiej połowie roku 2006 (Dolnośląski OW

NFZ, Kujawsko-Pomorski OW NFZ, Łódzki OW NFZ, Małopolski OW NFZ, Opolski OW NFZ, Wielkopolski OW NFZ.

- Spoty radiowe:

Przy współpracy z regionalnymi stacjami radiowymi OW NFZ wyprodukowały spoty telewizyjne promujące badania w ramach programów profilaktycznych, które emitowane były w drugiej połowie roku 2006 (Kujawsko-Pomorski OW NFZ, Lubelski OW NFZ, Małopolski OW NFZ, Opolski OW NFZ, Podkarpacki OW NFZ, Pomorski OW NFZ, Warmińsko-Mazurski OW NFZ, Wielkopolski OW NFZ, Zachodniopomorski OW NFZ).

5.2. Publikacje

W 2006 roku zapoczątkowano publikowanie zbiorczych analiz przedstawiających wyniki działalności NFZ na tle sytuacji społecznoekonomicznej kraju. Jako pierwsze ukazały się „Raport NFZ za 2004 rok” oraz „Raport NFZ za 2005 rok” – zestawienia za lata 2004 i 2005.

W ramach działalności wydawniczej NFZ publikuje także:

- Biuletyn Narodowego Funduszu Zdrowia, w którym zamieszczane są materiały dotyczące aktualnego stanu prawnego w zakresie ochrony zdrowia, zmian w zasadach udzielania świadczeń medycznych, opisy programów profilaktycznych i terapeutycznych. Biuletyn dostępny jest w wersji elektronicznej na stronie www.nfz.gov.pl;
- broszury informacyjne, które poświęcone są poszczególnym tematom, np.: programom profilaktycznym (Kujawsko-Pomorski OW NFZ, Lubelski OW NFZ, Lubuski OW NFZ, Łódzki OW NFZ), zasadom korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie Unii Europejskiej (Podkarpacki OW NFZ), działalności NFZ (Małopolski OW NFZ – Gazeta Wyborcza „Przyjazny Urząd”);
- informatory zawierające wykaz świadczeniodawców, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z NFZ w bieżącym roku
- plakaty i ulotki, dotyczące finansowanych w bieżącym roku przez NFZ programów profilaktycznych;
- inne – okresowo wydawane są również inne publikacje, np.: miesięcznik Świętokrzyskiego OW NFZ - „Magazyn dla Zdrowia oraz publikacja Lubelskiego OW NFZ „ABC Opieki Zdrowotnej”.

5.3 Wydarzenia specjalne

Przedstawiciele NFZ udzielali informacji m.in. na temat: zasad korzystania ze świadczeń zdrowotnych, programów profilaktycznych finansowanych przez NFZ, koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, podczas konferencji, sympozjów, szkoleń oraz wydarzeń specjalnych, takich jak:

- cykliczne imprezy prozdrowotne w przychodniach (Dolnośląski OW NFZ);
- białe niedziele (Kujawsko-Pomorski, Lubelski OW NFZ)
- imprezy organizowane z okazji: Światowego Dnia Chorego (Kujawsko-Pomorski OW

NFZ), Międzynarodowego Dnia Osób Starszych (Kujawsko-Pomorski OW NFZ), Światowego Dnia Rzucania Palenia (Kujawsko-Pomorski OW NFZ), Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego (Kujawsko-Pomorski OW NFZ), Dnia Solidarności z Chorymi na Schizofrenię (Kujawsko-Pomorski OW NFZ), Dni walki z rakiem piersi (Kujawsko-Pomorski OW NFZ, Lubelski OW NFZ, Zachodniopomorski OW NFZ);

- spotkania z samorządowcami, lokalnymi organizacjami kobiecymi, społecznościami wiejskimi;
- festynów i plenerowych imprez zdrowotnych;

Ponadto przy współpracy z urzędami miejskimi, instytucjami i organizacjami działającymi w ramach systemu opieki zdrowotnej organizowano specjalne akcje i programy, m.in.:

- akcja w aptekach mająca na celu pomoc świadczeniobiorcom w wyborze leku oraz jego zamienników (Opolski OW NFZ);
- program „Leczenie bólu w szpitalach województwa opolskiego”, którego celem jest optymalizacja postępowania przeciwbólowego u pacjenta w okresie pooperacyjnym i pourazowym (Opolski OW NFZ);
- program „Leczenie udarów mózgu w województwie opolskim” – szkolenia i publikacje na temat udarów mózgu, pierwszych objawów i czynności jakie należy wykonać w ramach pierwszej pomocy;
- program „Analizator medyczno-finansowy”, w ramach którego uruchomiono portal internetowy, który ma na celu autoryzowany dostęp do informacji o świadczeniach realizowanych przez lekarzy oraz o kosztach refundowanych przez nich leków;

5.4. Internet

W 2006 roku we współpracy z oddziałami opracowano nowy, ujednolicony serwis internetowy NFZ. Uruchomienie (upublicznienie) nowopowstałego portalu NFZ nie zostało przeprowadzone ze względu na opóźnienia w fazie realizacji oprogramowania portalu oraz brak uregulowań zobowiązujących oddziały do prowadzenia wspólnego serwisu internetowego.

Na dotychczasowych stronach internetowych NFZ publikowano następujące informacje:

- cotygodniowy biuletyn „Nasz Fundusz” z informacjami dla pacjenta, odpowiedziami na nadsyłane pytania oraz poradami prawnymi,
- ABC pacjenta – informator o zasadach korzystania z opieki zdrowotnej,
- serwis informacyjny na temat bieżącej działalności Funduszu w ramach Biuletynu Informacji Publicznej NFZ,
- komunikaty prasowe,
- serwis informacyjny o zasadach korzystania z opieki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej i EOG (w wersjach językowych: angielskiej, niemieckiej, hiszpańskiej, francuskiej),

W 2006 roku uruchomiono także nowy serwis informacyjny dla ubezpieczonych, dotyczący programów profilaktycznych realizowanych przez NFZ.

6. Informatyzacja

Priorytetowe zadania informatyczne w 2006 roku realizowano w trzech głównych obszarach.

