



**SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
ZA 2005 ROK**

kwiecień 2006 r.

SPIS TREŚCI

I.	PODSUMOWANIE	4
II.	PODSTAWY PRAWNE DZIAŁALNOŚCI NFZ	9
III.	ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ	10
1.	Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w 2005 r.	10
1.1	Zawarte umowy na 2005 r.	12
1.2	Monitorowanie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej	15
1.2.1.	Podstawowa opieka zdrowotna	16
1.2.2.	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	18
1.2.3.	Lecznictwo szpitalne	20
1.2.4.	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	21
1.2.5.	Opieka długoterminowa	22
1.2.6.	Rehabilitacja lecznicza	23
1.2.7.	Świadczenia odrębnie kontraktowane	24
1.2.8.	Pomoc doraźna i transport sanitarny	25
1.2.9.	Opieka stomatologiczna	26
1.2.10.	Programy profilaktyczne	26
1.2.11.	Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	30
2.	Kontrola realizacji umów, w tym najczęściej stwierdzone nieprawidłowości	32
3.	Monitorowanie ordynacji lekarskiej	41
4.	Kontrole aptek	45
5.	Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2006 r.	53
IV.	SPRAWY ŚWIADCZENIOBIORCÓW	68
1.	Centralny Wykaz Ubezpieczonych	68
2.	Decyzje indywidualne	71
3.	Problemy zgłaszane przez Świadczeniobiorców	75
4.	Interwencje podjęte przez Rzecznika Praw Pacjenta	79
V.	GOSPODARKA FINANSOWA	83
1.	Wykonanie planu finansowego za 2005 r.	83
1.1.	Przychody ze składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne	88
1.1.1.	Przychody z tytułu realizacji przepisów o koordynacji	93
1.2.	Koszty świadczeń opieki zdrowotnej Funduszu	94
1.2.1.	Koszty świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków wynikające z przepisów o koordynacji	101
1.3.	Koszty administracyjne	102
1.4.	Pozostała działalność	106
1.5.	Działalność finansowa	108
1.6.	Wynik finansowy	109
2.	Sprawozdanie finansowe NFZ za 2005 r. sporządzone na podstawie ustawy o rachunkowości	112
2.1.	Aktywa i ich struktura	112
2.2.	Pasywa i ich struktura	115
3.	Informacje o finansowaniu wydatków inwestycyjnych	117
VI.	OGÓLNE INFORMACJE O NARODOWYM FUNDUSZU ZDROWIA	118
1.	Struktura organizacyjna NFZ	118
2.	Działalność Rady Funduszu	121
3.	Zasoby kadrowe	126
4.	Działania edukacyjne i informacyjne	130

5. Informatyzacja.....	133
6. Kontrola wewnętrzna	137
7. Audyt wewnętrzny	139
8. Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w Funduszu w 2005 r.	142
9. Sprawy sądowe.....	143
ZAŁĄCZNIKI	145
Załącznik 1 - Zestawienie zbiorcze planów kontroli aptek w oddziałach 2005 r.	146
Załącznik 2 - Zestawienie zbiorcze wykonanych kontroli aptek w oddziałach w 2005 ,r.....	147
Załącznik 3 - Zestawienie kwot nienależnej refundacji zakwestionowanych w wyniku kontroli aptek w 2005r.	148
Załącznik 4 - Zestawienie faktycznego wpływu przychodów finansowych w 2005 r. w wyniku działań kontrolnych w aptekach.....	149
Załącznik 5 - Zestawienie naliczonych odsetek z tytułu nieterminowych wpłat zakwestionowanych nienależnych refundacji	150
Załącznik 6 - Decyzje Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące wydanych zgód na leczenie za granicą wraz z kosztami	151
Załącznik 7 - Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego – wg stanu na koniec 2005 roku.....	152
Załącznik 8 - Informacja o rozpatrywanych skargach i wnioskach w Oddziałach Wojewódzkich i Centrali NFZ w 2005 roku.....	153
Załącznik 9 - Roczne sprawozdanie z realizacji planu finansowego NFZ na rok 2005	154
Załącznik 10 - Łączny bilans Narodowego Funduszu Zdrowia na dzień 31.12.2005 r.	155
Załącznik 11 - Sprawy sądowe, w których stroną jest NFZ, według zakresu przedmiotowego w poszczególnych oddziałach wojewódzkich.....	157

I. PODSUMOWANIE

Działalność Narodowego Funduszu Zdrowia reguluje w szczególności ustawa 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 opieki zdrowotnej”.

Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2005 r. stanowi realizację zadania określonego w art. 187 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zgodnie z którym 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.

Jednocześnie, zgodnie z art. 187 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej sprawozdanie minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia Sejmowi, po jego zaopiniowaniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych, wraz ze stanowiskiem w sprawie tego sprawozdania.

W niniejszym sprawozdaniu wykorzystano dane finansowe ze Sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2005 r. oraz Sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2005 r., którego badanie przez biegłego rewidenta rozpoczęło się 1 kwietnia 2006 r. W sprawozdaniu wykorzystano również dane źródłowe i informacje zagregowane przez oddziały wojewódzkie, tj. miesięczne sprawozdania i raporty statystyczne o realizowanych świadczeniach opieki zdrowotnej sporządzanych przez świadczeniodawców.

W 2005 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.

Narodowy Fundusz Zdrowia zakończył 2005 rok dodatnim wynikiem finansowym w kwocie 723.614,72 tys. zł. Nadwyżka ta ma swoje źródła zarówno po stronie przychodów, jak i kosztów. Fundusz w 2005 r. uzyskał przychody ze składek brutto w wysokości 33.792.090,91 tys. zł przekraczające założenia planowe o 1,14%. Wartość kosztów świadczeń zdrowotnych oraz kosztów administracyjnych była niższa od wartości środków finansowych zarezerwowanych na te cele w planie finansowym Funduszu. Nakłady na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2005 r. wynosiły 33.003.940,84 tys. zł i były niższe od planowanych o 0,28%, natomiast były wyższe o 8,25% w stosunku do roku 2004 r. Koszty administracyjne Funduszu w 2005 r. wynosiły 332.240,83 tys. zł. Były one niższe od wielkości planowanej o 5,32% i stanowiły mniej niż 1% kosztów ogółem.

Jednocześnie, Narodowy Fundusz Zdrowia w 2005 roku przekazał do Ministerstwa Finansów kwotę 320.689,00 tys. zł z tytułu spłaty raty pożyczki udzielonej kasom chorych w 2000 roku - zgodnie z harmonogramem spłaty ustalonym w tym zakresie.

Dzięki bieżącemu monitorowaniu gospodarki finansowej prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia utrzymana została płynność finansowa oraz dotrzymane zostały terminy regulowania zobowiązań wobec świadczeniodawców z tytułu realizacji świadczeń zdrowotnych. W związku z tym ewidencjonowane we wcześniejszych okresach rozliczeniowych zobowiązania wymagalne Funduszu na dzień 31 grudnia 2005 r. osiągnęły wartość „0”.

Podział środków finansowych pomiędzy centralę Funduszu oraz poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ w 2005 r., został dokonany zgodnie z algorytmem przyjętym Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2005 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2005, Nr 148, poz. 1232) i uwzględniał tzw. ryzyka zdrowotne określone dla płci i wieku oraz skutki migracji ubezpieczonych.

Narodowy Fundusz Zdrowia w 2005 r. kontynuował założenia przyjęte w roku 2004, dotyczące finansowania tzw. świadczeń „nielimitowanych”. Rozwiązanie to dotyczyło wybranych świadczeń związanych z porodami oraz opieką nad noworodkiem. Na liście procedur nielimitowanych znalazło się łącznie 19 świadczeń, w tym 8 dotyczyło porodu, a pozostałe opieki nad noworodkiem. Wydatki Funduszu na świadczenia nielimitowane były w roku 2005 wyższe niż w 2004 i wynosiły ponad 786 mln. zł. Tym niemniej wzrost poziomu finansowania świadczeń nielimitowanych (5,1%) był niższy od ogólnego wzrostu finansowania leczenia szpitalnego, który kształtował się na poziomie powyżej 10%.

Ponadto, Narodowy Fundusz Zdrowia wzmacniał finansowanie tych zakresów świadczeń, które w 2005 roku stały się priorytetowe. Dotyczyło to w szczególności:

- wszczepiania stymulatora struktur głębokich mózgu,
- leczenia wysiękowej postaci AMD (starcze zwyrodnienie plamki, które jest postępowaniem z wyboru u osób z zaburzeniem lub utratą widzenia centralnego i ma znaczenie społeczne, utrata widzenia centralnego uniemożliwia wykonywanie podstawowych czynności życiowych, szacuje się, że rocznie terapii fotodynamicznej w AMD potrzebuje ok. 2-3 tys. osób),
- świadczeń w zakresie pozytonowej tomografii emisyjnej (PET-CT),
- świadczeń w zakresie ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki w zakresie leczenia stomatologicznego,
- programów terapeutycznych lekowych (onkologiczne i nieonkologiczne) w zakresie leczenia szpitalnego,
- zwiększenia dostępności do świadczeń w rodzaju zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne w szczególności w zakresie aparatów słuchowych i wkładek usznych oraz wózków inwalidzkich do stałego użytkowania,
- świadczeń na rzecz chorych z wirusowym zapaleniem wątroby typu B i C,
- świadczeń zdrowotnych związanych z ratowaniem życia, procedurami nielimitowanymi oraz onkologicznymi,
- działań w zakresie monitorowania skutków leczenia u chorego po przeszczepie szpiku lub wątroby lub serca i/lub płuca lub trzustki,
- rehabilitacji leczniczej w przypadkach choroby Parkinsona,
- wszczepienia implantów ślimakowych u dzieci (świadczenie finansowane do 2004 r. z budżetu państwa).

Jednocześnie Fundusz wprowadzał do realizacji nowe świadczenia opieki zdrowotnej, takie jak np. wszczepiania hydraulicznego zwieracza cewki moczowej (AUS).

Narodowy Fundusz Zdrowia dokonał analizy cen świadczeń w umowach zawieranych przez poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu, która ujawniła obszary nieuzasadnionych dysproporcji w tym zakresie. Powyższa analiza przyczyniła się do podjęcia działań mających na celu stopniowe niwelowanie różnic cen świadczeń na terenie całego kraju. Podczas kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na 2006 rok Fundusz dążył do stabilizacji cen przewyższających średnią ogólnopolską i stopniowego podwyższania cen najniższych. Pierwsze efekty podjętych działań zostały dostrzeżone już w 2006 roku. W wielu rodzajach

świadczeń opieki zdrowotnej rozpiętości cen jednostek rozliczeniowych w porównywalnych zakresach świadczeń zostały istotnie zmniejszone. Tym niemniej proces niwelowania dysproporcji potrwa prawdopodobnie 3-4 lata.

W Funduszu wytyczono podstawowe kierunki zmian w zakresie kształtowania struktury rodzajowej świadczeń zdrowotnych, a wśród nich wskazano na:

- wzrost środków finansowych na świadczenia w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (o 15,18% w stosunku do 2004 r.) w celu skrócenia kolejek oczekujących na tego typu świadczenia oraz w celu ograniczenia ilości nieuzasadnionych hospitalizacji pacjentów, którzy powinni być leczeni ambulatoryjnie,
- wzrost środków finansowych przeznaczonych na realizację świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza (o 12,28% w stosunku do 2004 r.),
- zwiększenie finansowania opieki długoterminowej ze względu na „starzejące się” społeczeństwo (o 10,53% w stosunku do 2004 r.),
- wzrost środków finansowych przeznaczonych na finansowanie sprzętu ortopedycznego, środków pomocniczych i leczniczych środków technicznych w celu skrócenia kolejek oczekujących (o 16,98% w stosunku do 2004 r.).

Zgodnie z założeniem sukcesywnego wyrównywania poziomu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej podstawą zawierania umów na rok 2006 były plany zakupów świadczeń opracowane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ. Plany te sporządzano z dokładnością do zakresu świadczeń oraz przypisaniem do lokalnej populacji, na rzecz której miały być kontraktowane świadczenia. Dostosowanie poziomu planowania - świadczenia o charakterze podstawowym - na poziomie gminy lub powiatu, świadczenia o charakterze specjalistycznym - na poziomie województwa lub grupy powiatów umożliwiło przeprowadzenie konkursów i rokowań w warunkach porównywalności ofert oraz zamówienie świadczeń na rzecz ściśle określonej i umiejscowionej populacji.

Przy opracowaniu planów zakupów wykorzystano analizy przygotowane przez centralę Funduszu obejmujące wskaźniki liczby świadczeń odniesione do populacji poszczególnych województw oraz porównanie cen jednostek rozliczeniowych.

W roku 2005 Fundusz po raz pierwszy sporządził szczegółową analizę struktury wydatków na refundację leków w odniesieniu do roku 2004. Analiza obejmowała w szczególności strukturę wydatków ponoszonych na refundacje leków z 8 najistotniejszych grup terapeutycznych, w podziale na odpłatności, uprawnienia dodatkowe pacjentów, substancje czynne, produkty handlowe, producentów leków, oddziały wojewódzkie Funduszu. Raport jest udostępniony na stronach internetowych Funduszu www.nfz.gov.pl, został także przekazany Ministrowi Zdrowia jako materiał pomocny w podejmowaniu decyzji refundacyjnych.

Przygotowanie takiego obszernego i szczegółowego raportu spotkało się z pozytywną oceną wielu podmiotów z branży farmaceutycznej.

Jednocześnie, w ramach realizacji ustawowego zadania związanego z monitorowaniem ordynacji lekarskiej Narodowy Fundusz Zdrowia w 2005 r. nawiązał bezpośrednią współpracę ze środowiskiem lekarskim, reprezentowanym przez Naczelną Izbę Lekarską. Powołany został wspólny Zespół, którego zadaniem jest rozpatrywanie zażaleń składanych przez kontrolowanych lekarzy lub świadczeniodawców w sprawie ustaleń kontroli i zaleceń

pokontrolnych. Zespół wypracował wspólną kategoryzację błędów, opisaną szczegółowo w treści sprawozdania, oraz konsekwencji jakie winny być wyciągane wobec podmiotów kontrolowanych.

Inicjatywa wspólnego rozpatrywania istotnych kwestii związanych z ordynacją lekarską spotkała się z pozytywnym odbiorem środowiska lekarskiego. Ponadto, w związku z dostrzeżoną przez środowisko potrzebą rozpowszechniania wiedzy na temat obowiązujących przepisów prawa w tym zakresie, w czasopismach medycznych pojawiają się cykliczne artykuły o charakterze edukacyjno-informacyjnym.

W celu bieżącego wsparcia ustawowych zadań realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2005 r. przeprowadzono szereg działań związanych z informatyzacją systemu Funduszu. W głównej mierze ukierunkowane były one na ułatwienie dostępu Świadczeniobiorców do informacji z zakresu ochrony zdrowia, ujednoczenie systemów informatycznych w Funduszu na terenie całego kraju, jak i rozwój systemów elektronicznej wymiany danych ze świadczeniodawcami.

Narodowy Fundusz Zdrowia, podejmując w 2005 r. szereg działań mających na celu usprawnienie systemu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, jak i zapewnienie właściwego dostępu do świadczeń na terenie całego kraju, zidentyfikował szereg zagrożeń związanych z funkcjonowaniem systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Jego podłoże znajduje m. in. w ustawodawstwie.

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2005 r. (Dz. U. z 2005, Nr 148, poz. 1232) w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, migracja uwzględniana jest w planach finansowych oddziałów wojewódzkich z dwuletnim opóźnieniem. Ze względu na fakt, że Fundusz posiada stosowne narzędzia usprawniające system rozliczeniowy, NFZ stoi na stanowisku, iż powinna być ona rozliczana na bieżąco.

Niezbędne jest również wprowadzenie zmian do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej w zakresie list oczekujących. Ww. ustawa nie reguluje kwestii związanych z weryfikacją list od świadczeniodawców pod kątem powtarzalności tych samych osób na kilku listach jednocześnie oraz kontroli rzeczywistego czasu oczekiwania osób wpisanych na listy.

Dodatkowo, wdrożony w 2004 r. system informatyczny zbierania informacji o liczbie osób oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i średnim czasie oczekiwania, nie zapewnia przekazywania przez świadczeniodawców kompletnych informacji. Pomimo działań podejmowanych przez oddziały wojewódzkie NFZ, nie uzyskano pełnego spływu raportów od świadczeniodawców w powyższym zakresie. Wprowadzenie systemu informatycznego w wielu placówkach odebrano jako dodatkowe obciążenie pracą, wymuszające wprowadzenie zmian organizacyjnych, czasem zwiększenie zatrudnienia, bez widocznego celu i korzyści. Negatywne nastawienie Świadczeniobiorców pogłębiały niejasności, związane z brakiem jednoznacznych definicji w przepisach prawnych (np. określenia procedur wysokospecjalistycznych, pacjentów objętych leczeniem planowym, wyliczanie średniego czasu oczekiwania) oraz terminem wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając Świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661), które planowane jest w trzecim kwartale 2006 r.

Listy oczekujących prowadzone są przez świadczeniodawców w sposób różnorodny - w odniesieniu do oddziałów szpitalnych i poradni lub poszczególnych procedur. Powoduje to trudności w agregacji i zmniejsza wiarygodność informacji. System informatyczny wymaga dalszego rozwoju i dostosowania do potrzeb wszystkich stron uczestniczących. Niezbędne są zmiany w zakresie budowy komunikatu elektronicznego przekazywanego przez świadczeniodawców, stosowanych słowników związanych z listami oczekujących, uproszczenia informacji umieszczonych na stronie internetowej dla Świadczeniobiorców.

Narodowy Fundusz Zdrowia jako zagrożenie w ramach swojej działalności zidentyfikował również ograniczenia zawarte w art. 112 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zakazy wskazane w ww. art. w znacznym stopniu utrudniają działania zmierzające do właściwej obsady stanowisk, w celu zapewnienia ciągłego i sprawnego funkcjonowania komórek organizacyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia. Problem pozyskiwania oraz utrzymywania w pracy wysokiej klasy specjalistów jest dla Funduszu szczególnie ważki w kontekście zadań nadanych NFZ przepisami rangi ustawowej. Należy podkreślić, że zadania te w wielu przypadkach wymagają od zatrudnionych pracowników wysokospecjalistycznej wiedzy medycznej.

O istniejącym problemie świadczy fakt, iż większość jednostek organizacyjnych Funduszu sygnalizuje, że w związku z zakazami i ograniczeniami wynikającymi z art. 112, pozyskiwanie pracowników z wykształceniem medycznym, pomimo prowadzenia intensywnych działań w celu rekrutacji, jest coraz trudniejsze. Odpowiedzią na liczne ogłoszenia zamieszczane w Biuletynie Informacji Publicznej, czy też w prasie, są jednostkowe oferty składane przez lekarzy. Ma to szczególne znaczenie w sytuacji, gdy potrzeby w zakresie zatrudnienia personelu medycznego zgłoszone w listopadzie 2005 r. przez Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia ukształtowały się na poziomie ok. 140 etatów.

Jednocześnie trzeba podkreślić, że przepis ten obok wspomnianych wyżej trudności w zakresie naboru nowych pracowników, przyczynia się także do odejścia z pracy w Funduszu osób z wykształceniem medycznym. Brak możliwości wykonywania zawodu w ramach prowadzenia działalności gospodarczej oraz wynikająca z tego tytułu obawa utraty prawa wykonywania zawodu lekarza, w samym tylko Wielkopolskim Oddziale Wojewódzkim, spowodowały odejście z pracy 11 lekarzy. Zachodzi uzasadniona obawa, że zjawisko to z biegiem czasu może się nasilać.

Mając na względzie powyższe, Fundusz będzie dążył do zmodyfikowania przepisu art. 112 w taki sposób, aby zachował on swój antykorupcyjny charakter, a przy tym nie stanowił zagrożenia dla realizacji statutowych zadań Funduszu.

II. PODSTAWY PRAWNE DZIAŁALNOŚCI NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia działa na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa, a w szczególności na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210 poz. 2135) – zwanej dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej” oraz wydanego przez Prezesa Rady Ministrów na podstawie art. 96 ust. 8 ustawy, Statutu Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 września 2004 r. (Dz. U. Nr 213 poz. 2161) zmienionego rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów zmieniającym rozporządzenie w sprawie nadania Statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia z dnia 19 września 2005 r. (Dz. U. Nr 184 poz. 1542).

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

W trakcie 2005 roku ustawa, o której mowa wyżej była sześciokrotnie nowelizowana:

- 1) ustawą z dnia 22 kwietnia 2005 r. o zmianie ustawy o cudzoziemcach i ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 94 poz. 788) - zmieniono katalog osób posiadających status „ubezpieczonych”;
- 2) ustawą z dnia 17 czerwca 2005 r. o zmianie ustawy o służbie cywilnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 132 poz. 1110) - wprowadzono otwarty i konkurencyjny system naboru kandydatów do zatrudnienia na wolne miejsca pracy w Funduszu, poprzez dodanie artykułów 107a-107g;
- 3) ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 138 poz. 1154) - zmieniono przepisy dotyczące przychodów, kosztów, planu finansowego oraz planowanych kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez Fundusz;
- 4) ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o minimalnym wynagrodzeniu za pracę oraz o zmianie innych ustaw (Dz. U. Nr 157 poz. 1314) - zmieniono wysokość opłat ryczałtowych za lek podstawowy oraz lek recepturowy;
- 5) ustawą z dnia 28 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 164 poz. 1366) - poszerzono katalog osób podlegających obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego o osoby pobierające stypendium w czasie odbywania stażu lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy, na które zostały skierowane przez podmiot inny niż powiatowy urząd pracy, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu;
- 6) ustawą z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. Nr 179 poz. 1485) - zmiana legislacyjna związana z zastąpieniem ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii z dnia 24 kwietnia 1997 roku ustawą z dnia 29 lipca 2005 r.

III. ŚWIADCZENIA OPIEKI ZDROWOTNEJ

1. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w 2005 r.

Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2005 r.

Realizacja i rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2005 r. odbywały się zgodnie z ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej. Na podstawie upoważnienia zawartego w przepisach powyższej ustawy Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określił jednolite zasady i warunki realizacji świadczeń opieki zdrowotnej. Zasady te były kontynuacją regulacji ustalonych w materiałach informacyjnych na 2004 r.

Warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiące załącznik do umowy, umożliwiły finansowanie przez Fundusz świadczeń ponad kwotę zobowiązania ustaloną dla danego zakresu świadczeń w przypadku odpowiedniego zmniejszenia kwoty zobowiązania w pozostałych zakresach. Kwota zmniejszenia w poszczególnych zakresach nie mogła być większa niż 40 % kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń. Świadczenia udzielane obywatelom innych krajów członkowskich UE, rozliczane były ponad wartości określone w umowie.

W poszczególnych rodzajach świadczeń, w porównaniu do zasad obowiązujących 2004 r., wprowadzono następujące zmiany:

podstawowa opieka zdrowotna:

- podział stawki kapitałowej w celu ustalenia proporcji finansowania świadczeń lekarskich i pielęgnarskich,
- wskaźniki poziomu finansowania świadczeń dla dzieci niepełnosprawnych, wynikające ze stopnia niepełnosprawności,

ambulatoryjna opieka specjalistyczna:

- podwyższono wartość punktową porady I typu¹ (bez badań i zabiegów),
- wprowadzono współczynniki korygujące wartość punktową porad II i III typu w zależności od specjalności poradni;

leczenie szpitalne:

- skorygowano wartości punktowe wybranych świadczeń i wprowadzono do katalogu nowe świadczenia,
- przejęto od Ministra Zdrowia finansowanie wszczepiania implantów ślimakowych, przeznaczając na ten cel ponad 49 mln zł, dzięki czemu radykalnie ograniczono oczekiwanie dzieci na przeprowadzenie zabiegu,
- wdrożono bezlimitowe rozliczanie świadczeń neonatologicznych i położniczych,
- w związku z przekazaniem przez Ministra Zdrowia do finansowania przez Fundusz od 1 stycznia 2005r. nowych programów zdrowotnych katalog programów lekowych finansowanych w roku 2005 został poszerzony o programy dotyczące:

¹ Świadczenie związane z ciągłością (kolejna wizyta u lekarza specjalisty), obejmujące: badanie podmiotowe, badanie przedmiotowe, ordynację leków, zlecenie zabiegów diagnostycznych, leczniczych i pielęgnacyjnych, wykonanie 1-2 badań diagnostycznych z kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, kierowanie na konsultacje, do szpitala i na leczenie uzdrowiskowe, udzielanie pisemnej odpowiedzi lekarzom kierującym na konsultacje, wydawanie niezbędnych w procesie leczenia orzeczeń i opinii o stanie zdrowia pacjenta.

- leczenia immunosupresyjnego po przeszczepie szpiku i narządu unaczynionego,
- leczenia hormonem wzrostu,
- leczenia choroby Hurler'a Laronidazą.

Ponadto w związku z decyzją Ministra Zdrowia o braku podstaw prawnych do wydawania indywidualnych decyzji dotyczących finansowania świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących leki na zasadach innych niż określone w ustawie (listy leków refundowanych) oraz katalogach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz, wprowadzono na rok 2005 dwa dodatkowe programy:

- leczenie Leflunomidem chorych z RZS o ciężkim przebiegu,
- leczenie nadpłytkowości Anagrelidem.

W 2004 r., w związku z dwoma ww. programami zdrowotnymi, wydano najwięcej zgód indywidualnych, a potrzebę ich finansowania przez Fundusz potwierdziło środowisko medyczne.

opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień:

- usystematyzowano pojęcia stosowane w psychiatrii i leczeniu uzależnień;

leczenie stomatologiczne:

- uzależniono wielkość punktową etatu przeliczeniowego lekarza dentysty od grup świadczeń,
- skorygowano współczynniki punktowe świadczeń dla osób upośledzonych umysłowo w stomatologicznej pomocy doraźnej;

profilaktyczne programy zdrowotne:

- przejęto od Ministra Zdrowia finansowanie profilaktycznych programów onkologicznych, badań prenatalnych, profilaktyki chorób układu krążenia i profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc;
- wdrożono nowe programy:
 - profilaktyki chorób odytoniowych (woj. mazowieckie - program pilotażowy)
 - wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością i niepełnosprawnemu,
 - profilaktyki gruźlicy w województwie lubelskim (pilotaż);

świadczenia odrębnie kontraktowane:

- doprecyzowano wskaźniki jakościowe świadczeń w zakresie dializoterapii.

1.1 Zawarte umowy na 2005 r.

Podstawą finansowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia świadczeń opieki zdrowotnej jest umowa zawierana ze świadczeniodawcą. Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej umowy w roku 2005 były zawierane w drodze konkursu ofert lub rokowań². Umowy były zawierane i rozliczane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ. W roku 2005 było realizowanych łącznie 37.448 umów pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami.

Liczba umów w 2005r.³

Poz. planu finansowego	wyszczególnienie	liczba zawartych umów na 2004 r.	liczba zawartych umów na 2005 r.	dynamika zmian 2005/2004
1	2	3	4	5
Ogółem		32 959	37 448	114%
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	9 559	11 726	123%
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	6 639	6 700	101%
B2.3	lecznictwo szpitalne	1 270	1 366	108%
B2.4	opieka psychiatryczna	1 288	1 291	100%
B2.5	rehabilitacja lecznicza	2 131	2 148	101%
B2.6	opieka długoterminowa	1 002	1 052	105%
B2.7	leczenie stomatologiczne	8 599	8 835	103%
B2.8	leczenie uzdrowiskowe	151	145	96%
B2.9	ratownictwo medyczne	346	341	99%
B2.10	programy profilaktyczne	1 673	3 488	208%
B2.11	świadczenia odrębnie kontraktowane	301	356	118%

Największy wzrost liczby podpisanych umów można zauważyć w zakresie profilaktycznych programów zdrowotnych (208%). Wynika to przede wszystkim z faktu finansowania tych świadczeń w roku 2005 z dwóch źródeł – odrębne umowy dotyczące finansowania ze środków budżetowych oraz środków własnych Funduszu, a także ukierunkowaniem tych programów na większą grupę potencjalnych realizatorów. Także w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej oraz świadczeń odrębnie kontraktowanych zaobserwowano wzrost liczby umów, odpowiednio: POZ – o 23% oraz SOK – o 18%.

² Z wyjątkiem umów w podstawowej opiece zdrowotnej i zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, gdzie umowy były zawierane ze świadczeniodawcami spełniającymi warunki określone przez Prezesa Funduszu

³ Umowy w rodzaju: programy profilaktyczne obejmują umowy na świadczenia finansowane ze środków własnych Funduszu i dotacji budżetowej

Wartość umów w 2005 r. ⁴

Poz. planu finansowego	wyszczególnienie	wartość zakontraktowanych umów na 2004 r.	wartość zakontraktowanych umów na 2005 r.	% dynamika zmian 2005/2004
Ogółem⁵		20 555 211 827	22 581 190 140	109,9%
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	2 092 250 062	2 352 496 165	112,4%
B2.3	lecznictwo szpitalne	13 149 849 006	14 464 194 759	110,0%
B2.4	opieka psychiatryczna	1 036 133 933	1 089 051 679	105,1%
B2.5	rehabilitacja lecznicza	822 322 159	914 341 049	111,2%
B2.6	opieka długoterminowa	479 755 154	523 532 168	109,1%
B2.7	leczenie stomatologiczne	928 384 153	968 135 580	104,3%
B2.8	leczenie uzdrowiskowe	339 718 673	356 023 030	104,8%
B2.9	ratownictwo medyczne	880 664 726	933 072 632	106,0%
B2.10	programy profilaktyczne	47 284 544	101 548 627	214,8%
B2.11	świadczenia odrębnie kontraktowane	778 849 416	878 794 451	112,8%

W porównaniu do roku 2004 zaobserwować można wzrost wartości zawartych umów o 9,9%, w tym najwyższy wzrost w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne. Wynika to z faktu, iż w roku 2004 świadczenia w tym rodzaju finansowane były ze środków budżetowych, pozostających w dyspozycji Ministerstwa Zdrowia. W roku 2005 ogłoszono konkurs na realizację programów przez Narodowy Fundusz Zdrowia, przeznaczając na ich realizację kwotę 101.548.627,23 zł. Wzrost wartości zauważa się także we wszystkich pozostałych rodzajach świadczeń. Na szczególną uwagę zasługuje wzrost poziomu finansowania świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej powyżej dynamiki wzrostu wartości umów w szpitalach.

Umowy wieloletnie realizowane w 2005 r.

l.p.	rodzaj świadczenia	Zawarte na 2 lata		Zawarte na 3 lata	
		liczba	wartość (w tys. zł)	liczba	wartość (w tys. zł)
1	podstawowa opieka zdrowotna	1347		4393	
2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	993	390 201	3048	1 242 665
3	lecznictwo szpitalne	218	3 011 043	570	6 744 799
4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	275	192 818	567	612 845
5	rehabilitacja lecznicza	434	181 752	1007	494 331
6	opieka długoterminowa	218	105 444	540	267 850
7	leczenie stomatologiczne	1203	159 943	3874	468 092

⁴ Umowy w rodzaju: programy profilaktyczne obejmują umowy na świadczenia finansowane ze środków własnych Funduszu i dotacji budżetowej

⁵ Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych umowy w rodzajach: podstawowa opieka zdrowotna i zaopatrzenia w środki pomocnicze i przedmioty ortopedyczne nie mają określonej kwoty zobowiązania

8	lecznictwo uzdrowiskowe	0	0,00	145	356 023
9	pomoc doraźna i transport sanitarny	81	200 368	165	494 471
10	profilaktyczne programy zdrowotne	0	0,00	0	0,00
11	świadczenia odrębnie kontraktowane	68	201 693	118	288 825,17

W roku 2005 znaczną liczbę umów stanowiły umowy wieloletnie. Umowy wieloletnie były realizowane we wszystkich rodzajach świadczeń z wyjątkiem profilaktycznych programów zdrowotnych.

Udział umów wieloletnich w liczbie realizowanych w 2005 r. umów

Lp.	rodzaj świadczenia	liczba umów wieloletnich	
		liczba	procent
1	podstawowa opieka zdrowotna	5740	49%
2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	4041	61%
3	lecznictwo szpitalne	788	59%
4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	842	66%
5	rehabilitacja lecznicza	1441	67%
6	opieka długoterminowa	758	72%
7	leczenie stomatologiczne	5077	58%
8	lecznictwo uzdrowiskowe	145	100%
9	pomoc doraźna i transport sanitarny	246	72%
10	profilaktyczne programy zdrowotne	0	0%
11	świadczenia odrębnie kontraktowane	186	53%

Największy udział umów wieloletnich występował w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe 100%. Tylko w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej udział umów wieloletnich był niższy niż 50%.

Umowy rozwiązane

lp.	rodzaj świadczenia	umowy rozwiązane w okresie sprawozdawczym	
		liczba	wartość w tys. zł
1	podstawowa opieka zdrowotna	51	4 092,46
2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	15	691,39
3	lecznictwo szpitalne	1	419,06
4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2	192,01
5	rehabilitacja lecznicza	17	1 297,82
6	opieka długoterminowa	1	15,30
7	leczenie stomatologiczne	32	442,84
8	lecznictwo uzdrowiskowe	0	0,00
9	pomoc doraźna i transport sanitarny	1	549,00
10	profilaktyczne programy zdrowotne	11	248,70
11	świadczenia odrębnie kontraktowane	0	0,00

W roku 2005 rozwiązano 131 umów, w tym najczęściej w podstawowej opiece zdrowotnej (51 umów) i leczeniu stomatologicznym (32 umowy).

Najczęstszymi przyczynami rozwiązania umów były:

- przekazanie praw i obowiązków wynikających z umowy na rzecz innego świadczeniodawcy,
- ustanie bytu prawnego świadczeniodawcy lub faktyczna niemożność realizacji umowy,
- rozwiązanie umowy za porozumieniem stron,
- wypowiedzenie umowy przez świadczeniodawcę,
- negatywne wyniki kontroli przeprowadzonej przez oddział wojewódzki Funduszu.

1.2 Monitorowanie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej

Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej do zadań dyrektorów oddziałów wojewódzkich należy monitorowanie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Działanie to jest realizowane przede wszystkim poprzez analizę sprawozdań z wykonania umowy przekazywanych przez świadczeniodawców, w tym przede wszystkim raportów statystycznych o wykonanych świadczeniach. W roku 2005 oddziały

wojewódzkie rejestrowały wszystkie zdarzenia medyczne⁶ z uwzględnieniem m.in. następujących danych dotyczących: miejsca, terminu i osoby, której udzielono świadczenia. Dane te były analizowane zarówno w kontekście prowadzonych rozliczeń, jak i ewentualnych działań kontrolnych i planistycznych. W szczególności na podstawie miesięcznych sprawozdań i raportów statystycznych o realizowanych świadczeniach opieki zdrowotnej sporządzanych przez współpracujących z Funduszem świadczeniodawców, oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia dokonywały oceny realizacji kontraktów i dostępności do świadczeń.

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia w 2005 r. na podstawie danych źródłowych lub informacji agregowanych przez oddziały wojewódzkie przeprowadzała analizy ogólnokrajowe, takie jak np.:

- analiza poziomu realizacji zawartych kontraktów w poszczególnych rodzajach świadczeń (wg stanu na kolejne miesiące),
- analiza poziomu finansowania świadczeń na podstawie umów w roku 2005 r. w porównaniu do roku 2004,
- analiza realizacji świadczeń w wybranych specjalnościach medycznych (dla specjalności m.in. takich, jak: chirurgia, ginekologia-położnictwo, kardiologia, onkologia, okulistyka, otolaryngologia i inne).

W dalszej części zostały przedstawione dane dotyczące realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach. Dane o wykonaniu świadczeń zostały opracowane na podstawie raportów statystycznych świadczeniodawców i obejmują wszystkie wykonane świadczenia, w tym tzw. nadwykonania.

1.2.1. Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawowa opieka zdrowotna – porady udzielone przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej w 2005 r.⁷

lp.	oddział wojewódzki	liczba porad	liczba porad w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego
1	Ogółem	131 930 978	3,56
2	Dolnośląski	9 871 674	3,52
3	Kujawsko - Pomorski	7 803 886	3,82
4	Lubelski	7 896 098	3,62
5	Lubuski	1 764 989	1,76
6	Łódzki	10 895 195	4,35
7	Małopolski	12 950 017	4,16
8	Mazowiecki	12 866 748	2,57
9	Opolski	3 989 593	4,18
10	Podkarpacki	7 482 564	3,64
11	Podlaski	2 953 288	2,51
12	Pomorski	4 131 853	1,91

⁶ Z wyjątkiem świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej, gdzie cyklicznie gromadzone były jedynie informacje zbiorcze. Sytuacja taka powodowała mniejszą wiarygodność przekazywanych w ten sposób danych poprzez ograniczenie możliwości ich weryfikacji na poziomie Funduszu.

⁷ Z wyłączeniem porad udzielonych w ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej. Na podstawie zbiorczych informacji o liczbie udzielonych porad, przekazywanych przez świadczeniodawców oddziałom wojewódzkim NFZ.

13	Śląski	17 229 563	3,90
14	Świętokrzyski	9 126 709	7,19
15	Warmińsko- Mazurski	5 252 123	3,70
16	Wielkopolski	13 868 635	4,18
17	Zachodniopomorski	7 967 511	4,77

W okresie 12 miesięcy 2005 r. lekarze podstawowej opieki zdrowotnej udzielili łącznie 131.930 tys. porad, to jest ponad 3,5 porady w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego. Ponadto w ramach opieki lekarskiej zrealizowano 4.880 tys. wizyt domowych, 290 tys. patronaży oraz 749 tys. badań bilansowych.

Liczba osób na listach aktywnych lekarzy POZ (dane z grudnia 2005)

Przedział wiekowy	Liczba ubezpieczonych na listach aktywnych lekarza POZ ⁸	Udział procentowy w ogólnej liczbie ubezpieczonych
0 - 6 lat	2 265 838	6,73%
7 - 65 lat	26 787 568	79,58%
Powyżej 65 roku życia	4 517 669	13,42%
Podopieczni Domów Pomocy Społecznej	88 406	0,26%
Suma	33 659 481	100,00%
Liczba ubezpieczonych ogółem według CWU	37 110 087	

Dane zawarte w powyższej tabeli 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, w grudniu 2005 roku (według stanu na dzień 17 marca 2006 r.). Jak wskazują ww. dane ok. 10% ubezpieczonych nie wybrało lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Liczba osób na listach aktywnych pielęgniarki środowiskowo-rodzinnej (dane z grudnia 2005)

Przedział wiekowy	Liczba ubezpieczonych na listach aktywnych
ubezpieczeni 0-6 rż	2 040 654
ubezpieczeni 7-65 rż	28 804 060
ubezpieczeni powyżej 65 rż	4 364 268
Razem	35 208 982

Liczba osób na listach aktywnych położnej środowiskowo-rodzinnej (dane z grudnia 2005)

położna środowiskowo-rodzinna	Liczba ubezpieczonych na listach aktywnych
	15 559 693

⁸ Na podstawie danych o wykonaniu świadczeń w miesiącu grudniu 2005

1.2.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

nr OW NFZ	nazwa OW NFZ	2004			2005			2005/2004
		wartość [zł]		wykonanie do planu finansowego	wartość [zł]		wykonanie do planu finansowego	plan finansowy 2005 do planu 2004
		plan finansowy	wykonanie I - XII 2004r.		plan finansowy	wykonanie I-XII 2005r.		
01	Dolnośląski	144 871 000	134 185 939	92,62%	166 910 000	166 192 037	99,57%	115,21%
02	Kujawsko-Pomorski	127 526 000	132 105 072	103,59%	134 294 000	137 956 310	102,73%	105,31%
03	Lubelski	86 073 000	88 114 437	102,37%	101 070 000	101 682 289	100,61%	117,42%
04	Lubuski	46 600 000	48 445 430	103,96%	51 466 000	51 736 403	100,53%	110,44%
05	Łódzki	95 059 000	98 089 850	103,19%	109 534 000	113 958 182	104,04%	115,23%
06	Małopolski	177 150 000	176 963 184	99,89%	202 941 000	200 541 160	98,82%	114,56%
07	Mazowiecki	342 033 000	337 889 946	98,79%	364 942 000	369 759 238	101,32%	106,70%
08	Opolski	46 230 000	45 463 755	98,34%	53 900 000	50 500 209	93,69%	116,59%
09	Podkarpacki	93 786 000	93 433 312	99,62%	109 530 000	107 718 675	98,35%	116,79%
10	Podlaski	63 800 000	62 673 953	98,24%	72 893 000	71 555 578	98,17%	114,25%
11	Pomorski	127 446 000	118 926 595	93,32%	148 361 000	150 718 524	101,59%	116,41%
12	Śląski	312 923 000	292 687 197	93,53%	359 907 000	348 224 739	96,75%	115,01%
13	Świętokrzyski	58 015 000	55 486 017	95,64%	68 400 000	67 721 276	99,01%	117,90%
14	Warmińsko-Mazurski	88 536 000	89 808 940	101,44%	95 800 000	98 048 878	102,35%	108,20%
15	Wielkopolski	212 821 000	205 930 264	96,76%	225 552 000	232 549 821	103,10%	105,98%
16	Zachodniopomorski	92 721 000	94 609 184	102,04%	100 477 000	103 145 867	102,66%	108,36%
	Polska	2 115 590 000	2 074 813 074	98,07%	2 365 977 000	2 372 009 184	100,25%	111,84%

Zgodnie z danymi przedstawionymi w tabeli powyżej wzrost nakładów finansowych określonych w planie finansowych Funduszu na rok 2005 w porównaniu do planu roku 2004 wynosi 11,84%. Wzrost wartości wykonania świadczeń w stosunku do planu finansowego odnotowano w oddziałach: Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Łódzkim, Mazowieckim, Pomorskim, Warmińsko-Mazurskim, Wielkopolskim i Zachodniopomorskim. Pomimo znaczącego wzrostu poziomu finansowania w 2005 r. ogólny poziom realizacji świadczeń w stosunku do planu finansowego nieznacznie wzrósł.

Porady w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w 2005 r. ⁹

	liczba		dynamika	Udział porad poszczególnych typów w łącznej liczbie porad		Zmiana struktury	liczba porad na 1 ubezpieczonego	
	2004	2005	2005/2004 (%)	2004	2005	2005-2004 (%)	2004	2005
typ I	20 408 773	24 461 070	119,86%	27,33%	29,13%	1,80%	0,53	0,65
typ II	41 660 251	46 523 544	111,67%	55,78%	55,40%	-0,38%	1,09	1,24
typ III	6 246 937	6 884 624	110,21%	8,36%	8,20%	-0,17%	0,16	0,18
typ IV	6 372 024	6 106 487	95,83%	8,53%	7,27%	-1,26%	0,17	0,16
RAZEM	74 687 985	83 975 726	112,44%	100,00%	100,00%	0,00%	1,96	2,25

⁹ Dane o rzeczywistym wykonaniu na podstawie raportów statystycznych świadczeniodawców

Tabela przedstawia liczbę i strukturę porad za rok 2004 i 2005 oraz dynamikę zmian. Analizując dynamikę wykonanych porad w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w roku 2005 obserwujemy wzrost ogólnej liczby porad o 12,44 % w stosunku do roku 2004.

W roku 2005 nieznacznie wzrósł udział porad I typu, kosztem pozostałych typów porad.

Jednostkowe koszty porad w 2005 r. ¹⁰

wartość	koszt porady (zł)		dynamika
	2004	2005	2005/2004 (%)
typ I	7,37	14,14	191,75%
typ II	27,15	28,49	104,92%
typ III	48,35	52,33	108,22%
typ IV	47,94	54,90	114,50%
średni koszt porady	25,30	28,18	111,42%

W tabeli powyżej przedstawiono dynamikę zmian kosztów jednostkowych poszczególnych typów porad w roku 2005. Największy wzrost kosztów nastąpił w poradach typu I o 91,75%, co było związane ze zmianą wyceny punktowej tych świadczeń z 1 do 2 punktów.

¹⁰ Dane o wykonaniu świadczeń na podstawie raportów statystycznych świadczeniodawców

1.2.3. Lecznictwo szpitalne

Lecznictwo szpitalne

nr OW NFZ	nazwa OW NFZ	2004			2005			2005/2004
		wartość [zł]		wykonanie do planu finansowego	wartość [zł]		wykonanie świadczeń do planu finansowego	plan finansowy 2005 do planu 2004
		plan finansowy	wykonanie I - XII 2004r.		plan finansowy	wykonanie I-XII 2005r.		
01	Dolnośląski	947 444 000	1 002 278 137	105,79%	1 056 338 000	1 109 768 555	105,06%	111,49%
02	Kujawsko-Pomorski	654 963 000	769 010 768	117,41%	730 591 000	784 524 252	107,38%	111,55%
03	Lubelski	727 817 000	789 080 544	108,42%	801 250 000	823 469 201	102,77%	110,09%
04	Lubuski	309 185 000	345 936 572	111,89%	337 391 000	340 910 304	101,04%	109,12%
05	Łódzki	868 191 000	941 199 510	108,41%	949 647 000	982 462 997	103,46%	109,38%
06	Małopolski	1 079 632 000	1 097 159 499	101,62%	1 170 238 000	1 162 828 092	99,37%	108,39%
07	Mazowiecki	2 133 324 000	2 237 710 514	104,89%	2 466 614 000	2 466 492 789	100,00%	115,62%
08	Opolski	308 062 000	305 903 726	99,30%	334 708 000	331 859 579	99,15%	108,65%
09	Podkarpacki	656 360 000	669 485 835	102,00%	713 096 000	711 574 307	99,79%	108,64%
10	Podlaski	416 433 000	417 540 185	100,27%	451 419 000	446 592 630	98,93%	108,40%
11	Pomorski	664 548 000	692 585 416	104,22%	725 920 000	736 793 189	101,50%	109,24%
12	Śląski	1 756 969 000	1 743 129 313	99,21%	1 912 970 000	1 898 387 900	99,24%	108,88%
13	Świętokrzyski	444 032 000	454 779 486	102,42%	478 634 000	471 276 019	98,46%	107,79%
14	Warmińsko-Mazurski	464 877 000	488 039 876	104,98%	507 401 000	516 478 575	101,79%	109,15%
15	Wielkopolski	1 155 045 000	1 193 108 035	103,30%	1 277 019 000	1 287 844 067	100,85%	110,56%
16	Zachodniopomorski	561 160 000	626 256 421	111,60%	612 290 000	634 596 691	103,64%	109,11%
	Polska	13 148 042 000	13 773 203 836	104,75%	14 525 526 000	14 705 859 147	101,24%	110,48%

Powyższa tabela przedstawia dane o realizacji świadczeń szpitalnych w ujęciu zbiorczym, bez podziału na hospitalizację i programy terapeutyczne, które w planie finansowym znajdują się w pozycji leczenie szpitalne. Wzrost nakładów w planie finansowym Funduszu o 10,48% spowodował zmniejszenie poziomu ich przekroczenia o prawie 75% w stosunku do roku 2004.