I Rozwój Centralnego Wykazu Ubezpieczonych

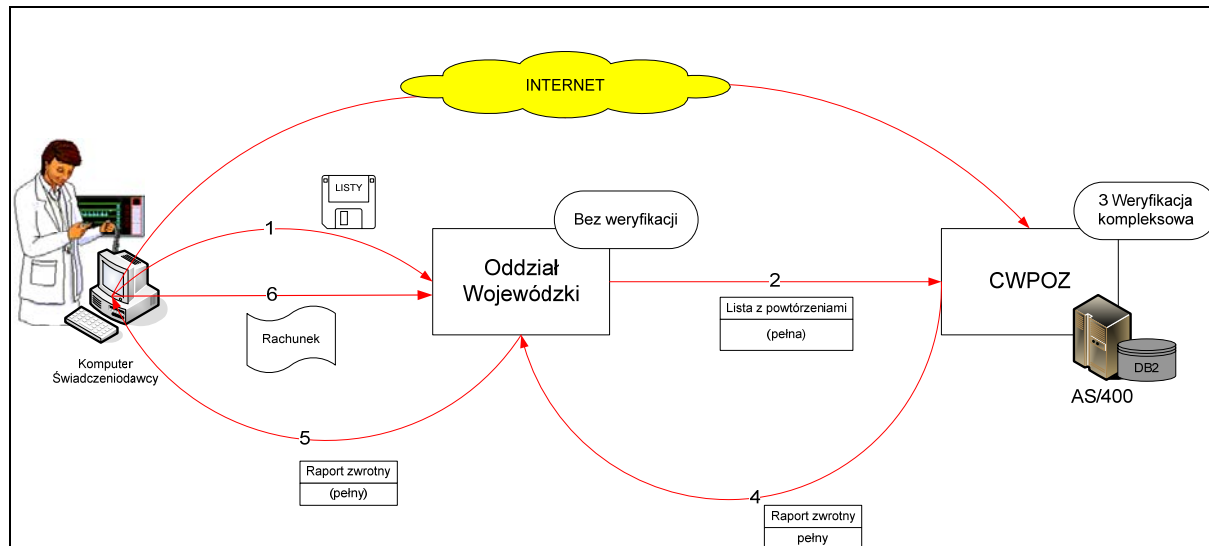
- Wprowadzenie Centralnej Weryfikacji POZ.

Centralna Weryfikacja POZ dotyczy weryfikacji danych z list lekarzy POZ (rodzinnych), pielęgniarek środowiskowo – rodzinnych oraz położnych środowiskowo – rodzinnych.

Celem uruchomienia Centralnej Weryfikacji POZ było uszczelnienie systemu poprzez integrację z CWU i zamknięcie weryfikacji w jednym okresie rozliczeniowym a także, przekazanie jednego, pełnego raportu zwrotnego (uwzględniającego wszystkie weryfikacje) do świadczeniodawcy tak aby mógł wystawić rachunek.

Założeniem podstawowym była eliminacja powtórzeń międzyoddziałowych, jak również wykorzystanie wszystkich informacji jakimi dysponuje CWU, mających wpływ na poprawność występowania danych na listach POZ. Dodatkowym założeniem było udostępnienie wyników weryfikacji i historii na stronach www.

Przy tworzeniu projektu założono, że nie ulegnie zmianie sposób komunikacji systemu OW z systemem świadczeniodawcy. Położono nacisk na wzrost obligatoryjności danych co w założeniu zakładało poprawienie ich identyfikacji.



Informacje przekazywane z systemu lokalnego (2) rozszerzono ilościowo o wszystkie przekazane deklaracje z numerem PESEL, oraz jakościowo o dane personelu i kategorię specjalną osoby. Pozwoliło to na dodatkowe weryfikacje merytoryczne opisane w algorytmie weryfikacji (3) oraz na praktyczną likwidację weryfikacji na poziomie oddziału.

Niezależnie od schematu przepływu informacji, w celu poprawienia sprawności jej przepływu został zmieniony sposób przekazywania danych z OW do Centrali. „Ręczny”, za pośrednictwem pracownika Centrali, zastąpiono automatycznym kontrolowanym przez pracowników OW. Zmieniono również tryb przekazywania raportów zwrotnych z Centrali

do OW NFZ. Przekazywanie pocztą płyt CD zastąpiono dostępem do systemu CWPOZ i umożliwiono pobierania raportów bezpośrednio z możliwością wczytywania do systemów Oddziałów Wojewódzkich.

Wszystkie przewidziane etapy zostały zakończone. Miesięczne przetwarzania są już standardowym, uporządkowanym procesem. Jako stałe zadanie związane z przetwarzaniem w CWPOZ prowadzone jest „porządkowanie” danych (daty rejestracji, poprawności danych personelu medycznego) u świadczeniodawców z wykorzystaniem narzędzia CWPOZ.

- Wprowadzenie do systemu CWU danych o ubezpieczonych w ramach tzw. Bilansu Otwarcia.

Projekt związany z jednorazową implementacją do systemu Centralnego Wykazu Ubezpieczonych danych z Kompleksowego Systemu Informatycznego ZUS. Termin rozpoczęcia – kwiecień 2006 r. Przekazanie danych poprzedziły tzw. testy wydajnościowe oprogramowania, które zostały przeprowadzone na przełomie marca i kwietnia 2006 r.

Przekazywanie danych odbywało się w transzach wg typów plików uzgodnionych w ramach „Interfejsu wymiany danych, wersja 3.1”. Po każdorazowym imporcie danych do CWU weryfikowano przekazane informacje i analizowano dane. Uwagi były przekazywane do ZUS na bieżąco. Proces gromadzenia danych o ubezpieczonych zakończono w maju 2006 roku. Kolejne pliki, z danymi o członkach rodzin ubezpieczonych, płatnikach składek i z danymi dotyczącymi okresów ubezpieczenia przekazywane były do końca 2006 r.

III Rozwój infrastruktury technicznej

W 2006 roku położono główny nacisk na kwestie związane z podniesieniem poziomu bezpieczeństwa ochrony danych, realizując następujące zadania:

- W pełni wdrożono i skonfigurowano sieci rozległe między Oddziałami Wojewódzkimi, a Centralą NFZ typu WAN, zawierając umowę dwuletnią z firmą EXATEL.
- Przygotowano i uruchomiono postępowanie na zapasową sieć WAN, dzięki czemu znacznie został poniesiony poziom bezpieczeństwa i niezawodności dostępu do usług teleinformatycznych w NFZ co pozwoliło na zastosowanie jeszcze bardziej wydajnych technologii przesyłania i zabezpieczenia danych.
- Usprawniono funkcjonowanie lokalnej sieci komputerowej LAN Centrali poprzez wymianę głównych urządzeń aktywnych sieci lokalnej.
- Wdrożono system zabezpieczeń dla strefy serwerów aplikacyjnych w sieci Internet, dzięki czemu wzrósł poziom bezpieczeństwa i ochrony aplikacji oraz zgromadzonych danych.
- Opracowano dokumentację techniczną i przeprowadzono postępowanie przetargowe na wykonanie lokalnej sieci WAN w Wielkopolskim Oddziale Wojewódzkim NFZ.
- W 2006 r. prowadzono prace nad wdrożeniem nowego portalu internetowego NFZ. Opracowano koncepcję architektury portalu oraz dostosowano infrastrukturę i oprogramowanie na potrzeby tego zadania.
- W I kwartale 2006 roku dokonano w Centrali wymiany wyeksploatowanego sprzętu komputerowego.

- Opracowano dokumentację techniczną i dokonano rozbudowy oraz zakupu urządzeń serwerowych klasy iSeries.

II Rozwój systemów aplikacyjnych

- Dostosowanie systemów OW NFZ do ‘otwartości systemu NFZ’, będące realizacją postanowień ustawowych tzw. „otwarcie I”.
- Prace przygotowawcze związane z konkursem ofert na rok 2007 oraz dostosowanie systemów informatycznych NFZ do nowej procedury kontraktowania. Opracowanie elektronicznego monitoringu konkursu ofert na poziomie Centrali NFZ.
- Dostosowanie centralnego systemu kontraktowania w zakresie lecznictwa uzdrowskiego do nowej procedury kontraktowania.
- Prowadzenie i wdrażanie projektu SMZ (Sprawozdawczość dla Ministerstwa Zdrowia).
- Prowadzenie i wdrożenie projektu SIMP (System Informatyczny Monitoringu Profilaktyki w zakresie programów raka szyjki macicy oraz raka piersi).
- Prowadzenie i wdrożeniu projektu Windykacje (zgodnie z obowiązującą procedura w NFZ).
- Uruchomienie aplikacji centralnych reguł walidacji (Walidacje). Przeprowadzenie pilotażu w wybranych OW NFZ.
- Prowadzenie i wdrożenie projektu Weryfikacje w systemie firmy Computerland (CL). Przeprowadzenie pilotażu w wybranych OW NFZ.
- Opracowanie koncepcji i wdrożenie przekazywania danych za pomocą zintegrowanego komunikatu MSX (dane dotyczące monitoringu świadczeń w zakresie umów, ich realizacji). Uruchomienie automatycznych mechanizmów przekazywania danych za pomocą narzędzia MQ Series.
- Opracowanie koncepcji i wdrażanie przekazywania danych do centrali za pomocą nowego formatu migracyjnego (nazwanego kosztami leczenia pacjentów – dane z raportów statystycznych z OW NFZ, do numeru PESEL). Uruchomienie automatycznych mechanizmów przekazywania danych za pomocą narzędzia MQ Series (wdrożenie nie zakończone – w trakcie realizacji).
- Uruchomienie automatycznych mechanizmów przekazywania danych za pomocą narzędzia MQ Series z OW NFZ do Centrali NFZ w zakresie: raportów aptecznych, zestawień refundacyjnych oraz recept numerowanych (w 2006 tylko oddziały obsługiwane przez Konsorcjum Kamsoft-Spin, oddziały obsługiwane przez CL przekazują dane manualnie).
- Opracowanie i uruchomienie (dostosowanie aplikacji świadczeniodawców, systemu OW NFZ i systemu Centrali NFZ) nowego formatu wymiany w zakresie kolejek oczekujących zgodnie z wymaganiami Departamentu Spraw Świadczeniobiorców.

7. Kontrola wewnętrzna

W 2006r. Wydział Kontroli Wewnętrznej przeprowadził 20 kontroli planowanych oraz 7 kontroli doraźnych w jednostkach i komórkach organizacyjnych Funduszu.

Przedmiotem kontroli planowanych przeprowadzonych w oddziałach wojewódzkich NFZ i w komórkach organizacyjnych Centrali NFZ były m.in.:

- Realizacja programów terapeutycznych i realizacja świadczeń z zakresu onkologii określonych w katalogu świadczeń onkologicznych-chemioterapia w 2004r. i I półroczu 2005r. - kontrolę przeprowadzono w Wielkopolskim Oddziale Wojewódzkim, Śląskim Oddziale Wojewódzkim oraz w Warmińsko-Mazurskim Oddziale Wojewódzkim.
- Poprawność stosowania procedury w postępowaniu konkursowym na 2006r.- kontrolę przeprowadzono w 16 oddziałach wojewódzkich.
- Prawdliwość obiegu, realizacji i zachowania terminowości udzielania odpowiedzi na pisma parlamentarne - kontrola przeprowadzona w komórkach organizacyjnych Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przedmiotem kontroli doraźnych przeprowadzonych w oddziałach wojewódzkich NFZ i w komórkach organizacyjnych Centrali NFZ były m.in.:

- Prawdliwość funkcjonowania Wydziału Kontroli Śląskiego OW NFZ w świetle zarzutów stawianych przez pracownika – Śląski Oddział Wojewódzki.
- Realizacja zaleceń pokontrolnych wydanych po kontroli w zakresie realizacji programów terapeutycznych i chemioterapii oraz kontrola umowy przelewu wierzytelności zawartej przez Pomorską Regionalną Kasę Chorych z ORFE S.A. – Pomorski Oddział Wojewódzki.
- Ocena prawidłowości zamawiania, realizacji i rozliczania umów zlecenia i umów o dzieło zawartych przez Centralę NFZ w 2005r. – Centrala NFZ.
- Sprawdzenie świadczenia pracy przez byłego Dyrektora Łódzkiego OW NFZ – Łódzki Oddział Wojewódzki.
- Kontrola na podstawie skargi Świadczeniodawcy w zakresie przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – Podkarpacki Oddział Wojewódzki.
- Kontrola działalności Śląskiego OW NFZ w świetle zarzutów przedstawionych w artykule zamieszczonym w tygodniku Newsweek – Śląski Oddział Wojewódzki.
- Prawdliwość przeprowadzenia postępowania w trybie konkursu ofert na zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Wielkopolskim OW NFZ w rodzaju rehabilitacja lecznicza - Wielkopolski Oddział Wojewódzki.

Wydano również 67 upoważnień do przeprowadzenia kontroli wewnętrznej pracownikom innych komórek organizacyjnych Centrali, w tym:

- 28 upoważnień dla pracowników Departamentu ds. Służb Mundurowych.
- 2 upoważnienia dla pracowników Departamentu Spraw Świadczeniobiorców.
- 17 upoważnień dla pracowników Departamentu Ekonomiczno-Finansowego.

- 11 upoważnień dla pracowników Biura Księgowości.
- 1 upoważnienie dla pracownika Biura Prawnego.
- 1 upoważnienie dla Pełnomocnika ds. Ochrony Informacji Niejawnych.
- 2 upoważnienia dla pracowników Wydziału Spraw Pracowniczych i Szkoleń.
- 2 upoważnienia dla pracowników Gabinetu Prezesa.
- 3 upoważnienia dla pracowników Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej.

Wydział Kontroli Wewnętrznej na bieżąco monitorował wykonywanie zaleceń pokontrolnych wydanych w ramach przeprowadzonych postępowań kontrolnych przez poszczególne jednostki i komórki organizacyjne NFZ oraz z kontroli przeprowadzonych przez podmioty zewnętrzne w oddziałach wojewódzkich.

8. Audyt wewnętrzny

Na podstawie przeprowadzonej analizy ryzyka w planie audytu wewnętrznego na 2006 r. zostało zaplanowane do wykonania odpowiednio sześć zadań w Centrali i w oddziałach wojewódzkich NFZ.

Ponadto w czterech oddziałach wojewódzkich przeprowadzono pozaplanowe zadania audytowe, odpowiednio: w Podkarpackim – 1 zadanie, w Dolnośląskim – 2 zadania, Kujawsko-Pomorskim – 2 i w Lubelskim – 3.

W trzech oddziałach wojewódzkich NFZ wykonano wszystkie zaplanowane zadania audytowi (stan na dzień 31 grudnia 2006 r). We wszystkich jednostkach organizacyjnych NFZ, w których wystąpiły opóźnienia, zadania audytowe są w końcowej fazie wykonania. Opóźnienia w realizacji planu wynikały z następujących przyczyn:

- Centrala – opóźnienia w realizacji planu audytu z 2005 r.
- OW - opóźnienia w realizacji planu audytu z 2005 r., przeprowadzenie zadań pozaplanowych oraz wykonywanie innych czynności zleczanych przez Dyrektorów OW absencje chorobowe.