W ramach rodzaju: leczenie szpitalne są finansowane programy terapeutyczne (lekowe).

W roku 2005 NFZ finansował 44 programy terapeutyczne (lekowe) w tym 13 programów onkologicznych i 21 programów nieonkologicznych:

Wysokość środków finansowych przeznaczonych na realizację programów terapeutycznych w stosunku do roku 2004 wzrosła o 225 %. Wartość kontraktów podpisanych na 2005 rok w SZP – programy terapeutyczne (lekowe) zamyka się łączną kwotą bliską 626 376 tys. złotych. Zaznaczyć należy, że wzrost wartości środków finansowych na realizację przedmiotowych świadczeń wiązał się także z przekazaniem przez Ministra Zdrowia do finansowania przez Fundusz grupy programów leczenia z zastosowaniem hormonu wzrostu, leczenia immunosupresyjnego po przeszczepieniu szpiku i narządu unaczynionego oraz leczenia choroby Hurler (łączna kwota kontraktu blisko 160 mln zł.).

W okresie od stycznia do grudnia 2005 roku nie nastąpiły przekroczenia wartości kontraktów, poza jednym oddziałem wojewódzkim – Warmińsko-Mazurskim (101,57%). Średnio w Polsce odnotowano w 2005 roku wykonanie kontraktów w zakresie programów terapeutycznych ukształtowało się na poziomie 94,03 %.

Programy terapeutyczne

LEKI	oddział NFZ	wartość zakontraktowanych świadczeń w 2005 roku	wartość wykonanych świadczeń w 2005 roku	% stopień wykonania
01	Dolnośląski	50 958 484,00	47 762 984,00	93,73%
02	Kujawsko-Pomorski	31 135 253,00	29 387 795,93	94,39%
03	Lubelski	24 390 935,00	24 174 400,80	99,11%
04	Lubuski	11 231 480,00	10 734 850,00	95,58%
05	Łódzki	44 495 740,00	41 807 150,00	93,96%
06	Małopolski	47 452 920,00	41 715 610,00	87,91%
07	Mazowiecki	177 876 040,80	170 485 723,80	95,85%
08	Opolski	12 134 831,65	11 822 888,70	97,43%
09	Podkarpacki	21 030 150,00	19 040 110,00	90,54%
10	Podlaski	13 948 507,80	12 800 815,68	91,77%
11	Pomorski	24 813 540,00	24 792 899,00	99,92%
12	Śląski	61 914 526,00	53 933 601,12	87,11%
13	Świętokrzyski	13 896 820,00	13 129 780,69	94,48%
14	Warmińsko-Mazurski	11 112 628,00	11 286 770,45	101,57%
15	Wielkopolski	53 388 510,50	49 982 834,79	93,62%
16	Zachodniopomorski	26 596 504,00	26 125 780,50	98,23%
	Polska	626 376 870,75	588 983 995,46	94,03%

1.2.4. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

nr OW NFZ	nazwa OW NFZ	2004			2005			2005/2004
		wartość [zł]		wykonanie do planu finansowego	wartość [zł]		wykonanie świadczeń do planu finansowego	plan finansowy 2005 do planu 2004
		plan finansowy	wykonanie I - XII 2004r.		plan finansowy	wykonanie I-XII 2005r.		
01	Dolnośląski	74 152 000	74 577 774	100,57%	74 026 000	72 053 248	97,34%	99,83%
02	Kujawsko-Pomorski	46 727 000	46 680 438	99,90%	49 315 000	49 431 097	100,24%	105,54%
03	Lubelski	60 368 000	60 561 843	100,32%	61 422 000	62 169 371	101,22%	101,75%
04	Lubuski	47 500 000	50 376 957	106,06%	49 080 000	54 124 806	110,28%	103,33%
05	Łódzki	72 368 000	73 326 330	101,32%	75 419 000	76 862 877	101,91%	104,22%
06	Małopolski	71 931 000	72 456 163	100,73%	77 100 000	76 386 714	99,07%	107,19%
07	Mazowiecki	175 504 000	175 634 612	100,07%	178 738 000	178 005 915	99,59%	101,84%
08	Opolski	28 440 000	28 323 903	99,59%	30 216 000	29 701 209	98,30%	106,24%
09	Podkarpacki	44 154 000	43 648 082	98,85%	49 600 000	49 471 799	99,74%	112,33%
10	Podlaski	37 100 000	37 078 688	99,94%	40 600 000	40 051 049	98,65%	109,43%
11	Pomorski	54 362 000	56 045 852	103,10%	59 216 000	59 613 004	100,67%	108,93%
12	Śląski	127 069 000	124 327 111	97,84%	132 200 000	130 851 365	98,98%	104,04%
13	Świętokrzyski	36 615 000	36 131 666	98,68%	37 978 000	37 302 629	98,22%	103,72%
14	Warmińsko-Mazurski	42 300 000	42 289 222	99,97%	44 506 000	44 207 434	99,33%	105,22%
15	Wielkopolski	86 442 000	84 459 802	97,71%	90 160 000	88 264 736	97,90%	104,30%
16	Zachodniopomorski	35 236 000	35 798 941	101,60%	39 562 000	39 737 644	100,44%	112,28%
	Polska	1 040 268 000	1 041 717 383	100,14%	1 089 138 000	1 088 234 897	99,92%	104,70%

Z powyższej tabeli wynika, że znaczny wzrost wykonania świadczeń wystąpił w Oddziale Lubuskim 10,28%, co związane było przede wszystkim z długotrwałym leczeniem pacjentów w zakładach psychiatrycznych i ośrodkach terapii uzależnień. Wielu z nich to ubezpieczeni spoza terenu województwa lubuskiego.¹¹

1.2.5. Opieka długoterminowa

nr OW NFZ	nazwa OW NFZ	2004			2005			2005/2004
		wartość [zł]		wykonanie do planu finansowego	wartość [zł]		wykonanie świadczeń do planu finansowego	plan finansowy 2005 do kontraktów 2004
		plan finansowy	wykonanie I - XII 2004r.		plan finansowy	wykonanie I-XII 2005r.		
01	Dolnośląski	34 957 000	31 710 878	90,71%	39 165 000	38 379 319	97,99%	112,04%
02	Kujawsko-Pomorski	25 885 000	28 311 930	109,38%	27 510 000	29 671 682	107,86%	106,28%
03	Lubelski	18 720 000	18 922 100	101,08%	22 340 000	22 173 268	99,25%	119,34%
04	Lubuski	9 500 000	9 627 517	101,34%	11 267 000	11 237 036	99,73%	118,60%
05	Łódzki	29 029 000	28 651 760	98,70%	31 065 000	30 929 008	99,56%	107,01%
06	Małopolski	50 146 000	50 062 422	99,83%	53 800 000	53 305 765	99,08%	107,29%
07	Mazowiecki	85 959 000	82 842 898	96,37%	87 843 000	86 141 319	98,06%	102,19%
08	Opolski	11 550 000	11 410 038	98,79%	12 821 000	12 694 911	99,02%	111,00%
09	Podkarpacki	27 668 000	27 267 837	98,55%	32 726 000	32 717 117	99,97%	118,28%
10	Podlaski	11 500 000	11 098 312	96,51%	12 904 000	12 774 665	99,00%	112,21%
11	Pomorski	17 288 000	18 051 195	104,41%	21 592 000	22 816 399	105,67%	124,90%
12	Śląski	82 680 000	81 346 699	98,39%	86 900 000	85 464 917	98,35%	105,10%
13	Świętokrzyski	9 110 000	8 840 759	97,04%	11 153 000	10 785 596	96,71%	122,43%
14	Warmińsko-Mazurski	19 265 000	19 269 567	100,02%	20 000 000	20 383 565	101,92%	103,82%
15	Wielkopolski	38 583 000	37 082 200	96,11%	42 096 000	41 897 409	99,53%	109,11%
16	Zachodniopomorski	10 337 000	9 964 290	96,39%	10 647 000	10 657 749	100,10%	103,00%
	Polska	482 177 000	474 460 401	98,40%	523 829 000	522 029 724	99,66%	108,64%

Zgodnie z danymi przedstawionymi w tabeli powyżej planowany był wzrost nakładów finansowych o 8,64% w stosunku do roku 2004. Nie spowodowało to przekroczenia planu finansowego w tym rodzaju. Jedynie w oddziałach Kujawsko-Pomorskim i Pomorskim nastąpił znaczący wzrost.

¹¹ Według sprawozdania Lubuskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2005.

1.2.6. Rehabilitacja lecznicza

nr OW NFZ	nazwa OW NFZ	2004			2005			2005/2004
		wartość [zł]		wykonanie do planu finansowego	wartość [zł]		wykonanie świadczeń do planu finansowego	plan finansowy 2005 do planu 2004
		plan finansowy	wykonanie I - XII 2004r.		plan finansowy	wykonanie I-XII 2005r.		
01	Dolnośląski	65 527 000	65 452 397	99,89%	72 403 000	70 839 864	97,84%	110,49%
02	Kujawsko-Pomorski	40 645 000	44 116 992	108,54%	44 001 000	46 135 569	104,85%	108,26%
03	Lubelski	24 931 000	25 021 552	100,36%	29 473 000	31 201 920	105,87%	118,22%
04	Lubuski	22 600 000	23 028 862	101,90%	25 205 000	25 793 030	102,33%	111,53%
05	Łódzki	48 330 000	50 702 000	104,91%	55 066 000	58 987 496	107,12%	113,94%
06	Małopolski	70 051 000	69 711 580	99,52%	77 234 000	76 819 565	99,46%	110,25%
07	Mazowiecki	170 463 000	175 003 303	102,66%	186 658 000	190 288 828	101,95%	109,50%
08	Opolski	30 000 000	29 967 538	99,89%	33 531 000	34 080 222	101,64%	111,77%
09	Podkarpacki	39 605 000	39 302 063	99,24%	48 572 000	47 972 340	98,77%	122,64%
10	Podlaski	16 200 000	16 026 775	98,93%	19 765 000	19 748 698	99,92%	122,01%
11	Pomorski	39 571 000	39 577 467	100,02%	42 459 000	44 700 071	105,28%	107,30%
12	Śląski	107 368 000	104 859 326	97,66%	112 673 000	111 865 283	99,28%	104,94%
13	Świętokrzyski	29 067 000	28 386 473	97,66%	32 270 000	31 156 686	96,55%	111,02%
14	Warmińsko-Mazurski	31 516 000	31 387 820	99,59%	34 586 000	35 636 727	103,04%	109,74%
15	Wielkopolski	61 203 000	60 863 929	99,45%	70 497 000	66 999 682	95,04%	115,19%
16	Zachodniopomorski	32 373 000	33 360 220	103,05%	34 521 000	36 038 214	104,40%	106,64%
	Polska	829 450 000	836 768 294	100,88%	918 914 000	928 264 195	101,02%	110,79%

Na podstawie analizy powyższej tabeli możemy zaobserwować, że przy zwiększeniu planowanych nakładów finansowych o 10,79% względny poziom wykonania świadczeń ogółem nie uległ znaczącemu zwiększeniu. Istotny wzrost w stosunku do planu finansowego nastąpił w oddziałach: Łódzkim - 7,12%, Lubelskim - 5,87% oraz Pomorskim - 5,25%.

1.2.7. Świadczenia odrębnie kontraktowane

nr OW NFZ	nazwa OW NFZ	2004			2005			2005/2004
		wartość [zł]		wykonanie do planu finansowego	wartość [zł]		wykonanie świadczeń do planu finansowego	plan finansowy 2005 do planu 2004
		plan finansowy	wykonanie I - XII 2004r.		plan finansowy	wykonanie I-XII 2005r.		
01	Dolnośląski	69 284 000	65 218 360	94,13%	73 322 000	72 013 786	98,22%	105,83%
02	Kujawsko-Pomorski	41 783 000	42 269 478	101,16%	50 698 000	51 149 260	100,89%	121,34%
03	Lubelski	46 805 000	45 678 190	97,59%	51 913 000	51 300 488	98,82%	110,91%
04	Lubuski	20 450 000	17 295 862	84,58%	21 591 000	18 680 689	86,52%	105,58%
05	Łódzki	48 427 000	45 274 660	93,49%	52 300 000	52 619 400	100,61%	108,00%
06	Małopolski	78 310 000	78 166 486	99,82%	84 400 000	82 875 033	98,19%	107,78%
07	Mazowiecki	130 553 000	131 297 236	100,57%	150 753 000	148 282 860	98,36%	115,47%
08	Opolski	19 795 000	19 352 940	97,77%	20 930 000	20 344 620	97,20%	105,73%
09	Podkarpacki	32 060 000	31 846 990	99,34%	35 347 000	35 508 176	100,46%	110,25%
10	Podlaski	23 000 000	22 793 569	99,10%	24 350 000	23 765 721	97,60%	105,87%
11	Pomorski	51 891 000	42 750 180	82,38%	50 491 000	50 102 697	99,23%	97,30%
12	Śląski	94 789 000	91 740 497	96,78%	102 771 000	98 244 010	95,60%	108,42%
13	Świętokrzyski	22 590 000	21 885 286	96,88%	24 936 000	24 222 040	97,14%	110,39%
14	Warmińsko-Mazurski	28 330 000	28 545 129	100,76%	32 070 000	31 993 700	99,76%	113,20%
15	Wielkopolski	66 900 000	63 879 697	95,49%	79 668 000	78 679 462	98,76%	119,09%
16	Zachodniopomorski	25 631 000	26 450 686	103,20%	29 299 000	29 242 201	99,81%	114,31%
	Polska	800 598 000	774 445 246	96,73%	884 839 000	869 024 144	98,21%	110,52%

W roku 2005 zakontraktowano 64 typy świadczeń, w tym w szczególności: hemodializy i dializy otrzewnowe, embolizacje, terapie izotopowe, żywienie pozajelitowe, pozytonową tomografię emisyjną, terapię hiperbaryczną.

Największy udział - ponad 70% - w wartości kontraktowanych świadczeń stanowiły hemodializy. W roku 2005 liczba hemodializ wzrosła w stosunku do roku 2004 o ponad 100 tys. Z przeprowadzonych analiz wynika, że przy tej samej częstotliwości dializowania wzrost liczby świadczeń był związany z objęciem stałą opieką większej liczby pacjentów.

Wzrost planowanego poziomu finansowania o 10,52% odpowiadał oczekiwanemu wzrostowi nominalnej liczby wykonanych świadczeń.

1.2.8. Pomoc doraźna i transport sanitarny

nr OW NFZ	nazwa OW NFZ	2004			2005			2005/2004
		wartość [zł]		wykonanie do planu finansowego	wartość [zł]		wykonanie świadczeń do planu finansowego	
		plan finansowy	wykonanie I - XII 2004r.		plan finansowy	wykonanie I-XII 2005r.		
01	Dolnośląski	65 500 000	64 049 200	97,79%	71 067 000	70 694 164	99,48%	108,50%
02	Kujawsko-Pomorski	44 401 000	44 400 274	100,00%	45 831 000	45 730 850	99,78%	103,22%
03	Lubelski	59 511 000	59 502 700	99,99%	61 500 000	61 444 100	99,91%	103,34%
04	Lubuski	29 532 000	29 419 000	99,62%	30 528 000	30 527 155	100,00%	103,37%
05	Łódzki	56 179 000	56 074 860	99,81%	62 563 000	62 543 480	99,97%	111,36%
06	Małopolski	65 313 000	65 287 610	99,96%	68 300 000	68 234 850	99,90%	104,57%
07	Mazowiecki	127 200 000	126 974 928	99,82%	133 411 000	133 400 098	99,99%	104,88%
08	Opolski	25 232 000	25 175 307	99,78%	27 750 000	27 658 404	99,67%	109,98%
09	Podkarpacki	52 994 000	52 950 720	99,92%	56 178 000	56 177 200	100,00%	106,01%
10	Podlaski	32 850 000	32 817 921	99,90%	34 300 000	34 168 060	99,62%	104,41%
11	Pomorski	43 293 000	43 168 175	99,71%	46 890 000	46 887 235	99,99%	108,31%
12	Śląski	95 784 000	95 783 494	100,00%	100 414 000	100 383 120	99,97%	104,83%
13	Świętokrzyski	27 008 000	26 879 127	99,52%	28 854 000	28 752 198	99,65%	106,84%
14	Warmińsko-Mazurski	37 117 000	37 116 950	100,00%	40 185 000	40 184 896	100,00%	108,27%
15	Wielkopolski	71 724 000	71 589 600	99,81%	74 483 000	74 479 170	99,99%	103,85%
16	Zachodniopomorski	50 200 000	50 199 960	100,00%	51 805 000	51 804 161	100,00%	103,20%
	Polska	883 838 000	881 389 825	99,72%	934 059 000	933 069 141	99,89%	105,68%

W roku 2005 wzrosła liczba zakontraktowanych zespołów ratowniczych w stosunku do roku 2004 o 12.

Liczba zespołów wyjazdowych

Zespoły	2004	2005
R	540	544
W	804	810
N	29	31

1.2.9. Opieka stomatologiczna

nr OW NFZ	nazwa OW NFZ	2004			2005			2005/2004
		wartość [zł]		wykonanie do planu finansowego	wartość [zł]		wykonanie świadczeń do planu finansowego	plan finansowy 2005 do planu 2004
		plan finansowy	wykonanie I - XII 2004r.		plan finansowy	wykonanie świadczeń		
01	Dolnośląski	60 796 000	59 176 893	97,34%	64 644 000	63 491 413	98,22%	106,33%
02	Kujawsko-Pomorski	54 736 000	55 115 726	100,69%	56 333 000	56 033 848	99,47%	102,92%
03	Lubelski	50 369 000	49 023 489	97,33%	53 238 000	52 995 695	99,54%	105,70%
04	Lubuski	20 100 000	19 793 891	98,48%	21 113 000	20 899 936	98,99%	105,04%
05	Łódzki	60 856 000	59 907 840	98,44%	62 721 000	61 543 555	98,12%	103,06%
06	Małopolski	78 340 000	76 735 036	97,95%	84 322 000	81 841 144	97,06%	107,64%
07	Mazowiecki	121 200 000	121 091 370	99,91%	124 544 000	123 044 131	98,80%	102,76%
08	Opolski	20 250 000	20 164 006	99,58%	22 300 000	22 014 815	98,72%	110,12%
09	Podkarpacki	55 022 000	54 671 547	99,36%	58 103 000	57 291 168	98,60%	105,60%
10	Podlaski	27 150 000	26 405 203	97,26%	28 200 000	27 377 756	97,08%	103,87%
11	Pomorski	61 849 000	59 330 217	95,93%	65 262 000	64 409 018	98,69%	105,52%
12	Śląski	142 211 000	134 075 584	94,28%	144 831 000	138 648 664	95,73%	101,84%
13	Świętokrzyski	24 565 000	23 481 790	95,59%	25 373 000	24 471 352	96,45%	103,29%
14	Warmińsko-Mazurski	45 970 000	45 556 711	99,10%	46 947 000	46 986 809	100,08%	102,13%
15	Wielkopolski	71 303 000	71 105 909	99,72%	72 982 000	71 410 948	97,85%	102,35%
16	Zachodniopomorski	38 273 000	38 603 051	100,86%	39 964 000	39 104 098	97,85%	104,42%
	Polska	932 990 000	914 238 261	97,99%	970 877 000	951 564 350	98,01%	104,06%

Dane przedstawione w powyższej tabeli wskazują, że przy planowanym wzroście nakładów finansowych o 4,06% również w tym rodzaju świadczeń nie odnotowano wzrostu względnego poziomu wartości wykonanych świadczeń w stosunku do planu finansowego.

1.2.10. Programy profilaktyczne

W roku 2005 Narodowy Fundusz Zdrowia kontraktował następujące programy profilaktyczne:

Program profilaktyki chorób układu krążenia

Badania przesiewowe dla osób w wieku 35 - 55 lat, u których wcześniej nie zdiagnozowano chorób układu krążenia, mające na celu ocenę następujących parametrów będących czynnikami ryzyka wystąpienia chorób układu krążenia: ciśnienie tętnicze krwi, poziom glukozy na czczo, cholesterol całkowity, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, EKG, trójglicerydy, wskaźnik BMI, sposób odżywiania i aktywność fizyczna.

Na podstawie ww. parametrów, określa się ryzyko zachorowania na choroby układu krążenia. Świadczeniobiorcy wymagający pogłębionej diagnostyki lub leczenia kierowani są do świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ o udzielanie świadczeń w specjalności odpowiedniej dla rodzaju schorzenia.

W wyniku realizacji programu profilaktyki chorób układu krążenia przebadano 314.466 osób przy wydatkowaniu na ten cel kwoty 12.933.171,42 zł

Program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)

Badania przesiewowe dla osób palących i byłych palaczy w wieku 40 - 65 lat. W ramach programu ocenia się: stan kliniczny pacjenta, informacje uzyskane w wywiadzie, wynik badania spirometrycznego.

Na podstawie powyższych informacji, lekarz stawia diagnozę dotyczącą zagrożenia POChP i decyduje o dalszym postępowaniu wobec Świadczeniobiorcy. Zasadniczym elementem edukacji prowadzonej w programie jest uświadomienie zagrożeń wynikających z palenia tytoniu i zachęcanie do rzucenia palenia. Osoby ze wskazaniami do pogłębionej diagnostyki kierowane są na konsultację pulmonologiczną w ramach etapu badań pogłębionych programu. W wyniku realizacji programu profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc na etapie podstawowym przebadano 213.172 osoby palące papierosy lub byłych palaczy przy wydatkowaniu na ten cel kwoty 5.573.593,80 zł. W etapie badań pogłębionych przebadano 40.084 osoby skierowane z etapu podstawowego przy wydatkowaniu na ten cel kwoty 860.289,80 zł. Łącznie na realizację programu wydatkowano kwotę 6.433.883,60 zł

Program profilaktyki raka szyjki macicy

Badania przesiewowe dla kobiet, które nie miały wykonywanych takich badań w ciągu ostatnich trzech lat. W etapie podstawowym programu lekarz ginekolog pobiera rozmaz z szyjki macicy i przesyła do realizatora etapu diagnostycznego, który dokonuje oceny mikroskopowej otrzymanego preparatu. Pacjentki wymagające dalszych badań kierowane są do świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ o udzielanie świadczeń w specjalności odpowiedniej dla schorzenia.

W wyniku realizacji programu profilaktyki raka szyjki macicy przebadano 335.437 kobiet przy wydatkowaniu na ten cel kwoty 10.101.015,21 zł

Program profilaktyki raka piersi

Mammograficzne badania przesiewowe dla kobiet w wieku 50 - 69 lat, które nie miały wykonywanych takich badań w ciągu ostatnich dwóch lat, mające na celu wczesne wykrycie zmian nowotworowych w piersi. Pacjentki wymagające dalszych badań kierowane są do świadczeniodawcy posiadającego umowę z NFZ o udzielanie świadczeń w specjalności odpowiedniej dla schorzenia.

W wyniku realizacji programu profilaktyki raka piersi przebadano 362.346 kobiet przy wydatkowaniu na ten cel kwoty 23.275.092,15 zł.

Program badań prenatalnych

W ramach programu realizowane jest poradnictwo genetyczne oraz specjalistyczne badania 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, inhibiny A, badania genetyczne materiału płodowego uzyskanego w wyniku wykonania amniopunkcji, biopsji trofoblastu lub kordocentezy.

W wyniku realizacji programu badań prenatalnych przebadano ok. 8.300 kobiet przy wydatkowaniu na ten cel kwoty 5.636.175,50 zł

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 kontraktuje świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie szeroko pojętej rehabilitacji oraz konsultacji specjalistycznych dla dzieci w wieku 0 - 7 lat z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego, zaburzeniami słuchu, zaburzeniami wzroku itp.

Na realizację programu wczesnej, wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie wydatkowano w okresie listopad – grudzień 2005 r. kwotę 793.276,53 zł,

Lubelski regionalny program profilaktyki gruźlicy

Adresatem programu jest populacja 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 wyniku realizacji programu w I etapie uczestniczyło 9.042 Świadczeniobiorców, z czego 303 zostało zakwalifikowanych do etapu II jako grupa podwyższonego ryzyka. Na realizację programu w okresie od 15 listopada do 31 grudnia 2005 r. wydatkowano kwotę 59.362 zł.

Program profilaktyki chorób odtytoniowych – palenie jest uleczalne

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

Na etapie specjalistycznym i wysokospecjalistycznym programu prowadzona jest dalsza diagnostyka (testy psychologiczne i badania) oraz terapia uzależnienia od tytoniu.

W wyniku realizacji programu profilaktyki chorób odtytoniowych, w etapie podstawowym, realizowanym przez lekarzy POZ przebadano 6.229 osoby przy wydatkowaniu na ten cel kwoty 9.343,50 zł. Na realizację etapu badań wydatkowano kwotę 229.665,60 zł. Łącznie na realizację programu wydatkowano kwotę 239.009,10 zł

Realizacja programów profilaktycznych w 2005 r.

nr OW NFZ	nazwa OW NFZ	liczba komórek org. ZOZ objętych umową	ilość jednostek rozliczeniowych		wartość [zł]		Odsetek wykonania
			kontrakt roczny	wykonanie I-XII 2005r.	kontrakt roczny	wykonanie I-XII 2005r.	
01	Dolnośląski	322	1 010 953	575 825	7 028 075,30	4 072 303,50	57,94%
02	Kujawsko-Pomorski	287	660 186	508 774	5 126 594,50	4 003 735,58	78,10%
03	Lubelski	268	767 645	511 508	4 500 614,65	3 693 253,53	82,06%
04	Lubuski	83	304 861	270 136	2 065 583,30	1 837 067,80	88,94%
05	Łódzki	273	1 016 255	630 563	6 435 207,60	4 007 170,50	62,27%
06	Małopolski	235	954 410	676 178	7 089 630,30	4 936 854,80	69,63%
07	Mazowiecki	547	1 818 203	1 347 338	12 450 032,20	9 413 195,00	75,61%
08	Opolski	178	295 796	179 037	2 070 999,90	1 267 669,30	61,21%
09	Podkarpacki	193	519 069	445 906	3 457 240,80	2 956 504,94	85,52%
10	Podlaski	183	412 765	278 840	2 855 256,00	1 950 524,10	68,31%
11	Pomorski	314	811 764	711 111	5 231 455,10	4 587 760,00	87,70%
12	Śląski	553	1 763 521	848 935	11 108 342,84	5 741 662,24	51,69%
13	Świętokrzyski	116	412 523	249 281	2 763 405,00	1 743 148,00	63,08%
14	Warmińsko-Mazurski	171	335 659	315 751	2 168 658,45	2 055 121,80	94,76%
15	Wielkopolski	302	1 141 299	656 254	7 658 948,84	4 726 886,67	61,72%
16	Zachodniopomorski	288	512 928	395 054	3 198 365,50	2 473 033,75	77,32%
	Razem	4 313	12 737 837	8 600 491	85 208 410,28	59 465 891,51	69,79%

Zgodnie z danymi zawartymi w tabeli powyżej realizacja kontraktów wynosiła 69,79%. Niepełne wykonanie świadczeń w tym rodzaju spowodowane było m.in. późnym rozpoczęciem realizacji kontraktów (kwiecień, maj 2005) oraz niskim poziomem zainteresowania części pacjentów, mimo prowadzonych akcji informacyjnych. W I kwartale roku 2005 wydatkowano środki budżetowe z dotacji Ministerstwa Zdrowia.

1.2.11. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Oddział NFZ	Plan finansowy 2004 (tys. zł)	Plan finansowy 2005 (tys. zł)	Dynamika zmian planu finansowego 2005/2004 %
Dolnośląski	29 853,00	34 993,00	117%
Kujawsko-Pomorski	18 073,00	25 972,00	144%
Lubelski	22 750,00	23 997,00	105%
Lubuski	11 100,00	12 297,00	111%
Łódzki	25 200,00	28 900,00	115%
Małopolski	39 777,00	46 121,00	116%
Mazowiecki	54 000,00	59 077,00	109%
Opolski	10 800,00	13 200,00	122%
Podkarpacki	23 507,00	26 594,00	113%
Podlaski	12 000,00	14 600,00	122%
Pomorski	23 005,00	24 467,00	106%
Śląski	45 000,00	62 096,00	138%
Świętokrzyski	10 189,00	14 866,00	146%
Warmińsko-Mazurski	14 200,00	16 000,00	113%
Wielkopolski	34 384,00	39 110,00	114%
Zachodniopomorski	15 429,00	17 384,00	113%
Razem	389 267,00	459 674,00	118%

Powyższa tabela wskazuje na wzrost planowanego poziomu finansowania w roku 2005 o 18% w porównaniu do roku 2004. Wzrost planowanych nakładów w poszczególnych oddziałach był zróżnicowany i kształtował się na poziomie od 5% do 46%.

Plan i wykonanie w 2005 r. w rodzaju zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ

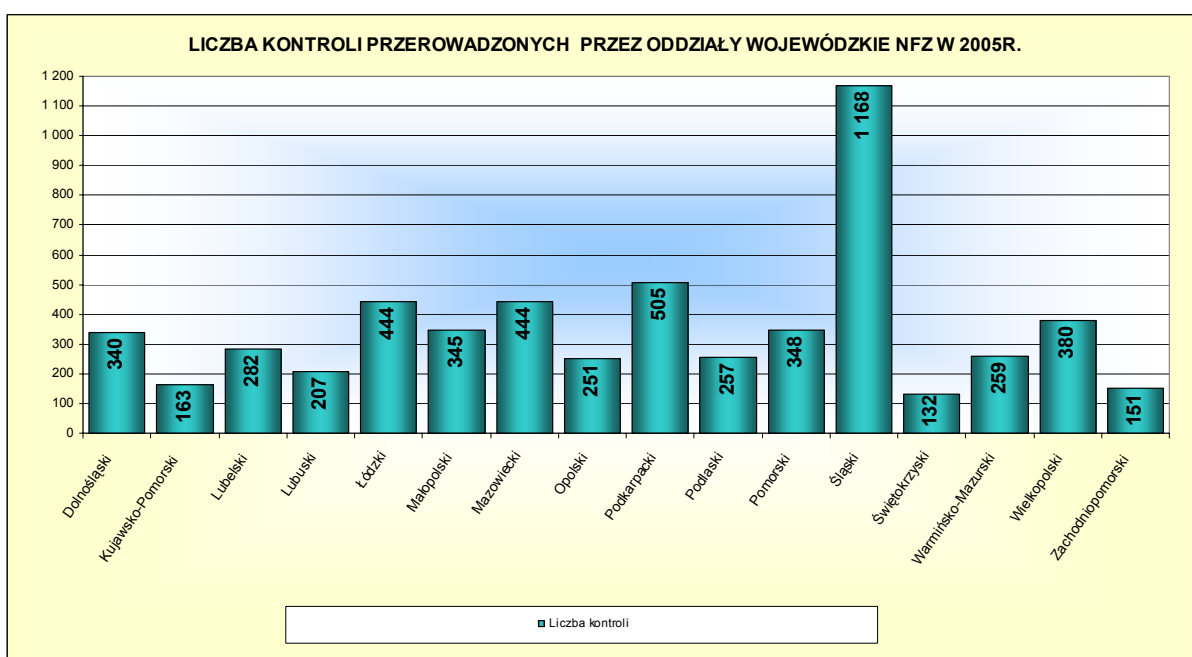
Oddział NFZ	Plan finansowy 2005 (tys. zł)	Wykonanie 2005 (tys. zł)	Wykonanie do planu %
Dolnośląski	34 993,00	34 927,91	99,81%
Kujawsko-Pomorski	25 972,00	25 866,78	99,59%
Lubelski	23 997,00	23 932,29	99,73%
Lubuski	12 297,00	12 297,00	100,00%
Łódzki	28 900,00	27 218,48	94,18%
Małopolski	46 121,00	44 690,55	96,90%
Mazowiecki	59 077,00	59 986,82	101,54%
Opolski	13 200,00	11 861,93	89,86%
Podkarpacki	26 594,00	26 191,05	98,48%
Podlaski	14 600,00	13 002,52	89,06%
Pomorski	24 467,00	24 466,80	100,00%
Śląski	62 096,00	62 065,97	99,95%
Świętokrzyski	14 866,00	14 866,00	100,00%
Warmińsko-Mazurski	16 000,00	15 588,38	97,43%
Wielkopolski	39 110,00	38 125,64	97,48%
Zachodniopomorski	17 384,00	16 953,73	97,52%
Razem	459 674,00	452 041,85	98,34%

Zgodnie z powyższą tabelą większość oddziałów nie przekroczyła planowanych środków finansowych. Najmniejsze wykorzystanie środków występuje w oddziale Opolskim NFZ (89,86%), największe zaś w oddziale Mazowieckim NFZ (101,54%). Zgodnie z art. 159 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej umowy z realizatorami zawierane były bez określenia planów ilościowo-wartościowych.

2. Kontrola realizacji umów, w tym najczęściej stwierdzone nieprawidłowości

Na podstawie art.64 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia w 2005 r. realizowały zadania związane z prowadzeniem kontroli udzielania świadczeń świadczeniobiorcom, a zwłaszcza kontrole organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, ich dostępności oraz udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowach o udzielanie świadczeń.

W 2005 r. Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadziły we wszystkich rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej łącznie 5.675 postępowań kontrolnych, oznacza to, że kontroli poddano 15% zawartych na 2005 r. umów ze świadczeniodawcami.

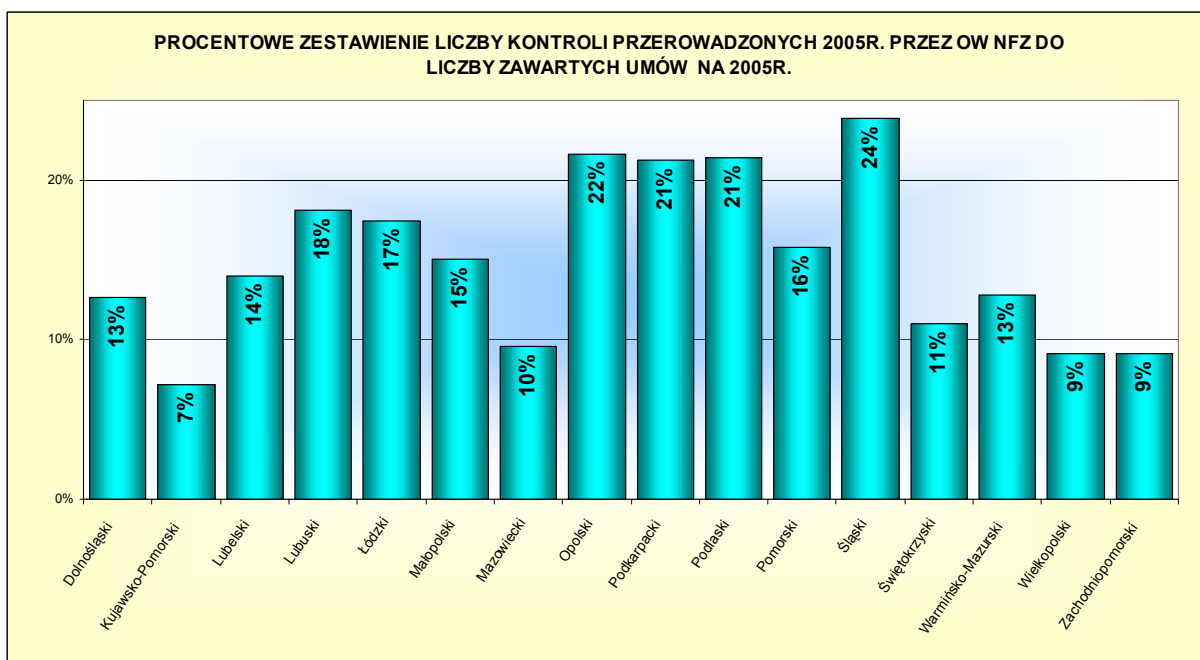


Największą liczbę postępowań kontrolnych przeprowadziły następujące oddziały wojewódzkie Funduszu:

- Śląski - 20% łącznej liczby prowadzonych przez oddziały Funduszu kontroli,
- Podkarpacki - 8.9% łącznej liczby prowadzonych przez oddziały Funduszu kontroli,
- Mazowiecki - 7.8% łącznej liczby prowadzonych przez oddziały Funduszu kontroli.

Najmniejszą liczbę kontroli przeprowadziły oddziały Funduszu:

- Świętokrzyski - 2.3% łącznej liczby prowadzonych przez oddziały Funduszu kontroli,
- Zachodniopomorski - 2.6% łącznej liczby prowadzonych przez oddziały Funduszu kontroli,
- Kujawsko-pomorski - 2.8% łącznej liczby prowadzonych przez oddziały Funduszu kontroli.



Największą liczbę umów w stosunku do liczby podmiotów, z którymi NFZ zawarł umowę skontrolowały następujące oddziały wojewódzkie Funduszu:

- Śląski (24%),
- Opolski (22%),
- Podkarpacki (21%),
- Podlaski (21%).

Kontrole przeprowadzone przez oddziały wojewódzkie Funduszu w 2005 r. dotyczyły prawidłowości realizacji umów przez świadczeniodawców zarówno w roku 2005, jak i latach poprzednich.

Zgodnie z zapisami art. 64, ust. 1, pkt. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej tematyka przeprowadzonych kontroli dotyczyła organizacji i sposobu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz zgodności stanu faktycznego z wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W 2005 r. oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły następujące postępowania kontrolne:

Rodzaj kontroli	Liczba kontroli	% wszystkich przeprowadzonych kontroli
Planowe	2 889	50,9%
Pozaplanowe	2 786	49,1%

Doraźne ¹²	984 (w tym 2 kontrole koordynowane)	17,3
Koordynowane ¹³	2 (1 721 postępowań kontrolnych)	30,3 %
Rekontrole ¹⁴	191	3,37%
Kontrole na wniosek organów ścigania	28	0,49%

Kontrole koordynowane były prowadzone jednocześnie przez wszystkie oddziały wojewódzkie NFZ u wytypowanych świadczeniodawców.

Tematyka kontroli koordynowanych dotyczyła:

- prawidłowości realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w tym dostępności do badań diagnostycznych,
- prawidłowości realizacji świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków Ministerstwa Zdrowia w rodzaju programy profilaktyczne.

W wyniku wykonania przez OW NFZ kontroli koordynowanych stwierdzono odpowiednio nieprawidłowości w zakresie:

- braku zgodności pomiędzy liczbą udzielanych porad, wykazywaną w dokumentacji medycznej i ich faktycznym wykonaniem; kwalifikacji lekarzy; spełniania przez pomieszczenia warunków koniecznych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej; liczby i jakości sprzętu i aparatury medycznej,
- braku rozdzielności pomiędzy świadczeniami wykonanymi w ramach programów profilaktycznych, a świadczeniami udzielanymi w ramach innych umów zawartych z Funduszem; włączanie do programów Świadczeniobiorców z już rozpoznaną chorobą.

Wnioski wynikające z kontroli koordynowanych były zbieżne z wynikami bieżących kontroli planowych prowadzonych przez OW NFZ.

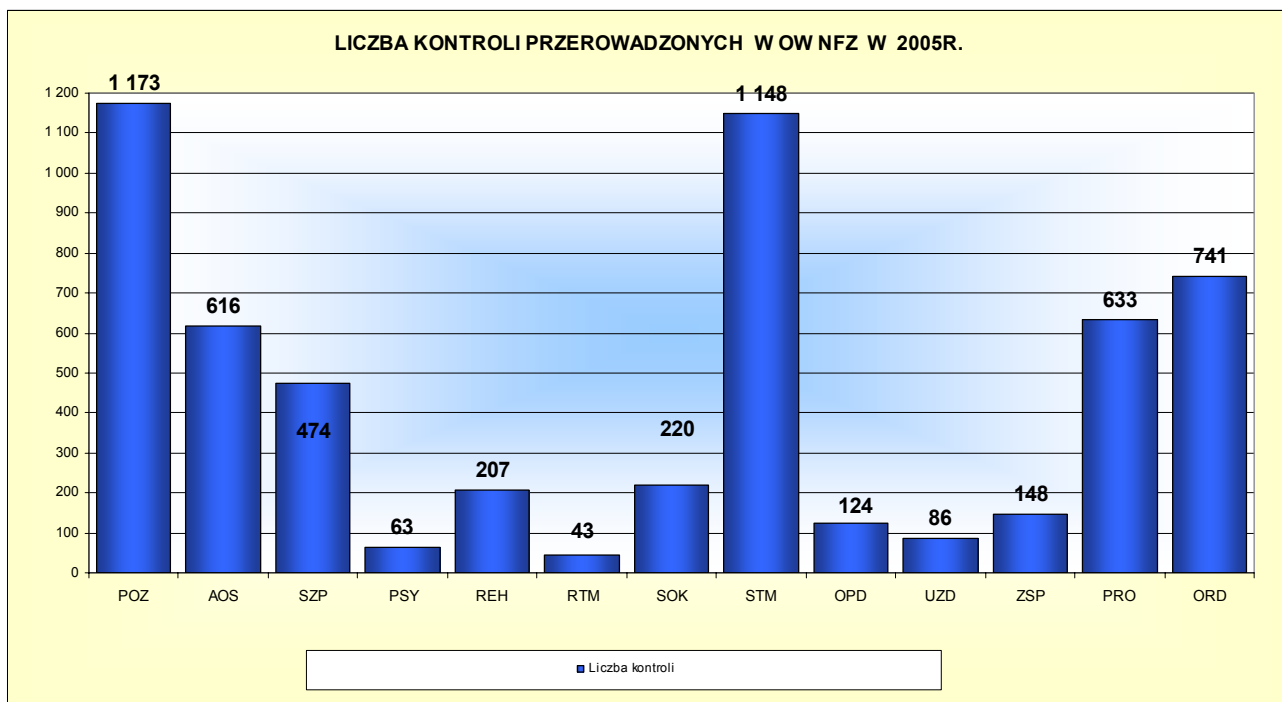
Przeprowadzone w 2005 r. kontrole najczęściej dotyczyły świadczeniodawców realizujących umowy w rodzajach świadczeń:

- podstawowa opieka zdrowotna (w tym kontrole w zakresie ordynacji lekarskiej) - 1173 kontrole – 20,7% wszystkich kontroli,
- stomatologia - 1148 kontroli – 20,2% wszystkich kontroli,
- programy profilaktyczne i promocji zdrowia - 633 kontrole – 11,2% wszystkich kontroli,
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna - 616 kontroli – 10,9% wszystkich kontroli,
- leczenie szpitalne - 474 kontrole – 8,4% wszystkich kontroli.

¹² Kontrole doraźne – będące wynikiem skargi lub informacji o występujących nieprawidłowościach,

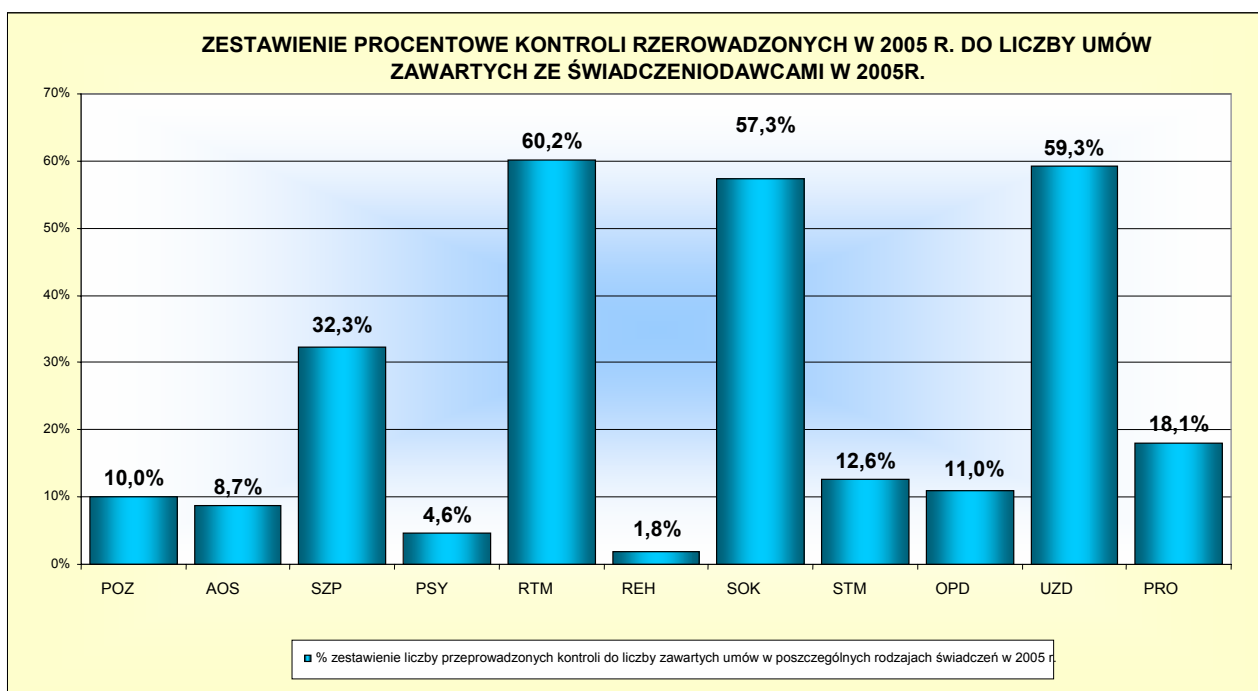
¹³ Kontrole koordynowane – wykonywane jednocześnie przez wszystkie lub wybrane OW NFZ, według programu kontroli przygotowanego przez Centralę NFZ,

¹⁴ Rekontrole- kontrole mające na celu sprawdzenie wykonania zaleceń pokontrolnych



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

- ratownictwo i transport medyczny - ok. 60% zawartych umów,
- świadczenia odrębnie kontraktowane - ok. 57% zawartych umów,
- leczenie uzdrowiskowe - ok. 59% zawartych umów.