W Centrali i w 14 oddziałach wojewódzkich w 2006 r. był zatrudniony jeden audytor wewnętrzny. W Świętokrzyskim OW nie było zatrudnionego audytora wewnętrznego, natomiast w Lubuskim OW audytor był zatrudniony w okresie 4.05.2006r-13.09.2006 r.

W przeprowadzanych zadaniach audytowych planowych wydano 445 uwag i wniosków.

Wydane uwagi i wnioski (zalecenia) zalecenia w ramach zadań audytowych zrealizowanych w roku sprawozdawczym

Temat zadania audytowego	Zarządzanie mieniem	Przestrzeganie procedur kontraktowania świadczeń zdrowotnych	Audyt sprawozdawczości rzeczowej i rozliczeń finansowych kontraktów	Przestrzeganie procedur związanych z refundacją	Przestrzeganie zasad i procedur wynikających z przepisów o koordynacji	Rozrachunki i egzekucja roszczeń
Liczba wydanych zaleceń	132	84	56	110	40	23

Tematyka zadań, główne zalecenia oraz ich wpływ na funkcjonowanie i efektywność zarządzania NFZ

Zadanie audytowe 1/2006 Zarządzanie mieniem

lp	Uwagi i wnioski (zalecenia)	Ocena wykorzystania zgłoszonych zaleceń, ich wpływ na funkcjonowanie i efektywność zarządzania jednostką
1	Ujednoczenie obiegu dokumentów w zakresie inwentaryzacji składników majątkowych	Poprawa efektywności i skuteczności mechanizmów kontroli wewnętrznej,
2	Przestrzeganie zasad przekazywania elementów składników majątkowych pracownikom	Usprawnienie procesu gospodarowania majątkiem
3	Uzupełnienie braków w dokumentacji dot. środków trwałych	Właściwe gospodarowanie majątkiem
4	Przestrzeganie zasad rozporządzania niezagospodarowanymi składnikami majątkowymi	Poprawa efektywności wykorzystania zasobów jednostki.

Zadanie audytowe 2/2006 Przestrzeganie procedur kontraktowania świadczeń zdrowotnych

lp	Uwagi i wnioski (zalecenia)	Ocena wykorzystania zgłoszonych zaleceń, ich wpływ na funkcjonowanie i efektywność zarządzania jednostką
1	Przestrzeganie zasad wyboru oferty przy kontraktowaniu świadczeń zdrowotnych	Obiektywne i zgodne z przepisami rozstrzygnięcie konkursu
2	Usprawnienie obiegu dokumentów w trakcie kontraktowania świadczeń	Usprawnienie procesu kontraktowania świadczeń zdrowotnych, Poprawa efektywności systemu komunikacji wewnętrznej w trakcie procesu kontraktowania,
3	Ewidencjonowanie czasu pracy w trakcie przeprowadzania konkursu	Poprawa efektywności wykorzystania zasobów.
4	Przeprowadzanie precyzyjnej analizy wielkości środków przewidzianych na poszczególne rodzaje Przestrzeganie procedur kontraktowania świadczeń zdrowotnych	Wprowadzenie systemu monitorowania realizacji zadań Funduszu w zakresie kontraktowania

Zadanie audytowe 3/2006 Audyt sprawozdawczości rzeczowej i rozliczeń finansowych kontraktów

lp	Uwagi i wnioski (zalecenia)	Ocena wykorzystania zgłoszonych zaleceń, ich wpływ na funkcjonowanie i efektywność zarządzania jednostką
1	Przygotowanie założeń kryteriów weryfikacji rzeczowej i formalno-rachunkowej przed dokonaniem wypłaty	Przedstawienie zapewnienia, że obszar sprawozdawczości rzeczowej i rozliczania kontraktów działa prawidłowo,
2	Wprowadzenie zasad weryfikacji danych w systemie informatycznym przed dokonaniem wypłaty	Poprawa efektywności i skuteczności mechanizmów kontroli wewnętrznej (finansowej), Wprowadzenie systemu monitorowania wypłaty należności świadczeniodawcom. Usprawnienie procesu weryfikacji wypłaty należności świadczeniodawcom

Zadanie audytowe 4/2006 Przestrzeganie procedur związanych z refundacją

lp	Uwagi i wnioski (zalecenia)	Ocena wykorzystania zgłoszonych zaleceń, ich wpływ na funkcjonowanie i efektywność zarządzania jednostką
1	Przestrzeganie prawidłowego wypełniania dokumentacji dot. refundacji zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze	Poprawa efektywności i skuteczności mechanizmów kontroli wewnętrznej (finansowej),
2	Przestrzeganie terminów związanych z obiegiem dokumentów księgowych dot. refundacji zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze	Wprowadzenie procedur skuteczniejszej weryfikacji w procesie refundacji
3	Określenie zasad monitorowania kolejek oczekujących na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	Wprowadzenie systemu monitorowania procesu refundacji,

Zadanie audytowe 5/2006 Przestrzeganie zasad i procedur wynikających z przepisów o koordynacji

lp	Uwagi i wnioski (zalecenia)	Ocena wykorzystania zgłoszonych zaleceń, ich wpływ na funkcjonowanie i efektywność zarządzania jednostką
1	Wprowadzenie systemu informatycznego dot. rozliczeń pomiędzy krajami UE	Skuteczna weryfikacja dokonywanych rozliczeń
2	Przestrzeganie procedur w zakresie przyjmowania wniosków o zwrot kosztów leczenia	Poprawa efektywności i skuteczności mechanizmów kontroli wewnętrznej (finansowej),
3	Przyznanie upoważnień osobom wydającym i podpisującym formularze E-126	Usprawnienie procesu wydawania dokumentów właściwych do ubiegania się o zwrot kosztów leczenia za granicą
4	Stosowanie właściwych wniosków o zwrot kosztów leczenia w krajach UE	Zwiększenie skuteczności monitorowania wydatkowania środków w ramach realizacji przepisów o koordynacji

Zadanie audytowe 6/2006 Rozrachunki i egzekucja roszczeń

lp	Uwagi i wnioski (zalecenia)	Ocena wykorzystania zgłoszonych zaleceń, ich wpływ na funkcjonowanie i efektywność zarządzania jednostką
1	Przestrzeganie zasad windykacji należności, w tym w szczególności terminowości podejmowanych działań.	Poprawa efektywności i skuteczności mechanizmów kontroli wewnętrznej (finansowej), Zwiększenie skuteczności prowadzonej windykacji w szczególności w stosunku do świadczeniodawców i aptek.
2	Zapewnienie właściwego obiegu dokumentów związanych z windykacją należności	Poprawa efektywności i skuteczności mechanizmów kontroli wewnętrznej (finansowej).
3	Prowadzenie chronologicznie rejestru wystawionych not księgowych	Wprowadzenie systemu monitorowania skuteczności windykacji należności.

9. Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w Funduszu w 2006 r.

W okresie sprawozdawczym w Narodowym Funduszu Zdrowia przeprowadzono 4 kontrole przez następujące podmioty zewnętrzne: Najwyższą Izbę Kontroli, Zakład Ubezpieczeń Społecznych oraz Ministerstwo Finansów. Zakres tematyczny kontroli określa poniższa tabela.

L.p.	Organ zlecający kontrolę w NFZ	Zakres kontroli	Czas trwania kontroli
1	Najwyższa Izba Kontroli	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2005r.	26/01/2006 – 18/04/2006
2	Zakład Ubezpieczeń Społecznych	1. Prawidłowość i rzetelność obliczania, potrącania i opłacania składek i innych składek i wpłat do których pobierania zobowiązany jest Zakład oraz zgłaszanie do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego. 2. Ustalenie uprawnień do świadczeń pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, zasiłków rodzinnych i pielęgnacyjnych oraz świadczeń rodzinnych, wypłacanie świadczeń i zasiłków oraz dokonywanie rozliczeń z tego tytułu. 3. Prawidłowość i terminowość opracowywania wniosków o świadczenia emerytalne i rentowe oraz o ustalenie kapitału początkowego. 4. Prawidłowość wystawiania zaświadczeń lub zgłaszania danych dla celów ubezpieczeń społecznych.	29/08/2006 – 05/09/2006
3	Ministerstwo Finansów	Ocena stosowania przepisów ustawy o finansach publicznych w zakresie kontroli finansów i audytu wewnętrznego oraz funkcjonowania standardów kontroli finansów i audytu wewnętrznego.	04/09/2006 – 15/09/2006
4	Najwyższa Izba Kontroli	Gospodarka finansowa NFZ z uwzględnieniem wydatków w ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w 2006r.	18/09/2006 – 13/04/2007

10. Sprawy sądowe

Centrala NFZ w 2006 roku była stroną 155 postępowań sądowych, w tym:

- Postępowania przed sądami powszechnymi
 - Sprawy pracownicze – 7 spraw, 1 wniesiona w roku 2006, żadna nie zakończona w roku 2006.
 - O zapłatę (cywilne) – 6 spraw na łączną kwotę 42 430 995,00 zł
 - Spór marżowo-cenowy – 32 sprawy na łączną kwotę 327 321 064,62 zł
- Postępowania przed Wojewódzkim Sądem Administracyjnym
 - Ustalenie prawa do świadczeń – 37 spraw, 13 wniesionych w roku 2006. Zakończonych zostało 22 sprawy, w tym w 17 przypadkach sprawę oddalono, w 3 przypadkach sprawa została odrzucona, w 1 przypadku postępowanie zostało umorzone i w 1 została uchylona.
 - Refundacje – 78 spraw, 21 wniesiono w roku 2006. Zakończonych spraw 44: w 27 przypadkach sprawy zakończyły się oddaleniem, w 7 przypadkach sprawa została odrzucona, w 8 uchylone, w 1 przypadku umorzono postępowania i w 1 przypadku stwierdzono nieważność zaskarżanej decyzji.
 - Objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym – 18 spraw, 10 wniesionych w roku 2006. Zakończonych spraw 6: w 5 przypadkach sprawę oddalono, w 4 przypadkach sprawa została odrzucona.
 - Inne – 5 spraw, 1 wniesiona w roku 2006. Zakończona jedna sprawa, wniosek oddalono.
 - Odwołania od wyników konkursu ofert – 35 spraw, 7 wniesionych w roku 2006. Zakończonych spraw 7: w 5 przypadkach sprawę oddalono, w 2 przypadkach sprawę odrzucono.
 - O zapłatę składki – 2 sprawy, obie wniesione w 2006 roku, żadna nie została zakończona w roku 2006.

Oddziały wojewódzkie NFZ na koniec 2006 roku były stroną 1502 postępowań sądowych, w których największą liczbę, bo aż 497, stanowią sprawy z zakresu tzw. „ustawy 203”. Łączna kwota roszczeń z tego tytułu wynosiła ponad 2 miliardy złotych. W 2006 roku udało się zakończyć ponad 70 tego typu postępowań sądowych, z czego nieliczne wyroki były niekorzystne dla NFZ. Łącznie zasądzono z tego tytułu kwotę około 17 milionów złotych.

Kolejną ważną grupą są sprawy związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad zakontraktowaną liczbę, która była określona w umowach z NFZ. Z tej grupy w roku sprawozdawczym udało się zakończyć niewiele ponad 100 spraw, z czego około 30 spraw zostało zamkniętych w Łódzkim OW NFZ.

Ogółem w roku 2006 zostało zamkniętych około 400 spraw, w których zasądzono około 55 milionów złotych na niekorzyść NFZ. Większość spraw kończyła się oddaleniem wniosku bądź jego odrzuceniem przez sąd.

Liczbę i kwoty roszczeń przeciw oddziałom wojewódzkim NFZ szczegółowo przedstawiono w załączniku biorąc pod uwagę sprawy będące w toku na koniec 2006 roku.

***SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
ZA 2006 ROK***

ZAŁĄCZNIKI:

Załącznik 1 - Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego –wg stanu na koniec 2006 roku

lp.	oddział wojewódzki NFZ	liczba decyzji wydanych przez dyrektora OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego		liczba odwołań od decyzji dyrektorów wniesionych do Prezesa NFZ		liczba zmienionych lub uchylonych decyzji przez Prezesa NFZ		liczba skarg na decyzje Prezesa NFZ wniesionych do sądu administracyjnego	
		dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	dotyczących ustalenia prawa do świadczeń	dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	dotyczących ustalenia prawa do świadczeń	dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	dotyczących ustalenia prawa do świadczeń	dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	dotyczących ustalenia prawa do świadczeń
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Dolnośląski	31	121	1	22	0	1	0	11
2.	Kujawsko-Pomorski	18	101	3	17	1	0	0	8
3.	Lubelski	1	93	0	17	0	0	0	2
4.	Lubuski	41	103	11	17	0	0	2	4
5.	Łódzki	0	452	0	34	0	1	2	9
6.	Małopolski	82	126	10	38	1	2	2	9
7.	Mazowiecki	68	798	6	90	1	7	2	8
8.	Opolski	7	424	0	4	0	1	0	0
9.	Podkarpacki	5	186	0	37	0	1	0	9
10.	Podlaski	33	94	12	23	0	2	2	2
11.	Pomorski	202	14	15	9	0	1	14	2
12.	Śląski	301	269	18	58	1	2	3	11
13.	Świętokrzyski	8	28	7	2	0	0	1	0
14.	Warmińsko-Mazurski	4	97	0	21	0	2	1	7
15.	Wielkopolski	32	235	3	39	0	3	3	7
16.	Zachodniopomorski	73	79	1	2	0	0	2	1
	RAZEM	906	3220	87	430	4	23	34	90

Załącznik 2 - Roczne sprawozdanie z realizacji planu finansowego NFZ na rok 2006 (dane w tys. zł)