Oddziały Funduszu w wyniku kontroli dokonują oceny działalności kontrolowanych świadczeniodawców. Następnie wydają zalecenia pokontrolne w przypadkach stwierdzenia nieprawidłowości w zakresie realizacji umów. Zgodnie z wnioskami pokontrolnymi zawartymi w wystąpieniach pokontrolnych (dotyczy również postępowań w toku, czyli nie zakończonych na dzień 31.12.2005 r.), oddziały wojewódzkie Funduszu obciążyły świadczeniodawców z tytułu nałożonych kar oraz środków finansowych nienależnie wypłaconych za świadczenia zakwestionowane łączną kwotą 55.740.255, 55 zł, w tym kary to kwota 6.742.743,80 zł., natomiast środki finansowe nienależnie wypłacone za świadczenia zakwestionowane to kwota 48.997.511, 74 zł (wymienione powyżej kwoty zostały wykazane na podstawie wystąpień pokontrolnych, ostateczne określenie kwoty do windykacji następuje po zakończeniu procesu odwoławczego od wystąpienia pokontrolnego). W wybranych przypadkach na skutek uznania argumentów świadczeniodawcy może dojść do zmiany wysokości kary lub wysokości środków finansowych za świadczenia zakwestionowane.

**Łączna wartość środków finansowych za świadczenia zakwestionowane
(za 2005 r. i lata wcześniejsze) oraz kary nałożone na podmioty kontrolowane przez OW
NFZ w 2005 r.**

NR	Nazwa OW NFZ	Środki finansowe (za świadczenia zakwestionowane i kary umowne w zł.)
01	Dolnośląski	408 882
02	Kujawsko-Pomorski	4 343 682
03	Lubelski	5 780 753
04	Lubuski	1 850 579
05	Łódzki	1 349 131
06	Małopolski	2 227 930
07	Mazowiecki	4 940 181
08	Opolski	1 951 371
09	Podkarpacki	8 723 733
10	Podlaski	2 660 960
11	Pomorski	2 079 346
12	Śląski	3 797 508
13	Świętokrzyski	1 595 850
14	Warmińsko-Mazurski	1 048 136
15	Wielkopolski	12 462 562
16	Zachodniopomorski	519 653

W wyniku przeprowadzonych przez oddziały wojewódzkie NFZ kontroli, najwyższe kwoty do windykacji określono w rodzajach świadczeń: leczenie szpitalne oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna, najniższe zaś środki finansowe do windykacji określono w: psychiatrii, leczeniu uzdrowiskowym oraz ratownictwie i transporcie sanitarnym.

Dodatkowe skutki kontroli to przede wszystkim sformułowanie przez oddziały Funduszu do świadczeniodawców 72 wnioski o rozwiązanie umów oraz złożenie do organów ścigania 50 doniesień o podejrzeniu popełnienia przestępstwa.

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

Podstawowa opieka zdrowotna:

- brak umieszczenia w widocznym miejscu w siedzibie świadczeniodawcy Karty Praw Pacjenta oraz informacji o Rzeczniku Praw Pacjenta,
- brak harmonogramów pracy lekarzy, podawanie niezgodnych ze stanem faktycznym godzin funkcjonowania gabinetów zabiegowych, niedostateczna liczba skierowań na badania i do specjalistów,
- pomieszczenia, w których udzielane są świadczenia nie spełniają wymogów określonych w odrębnych przepisach,
- brak dostępu do pomieszczeń, gdzie udzielane są świadczenia dla osób niepełnosprawnych,
- niezgodna z warunkami określonymi w umowach organizacja i sposób udzielania świadczeń opieki zdrowotnej przez lekarzy i pielęgniarki w zakresie dni i godzin i osób udzielających świadczeń,
- kwalifikacje personelu udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej niezgodne z ofertą,
- dokumentacja medyczna prowadzona niezgodnie z wymogami zawartymi w odrębnych przepisach,
- brak wpisów w dokumentację medyczną ordynowanych badań, leków i wizyt,
- nieprawidłowości w deklaracjach lekarskich i pielęgniarskich (nie przekazywanie druków rezygnacji z wyboru lekarza do poprzedniego świadczeniodawcy, niezgodności w danych na deklaracjach, brak deklaracji pacjentów, niewłaściwe druki deklaracji),
- brak podpisów pacjentów na deklaracjach wpisu/wypisu do lekarza i pielęgniarki/położnej poz,
- nieprawidłowości w przechowywaniu dokumentacji medycznej,
- przekroczenie limitu podopiecznych przypadających na jednego lekarza poz, pielęgniarkę/położną,
- niekompletne wyposażenie neseserów pielęgniarki i położnej środowiskowej/rodzinnej.
- przedkładanie do Oddziału Funduszu danych niezgodnych ze stanem faktycznym, będących podstawą do uzyskiwania płatności,
- brak zabezpieczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna:

- nieprawidłowe kwalifikowanie i dokumentowanie udzielanych świadczeń do poszczególnych typów porad,
- nieprawidłowo prowadzona dokumentacja medyczna,
- nieprawidłowości w prowadzeniu rejestru osób oczekujących na poradę specjalistyczną,
- ograniczenie dostępności pacjentów do poradni specjalistycznych poprzez skrócenie czasu pracy poradni,
- brak odpowiedniego oznakowania miejsc wykonywania świadczeń, podawanie do wiadomości pacjentów harmonogramów pracy niezgodnych z zawartą umową,
- rozbieżności pomiędzy liczbą rzeczywiście wykonanych świadczeń zdrowotnych a liczbą świadczeń przekazanych do rozliczenia z oddziałem Funduszu,
- niezgodność w liczbie i kwalifikacjach personelu z danymi zawartymi w ofercie,
- braki w wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną,
- brak udokumentowania wykonanych świadczeń wykazywanych do rozliczeń z Funduszem,
- nieprawidłowości w przechowywaniu dokumentacji medycznej - możliwość dostępu do dokumentacji medycznej osób niepowołanych,
- brak dokumentacji medycznej.

Lecznictwo szpitalne:

- nieprawidłowe kwalifikowanie procedur i wykazywanie ich do rozliczeń z płatnikiem,
- warunki lokalowe oraz wyposażenie niezgodne z warunkami zawartej umowy,
- organizacja i sposób udzielania świadczeń opieki zdrowotnej niezgodne z warunkami umowy (udzielanie świadczeń przez lekarzy pełniących jednocześnie dyżury w innych jednostkach organizacyjnych tego samego zakładu opieki zdrowotnej),
- brak deklarowanej w ofercie aparatury medycznej,
- wykazywanie do rozliczeń z Funduszem świadczenia z tą samą jednostką chorobową udzielone pacjentowi w okresie krótszym niż 14 dni od poprzedniej hospitalizacji – rehospitalizacje.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień:

- rozbieżności pomiędzy liczbą rzeczywiście wykonanych świadczeń zdrowotnych a liczbą świadczeń przekazanych do rozliczeń,
- dokumentacja medyczna prowadzona niezgodnie z odrębnymi przepisami,
- wykonywanie świadczeń zdrowotnych nieobjętych umową i wykazywanie ich do rozliczeń z Funduszem.

Świadczenia odrębnie kontraktowane:

- pomieszczenia do dializoterapii nie spełniają warunków techniczno - lokalowych wymaganych do udzielania świadczeń z tego zakresu,
- udzielanie świadczeń przez lekarzy nieposiadających wymaganych kwalifikacji,
- brak nadzoru lekarskiego w trakcie hemodializ,
- wykazywanie podwójnie do rozliczeń tej samej procedury hemodializy,
- brak dokumentacji medycznej lub niekompletna dokumentacja medyczna,
- rozbieżności pomiędzy liczbą rzeczywiście wykonanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z umową, a liczbą świadczeń przekazanych do rozliczenia,
- niezgodność wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną z wykazem zawartym w materiałach ofertowych.

Stomatologia:

- niedostosowanie gabinetów do obsługi osób niepełnosprawnych,
- brak w historiach chorób udokumentowania świadczeń wykazanych przez świadczeniodawcę do rozliczenia z Funduszem,
- wykazanie do rozliczeń z Funduszem świadczeń niezgodnie z opisem zawartym w wykazie bezpłatnych podstawowych świadczeń zdrowotnych lekarza stomatologa przysługujących ubezpieczonemu,
- nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej (nie udokumentowane lub nieprawidłowo udokumentowane świadczenia, brak wymaganej dokumentacji radiologicznej),
- ograniczenie dostępności dla pacjentów poprzez nieprawidłową informację o zakresie i sposobie realizacji świadczeń,
- brak zgodności danych ofertowych ze stanem faktycznym dotyczących liczby i kwalifikacji lekarzy,
- niezgodności pomiędzy sprawozdawczością a stanem faktycznym wynikającym z dokumentacji medycznej.

Opieka długoterminowa:

- nieprawidłowości w prowadzonej dokumentacji medycznej (np. brak zgody pacjentów lub ich rodzin na leczenie w hospicjum),
- rozbieżności pomiędzy liczbą rzeczywiście wykonanych świadczeń zdrowotnych, a liczbą świadczeń przekazanych do rozliczenia,
- niezgodność liczby kwalifikacji personelu medycznego z wykazem zawartym w materiałach ofertowych.

Transport sanitarny:

- dokumentacja prowadzona niezgodnie z warunkami zawartej umowy,
- wykazywanie świadczeń transportu pod datą inną niż zostały udzielone,
- brak dat udzielenia świadczenia na zleceniu na transport,
- brak nr PESEL pacjentów, którym udzielono świadczeń,
- wykonanie świadczenia pomimo brak zleceń na transport,
- realizowanie świadczeń w zakresie transportu sanitarnego na podstawie zleceń wystawionych na drukach niezgodnych z umową,
- niezgodności w wyposażeniu w sprzęt i aparaturę medyczną do udzielania świadczeń zdrowotnych z materiałami ofertowymi.

Rehabilitacja lecznicza:

- brak wpisów zabiegów medycznych wykonanych na rzecz pacjenta potwierdzonych podpisem wykonawcy,
- nieprawidłowości w kwalifikacji procedur wykazywanych do rozliczeń z Funduszem,
- brak potwierdzenia na skierowaniu wykazanych zabiegów lub wielokrotne wykazywanie tych samych świadczeń do zapłaty,
- współudział finansowy pacjenta w procedurze poprzez zakup środków do zabiegu,
- niezgodność liczby i kwalifikacji kadry medycznej z danymi zawartymi w ofercie,
- brak lub niezgodność sprzętu i aparatury medycznej z wykazem zawartym w materiałach ofertowych,
- rozbieżności pomiędzy liczbą rzeczywiście wykonanych świadczeń zdrowotnych a liczbą świadczeń zdrowotnych wykazanych do rozliczenia,
- brak informacji dla pacjentów na temat zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych,
- niezgodności w dokumentacji medycznej ze szczegółowymi materiałami ofertowymi w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

Zaopatrzenie ortopedyczne:

- nieodpowiednie magazynowanie przedmiotów i środków ortopedycznych,
- nieprawidłowości w prowadzonej dokumentacji medycznej,
- brak wpisów wystawienia wniosków na zaopatrzenie ortopedyczne w dokumentacji medycznej,
- niespełnienie wymagań dotyczących barier architektonicznych.

Wnioski

Analiza liczby i skutków finansowych kontroli prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w 2005 r. wskazuje, iż przy porównywalnej liczbie kontroli w latach 2004 i 2005, skutki finansowe kontroli w 2005 r. były o ok. 20 mln zł wyższe niż w 2004 r. i wynosiły ok. 55 mln zł.

Zgodnie z wyznaczonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia na 2005 r. założeniem znaczna liczba kontroli realizacji umów została przeprowadzona w rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej leczenie szpitalne, na co Fundusz przeznacza najwyższe środki finansowe.

3. Monitorowanie ordynacji lekarskiej

Jednym z zadań przypisanych do realizacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia (ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej - art. 97 ust. 3 pkt 6) jest monitorowanie ordynacji lekarskiej.

W ramach kontroli, zespoły kontrolujące OW NFZ zwracały uwagę na dwa podstawowe elementy:

- sposób prowadzenia dokumentacji medycznej,
- zasadność medyczną ordynowanych leków.

W większości przypadków kontrolowano określony "wycinek" ordynacji lekarza tzn. kontrolowano dokumentacje medyczne wytypowanych pacjentów.

W trakcie kontroli stwierdzano najczęściej następujące nieprawidłowości:

- dotyczące sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej:
 - naruszenie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2001 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej, sposobu jej prowadzenia oraz szczegółowych warunków jej udostępniania (Dz. U. Nr 88 poz. 966 ze zm.),
 - naruszenie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2001r. w sprawie rodzajów indywidualnej dokumentacji medycznej (Dz. U. Nr 83 poz. 903 ze zm.),
 - naruszenie przepisów umowy z Funduszem - § 18 ust.1 „Warunków udzielania świadczeń opieki zdrowotnej”,
 - naruszenie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2003 roku w sprawie recept lekarskich (Dz. U Nr 85, poz. 785 z późn. zm.).
- dotyczące zasadności medycznej ordynowanych leków:
 - ordynowanie leków objętych refundacją w przypadku chorób przewlekłych (tzw. „P”) osobom, u których nie rozpoznano (i nie odnotowano w dokumentacji medycznej) takich chorób – najczęstsze nadużycia dotyczą schizofrenii lekoopornej, moczówki prostej,
 - wystawianie recept uprawniających do otrzymania leków ze zniżką z tytułu inwalidztwa wojennego (tzw. „IB”) osobom nie posiadającym takich uprawnień.

Najczęstsze nieprawidłowości naruszające ww. przepisy:

- brak historii chorób pacjentów, którym wystawiono recepty,
- brak wpisów o zaordynowanych lekach w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów,
- brak uzasadnienia postawionego rozpoznania, wynikającego z historii choroby pacjenta, do zaordynowania leku,
- brak w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta autoryzacji zaordynowanych leków,
- brak wpisów w dokumentacji medycznej celowości wypisanego leku, zapisy ograniczają się do adnotacji : „jw.”, ponadto brak nazwy leku, ilości, dawkowania.

Wobec stwierdzenia ww. nieprawidłowości opisywanych w protokołach kontroli, w ramach zaleceń zawieranych w wystąpieniach pokontrolnych OW NFZ zalecały najczęściej:

- przestrzeganie przepisów obowiązującego prawa ze szczególnym uwzględnieniem sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej pacjentów (w tym odnotowywania wyników badań przedmiotowych i podmiotowych uzasadniających ordynowane leki), sposobu wystawiania recept lekarskich na leki objęte refundacją,
- weryfikowanie uprawnień dodatkowych pacjentów (z tytułu stwierdzonej choroby przewlekłej lub np. inwalidztwa wojennego i wojskowego),
- zwrot nienależnej kwoty refundacji wynikającej z niezasadnej ordynacji lekarskiej,
- wpłacenie kar umownych nałożonych na podmioty kontrolowane.

U części kontrolowanych lekarzy nie stwierdzano nieprawidłowości w sposobie ordynacji leków, nie podważano także zasadności medycznej do ich ordynacji. Ustalone wysokie koszty refundacji leków ordynowanych przez tych lekarzy wynikały z profilu przepisanych przez nich leków (np. leki przeciwnowotworowe, przeciwcukrzycowe) ordynowanych w specjalistycznych placówkach medycznych.

OW NFZ odnotowały także przypadki, w których po przeprowadzonej kontroli ordynacja lekarzy ulega zmianie. W wielu przypadkach lekarze ci przepisują mniejsze ilości leków w stosunku do analogicznych okresów przed kontrolą, co przekłada się bezpośrednio na zmniejszenie kwot refundacji tych leków. Zmniejszenie (ograniczenie) liczby przepisanych leków można interpretować jako racjonalizację farmakoterapii, bowiem w kontrolach ujawniano przypadki ordynacji leków w ilościach przekraczających 3 miesięczną terapię (możliwość jednorazowego przepisania ilości leku niezbędną na 3 miesięczną terapię wynika z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie recept lekarskich). Nie można jednakże jednoznacznie stwierdzić, że bezpośrednią i jedyną przyczyną zmiany ordynacji były przeprowadzone kontrole. Zauważyć należy, że na obniżenie wydatków z tytułu refundacji ordynowanych przez lekarzy leków mogły mieć także wpływ zmiany w cenach urzędowych i limitach cen leków dokonywane w trakcie roku 2005 przez Ministra Zdrowia. Sporadycznie zmiana w ordynacji mogła wynikać także z faktu zmiany miejsca pracy lekarza lub z rozwiązania przez niego umowy z Funduszem.

Zdarzają się także przypadki, w których po okresie kontroli lekarze przepisują większe liczby opakowań leków, co pociąga za sobą wzrost wydatków z tytułu ich refundacji. Nie można wykluczyć, że przyczyną takich zjawisk jest fakt przyjmowania większej liczby pacjentów.

Dynamika tych zmian nie wskazuje by ich podłożem były działania niezgodne z przepisami prawa.

Niestety w trakcie prowadzonych kontroli ordynacji lekarskiej, zespoły kontrolne ujawniły także przypadki działań o charakterze przestępczym związanych z fałszowaniem dokumentacji medycznej pacjentów. W tych sytuacjach sprawy zostały przekazane do odpowiednich organów ścigania.

W sytuacjach, w których zasadność ordynacji lekarskiej budziła wątpliwości kontrolerów, głównie z uwagi na ilości i charakter ordynowanych leków (np. olbrzymie ilości środków narkotycznych przepisywane stale jednemu pacjentowi) zasięganą opinię konsultantów wojewódzkich z odpowiednich dziedzin medycyny. W tych przypadkach, w których w wyniku kontroli stwierdza się niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia pacjentów, zawiadamiane są także Okręgowe Izby Lekarskie, które podejmują działania poprzez swoich Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej.

Działania o charakterze edukacyjno-informacyjnym

Celem prowadzonych kontroli ordynacji lekarskiej nie było tylko i wyłącznie wyciągnięcie konsekwencji finansowych wobec kontrolowanych lekarzy, ale także podjęcie działań o charakterze edukacyjno – informacyjnym.

Wobec faktu stwierdzania licznych nieprawidłowości w samym sposobie prowadzenia dokumentacji medycznej przez lekarzy, OW NFZ nawiązały bezpośrednią współpracę z Okręgowymi Izbami Lekarskimi. Celem tej współpracy jest rozpowszechnianie w środowisku medycznym informacji o aktualnie obowiązujących przepisach prawa regulujących tę materię. Wobec powyższego odbywały się spotkania robocze i konferencje poświęcone rozpropagowaniu wiedzy.

W działania te zaangażowały się także media medyczne, publikując artykuły przybliżające problemy związane z właściwą ordynacją leków i opisujące nieprawidłowości ustalane w ramach kontroli.

Tzw. „arbitraż lekowy”

Zarządzeniem Prezesa Funduszu Nr 47/2005 z dnia 20 lipca 2005r. w sprawie trybu i sposobu rozpatrywania zażaleń składanych do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu dotyczące kontroli w zakresie monitorowania ordynacji lekarskiej, powołany został Zespół do spraw rozpatrywania takich zażaleń.

W skład zespołu wchodzi 3 przedstawiciele Funduszu i 3 przedstawiciele Naczelnej Izby Lekarskiej (zwanej dalej „NIL”).

W roku 2005 Zespół obradował na 5 posiedzeniach, podczas których rozpatrzył 6 skierowanych do Prezesa Funduszu zażaleń i jest w trakcie rozpatrywania 16 kolejnych.

Pierwszym ustaleniem Zespołu było wypracowanie wspólnej (akceptowanej przez Fundusz i NIL) kategoryzacji nieprawidłowości ustalanych w wyniku postępowań kontrolnych w zakresie ordynacji lekarskiej. Przyjętą kategoryzację przedstawiono poniżej. W jej ramach dokonano podziału nieprawidłowości ustalanych w ramach kontroli na nieprawidłowości o lekkim i ciężkim charakterze. Do grupy uchybień o lżejszym charakterze zaliczono takie, które wynikają najczęściej z błędów w sposobie prowadzenia dokumentacji medycznej, ale nie wpływają na zasadność ordynowanych leków. Zaproponowano by za nieprawidłowości o lżejszym charakterze nie nakładać na podmioty kontrolowane kar finansowych a jedynie

wykazując błędy wskazywać na obowiązujące w tym zakresie przepisy prawa nakazując jednocześnie ich przestrzeganie. Do grupy uchybień o cięższym charakterze zaliczono takie nieprawidłowości, w przypadku których pojawiają się poważne wątpliwości co do zasadności ordynowanych leków, dochodzi do nadużywania możliwości przepisywania leków ze zniżką pacjentom nie posiadającym odpowiednich uprawnień lub w sytuacjach, gdy brak jest jakiegokolwiek dokumentacji medycznej, na podstawie której można by zweryfikować zasadność ordynacji. W przypadku nieprawidłowości o cięższym charakterze Zespół zaproponował nakładanie kar finansowych na podmioty kontrolowane.

Dokument ten został przekazany do OW NFZ w celu stosowania przy kolejnych prowadzonych kontrolach ordynacji lekarskiej.

Kategoryzacja nieprawidłowości ustalanych w wyniku postępowań kontrolnych w zakresie ordynacji lekarskiej

Lp.	Uchybienie	Waga uchybienia		Konsekwencje dla kontrolowanego
		lekka	ciężka	
1	brak dokumentacji medycznej		x	zobowiązanie do zwrotu pełnej kwoty refundacji
2	nadużywanie uprawnień dodatkowych pacjenta - inwalida wojenny (IB), inwalida wojskowy (IW), Zasłużony Honorowy Dawca Krwi (ZHDK), ordynacja leków refundowanych w chorobach przewlekłych (P) osobom bez rozpoznania takich chorób		x	zobowiązanie do zwrotu pełnej kwoty refundacji
3	brak adnotacji dotyczącej preskrypcji z zastrzeżeniem pkt 4		x	zobowiązanie do zwrotu pełnej kwoty refundacji
4	gdy w dokumentacji medycznej jest wpis poprzedzający lub bezpośrednio następujący dotyczący ordynacji lekarskiej	x		zalecenie przestrzegania zasad ordynacji, nie zobowiązywać do zwrotu kwoty refundacji
5	w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta znajduje się jedynie zapis o preskrypcji leków	x		zalecenie przestrzegania zasad ordynacji, nie zobowiązywać do zwrotu kwoty refundacji
6	brak autoryzacji wpisów w dokumentacji medycznej	x		zalecenie przestrzegania zasad ordynacji, nie zobowiązywać do zwrotu kwoty refundacji

Wnioski

Prowadzone przez OW NFZ kontrole ordynacji lekarskiej ujawniają najczęściej nieprawidłowości związane ze sposobem prowadzenia dokumentacji medycznej w tym przede wszystkim niewłaściwy sposób odnotowywania wyników badań przedmiotowych i podmiotowych uzasadniających ordynację leków. Już na obecnym etapie można stwierdzić, iż prowadzone kontrole odnoszą skutek - obserwuje się bowiem poprawę w sposobie prowadzenia dokumentacji. Przeprowadzone przez OW NFZ spotkania oraz prezentacje wyników kontroli, w tym stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie ordynacji leków, na forum Okręgowych Izb Lekarskich, powodują, że lekarze zwracają baczniejszą uwagę na przestrzeganie przepisów prawa w tym zakresie. Istotnym elementem w rozpropagowywaniu wiedzy na temat obowiązującego prawa oraz nieprawidłowości ustalanych w ramach kontroli jest zaangażowanie Naczelnej Rady Lekarskiej.

W sytuacjach ujawniających ordynację lekarską nieznaną uzasadnienia medycznego lub ordynację nadmiernych ilości leków, których przyjęcie zagraża zdrowiu lub życiu pacjentów o sprawach informowani są Rzecznicy Odpowiedzialności Zawodowej OIL. Ujawnianie niewłaściwej ordynacji w wymiarze ilościowym i jakościowym jest istotą monitorowania ordynacji lekarskiej. Monitoring i kontrola powinny rozwijać się w tym kierunku. Kierunek ten jest akceptowany przez przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej w Zespole, zdaniem której zadaniem zarówno samorządu lekarskiego, jak i konsultantów wojewódzkich jest wspieranie wszystkich działań zmierzających do podniesienia jakości i bezpieczeństwa terapii. Kierunek ten stawiano przed pracownikami Funduszu w zakresie przygotowania merytorycznego do prowadzenia kontroli.

Kluczowym elementem wsparcia systemu informatycznego monitorowania ordynacji jest pełna personalizacja recepty na pacjenta, gdyż tylko ona umożliwi powiązanie kolejnych decyzji preskrypcyjnych lekarza względem danego pacjenta i próbie przypisania im określonego statusu.

Kolejnym elementem kontroli preskrypcji na pacjenta jest wyeliminowanie sytuacji „wędrowki” pacjenta w systemie i dublowania dla niego ordynacji.

4. Kontrole aptek

Ilość kontroli

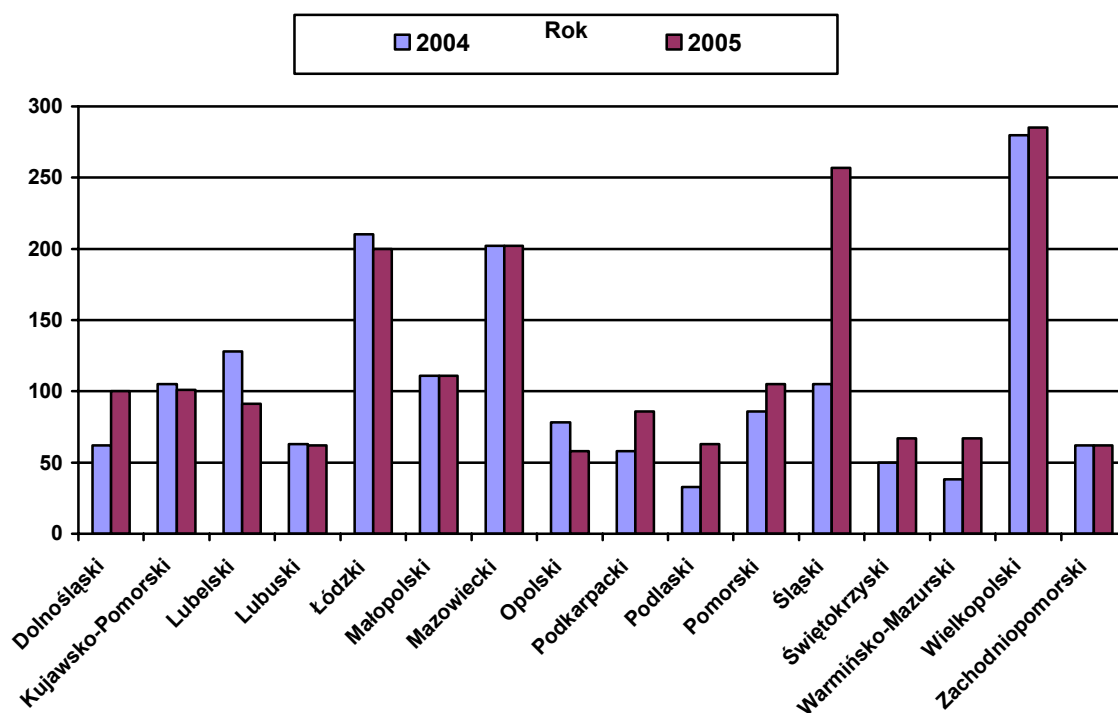
Ilość kontroli jakie w poszczególnych miesiącach zaplanowały do wykonania OW NFZ przedstawia załącznik 1 do sprawozdania, wykonanie planów własnych przez oddziały w poszczególnych miesiącach przedstawia załącznik 2.

W 2005 r. w oddziałach zaplanowano do kontroli w sumie 2157 aptek, co stanowi 18,57% aptek w stosunku do ogólnej liczby aptek.

W wyniku działań kontrolnych w roku 2005 wykonano 1917 kontroli w aptekach, co stanowi 15,67% wszystkich aptek.

W porównaniu do roku 2004 suma wykonanych kontroli w roku 2005 przedstawiała się następująco:

Porównanie ilości wykonanych kontroli w roku 2004 i 2005



Ilość przeprowadzonych kontroli w 2004 i 2005 r.

Nazwa oddziału	Kontrole wykonane w 2004r	Kontrole wykonane w 2005r
Dolnośląski	62	100
Kujawsko-Pomorski	105	101
Lubelski	128	91
Lubuski	63	62
Łódzki	210	200
Małopolski	111	111
Mazowiecki	202	202
Opolski	78	58
Podkarpacki	58	86
Podlaski	33	63
Pomorski	86	105
Śląski	105	257
Świętokrzyski	50	67
Warmińsko-Mazurski	38	67
Wielkopolski	280	285
Zachodniopomorski	62	62
Suma	1671	1917

Z powyższych danych wynika wzrost kontroli w aptekach w roku 2005 w stosunku do roku 2004 o 14,72%.

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.

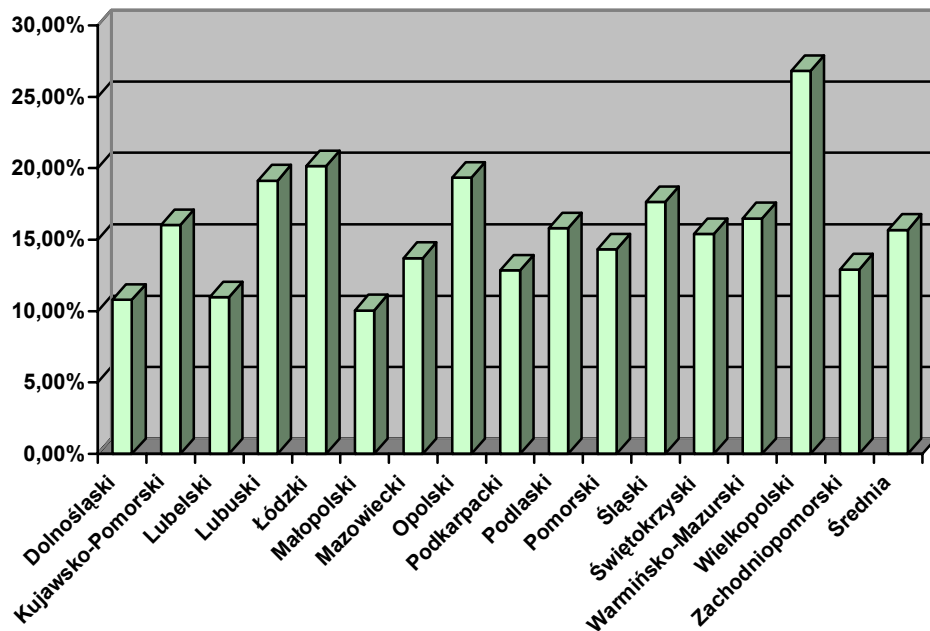
Poniższa tabela prezentuje dane dotyczące wielkości poszczególnych wskaźników związanych z ilością kontroli.

Wskaźniki dotyczące kontroli aptek w oddziałach

Oddział NFZ	Ilość aptek w oddziale NFZ stan na 31.12.2004	Ilość aptek w oddziale NFZ stan na 31.12.2005	Ilość aptek skontrolowanych w 2004 r.	Ilość aptek skontrolowanych w 2005r	Wskaźnik procentowy ilości skontrolowanych aptek w 2005r do ogólnej ilości aptek	Realizacja planu własnego kontroli w oddziałach %
Dolnośląski	895	928	62	100	10,78	69,00
Kujawsko-Pomorski	611	630	105	101	16,03	88,00
Lubelski	794	829	128	91	10,98	64,00
Lubuski	307	324	63	62	19,14	66,00
Łódzki	943	993	210	200	20,14	122,00
Małopolski	1 010	1105	111	111	10,05	214,00
Mazowiecki	1 444	1472	202	202	13,72	73,00
Opolski	291	300	78	58	19,33	83,00
Podkarpacki	605	670	58	86	12,84	68,00
Podlaski	394	399	33	63	15,79	79,00
Pomorski	702	732	86	105	14,34	73,00
Śląski	1 375	1455	105	257	17,66	96,00
Świętokrzyski	411	435	50	67	15,40	79,00
Warmińsko-Mazurski	380	406	38	67	16,50	143,00
Wielkopolski	998	1063	280	285	26,81	119,00
Zachodniopomorski	454	480	62	62	12,92	65,00

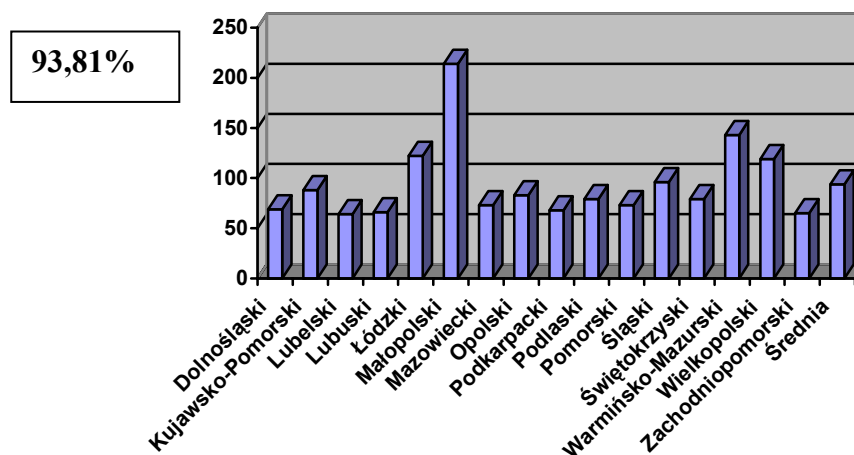
Oddziały skontrolowały od 10,05% (oddział małopolski) do 26,81% (oddział wielkopolski) aptek. Wskaźniki ilości skontrolowanych aptek tj. liczba aptek skontrolowanych do liczby wszystkich aptek działających na terenie oddziału prezentuje poniższy wykres. Najwyższy wskaźnik ilości aptek skontrolowanych do ilości aptek ogółem posiada oddział wielkopolski, który w roku 2005 skontrolował ogółem 285 aptek na 1063 działające na jego terenie. Najmniejszy wskaźnik ukształtował się w oddziale Małopolskim, który wykonał kontrole w 111 aptekach na 1105 działających.

Kształtowanie się wskaźnika skontrolowanych aptek



Jak informują oddziały, różne zaawansowanie w wykonaniu planu kontroli wynika w większości z dodatkowych zadań kontrolnych - np. w związku z koniecznością przygotowania dokumentów do przeprowadzenia kontroli ordynacji lekarskiej.

Procent realizacji własnych planów kontroli w oddziałach w okresie styczeń – grudzień 2005



Średnia wartość wskaźnika realizacji własnych planów kontroli wynosi 93,81%.

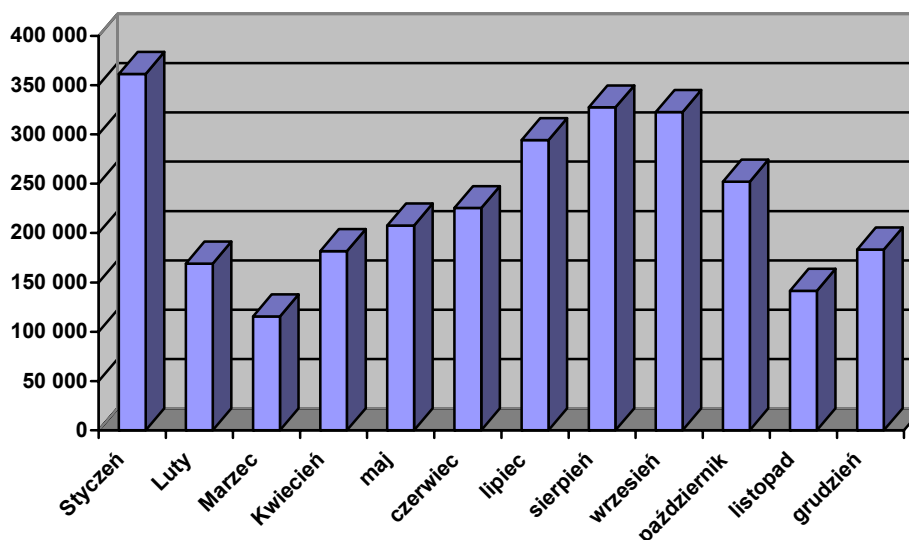
Wszystkie oddziały wykonały kontrolę w więcej niż 10% aptek działających na ich terenie.

Kwoty nienależnej refundacji w poszczególnych oddziałach wynikające z protokołów kontroli

Szczegółowe dane dotyczące kwot nienależnej refundacji zakwestionowanych w poszczególnych oddziałach w rozbiciu czasowym prezentuje załącznik 3.

Ogólne kwoty nienależnej refundacji, jakie zostały zakwestionowane w poszczególnych miesiącach roku 2005 pokazuje poniższy wykres:

Suma kwot nienależnej refundacji pozyskane w poszczególnych miesiącach



W porównaniu do roku 2004 zakwestionowane sumaryczne kwoty nienależnej refundacji poszczególnych oddziałach przedstawia poniższa tabela oraz wykres:

Porównanie wielkości kwot nienależnej refundacji w latach 2004 i 2005

Nazwa oddziału	Kwoty nienależnej refundacji rok 2004	Kwoty nienależnej refundacji rok 2005
Dolnośląski	41 356,09	322 478,08
Kujawsko-Pomorski	403 034,09	412 390,05
Lubelski	41 376,04	23 918,96
Lubuski	701 581,17	264 589,21
Łódzki	577 054,09	547 657,82
Małopolski	110 947,93	99 990,10
Mazowiecki	324 317,51	284 122,37
Opolski	82 421,25	66 783,62
Podkarpacki	107 831,59	84 674,70
Podlaski	67 172,88	187 457,30
Pomorski	234 254,33	136 782,49
Śląski	442 911,04	96 200,45
Świętokrzyski	47 772,59	47 777,33
Warmińsko-Mazurski	115 474,45	127 102,91
Wielkopolski	11 731,66	49 451,63
Zachodniopomorski	30 343,28	30 343,28
Suma	3 339 580,00	2 781 720,30

Znacznie wyższe kwoty nienależnej refundacji, ustalone w toku kontroli prowadzonych w roku 2004 przez Lubuski i Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia w stosunku do kwot nienależnej refundacji naliczanych w toku kontroli w roku 2005, tłumaczyć należy ilością nieprawidłowości ustalanych w toku tych kontroli. Obniżenie kwot nienależnej refundacji ustalanych w roku 2005 należy postrzegać jako wynik lepszej niż w roku 2004 realizacji recept w aptekach.

Należy zauważyć spadek wielkości zakwestionowanej kwoty z tytułu nienależnej refundacji o 20,05%. Oznacza to wzrost prawidłowej realizacji recept w aptekach w roku 2005 w porównaniu do roku 2004. Należy zatem stwierdzić, że w wyniku prowadzonych kontroli zwiększyło się bezpieczeństwo realizacji recept przez pacjentów w wyniku wymuszonej uwagi aptekarza przy realizacji recept.

Kwoty faktycznie odzyskane w poszczególnych miesiącach

Załącznik 4 prezentuje wielkość kwot jakie faktycznie zostały odzyskane w wyniku działań kontrolnych.

Najwyższe kwoty odzyskane z tytułu nienależnej refundacji stwierdzono w oddziałach:

Łódzkim	-	547.657,82 zł
Kujawsko - Pomorski	-	412.390,05 zł
Dolnośląski	-	322.478,08 zł

Kwoty najniższe występują w oddziałach:

Lubelski	-	23.918,96 zł
Zachodniopomorski	-	30.343,28 zł
Wielkopolski	-	49.451,63 zł

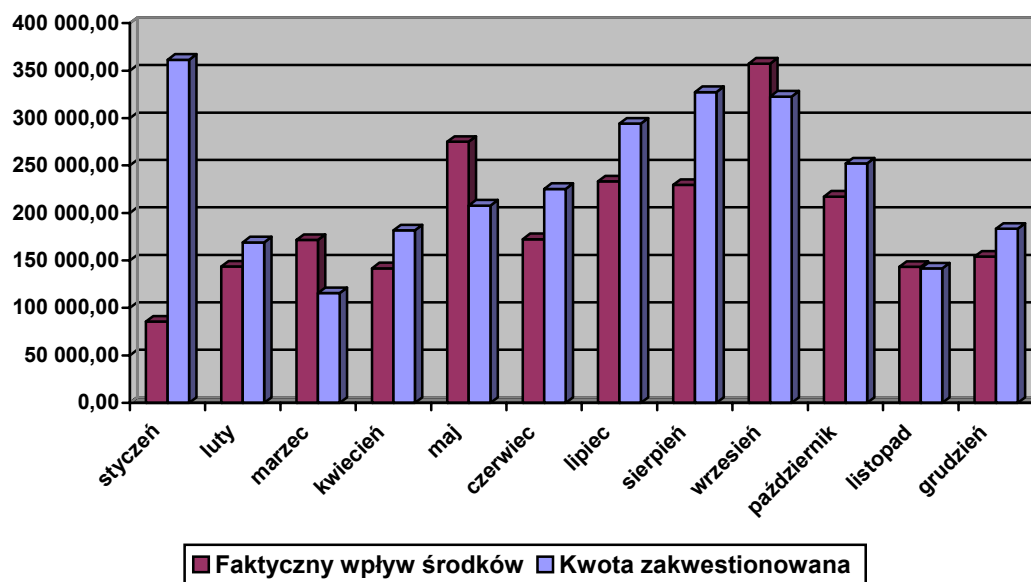
Poniższa tabela przedstawia porównanie kwot zakwestionowanych w wyniku kontroli poprawności wyceny recept w aptekach i kwot jakie zostały wpłacone na konto NFZ.

Porównanie sum kwot zakwestionowanych a sumy kwot odzyskanych (w zł)

Oddział	Kwota zakwestionowana	Kwota odzyskana
Dolnośląski	322 478,08	305 399,40
Kujawsko-Pomorski	412 390,05	290 139,22
Lubelski	23 918,96	28 494,55
Lubuski	264 589,21	357 705,37
Łódzki	547 657,82	239 794,16
Małopolski	99 990,10	86 796,92
Mazowiecki	284 122,37	439 134,30
Opolski	66 783,62	49 375,33
Podkarpacki	84 674,70	40 942,87
Podlaski	187 457,30	192 654,72
Pomorski	136 782,49	115 300,47
Śląski	96 200,45	36 649,42
Świętokrzyski	47 777,33	43 409,30
Warmińsko-Mazurski	127 102,91	17 007,43
Wielkopolski	49 451,63	52 750,39
Zachodniopomorski	30 343,28	28 891,11
Suma kwot	2 781 720,30	2 324 444,96

W wyniku postępowania windykacyjnego z zakwestionowanej kwoty 2.781.720,30 zł odzyskano (wpłynęła) kwota 2.324.444,96 co stanowi 83,56%.

Porównanie kwot zakwestionowanych i wpływów z tytułu zwrotu nienależnej refundacji styczeń – grudzień 2005



Najwyższe kwoty faktycznie odzyskane z tytułu nienależnej refundacji wystąpiły w oddziałach:

Mazowiecki	-	439.134,30 zł
Dolnośląski	-	305.399,40 zł
Kujawsko – Pomorski	-	290.139,22 zł

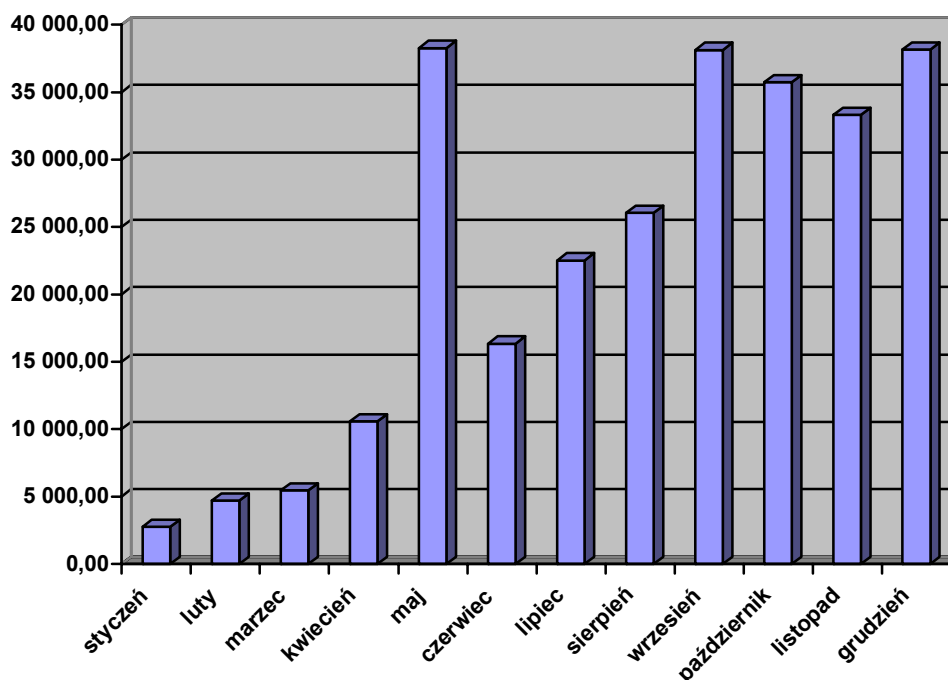
Najniższe kwoty faktycznie odzyskane z tytułu nienależnej refundacji wystąpiły w oddziałach:

Warmińsko-Mazurski	-	17.007,43 zł
Lubelski	-	28.494,58 zł
Zachodniopomorski	-	28.891,11 zł

W wyniku opóźnień w przekazywaniu zakwestionowanych kwot nienależnej refundacji oddziały naliczały odsetki od kwot niezwróconych, szczegółowe zestawienie tych kwot przedstawia załącznik 5 do sprawozdania.

W poszczególnych miesiącach sumy kwot naliczonych odsetek przedstawia poniższy wykres.

Wielkość kwot odsetek naliczonych w poszczególnych miesiącach 2005r



Kwoty odsetek zamknęły się wielkością 272.009,56 zł za rok 2005.

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 nieodpowiadających wymogom formalno – prawnym określanym w obowiązujących przepisach (np. niezawierających 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 innej dawce niezgodnej z zapisem na receptce,
- realizacja recept wystawionych na środki narkotyczne i silnie działające mimo niespełnienia przez receptę wymogów rozporządzenia,
- realizacja recept, na których zapisano ilość leku większą niż na 3 miesięczną kurację,
- brak podpisu i pieczętki lekarza przy poprawkach na receptach,
- wydawanie leków w nie pełnych opakowaniach,
- wydawanie nadmiernej ilości leków bez podania dawkowania na receptce,

- realizacja recept, na których przepisano więcej niż 5 leków,
 - realizacja recept z refundacją w przypadku braku ubezpieczenia pacjenta,
- inne nieprawidłowości:
- dotyczące otaksowania recept:
 - 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 składowej leku.

5. Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2006 r.

Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej 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 2006 w wyniku postępowania konkursowego albo rokowań oraz ustalanie warunków finansowania w umowach wieloletnich niewygasających z dniem 31 grudnia 2005 r. zostało poprzedzone szeregiem prac przygotowawczych, których celem było zarówno określenie celów i założeń kontraktowania, jak i praktycznych rozwiązań umożliwiających osiągnięcie tych celów. W szczególności w roku 2005 działania Narodowego Funduszu Zdrowia skoncentrowały się na doskonaleniu zasad kontraktowania świadczeń, a także realizacji nowych zadań nałożonych przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w tym przede wszystkim przygotowaniu i negocjacjach z reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców projektu ogólnych warunków umów.

Założenia i cele kontraktowania świadczeń na rok 2006

Podczas przygotowania procesu zawierania umów na rok 2006 kontynuowano założenie sukcesywnego wyrównywania poziomu dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach. W celu realizacji tego założenia przeprowadzono analizę wskaźnikową liczby świadczeń (jednostek rozliczeniowych) zakontraktowanych i wykonanych w latach 2004 i 2005 w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń w odniesieniu do liczby mieszkańców poszczególnych województw, z uwzględnieniem

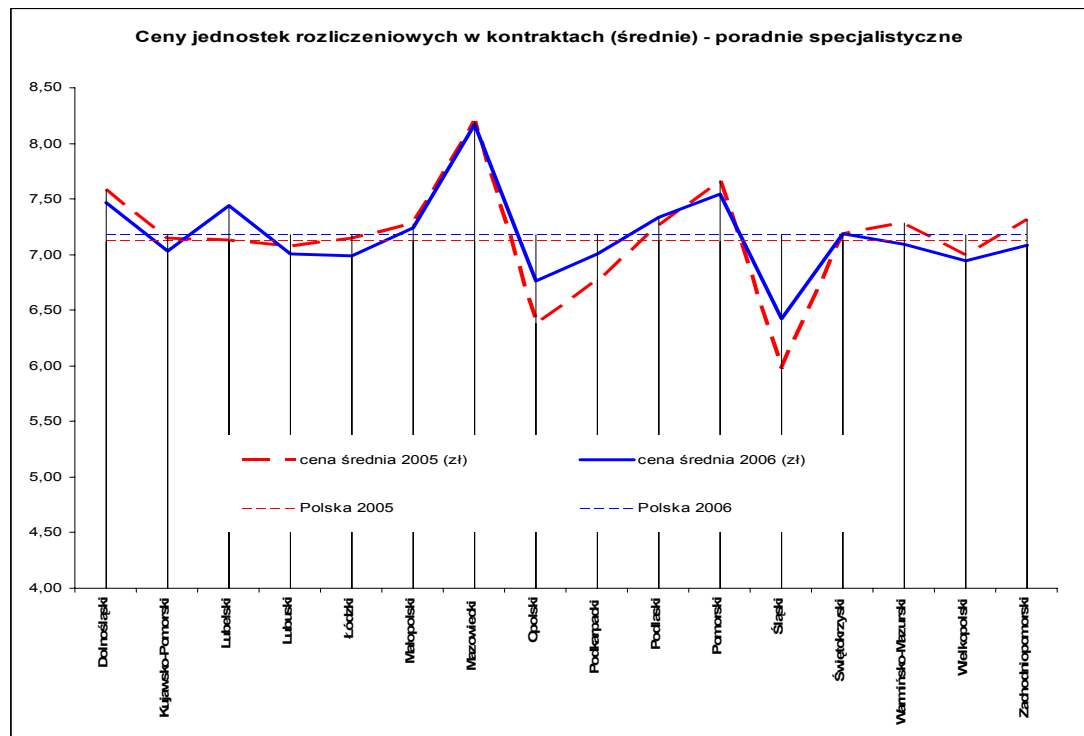
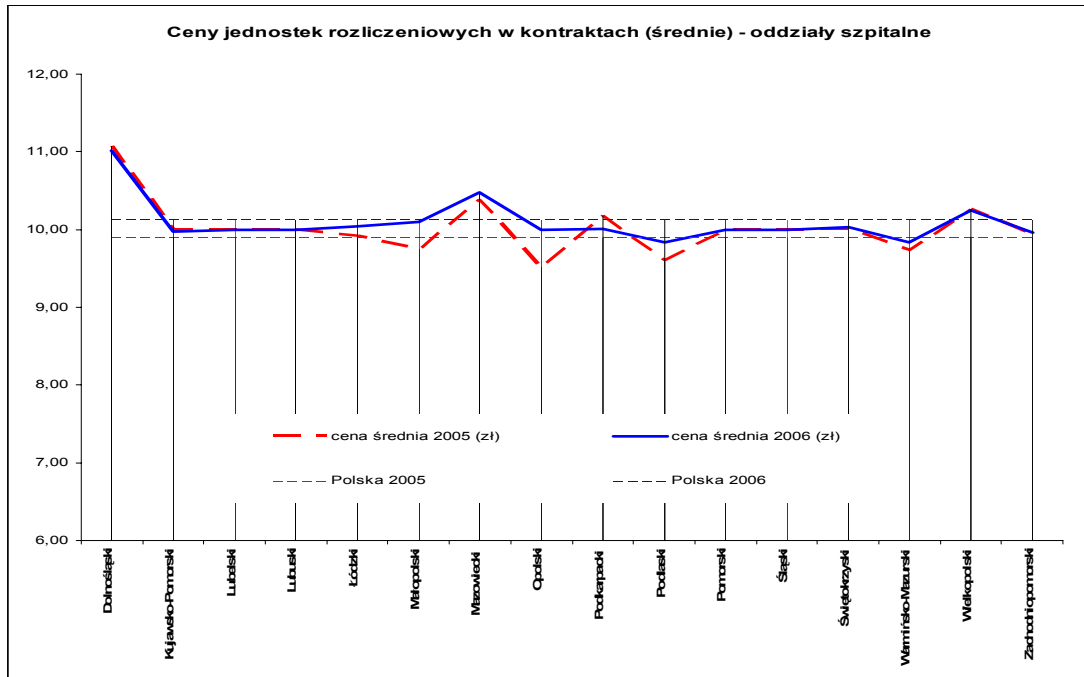
migracji pacjentów. W szczególności w Centrali Funduszu przeanalizowano zróżnicowanie poziomu dostępności do świadczeń mierzonej liczbą zrealizowanych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców oraz zróżnicowanie cen jednostek rozliczeniowych na terenie poszczególnych województw. Wyniki analiz były prezentowane dyrektorom oddziałów Funduszu w trakcie spotkań w miesiącu czerwcu i późniejszych. Wykonane analizy wskazywały średnią kierunkową w dostępności sprowadzoną do poziomu roku 2004, do której należy dążyć. Wytyczne kontraktowania zakładały zwiększenie liczby kontraktowanych świadczeń, w kolejnych latach, w województwach o wskaźnikach nie przekraczających średniej krajowej, w okresie trzy- lub pięcioletnim (w zależności od rodzaju świadczeń), oraz stabilizację aktualnego stanu w województwach, po uwzględnieniu migracji, dla których wartość wskaźnika była wyższa od średniej krajowej.

Ponadto przyjęto założenie, że kontraktowanie świadczeń na rok 2006 będzie uwzględniało sukcesywne wyrównywanie poziomu cen jednostek rozliczeniowych w umowach zawieranych ze świadczeniodawcami przez poszczególne oddziały wojewódzkie. W szczególności przyjęto założenie, że nastąpi zahamowanie wzrostu cen przewyższających wartości średnie i stopniowe podwyższanie cen w województwach, w których były one najniższe w porównaniu ze średnią ogólnopolską.

Przyjęte wyżej założenia zostały wdrożone podczas przygotowania i przeprowadzenia procesu kontraktowania świadczeń na rok 2006, w szczególności poprzez przygotowanie przez oddziały wojewódzkie Funduszu i wykorzystanie podczas postępowań w sprawie zawarcia umowy planów zakupu świadczeń. Należy zaznaczyć, że plany zabezpieczenia były sporządzane z dokładnością do zakresu świadczeń oraz przypisania do lokalnej populacji, na rzecz której miały być kontraktowane świadczenia. Miało 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 - na poziomie województwa lub grupy powiatów. Przyjęcie takiego rozwiązania umożliwiło przeprowadzenie konkursów i rokowań w warunkach pełnej porównywalności ofert, dotyczących udzielania świadczeń na rzecz ściśle określonej i umiejscowionej populacji Świadczeniobiorców.

Realizacja ww. założeń znalazła swoje odzwierciedlenie w zmniejszeniu różnic w ilości kontraktowanych świadczeń i nakładach przypadających na 1 mieszkańca oraz uwidocznilo się w zbliżeniu poziomu cen jednostek rozliczeniowych w wielu rodzajach i zakresach świadczeń.

Zmniejszenie rozpiętości średnich cen punktu w leczeniu szpitalnym (oddziały szpitalne) i ambulatoryjnym leczeniu specjalistycznym zostało przedstawione na wykresach poniżej.



Ogólne warunki umów

Prace związane z realizacją obowiązków wynikających z treści art. 137 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, w szczególności dotyczących przygotowania i uzgodnienia z reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców projektu ogólnych warunków umów rozpoczęły się w styczniu 2005 r. przygotowaniem koncepcji zakresu przedmiotowego projektu ogólnych warunków. Koncepcja ta została przesłana Ministrowi Zdrowia z prośbą o zajęcie stanowiska i zgłoszenia uwag. Minister Zdrowia, nie kwestionując proponowanego zakresu przedmiotowego projektu, przesłał uwagi szczegółowe. Wstępna wersja projektu ogólnych warunków umów była przedmiotem konsultacji wewnętrznej

w Centrali oraz została przesłana do oddziałów wojewódzkich. Uwagi zgłoszone do wstępnej wersji projektu oraz uwagi zgłoszone przez Ministerstwo Zdrowia zostały opracowane przez zespół roboczy Centrali NFZ. Poprawiona wersja dokumentu, stała się podstawą do opracowania ostatecznej wersji projektu ogólnych warunków umów. Projekt ten, wraz z harmonogramem negocjacji został przekazany podmiotom uprawnionym do jego uzgodnienia zgodnie z terminem określonym w ustawie, to jest do 15 maja 2005 r.

W dniu 30 maja 2005 w siedzibie Centrali Funduszu rozpoczęły się negocjacje projektu ogólnych warunków umów pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia a Naczelną Radą Lekarską, Naczelną Radą Pielęgniarek i Położnych i reprezentatywnymi organizacjami świadczeniodawców, które trwały do dnia 30 czerwca 2005 r. W wyniku negocjacji nie udało się dokonać uzgodnienia ww. projektu w rozumieniu przepisu art. 137 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, to znaczy, że strony biorące udział w negocjacjach nie podpisały wspólnego, uzgodnionego projektu z powodu wystąpienia rozbieżności stanowisk w niektórych obszarach.

W wyniku negocjacji strony sformułowały dwa odrębne projekty ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowiące:

- stanowisko podpisane przez przedstawicieli: Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Pielęgniarek i Położnych oraz 10 reprezentatywnych organizacji świadczeniodawców (obecnych podczas negocjacji w dniu 30 czerwca br.),
- końcowe stanowisko Narodowego Funduszu Zdrowia.

Należy podkreślić, że podczas negocjacji osiągnięto porozumienie w wielu istotnych kwestiach. Prezes Funduszu przekazał Ministrowi Zdrowia oba projekty ogólnych warunków umów wraz z zestawieniem obszarów zgodności i rozbieżności stanowisk, zawierającym także uzasadnienie stanowisk Narodowego Funduszu Zdrowia, w przypadku rozbieżności ze stanowiskiem NRL, NRPiP i organizacji świadczeniodawców.

Ponieważ w przypadku nie uzgodnienia projektu w drodze negocjacji właściwym do ustalenia ogólnych warunków umów był Minister Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia aktywnie uczestniczył w konsultacji projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia w tej sprawie. Rozporządzenie dotyczące ogólnych warunków umów, zawierające szereg rozwiązań postulowanych przez Fundusz, zostało podpisane w dniu 6 października 2005 r. Przepisy rozporządzenia w sprawie ogólnych warunków umów stanowiły jedną z podstaw ostatecznej weryfikacji i końcowej redakcji materiałów informacyjnych do kontraktowania świadczeń na rok 2006. W przypadku umów niewygasających z końcem roku rozporządzenie Ministra nałożyło obowiązek dostosowania tych umów do ogólnych warunków umów do końca 2005 r.

Zasady kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na 2006 r.

Materiały informacyjne na 2006 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 poddawano ocenie w postępowaniu w sprawie o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie, w przypadku braku możliwości zakontraktowania świadczeń w danym zakresie ze względu na brak oferentów spełniających wymagane warunki, upoważniono dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w kolejnym postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, do warunkowego dopuszczenia do udzielania świadczeń

jednostek niespełniających wymagań, z wyłączeniem wymagań formalno-prawnych przy jednoczesnym odpowiednim obniżeniu ceny punktu.

Ponadto, wprowadzone jednocześnie zarządzenie w sprawie kryteriów oceny ofert, ujednoliciło i zobiektywizowało zasady dokonywania wyboru najlepszych ofert, natomiast wprowadzona szczegółowa procedura postępowania określiła sposób przygotowania i składania ofert oraz sposób zgłaszania środków odwoławczych.

W poszczególnych rodzajach świadczeń dokonano następujących zmian:

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 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,
- zmiana sposobu rozliczania usług CT i NMR uwzględniająca indywidualną wycenę szczegółowych badań dotyczących różnych części ciała oraz z użyciem kontrastu lub bez,
- doprecyzowanie wymogów dotyczących 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,
- 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 przewiduje 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 on 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 sposobów 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 2 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, pedodontacji, endodontacji,
- utworzono zakresy: świadczeń podstawowych dla dorosłych z protetyką i świadczeń podstawowych 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:

- przejęto do finansowania świadczenia poprzednio finansowane przez Ministra Zdrowia, w tym:
 - program profilaktyki chorób układu krążenia,
 - program profilaktyki przewlekłej obturacyjnej choroby płuc,
 - program profilaktyki raka szyjki macicy,
 - program profilaktyki raka piersi,
 - program badań prenatalnych,
- wdrożono w szerszym zakresie nowe programy profilaktyczne, takie jak:
 - program wczesnej wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie,
 - lubelski regionalny program profilaktyki gruźlicy,
 - program profilaktyki chorób odtytoniowych – palenie jest uleczalne (jako program pilotażowy w województwie mazowieckim).

świadczenia odrębnie kontraktowane:

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

Zawieranie umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna

Zgodnie z przepisami art. 159 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej do zawieraniu umów ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej nie stosuje się procedury konkursu ofert i rokowań. Dyrektor oddziału wojewódzkiego zawiera umowę ze świadczeniodawcą spełniającym warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa Funduszu. Świadczeniodawca ubiegający się o zawarcie umowy składa do dyrektora oddziału wojewódzkiego stosowny wniosek wraz z dokumentami potwierdzającymi spełnianie ww. warunków.

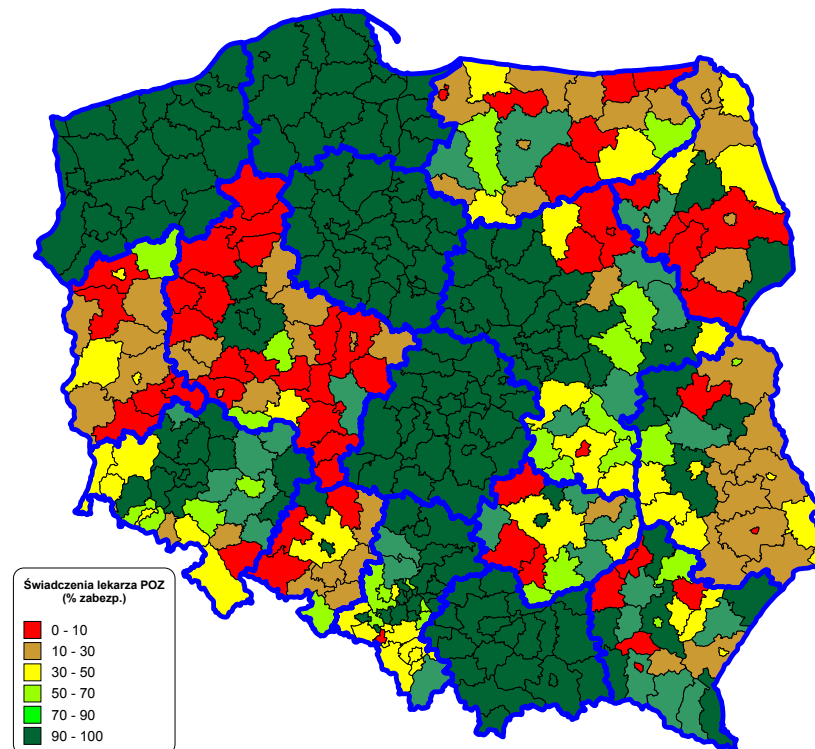
W części województw proces kontraktowania świadczeń lekarza POZ przebiegał bez zakłóceń. W pozostałych województwach świadczeniodawcy zrzeszeni w Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumieniu Zielonogórskim” nie składali wniosków o zawarcie umowy uzależniając ich złożenie od wyników negocjacji prowadzonych przez kierownictwo (zespół negocjacyjny) „Porozumienia Zielonogórskiego” z Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia. W grudniu 2005 r. odbyły się trzy rundy rozmów, z udziałem Ministra Zdrowia, które nie zakończyły się pełnym porozumieniem. W szczególności Fundusz nie mógł zgodzić się z żądaniem, aby stawka dla wszystkich członków Porozumienia była ustalona centralnie przez Prezesa NFZ. W Komunikacie z dnia 23 grudnia 2005 r. Główny

Negocjator Porozumienia Zielonogórskiego, zaapelował do wszystkich członków Porozumienia Zielonogórskiego w Polsce: „o niepodpisywanie, żadnych aneksów, umów ani innych dokumentów, które mogą przysyłać do Was Oddziały Wojewódzkie NFZ do czasu osiągnięcia porozumienia”.

Szczególnie trudna sytuacja występowała w województwach: wielkopolskim, lubuskim, opolskim, podlaskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim.

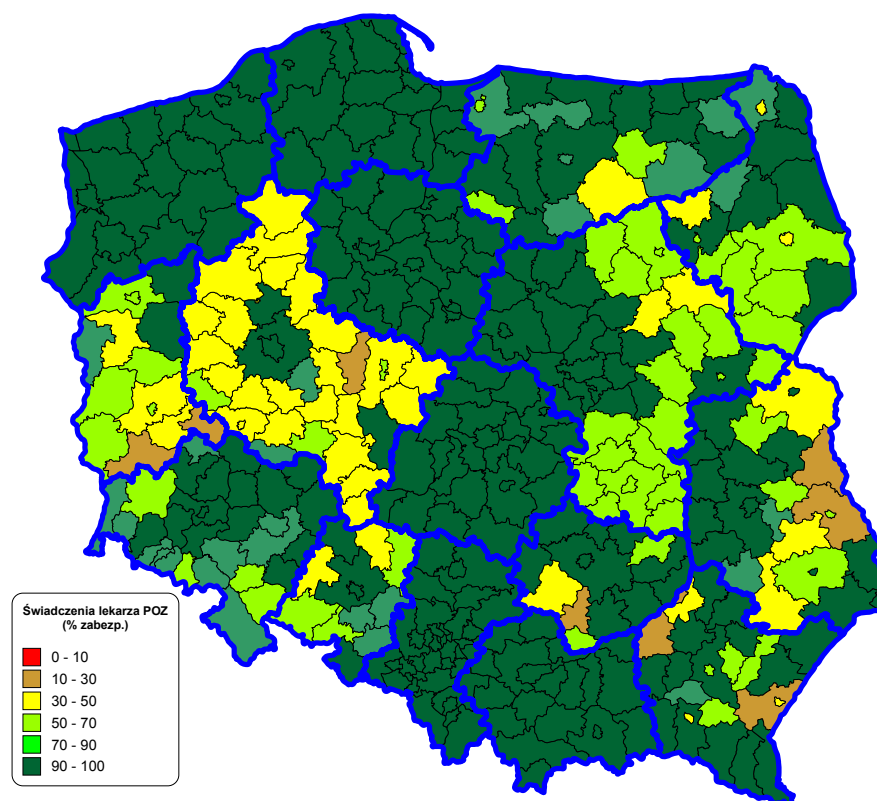
Sytuację w zakresie zabezpieczenia dostępu do świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (według stanu na dzień 29 grudnia 2005 r.) przedstawia mapa poniżej.

liczba podopiecznych w umowach uzgodnionych
do ogólnej liczby podopiecznych na listach aktywnych (%)



Wobec realnej perspektywy niezawarcia umów na świadczenia lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej, na początku 2006 r. Narodowy Fundusz Zdrowia podjął działania nadzwyczajne zmierzające do zabezpieczenia świadczeń ubezpieczonym, w przedmiotowym zakresie. W szczególności podpisano umowy ze szpitalami i lekarzami specjalistami oraz zmieniono sposób finansowania świadczeń udzielanych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej pacjentom spoza ich listy podopiecznych. Podjęte działania pozwoliły na ograniczenie zagrożenia braku dostępu do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej, co zostało przedstawione na mapie poniżej.

Zabezpieczenie awaryjne - zawarcie dodatkowych umów
łącznie zabezpieczenie awaryjne (uzgodnione umowy + nowe podmioty+ umowy niewygasające z końcem 2005 r.)



W dniach 31.12.2005-1.01.2006 z inicjatywy Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej Konstantego Radziwiłła (jako mediatora), zgodnie z zaproszeniem Ministra Zdrowia Zbigniewa Religi, odbyło się spotkanie mające na celu osiągnięcie porozumienia pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia i Porozumieniem Zielonogórskim w zakresie ustalenia zasad umożliwiających zawarcie umów na rok 2006 na udzielanie świadczeń lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej.

W trakcie spotkania dokonano następujących ustaleń:

- wydatki na podstawowa 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 2 stycznia 2006 r. wszystkie gabinety lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej przyjmowały pacjentów.

Umowy wieloletnie niewygasające z końcem 2005 r.

W przypadku umów wieloletnich, w okresie ich obowiązywania, warunki finansowania na kolejny okres rozliczeniowy (rok) strony ustalają do 30 listopada roku poprzedzającego okres rozliczeniowy, którego dotyczą uzgodnienia. Zgodnie z ogólnymi warunkami umów, stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r., w przypadku braku uzgodnień warunków finansowych w ww. terminie umowa ulega

rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego roku. Do tego czasu jest realizowana na warunkach z roku poprzedniego.

Udział umów wieloletnich podlegających przedmiotowym ustaleniom warunków finansowania na rok 2006 w stosunku do wszystkich umów był zróżnicowany w poszczególnych oddziałach wojewódzkich, np. w oddziałach: Podlaskim, Łódzkim i Wielkopolskim liczba takich umów była znikoma lub nie było ich w ogóle, w niektórych oddziałach umowy te stanowiły zdecydowaną większość.

Porównanie kwot zaplanowanych przez poszczególne oddziały na sfinansowanie umów wieloletnich (bez POZ i lecznictwa uzdrowiskowego) z planem finansowym na rok 2006, obrazujące ww. zróżnicowanie została przedstawiony w tabeli poniżej.

Udział finansowania umów wieloletnich niewygasających z dniem 31.12.2005 r.

Oddział wojewódzki	Kwoty planowane przez OW NFZ na finansowanie umów wieloletnich w stosunku do planu finansowego na rok 2006 (bez POZ)
Dolnośląski	52,26%
Kujawsko-Pomorski	67,94%
Lubelski	70,02%
Lubuski	79,68%
Łódzki	0,00%
Małopolski	83,27%
Mazowiecki	65,16%
Opolski	80,25%
Podkarpacki	81,62%
Podlaski	0,00%
Pomorski	82,64%
Śląski	77,83%
Świętokrzyski	68,56%
Warmińsko-Mazurski	25,47%
Wielkopolski	6,68%
Zachodniopomorski	80,02%
RAZEM Oddziały	58,05%

Analizując wyniki uzgodnień warunków finansowych w umowach wieloletnich niewygasających z dniem 31 grudnia 2005 r. należy zauważyć, że w zdecydowanej większości przypadków zakończyły się one skutecznym uzgodnieniem do dnia 30 listopada 2005 r., to jest w terminie określonym w ogólnych warunkach umów.

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 18.800¹⁵ umów, to jest 99,6% w ujęciu ilościowym i 94,8%¹⁶ w ujęciu wartościowym).

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

Przedstawione wyżej wskaźniki nie obejmują 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

• Podstawy prawne i organizacyjne

Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej do kompetencji Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia należy określenie przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców. Realizując ww. uprawnienia Prezes Funduszu w dniu 7 października podpisał Zarządzenie Nr 70/2005 w sprawie przyjęcia szczegółowych warunków postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2006 i lata następne, określających m.in. sposób przygotowania i składania ofert oraz sposób składania środków odwoławczych.

W dniu 13 października podpisane zostało zarządzenie nr 75 Prezesa Funduszu w sprawie przyjęcia "Informacji o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna". W tym samym dniu podpisane zostały także zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie przyjęcia szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach:

- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- pomoc doraźna i transport sanitarny,
- rehabilitacja lecznicza,

¹⁵ W przypadku lecznictwa szpitalnego obraz jest zakłócony – w niektórych przypadkach z jednej umowy podlegającej uzgodnieniom powstały dwie – wyodrębniono umowy na programy terapeutyczne.

¹⁶ Należy zwrócić uwagę na fakt, że w Mazowieckim OW w wielu przypadkach uzgodniono warunki finansowe na okres krótszy niż rok.

- zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne,
- ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne,
- leczenie uzdrowiskowe,
- opieka długoterminowa,
- leczenie stomatologiczne,
- świadczenia odrębnie kontraktowane,
- leczenie szpitalne,
- profilaktyczne programy zdrowotne.

Ponadto w dniu 13 października 2005 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia podpisał Zarządzenie nr 88/2005 w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Przyjęte przez Prezesa Funduszu zarządzenia w sprawie materiałów informacyjnych i kryteriów oceny ofert stanowiły podstawę prowadzenia postępowań w sprawie zawarcia umowy przez oddziały wojewódzkie.

• **Harmonogram postępowań**

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.

• **Wyniki postępowania konkursowego¹⁷**

W procesie postępowania konkursowego na rok 2006 rozstrzygnięto łącznie 1.676 konkursów ofert, w tym do dnia 31.12.2005 r. 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 31.12.2005 r. wyniosła 14.953.

¹⁷ Informacja według stanu na dzień 20 marca 2006 r.

Rodzaj świadczenia	Liczba konkursów rozstrzygniętych	Liczba ofert w konkursach rozstrzygniętych
ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	463	4 958
lecznictwo szpitalne	321	1 403
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	122	849
rehabilitacja lecznicza	163	1 345
opieka długoterminowa	113	674
leczenie stomatologiczne	366	3 913
lecznictwo uzdrowiskowe	0	0
pomoc doraźna i transport sanitarny	35	164
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ	48	3 191
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	45	179
Ogółem	1 676	16 676

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.

Rodzaj świadczenia	Łączna kwota na jaką zawarto umowy (w tys. zł) w wyniku przeprowadzonych konkursów ofert
ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	1 197 260
lecznictwo szpitalne	3 393 007
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	279 110
rehabilitacja lecznicza	211 220
opieka długoterminowa	130 798
leczenie stomatologiczne	551 080
lecznictwo uzdrowiskowe	0
pomoc doraźna i transport sanitarny	219 372

koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ	88 144
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	353 010
Ogółem	6 423 000

Rokowania

Zgodnie z zapisem zawartym w art. 139 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej zawieranie umów ze świadczeniodawcami odbywa się również w drodze rokowań. 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 1.218 świadczeniodawców.

Rodzaj świadczenia	Liczba rokowań rozstrzygniętych razem	Liczba świadczeniodawców w zaproszonych do rokowań rozstrzygniętych razem	Wartość (w tys. zł) umów zawartych w drodze rokowań
ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	123	401	70 437
lecznictwo szpitalne	143	223	725 136
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	57	70	49 374
rehabilitacja lecznicza	73	196	122 042
opieka długoterminowa	55	102	51 129
leczenie stomatologiczne	115	126	8 794
lecznictwo uzdrowiskowe	7	7	31 680
pomoc doraźna i transport sanitarny	16	14	19 786
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ	8	47	739
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	21	32	42 042
Ogółem	618	1 218	1 121 157

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

Rodzaj świadczenia	liczba odwołań ogółem		
	zgłoszonych	uwzględnionych	
		przez Dyrektora OW	przez Prezesa NFZ
ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	176	13	9
lecznictwo szpitalne	32	4	6
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	28	0	3
rehabilitacja lecznicza	57	0	3
opieka długoterminowa	32	1	1
leczenie stomatologiczne	94	5	6
lecznictwo uzdrowiskowe	0	0	0
pomoc doraźna i transport sanitarny	3	0	3
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków NFZ	28	5	5
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	1	1	0
Ogółem	451	29	36

W ramach środków odwoławczych, zgodnie z art. 154 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej przysługujących świadczeniodawcom od decyzji komisji konkursowych świadczeniodawca może złożyć odwołanie do Prezesa NFZ za pośrednictwem Dyrektora 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%.

IV. SPRAWY ŚWIADCZENIOBIORCÓW

1. Centralny Wykaz Ubezpieczonych

Zgodnie z ustawowym obowiązkiem, art. 97 ust. 3 pkt 8 i art. 97 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi Centralny Wykaz Ubezpieczonych.

Prowadzony przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia Centralny Wykaz Ubezpieczonych zasilany jest danymi z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych i Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, a celem jego funkcjonowania jest (art.97 ust.4 pkt 1-5):

- potwierdzenie 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.

Fundusz jest uprawniony do uzyskiwania i przetwarzania danych osobowych ubezpieczonych w celu, między innymi (art.188 ust.1 pkt 1-3):

- stwierdzenia istnienia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego,
- wystawiania dokumentów uprawniających do korzystania ze świadczeń finansowanych przez Fundusz,
- stwierdzenia obowiązku płacenia składki i ustalania kwoty składki.

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

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

ZESTAWIENIE LICZBOWE OSÓB UBEZPIECZONYCH OBOWIĄZKOWO I DOBROWOLNIE (STAN NA 2006-01-03)							
ODDZIAŁ	UBEZPIECZENI OBOWIĄZKOWO			UBEZPIECZENI DOBROWOLNIE			OGÓLEM LICZBA UBEZPIECZONYCH
	OGÓLEM	CZŁONKOWIE OPLACAJĄCY SKŁADKĘ	CZŁONKOWIE RODZIN KORZYSTAJĄCY Z UBEZPIECZENIA	OGÓLEM	CZŁONKOWIE OPLACAJĄCY SKŁADKĘ	CZŁONKOWIE RODZIN KORZYSTAJĄCY Z UBEZPIECZENIA	
Brak identyfikacji OW	16 838	16 762	76	0	0	0	16 838
1 - DOLNOŚLĄSKI	2 802 969	2 354 558	448 411	1 470	1 242	228	2 804 439
2 - KUJAWSKO-POMORSKI	2 044 055	1 539 619	504 436	566	471	95	2 044 621
3 - LUBELSKI	2 180 727	1 620 078	560 649	420	373	47	2 181 147
4 - LUBUSKI	1 003 669	768 289	235 380	275	199	76	1 003 944
5 - ŁÓDZKI	2 504 221	1 958 600	545 621	713	642	71	2 504 934
6 - MAŁOPOLSKI	3 110 662	2 558 477	552 185	2 381	1 834	547	3 113 043
7 - MAZOWIECKI	4 998 643	3 871 543	1 127 100	4 059	3 162	897	5 002 702
8 - OPOLSKI	953 009	770 706	182 303	560	467	93	953 569
9 - PODKARPACKI	2 053 119	1 513 513	539 606	333	327	6	2 053 452
10 - PODLASKI	1 174 264	871 420	302 844	464	352	112	1 174 728
11 - POMORSKI	2 163 759	1 678 011	485 748	2 892	2 147	745	2 166 651
12 - ŚLĄSKI	4 415 115	3 226 789	1 188 326	1 195	960	235	4 416 310
13 - ŚWIĘTOKRZYSKI	1 269 077	946 461	322 616	187	136	51	1 269 264
14 - WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 419 683	1 059 271	360 412	295	281	14	1 419 978
15 - WIELKOPOLSKI	3 313 931	2 508 444	805 487	1 269	1 213	56	3 315 200
16 - ZACHODNIOPOMORSKI	1 667 364	1 343 731	323 633	1 913	1 459	454	1 669 277
SUMA	37 091 105	28 606 272	8 484 833	18 992	15 265	3 727	37 110 097

Z powyższej tabeli wynika, że liczba osób objętych obowiązkowym ubezpieczeniem stanowi 99,95 % ogółu ubezpieczonych. Natomiast, zgodnie z danymi Głównego Urzędu Statystycznego, dotyczącymi liczby ludności w Polsce, która wynosi 38 161 313 osób, liczba ubezpieczonych wynikająca z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych to 97,24 % ogółu ludności.

Liczba ubezpieczonych dobrowolnie na podstawie umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego zawartego z Narodowym Funduszem Zdrowia przedstawia się następująco:

ZESTAWIENIE LICZBOWE OSÓB UBEZPIECZONYCH DOBROWOLNIE (2006-01-03)							
ODDZIAŁ	OBYWATELE POLSCY			CUDZOZIEMCY			OGÓŁEM LICZBA UBEZPIECZONYCH
	OGÓŁEM	CZŁONKOWIE OPLACAJĄCY SKŁADKĘ	CZŁONKOWIE RODZIN KORZYSTAJĄCY Z UBEZPIECZENIA	OGÓŁEM	CZŁONKOWIE OPLACAJĄCY SKŁADKĘ	CZŁONKOWIE RODZIN KORZYSTAJĄCY Z UBEZPIECZENIA	
1 - DOLNOŚLĄSKI	1 194	977	217	276	265	11	1470
2 - KUJAWSKO-POMORSKI	538	449	89	28	22	6	566
3 - LUBELSKI	291	259	32	129	114	15	420
4 - LUBUSKI	262	189	73	13	10	3	275
5 - ŁÓDZKI	498	432	66	215	210	5	713
6 - MAŁOPOLSKI	1 677	1 173	504	704	661	43	2 381
7 - MAZOWIECKI	3 556	2 743	813	503	419	84	4 059
8 - OPOLSKI	554	462	92	6	5	1	560
9 - PODKARPACKI	211	205	6	122	122	0	333
10 - PODLASKI	403	293	110	61	59	2	464
11 - POMORSKI	2 815	2 086	729	77	61	16	2 892
12 - ŚLĄSKI	1 112	883	229	83	77	6	1 195
13 - ŚWIĘTOKRZYSKI	179	132	47	8	4	4	187
14 - WARMIŃSKO-MAZURSKI	272	261	11	23	20	3	295
15 - WIELKOPOLSKI	990	940	50	279	273	6	1 269
16 - ZACHODNIOPOMORSKI	1 814	1 364	450	99	95	4	1 913
SUMA	16 366	12 848	3 518	2 626	2 417	209	18 992

Z powyższej tabeli wynika, że wskaźnik dotyczący liczby cudzoziemców ubezpieczonych dobrowolnie na tle liczby ubezpieczonych dobrowolnie ogółem kształtuje się na poziomie 13,82 %.

Zgodnie z art. 2 ust.1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej 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. i Nr 99, poz. 1001), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych, zwanych „Świadczeniobiorcami”.

Dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorcy, o którym mowa w art.2 ust. 1 pkt 2, jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy. Zgodnie z art. 54 ust. 4 wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy może wszcząć postępowanie w celu wydania decyzji, o której mowa w ust. 1, również z własnej inicjatywy lub na wniosek właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Zgodnie z art. 54 ust. 6 prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji, o której mowa w ust.1 przysługuje przez okres 30 dni, chyba że w tym okresie świadczeniobiorca zostanie objęty ubezpieczeniem zdrowotnym.

Liczba wydanych decyzji dotyczących potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej wydanych na podstawie art. 54 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej przedstawia się następująco:

L.p.	Oddział	2004 r.	2005 r.
1	Dolnośląski	7	71
2	Kujawsko-Pomorski	0	59
3	Lubelski	1	27
4	Lubuski	1	56
5	Łódzki	0	1
6	Małopolski	1	249
7	Mazowiecki	3	371
8	Opolski	0	1
9	Podkarpacki	0	55
10	Podlaski	4	65
11	Pomorski	1	78
12	Śląski	34	526
13	Świętokrzyski	1	12
14	Warmińsko -Mazurski	0	0
15	Wielkopolski	0	1
16	Zachodniopomorski	4	210
Suma		57	1782

Z powyższej tabeli wynika wyraźny wzrost w 2005 r. liczby wydanych decyzji potwierdzających prawo do świadczeń opieki zdrowotnej innym niż ubezpieczeni na podstawie art. 54 ust. 4 ustawy w stosunku do roku ubiegłego.

2. Decyzje indywidualne

Decyzje Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące wydawanych zgód na leczenie za granicą

Zgodnie z art. 25 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydaje ubezpieczonemu na jego wniosek zgodę na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju tylko w przypadkach określonych w przepisach o koordynacji.

Podstawę prawną do uzyskiwania świadczeń zdrowotnych na obszarze EOG stanowią następujące 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 przepisów, refundacja kosztów leczenia planowego, możliwa jest jedynie na podstawie zgody instytucji właściwej ubezpieczonego, wydanej zgodnie z obowiązującą procedurą wewnętrzną.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia opiniuje wniosek w przypadku, gdy czas oczekiwania na leczenie lub badania diagnostyczne w kraju ma ujemny wpływ na stan zdrowia ubezpieczonego mając na uwadze dobro ubezpieczonego oraz zasadność i skuteczność takiego leczenia lub badania diagnostycznego poza granicami kraju .

Tryb rozpatrywania oraz wzór wniosku reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2004 r. w sprawie wniosku do Prezesa NFZ o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju (Dz. U. Nr 279, poz. 2769).

W roku 2005 Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia wydał trzynaście decyzji pozytywnych kierujących Świadczeniobiorców na leczenie poza granicami kraju (załącznik 6). 10 przypadków zgód dotyczyło okulistyki 4 zabiegi witrektomii oraz 6 zabiegów usunięcia oleju silikonowego po zabiegu witrektomii. Pozostałe przypadki dotyczyły neurochirurgii, specjalistycznego zaopatrzenia ortopedycznego oraz otolaryngologii. We wszystkich przypadkach leczenie odbyło się na terenie Niemiec.

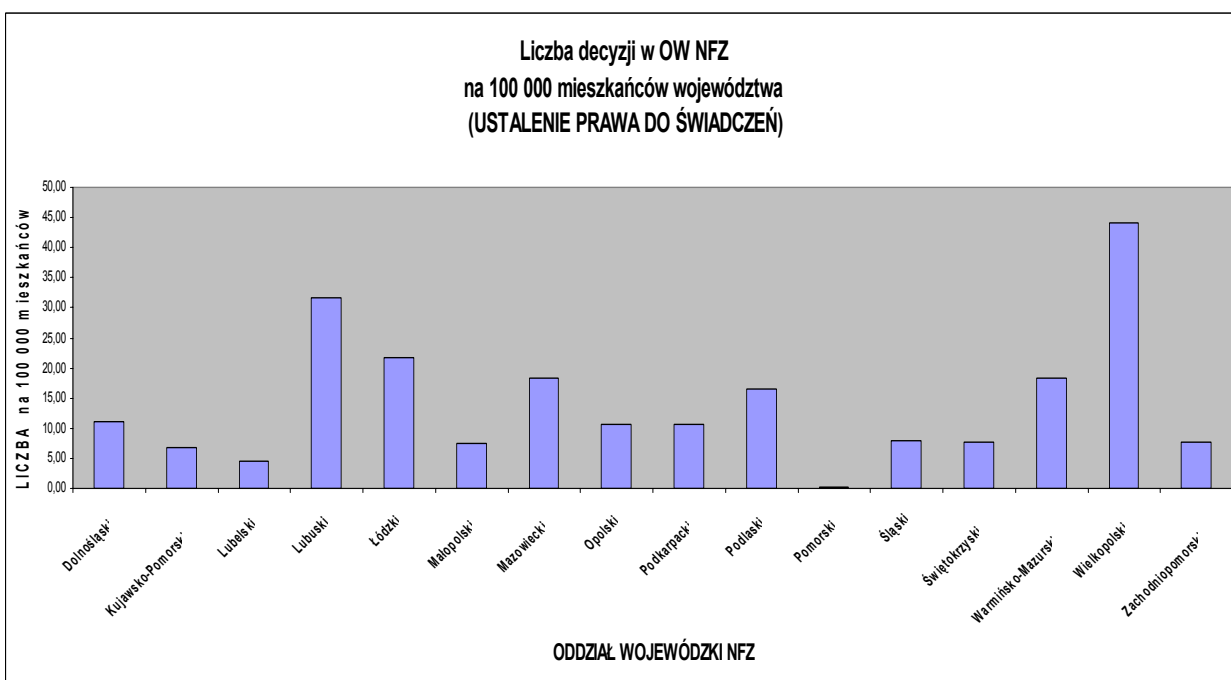
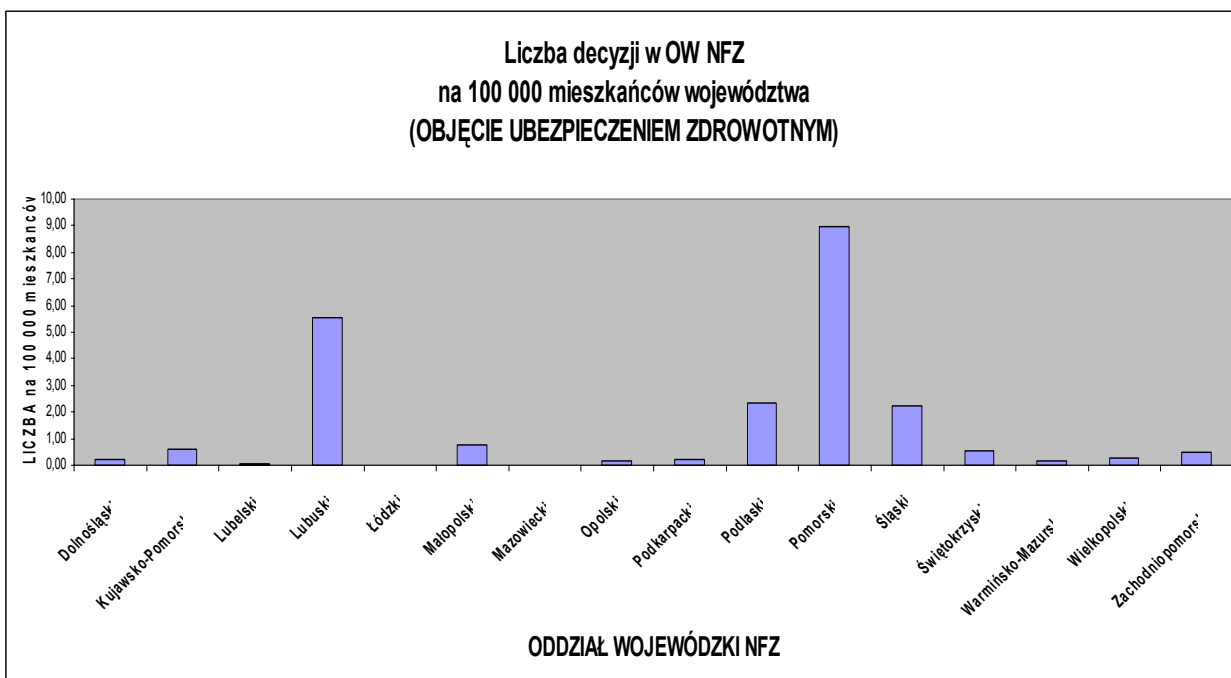
Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego

W roku 2005 decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego były wydawane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich, w oparciu o zapis art. 109 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (załącznik 7).

Decyzje w indywidualnych sprawach zostały podzielone na dwie grupy:

- dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym,
- dotyczące ustalenia prawa do świadczeń.

Poniższe wykresy zawierają analizę dotyczącą liczby decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego odniesioną do liczby mieszkańców województwa.



Decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym dotyczyły w większości obowiązku opłacania składek ubezpieczenia zdrowotnego od osób prowadzących działalność gospodarczą oraz ustalenia właściwego ustawodawstwa;

Najczęstszymi tematami decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń były:

- kontynuacja leczenia ortodontycznego pacjentów z wadami twarzoczaszki, którzy ukończyli 18 rok życia,

- leczenie ortodontyczne dzieci powyżej 12-go roku życia ze schorzeniami nie objętymi programem ortodontycznym dla pacjentów z wadami twarzoczaszki,
- leczenie stomatologiczne ponadstandardowe,
- zwrot kosztów wszczęcia endoprotez - zabiegi wykonane odpłatnie poza kolejnością, poza systemem ubezpieczenia,
- zwrot kosztów innych zabiegów wykonanych poza systemem ubezpieczenia społecznego np.: resekcja przerostu gruczołu prostaty, chirurgia refrakcyjna oka, ortopedia - zwykle w związku z długim okresem oczekiwania na leczenie w ramach ubezpieczenia,
- skrócenie okresu używalności protez, aparatów słuchowych (szczególnie u dzieci),
- pokrycie kosztów środków pomocniczych nieznajdujących się na liście przedmiotów refundowanych np. ubranka uciskowe, osprzęt do pomp insulinowych dla pacjentów powyżej 18-go roku życia,
- leczenie otyłości patologicznej w ośrodku w Zabrze (Szpital Specjalistyczny w Zabrze, jako jedyny w Polsce, wykonuje świadczenie leczenia otyłości patologicznej metodą z zastosowaniem opaski SAGB - jest to metoda około dwukrotnie droższa niż wartość świadczenia określona w katalogu świadczeń opieki zdrowotnej. Większość pacjentów wnosi wnioski o leczenie otyłości właśnie tą metodą i właśnie w tym ośrodku),
- prawo do bezpłatnego zaopatrzenia w leki dla inwalidów wojennych, osób represjonowanych, ich małżonków oraz wdów i wdowców po ww. osobach (zgodnie z art. 46 ww. ustawy),
- kontynuacja terapii lekowej dla pacjentów, którzy posiadali zgodę na refundację przed 30.09.04 r.).