Poz	Wyszczególnienie	Obowiązujący plan finansowy NFZ za 2006 r.	Wykonanie planu finansowego NFZ za 2006 r.	Różnica (2-3)	Udział wykonania (3/2) w %
	1	2	3	4	5
1.	Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki (1.1+1.2), w tym:	36 526 107,00	37 071 559,46	-545 452,46	101,49%
1.1	od ZUS	33 915 114,00	34 503 566,09	-588 452,09	101,74%
1.2	od KRUS	2 610 993,00	2 567 993,37	42 999,63	98,35%
2.	Planowany odpis aktualizujący składkę należną (2.1+2.2), w tym:	0,00	0,00	0,00	-
2.1	w stosunku do ZUS	0,00	0,00	0,00	-
2.2	w stosunku do KRUS	0,00	0,00	0,00	-
3.	Koszt poboru i ewidencjonowania składek (3.1+3.2)	66 268,00	71 766,59	-5 498,59	108,30%
3.1	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS	61 047,00	66 630,75	-5 583,75	109,15%
3.2	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez KRUS	5 221,00	5 135,84	85,16	98,37%
A.	Przychody netto z działalności (1 - 2 - 3+A1+A2+A3)	36 504 481,00	37 029 976,30	-525 495,30	101,44%
A1	przychody wynikające z przepisów o koordynacji	12 308,00	14 837,92	-2 529,92	120,56%
A2	przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	18 268,00	4 308,52	13 959,48	23,59%
A3	dotacja z budżetu państwa na realizację zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3 ustawy	14 066,00	11 036,99	3 029,01	78,47%
B.	Koszty realizacji zadań (B1+B2+B3)	36 421 906,00	35 970 148,12	451 757,88	98,76%
B1	Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	0,00	0,00	0,00	-
B2	Koszty świadczeń zdrowotnych (B2.1+...+B2.15), w tym:	36 403 638,00	35 965 839,60	437 798,40	98,80%
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	4 006 782,00	3 988 042,23	18 739,77	99,53%
B2.1.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	0,00	0,00	0,00	-
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	2 728 762,00	2 672 447,38	56 314,62	97,94%
B2.2.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	110 348,00	109 949,74	398,26	99,64%
B2.3	lecnictwo szpitalne	15 781 774,00	15 688 120,55	93 653,45	99,41%
B2.3.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	615 273,00	613 357,47	1 915,53	99,69%
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 194 372,00	1 169 877,06	24 494,94	97,95%
B2.4.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	57 857,00	57 725,43	131,57	99,77%
B2.5	rehabilitacja lecznicza	1 050 138,00	1 035 827,17	14 310,83	98,64%
B2.5.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	46 206,00	46 010,35	195,65	99,58%
B2.6	opieka długoterminowa	591 525,00	578 042,77	13 482,23	97,72%
B2.6.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	29 022,00	28 775,77	246,23	99,15%
B2.7	leczenie stomatologiczne	1 082 468,00	1 058 123,29	24 344,71	97,75%
B2.7.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	53 795,00	53 314,37	480,63	99,11%
B2.8	lecnictwo uzdrowiskowe	359 583,00	346 362,80	13 220,20	96,32%
B2.8.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	7 320,00	7 260,29	59,71	99,18%
B2.9	pomoc doraźna i transport sanitarny	1 017 511,00	1 015 510,12	2 000,88	99,80%
B2.9.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	51 407,00	51 171,30	235,70	99,54%
B2.10	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	147 760,00	103 266,81	44 493,19	69,89%
B2.10.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	4 056,00	3 929,31	126,69	96,88%
B2.11	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	978 179,00	957 846,25	20 332,75	97,92%
B2.11.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	17 770,00	17 721,77	48,23	99,73%
B2.12	zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	506 110,00	495 296,57	10 813,43	97,86%
B2.13	refundacja cen leków	6 748 674,00	6 695 760,88	52 913,12	99,22%

Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2006 r.

B2.14	koszty świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków wynikające z koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dotyczące rzeczowych świadczeń leczniczych w UE	210 000,00	161 315,72	48 684,28	76,82%
B2.15	rezerwa na koszty świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków	0,00	0,00	0,00	-
B3	Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	18 268,00	4 308,52	13 959,48	23,59%
C.	WYNIK NA DZIAŁALNOŚCI (A - B)	82 575,00	1 059 828,18	-977 253,18	1283,47%
D.	Koszty administracyjne (D1+...+D9), w tym	387 462,00	358 575,29	28 886,71	92,54%
D1	zużycie materiałów i energii	15 569,00	12 311,34	3 257,66	79,08%
D2	usługi obce	77 753,00	64 450,91	13 302,09	82,89%
D3	podatki i opłaty, w tym:	3 065,00	2 293,68	771,32	74,83%
D3.1	podatki stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego, w tym:	432,00	378,15	53,85	87,53%
D3.1.1	podatek od nieruchomości	420,00	368,62	51,38	87,77%
D3.2	opłaty stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego	103,00	59,09	43,91	57,37%
D3.3	VAT	92,00	4,72	87,28	5,13%
D3.4	podatek akcyzowy	0,00	0,00	0,00	-
D3.5	wpłaty na PFRON	2 263,00	1 757,93	505,07	77,68%
D3.6	inne	175,00	93,79	81,21	53,59%
D4	wynagrodzenia	189 232,00	188 760,38	471,62	99,75%
D5	ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia, w tym:	42 757,00	39 737,27	3 019,73	92,94%
D5.1	składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych	32 087,00	30 107,60	1 979,40	93,83%
D5.2	składki na Fundusz Pracy	4 614,00	4 477,86	136,14	97,05%
D5.3	składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	19,00	0,67	18,33	3,53%
D5.4	pozostałe świadczenia	6 037,00	5 151,14	885,86	85,33%
D6	koszty funkcjonowania Rady Funduszu	200,00	142,85	57,15	71,43%
D7	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych zakupionych ze środków własnych Funduszu	47 393,00	40 654,09	6 738,91	85,78%
D8	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych otrzymanych nieodpłatnie	6 438,00	6 347,46	90,54	98,59%
D9	pozostałe koszty administracyjne	5 055,00	3 877,31	1 177,69	76,70%
E.	Pozostałe przychody (E1+E2)	451 436,00	362 973,04	88 462,96	80,40%
E1	darowizny i zapisy otrzymane, w tym kwota umorzenia majątku otrzymanego nieodpłatnie wynikająca z rozliczeń międzyokresowych przypadająca na rok planowania	0,00	567,75	-567,75	-
E2	inne przychody	451 436,00	362 405,29	89 030,71	80,28%
F.	Pozostałe koszty (F1+...+F5)	177 570,00	276 796,18	-99 226,18	155,88%
F1	utworzone rezerwy na spłatę pożyczki udzielonej z budżetu państwa	0,00	0,00	0,00	-
F2	wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia (w tym części stałych i zamiennych książeczek usług medycznych oraz recept)	12 367,00	10 129,93	2 237,07	81,91%
F3	rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych	164 203,00	227 590,75	-63 387,75	138,60%
F4	inne rezerwy	0,00	0,00	0,00	-
F5	inne koszty	1 000,00	39 075,50	-38 075,50	3907,55%
G.	Przychody finansowe (G1+G2)	66 649,00	112 703,72	-46 054,72	169,10%
G1	odsetki uzyskane z lokat i papierów wartościowych	58 317,00	78 648,74	-20 331,74	134,86%
G2	inne przychody	8 332,00	34 054,98	-25 722,98	408,73%
H.	Koszty finansowe (H1+H2)	35 628,00	32 188,90	3 439,10	90,35%
H1	odsetki od pożyczki udzielonej przez budżet państwa	83,00	82,80	0,20	99,76%
H2	inne koszty finansowe	35 545,00	32 106,10	3 438,90	90,33%
I.	WYNIK BRUTTO NA CAŁOKSZTAŁCIE DZIAŁALNOŚCI (C - D + E - F + G - H)	0,00	867 944,57	-867 944,57	-
J.	Zyski i straty nadzwyczajne (J1-J2)	0,00	0,00	0,00	-
J1	zyski nadzwyczajne - wielkość dodatnia	0,00	0,00	0,00	-
J2	straty nadzwyczajne - wielkość ujemna	0,00	0,00	0,00	-
K.	WYNIK FINANSOWY OGÓŁEM BRUTTO (I + J)	0,00	867 944,57	-867 944,57	-
L.	Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego (w tym CIT)	0,00	0,00	0,00	-
M.	WYNIK FINANSOWY OGÓŁEM NETTO (K - L)	0,00	867 944,57	-867 944,57	-
P	PRZYCHODY - ogółem	37 088 834,00	37 577 419,65	-488 585,65	101,32%
R	KOSZTY - ogółem	37 088 834,00	36 709 475,08	379 358,92	98,98%

Załącznik 3 - Łączny bilans Narodowego Funduszu Zdrowia na dzień 31.12.2006 roku

w zł i gr.

AKTYWA		Stan na dzień		
		31.12.2005 r.	31.12.2006 r.	
A	AKTYWA TRWAŁE	1	232 372 196,44	250 588 082,11
I.	Wartości niematerialne i prawne	2	7 738 899,05	24 513 038,84
1.	Koszty zakończonych prac rozwojowych	3	0,00	0,00
2.	Wartość firmy	4	0,00	0,00
3.	Inne wartości niematerialne i prawne	5	7 738 899,05	24 513 038,84
4.	Zaliczki na wartości niematerialne i prawne	6	0,00	0,00
II.	Rzeczowe aktywa trwałe	7	224 423 482,75	225 794 832,93
1.	Środki trwałe	8	216 661 014,44	213 768 200,05
a)	Grunty (w tym prawo do użytkowania wieczystego gruntu)	9	9 845 598,99	9 631 351,21
b)	Budynki, lokale i obiekty inżynierii lądowej i wodnej	10	160 966 913,01	156 359 740,39
c)	Urządzenia techniczne i maszyny	11	42 065 303,49	44 671 047,82
d)	Środki transportu	12	219 985,30	80 127,69
e)	Inne środki trwałe	13	3 563 213,65	3 025 932,94
2.	Środki trwałe w budowie	14	7 762 468,31	12 026 632,88
3.	Zaliczki na środki trwałe w budowie	15	0,00	0,00
III.	Należności długoterminowe	16	209 814,64	280 210,34
1.	Od jednostek powiązanych	17	0,00	0,00
2.	Od pozostałych jednostek	18	209 814,64	280 210,34
IV.	Inwestycje długoterminowe	19	0,00	0,00
1.	Nieruchomości	20	0,00	0,00
2.	Wartości niematerialne i prawne	21	0,00	0,00
3.	Długoterminowe aktywa finansowe	22	0,00	0,00
a)	w jednostkach powiązanych	23	0,00	0,00
-	udziały lub akcje	24	0,00	0,00
-	inne papiery wartościowe	25	0,00	0,00
-	udzielone pożyczki	26	0,00	0,00
-	inne długoterminowe aktywa finansowe	27	0,00	0,00
b)	w pozostałych jednostkach	28	0,00	0,00
-	udziały lub akcje	29	0,00	0,00
-	inne papiery wartościowe	30	0,00	0,00
-	udzielone pożyczki	31	0,00	0,00
-	inne długoterminowe aktywa finansowe	32	0,00	0,00
4.	Inne inwestycje długoterminowe	33	0,00	0,00
V.	Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe	34	0,00	0,00
1.	Aktywa z tytułu odroczonego podatku dochodowego	35	0,00	0,00
2.	Inne rozliczenia międzyokresowe	36	0,00	0,00
B	AKTYWA OBROTOWE	37	4 390 712 179,69	5 566 317 606,97
I.	Zapasy	38	1 211 737,18	1 505 558,83
1.	Materiały	39	939 687,01	1 239 406,18
2.	Półprodukty i produkty w toku	40	0,00	0,00
3.	Produkty gotowe	41	0,00	0,00
4.	Towary	42	271 550,17	265 152,65
5.	Zaliczki na dostawy	43	500,00	1 000,00
II.	Należności krótkoterminowe	44	2 722 758 455,62	3 268 858 121,11
1.	Należności od jednostek powiązanych	45	0,00	0,00
a)	z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:	46	0,00	0,00
-	do 12 miesięcy	47	0,00	0,00
-	powyżej 12 miesięcy	48	0,00	0,00
b)	inne	49	0,00	0,00
2.	Należności od pozostałych jednostek	50	2 722 758 455,62	3 268 858 121,11
a)	z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:	51	2 708 174 006,20	3 256 383 807,13
-	do 12 miesięcy	52	2 708 174 006,20	3 256 383 807,13
-	powyżej 12 miesięcy	53	0,00	0,00
b)	z tytułu podatków, dotacji, cel, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych świadczeń	54	291 331,22	548 272,96
c)	inne	55	10 066 810,59	7 848 002,06
d)	dochodzone na drodze sądowej	56	4 226 307,61	4 078 038,96
III.	Należności wewnętrzne NFZ	57	0,00	0,00
IV.	Inwestycje krótkoterminowe	58	1 664 700 978,11	2 293 900 123,71
1.	Krótkoterminowe aktywa finansowe	59	1 664 700 978,11	2 293 900 123,71
a)	w jednostkach powiązanych	60	0,00	0,00
-	udziały lub akcje	61	0,00	0,00
-	inne papiery wartościowe	62	0,00	0,00
-	udzielone pożyczki	63	0,00	0,00
-	inne krótkoterminowe aktywa finansowe	64	0,00	0,00
b)	w pozostałych jednostkach	65	0,00	0,00
-	udziały lub akcje	66	0,00	0,00
-	inne papiery wartościowe	67	0,00	0,00
-	udzielone pożyczki	68	0,00	0,00
-	inne krótkoterminowe aktywa finansowe	69	0,00	0,00
c)	środki pieniężne i inne aktywa pieniężne	70	1 664 700 978,11	2 293 900 123,71

- środki pieniężne w kasie i na rachunkach	71	2 606 819,74	5 137 940,81
- inne środki pieniężne	72	1 662 092 779,87	2 288 760 592,52
- inne aktywa pieniężne	73	1 378,50	1 590,38
2. Inne inwestycje krótkoterminowe	74	0,00	0,00
V. Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	75	2 041 008,78	2 053 803,32
AKTYWA RAZEM	76	4 623 084 376,13	5 816 905 689,08

w zł i gr.