Większość decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, była decyzjami odmownymi wydawanymi ściśle zgodnie z obowiązującymi regulacjami prawnymi. Akty wykonawcze do ww. ustawy - rozporządzenia Ministra Zdrowia dotyczące, np. stomatologii, środków pomocniczych lub przedmiotów ortopedycznych regulują zasady oraz zakres finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Koszty pozytywnych decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydawanych w 2005 roku przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, na etapie wydawania decyzji w oddziale, były możliwe do określenia w przypadkach decyzji dotyczących kontynuacji 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 Narodowego Funduszu Zdrowia uchylające lub zmieniające decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, 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. Liczba zmienionych lub uchylonych decyzji przez Prezesa NFZ dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wynosiła 6, natomiast liczba zmienionych lub uchylonych decyzji przez Prezesa NFZ dotyczących ustalenia prawa do świadczeń wynosiła 23.

3. Problemy zgłaszane przez Świadczeniobiorców

Problemy zgłaszane przez Świadczeniobiorców lub w sprawach Świadczeniobiorców - czyli skargi i wnioski, 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 NFZ 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.).

Tematyka skarg i wniosków w 2005 roku - Oddziały Wojewódzkie i Centrala NFZ - główne problemy zgłaszane przez ubezpieczonych:

Skargi i wnioski dotyczące poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej:

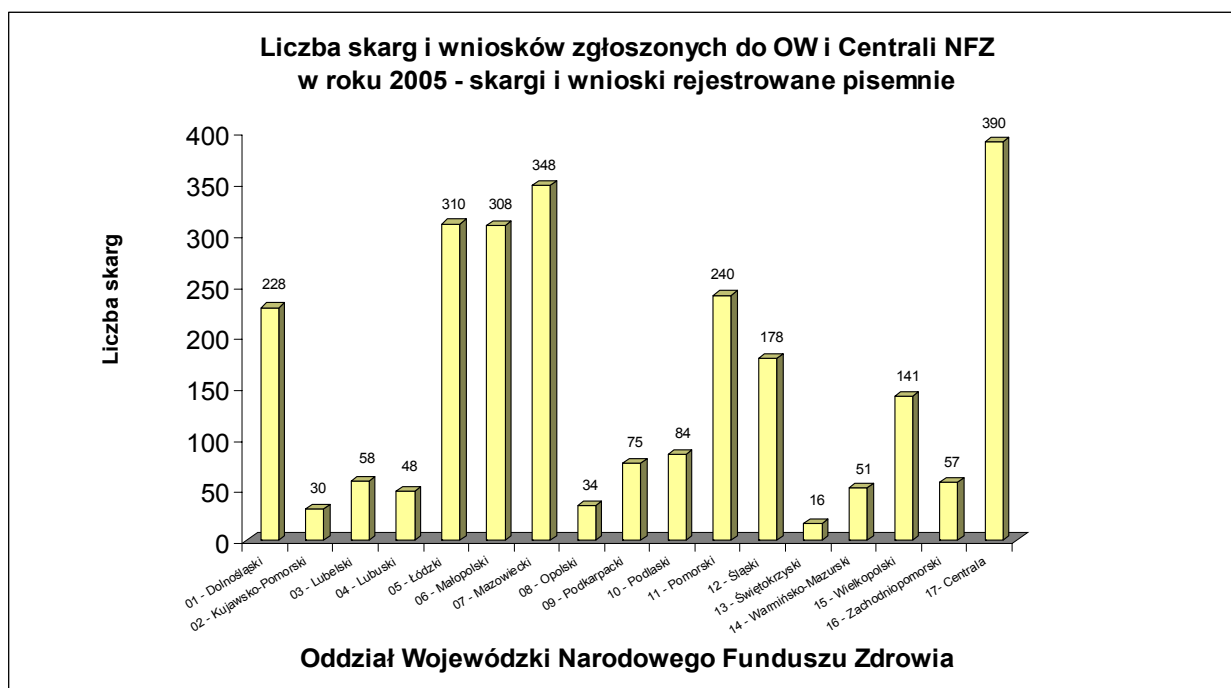
- Podstawowa opieka zdrowotna:
 - zastrzeżenia do procesu diagnostyczno- leczniczego,
 - trudności w uzyskaniu pomocy medycznej w sytuacjach nagłych,
 - utrudniony dostęp do dokumentacji medycznej,
 - ograniczony dostęp do transportu sanitarnego;
- Lecznictwo szpitalne:
 - opłaty za badania dodatkowe przed planowanym zabiegiem operacyjnym,
 - utrudnienia w dowolnym wyborze szpitala,
 - długi czas oczekiwania na zabiegi w ramach hospitalizacji (endoprotezy, stymulatory),
 - ograniczanie przewozu pacjentów ze szpitala do domu mimo uprawnień wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia,
 - ograniczony dostęp do leczenia onkologicznego,
 - brak dostępu do niektórych metod leczenia w ramach ubezpieczenia – np.: leczenie prostaty metodą laserową, leczenie otyłości metodą z zastosowaniem opaski. Traktowanie świadczeń wykonywanych tymi metodami jako ponadstandardowe i płatne;
- Opieka długoterminowa:
 - długi czas oczekiwania na przyjęcie do zakładów opiekuńczo-leczniczych;
- Ambulatoryjna opieka specjalistyczna:

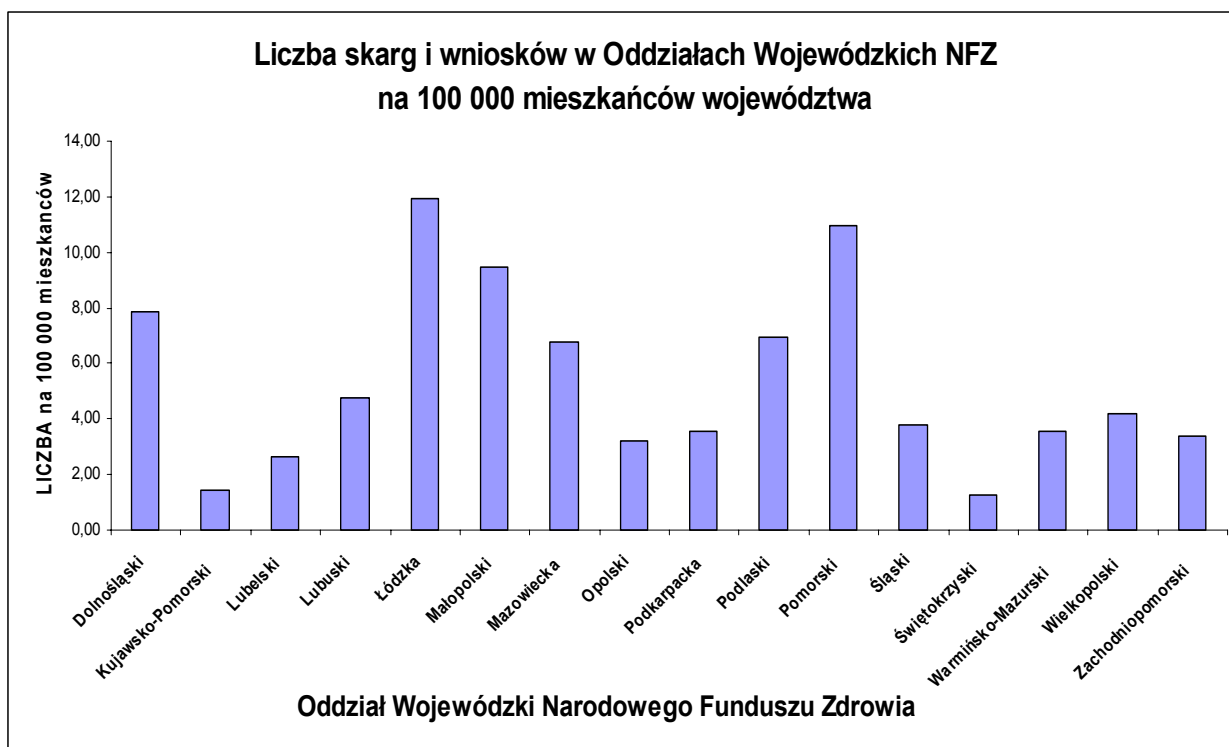
- długi czas oczekiwania na poradę specjalistyczną (szczególnie poradnie: chorób naczyń, urazowo-ortopedyczna, rehabilitacyjna, okulistyczna, kardiologiczna, endokrynologiczna),
- nieuzasadnione pobieranie dodatkowych opłat od pacjentów,
- ograniczona dostępność do badań w trakcie leczenia,
- skargi na limitowanie świadczeń,
- nieprzyjazny dla pacjenta sposób rejestracji - np. tylko osobiście, tylko w określone dni;
- Rehabilitacja:
 - długi czas oczekiwania na leczenie w ośrodkach rehabilitacyjnych,
 - trudności w uzyskaniu świadczeń rehabilitacyjnych bezpośrednio po urazie – ortopedia, neurologia,
 - niska jakość świadczeń;
- Leczenie uzdrowiskowe:
 - warunki lokalowe, wyżywienie,
 - nieodpowiednie wg ubezpieczonych miejsce leczenia,
 - brak udogodnień dla osób niepełnosprawnych,
 - tryb kierowania na leczenie uzdrowiskowe – zbyt długi okres oczekiwania, brak możliwości wyboru miejscowości i terminu;
- Leczenie stomatologiczne:
 - ograniczony dostęp do świadczeń stomatologicznych (długi czas oczekiwania, limity),
 - ograniczony zakres świadczonych usług w ramach ubezpieczenia,
 - odległe terminy przyjęć – poradnia ortodontyczna, poradnia protetyczna,
 - niewłaściwa jakość leczenia stomatologicznego i protetycznego;
- Zaopatrzenie ortopedyczne i środki pomocnicze:
 - konieczność dopłat do sprzętu ortopedycznego i materiałów pomocniczych refundowanych przez NFZ (niezadowolenie z zasad zgodnych z rozporządzeniami Ministra Zdrowia),
 - brak możliwości dostępu do niektórych środków pomocniczych np. ze względu na wiek (osprzęt do pomp insulinowych),
 - długie okresy oczekiwania na realizację zleceń na sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze, spowodowany ograniczeniem środków finansowych będących w dyspozycji OW NFZ;
- Pomoc doraźna:
 - odmowy przyjazdu zespołu pomocy doraźnej,
 - zbyt długi czas oczekiwania na przyjazd zespołu pomocy doraźnej,
- Skargi i wnioski dotyczące funkcjonowania systemu i organizacji pracy placówek opieki zdrowotnej (niezależnie od rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej),

- niegrzeczne i nieetyczne zachowanie personelu medycznego,
- brak dostępu do informacji dotyczącej zasad funkcjonowania ochrony zdrowia w ramach ubezpieczenia w placówkach ochrony Zdrowia,
- prośby o refundację kosztów świadczeń wykonanych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego z powodu długiego okresu oczekiwania w ramach ubezpieczenia lub świadomego wyboru przez pacjenta placówki medycznej, która nie posiadała umowy z NFZ,
- błędy w sztuce lekarskiej (sprawy leżące w kompetencjach Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej).

Charakterystyka ilościowa załatwionych skarg i wniosków (z podziałem wg oddziałów wojewódzkich NFZ - wg sposobu składania skarg i wniosków i z podziałem na skargi zasadne i bezzasadne) (załącznik 8).

Poniższe wykresy przedstawiają liczbę skarg i wniosków wnoszonych pisemnie do Centrali NFZ oraz do Oddziałów NFZ w wartościach bezwzględnych oraz w stosunku do liczby ludności w województwach:





Informacja o sposobie załatwienia skarg i wniosków – przyjęte procedury:

- Sposób załatwiania skarg i wniosków w Centrali NFZ obejmował następujące procedury:
 - ubezpieczony otrzymywał wyjaśnienie problemu zgodnie z zasadami udzielania świadczeń w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, zawartymi w ustawie oraz rozporządzeniach Ministra Zdrowia,
 - wskazywany był ubezpieczonemu sposób rozwiązania problemu w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, np. lista ośrodków wykonujących dane świadczenie opieki zdrowotnej,
 - w niektórych przypadkach wymagających szczegółowej analizy i rozstrzygnięcia, ubezpieczony otrzymywał odpowiedź po zasięgnięciu opinii prawnej lub odpowiedniego Konsultanta Krajowego.

Część spraw była przekazywana do oddziałów wojewódzkich NFZ, w celu rozpatrzenia i podjęcia odpowiednich kroków, zgodnie z właściwością terytorialną. W tych przypadkach zainteresowany otrzymywał informację o przebiegu sprawy.

- Skargi i wnioski, które wpływały do Oddziałów Wojewódzkich NFZ były zwykle załatwiane w poniższym trybie:
 - oddział wojewódzki przeprowadzał kontrolę u świadczeniodawcy i na podstawie wniosków pokontrolnych przysyłał wyjaśnienie zainteresowanemu;
 - oddział wojewódzki udzielał informacji ubezpieczonemu o możliwości realizacji świadczenia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego;
 - oddział wojewódzki rozpatrywał możliwość finansowania świadczenia na zasadzie decyzji indywidualnej.

Informacja o terminowości załatwiania skarg i wniosków oraz przyczynach przeterminowania:

Skargi i wnioski zgłaszane przez ubezpieczonego lub jego pełnomocnika były z reguły załatwiane w terminie nieprzekraczającym 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. Oznacza to, że osoba skarżąca lub zgłaszająca problem otrzymywała odpowiedź w terminie krótszym niż wymieniony wyżej (w zależności od możliwości kadrowych komórki rozpatrującej skargę).

Możliwe przyczyny przekroczeń wymienionych terminów to długi czas oczekiwania na wyjaśnienia ze strony świadczeniodawców, konieczność uzyskania opinii Konsultanta Krajowego, oczekiwanie na uzupełnienie dokumentacji medycznej przez ubezpieczonego.

Charakterystyka przyjęć interesantów w sprawach skarg i wniosków

Ubezpieczeni byli przyjmowani w sprawach skarg i wniosków, od poniedziałku do piątku, w godzinach pracy biur NFZ. Większość spraw zgłaszanych przez interesantów była załatwiana w trybie natychmiastowym, w drodze wyjaśnienia ustnego lub telefonicznej interwencji u świadczeniodawcy. Interesanci byli przyjmowani w Wydziale Skarg i Wniosków Departamentu Spraw Świadczeniobiorców Centrali NFZ, w Wydziałach Skarg i Wniosków oraz Biurach Rzecznika Praw Pacjenta Oddziałów Wojewódzkich. W zależności od możliwości czasowych oraz stopnia trudności problemu, ubezpieczeni byli przyjmowani przez pracowników biur lub przez naczelników i dyrektorów. Część spraw, wymagająca rozpoczęcia toku wyjaśnienia, była przyjmowana na piśmie i rejestrowana jako skargi lub wnioski pisemne.

Pracownicy komórek odpowiedzialnych za przyjmowanie i rozpatrywanie skarg i wniosków udzielali informacji i rozwiązywali problemy zgłaszane telefonicznie. Większość tych spraw była załatwiana w sposób natychmiastowy. W sprawach skomplikowanych, ubezpieczony był proszony o wniesienie skargi lub przedstawienie problemu na piśmie. W związku z powyższym sprawy zgłaszane osobiście lub telefonicznie, a wymagające nadania toku, rejestrowane były jako sprawy pisemne.

Charakterystyka tematyczna przyjęć interesantów:

- zgłaszanie uwag i trudności związanych z korzystaniem z usług świadczeniodawców,
- prośby o informacje związane z zasadami udzielania świadczeń opieki zdrowotnej,
- prośby o informacje na temat świadczeniodawców wykonujących poszczególne świadczenia .

4. Interwencje podjęte przez Rzecznika Praw Pacjenta

Rzecznik Praw Pacjenta w Centrali oraz Rzecznicy Praw Pacjenta w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia realizowali zadania w oparciu o ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej 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. Nadsyłane sprawy prowadzone były we współpracy Rzeczników oddziałów wojewódzkich i 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 Skarg, Wniosków i Obsługi Kancelaryjnej Ministra Zdrowia oraz innych instytucji współpracujących, takich jak: Rzecznik Praw Dziecka, Rzecznik Ubezpieczonych przy Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, Naczelny Lekarz Więziennictwa, Okręgowi Inspektorzy Służby Więziennej, Biuro Kontroli i Inspekcji Centralnego Zarządu Służby Więziennej, 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.

Poniższa tabela przedstawia ilościowo sprawy zgłaszane do Rzeczników Praw Pacjenta w oddziałach wojewódzkich NFZ i w Centrali Funduszu

L.p.	Oddział Wojewódzki/Centrala NFZ	Ilość pism	Ilość zgłoszeń osobistych	Ilość rozmów tel.	Ogółem spraw	Wskaźnik na 10 000 mieszkańców
1.	Dolnośląski	1042	1009	3790	5841	20,1
2.	Kujawsko-Pomorski	255	1902	6000	8157	39,4
3.	Lubelski	77	890	2037	2927	13,3
4.	Lubuski	211	500	2500	3247	32,1
5.	Łódzki	367	499	1013	1879	7,2
6.	Małopolski	628	850	4777	6255	19,1
7.	Mazowiecki*	447	55	732	1185	2,3
8.	Opolski	47	750	2500	3200	30,4
9.	Podkarpacki	214	800	1725	2739	13
10.	Podlaski	69	783	429	1281	10,6
11.	Pomorski	762	166	2918	3846	17,5
12.	Śląski	766	337	2187	3290	6,9
13.	Świętokrzyski	126	841	1403	2370	18,3
14.	Warmińsko-Mazurski	330	9480	19200	29010	203
15.	Wielkopolski	189	890	3764	4843	14,3

16.	Zachodniopomorski	1837	2450	3871	8158	48,1
17.	Centrala	988	700	6000	7688	-----
	RAZEM:	8355	22902	64846	95916	25,1

dane przedstawione w tabeli są danymi szacunkowymi

* RPP MOW NFZ funkcjonuje od 01.05.2005 r., przedstawione dane obejmują zatem okres 01.05.2005 r. – 31.12.2005 r.

Najczęściej zgłaszane problemy zgodnie z liczbą zarejestrowanych spraw dotyczyły w zakresie:

- podstawowej opieki zdrowotnej:
 - ograniczania dostępu do świadczeń, zwłaszcza w sytuacjach nagłych oraz w zakresie diagnostyki ;
- specjalistki ambulatoryjnej:
 - ograniczona dostępność - długi okres oczekiwania na udzielenie świadczeń, zwłaszcza w poradniach kardiologicznych, endokrynologicznych, alergologicznych, hepatologii, chorób naczyń, reumatologicznych, okulistycznych;
- świadczeń szpitalnych:
 - ograniczonego dostępu do leczenia specjalistycznego wskutek kolejek osób oczekujących na hospitalizację,
 - pobierania opłat za świadczenia objęte umową z NFZ,
 - naruszania praw pacjenta, zwłaszcza w zakresie poszanowania godności, intymności oraz ograniczenie dostępu do dokumentacji medycznej, a także niedostatecznej informacji o stanie zdrowia;
- rehabilitacji:
 - długich kolejek 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 przyjmowania stanów przewlekle chorych na oddziały rehabilitacyjne;
- lecznictwa uzdrowiskowego:
 - zbyt długiego okresu oczekiwania na realizację wniosku,
 - braku uzasadnienia odmowy potwierdzenia wniosku;
- stomatologii:
 - pobierania opłat za świadczenia objęte umową,
 - odmowy udzielenia świadczenia w sytuacjach nagłych,
 - długich okresów oczekiwania w zakresie świadczeń ortodoncji i protetyki,
 - złej jakości świadczeń,
 - trudności w dostępie do dokumentacji;
- opieki psychiatrycznej:

- naruszenie praw pacjenta zwłaszcza w zakresie poszanowania godności, intymności i prawa do samostanowienia oraz informacji o stanie Zdrowia;
- opieki długoterminowej:
 - 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 pielęgniarzkiej nad pacjentem w warunkach ambulatoryjnych;
- diagnostyki:
 - odmowy wystawiania przez lekarzy skierowań na badania bądź odmowy finansowania badań diagnostycznych i analitycznych;
- leków:
 - w tym zakresie ilość zgłoszeń uległa zmniejszeniu - sądzić można, że jest to skutek systematycznego poprawiania i uzupełniania programów lekowych oraz uzupełniania formuły zgody płatnika (zwłaszcza zmiana Zarządzenia Nr 49/2005 r. Prezesa NFZ). Nie bez wpływu było upowszechnienie informacji, dotyczących procedur i to zarówno w środowiskach medycznych, jak i wśród pacjentów.

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 organy 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.

Działania podejmowane w celu eliminacji naruszania praw pacjenta:

Akcje informacyjne i edukacyjne znacząco wpływały na poprawę sytuacji w ww. zakresie oraz 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. GOSPODARKA FINANSOWA

1. Wykonanie planu finansowego za 2005 r.

Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 rok został ustalony w drodze Zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2004 roku. W trakcie roku ulegał 13-krotnie zmianom zatwierdzanym kolejnymi zarządzeniami Ministra Zdrowia. W konsekwencji niniejszych zmian planowana wartość środków finansowych przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych została zwiększona w ciągu 2005 roku o 979.763,00 tys. zł., tj. o 3,05%.

Zmiany planu finansowego NFZ w 2005 roku

Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia ustalony Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30.09.2004 roku zakładał równomierny wzrost nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej we wszystkich oddziałach wojewódzkich Funduszu: o 5,17%, w tym w pozycji refundacja cen leków o 2,2% - w odniesieniu do planu finansowego na 2004 rok, ustalonego Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20.09.2004 roku (biorąc pod uwagę koszty świadczeń zdrowotnych z wyłączeniem lecznictwa uzdrowiskowego).

Zastosowana metoda konstrukcji planu „przeniosła” na 2005 rok historycznie ukształtowaną strukturę podziału środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń zdrowotnych pomiędzy województwa oraz spowodowała zagrożenie dyscypliny finansowej na skutek niedoszacowania planu refundacji cen leków.

Plan kosztów świadczeń zdrowotnych w oddziałach wojewódzkich ustalony na 2005r. w dniu 30.09.2004 roku na tle planu 2004 roku

w tys. zł

Oddział Wojewódzki		Plan 2004 r. z dn. 20.09.2004	Plan 2005 r. z dn. 30.09.2004	Dynamika 2005/2004
1		2	3	4
1	Dolnośląski	2 181 858,00	2 294 693,00	105,17%
2	Kujawsko-Pomorski	1 545 661,00	1 625 609,00	105,17%
3	Lubelski	1 606 914,00	1 690 013,00	105,17%
4	Lubuski	736 372,00	774 457,00	105,17%
5	Łódzki	1 937 205,00	2 037 389,00	105,17%
6	Małopolski	2 473 839,00	2 601 782,00	105,17%
7	Mazowiecki	4 647 636,00	4 888 061,00	105,17%

8	Opolski	717 561,00	754 686,00	105,17%
9	Podkarpacki	1 483 034,00	1 559 747,00	105,17%
10	Podlaski	905 801,00	952 646,00	105,17%
11	Pomorski	1 608 615,00	1 691 813,00	105,17%
12	Śląski	3 858 913,00	4 058 514,00	105,17%
13	Świętokrzyski	946 579,00	995 540,00	105,17%
14	Warmińsko-Mazurski	1 084 810,00	1 140 922,00	105,17%
15	Wielkopolski	2 546 822,00	2 678 538,00	105,17%
16	Zachodniopomorski	1 229 869,00	1 293 473,00	105,17%
OW NFZ		29 511 489,00	31 037 883,00	105,17%

Poniższa tabela prezentuje relacje pomiędzy planami kosztów refundacji cen leków ustalonymi w dniu 30.09.2004 roku poszczególnym oddziałom wojewódzkim, a kosztami, które oddziały poniosły w 2004 roku.

Plan kosztów refundacji cen leków ustalony na 2005 rok 30.09.2004 roku

w tys. zł

Oddział wojewódzki		Wykonanie 2004r.	Plan 2005 r. (30.09.2004r.)	Różnica	Dynamika
1		2	3	4=3-2	5=3/2
1	Dolnośląski	472 542,38	472 943,00	400,62	100,08%
2	Kujawsko-Pomorski	335 262,13	342 013,00	6 750,87	102,01%
3	Lubelski	335 070,89	339 896,00	4 825,11	101,44%
4	Lubuski	143 522,37	147 924,00	4 401,63	103,07%
5	Łódzki	457 320,37	457 351,00	30,63	100,01%
6	Małopolski	534 531,81	544 660,00	10 128,19	101,89%
7	Mazowiecki	940 906,87	960 161,00	19 254,13	102,05%
8	Opolski	139 850,88	146 460,00	6 609,12	104,73%
9	Podkarpacki	293 108,02	299 539,00	6 430,98	102,19%

10	Podlaski	177 206,92	172 403,00	-4 803,92	97,29%
11	Pomorski	366 042,08	356 452,00	-9 590,08	97,38%
12	Śląski	754 955,52	747 399,00	-7 556,52	99,00%
13	Świętokrzyski	183 393,74	193 252,00	9 858,26	105,38%
14	Warmińsko-Mazurski	204 750,51	203 838,00	-912,51	99,55%
15	Wielkopolski	503 268,91	460 500,00	-42 768,91	91,50%
16	Zachodniopomorski	276 655,64	221 963,00	-54 692,64	80,23%
OW NFZ		6 118 389,04	6 066 754,00	-51 635,04	99,16%

Zgodnie z Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30.09.2004 roku część środków, o łącznej wartości 1.079.467,00 tys. zł., przeznaczonych na finansowanie świadczeń zdrowotnych została pozostawiona w planie finansowym Centrali. W ten sposób zarezerwowano środki finansowe gwarantujące realizację świadczeń zdrowotnych, których terytorialna alokacja nie była możliwa na etapie budowy planu Funduszu.

Środki finansowe zapisane w planie Centrali przeznaczone były na realizację:

- programów terapeutycznych finansowanych w 2004 r. przez Ministerstwo Zdrowia,
- profilaktycznych programów zdrowotnych,
- świadczeń z rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe,
- świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków wynikających z przepisów o koordynacji w ramach UE.

W ciągu roku przekazywano je do oddziałów wojewódzkich w drodze kolejnych zmian planu. W rezultacie plan kosztów świadczeń zdrowotnych w oddziałach wojewódzkich powiększony został w 2005 roku o kwotę 2.021.523,00 tys. zł., tj. o 6,51%.

Poniższa tabela przedstawia skutki zmian planów kosztów świadczeń zdrowotnych w 2005 roku w oddziałach wojewódzkich Funduszu.

Skutki zmian planów kosztów świadczeń zdrowotnych przeprowadzonych w 2005 roku

w tys. zł

Oddział wojewódzki		Plan 2005 r. (30.09.2004r.)	Plan 2005 r. (28.12.2005r.)	Różnica	Dynamika
1		2	3	4=3-2	5=3/2
1	Dolnośląski	2 294 693,00	2 481 988,00	187 295,00	108,16%
2	Kujawsko-Pomorski	1 625 609,00	1 778 053,00	152 444,00	109,38%

3	Lubelski	1 690 013,00	1 790 555,00	100 542,00	105,95%
4	Lubuski	774 457,00	810 010,00	35 553,00	104,59%
5	Łódzki	2 037 389,00	2 140 032,00	102 643,00	105,04%
6	Małopolski	2 601 782,00	2 796 814,00	195 032,00	107,50%
7	Mazowiecki	4 888 061,00	5 196 736,00	308 675,00	106,31%
8	Opolski	754 686,00	795 831,00	41 145,00	105,45%
9	Podkarpacki	1 559 747,00	1 672 183,00	112 436,00	107,21%
10	Podlaski	952 646,00	1 001 971,00	49 325,00	105,18%
11	Pomorski	1 691 813,00	1 796 285,00	104 472,00	106,18%
12	Śląski	4 058 514,00	4 283 393,00	224 879,00	105,54%
13	Świętokrzyski	995 540,00	1 074 620,00	79 080,00	107,94%
14	Warmińsko-Mazurski	1 140 922,00	1 194 645,00	53 723,00	104,71%
15	Wielkopolski	2 678 538,00	2 822 768,00	144 230,00	105,38%
16	Zachodniopomorski	1 293 473,00	1 423 522,00	130 049,00	110,05%
OW NFZ		31 037 883,00	33 059 406,00	2 021 523,00	106,51%

W 2005 roku po raz pierwszy opracowano w NFZ szczegółowe materiały analityczne dotyczące dostępności do poszczególnych zakresów świadczeń zdrowotnych we wszystkich województwach oraz kształtowania się cen stosowanych w rozliczeniach ze świadczeniodawcami w poszczególnych regionach kraju. Analiza zgromadzonych informacji ujawniła w szczególności obszary nieuzasadnionych dysproporcji w zakresie dostępności do świadczeń i cen rozliczeniowych, a tym samym umożliwiła identyfikację pożądanych kierunków zmian niezbędnych dla stopniowego niwelowania tych różnic na terenie całego kraju.

W związku z powyższym równoległe ze wzrostem nakładów przeznaczonych na koszty świadczeń zdrowotnych, w oddziałach wojewódzkich dokonywano stopniowej zmiany ich struktury.

W poniższej tabeli zaprezentowano porównanie planów finansowych NFZ na 2005 rok: „pierwotnego”, tj. przyjętego Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30.09.2004 roku oraz „ostatecznego”, tj. przyjętego Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28.12.2005 roku z uwzględnieniem wnioskowanych przez oddziały wojewódzkie przesunięć będących w kompetencji Dyrektorów OW.

Zmiana planu finansowego NFZ w 2005 roku

w tys. zł					
Lp.	Wyszczególnienie	Plan 2005r. z dnia 30 września 2004r.	Plan 2005r. z dnia 28 grudnia 2005r. plus przesunięcia	Różnica (4-3)	Dynamika w %
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:	34 284 984,00	34 284 984,00	0,00	100,00%
1.1	od ZUS	31 198 398,00	31 198 398,00	0,00	100,00%
1.2	od KRUS	3 086 586,00	3 086 586,00	0,00	100,00%
2.	Planowany odpis aktualizujący składkę należną (2.1+2.2), w tym:	1 014 160,00	873 389,00	-140 771,00	86,12%
2.1	w stosunku do ZUS	923 063,00	782 292,00	-140 771,00	84,75%
2.2	w stosunku do KRUS	91 097,00	91 097,00	0,00	100,00%
3.	Koszt poboru i ewidencjonowania składek (3.1+3.2)	71 824,00	72 063,00	239,00	100,33%
3.1	Koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS	64 335,00	64 574,00	239,00	100,37%
3.2	Koszty poboru i ewidencjonowania składek przez KRUS	7 489,00	7 489,00	0,00	100,00%
A.	Przychody netto z działalności (1 - 2 - 3+A1+A2)	33 255 000,00	33 374 507,00	119 507,00	100,36%
A1	Przychody wynikające z przepisów o koordynacji	56 000,00	4 436,00	-51 564,00	7,92%
A2	Otrzymane środki na programy polityki zdrowotnej realizowane na zlecenie MZ		30 539,00	30 539,00	-
B.	Koszty realizacji zadań (B1+B2+B3)	32 460 200,00	33 127 652,00	667 452,00	102,06%
B1	Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	342 850,00	0,00	-342 850,00	0,00%
B2	Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych (B2.1+...+B2.15), w tym:	32 117 350,00	33 097 113,00	979 763,00	103,05%
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	3 678 408,00	3 629 082,00	-49 326,00	98,66%
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w tym:	2 337 098,00	2 365 977,00	28 879,00	101,24%
B2.3	lecznictwo szpitalne	13 507 040,00	14 525 526,00	1 018 486,00	107,54%
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 103 683,00	1 089 138,00	-14 545,00	98,68%
B2.5	rehabilitacja lecznicza	848 388,00	918 914,00	70 526,00	108,31%
B2.6	opieka długoterminowa	527 720,00	523 829,00	-3 891,00	99,26%
B2.7	leczenie stomatologiczne	967 967,00	970 877,00	2 910,00	100,30%
B2.8	lecznictwo uzdrowiskowe	356 467,00	351 449,00	-5 018,00	98,59%
B2.9	pomoc doraźna i transport sanitarny	929 971,00	934 059,00	4 088,00	100,44%
B2.10	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	105 000,00	79 013,00	-25 987,00	75,25%
B2.11	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	885 832,00	884 839,00	-993,00	99,89%
B2.12	zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	403 022,00	459 674,00	56 652,00	114,06%
B2.13	refundacja cen leków	6 066 754,00	6 327 294,00	260 540,00	104,29%
B2.14	koszty świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków wynikających z przepisów koordynacji	400 000,00	37 442,00	-362 558,00	9,36%
B2.15	rezerwa na koszty świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków		0,00	0,00	-
B3	Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie Ministerstwa Zdrowia		30 539,00	30 539,00	-
C.	WYNIK NA DZIAŁALNOŚCI (A - B)	794 800,00	246 855,00	-547 945,00	31,06%
D.	Koszty administracyjne (D1+...+D9), w tym	343 368,00	350 900,00	7 532,00	102,19%
D1	zuzycie materiałów i energii	15 489,00	14 903,00	-586,00	96,22%
D2	usługi obce	72 150,00	71 406,00	-744,00	98,97%
D3	podatki i opłaty	3 118,00	3 121,00	3,00	100,10%
D4	wynagrodzenia	172 448,00	176 016,00	3 568,00	102,07%
D5	świadczenia na rzecz pracowników z pochodnymi od wynagrodzeń	37 731,00	39 298,00	1 567,00	104,15%
D6	koszty funkcjonowania Rady Funduszu	200,00	200,00	0,00	100,00%
D7	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych zakupionych ze środków własnych Funduszu	31 442,00	33 877,00	2 435,00	107,74%
D8	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych otrzymanych nieodpłatnie	6 774,00	6 878,00	104,00	101,54%
D9	pozostałe koszty administracyjne	4 016,00	5 201,00	1 185,00	129,51%
E.	Pozostałe przychody (E1+E2)	300,00	125 582,00	125 282,00	41860,67%
E1	darowizny i zapisy otrzymane, w tym kwota umorzenia majątku otrzymanego nieodpłatnie wynikająca z rozliczeń międzyokresowych przypadająca na rok planowania	300,00	300,00	0,00	100,00%
E2	inne przychody	0,00	125 282,00	125 282,00	-
F.	Pozostałe koszty (F1+...+F4)	460 476,00	68 535,00	-391 941,00	14,88%
F1	utworzone rezerwy na spłatę pożyczki udzielonej z budżetu państwa	320 689,00	0,00	-320 689,00	0,00%
F2	wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia (w tym części stałych książeczek usług medycznych)	1 000,00	1 000,00	0,00	100,00%
F3	rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych	136 928,00	66 928,00	-70 000,00	48,88%
F4	rezerwa na koszty administracyjne związane z realizacją przepisów o koordynacji	1 859,00	607,00	-1 252,00	32,65%
F5	inne koszty		0,00	0,00	-
G.	Przychody finansowe	17 302,00	56 530,00	39 228,00	326,73%
G1	odsetki uzyskane z lokat i papierów wartościowych	17 302,00	56 530,00	39 228,00	326,73%
H.	Koszty finansowe (H1+H2)	8 558,00	9 532,00	974,00	111,38%
H1	odsetki od pożyczki udzielonej przez budżet państwa	1 558,00	2 532,00	974,00	162,52%
H2	inne koszty finansowe	7 000,00	7 000,00	0,00	100,00%
I.	WYNIK BRUTTO NA CAŁOKSZTAŁCIE DZIAŁALNOŚCI (C - D + E - F + G - H)	0,00	0,00	0,00	-
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 OGÓLEM BRUTTO (I + J)	0,00	0,00	0,00	-
L.	Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego	0,00	0,00	0,00	-
M.	WYNIK FINANSOWY OGÓLEM NETTO (K - L)	0,00	0,00	0,00	-
O.	Kwota przeznaczona na pokrycie nadwyżki kosztów nad przychodami z lat ubiegłych (wynikająca z programu przywrócenia równowagi finansowej - kwota dotycząca roku planowania)	0,00	0,00	0,00	-
P.	PRZYCHODY - ogółem	34 358 586,00	34 502 071,00	143 485,00	100,42%
R.	KOSZTY - ogółem	34 358 586,00	34 502 071,00	143 485,00	100,42%

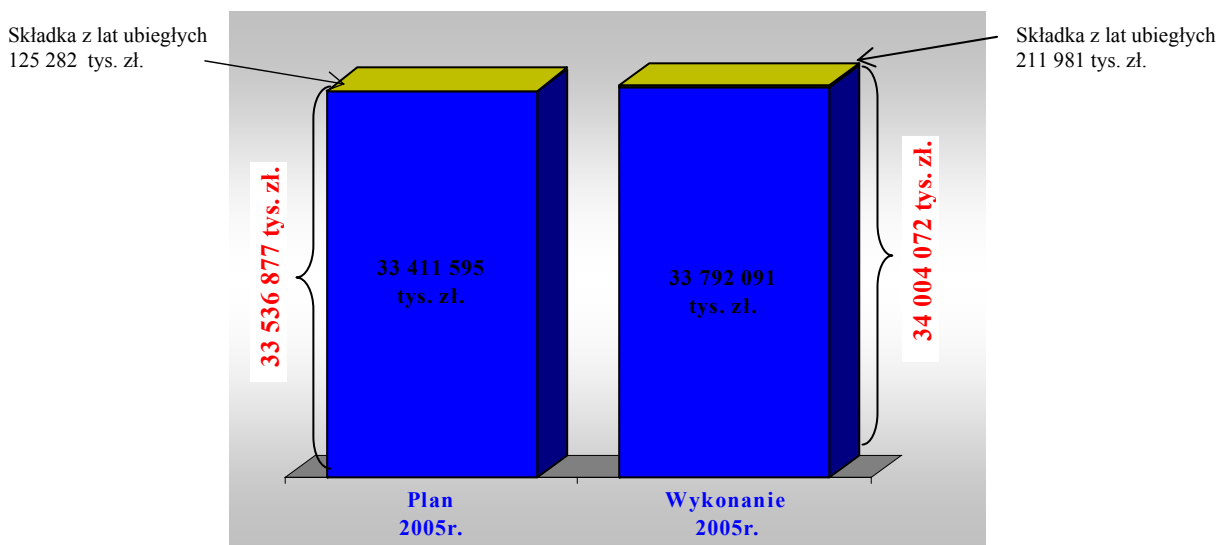
1.1. Przychody ze składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne

Przychody z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne zrealizowane zostały w 2005 roku w łącznej wysokości 34.004.072,07 tys. zł. i objęły:

- przychody ze składek dotyczących roku bieżącego w wysokości 33.792.090,91 tys. zł.,
- przychody ze składek z lat ubiegłych w wysokości 211.981,16 tys. zł.

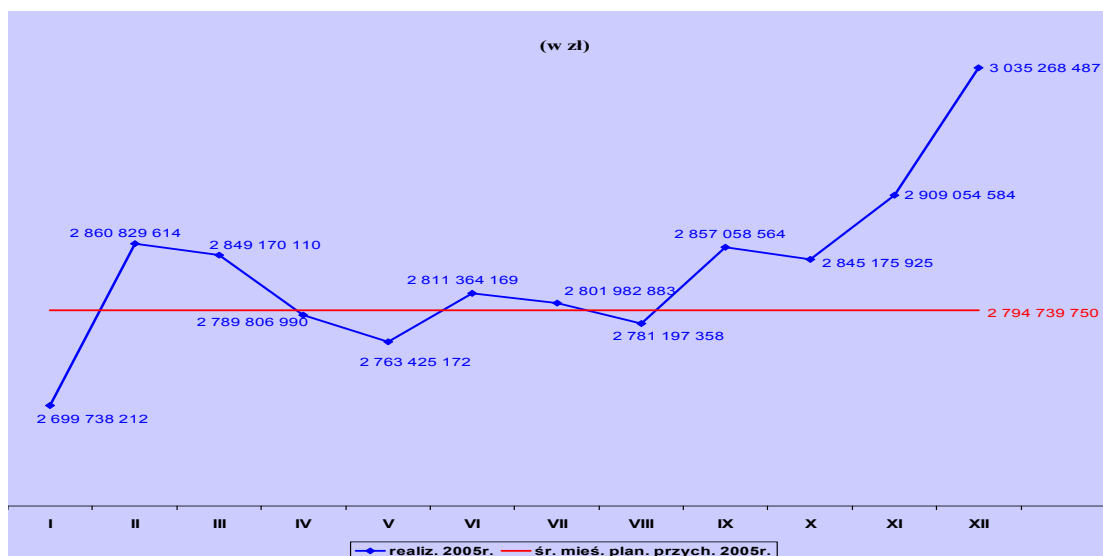
Poniższy wykres przedstawia wartość uzyskanych w 2005 roku przychodów NFZ z tytułu składek (bieżących i z lat ubiegłych) w stosunku do planu finansowego.

Przychody NFZ ze składek brutto w 2005 r.



Tempo splotu składki brutto z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego było w ciągu roku nierównomierne i kształtowało się w sposób następujący:

Przychody NFZ ze składek brutto w kolejnych miesiącach 2005r.



Przychody z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne stanowią główne źródło finansowania wydatków NFZ. Wysokość tych przychodów uzależniona jest od czynników zewnętrznych niezależnych od NFZ. Monitoring finansowy wspomagający decyzje o zmianach planu w tym zakresie, jest procesem polegającym na ciągłej analizie ekonomiczno - finansowej. Pozwala na systematyczne, metodyczne śledzenie i rejestrowanie zmian zachodzących w NFZ i jego otoczeniu dla celów diagnozy, sterowania i przewidywania rozwoju sytuacji. Obejmuje monitoring bieżący, na bazie którego analizą objęta jest wielkość uzyskiwanych przychodów odnieszona do wielkości planowanych i wyników poprzednich okresów oraz monitoring strategiczny pozwalający na badanie wpływu zmian wielkości poszczególnych czynników, w tym wskaźników makroekonomicznych decydujących o wysokości przychodów, na realizację planu.

Analiza realizacji planu przychodów prowadzona była w dwóch przekrojach. Jako punkt odniesienia dla realizacji przychodów przyjęto plan równomiernie rozłożony w czasie. Równocześnie analizie poddawany był prognozowany rozkład przychodów w trakcie roku uwzględniający wahania okresowe. Jednakże ze względu na fakt, że został on sporządzony na podstawie dostępnej wiedzy z dwóch poprzednich lat, a więc danych z krótkiego okresu, analiza ta miała charakter pomocniczy.

W okresie styczeń – wrzesień 2005 roku trend kształtowania się przychodów ze składek uzyskiwanych przez Fundusz był zbieżny z obserwowanym w latach poprzednich. Kształtowanie się przychodów brutto w stosunku do planu rozłożonego równomiernie w badanym okresie przedstawiono w poniższej tabeli.

Przychody ze składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne w kolejnych miesiącach 2005r. w stosunku do planu rozłożonego równomiernie w ciągu roku

w mln zł

Miesiąc	ZUS		KRUS		Ogółem	
	nadwyżka	niedobór	nadwyżka	niedobór	nadwyżka	niedobór
styczeń	-	-59,0	-	-13,5	-	-72,5
luty	102,6	-	-	-15,0	87,6	-
marzec	94,7	-	-	-18,1	76,6	-
kwiecień	31,2	-	-	-13,9	17,3	-
maj	7,0	-	-	-16,1	-	-9,1
czerwiec	56,6	-	-	-17,8	38,8	-
lipiec	43,9	-	-	-14,5	29,4	-
sierpień	24,1	-	-	-15,5	8,6	-
wrzesień	100,3	-	-	-15,8	84,5	-
Suma	401,4		-140,2		261,2	

Ostrożność przy powiększaniu zobowiązań NFZ w oparciu o ponadplanowe przychody ze składki wynikała z przeprowadzonej w lipcu, na podstawie zaktualizowanych wskaźników makroekonomicznych, weryfikacji prognozy przychodów brutto, która wskazała na

zagrożenie niedoboru przychodów ze składek w wysokości 707 mln zł., wobec założonego w planie odpisu aktualizującego składkę należną w wysokości 1 014 mln zł. Na wynik ten wpływ miały zmiany w szczególności następujących wskaźników: spadek dynamiki nominalnej przeciętnego wynagrodzenia w gospodarce narodowej, przeszacowanie ceny żyta za pierwsze trzy kwartały 2004 roku (skutek dla 2005 roku), spadek dynamiki przeciętnej liczby zasiłków przedemerytalnych lub świadczeń przedemerytalnych, spadek dynamiki przeciętnej liczby emerytów i rencistów z pozarolniczego systemu ubezpieczeń. Dodatkowo na zmniejszenie prognozowanego wyniku w 2005 roku wpłynęła aktualizacja bazy danych przez ZUS o liczbie płacących składkę i wysokości przypisu składek za 2004 rok. Wnioski płynące z powyższej analizy potwierdziły się empirycznie w przypadku KRUS-u już w pierwszej połowie roku, o czym świadczą dane zawarte w powyższej tabeli.

Realizacja przychodów za pośrednictwem ZUS-u pozwalała na umiarkowany optymizm mimo pogorszenia się wskaźników makroekonomicznych w stosunku do założeń.

Biorąc pod uwagę wszystkie powyższe przesłanki podjęto decyzję o wykorzystywaniu wyłącznie zrealizowanych ponadplanowych przychodów ze składek w kwocie 265,8 mln zł (różnica w stosunku do kwoty 261,2 mln zł wykazanej w tabeli wynikała z uzyskiwanej jeden raz w kwartale informacji o udziale składki z lat ubiegłych w przychodach otrzymywanych z ZUS).

Przychody października, pomimo iż wyższe niż planowane (o 72,6 mln zł), były mniejsze o 11,9 mln zł w stosunku do poprzedniego miesiąca. W latach poprzednich w październiku odnotowywano wzrost przychodów w porównaniu do września, w obliczu czego odstąpiono od wykorzystania nadwyżki przychodów uzyskanej w październiku.

Nadwyżki uzyskane w listopadzie i grudniu, odpowiednio 136,5 mln zł i 262,7 mln zł, nie mogły zostać skonsumowane z przyczyn formalnych. Procedura zmiany planu finansowego NFZ trwająca około miesiąca (wydanie opinii przez Radę NFZ, Komisje Sejmowe: Finansów Publicznych i Zdrowia, zatwierdzenie zmiany przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów), uniemożliwiła uwzględnienie w planie finansowym ponadplanowych przychodów począwszy od listopada (memoriałowy koniec miesiąca przypada na około 21 dzień kolejnego miesiąca).