PASywa		Stan na dzień		
		31.12.2005 r.	31.12.2006 r.	
A	KAPITAŁ (FUNDUSZ) WŁASNY	77	457 560 824,09	1 325 505 412,22
I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	78	141 549 868,09	141 549 868,09
II.	Należne wpłaty na kapitał podstawowy (wielkość ujemna)	79	0,00	0,00
III.	Udziały (akcje) własne (wielkość ujemna)	80	0,00	0,00
IV.	Kapitał (fundusz) zapasowy	81	0,00	261 384 931,34
V.	Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny	82	0,00	0,00
VI.	Fundusz wydzielony (CFI)	83	0,00	54 626 024,66
VII.	Zysk (strata) z lat ubiegłych	84	-407 603 725,42	0,00
VIII.	Zysk (strata) netto	85	723 614 681,42	867 944 588,13
IX.	Odpisy z zysku netto w ciągu okresu sprawozdawczego (wielkość ujemna)	86	0,00	0,00
B	ZOBOWIĄZANIA I REZERWY NA ZOBOWIĄZANIA	87	4 165 523 552,04	4 491 400 276,86
I.	Rezerwy na zobowiązania	88	318 862 839,04	639 519 123,48
1.	Rezerwa z tytułu odroczonego podatku dochodowego	89	0,00	0,00
2.	Rezerwa na świadczenia emerytalne i podobne	90	0,00	0,00
	- długoterminowa	91	0,00	0,00
	- krótkoterminowa	92	0,00	0,00
3.	Pozostałe rezerwy	93	318 862 839,04	639 519 123,48
	- długoterminowe	94	27 045,97	29 518,48
	- krótkoterminowe	95	318 835 793,07	639 489 605,00
II.	Zobowiązania długoterminowe	96	80 660 343,84	207 635,62
1.	Wobec jednostek powiązanych	97	0,00	0,00
2.	Wobec pozostałych jednostek	98	80 660 343,84	207 635,62
	a) kredyty i pożyczki	99	80 162 592,88	0,00
	b) z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych	100	0,00	0,00
	c) inne zobowiązania finansowe	101	0,00	0,00
	d) inne	102	497 750,96	207 635,62
III.	Zobowiązania krótkoterminowe	103	3 757 969 080,85	3 844 219 267,51
1.	Wobec jednostek powiązanych	104	0,00	0,00
	a) z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	105	0,00	0,00
	- do 12 miesięcy	106	0,00	0,00
	- powyżej 12 miesięcy	107	0,00	0,00
	b) inne	108	0,00	0,00
2.	Wobec pozostałych jednostek	109	3 755 436 693,94	3 841 644 814,24
	a) kredyty i pożyczki	110	320 690 098,22	80 163 032,13
	b) z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych	111	0,00	0,00
	c) inne zobowiązania finansowe	112	0,00	0,00
	d) z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	113	3 400 193 945,55	3 680 390 264,28
	- do 12 miesięcy	114	3 400 193 945,55	3 669 620 982,68
	- powyżej 12 miesięcy	115	0,00	10 769 281,60
	e) zaliczki otrzymane na dostawy	116	0,00	0,00
	f) zobowiązania wekslowe	117	0,00	0,00
	g) z tytułu podatków, cel, ubezpieczeń i innych świadczeń	118	9 185 366,19	10 982 008,96
	h) z tytułu wynagrodzeń	119	656 294,38	1 218 059,24
	i) inne	120	24 710 989,60	68 891 449,63
	3. Fundusze specjalne	121	2 532 386,91	2 574 453,27
IV.	Fundusz wydzielony	122	0,00	0,00
V.	Zobowiązania wewnętrzne NFZ	123	0,00	0,00
VI.	Rozliczenia międzyokresowe	124	8 031 288,31	7 454 250,25
1.	Ujemna wartość firmy	125	0,00	0,00
2.	Inne rozliczenia międzyokresowe	126	8 031 288,31	7 454 250,25
	- długoterminowe	127	2 282 955,12	1 750 450,12
	- krótkoterminowe	128	5 748 333,19	5 703 800,13
	PASywa RAZEM	129	4 623 084 376,13	5 816 905 689,08

Załącznik 4 - Sprawy sądowe, w których stroną jest NFZ, według zakresu przedmiotowego w poszczególnych oddziałach wojewódzkich

Lp.	Wojewódzki Oddział	Sprawy z tytułu "ustawy 203"		Roszczenia związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity		Pozwy o zapłatę wynikające z wykonania umowy		Sprawy z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, ustalenia prawa do świadczeń		Postępowania sądowe z zakresu świadczeń zdrowotnych łącznie		Inne postępowania sądowe	
		liczba spraw	kwota roszczeń (w tys zł)	liczba spraw	kwota roszczeń (w tys zł)	liczba spraw	kwota roszczeń (w tys zł)	liczba spraw	kwota roszczeń (w tys zł)	liczba spraw 3 + 5 + 7 + 9	kwota roszczeń 4 6 + 8 + 10 (w tys. zł)	liczba spraw	kwota roszczeń (w tys. zł)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	dolnośląski	18	120 204,78	4	2 234,81	11	47 759,56	3	88,79	36	170 287,94	2	7,14
2	kujawsko-pomorski	32	154 400,16	11	92 440,58	1	1,17	8	325,26	52	247 167,17	0	0,00
3	lubelski	35	131 911,03	7	19 537,18	2	514,90	6	52,20	50	152 015,31	4	0,00
4	lubuski	18	52 370,41	3	5 467,43	2	219,52	0	0,00	23	58 057,36	4	0,00
5	łódzki	40	212 060,61	24	40 131,44	6	941,89	0	0,00	70	253 133,94	5	90,70
6	małopolski	28	136 607,49	14	103 095,81	10	3 872,92	2	0,00	54	243 576,22	0	0,00
7	mazowiecki	82	328 791,66	132	206 242,48	27	8 224,91	25	273,28	266	543 532,33	17	760,35
8	opolski	11	49 249,18	3	2 150,82	1	202,39	0	0,00	26	51 602,39	0	0,00
9	podkarpacki	17	104 379,66	0	0,00	4	595,02	0	0,00	21	104 974,68	3	567,09
10	podlaski	12	44 464,86	4	7 156,44	1	8,56	0	0,00	17	51 629,86	2	22,66
11	pomorski	17	65 487,57	1	3 790,08	5	8 928,12	1	106,36	24	78 312,13	12	17 684,00
12	śląski	76	313 420,79	4	702,16	7	3 394,57	27	0,00	114	317 517,52	9	166,31
13	świętokrzyski	21	121 446,56	3	2 747,86	3	580,53	0	0,00	27	124 774,95	0	0,00
14	warmińsko-mazurski	24	75 466,33	1	663,05	0	0,00	2	0,00	27	76 129,38	2	839,26
15	wielkopolski	47	277 596,71	7	18 685,73	15	4 983,00	34	323,02	103	301 588,46	0	0,00
16	zachodniopomorski	13	50 619,00	15	35 634,01	8	2 260,80	5	23,00	41	88 536,81	0	0,00
Suma		491	2 238 476,80	233	540 679,88	103	82 487,86	113	1 191,91	940	2 862 836,45	58	20 130,37

Źródło: na podstawie danych przekazanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w dniu 28.03.2007 r.