Łącznie w 2005 roku nadwyżka przychodów ze składki w stosunku do pierwotnego planu finansowego wyniosła 733,0 mln zł. Z kwoty tej w kolejnych zmianach planu uwzględniono 265,8 mln zł, co oznacza że ostatecznie ponadplanowe przychody wyniosły 467,2 mln zł, tj. 1,4%. Na wynik ten wpłynęła nadwyżka przychodów uzyskiwanych za pośrednictwem ZUS-u wynosząca 721,6 mln zł, tj. 2,4% oraz niewykonanie planu przychodów ze składek przekazywanych przez KRUS w wysokości 254,4 mln zł, tj. 8,5%.

Przychody ze składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne – dotyczące roku bieżącego

W okresie 2005 roku przychody z tytułu składki należnej brutto w roku planowania zrealizowane zostały w wysokości 33.792.090,91 tys. zł i przekroczyły wielkość planowaną o 380.495,91 tys. zł.

Przychody ze składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne w latach 2004-2005r. – dotyczące roku bieżącego

w tys. zł

Wyszczególnienie	Wykonanie 2004r.	Plan 2005r.	Wykonanie 2005r.	Różnica 2005r. (wyk.-plan)	% realizacji planu 2005r.	Dynamika 2005/2004r.
Składka należna brutto w roku planowania - bieżąca (pomniejszona o odpis aktualizujący składkę)	31 263 735,53	33 411 595,00	33 792 090,91	380 495,91	101,14%	108,09%

Przychody ze składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne - z lat ubiegłych

W 2005 roku ZUS przekazał do NFZ składki na ubezpieczenie zdrowotne z lat ubiegłych w wysokości 211.981,16 tys. zł. Fundusz uwzględniał wykorzystanie niniejszych – wcześniej nie planowanych - przychodów w kolejnych zmianach planu finansowego traktując je, jako źródło dodatkowych środków przeznaczonych na realizację świadczeń zdrowotnych. Ocena możliwości finansowych NFZ wynikających z tego tytułu była utrudniona ze względu na fakt, iż informację o strukturze wszystkich przychodów otrzymywanych z ZUS - w podziale na składki dotyczące roku bieżącego i składki z lat ubiegłych - Fundusz uzyskiwał po podsumowaniu kolejnych kwartałów. Ze względu na bezpieczeństwo realizacji planu finansowego niniejsza informacja była jedną z kluczowych, uwzględnianych przy podejmowaniu decyzji o zwiększaniu planu kosztów świadczeń zdrowotnych.

Struktura przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne uzyskanych przez NFZ

Uzyskana struktura środków finansowych z tytułu składek (bieżących i z lat ubiegłych) w 2005 roku ukształtowała się następująco:

Struktura przychodów ze składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne w 2005r.

Wyszczególnienie	Planowana struktura przychodów	Zrealizowana struktura przychodów	Różnica (wyk.-plan)
ZUS	91,07%	91,94%	0,87
KRUS	8,93%	8,06%	-0,87

Wskaźnik realizacji przychodów z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne

Z analizy sprawozdania z realizacji planu finansowego Funduszu za 2005 roku wynika, że dzięki uzyskaniu przychodów ze składek z lat ubiegłych, wskaźnik realizacji przychodów z ZUS był wyższy od planowanego o 2,31 punkty procentowe.

W zakresie składek otrzymywanych od KRUS uzyskano niższy niż planowano wskaźnik realizacji przychodów o 8,24 punkty procentowe.

Wskaźniki realizacji przychodów ze składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne w 2005r.

Wyszczególnienie	Planowany spływ składki	Zrealizowany spływ składki	Różnica (wyk.-plan)
ZUS	97,50%	99,81%	2,31
KRUS	97,05%	88,81%	-8,24

Przychody z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne w odniesieniu do planu oraz w podziale na składki przekazane przez ZUS oraz KRUS zaprezentowano w poniższej tabeli.

Realizacja planu przychodów ze składek brutto na ubezpieczenie zdrowotne w 2005r.

w tys. zł

Wyszczególnienie	Planowane przychody z tytułu składek	Zrealizowane przychody z tytułu składek	Różnica (wyk.-plan)	% realizacji planu
Składki z ZUS	30 541 388,00	31 263 003,25	721 615,25	102,36%
Składki z KRUS	2 995 489,00	2 741 068,82	-254 420,18	91,51%
Razem	33 536 877,00	34 004 072,07	467 195,07	101,39%

Realizacja przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne w 2005 roku przekazywanych przez ZUS na poziomie 102,36% planu, wynikała m.in.:

- z większej niż planowano liczby „pracowników” w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych opłacających składkę,
- z większej niż planowano liczby osób prowadzących działalność pozarolniczą lub osób z nimi współpracujących opłacających składkę,
- z wyższej składki na ubezpieczenie zdrowotne od osób pobierających emeryturę, rentę lub uposażenie.

O niepełnej realizacji planu przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazanych przez KRUS w 2005 roku na poziomie 91,51%, zdecydowały m.in.:

- przeszacowanie ceny żyta w prognozie przychodów Funduszu na 2005 rok (w momencie ustalania prognozy przychodów NFZ na 2005 rok cenę kwintala żyta oszacowano na poziomie 44,90 zł. za kwintal, rzeczywista cena w okresie pierwszych trzech kwartałów 2004 roku wyniosła 37,67 zł. za kwintal),
- mniejsza niż planowano liczba osób pobierających emeryturę i rentę rolniczą,
- mniejsza niż planowano liczba rolników, którzy podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników,
- niższa niż planowano wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne od rolników, którzy podlegają ubezpieczeniu społecznemu rolników.

Koszty poboru i ewidencjonowania składek

Planowane na 2005 rok koszty poboru i ewidencjonowania składek przyjęto w kwocie 72.063,00 tys. zł. Ze sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ wynika, że zrealizowane w analizowanym okresie koszty wyniosły 62.861,48 tys. zł. i objęły:

- koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS w wysokości 57.379,59 tys. zł.,
- koszty poboru i ewidencjonowania składek przez KRUS w kwocie 5.481,89 tys. zł.

Koszty poboru i ewidencjonowania składek w 2005 roku były niższe od planowanych o kwotę 9.201,52 tys. zł.

Koszty poboru i ewidencjonowania składek w 2005r.

w tys. zł

Koszty poboru i ewidencjonowania składek	Plan 2005r.	Realizacja 2005r.	Różnica (wyk.-plan)
przez ZUS	64 574,00	57 379,59	-7 194,41
przez KRUS	7 489,00	5 481,89	-2 007,11
Razem	72 063,00	62 861,48	-9 201,52

Według informacji uzyskanej z ZUS kwota składek zidentyfikowanych w 2005 roku wyniosła łącznie 28.689.794,50 tys. zł., co stanowi 91,77% przychodów ogółem ze składek ZUS. Poziom identyfikacji jest wyższy o 9,87 punktów procentowych niż wykazany w 2004 roku.

1.1.1. Przychody z tytułu realizacji przepisów o koordynacji

W związku z udzieleniem świadczeń medycznych oraz poniesionych kosztów refundacji cen leków na rzecz obywateli Unii Europejskiej na terenie Polski, NFZ dokonał w 2005 roku obciążenia instytucji łącznikowych na łączną kwotę 12.883,31 tys. zł., z czego około 67,22% dotyczyło kosztów świadczeń medycznych udzielonych obywatelom Niemiec.

Z uwagi na fakt, iż przychody związane z przepisami o koordynacji NFZ w 65% uzyskał dopiero w grudniu 2005 roku, wcześniej dla bezpieczeństwa planu finansowego, równolegle ze zmianą planu dokonywaną w kosztach planowanych z tego tytułu, dokonywał odpowiedniego zmniejszenia przychodów. Koszty zmniejszono o łączną kwotę 362 mln zł i konsekwentnie przychody o 52 mln zł.

Przychody wynikające z przepisów o koordynacji ustalone w planie NFZ na 2005 rok, przyjętym Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2004 roku, wyznaczone zostały na poziomie 14% planowanych kosztów z tego tytułu. Ustalona wartość przychodów wynikała z proporcji nakładów środków publicznych na ochronę zdrowia w Polsce do średniej w państwach Unii Europejskiej. Niniejsze założenie przyjęto na podstawie raportu końcowego Grupy Roboczej ds. Zabezpieczenia Finansowania Rzeczowych Świadczeń Zdrowotnych funkcjonującej w ramach Międzyresortowego Zespołu ds. Przygotowania Propozycji Rozwiązań Systemowych w Zakresie Realizacji Zadań Wynikających z Przepisów Wspólnotowych o Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego Dotyczących Rzeczowych Świadczeń Leczniczych powołanego Zarządzeniem nr 64 Prezesa Rady Ministrów z dnia 1 sierpnia 2003 r. w sprawie Międzyresortowego Zespołu ds. Przygotowania

Propozycji Rozwiązań Systemowych w Zakresie Realizacji Zadań Wynikających z Przepisów Wspólnotowych o Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego Dotyczących Rzeczowych Świadczeń Leczniczych (M. P. Nr 40, poz. 585).

1.2. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej Funduszu

Koszty świadczeń zdrowotnych finansowane ze środków NFZ.

Udział kosztów świadczeń zdrowotnych w kosztach ogółem NFZ w 2005 roku przedstawia poniższa tabela.

Udział kosztów świadczeń zdrowotnych w kosztach ogółem NFZ w 2005r.

w tys. zł

Wyszczególnienie	Koszty ogółem	Koszty świadczeń zdrowotnych	Udział w strukturze (%)
Plan 2005r. z dnia 30 września 2004r.	34 358 586,00	32 117 350,00	93,48%
Plan 2005r. z dnia 28 grudnia 2005r.	34 502 071,00	33 097 113,00	95,93%
Wykonanie 2005r.	33 534 053,08	33 003 940,84	98,42%

W wyniku zmian planu finansowego dokonywanych w trakcie 2005 roku, łączny budżet kosztów świadczeń zdrowotnych został zwiększony o 979.763,00 tys. zł, tj. o 3,05% i w „ostatecznej” wersji planu finansowego osiągnął wartość 33.097.113,00 tys. zł.

Koszty świadczeń zdrowotnych osiągnęły wartość 33.003.940,84 tys. zł (co stanowi 99,72% wielkości planowanej) i były niższe od wielkości planowanej o 93.172,16 tys. zł.

W ciągu 2005 roku wartość środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń zdrowotnych w oddziałach wojewódzkich wzrosła o 2.021.523,00 tys. zł, tj. o 6,51%.

Czynniki wpływające na kształtowanie struktury kosztów świadczeń zdrowotnych w 2005 roku.

W celu łagodzenia skutków historycznie ukształtowanego podziału środków finansowych zastosowanego w planie Funduszu z dnia 30.09.2004 roku, dodatkowe środki w ciągu roku 2005 kierowane były do poszczególnych oddziałów wojewódzkich z zastosowaniem reguł podziału określonych w art. 118 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Stosowano więc algorytm podziału środków uwzględniający tzw. ryzyka zdrowotne określone dla płci i wieku oraz skutki migracji ubezpieczonych. Ponadto NFZ dokonując analiz dostępności do świadczeń zdrowotnych, a także wykorzystując informacje pochodzące od szeroko pojętego środowiska medycznego, wzmacniał finansowanie tych zakresów świadczeń, które w 2005 roku stały się priorytetowe np. ze względu na długość kolejek oczekujących na świadczenia, jak i wprowadzenie do realizacji nowych świadczeń opieki zdrowotnej.

W 2005 roku priorytetowym zadaniem było także zapewnienie bezpieczeństwa planu refundacji cen leków.

W związku z niedoszacowaniem „pierwotnego” planu refundacji cen leków (tj. przyjętego Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30.09.2004 roku) w odniesieniu do wykonania ww. kosztów w 2004 roku o kwotę około 52 mln zł, koszty z tego rodzaju były systematycznie monitorowane i poddawane analizom, których wyniki stanowiły podstawę do zmian planu tej pozycji.

W efekcie, w ciągu roku plan kosztów refundacji cen leków został zwiększony o 260 mln zł, a poniesione przez NFZ w 2005 roku koszty nie przekroczyły łącznej wartości określonej w planie finansowym.

Zmiany planu kosztów refundacji cen leków dokonane przez oddziały wojewódzkie NFZ w 2005 r.

w tys. zł

Wyszczególnienie	Plan 2005r. z dnia 30 września 2004r.	Plan 2005r. z dnia 28 grudnia 2005r. łącznie z przesunięciami	Różnica
Dolnośląski	472 943,00	495 000,00	22 057,00
Kujawsko-Pomorski	342 013,00	351 013,00	9 000,00
Lubelski	339 896,00	348 674,00	8 778,00
Lubuski	147 924,00	149 989,00	2 065,00
Łódzki	457 351,00	469 000,00	11 649,00
Małopolski	544 660,00	561 635,00	16 975,00
Mazowiecki	960 161,00	939 356,00	-20 805,00
Opolski	146 460,00	149 684,00	3 224,00
Podkarpacki	299 539,00	307 593,00	8 054,00
Podlaski	172 403,00	185 073,00	12 670,00
Pomorski	356 452,00	385 930,00	29 478,00
Śląski	747 399,00	797 377,00	49 978,00
Świętokrzyski	193 252,00	196 893,00	3 641,00
Warmińsko-Mazurski	203 838,00	215 462,00	11 624,00
Wielkopolski	460 500,00	511 285,00	50 785,00
Zachodniopomorski	221 963,00	263 330,00	41 367,00
Razem OW	6 066 754,00	6 327 294,00	260 540,00

- W 2005 roku Narodowy Fundusz Zdrowia rozpoczął proces stopniowej przebudowy struktury kosztów świadczeń zdrowotnych w celu wyrównywania dostępności do świadczeń zdrowotnych i ich cen na terenie kraju. Z oceny materiału analitycznego zgromadzonego w Funduszu wynika, że proces ten musi być rozłożony na około 3-4 lata. W celu systematycznego zmniejszania różnic, a także w celu podnoszenia efektywności wykorzystania środków finansowych przeznaczanych na świadczenia

zdrowotne, w Funduszu wytyczono podstawowe kierunki zmian w zakresie kształtowania struktury rodzajowej świadczeń zdrowotnych.

Koszty świadczeń zdrowotnych w 2005 roku, na tle planu oraz kosztów 2004 roku prezentuje poniższa tabela.

Koszty świadczeń zdrowotnych na tle planu NFZ w 2005r.

w tys. zł

Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych	Wykonanie 2004r.	Plan 2005r.	Wykonanie 2005r.	Różnica (plan-wyk.)	% realizacji planu	Dynamika wyk. 2005/2004r
podstawowa opieka zdrowotna	3 507 594,31	3 629 082,00	3 619 323,79	9 758,21	99,73%	103,19%
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	2 032 931,55	2 365 977,00	2 341 600,12	24 376,88	98,97%	115,18%
lecznictwo szpitalne	13 241 238,36	14 525 526,00	14 569 644,41	-44 118,41	100,30%	110,03%
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 026 323,06	1 089 138,00	1 081 227,89	7 910,11	99,27%	105,35%
rehabilitacja lecznicza	814 606,01	918 914,00	914 674,43	4 239,57	99,54%	112,28%
opieka długoterminowa	466 797,18	523 829,00	515 949,88	7 879,12	98,50%	110,53%
leczenie stomatologiczne	909 148,60	970 877,00	951 681,61	19 195,39	98,02%	104,68%
lecznictwo uzdrowiskowe	324 231,86	351 449,00	340 402,01	11 046,99	96,86%	104,99%
pomoc doraźna i transport sanitarny	881 739,67	934 059,00	932 613,73	1 445,27	99,85%	105,77%
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	0,00	79 013,00	53 377,89	25 635,11	67,56%	-
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	771 746,96	884 839,00	871 967,41	12 871,59	98,55%	112,99%
zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	386 425,15	459 674,00	452 041,85	7 632,15	98,34%	116,98%
refundacja cen leków	6 118 389,04	6 327 294,00	6 323 263,84	4 030,16	99,94%	103,35%
koszty świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków wynikające z przepisów o koordynacji	6 189,09	37 442,00	36 171,98	1 270,02	96,61%	584,45%
rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków	0,00	0,00	0,00	0,00	-	-
Razem	30 487 360,84	33 097 113,00	33 003 940,84	93 172,16	99,72%	108,25%

Z tabeli wynika, że kierunki zmian struktury kosztów świadczeń zdrowotnych były realizowane w 2005 roku. Uzyskano bowiem najwyższą dynamikę wartości kosztów w stosunku do roku ubiegłego w rodzaju zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne, co w większości oddziałów skróciło znacznie czas oczekiwania na ten sprzęt i środki pomocnicze. Silnie wzmocnione zostało także finansowanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wyraźną dynamikę uzyskano w rodzajach:

świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, rehabilitacja lecznicza i opieka długoterminowa. Utrzymano także dyscyplinę finansową w zakresie refundacji cen leków.

Realizacja planu kosztów świadczeń zdrowotnych przez oddziały wojewódzkie NFZ

Oddziały wojewódzkie NFZ, z wyjątkiem Zachodniopomorskiego OW, zrealizowały świadczenia zdrowotne o wartości mieszczącej się w ich planowanych budżetach.

Realizacja planu kosztów świadczeń zdrowotnych w oddziałach wojewódzkich Funduszu

w tys. zł

Oddział wojewódzki		Plan 2005 r. (28.12.2005r.)	Wykonanie 2005r.	Różnica	Dynamika
1		2	3	4=2-3	5=3/2
1	Dolnośląski	2 481 988,00	2 481 674,20	313,80	99,99%
2	Kujawsko-Pomorski	1 778 053,00	1 777 957,54	95,46	99,99%
3	Lubelski	1 790 555,00	1 790 503,85	51,15	100,00%
4	Lubuski	810 010,00	809 961,42	48,58	99,99%
5	Łódzki	2 140 032,00	2 115 044,32	24 987,68	98,83%
6	Małopolski	2 796 814,00	2 771 977,10	24 836,90	99,11%
7	Mazowiecki	5 196 736,00	5 195 444,82	1 291,18	99,98%
8	Opolski	795 831,00	781 934,03	13 896,97	98,25%
9	Podkarpacki	1 672 183,00	1 670 123,26	2 059,74	99,88%
10	Podlaski	1 001 971,00	987 473,60	14 497,40	98,55%
11	Pomorski	1 796 285,00	1 794 525,87	1 759,13	99,90%
12	Śląski	4 283 393,00	4 281 212,23	2 180,77	99,95%
13	Świętokrzyski	1 074 620,00	1 056 889,39	17 730,61	98,35%
14	Warmińsko-Mazurski	1 194 645,00	1 194 645,00	0,00	100,00%
15	Wielkopolski	2 822 768,00	2 822 763,93	4,07	100,00%
16	Zachodniopomorski	1 423 522,00	1 437 033,62	-13 511,62	100,95%
OW NFZ		33 059 406,00	32 969 164,18	90 241,82	99,73%

W Zachodniopomorskim OW łączny plan kosztów świadczeń zdrowotnych przekroczony został o 13.511,62 tys. zł. Przyczyną tego przekroczenia były wyższe niż zaplanowane koszty refundacji cen leków. Część tego przekroczenia została zrekompensowana niższą realizacją pozostałych rodzajów kosztów świadczeń zdrowotnych. Przyjęta, w planie finansowym na 2005 r. ustalonym przez Ministra Zdrowia 30.09.2004 r. jednolita dla wszystkich oddziałów

wojewódzkich zasada, ustalenia planu refundacji cen leków na 2005 rok z zastosowaniem dynamiki 2,2% w stosunku do planu 2004 roku z dnia 20.09.2004 roku, „przeniosła” niedoszacowanie planu oddziału Zachodniopomorskiego w tej pozycji z roku 2004 ponownie na 2005 rok. Oddział w ciągu roku kierował w miarę swoich możliwości środki finansowe w celu uzupełnienia planu refundacji cen leków - łącznie w kwocie 41.367,00 tys. zł, niemniej przekroczył go o 18.456,13 tys. zł, czyli 7,01%.

W 2005 roku odnotowano w części rodzajów świadczeń zdrowotnych wyższą niż planowana realizację kosztów, a w szczególności w rodzaju leczenie szpitalne o 44.118,41 tys. zł. Powyższe przekroczenia wynikały z zasad rozliczania świadczeń określonych w warunkach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej (§19 pkt 2). Świadczenia zrealizowane w grudniu 2005 roku rozliczane były przez świadczeniodawców do 10.01.2006 roku (ujęcie memoriałowe), przy równoczesnym braku możliwości dokonania przesunięć w planie finansowym po dacie 31.12.2005 roku.

Mimo, iż przed zakończeniem 2005 roku przewidywane wykonanie kosztów świadczeń zdrowotnych poprzedzono aneksowaniem umów, to w wielu przypadkach odbiegało ono od wykonania rzeczywistego przedstawionego przez świadczeniodawców do rozliczeń.

Po rozliczeniu świadczeń wykonanych w grudniu 2005 roku dokonano rozliczenia rocznego zawartych umów, potwierdzenia sald rozliczeń, a także zbilansowano środki, których nie wykorzystali świadczeniodawcy wykonujący kontrakt roku 2005 poniżej planu. W ciągu 2005 roku świadczeniodawcy nie wykonali zawartych kontraktów łącznie na około 300 mln zł.

Jednocześnie świadczeniodawcy wystąpili do Funduszu z roszczeniami o zapłatę między innymi za świadczenia ratujące życie, wykonane w trybie pilnym i procedury nielimitowane wykonane w 2005 roku, o wartości wykraczającej poza wartość umowy. Fundusz dokonał analizy takich przypadków we wszystkich rodzajach świadczeń i podjął negocjacje ze świadczeniodawcami. W wyniku negocjacji NFZ zawarł ugody, które stanowiły podstawę do zapłaty dodatkowego wynagrodzenia za wykonanie między innymi świadczeń ratujących życie, wykonanych w trybie pilnych i procedur nielimitowanych, a świadczeniodawcy zrzekli się prawa do dochodzenia roszczeń wynikających z umowy, zarówno istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości. Ugody zawarto do wysokości maksymalnego poziomu finansowania świadczeń wyznaczonego przez plan oddziału wojewódzkiego.

Koszty programów profilaktycznych

W 2005 roku NFZ realizował programy profilaktyczne zarówno ze środków własnych, jak i ze środków Ministerstwa Zdrowia.

Ze środków Ministerstwa Zdrowia sfinansowano programy profilaktyczne w łącznej wysokości 26.088,07 tys. zł.

W okresie styczeń - kwiecień 2005 roku NFZ kontynuował realizację zleconych przez Ministra Zdrowia w roku 2004 programów polityki zdrowotnej, w ramach uznanych przez Radę Ministrów tzw. środków „niewygasających”. Koszty kontynuacji realizacji ww. programów wyniosły 15.026,73 tys. zł. i objęły:

- ogólnopolski program profilaktyki raka szyjki macicy - 1.038,80 tys. zł,
- program profilaktyki wczesnego wykrywania chorób układu krążenia - 2.611,70 tys. zł,

- program edukacyjno-diagnostyczny wczesnej prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc - 683,28 tys. zł,
- populacyjny program wykrywania raka piersi metodą mammografii przesiewowej - 9.906,34 tys. zł,
- program badań prenatalnych - 786,61 tys. zł.

W ramach zawartego w dniu 21.11.2005 roku porozumienia między Ministerstwem Zdrowia, a Narodowym Funduszem Zdrowia, Ministerstwo dofinansowało realizację dwóch programów realizowanych wcześniej ze środków własnych NFZ tj. programów profilaktycznych wczesnego wykrywania raka piersi i raka szyjki macicy. Koszty realizacji ww. programów wyniosły 11.036,97 tys. zł.

Ponadto ze środków finansowych Ministra Zdrowia przeznaczono kwotę 38,57 tys. zł na sfinansowanie wszczepu endoprotez.

**Realizacja planu kosztów profilaktycznych programów zdrowotnych
w oddziałach wojewódzkich finansowanych ze środków Ministerstwa Zdrowia.**

w tys. zł

Oddział Wojewódzki	2004		% realizacji planu	2005		% realizacji planu	Dynamika 2005/2004
	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	4 914,00	2 946,76	59,97%	1 777,00	1 558,79	87,72%	52,90%
2 Kujawsko-Pomorski	3 575,00	1 946,69	54,45%	2 070,00	1 853,96	89,56%	95,24%
3 Lubelski	3 829,00	2 099,70	54,84%	2 301,00	1 961,86	85,26%	93,44%
4 Lubuski	1 749,00	1 102,95	63,06%	836,00	749,51	89,65%	67,96%
5 Łódzki	4 420,00	2 685,14	60,75%	1 966,00	1 776,13	90,34%	66,15%
6 Małopolski	5 434,00	2 708,32	49,84%	2 520,00	2 354,42	93,43%	86,93%
7 Mazowiecki	8 683,00	5 344,78	61,55%	4 510,00	3 906,14	86,61%	73,08%
8 Opolski	1 677,00	890,62	53,11%	689,00	609,45	88,45%	68,43%
9 Podkarpacki	3 608,00	2 175,33	60,29%	2 125,00	1 802,01	84,80%	82,84%
10 Podlaski	2 061,00	1 152,76	55,93%	1 381,00	1 131,78	81,95%	98,18%
11 Pomorski	3 731,00	3 095,26	82,96%	1 563,00	610,02	39,03%	19,71%
12 Śląski	7 949,00	3 550,11	44,66%	3 112,00	2 786,25	89,53%	78,48%
13 Świętokrzyski	2 236,00	1 237,01	55,32%	537,00	494,97	92,17%	40,01%
14 Warmińsko-Mazurski	2 477,00	1 453,03	58,66%	1 101,00	991,63	90,07%	68,25%
15 Wielkopolski	5 732,00	2 940,94	51,31%	2 531,00	2 218,86	87,67%	75,45%
16 Zachodniopomorski	2 925,00	2 300,18	78,64%	1 520,00	1 243,69	81,82%	54,07%
OW NFZ	65 000,00	37 629,58	57,89%	30 539,00	26 049,47	85,30%	69,23%
17 Centrala	0,00	61,32	-	0,00	38,60	-	62,95%
Razem	65 000,00	37 690,90	57,99%	30 539,00	26 088,07	85,43%	69,22%

Ze środków własnych w 2005r. NFZ sfinansował realizację profilaktycznych programów zdrowotnych w łącznej wysokości 53.377,89 tys. zł. Były to:

- ogólnopolski program profilaktyki raka piersi,
- program profilaktyki raka szyjki macicy,

- program profilaktyki wczesnego wykrywania chorób układu krążenia,
- program edukacyjno-diagnostyczny wczesnej prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc,
- program badań prenatalnych,
- program wczesnej wielospecjalistycznej, kompleksowej, skoordynowanej i ciągłej pomocy dziecku zagrożonemu niepełnosprawnością lub niepełnosprawnemu oraz jego rodzinie,
- lubelski regionalny program profilaktyki gruźlicy,
- program profilaktyki chorób odtytoniowych – palenie jest uleczalne.

Realizację programów profilaktycznych finansowanych ze środków NFZ prezentuje poniższa tabela.

**Realizacja planu kosztów profilaktycznych programów zdrowotnych
w oddziałach wojewódzkich finansowanych ze środków własnych NFZ**

w tys. zł

Oddział Wojewódzki		2004		2005		Dynamika 2005/2004
		plan	wykonanie	plan	wykonanie	
<i>I</i>		<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6=5/3</i>
1	Dolnośląski	0,00	0,00	5 614,00	4 236,45	-
2	Kujawsko-Pomorski	0,00	0,00	3 824,00	3 231,26	-
3	Lubelski	0,00	0,00	3 860,00	3 054,71	-
4	Lubuski	0,00	0,00	2 066,00	1 512,26	-
5	Łódzki	0,00	0,00	5 400,00	3 182,24	-
6	Małopolski	0,00	0,00	6 137,00	4 062,16	-
7	Mazowiecki	0,00	0,00	11 161,00	8 480,59	-
8	Opolski	0,00	0,00	2 650,00	1 099,61	-
9	Podkarpacki	0,00	0,00	2 918,00	2 670,12	-
10	Podlaski	0,00	0,00	2 630,00	1 610,47	-
11	Pomorski	0,00	0,00	5 350,00	3 856,89	-
12	Śląski	0,00	0,00	11 257,00	5 813,55	-
13	Świętokrzyski	0,00	0,00	3 197,00	1 421,77	-
14	Warmińsko-Mazurski	0,00	0,00	2 172,00	2 060,10	-
15	Wielkopolski	0,00	0,00	7 578,00	3 887,34	-
16	Zachodniopomorski	0,00	0,00	3 199,00	3 198,37	-
OW NFZ		0,00	0,00	79 013,00	53 377,89	-
17	Centrala	0,00	0,00	0,00	0,00	-
RAZEM NFZ		0,00	0,00	79 013,00	53 377,89	-

Koszty świadczeń zdrowotnych związane z realizacją zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej

Rok 2005 był pierwszym, pełnym rokiem, w którym NFZ realizował zadania, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

W 2005 roku Fundusz poniósł koszty świadczeń zdrowotnych w łącznej kwocie 6.351,96 tys. zł udzielonych świadczeniobiorcom, tj. osobom innym niż ubezpieczeni, posiadającym obywatelstwo polskie i posiadającym miejsce zamieszkania na terytorium RP, które spełniają kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12.03.2004 roku o pomocy społecznej, w oparciu o decyzje wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania. Środki na ten cel, w wysokości 5.169,08 tys. zł, NFZ uzyskał z dotacji z budżetu państwa (za 1 550 leczonych osób). Niepełna „refundacja” poniesionych przez Fundusz kosztów z tego tytułu wynikała z rozbieżności terminów rozliczenia uzyskanych z Ministerstwa Zdrowia środków z tytułu dotacji (tj. do 31 grudnia 2005 roku), a terminem złożenia dokumentów rozliczeniowych przez świadczeniodawców.

Stosunkowo niewielka kwota wykorzystana przez Fundusz z tego tytułu związana jest z ilością decyzji wydanych przez wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania, które są podstawą do rozliczenia i uzyskania dotacji z budżetu państwa.

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.

w tys. zł

Oddział Wojewódzki	2004		% realizacji planu	2005		% realizacji planu	Dynamika 2005/2004
	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	0,00	42,03	-	0,00	84,95	-	202,12%
2 Kujawsko-Pomorski	0,00	9,28	-	0,00	63,11	-	680,06%
3 Lubelski	0,00	16,16	-	0,00	45,85	-	283,73%
4 Lubuski	0,00	16,06	-	0,00	78,96	-	491,66%
5 Łódzki	0,00	15,76	-	0,00	73,99	-	469,48%
6 Małopolski	0,00	19,49	-	0,00	86,17	-	442,12%
7 Mazowiecki	0,00	60,06	-	0,00	114,41	-	190,49%
8 Opolski	0,00	63,99	-	0,00	44,43	-	69,43%
9 Podkarpacki	0,00	38,27	-	0,00	60,71	-	158,64%
10 Podlaski	0,00	8,18	-	0,00	44,48	-	543,77%
11 Pomorski	0,00	29,67	-	0,00	206,91	-	697,37%
12 Śląski	0,00	58,54	-	0,00	164,89	-	281,67%

13	Świętokrzyski	0,00	11,90	-	0,00	33,18	-	278,82%
14	Warmińsko-Mazurski	0,00	15,24	-	0,00	31,88	-	209,19%
15	Wielkopolski	0,00	34,91	-	0,00	170,51	-	488,43%
16	Zachodniopomorski	0,00	119,38	-	0,00	90,89	-	76,14%
OW NFZ		0,00	558,92	-	0,00	1 395,32	-	249,65%
17	Centrala	5 000,00	5 630,17	112,60%	37 442,00	34 776,66	92,88%	617,68%
Razem		5 000,00	6 189,09	123,78%	37 442,00	36 171,98	96,61%	584,45%

Ze względu na brak możliwości precyzyjnego oszacowania potrzeb oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie środków finansowych związanych z realizacją świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków wynikających z systemu zabezpieczenia społecznego dotyczących rzeczowych świadczeń leczniczych w Unii Europejskiej, plan tych kosztów ustalony został po stronie Centrali NFZ.

W związku z niskim poziomem realizacji tej pozycji kosztów, w trakcie 2005 roku dokonano zmiany planu finansowego Funduszu polegającej na zmniejszeniu tej pozycji kosztów o łączną kwotę 362.558,00 tys. zł i przeznaczono „uwolnione” w ten sposób środki na zwiększenie planu w innych rodzajach kosztów świadczeń zdrowotnych.

Ujęte w sprawozdaniu z realizacji planu finansowego NFZ za 2005 rok koszty świadczeń zdrowotnych i refundacji cen leków wynikające z przepisów o koordynacji w łącznej wysokości 36.171,98 tys. zł (tj. na poziomie 96,61% planu) objęły koszty świadczeń medycznych udzielonych:

- obywatelom Rzeczypospolitej Polskiej w krajach Unii Europejskiej i Europejskiego Obszaru Gospodarczego w wysokości 1.395,32 tys. zł,
- obywatelom Unii Europejskiej na terenie Polski w wysokości 12.883,31 tys. zł,

a także rezerwę w wysokości 21.893,35 tys. zł utworzoną w związku z koniecznością zabezpieczenia środków na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych udzielonych na terenie krajów członkowskich UE i EOG osobom ubezpieczonym w NFZ. Podstawą do utworzenia niniejszej rezerwy były dokumenty źródłowe otrzymane z instytucji łącznikowych, które obecnie podlegają procesowi weryfikacji w oddziałach wojewódzkich Funduszu.

1.3. Koszty administracyjne

Udział kosztów administracyjnych w kosztach ogółem NFZ w 2005 roku przedstawiono w poniższej tabeli.

Udział kosztów administracyjnych w kosztach ogółem NFZ 2005r.

w tys. zł

Wyszczególnienie	Koszty ogółem	Koszty administracyjne	Udział w strukturze (%)
Plan 2005r. z dnia 30 września 2004r.	34 358 586,00	343 368,00	1,00%
Plan 2005r. z dnia 28 grudnia 2005r.	34 502 071,00	350 900,00	1,02%
Wykonanie 2005r.	33 534 053,08	332 240,83	0,99%

W wyniku zmian planu finansowego dokonywanych w trakcie 2005 roku, łączny budżet kosztów administracyjnych został zwiększony o 7.532,00 tys. zł, tj. o 2,19% i w „ostatecznej” wersji planu finansowego osiągnął wartość 350.900,00 tys. zł. W planie finansowym NFZ na 2005 rok koszty administracyjne określono na poziomie 1,02% łącznych kosztów Funduszu. Poniesione w 2005 roku koszty administracyjne Funduszu w wysokości 332.240,83 tys. zł były niższe od wielkości planowanej o kwotę 18.659,17 tys. zł i stanowiły 0,99 % łącznych poniesionych w roku kosztów Funduszu.

W roku 2005 NFZ uzyskał oszczędności w stosunku do planu we wszystkich pozycjach kosztów administracyjnych.

Koszty administracyjne na tle planu NFZ 2005r.

tys. zł

Koszty administracyjne	Wykonanie 2004r.	Plan 2005r.	Wykonanie 2005r.	Różnica (wyk.-plan)	% wyk. planu	Dynamika 2005/2004r.
1	2	3	4	5=4-3	6=4/3	7=4/2
zużycie materiałów i energii	12 767,57	14 903,00	12 458,00	-2 445,00	83,59%	97,58%
usługi obce	63 257,45	71 406,00	66 742,18	-4 663,82	93,47%	105,51%
podatki i opłaty	2 169,13	3 121,00	2 351,71	-769,29	75,35%	108,42%
wynagrodzenia	169 275,93	176 016,00	175 439,27	-576,73	99,67%	103,64%
świadczenia na rzecz pracowników z pochodnymi od wynagrodzeń	35 021,66	39 298,00	36 982,09	-2 315,91	94,11%	105,60%
koszty funkcjonowania Rady Funduszu	190,64	200,00	155,32	-44,68	77,66%	81,47%
amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych zakupionych ze środków własnych Funduszu	24 293,65	33 877,00	27 775,18	-6 101,82	81,99%	114,33%
amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych otrzymanych nieodpłatnie	7 415,75	6 878,00	6 714,99	-163,01	97,63%	90,55%
pozostałe koszty	2 963,64	5 201,00	3 622,09	-1 578,91	69,64%	122,22%
Razem	317 355,42	350 900,00	332 240,83	-18 659,17	94,68%	104,69%

Znaczącą oszczędność w realizacji planu finansowego Funduszu odnotowano w pozycjach:

- usługi obce - kwota oszczędności wyniosła 4.663,82 tys. zł.

Największe oszczędności w tej pozycji kosztów wykazały:

- Mazowiecki OW - 1.125,72 tys. zł,
- Podkarpacki OW - 585,70 tys. zł,
- Śląski OW - 1.739,48 tys. zł.

W przypadku Mazowieckiego OW - zasadniczą przyczyną realizacji kosztów poniżej wielkości zapisanej w planie oddziału było niepełne wykorzystanie środków przeznaczonych na wynajem pomieszczeń i usług transportowych związanych z przeprowadzką.

Przyczyną niepełnej realizacji planu w Śląskim OW były: niższa niż zakładano realizacja usług związanych z utrzymaniem i rozwojem systemu informatycznego oraz oszczędności w kosztach telekomunikacyjnych, pocztowych i sprzątnia pomieszczeń. Pozostałe przyczyny, występujące także w innych oddziałach wojewódzkich Funduszu, to: przedłużający się proces postępowania w zakresie zamówień publicznych oraz różnica pomiędzy szacowaną wartością usług określoną w specyfikacji istotnych warunków zamówienia (tj. SIWZ), a wartością ustaloną w wyniku zakończenia postępowania w zakresie zamówień publicznych.

zużycie materiałów i energii - kwota oszczędności wyniosła 2.445,00 tys. zł i dotyczyła w szczególności oddziałów wojewódzkich:

- Małopolskiego OW - 444,41 tys. zł,
- Mazowieckiego OW - 594,44 tys. zł,
- Śląskiego OW - 414,35 tys. zł.

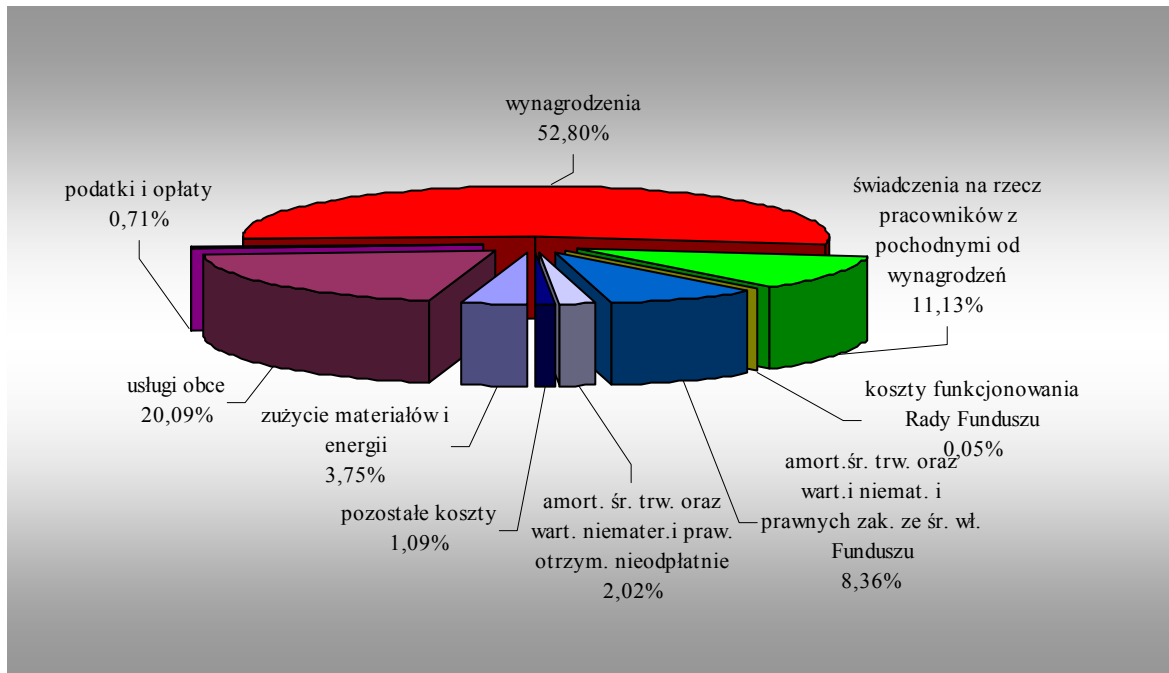
Niepełna realizacji planu w tym rodzaju kosztów była rezultatem oszczędności w zakresie zużycia materiałów biurowych, paliwa i części zamiennych do samochodów. W przypadku Mazowieckiego OW – oszczędność wynikała z niewykorzystania środków zapisanych w planie oddziału na zakup mebli i wyposażenia nowej siedziby oddziału.

świadczeń na rzecz pracowników z pochodnymi od wynagrodzeń - kwota oszczędności wyniosła 2.315,91 tys. zł i wynikała m.in. z niższej niż zakładano w planie wartości szkoleń pracowników, trudności w naborze nowych pracowników do komórek kontroli, a także absencji pracowników, a tym samym zmniejszenia narzutów na wynagrodzenia.

amortyzacja - kwota oszczędności wyniosła 6.264,83 tys. zł i była konsekwencją wolniejszej niż zakładano w planie realizacji nakładów inwestycyjnych, spowodowanej przedłużającymi się procedurami postępowań w zakresie zamówień publicznych. Przesunięcie momentu zakupu, jak i przyjęcia w użytkowanie nowych środków trwałych opóźniło moment rozpoczęcia naliczania od nich amortyzacji.

Strukturę zrealizowanych w 2005 rok kosztów administracyjnych prezentuje poniższy wykres.

Struktura kosztów administracyjnych NFZ w 2005r.



W celu optymalnego wykorzystania środków finansowych zapisanych w planach kosztów administracyjnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, Dyrektorzy oddziałów kilkakrotnie dokonali w trakcie 2005 roku przesunięć środków finansowych w ramach ustalonych dla nich kosztów.

Ostatecznie mimo, iż w żadnym z oddziałów wojewódzkich Funduszu nie odnotowano na koniec 2005 roku przekroczenia łącznego planu kosztów administracyjnych, to jednak w części oddziałów wojewódzkich wystąpiła wyższa niż planowana realizacja niektórych rodzajów kosztów.

1.4. Pozostała działalność

W zakresie pozostałej działalności w 2005 r. Fundusz odnotował dodatni wynik w wysokości 248.290,43 tys. zł, tj. o kwotę 191.243,43 tys. zł wyższy niż planowany.

Pozostała działalność NFZ na tle planu 2005r.

w tys. zł

Wyszczególnienie	Wykonanie 2004r.	Plan 2005r.	Wykonanie 2005r.	Różnica (wyk- plan.)	% realizacji planu	Dynamika 2005/2004r.
Pozostałe przychody	375 173,92	125 582,00	338 810,64	213 228,64	269,79%	90,31%
Pozostałe koszty	172 018,16	68 535,00	90 520,21	21 985,21	132,08%	52,62%
Wynik na pozostałej działalności	203 155,76	57 047,00	248 290,43	191 243,43	435,24%	122,22%

Kwotę zrealizowanych przychodów pozostałej działalności stanowiły:

- darowizny i zapisy otrzymane, w tym kwota umorzenia majątku otrzymanego nieodpłatnie wynikająca z rozliczeń międzyokresowych przypadająca na rok planowania w kwocie: 436,23 tys. zł,
- inne przychody w kwocie: 338.374,41 tys. zł, obejmujące:
 - przychody z innych opłat ustawowych: 4.760,45 tys. zł, w tym:
 - z tytułu obronności: 678,16 tys. zł,
 - opłata dodatkowa za ubezpieczenie dobrowolne: 1.401,96 tys. zł,
 - opłata za zmianę lekarza POZ: 4,21 tys. zł,
 - pozostałe tytuły: 2.676,12 tys. zł,
 - przychody ze sprzedaży towarów i materiałów: 2.007,07 tys. zł,
 - zmianę stanu produktów: 940,66 tys. zł,
 - przychody ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych: 31,53 tys. zł,
 - przychody z tytułu składek z lat ubiegłych: 211.981,16 tys. zł,
 - odpisane zobowiązania: 249,65 tys. zł,
 - otrzymane odszkodowania, kary i grzywny: 9.642,27 tys. zł,
 - rozwiązane rezerwy: 59.271,14 tys. zł,
 - przychody korygujące koszty lat ubiegłych: 30.798,27 tys. zł,
 - pozostałe: 13.523,13 tys. zł,
 - dotacja z budżetu państwa na zadanie, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt.3 ustawy: 5.169,08 tys. zł.

Kwotę kosztów pozostałej działalności stanowiły:

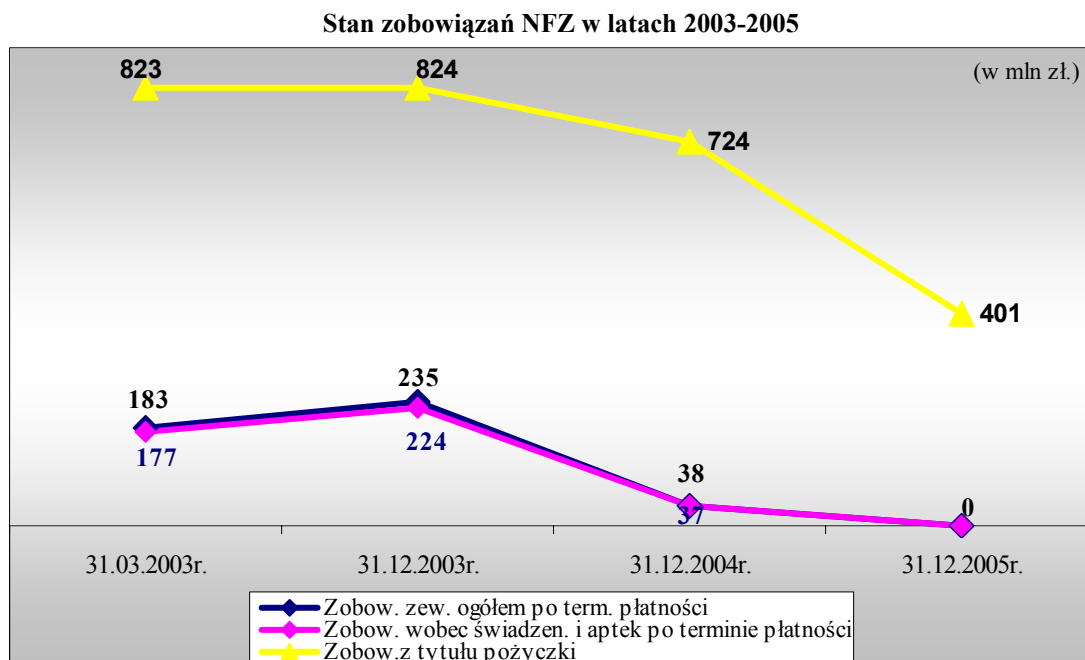
- wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia (w tym części stałych książeczek usług medycznych) w kwocie: 541,75 tys. zł,
- rezerwy utworzone na przyszłe zobowiązania z tytułu toczących się postępowań sądowych, w kwocie: 50.628,49 tys. zł,
- inne koszty w kwocie: 39.349,97 tys. zł, w tym:
 - koszty sądowe: 2.087,18 tys. zł,
 - zapłacone kary, grzywny i odszkodowania: 31,06 tys. zł,
 - koszty usług medycznych z lat ubiegłych: 26.071,74 tys. zł,
 - wartość sprzedanych towarów i materiałów: 2.665,89 tys. zł,
 - wartość zbytych niefinansowych aktywów trwałych: 84,21 tys. zł,
 - odpisy aktualizujące należności: 4.040,34 tys. zł,
 - pozostałe odpisy aktualizujące: 55,31 tys. zł,
 - pozostałe: 4.314,24 tys. zł.

W związku z przejściem przez Narodowy Fundusz Zdrowia zobowiązań byłych Kas Chorych wobec budżetu państwa z tytułu udzielonej pożyczki w 2000 roku, w 2005 roku Narodowy Fundusz Zdrowia przekazał na wskazane rachunki Ministerstwa Finansów kwotę 323.352,87 tys. zł wynikającą ze spłaty:

- planowanej na rok 2005 raty pożyczki w wysokości: 320.689,00 tys. zł,
- odsetek od pożyczki w wysokości: 2.663,87 tys. zł.

W 2005 roku NFZ na bieżąco monitorował swoją płynność finansową. W oparciu o prowadzone analizy podjęto decyzje o spłacie pożyczki z płynnych środków pieniężnych, którymi dysponował Fundusz. Niniejsze działanie nie miało wpływu na zdolność do terminowego regulowania zobowiązań, natomiast spłata pożyczki z „wolnych” środków finansowych bez konieczności wykorzystywania rezerwy utworzonej na ten cel w planie finansowym, pozwoliła na zwiększenie w 2005 roku o około 320 mln zł wartości świadczeń zdrowotnych realizowanych przez placówki medyczne. Systematyczny monitoring płynności finansowej zgodnie z wprowadzoną Zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 22/2005 z dnia 21.02.2005 roku procedurą przekazywania oddziałom wojewódzkim NFZ środków finansowych w celu bieżącego regulowania zobowiązań, umożliwił przekazywanie środków pieniężnych do świadczeniodawców z tytułu wykonanych i rozliczonych świadczeń zdrowotnych zgodnie z terminami płatności. W związku z tym ewidencjonowane we wcześniejszych okresach rozliczeniowych zobowiązania wymagalne Funduszu, na dzień 31.12.2005 roku osiągnęły wartość „0”.

Stan zobowiązań NFZ w latach 2003-2005 z tytułu pożyczki udzielonej kasom chorych w 2000 roku oraz wobec świadczeniodawców i aptek po terminie płatności prezentuje poniższy wykres.



1.5. Działalność finansowa

Działalność finansowa NFZ w 2005 roku zamknęła się dodatnim wynikiem w wysokości 68.345,64 tys. zł, tj. na poziomie 145,42% planu.

Działalność finansowa NFZ na tle planu w 2005r.

w tys. zł

Wyszczególnienie	Wykonanie 2004r.	Plan 2005r.	Wykonanie 2005r.	Różnica (wyk- plan.)	% realizacji planu	Dynamika 2005/2004r.
Przychody finansowe	69 575,18	56 530,00	86 747,29	30 217,29	153,45%	124,68%
Koszty finansowe	15 651,09	9 532,00	18 401,65	8 869,65	193,05%	117,57%
Wynik na działalności finansowej	53 924,09	46 998,00	68 345,64	21 347,64	145,42%	126,74%

Kwotę zrealizowanych przychodów finansowych NFZ stanowiły:

- w 82,96% - odsetki uzyskane z lokat i papierów wartościowych w wysokości 71.962,48 tys. zł,
- w 17,04% - pozostałe przychody finansowe w wysokości 14.784,81 tys. zł.

Uzyskanie w 2005 roku wyższych niż planowano przychodów finansowych o kwotę 30.217,29 tys. zł jest w znacznym stopniu efektem wprowadzonej Zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 22/2005 z dnia 21.02.2005 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. Warunki finansowe oferowane Centrali przez bank były bardziej korzystne aniżeli uzyskiwane przez oddziały wojewódzkie Funduszu. Różnice w oprocentowaniu lokat kształtowały się różnie w kolejnych miesiącach roku, dochodziły do 0,4 punktu procentowego. Dodatkowe środki finansowe uzyskiwane z działalności finansowej były przekazywane przez Fundusz na zwiększenie wartości świadczeń zdrowotnych. Dzięki tym środkom w 2005 roku plan kosztów świadczeń zdrowotnych zwiększono o 39,2 mln zł.

Koszty finansowe objęły:

- odsetki od pożyczki udzielonej przez budżet państwa w kwocie 535,26 tys. zł,
- inne koszty finansowe w kwocie 17.866,39 tys. zł, w tym m.in.:
 - odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań: 2.855,21 tys. zł - obejmowały zapłacone odsetki od: wyroków sądowych dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej oraz Kodeksu Pracy. Powyższe dotyczyło: Dolnośląskiego OW (150,26 tys. zł), Kujawsko-Pomorskiego OW (31,93 tys. zł), Lubelskiego OW (3,61 tys. zł), Lubuskiego OW (0,11 tys. zł), Łódzkiego OW (465,55 tys. zł), Małopolskiego OW (34,42 tys. zł), Mazowieckiego (1.252,84 tys. zł), Opolskiego OW (10,16 tys. zł), Podkarpackiego OW (149,25 tys. zł), Podlaskiego OW (1,69 tys. zł), Pomorskiego (155,75 tys. zł), Śląskiego (15,11 tys. zł), Świętokrzyskiego OW (182,33 tys. zł), Wielkopolskiego (36,25 tys. zł), Zachodniopomorskiego (362,29 tys. zł), a także Centrali (3,66 tys. zł).
 - utworzone rezerwy na odsetki: 14.949,22 tys. zł,
 - pozostałe: 49,75 tys. zł,
 - odpisy aktualizujące wartość aktywów finansowych i innych inwestycji: 12,21 tys. zł.

1.6. Wynik finansowy

W 2005 roku Narodowy Fundusz Zdrowia odnotował nadwyżkę przychodów nad kosztami w łącznej wysokości 723.614,72 tys. zł, z tego:

- w oddziałach wojewódzkich w wysokości 137.399,85 tys. zł,
- w Centrali w wysokości 586.214,87 tys. zł.

Wyniki finansowe poszczególnych oddziałów wojewódzkich i Centrali Funduszu ukształtowały się następująco:

Wyniki finansowe netto oddziałów wojewódzkich i Centrali NFZ w 2005r.

w tys. zł

Jednostki organizacyjne NFZ:	Wynik finansowy netto za 2005r.
Dolnośląski	3 735,29
Kujawsko-Pomorski	1 226,91
Lubelski	2 560,67
Lubuski	6 775,90
Łódzki	0,12
Małopolski	38 346,54
Mazowiecki	6 140,19
Opolski	15 674,47
Podkarpacki	11 224,41
Podlaski	17 700,64
Pomorski	15 764,68
Śląski	8 394,94
Świętokrzyski	13 348,64
Warmińsko-Mazurski	1 803,45
Wielkopolski	5 577,18
Zachodniopomorski	-10 874,18
Centrala	586 214,87
NFZ	723 614,72

O poziomie wyniku NFZ w 2005 roku zdecydowały m.in. następujące czynniki:

- wyższe niż zakładano w planie finansowym przychody z tytułu składki brutto na ubezpieczenie zdrowotne, łącznie o kwotę 467.195,07 tys. zł, w tym:
 - z tytułu składki dotyczącej roku bieżącego w wysokości 380.495,91 tys. zł,
 - z tytułu składki z lat ubiegłych w wysokości 86.699,16 tys. zł.

Mając na uwadze utrzymanie bezpieczeństwa realizacji planu finansowego Funduszu w 2005 roku oraz niedopuszczenie do powstania przeterminowanych zobowiązań wobec świadczeniodawców, w NFZ stosowana była zasada dokonywania zmian planu finansowego w oparciu o zaistniałe fakty.

Stąd przekazane przez ZUS i KRUS w listopadzie i grudniu 2005 roku środki wyższe od tych, które Fundusz uzyskał w miesiącach wcześniejszych (tj. średnie przychody z ww. tytułów

w okresie 10 m-cy kształtowały się na poziomie 2.806 mln zł, zaś w listopadzie wyniosły 2.909 mln zł, a w grudniu 3.035 mln zł) nie mogły być już przeznaczone na zwiększenia planu kosztów świadczeń zdrowotnych. Ostateczną informację o ich wysokości Fundusz uzyskał w końcu roku, odpowiednio za listopad – 20.12.2005 roku, za grudzień – około 20.01.2006 roku. Wówczas nie było już możliwości dokonania zmian planu finansowego NFZ za 2005 r. Z doświadczeń 2005 roku wynikało, że procedura zmiany planu trwała około miesiąca, wymagała bowiem opiniowania wniosku Prezesa NFZ w tej sprawie przez Radę Funduszu oraz obie komisje właściwe do spraw finansów publicznych oraz do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej, a następnie zatwierdzenia zmiany planu przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów. Ponadto zgodnie ze stanowiskiem Ministerstwa Finansów, Fundusz może dokonywać zmiany planu finansowego do dnia 31 grudnia roku, którego ona dotyczy.

Fundusz analizował możliwość uzyskania wyższych niż planowano przychodów w listopadzie i grudniu. Jednak ze względu na bezpieczeństwo realizacji planu finansowego przyjęto, że ewentualne ponadplanowe przychody, będą tworzyły wynik finansowy Funduszu za 2005 rok, który pozwoli na spłatę strat z lat ubiegłych. Na koniec 2004 roku zagregowana strata z lat ubiegłych wyniosła 408 mln zł.

- Pozostałe czynniki, które zadecydowały o wyniku finansowym NFZ w 2005 roku to m.in.:
 - niższa niż planowana realizacja kosztów świadczeń zdrowotnych o kwotę 93.172,16 tys. zł,
 - niższa niż planowana realizacja kosztów administracyjnych o kwotę 18.659,17 tys. zł,
 - wyższy niż planowany wynik na działalności finansowej o kwotę 21.347,64 tys. zł,
 - niższa niż planowana realizacja kosztów ewidencjonowania i poboru składki o kwotę 9.201,52 tys. zł.

Czynniki kształtujące wynik finansowy NFZ w 2005r.

w tys. zł

Wyszczególnienie	Plan 2005r.	Wykonanie 2005r.	Wpływ na wynik (+, -)
<i>1</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5=4-3</i>
Składka należna brutto pomniejszona o odpis aktualizujący	33 411 595,00	33 792 090,91	380 495,91
Koszty ewidencjonowania i poboru składek	72 063,00	62 861,48	9 201,52
Przychody wynikające z przepisów o koordynacji	4 436,00	12 883,31	8 447,31
Otrzymane środki na profilaktyczne programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej realizowane na zlecenie MZ	30 539,00	27 135,65	-3 403,35
Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	0,00	0,00	0,00
Koszty świadczeń zdrowotnych	33 097 113,00	33 003 940,84	93 172,16
w tym: koszty refundacji leków	6 327 294,00	6 323 263,84	4 030,16

Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie Ministerstwa Zdrowia	30 539,00	26 088,07	4 450,93
Koszty administracyjne	350 900,00	332 240,83	18 659,17
Pozostałe przychody	125 582,00	338 810,64	213 228,64
Pozostałe koszty	68 535,00	90 520,21	-21 985,21
Przychody finansowe	56 530,00	86 747,29	30 217,29
Koszty finansowe	9 532,00	18 401,65	-8 869,65
Zyski i straty nadzwyczajne	0,00	0,00	
Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego	0,00	0,00	
Wynik finansowy	0,00	723 614,72	723 614,72

Roczne sprawozdanie z realizacji planu finansowego NFZ na rok 2005 przedstawia załącznik 9.

2. Sprawozdanie finansowe NFZ za 2005 r. sporządzone na podstawie ustawy o rachunkowości

2.1. Aktywa i ich struktura

Aktywa łącznie

w zł i gr

31.12.2004 r.	31.12.2005 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
3.807.246.692,70	4.623.084.376,13	21,4%	Biuro Księgowości

Aktywa trwale

w zł i gr

31.12.2004 r.	31.12.2005 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
228.774.743,83	232.372.196,44	1,6%	Biuro Księgowości

Aktywa obrotowe

w zł i gr

31.12.2004 r.	31.12.2005 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
3.578.471.948,87	4.390.712.179,69	22,7%	Biuro Księgowości

Struktura aktywów - krótka charakterystyka

w zł i gr

AKTYWA		31.12.2004 r.		31.12.2005 r.		Zmiana
		KWOTA	STRUKTURA	KWOTA	STRUKTURA	(+) wzrost (-) spadek
A.	AKTYWA TRWAŁE	228 774 743,83	6,0%	232 372 196,44	5,0%	3 597 452,61
I.	Wartości niematerialne i prawne	8 043 313,01	0,2%	7 738 899,05	0,2%	-304 413,96
II.	Rzeczowe aktywa trwałe, w tym:	220 214 006,43	5,8%	224 423 482,75	4,9%	4 209 476,32
1.	Środki trwałe:	218 823 492,21	5,7%	216 661 014,44	4,7%	-2 162 477,77
	- grunty (w tym prawo użytkowania wieczystego gruntów)	9 945 945,84	0,3%	9 845 598,99	0,2%	-100 346,85
	- budynki, budowle	164 262 248,09	4,3%	160 966 913,01	3,5%	-3 295 335,08
	- urządzenia techniczne i maszyny	39 977 499,51	1,1%	42 065 303,49	0,9%	2 087 803,98
	- środki transportu	508 120,77	0,0%	219 985,30	0,0%	-288 135,47
	- inne środki trwałe	4 129 678,00	0,1%	3 563 213,65	0,1%	-566 464,35
2.	Środki trwałe w budowie	1 390 514,22	0,0%	7 762 468,31	0,2%	6 371 954,09
III.	Należności długoterminowe	517 424,39	0,0%	209 814,64	0,0%	-307 609,75
	AKTYWA OBROTOWE	3 578 471 948,87	94,0%	4 390 712 179,69	95,0%	812 240 230,82
I.	Zapasy	2 077 529,17	0,1%	1 211 737,18	0,0%	-865 791,99
II.	Należności krótkoterminowe	2 627 154 676,01	69,0%	2 722 758 455,62	58,9%	95 603 779,61
III.	Inwestycje krótkoterminowe, w tym:	947 968 535,02	24,9%	1 664 700 978,11	36,0%	716 732 443,09
	- bieżące środki pieniężne	947 968 535,02	24,9%	1 664 700 978,11	36,0%	716 732 443,09
IV.	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	1 271 208,67	0,0%	2 041 008,78	0,0%	769 800,11
	RAZEM AKTYWA	3 807 246 692,70	100,00%	4 623 084 376,13	100,0%	815 837 683,43

Struktura majątku na dzień 31.12.2005 r. w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2004 r. nie uległa istotnym zmianom. Nastąpił nieznaczny spadek udziału aktywów trwałych z 6,0% do 5,0% oraz wzrost udziału aktywów obrotowych z 94,0% do 95,0%. W grupie aktywów obrotowych nastąpił spadek wartości zapasów o 41,7%, wzrost należności krótkoterminowych o 3,6% przy jednoczesnym spadku ich udziału o 10,1 pkt. Zwiększeniu uległa wartość i udział pozostałych składników, w tym głównie inwestycji krótkoterminowych o 75,6%, a udział o 11,1 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 31.12.2004 r. 69,0% i 24,9% oraz na 31.12.2005 r. 58,9% i 36,0%.

Porównanie danych - analiza trendów

Aktywa Funduszu na dzień 31.12.2005 r. obejmują następujące podstawowe składniki:

- **Wartości niematerialne i prawne** **7.738.899,05 zł**
 Wartości niematerialne i prawne stanowią 0,2% majątku Funduszu i obejmują licencje na użytkowe programy komputerowe.
- **Rzeczowe aktywa trwałe** **224.423.482,75 zł**
 Rzeczowe aktywa trwałe stanowią 4,9% sumy bilansowej. Wartość rzeczowych aktywów trwałych uległa zwiększeniu na dzień bilansowy w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2004 r. o 1,91%, co stanowi kwotę 4 209,48 tys. zł.
- **Należności długoterminowe** **209.814,64 zł**
 Należności długoterminowe stanowią należności z wyroków sądowych, z terminem ich spłaty określonym na lata późniejsze.
- **Zapasy** **1.211.737,18 zł**
 Zapasy wykazane w bilansie stanowią 0,03% sumy bilansowej i obejmują materiały, towary oraz zaliczki na dostawy.
- **Należności krótkoterminowe** **2.722.758.455,62 zł**
 Należności krótkoterminowe stanowią 58,9% sumy bilansowej i obejmują należności z tytułu dostaw robót i usług wymagalne w okresie 12 miesięcy od dnia bilansowego, w tym potwierdzone przez ZUS i KRUS z tytułu składek zdrowotnych w kwocie 2 683 389 tys. zł. Według stanu na dzień bilansowy należności krótkoterminowe wzrosły w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2004 r. o 3,64 % tj. o 95 603 tys. zł.
- **Inwestycje krótkoterminowe** **1.664.700.978,11 zł**
 Inwestycje krótkoterminowe, na które w całości składają się bieżące środki pieniężne stanowią 36,0% sumy bilansowej i wycenione zostały w wartości nominalnej łącznie z wymagalnymi na dzień bilansowy odsetkami. Stan inwestycji krótkoterminowych na dzień 31.12.2005 r. w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2004 r. uległ zwiększeniu o kwotę 716 732,4 tys. zł.
- **Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe** **2.041.008,78 zł**
 Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe obejmują nakłady przewidziane do rozliczenia w następnych okresach sprawozdawczych po dniu bilansowym.

2.2. Pasywa i ich struktura

Pasywa łącznie

w zł i gr

2004 r.	2005 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
3.807.246.692,70	4.623.084.376,13	21,4%	Biuro Księgowości

Kapitał własny

w zł i gr

2004 r.	2005 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
-266.053.857,33	457.560.824,09	-272,0%	Biuro Księgowości

Zobowiązania i rezerwy

w zł i gr

2004 r.	2005 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
4.073.300.550,03	4.165.523.552,04	2,3%	Biuro Księgowości

Struktura pasywów - krótka charakterystyka

w zł i gr

PASYWA		31.12.2004 r.		31.12.2005 r.		Zmiana
		KWOTA	STRUKTURA	KWOTA	STRUKTURA	(+) wzrost (-) spadek
A.	KAPITAŁ (FUNDUSZ) WŁASNY	-266 053 857,33	-6,99%	457 560 824,09	9,90%	723 614 681,42
I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	141 549 868,09	3,72%	141 549 868,09	3,06%	0,00
II.	Kapitał (fundusz) zapasowy	0,00	0,00%	0,00	0,00%	0,00
III.	Zysk (strata) z lat ubiegłych	-1 013 810 422,27	-26,63%	-407 603 725,42	-8,82%	606 206 696,85
IV.	Zysk (strata) netto	606 206 696,85	15,92%	723 614 681,42	15,65%	117 407 984,57
B.	ZOBOWIĄZANIA I REZERWY	4 073 300 550,03	106,99%	4 165 523 552,04	90,10%	92 223 002,01
I.	Rezerwy na zobowiązania	353 369 957,58	9,28%	318 862 839,04	6,90%	-34 507 118,54
II.	Zobowiązania długoterminowe	401 019 409,77	10,53%	80 660 343,84	1,74%	-320 359 065,93
III.	Zobowiązania krótkoterminowe	3 293 715 757,07	86,51%	3 757 969 080,85	81,29%	464 253 323,78
IV.	Rozliczenia międzyokresowe	25 195 425,61	0,66%	8 031 288,31	0,17%	-17 164 137,30
RAZEM PASYWA		3 807 246 692,70	100,00%	4 623 084 376,13	100,00%	815 837 683,43

Majątek Funduszu w 90,1% pokrywają zobowiązania i rezerwy na zobowiązania, wykazane w łącznej kwocie 4.165.523 tys. zł, stanowią kwotę niższą niż stan majątku ogółem o 457.561 tys. zł.

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

Porównanie danych – analiza trendów

Pasywa Funduszu na dzień 31.12.2005 r. obejmują następujące podstawowe składniki:

- **Fundusz własny** **457.560.824,09 zł**
Fundusz własny obejmuje:
 - kapitał podstawowy w wysokości 141.549.868,09 zł stanowiący równowartość majątku trwałego netto otrzymanego od Skarbu Państwa,
 - stratę z lat ubiegłych w kwocie 407.603.725,42 zł,
 - zysk okresu badanego w kwocie 723.614.681,42 zł, który wynika z prawidłowo sporządzonego rachunku zysków i strat.
- **Rezerwy na zobowiązania** **318.862.839,04 zł**
Rezerwy na zobowiązania stanowią 6,9% sumy bilansowej i obejmują:
 - rezerwy na pewne lub prawdopodobne przyszłe zobowiązania w kwocie 200 798 tys. zł, z czego kwota 171.783 tys. zł przypada na rezerwy na postępowania sądowe za ponadumowne świadczenia zdrowotne,
 - bierne rozliczenia międzyokresowe kosztów działalności operacyjnej i kosztów finansowych w wysokości 118.065 tys. zł.
- **Zobowiązania długoterminowe** **80.660.343,84 zł**
Zobowiązania długoterminowe obejmują 1,7% sumy bilansowej, z czego 99,4% przypada na zobowiązania z tytułu pożyczki z budżetu Państwa, której termin spłaty przypada po roku 2006.
- **Zobowiązania krótkoterminowe** **3.757.969.080,85 zł**
Zobowiązania krótkoterminowe obejmują 81,3% sumy bilansowej, w tym zobowiązania z tytułu dostaw i usług wymagalne w okresie 12 miesięcy po dniu bilansowym stanowią kwotę 3 400 194 tys. zł.
- **Rozliczenia międzyokresowe** **8.031.288,31 zł**
Rozliczenia międzyokresowe stanowią 0,17% sumy bilansowej. Stan rozliczeń międzyokresowych zaprezentowano w nocie 1.11 do sprawozdania finansowego.

Łączny bilans Narodowego Funduszu Zdrowia na dzień 31.12.2005 r. przedstawia załącznik 10.

3. Informacje o finansowaniu wydatków inwestycyjnych

Plan wydatków inwestycyjnych NFZ na 2005 rok obejmował głównie zadania z dziedziny informatyki oraz inwestycje związane z zakupem i modernizacją nieruchomości i wynosił 40.355.000 zł.

Wartość zadań zrealizowanych wyniosła 34.235.960 zł, co stanowi 84,84% wartości planu.

Plan pod względem rzeczowym został wykonany w wyższym stopniu niż pod względem wartościowym.

Środki finansowe pozostające na koniec roku w centralnym funduszu inwestycyjnym w przeważającej części wynikają z uzyskania w przeprowadzonych postępowaniach o udzielenie zamówień publicznych cen korzystniejszych od szacowanych.

Zestawienie planu wydatków inwestycyjnych, jego głównych części, i jego realizacji przedstawia poniższa tabela.

w tys. zł

Wykonanie planu rzeczowo-finansowego zakupów środków trwałych Narodowego Funduszu Zdrowia w 2005 roku			
Lp.	Pozycje	Centrala + Oddziały NFZ	
		plan	wykonanie
A.	Nieruchomości	7 529,51	6 367,662
B.	Maszyny i urządzenia	1 479,57	1 146,001
C.	Środki transportu	446,00	0
D.	Sprzęt komputerowy i jego podzespoły	24 068,12	21 347,037
E.	Oprogramowanie	6 831,80	5 375,260
Ogółem wartość zadań		40 355,00	34 235,959

VI. 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.). Zgodnie z jego zapisami Narodowy Fundusz Zdrowia składa się z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz szesnastu Oddziałów Wojewódzkich Funduszu.

W okresie od 1 stycznia do 30.09.2005 r. w skład struktury organizacyjnej Centrali Funduszu wchodziły następujące komórki organizacyjne:

- 1) Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej;
- 2) Departament Kontroli;
- 3) Departament Ekonomiczno-Finansowy;
- 4) Departament Spraw Świadczeniobiorców;
- 5) Departament Zarządzania Strategicznego;
- 6) Departament Gospodarki Lekami;
- 7) Departament do Spraw Służb Mundurowych;
- 8) Gabinet Prezesa;
- 9) Zespół Radców Prawnych;
- 10) Biuro Księgowości;
- 11) Biuro Organizacyjno-Prawne;
- 12) Biuro Współpracy Międzynarodowej;
- 13) Biuro Informatyzacji;
- 14) Biuro Spraw Pracowniczych i Szkoleń;
- 15) Biuro Administracyjne;
- 16) Biuro Rady Funduszu;
- 17) Biuro Audytora Wewnętrznego;
- 18) Biuro Rzecznika Prasowego Funduszu;
- 19) Pełnomocnik do Spraw Ochrony Informacji Niejawnych;
- 20) Rzecznik Praw Pacjenta.

W związku z nowelizacją statutu dokonaną od dnia 01.10.2005 r., struktura organizacyjna Centrali uległa zmianie. Od tej daty 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) Audytor 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.

W przypadkach uzasadnionych liczbą Świadczeniobiorców zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu i zakresem wykonywanych przez niego zadań Prezes Funduszu może połączyć wyżej wymienione komórki organizacyjne.

W oddziałach wojewódzkich mogą być tworzone placówki terenowe, zwane dalej "delegaturami oddziału", w celu poprawy dostępności Funduszu dla Świadczeniobiorców, ułatwienia współpracy ze świadczeniodawcami oraz ułatwienia monitorowania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Na dzień 31.12.2005 roku w oddziałach istniało łącznie 35 delegatur (najwięcej po 5: w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim i Śląskim Oddziale Wojewódzkim).

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 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej do zadań Rady Funduszu należy:

- 1) kontrolowanie bieżącej działalności Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności,
- 2) uchwalanie:
 - a) planu pracy Funduszu na dany rok,
 - b) rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych,
- 3) opiniowanie:
 - a) projektu planu finansowego na dany rok,
 - b) systemu wynagradzania pracowników Funduszu,
- 4) przyjmowanie:
 - a) sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu,
 - b) okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu,
- 5) 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,
- 6) kontrola prawidłowej realizacji planu finansowego Funduszu,
- 7) wnioskowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ich realizacji,
- 8) powoływanie i odwoływanie Prezesa Funduszu oraz zastępców Prezesa Funduszu.

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

- Na I posiedzeniu Rady NFZ w dniach 12-13.01.2005 r. Rada Funduszu:
 - Podjęła uchwałę w sprawie odwołania Zastępcy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. finansowych,
 - Dyskutowała nad przedstawionymi przez Prezesa Funduszu warunkami ramowymi okresowego sprawozdania z działalności NFZ,
 - Zapoznała się z informacją Prezesa Funduszu o bieżącej działalności NFZ, w tym w zakresie: kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na 2005 roku, gospodarki lekami.
- Na II posiedzeniu Rady NFZ w dniach 9-10.02. 2005 r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w sprawie wydania opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 rok,

- w sprawie wyrażenia zgody na nabycie przez Narodowy Fundusz Zdrowia bonów skarbowych,
- w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2004 r.,
- zapoznała się z informacją Prezesa Funduszu o bieżącej działalności Narodowego Funduszu Zdrowia, w tym o realizacji kontraktów w 2004 r., o bieżącej sytuacji finansowej Funduszu, wynikach kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na 2005 rok oraz funkcjonowaniu Centralnego Wykazu Ubezpieczonych i Elektronicznej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego.

- Na III posiedzeniu Rady NFZ w dniach 2-3.03.2005 r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w sprawie wydania opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 rok,
- w sprawie powołania Zespołu Problemowego Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw analizy działalności Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie kontraktowania niektórych świadczeń opieki zdrowotnej,

Dyskutowała na temat:

- problemów zabezpieczenia dostępności ubezpieczonych do świadczeń opieki zdrowotnej, uprzednio finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia (leczenie immunosupresyjne, leczenie niedoboru wzrostu u dzieci i młodzieży hormonem wzrostu),
- zakresu informacji oraz układu i sposobu ich prezentacji w okresowym sprawozdaniu z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zapoznała się z informacją Prezesa Funduszu o bieżącej działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz o zmianach systemowych w kontraktowaniu świadczeń opieki zdrowotnej na przestrzeni lat 1999-2004.

- Na IV posiedzeniu Rady NFZ w dniach 13-14.04.2005 r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w sprawie wydania opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 rok,
- w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2004 rok.,
- w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2004 r.,
- w sprawie przyjęcia planu pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 rok,
- w sprawie powołania Zastępcy Prezesa Funduszu do spraw finansowych,
- w sprawie przyjęcia wyników prac Zespołu Problemowego Rady Funduszu do spraw analizy działalności Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie kontraktowania niektórych świadczeń opieki zdrowotnej,

- w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie umów konserwacji Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności Narodowego Funduszu Zdrowia,
- w sprawie przyjęcia planu pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 rok,
- dotyczącą wyrażenia przez Radę Funduszu stanowiska w sprawie szkodliwych praktyk promocji leków stosowanych przez firmy farmaceutyczne.

Przyjęła informację Przewodniczącego Zespołu Problemowego Rady Funduszu do spraw analizy działalności NFZ w zakresie kontraktowania niektórych świadczeń opieki zdrowotnej o wynikach pracy Zespołu.

Zapoznała się z informacją Prezesa Funduszu o bieżącej działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz z założeniami elektronicznego Rejestru Usług Medycznych i projektu algorytmu podziału środków na świadczenia opieki zdrowotnej na 2006 r. pomiędzy Oddziały Wojewódzkie NFZ.

Zobowiązała Prezesa NFZ do przygotowania informacji na temat liczby przeprowadzonych kontroli przez Ministerstwo Zdrowia i NFZ w I kwartale 2005 r.

- Na V posiedzeniu Rady NFZ w dniu 02.06.2005 r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w sprawie wydania opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 rok,
- w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie umowy konserwacji Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności Narodowego Funduszu Zdrowia,
- zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 rok,
- w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za I kwartał 2005r.,
- w sprawie upoważnienia Prezesa NFZ do zawarcia umowy o świadczenie usług opieki serwisowej nad użytkowanym przez NFZ oprogramowaniem firmy Microsoft.

Zapoznała się z informacją Prezesa Funduszu o bieżącej działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz o wynikach przeprowadzonych przez NFZ w I kwartale 2005r. kontroli świadczeniodawców i o założeniach do projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 rok.

- Na VI posiedzeniu Rady NFZ w dniu 14.07.2005 r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w sprawie wydania opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 rok,
- w sprawie wyrażenia zgody na odpłatne zbycie nieruchomości Narodowego Funduszu Zdrowia: położonych w Bielsku-Białej, Koszalinie, i Gorzowie Wielkopolskim,

- w sprawie wyrażenia zgody na nabycie nieruchomości położonej w Opolu z przeznaczeniem na siedzibę Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
- zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 rok,
- zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2004 r.,

Zapoznała się z informacją Prezesa NFZ na temat bieżącej działalności Narodowego Funduszu Zdrowia, prognozy wpływów (przychodów) i wydatków (kosztów) Narodowego Funduszu Zdrowia na kolejne trzy lata, 2006-2008 oraz prac Zespołów Problemowych Rady Narodowego Funduszu Zdrowia.

- Na VII posiedzeniu Rady NFZ w dniu 27.07.2005 r., zwołanym na wniosek Ministra Zdrowia z dnia 20.07.2005 r., którego głównym tematem było omówienie aktualnej sytuacji w Narodowym Funduszu Zdrowia Rada Funduszu:
 - Podjęła uchwałę w sprawie wniesienia środków zaskarżenia od decyzji Ministra Zdrowia z dnia 18.07.2005 r. znak MZ-UZ-OP-740-410-8/AG/05.
- Na VIII posiedzeniu Rady NFZ w dniu 24.08.2005 r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w sprawie przeznaczenia zatwierdzonego zysku netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2004 r.,
- w sprawie wydania opinii do projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2006 r.,
- w sprawie wydania opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 r.,
- zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 r.,

Zapoznała się z informacją Prezesa NFZ o bieżącej działalności Narodowego Funduszu Zdrowia, w tym o realizacji planu finansowego NFZ za okres styczeń-czerwiec 2005 r.

Zobowiązała Prezesa NFZ do przedstawienia informacji na temat Rejestru Usług Medycznych, finansowania refundacji leków ze środków Funduszu oraz kontroli realizowanych przez Fundusz.

Upoważniła Przewodniczącą Rady do sporządzenia pisemnego stanowiska Rady wobec projektu planu finansowego NFZ na 2006 rok i przedstawienia tego stanowiska Prezesowi Rady Ministrów.

- Na IX posiedzeniu Rady NFZ w dniach 4-5.10.2005 r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w sprawie wydania opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 rok,

- w sprawie przyjęcia Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 rok,
- w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania NFZ za II kwartał 2005 rok,
- w sprawie wyrażenia zgody na nabycie przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w formie przyjęcia darowizny na cel publiczny, nieruchomości położonej w Dąbrowie Górniczej.

Dyskutowała w sprawie:

- wyrażenia zgody na nabycie przez Narodowy Fundusz Zdrowia lokali użytkowych znajdujących się w budynku położonym przy ul. Grójeckiej 186 w Warszawie,
- wyrażenia zgody na zawarcie umowy o świadczenie usług opieki serwisowej nad oprogramowaniem Microsoft w programie Enterprise.

Zapoznała się z informacją na temat bieżącej sytuacji finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia oraz realizacji kontraktów z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej za I półrocze 2005 r., refundacji cen leków przez NFZ w 2005 roku i przeprowadzonych przez NFZ w I półroczu 2005r. kontroli świadczeniodawców.

- Na X posiedzeniu Rady NFZ w dniu 03.11.2005r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w sprawie wydania opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 r.,
- zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 r.,
- w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych na 2006 r.,
- w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie umowy o świadczenie usług opieki serwisowej nad oprogramowaniem Microsoft w programie Enterprise,
- w sprawie wyrażenia zgody na nabycie przez Narodowy Fundusz Zdrowia lokali użytkowych znajdujących się w budynku położonym przy ul. Grójeckiej 186 w Warszawie,
- zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania NFZ za II kwartał 2005 r.,

Zapoznała się z informacją Prezesa NFZ na temat realizacji planu finansowego NFZ oraz realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w okresie styczeń – sierpień 2005 r.

- Na XI posiedzeniu Rady NFZ w dniu 09.12.2005 r. Rada Funduszu:

Podjęła uchwały:

- w sprawie wydania opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 rok,
- zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 rok,

- w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności NFZ za III kwartał 2005 r.

Zapoznała się z informacją:

- Przewodniczącego Zespołu Problemowego Rady Funduszu do spraw informatyzacji NFZ,
- Prezesa NFZ o bieżącej działalności Narodowego Funduszu Zdrowia,
- w tym: o przebiegu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na 2006 rok oraz na temat harmonogramu wdrożenia e-RUM.

Rada Narodowego Funduszu Zdrowia podejmuje również uchwały w drodze korespondencyjnego uzgodnienia stanowisk przez członków Rady (tryb obiegowy).

Rada Funduszu podjęła w trybie obiegowym w dniu 18.05.2005 r. uchwałę Nr 15/2005/I oraz w dniu 23.12.2005 r. uchwałę Nr 49/2005/I zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2005 rok.

Ponadto Rada Funduszu powołuje spośród swoich członków Zespoły Problemowe, które przygotowują na jej posiedzenia rekomendacje, opinie i stanowiska.

W 2005 roku odbyły się cztery spotkania Zespołu Problemowego Rady NFZ do spraw analizy działalności Funduszu w zakresie kontraktowania niektórych świadczeń opieki zdrowotnej (15 marca, 4 kwietnia, 13 kwietnia, 29 czerwca 2005 r.) oraz trzy spotkania Zespołu Problemowego Rady do spraw informatyzacji NFZ (21 czerwca, 23 sierpnia i 8 grudnia 2005 r.).

Zespół Problemowy Rady NFZ do spraw analizy działalności Funduszu w zakresie kontraktowania niektórych świadczeń opieki zdrowotnej analizował stan realizacji zadań w zakresie zapewnienia ubezpieczonym dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu onkologii (program leczenia raka jelita grubego i chemioterapii), jak również świadczeń medycznych uprzednio finansowanych przez Ministerstwo Zdrowia, a następnie przekazanych do realizacji Narodowemu Funduszowi Zdrowia, tj.:

- leczenia niedoboru wzrostu przy zastosowaniu hormonu wzrostu,
- leczenia immunosupresyjnego po przeszczepie narządu unaczynionego lub szpiku,
- wszczepów implantów ślimakowych,
- leczenia choroby Hurler laronidazą.

Natomiast, Zespół Problemowy Rady do spraw informatyzacji analizował w trakcie spotkań przede wszystkim tematy związane z realizacją umów o świadczenie usług Konserwacji Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności Narodowego Funduszu Zdrowia zawartych z firmą Computerland S.A. oraz Konsorcjum Kamsoft-Spin w 2005 r. oraz z założeniami i przygotowaniem do zawarcia umów na 2006 r., w szczególności w kontekście warunków wynikających z ustawy o informatyzacji administracji publicznej.

Przedmiotem dyskusji Zespołu Problemowego Rady do spraw informatyzacji była również analiza przedstawionych przez Biuro Informatyki NFZ informacji na temat zamknięcia projektów informatycznych, wprowadzenia RUM i elektronicznej karty ubezpieczenia zdrowotnego, wsparcia informatycznego procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej oraz przebiegu procesu kontraktowania przedsięwzięć informatycznych.

3. Zasoby kadrowe

Stan zatrudnienia i jego zmiany

Stan zatrudnienia na dzień 1.01.2005 r. w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz na koniec poszczególnych kwartałów przedstawia poniższa tabela:

Stan zatrudnienia i jego zmiany

Lp.	Stan zatrudnienia na dzień	Osoby			Etaty		
		ogółem	centrala	oddziały	ogółem	centrala	oddziały
1.	1 stycznia 2005 r.	4.356	251	4.105	4.286,39	246,8	4.039,59
2.	31 marca 2005 r.	4.324	249	4.075	4.253,78	245,60	4.008,18
3.	30 czerwca 2005 r.	4.348	251	4.097	4.280,37	246,85	4.033,52
4.	30 września 2005 r.	4.325	253	4.072	4.258,36	248,25	4.010,11
5.	31 grudnia 2005 r.	4.270	252	4.018	4.201,38	247,00	3 954,38

W trakcie roku 2005 stan osobowy pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia uległ zmniejszeniu o 86 osób (85 etatów). Na zmniejszenie zatrudnienia wpływ miało przede wszystkim wdrożenie algorytmu podziału środków na wynagrodzenia likwidującego przerosty zatrudnienia w niektórych Oddziałach Wojewódzkich. Z tego tytułu wypowiedziano umowy o pracę 93 pracownikom, w tym w:

- Śląskim OW - 30 pracownikom,
- Łódzkim OW - 26 pracownikom,
- Lubuskim OW - 24 pracownikom,
- Podlaskim OW - 13 pracownikom.

Zmniejszenie zatrudnienia nastąpiło także w:

- Lubelskim OW - 10 pracowników,
- Małopolskim OW - 10 pracowników,
- Świętokrzyskim OW - 7 pracowników.

Wzrost zatrudnienia nastąpił natomiast w Oddziałach Wojewódzkich, które do tej pory miały zbyt małą obsadę kadrową, tj. w:

- Wielkopolskim OW - 28 pracowników,
- Dolnośląskim OW - 16 pracowników,
- Podkarpackim OW - 9 pracowników.

Według podziału na grupy pracownicze stan zatrudnienia na dzień 31.12.2005 r. przedstawiał się następująco:

- Kierownictwo Funduszu -4 osoby,
- kadra kierownicza -743 osoby (na 734,58 etatach),
- pracownicy administracyjni -3. 422 osoby (na 3.366,75 etatach),
- pracownicy obsługi technicznej -101 osób (na 96,05 etatach).

3.1. Wykształcenie pracowników NFZ

Według stanu na dzień 31.12.2005 r. na 4.270 zatrudnionych pracowników wykształcenie wyższe posiadały 3.123 osoby, tj. 73,4% ogółu zatrudnionych, w tym:

- Kierownictwo Funduszu -4 osoby,
- kadra kierownicza -704 osoby,
- pracownicy administracyjni -2 .410 osób,
- obsługa techniczna -5 osób.

Wykształcenie średnie posiadało 1.090 pracowników (ok. 25,5% ogółu zatrudnionych), w tym:

- kadra kierownicza - 42 osoby,
- pracownicy administracyjni -997 osób,
- obsługa techniczna -51 osoby.

Wykształceniem niższym niż średnie legitymowało się 57 osób.

Najwyższy wskaźnik pracowników z wykształceniem wyższym zanotowano w oddziałach:

- Świętokrzyskim 88,65%,
- Podlaskim 87,31%,
- Lubelskim 85,24%.

Najniższy wskaźnik w tym zakresie posiadają oddziały:

- Pomorski 53,22%,
- Warmińsko-Mazurski 57,75%,
- Małopolski 61,16%.

W Centrali Funduszu wyższe wykształcenie posiadało 205 pracowników, tj. 81,35% ogółu zatrudnionych.

3.2. Fluktuacja zatrudnienia

W 2005 r. z pracy w Narodowym Funduszu Zdrowia odeszły 424 osoby (roczny wskaźnik fluktuacji 9,96%). Największa liczba pracowników odeszła z Oddziału:

- Śląskiego 63 osoby (wskaźnik 11,21%),
- Łódzkiego 59 osób (wskaźnik 20,31%),
- Lubuskiego 35 osób (wskaźnik 24,11%),
- Świętokrzyskiego 33 osoby (wskaźnik 22,93%),
- Mazowieckiego 29 osób (wskaźnik 5,94%),
- Podlaskiego 38 osób (wskaźnik 15,39%).

Najniższą fluktuację zanotowano w Opolskim Oddziale Wojewódzkim - 3 osoby zwolnione (wskaźnik fluktuacji 2,68) oraz w Pomorskim Oddziale Wojewódzkim - 10 osób zwolnionych (wskaźnik fluktuacji 3,43%).

Z Centrali Funduszu w ciągu roku 2005 odeszło 38 pracowników (roczny wskaźnik fluktuacji - 15,39%).

3.3. Wynagrodzenie

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w Narodowym Funduszu Zdrowia w 2005 r. wyniosło ok. 3.396 zł i było wyższe od przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w roku 2004 o 1,3%. W podziale na grupy pracownicze przeciętne wynagrodzenie miesięczne kształtowało się następująco:

- Prezes i Zastępcy Prezesa 13.615 zł,
- Dyrektorzy Oddziałów i ich Zastępcy 9.487 zł,
- kadra kierownicza 5.616 zł,
- pozostali pracownicy 2.827 zł.

Jeśli chodzi o przeciętne miesięczne wynagrodzenie w jednostkach organizacyjnych Funduszu to:

- w Centrali Funduszu wyniosło ono 4.686 zł.

Wynagrodzenie w oddziałach wojewódzkich było zróżnicowane. Najwyższe wynagrodzenia otrzymywali pracownicy Oddziałów:

- Mazowieckiego 3.648 zł,
- Wielkopolskiego 3.604 zł,
- Kujawsko-Pomorskiego 3.569 zł.

Najniższe wynagrodzenia zanotowano w Oddziałach:

• Pomorskim	3.111 zł,
• Małopolskim	3.112 zł,
• Podlaskim	3.113 zł,
• Świętokrzyskim	3.116 zł,
• Lubuskim	3.129 zł,
• Podkarpackim	3.139 zł.

Należy podkreślić, że wprowadzenie w połowie roku 2005 algorytmu podziału środków na wynagrodzenia zmniejszyło różnice w wysokości wynagrodzeń oddziałów. W roku 2004 bowiem różnica pomiędzy Oddziałem Mazowieckim legitymującym się najwyższym wynagrodzeniem zasadniczym (3.637 zł) a Oddziałem Podkarpackim (2.751 zł) wynosiła 886 zł, obecnie zaś różnica ta wynosi 537 zł. Z uwagi na fakt, iż przesunięcia środków finansowych w zakresie kosztów wynagrodzeń zostały rozłożone na 3 lata, można domniemywać, że w kolejnych latach różnica ta ulegnie dalszemu zmniejszeniu.

4. Działania edukacyjne i informacyjne

Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje zadania z zakresu komunikacji społecznej, określone w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej, ustawie o dostępie do informacji publicznej oraz ustawie Prawo prasowe - poprzez środki społecznego przekazu, publikacje własne oraz serwis internetowy.

4.1. Środki społecznego przekazu:

Biuro Informacji i Komunikacji Społecznej udziela bieżącej informacji i wyjaśnień na temat decyzji i działań Funduszu. W sposób szczególny podejmowano w okresie sprawozdawczym następujące tematy:

- wyniki kontraktowania świadczeń na rok bieżący i stan zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla osób ubezpieczonych,
- prace dotyczące warunków realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w roku następnym i planowane zmiany,
- migracja pacjentów między województwami oraz sposób podziału pieniędzy na województwa,
- informacja o ustawowym obowiązku tworzenia list osób oczekujących na świadczenie zdrowotne,
- gospodarka finansowa Funduszu, ze szczególnym uwzględnieniem kolejnych zmian w planie finansowym i rozdysponowania rezerw,
- refundacja leków oraz kontrola aptek w aspekcie prawidłowości wystawiania recept,
- zasady rozliczania świadczeń zdrowotnych oraz założenia pilotażu rejestru usług medycznych,

- opracowanie i wdrożenie przez Fundusz programów profilaktycznych (dotyczących m.in. schorzeń nowotworowych, chorób układu krążenia i przewlekłej obturacyjnej choroby płuc),
- zasady tworzenia programów lekowych,
- zasady udzielania świadczeń zdrowotnych polskim ubezpieczonym na terytorium państw Unii Europejskiej i EOG; zastąpienie formularzy E 111 Europejską Kartą Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz zasady jej wydawania,
- zasady kierowania osób ubezpieczonych do zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-leczniczych,
- zasady udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku, kiedy osoba ubezpieczona przebywa czasowo poza miejscem zamieszkania podczas urlopu,
- przebieg i wyniki przeprowadzonego konkursu na stanowiska dyrektorów oddziałów.

Stanowisko Narodowego Funduszu Zdrowia prezentowane było na konferencjach prasowych i na briefingach, w komunikatach prasowych, programach informacyjnych i publicystycznych radia, telewizji, w portalach internetowych. Ponadto:

- we współpracy z radiem oraz telewizją (m.in. Świętokrzyskie Radio Tak, Polskie Radio Lublin, Radio WaMa, Radio Kielce, Radio Rzeszów, Radio Katowice, Telewizja Polska Program 2, Telewizja Polska: Bydgoszcz, Katowice, Poznań, Rzeszów) przygotowano programy informacyjne dotyczące programów profilaktyki chorób nowotworowych, profilaktyki chorób układu krążenia, programów lekowych, nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa, leczenia uzdrowiskowego, EKUZ oraz praw pacjenta;
- w regionalnych gazetach (m.in. „Gazeta Pomorska”, „Gazeta Wyborcza”, „Gazeta Lubuska”, „Dziennik Łódzki”, „Dziennik Polski”, „Nowa Trybuna Opolska”, „Słowo Ludu”, „Echo Dnia”, „Głos Koszaliński”, „Głos Szczeciński”) publikowano cyklicznie informacje dla osób ubezpieczonych, dotyczące m.in. danych adresowych i telefonicznych przychodni specjalistycznych i szpitali posiadających umowy z NFZ, programów profilaktycznych, praw pacjenta; rzecznik prasowy centrali oraz rzecznicy prasowi oddziałów brali udział w tematycznych dyżurach redakcyjnych w prasie („Leczenie sanatoryjne”, „Zasady korzystania z pogotowia ratunkowego”, „Zaopatrzenie w środki pomocnicze i ortopedyczne”);
- w Centrum Komunikacji Medialnej w Warszawie, we współpracy z Dziennikarskim Klubem Promocji Zdrowia uczestniczono w cyklu dyskusji panelowych dotyczących problematyki finansowania opieki zdrowotnej, gospodarki lekami;
- organizowano „białe niedziele” pod hasłem profilaktyki chorób serca, chorób onkologicznych, urologicznych, ginekologicznych (Kujawsko-Pomorski), cykl wykładów edukacyjnych z zakresu profilaktyki chorób nowotworowych, transplantacji chorób serca (Małopolska), akcję edukacyjną „Przyjazna Apteka” (Opolski); spotkania z młodzieżą licealną popularyzujące wiedzę o prawach pacjenta, dyżury informacyjne dla osób niepełnosprawnych (Podlaski), cotygodniowe informacyjne spotkania „Poniedziałki na Dobrzyńskiej” (Dolnośląski);

Ponadto w centrali oraz oddziałach wojewódzkich prowadzona była w 2005 r. ogólnodostępna infolinia telefoniczna. Najczęściej pytano o informacje dotyczące dostępności do świadczeń, zasad refundacji kosztów związanych z zakupem środków pomocniczych i ortopedycznych,

Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, praw pacjenta, transportu sanitarnego, odpłatności za świadczenia ponadstandardowe.

4.2. Publikacje

Najważniejszą pozycją wśród opublikowanych materiałów był Biuletyn Narodowego Funduszu Zdrowia, w którym zamieszczano m.in. materiały dotyczące aktualnego stanu prawnego w zakresie ochrony zdrowia osób ubezpieczonych, opisy programów profilaktycznych i terapeutycznych. Ponadto ukazały się:

- foldery informacyjno-edukacyjne, w nakładach do 50 tys. egz., o prawach pacjenta, podstawowej opiece zdrowotnej, leczeniu stomatologicznym, leczeniu szpitalnym, leczeniu uzdrowiskowym,
- broszury dla osób ubezpieczonych z zakresu profilaktyki chorób serca oraz chorób dziecięcych (Małopolska),
- informatory z wykazami świadczeniodawców, posiadających umowę z NFZ,
- tematyczne ulotki informacyjne z okazji „białej niedzieli” oraz z okazji Światowego Dnia Bez Tytoniu, Światowego Dnia Chorego, Światowego Dnia Niepełnosprawnych, Światowego Dnia Zdrowia Psychicznego, jak również o ratownictwie medycznym, o programach profilaktycznych: gruźlicy, badań prenatalnych, chorób układu krążenia, raka piersi, raka szyjki macicy, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, o zasadach udzielania świadczeń w krajach UE i EOG, o procedurze wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej POZ, prawach pacjenta, opiece zdrowotnej w wakacje.

4.3. Internet

Na stronie internetowej NFZ są publikowane:

- 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: zarządzenia Prezesa wraz z ich omówieniami, komunikaty prasowe,
- serwis informacyjny o zasadach korzystania z opieki zdrowotnej w krajach Unii Europejskiej i EOG (w wersjach językowych: angielskiej, niemieckiej, hiszpańskiej, francuskiej),
- Biuletyn Informacji Publicznej,
- dział rekrutacji, zawierający informacje o prowadzonym naborze pracowników NFZ,
- serwis prawny w zakresie obowiązujących aktów prawnych z dziedziny ochrony zdrowia w Polsce.

5. Informatyzacja

W odniesieniu do planu zadań na 2005 roku w zakresie informatyzacji, realizowane były zadania, które swoim zasięgiem obejmowały obszar samego Funduszu, ale również jego otoczenia tj. Świadczeniobiorców i Świadczeniodawców.

Jednym z głównych zadań było opracowanie projektu Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz jej wdrożenie.

Zgodnie z decyzją Komisji Europejskiej, Polska została zobowiązana do wdrożenia Europejskiej Karty Ubezpieczenia zdrowotnego od 01.01.2006 roku. W maju 2005 roku podjęto prace przygotowawcze do wprowadzenia karty oraz uruchomienia systemu obsługującego jej personalizację i wydawanie.

Przygotowano wzór karty, zgodnie z zaleceniami Komisji Administracyjnej do spraw Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących.

EUROPEJSKA KARTA UBEZPIECZENIA ZDROWOTNEGO

PL

3 Nazwisko

4 Imiona

5 Data urodzenia

6 Osobisty numer identyfikacyjny

7 Numer identyfikacyjny instytucji

8 Numer identyfikacyjny karty

9 Data ważności

wzór EKUZ

Wdrożenie EKUZ odbyło się w oparciu o Centralny Wykaz Ubezpieczonych (CWU), który został dostosowany do rejestracji danych umożliwiających wydanie karty, a także do monitorowania wydanych kart.

Wyprodukowane karty, z nadrukiem offsetowym dostarczane były do oddziałów NFZ i ich delegatur. Personalizacja i wydawanie kart odbywało się w oddziałach i delegaturach NFZ, (na wnioski ubezpieczonego) łącznie na 90 stanowiskach w skali kraju. Do oddziałów wojewódzkich dostarczono specjalne drukarki do drukowania kart, które umożliwiają sprawne wydawanie kart wnioskującym „na poczekaniu”.

Wydawanie karty EKUZ rozpoczęto z dniem 01.12.2005 r. – łącznie w 2005 r. wydano 76.410 sztuk kart EKUZ (z datą obowiązywania od 01.01.2006 r.).

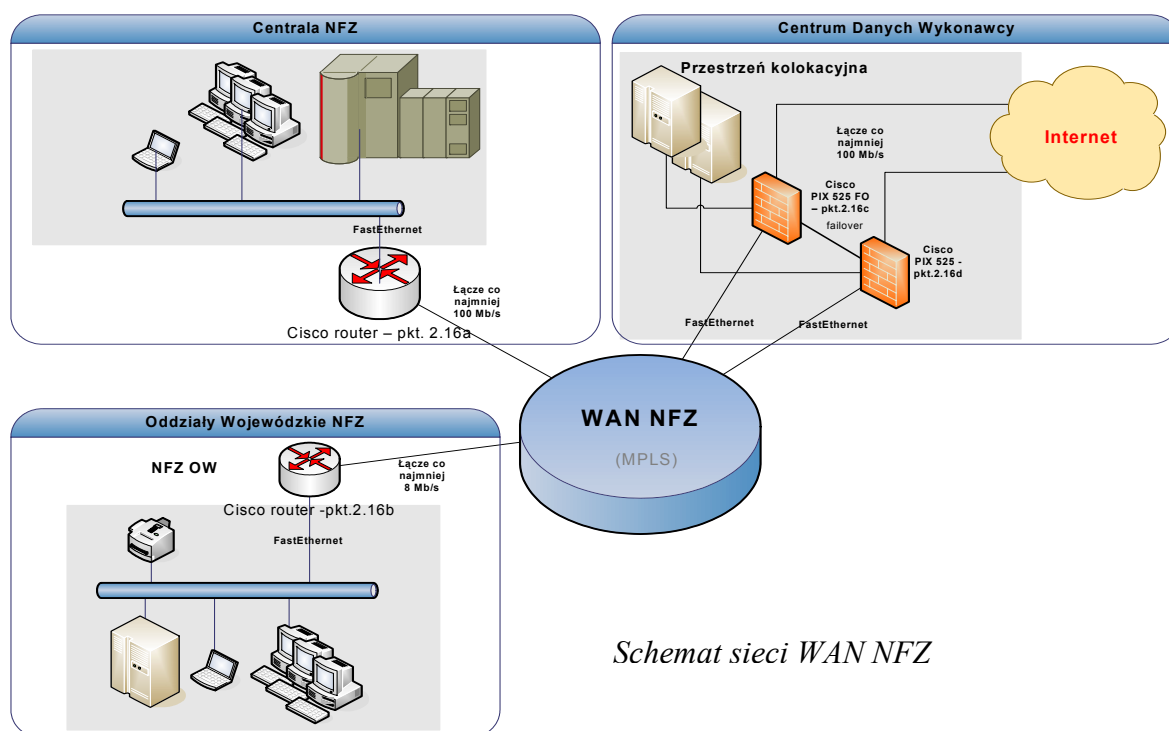
Wydawanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego w oparciu o CWU wymagało m.in. stworzenia możliwości szybkiego dostępu do baz danych. Niezbędnym więc stało się wdrożenie ogólnokrajowej sieci rozległej NFZ, umożliwiającej wymianę danych w czasie rzeczywistym w zakresie transakcji z Centralnymi Bazami Danych ze szczególnym uwzględnieniem Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

W kwietniu 2005 roku uruchomiono wysokowydajną sieć WAN między Oddziałami Wojewódzkimi a Centralą NFZ, dzięki czemu można było doprowadzić do wymiany danych w czasie rzeczywistym w zakresie transakcji danych.

Założenia do budowy sieci zakładały m.in., że nastąpi połączenie sieci lokalnych (LAN - Local Area Network) Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia wysokowydajną siecią rozległą (WAN - Wide Area Network) udostępniającą połączenie z siecią Internet, poprzez wydzielenie sieci prywatnej (VPN - Virtual Private Network) w sieci NFZ. Ponadto przyjęto, że utrzymywanie sieci WAN wraz z administracją urządzeniami aktywnymi oraz z udostępnieniem upoważnionym administratorom sieci NFZ możliwości monitorowania dostarczonych urządzeń aktywnych odbywać się będzie w Centrali NFZ.

Dla sprawnego funkcjonowania i poprawnej realizacji zadania wynajęto odseparowaną przestrzeń kolokacyjną w Centrum Danych, w celu stworzenia dodatkowego węzła sieci WAN (Wide Area Network) NFZ, realizującego wybrane elementy polityki bezpieczeństwa sieci WAN NFZ.

Kolejnym założeniem projektu i wdrożenia było dostarczenie i utrzymanie w Centrum Danych Wykonawcy łącza dostępowego do sieci Internet o przepustowości gwarantowanej wynoszącej co najmniej 36 Mb/s.



Dzięki funkcjonowaniu sieci WAN wzrosła możliwość wykorzystania centralnych zasobów słownikowych, centralnych aplikacji oraz Centralnego Wykazu Ubezpieczonych dla celów identyfikacji ubezpieczenia oraz zarządzania dystrybucją i personalizacją Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego. Sieć WAN spełnia również wysokie standardy bezpieczeństwa przesyłu danych, ze względu na zastosowanie sprzętowo wspomaganego szyfrowania.

Wdrożona sieć WAN, obejmująca swoim zasięgiem wszystkie Oddziały Wojewódzkie NFZ, pozwoliła na uruchomienie jednolitej w skali kraju infrastruktury teleinformatycznej realizującej funkcje Intranetu korporacyjnego.

Umożliwiono w ten sposób korzystanie z centralnej witryny Intranetowej. W przyszłości planowane jest uruchomienie nowego portalu Intranetowego bazującego na oprogramowaniu MS Share Point Portal Server, które są ściśle powiązane z rozwiązaniami bazującymi na architekturze usług katalogowych Active Directory.

Kolejnym zadaniem zrealizowanym w NFZ w 2005 r. było uruchomienie poczty korporacyjnej oraz usług pracy grupowej, poprzez wdrożenie struktury Active Directory bazującej na jednej centralnej domenie. W oparciu o domenę „Health” został uruchomiony system pocztowy Exchange z elementami pracy grupowej.

Wdrożenie poczty korporacyjnej NFZ oraz usług pracy grupowej pozwoliło na:

- a) podniesienie poziomu bezpieczeństwa poczty poprzez:
 - lokalizację usług na centralnym, sklastrowanym serwerze pocztowym,
 - możliwość wykonywania kopii bezpieczeństwa zgromadzonych wiadomości wraz z załącznikami,
 - uruchomienie centralnego systemu antywirusowego i antyspamowego znacznie obniżającego zagrożenia związane z dostępem do Internetu,
- b) udostępnienie użytkownikom elementów pracy grupowej:
 - dostęp do scentralizowanej książki adresowej,
 - umożliwienie pracy z kalendarzami, wzajemne udostępnianie kalendarzy przez użytkowników
 - umożliwienie wspólnego planowania zadań w ramach jednostki organizacyjnej, z jednoczesną możliwością śledzenia postępu ich realizacji,
- c) podniesienie funkcjonalności pracy i dostępności:
 - możliwość dostępu do wszystkich funkcji oferowanych przez system pocztowy i pracy grupowej poprzez stronę internetową z dowolnego miejsca,
 - ujednoczenie platformy klienta poczty i pracy grupowej - Microsoft Outlook 2003.

Narodowy Fundusz Zdrowia, dla realizacji zadań przewidzianych ustawą ma prawo do gromadzenia danych o bardzo szerokim spektrum. Do gromadzenia tych samych danych uprawnionym z mocy ustawy jest również minister właściwy do spraw zdrowia. Aby sprawnie zarządzać wymianą danych konieczne jest stworzenie sformalizowanych, jednolitych, jednoznacznych i otwartych standardów wymiany danych (pomiędzy Funduszem a instytucjami uprawnionymi do ich uzyskania). Dotyczą one, w dziedzinie zakresu informacyjnego, formatów i protokołów, procedur identyfikacji, uwierzytelniania i potwierdzania wymiany informacji. NFZ czynnie uczestniczył w pracach Zespołu, który tworzył te założenia wraz z delegowanymi do zadania pracownikami Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Nauki i Informatyzacji, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz innych uprawnionych organów

We współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia opracowano komunikaty XML opisujące wymianę danych pomiędzy świadczeniodawcami a NFZ. Komunikaty te stanowiły materiał wyjściowy do prac nad nowelizacją odpowiednich rozporządzeń Ministra Zdrowia, których wejście w życie zostało przesunięte z 1 stycznia na 1 lipca 2006 roku.

Za niezwykle ważne uznano przygotowanie infrastruktury technicznej do serwisu informacyjnego dla ubezpieczonych z dostępem do jego zasobu z ogólnodostępnej sieci Internet w oparciu o dedykowany serwer zasobów i usług.

Do końca września 2005 roku zakupiono infrastrukturę i oprogramowanie na potrzeby tego zadania. Składają się na nie wieloprocesorowe serwery oraz odpowiadające im licencje oprogramowania do budowy portalu korporacyjnego dla użytkowników wewnętrznych (Microsoft SharePoint) oraz zewnętrznych – w tym ubezpieczonych (Microsoft Content Management System). Zadanie będzie kontynuowane po oddaniu do użytku, zakupionego w 2005 roku, budynku przy ul Grójeckiej przeznaczonego w części na centrum przetwarzania danych.

Problem istnienia zapasowego centrum przetwarzania pojawił się w 2003 roku, wraz z decyzją o centralizacji niektórych systemów informatycznych oraz wyodrębnieniem innych systemów informatycznych na potrzeby Centrali NFZ. Centralizacja danych i aplikacji powoduje wzrost zapotrzebowania na dostępność, nieprzerwaną pracę oraz bezpieczeństwo. Proces przekształceń systemów informatycznych NFZ w kierunku zwiększenia centralizacji kontynuowany jest nieprzerwanie przez ostatnie 3 lata i będzie nadal wzmacniany. Zważywszy na kluczowe znaczenie danych znajdujących się w scentralizowanych systemach, oczywista jest konieczność utworzenia zapasowego ośrodka (centrum) przetwarzania danych, który zapewni replikację danych oraz bezpośrednią dostępność do baz danych i ich aplikacji w przypadku awarii podstawowego centrum przetwarzania.

Wstępne analizy wykonalności przedsięwzięcia, polegające na wstępnej wycenie przedsięwzięcia opierającej się na koszcie istniejącego centrum przetwarzania Centrali NFZ, omówione wewnętrznie do września 2005 wskazywały, że całościowa i kompetentna realizacja powyższego zadania wymaga zakończenia przebudowy centrum przetwarzania danych Centrali NFZ.

Najważniejszym efektem wynikającym z wdrażania scentralizowanego repozytorium danych, jest możliwość pozyskania informacji zarządczej w przewidywalnym czasie oraz ściśle określonym układzie danych zagregowanych. Zakres informacyjny, częstotliwość pozyskiwania informacji oraz poziom jakości danych są określane i akceptowane w takim systemie scentralizowanym bezpośrednio przez odbiorców informacji, zarówno w Centrali, jak i Oddziałach Wojewódzkich NFZ. Rozwiązanie powyższe, zawierające wszystkie w pełni rozwinięte elementy technik business intelligence, prowadzone jest w swoim rozwoju do ostatecznego celu, jakim jest utworzenie Hurtowni Danych NFZ, wyposażonej w silne narzędzia analizy danych oraz elastyczne połączenia z heterogenicznymi bazami danych systemów informatycznych NFZ.

W 2005 r. opracowano w Biurze Informatyki dokument „Ogólne założenia dotyczące budowy i rozwoju hurtowni danych NFZ”. Prace nad koncepcją trwały do czerwca 2005 r. Wdrażanie przedsięwzięcia planowano na jesieni 2005 roku. Z uwagi na realizację dostosowań związanych z kontraktowaniem świadczeń i nowymi wymaganiami w zakresie sprawozdawczości zakończenie wdrożenia Hurtowni Danych, zostało przełożone na I półrocze 2006 roku.

W oparciu o mechanizmy budowanej Hurtowni Danych rozpoczęto realizację kluczowych zadań, takich jak: scentralizowana sprawozdawczość dla Ministerstwa Zdrowia, przetwarzanie danych kolejek oczekujących, zarządzanie środkami finansowymi, monitorowanie procesu rozliczania i kontraktowania świadczeń.

Opracowano również system technicznego wsparcia systemów informatycznych NFZ, łączący się z realizowanymi procesami decyzyjnymi dotyczącymi serwisowania i modyfikacji istniejących systemów, wykorzystywany przez Centralę i Oddziały Wojewódzkie.

Należy podkreślić, że działania podjęte w zakresie informatyki w 2005 roku przez Narodowy Fundusz Zdrowia były ukierunkowane na:

- ułatwienie i rozwój sprawozdawczości realizowanej przez Świadczeniodawców objętych kontraktami z NFZ,
- ujednoczenie systemów informatycznych w NFZ,
- wzmocnienie niezawodności wymiany informacji,
- zwiększenie dostępności do danych,
- polepszenie szybkości przetwarzania danych.

6. Kontrola wewnętrzna

W 2005 roku przeprowadzonych zostało 17 postępowań kontrolnych w jednostkach i komórkach organizacyjnych Funduszu. Wydano również 29 upoważnień do przeprowadzenia kontroli wewnętrznej pracownikom komórek organizacyjnych Centrali, w tym:

- 8 Departamentowi Ekonomiczno-Finansowemu / Biuru Księgowości,
- 21 Departamentowi ds. Służb Mundurowych.

Przedmiotem kontroli przeprowadzonych w oddziałach wojewódzkich NFZ i w komórkach organizacyjnych Centrali NFZ były m.in.:

- prawidłowość refundacji terapii lekami nier refundowanymi (na zasadach określonych ustawą, wydawanych poza programami lekowymi lub importu docelowego) w ramach indywidualnych zgód wydawanych przez dyrektora OW NFZ w okresie I-XI 2004 r.,
- realizacja programów profilaktycznych z uwzględnieniem: wartości i stopnia realizacji na dzień 31 grudnia 2004 r.,
- prawidłowość refundacji leków aptekom za okres I-IX 2004 r.,
- prawidłowość procedur związanych z obsługą skarg i wniosków,
- zasady korzystania z samochodów służbowych w 2004 r.,
- prowadzenie spraw pracowniczych i szkoleń oraz funkcjonowanie Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w OW NFZ,
- kontrola realizacji przyjmowania akt z poszczególnych komórek organizacyjnych Funduszu, przechowywania i zabezpieczania przejętej dokumentacji oraz prowadzenia jej

ewidencji, archiwizowania dokumentacji, brakowania dokumentacji niearchiwalnej, umów zleceń wykonanych na rzecz Archiwum Zakładowego,

- realizacja zadań kontrolnych w 2004 roku przez Wydziały Kontroli OW NFZ,
- rodzaj i stopień zabezpieczeń fizycznych oraz teleinformatycznych zastosowanych przy dostępie do publicznej sieci Internet,
- rodzaj i stopień zabezpieczeń fizycznych oraz teleinformatycznych zastosowanych przy dostępie do sieci rozległej NFZ,
- analiza realizacji zawartych w 2004 roku kontraktów,
- konkurs ofert i aneksowanie umów ze świadczeniodawcami wykonującymi świadczenia w rodzaju: lecznictwo szpitalne (programy terapeutyczne lekowe), ze szczególnym uwzględnieniem podmiotów posiadających umowy długoterminowe,
- konkurs ofert na zawarcie umów na 2005 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy profilaktyczne, w zakresie profilaktyki raka szyjki macicy w szczególności dot. etapu diagnostycznego podmiotowego programu,
- realizacja programów terapeutycznych lekowe w 4 OW NFZ w 2004 r.,
- realizacja programów profilaktycznych w 2004 r.,
- realizacja świadczeń z zakresu onkologii określonych w katalogu świadczeń onkologicznych - chemioterapia w 2004 roku w 4 OW NFZ,
- gospodarka finansowa OW NFZ oraz ocena sprawozdania finansowego za I półrocze 2005 r.,
- kontrola terminowości załatwiania spraw przez komórki organizacyjne Centrali NFZ.

7. Audyt wewnętrzny

Na podstawie przeprowadzonej analizy ryzyka w planie audytu wewnętrznego na 2005 rok zostało zaplanowane do wykonania odpowiednio: pięć zadań w Centrali Funduszu oraz sześć w oddziałach wojewódzkich NFZ.

Na polecenie Prezesa NFZ zostało przeprowadzone pozaplanowe zadanie audytowe „Finansowe koszty zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w 2004 r.”

Ponadto na polecenie Prezesa NFZ audytor wewnętrzny z Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przeprowadził pozaplanowe zadanie w Podlaskim Oddziale Wojewódzkim NFZ, natomiast audytor wewnętrzny z Zachodniopomorskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ przeprowadził pozaplanowe zadanie w Lubuskim Oddziale Wojewódzkim NFZ.

W czterech oddziałach wojewódzkich NFZ wykonano wszystkie zaplanowane zadania audytowe (stan na dzień 31.12.2005 r.). W pozostałych jednostkach organizacyjnych NFZ na dzień 31 grudnia 2005 r. wystąpiły opóźnienia w realizacji zadań audytu.

Opóźnienia w realizacji planu wynikały z następujących przyczyn:

- w Centrali Funduszu m.in.:
 - przeprowadzenie zadania pozaplanowego,
 - planowanie zadań w rocznym planie audytu na dwóch audytorów wewnętrznych, przy czym w trakcie roku została rozwiązana umowa o pracę z jednym z audytorów,
 - przeprowadzenie przez audytora - koordynatora wizytacji w oddziałach wojewódzkich NFZ,
 - koordynacja przez audytora - koordynatora pracy komórek Centrali Funduszu przy kontrolach zewnętrznych z upoważnienia Prezesa NFZ;
- w oddziałach wojewódzkich NFZ:
 - przeprowadzenie zadania pozaplanowego,
 - wykonywanie innych czynności zleczanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich.

W przeprowadzanych zadaniach audytowych (w tym pozaplanowych realizowanych na polecenie Prezesa NFZ) wydano 636 uwag i wniosków.

Audytor wewnętrzny z Centrali dokonał wizytacji audytorów wewnętrznych w OW NFZ. Ocena przeprowadzona w trakcie wizytacji dotyczyła prowadzonej dokumentacji przez audytorów oraz prawidłowego umiejscowienia audytora w strukturze OW NFZ. Ponadto omawiane były bieżące problemy występujące przy wykonywaniu poszczególnych zadań audytowych. Po przeprowadzonych wizytacjach stwierdzono jeden przypadek rażącego naruszenia zasad wykonywania audytu wewnętrznego. W Podlaskim OW NFZ osoba zatrudniona na stanowisku audytora nie prowadziła dokumentacji audytowej oraz w sposób istotny łamała zasady przeprowadzania zadań audytowych. Z osobą tą Dyrektor OW rozwiązał stosunek pracy z dniem 25.05.2005 r.

Tematykę zadań, ich zakres oraz główne nieprawidłowości stwierdzone podczas czynności audytowych w Centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich NFZ przedstawiają poniższe tabele:

Zadanie 1/2005: Kompletność i spójność procedur w zakresie kontraktowania świadczeń zdrowotnych

Lp.	Uwagi i wnioski	Realizacja wniosków we wskazanym zakresie
1	Nieopisanie procedury kontraktowania (Centrala, OW NFZ)	Wprowadzenie „Procedury wyboru ofert do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia”
2	Nienależycie udokumentowana ocena wyboru oferty (OW NFZ)	Wprowadzenie „Procedury wyboru ofert do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia”
3	Brak regulacji w zakresie oceny merytorycznej (w tym finansowej) przedstawionej oferty (OW NFZ)	Wprowadzenie „Procedury wyboru ofert do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia”
4	Brak szczegółowych kryteriów dot. skali punktowej, definicji poszczególnych kryteriów (OW NFZ)	Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 88/2005 w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
5	Brak procedury w zakresie bieżącego monitorowania aktualności polis OC (szczególnie przy płatności składek w ratach) (OW NFZ)	Wewnętrzne regulacje w OW NFZ
6	Brak trybu postępowania w przypadku nierozpatrzenia lub odrzucenia ofert (OW NFZ)	Wprowadzenie „Procedury wyboru ofert do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Narodowym Funduszu Zdrowia”
7	Nieregulowana kwestia odpowiedzialności za przechowywaną dokumentację oraz jej przyszłą archiwizację (OW NFZ)	Wewnętrzne regulacje w OW NFZ

2. Zadanie 2/2005: Zasady typowania jednostek do kontroli

Lp.	Uwagi i wnioski	Realizacja wniosków we wskazanym zakresie
1	Brak aktualnego Zarządzenia w sprawie regulaminu kontroli wewnętrznej (Centrala NFZ)	Wprowadzenie Zarządzenia Prezesa NFZ nr 13/2006 w sprawie planowania, przygotowania, prowadzenia i realizacji wyników kontroli wewnętrznej
2	Brak rozdzielenia kontroli wewnętrznej instytucjonalnej i funkcjonalnej (Centrala NFZ)	Wprowadzenie Zarządzenia Prezesa NFZ nr 13/2006 w sprawie planowania, przygotowania, prowadzenia i realizacji wyników kontroli wewnętrznej
3	Brak procedury przygotowywania planów kontroli wewnętrznej (Centrala NFZ)	Wprowadzenie Zarządzenia Prezesa NFZ nr 13/2006 w sprawie planowania, przygotowania, prowadzenia i realizacji wyników kontroli wewnętrznej
4	Nienależyta obsada komórek kontroli (Centrala, OW NFZ)	Wnioski realizowane poprzez prowadzoną rekrutację w Centrali i OW NFZ
5	Brak zasad typowania jednostek przewidzianych do kontroli (Centrala, OW NFZ)	Wprowadzenie Zarządzenia Nr 60/2005 Prezesa NFZ w sprawie przyjęcia do stosowania w Narodowym Funduszu Zdrowia "Jednolitego sposobu realizacji ustawowych zadań NFZ w zakresie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli"
6	Nienależyty poziom przeszkolenia osób przeprowadzających kontrolę (Centrala, OW NFZ)	Przeprowadzenie przez Centralę NFZ szkoleń dla kontrolerów z Centrali i OW NFZ

3. Zadanie 3/2005: Audyt sprawdzający z zakresu zadań księgowości

Lp.	Uwagi i wnioski	Realizacja wniosków we wskazanym zakresie
1	Nienależyty poziom przeszkolenia osób w komórkach finansowych (OW NFZ)	Wewnętrzne szkolenia
2	Nieaktualne zakresy obowiązków osób zatrudnionych w komórkach finansowych (OW NFZ)	Zaktualizowane
3	Nieaktualny „Zakładowy schemat obiegu dowodów księgowych” (OW NFZ)	Zaktualizowany
4	Nieprzestrzeganie instrukcji obiegu dokumentów księgowych (OW NFZ)	Uzupełniono nieprawidłowości
5	Niestosowanie formuł „sprawdzono pod względem merytorycznym”, „zatwierdzono do zapłaty”, „sprawdzono pod względem formalno-rachunkowym” (OW NFZ)	Uzupełniono dokumenty o brakujące formuły

4. Zadanie 4/2005: Efektywność i skuteczność realizowanej sprawozdawczości

Lp.	Uwagi i wnioski	Realizacja wniosków we wskazanym zakresie
1	Brak możliwości archiwizowania raportów statystycznych (OW NFZ)	W trakcie realizacji. Zgłoszono wykonanie usług serwisowych w zakresie dostosowania oprogramowania aplikacyjnego Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ firmie Computerland poprzez System Zgłoszeń Serwisowych
2	Brak spójności pomiędzy zasadami kontraktowania, zasadami rachunkowości a sprawozdawczością przygotowywaną do Centrali (OW NFZ)	W trakcie realizacji. Zgłoszono wykonanie usług serwisowych w zakresie dostosowania oprogramowania aplikacyjnego Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ firmie Computerland poprzez System Zgłoszeń Serwisowych
3	Niepełna dokumentacja sprawozdawczo-rozliczeniowa wykonanych świadczeń w tym świadczeń realizowanych w ramach programów lekowych (OW NFZ)	Uzupełniono braki w dokumentacji

5. Zadanie 5/2005: Audyt systemu informatycznego

Lp.	Uwagi i wnioski	Realizacja wniosków we wskazanym zakresie
1	Brak planów awaryjnych dla systemów informatycznych (np. na skutek katastrof naturalnych, ataku terrorystycznego itp.) (Centrala, OW NFZ)	Wnioski w trakcie realizacji.
2	Brak przeszkolenia pracowników w zakresie czynności podejmowanych w przypadku sytuacji awaryjnych (Centrala, OW NFZ)	Wnioski w trakcie realizacji.
3	Brak zasad sporządzania i rejestrowania kopii bezpieczeństwa (OW NFZ)	Wnioski w trakcie realizacji.

4	Nienależyty poziom bezpieczeństwa ze względu na dostęp osób nieuprawnionych do obszarów przetwarzania danych (OW NFZ)	Wnioski w trakcie realizacji.
5	Nienależyte ewidencjonowany sprzęt informatyczny (OW NFZ)	Wnioski w trakcie realizacji.

6. Zadanie 6/2005: Procedury zamówień publicznych i dokumentacja postępowań zamówień publicznych

Lp.	Uwagi i wnioski	Realizacja wniosków we wskazanym zakresie
1	Brak procedury dokumentowania prac komisji na etapie przygotowania postępowania (OW NFZ)	Wnioski w trakcie realizacji.
2	Nieprecyzyjne oszacowanie wartości przedmiotu postępowania o zamówienie publiczne (OW NFZ)	Wnioski w trakcie realizacji.
3	Braki formalne w dokumentacji z postępowań o zamówienie publiczne (OW NFZ)	Wnioski w trakcie realizacji.

7. Zadanie pozaplanowe: Finansowe koszty zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w 2004 r.

Lp.	Uwagi i wnioski	Realizacja wniosków we wskazanym zakresie
1	Naruszenie dyscypliny finansów publicznych w związku z przekroczeniem planu finansowego (OW NFZ)	Zawiadomienia o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych
2	Naruszenie dyscypliny finansów publicznych w związku z nieterminowym regulowaniem zobowiązań i zapłatą odsetek (OW NFZ)	Zawiadomienia o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych
3	Nieprecyzyjne szacowanie kosztów w poszczególnych pozycjach planu finansowego (OW NFZ)	Wewnętrzne regulacje

8. Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w Funduszu w 2005 r.

W okresie sprawozdawczym w Narodowym Funduszu Zdrowia przeprowadzono 9 kontroli przez następujące podmioty zewnętrzne: Najwyższą Izbę Kontroli, Ministerstwo Zdrowia, Generalnego Inspektora Danych Osobowych. Zakres tematyczny kontroli określa poniższa tabela.

Podmioty oraz zakres przeprowadzonych kontroli

Lp.	Organ zlecający kontrolę w NFZ	Zakres kontroli	Czas trwania kontroli
1.	Najwyższa Izba Kontroli	Wykonanie planu finansowego w 2004 r.	13.01.05 r.- 15.04.05 r.
2.	Ministerstwo Zdrowia	Ocena legalności, rzetelności i celowości działalności Centrali NFZ w Warszawie odnośnie realizacji ustawowych i statutowych zadań Funduszu, w aspekcie tworzonych w Centrali NFZ w Warszawie dokumentów (w tym elektronicznych)	23.02.05 r.- 25.02.05 r.
3.	Najwyższa Izba Kontroli	Zawieranie i realizacja umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez zespoły ratownictwa medycznego na terenie Mławy.	19.05.05 r.- 24.06.05 r.
4.	Ministerstwo Zdrowia	Działalność Centrali NFZ w zakresie legalności, rzetelności i celowości przeprowadzenia zamówienia publicznego na wdrożenie systemu elektronicznej wymiany dokumentów z zastosowaniem infrastruktury klucza publicznego PKI na potrzeby bezpiecznej wymiany danych w ramach NFZ	24.05.05 r.- 31.05.05 r.
5.	Ministerstwo Zdrowia	Przygotowanie i prowadzenie postępowania konkursowego na zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programów (lekowych) terapeutycznych oraz realizację świadczeń opieki zdrowotnej objętych programami	13.06.05 r.- 17.06.05 r.
6.	Państwowa Inspekcja Pracy	Przestrzeganie i realizacja postanowień Zakładowego Układu Pracy	17.06.05 r. i 24 .06.05 r.
7.	Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych	Kontrola zgodności przetwarzania danych z przepisami o ochronie danych osobowych	04.07.05 r.- 06.07.05 r.
8.	Najwyższa Izba Kontroli	Zawieranie i realizacja kontraktów na świadczenia zdrowotne w ramach ubezpieczenia w NFZ	12.09.05 r.- 15.12.05 r.
9.	Najwyższa Izba Kontroli	Wprowadzenie do obrotu produktów leczniczych oraz finansowanie leków niepodlegających refundacji na podstawie przepisów dotyczących powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego	25.07.05 r.- 30.11.05 r.
10.	Urząd Kontroli Skarbowej	Celowość i zgodność z prawem gospodarowania, w wybranych zagadnieniach środkami publicznymi przekazanymi NFZ w 2004 r.	15.11.05 r.- 30.03.06 r.

9. Sprawy sądowe

Centrala NFZ w 2005 roku była stroną 151 postępowań sądowych, w tym:

- **postępowania przed sądami powszechnymi:**

- **sprawy pracownicze** - 7 spraw - z czego jedna zakończona ugodą, w jednym przypadku zakończyła się niekorzystnie dla Funduszu, pozostałe sprawy nie zakończyły się w 2005 roku,
- **o zapłatę (cywilne)** - 6 spraw – kwota sporu 42.430.995 zł.,
- **spór marżowo cenowy** - 32 sprawy - kwota sporu 327.321.064,62 zł

- **postępowania przed Wojewódzkim Sądem Administracyjnym:**

- **ustalenie prawa do świadczeń** - 13 spraw - z czego jedna zakończyła się oddaleniem skargi, pozostałe sprawy nie zakończyły się w 2005 roku,
- **refundacje** (leki i świadczenia medyczne) - 44 sprawy - z czego w 5 sprawach oddalono skargę, w 4 uchylono decyzję Prezesa i w 1 sprawie umorzono postępowanie, pozostałe sprawy nie zakończyły się w 2005 roku,
- **objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym** - 5 spraw - z czego jedna zakończyła się oddaleniem skargi, pozostałe sprawy nie zakończyły się w 2005 roku,
- **inne** (np. skargi na decyzje Ministra Zdrowia) - 4 sprawy,
- **odwołania od wyników konkursu ofert** (postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) - 40 spraw - z czego 11 skarg oddalono, 2 decyzje Prezesa zostały uchylone, 1 postępowanie umorzono, pozostałe sprawy nie zakończyły się w 2005 roku.

W trakcie całego roku obserwowany był stały wzrost liczby skarg do WSA na decyzje Prezesa NFZ w sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego i postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Oddziały wojewódzkie NFZ na koniec 2005 były stroną 1146 postępowań sądowych, z których największą liczbę, bo aż 493, stanowią sprawy z zakresu tzw. „ustawy 203”. Łączna kwota roszczeń z tego tytułu wynosiła ponad 2 miliardy złotych. W 2005 r. zakończyło się 105 tego typu postępowań sądowych, z czego nieliczne wyroki były niekorzystne dla Narodowego Funduszu Zdrowia. Łącznie zasądzono z tego tytułu kwotę około 41 milionów złotych. Z uwagi na różne podstawy wnoszenia pozwów w tych sprawach nie wykształciła się jeszcze jednolita linia orzecznictwa w tym zakresie, sądy zawieszają postępowania w oczekiwaniu na uchwałę Sądu Najwyższego.

Kolejną ważną pozycją są sprawy sądowe z zakresu tzw. „nadwykonań”, czyli świadczeń udzielonych ubezpieczonym przez świadczeniodawców ponad zakontraktowaną liczbę świadczeń które były określone w umowach z NFZ.

Liczbę spraw i kwoty roszczeń przeciw oddziałom wojewódzkim NFZ szczegółowo przedstawiono w załączniku 11.

***SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
ZA 2005 ROK***

ZAŁĄCZNIKI:

Załącznik 1 - Zestawienie zbiorcze planów kontroli aptek w oddziałach 2005 r.

Lp.	Oddział NFZ	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień	Suma
01	Dolnośląski	0	24	23	15	14	15	15	14	13	2	1	10	146
02	Kujawsko-Pomorski	5	5	10	10	10	10	10	10	10	10	10	16	116
03	Lubelski	8	8	15	15	18	17	3	11	0	16	16	16	143
04	Lubuski	8	8	15	15	8	8	9	0	9	0	8	7	95
05	Łódzki	15	15	0	15	15	15	15	15	15	15	15	15	165
06	Małopolski	2	2	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	52
07	Mazowiecki	25	20	25	25	25	25	20	20	25	25	25	20	280
08	Opolski	5	4	6	6	6	6	6	6	5	6	6	8	70
09	Podkarpacki	14	14	14	12	12	10	10	4	12	12	8	6	128
10	Podlaski	3	7	8	7	8	8	4	6	8	8	7	6	80
11	Pomorski	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	144
12	Śląski	20	21	23	34	27	28	25	24	25	21	13	9	270
13	Świętokrzyski	7	7	7	7	7	7	6	7	7	7	8	8	85
14	Warmińsko-Mazurski	6	4	4	5	7	4	4	5	0	1	4	3	47
15	Wielkopolski	20	20	20	20	20	20	18	24	18	18	24	18	240
16	Zachodniopomorski	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	96
Suma m-ce		158	179	193	211	202	198	170	171	172	166	170	167	2157

Załącznik 2 - Zestawienie zbiorcze wykonanych kontroli aptek w oddziałach w 2005 r.

Lp.	Oddział NFZ	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień	Suma
01	Dolnośląski	5	8	9	5	49	4	0	0	1	16	1	2	100
02	Kujawsko-Pomorski	6	5	7	6	13	8	7	10	5	11	10	13	101
03	Lubelski	2	11	3	16	9	5	2	9	0	15	15	4	91
04	Lubuski	2	11	3	16	11	8	9	2	0	0	0	0	62
05	Łódzki	19	35	0	14	17	18	20	29	27	9	7	5	200
06	Małopolski	2	9	11	9	12	10	7	11	7	8	9	16	111
07	Mazowiecki	9	33	20	14	8	7	11	14	21	18	15	32	202
08	Opolski	5	3	5	5	5	5	7	6	5	4	4	4	58
09	Podkarpacki	13	0	12	12	9	0	7	1	10	12	6	4	86
10	Podlaski	6	3	5	5	5	3	4	2	12	9	4	5	63
11	Pomorski	8	10	11	8	9	10	7	8	17	5	4	8	105
12	Śląski	2	7	73	2	5	32	22	94	12	2	5	1	257
13	Świętokrzyski	9	9	7	6	4	7	1	6	6	7	3	2	67
14	Warmińsko-Mazurski	1	5	7	4	6	7	6	5	6	7	3	10	67
15	Wielkopolski	21	28	24	24	29	30	27	31	21	19	21	10	285
16	Zachodniopomorski	2	6	17	8	5	0	0	0	4	12	8	0	62
Suma m-ce		112	183	214	154	196	154	137	228	154	154	115	116	1917

Załącznik 3 - Zestawienie kwot nienależnej refundacji zakwestionowanych w wyniku kontroli aptek w 2005 r. (dane w zł)

Lp.	Oddział NFZ	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień	Suma oddziały
01	Dolnośląski	3 078,54	1 487,62	5 977,90	23 599,11	40 861,93	53 295,60	18 179,23	5 359,78	155 400,90	1 173,29	223,28	13 840,90	322 478,08
02	Kujawsko-Pomorski	20 421,12	91 876,56	17 070,85	18 219,05	41 482,15	18 611,45	26 824,63	9 512,72	7 821,60	107 698,26	15 150,58	37 701,08	412 390,05
03	Lubelski	0,00	0,00	0,00	672,22	2 405,96	540,37	4 316,73	0,00	0,00	8 365,97	7 050,80	566,91	23 918,96
04	Lubuski	20 421,12	0,00	0,00	672,22	11 593,09	79 913,27	14 764,67	123 345,89	0,00	13 878,95	0,00	0,00	264 589,21
05	Łódzki	249 210,00	3 740,00	0,00	22 080,00	3 640,00	18 460,00	144 460,00	72 803,66	5 386,76	7 071,06	18 598,89	2 207,45	547 657,82
06	Małopolski	992,79	0,00	8 317,01	1 536,26	17 650,55	9 596,22	2 783,12	1 918,25	50 890,57	138,26	410,68	5 756,39	99 990,10
07	Mazowiecki	12 525,58	32 160,32	16 493,36	21 482,47	2 288,24	2 059,18	27 541,27	57 992,89	4 148,04	23 093,31	14 457,40	69 880,31	284 122,37
08	Opolski	1 516,73	1 069,44	6 719,95	18 858,19	4 225,28	3 258,49	2 982,25	6 701,32	6 983,14	3 430,85	8 198,39	2 839,59	66 783,62
09	Podkarpacki	6 228,37	0,00	7 494,45	6 994,16	4 997,80	0,00	11 782,86	7 176,45	12 162,02	21 502,78	0,00	6 335,81	84 674,70
10	Podlaski	22 296,40	8 042,83	20 419,92	7 512,07	11 338,65	23 230,46	8 418,76	3 369,42	21 874,68	22 846,88	22 755,19	15 352,04	187 457,30
11	Pomorski	8 233,25	7 646,86	13 553,05	14 901,20	4 589,46	2 249,96	1 949,63	8 823,72	24 805,32	17 768,81	23 241,35	9 019,88	136 782,49
12	Śląski	677,55	8 415,35	4 009,75	17 613,24	11 649,58	2 111,84	18 079,28	17 023,53	357,45	15 706,19	241,69	315,00	96 200,45
13	Świętokrzyski	5 335,07	2 746,16	2 956,21	7 531,51	9 772,45	6 934,12	742,16	1 608,79	5 781,85	1 605,09	801,10	1 962,82	47 777,33
14	Warmińsko-Mazurski	86,66	0,00	9 658,74	17 947,74	31 067,16	2 269,55	7 459,94	4 755,10	8 043,48	1 239,08	28 747,05	15 828,41	127 102,91
15	Wielkopolski	9 891,78	1 672,49	1 254,49	1 884,18	8 568,76	2 812,21	3 906,15	7 050,69	3 324,40	6 116,92	1 318,38	1 651,18	49 451,63
16	Zachodniopomorski	501,91	10 132,32	1 539,99	113,74	1 561,78	0,00	0,00	0,00	15 768,95	380,14	344,45	0,00	30 343,28
Suma m-ce		361 416,87	168 989,95	115 465,67	181 617,36	207 692,84	225 342,72	294 190,68	327 442,21	322 749,16	252 015,84	141 539,23	183 257,77	2 781 720,30

Załącznik 4 - Zestawienie faktycznego wpływu przychodów finansowych w 2005 r. w wyniku działań kontrolnych w aptekach (dane w zł)

Lp.	Oddział NFZ	styczeń	lutym	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień	Suma oddziały
01	Dolnośląski	176,71	3 477,90	423,68	6 222,02	3 396,14	20 151,58	40 848,40	62 397,58	126 306,19	30 360,40	4 269,20	7 369,60	305 399,40
02	Kujawsko-Pomorski	27 804,97	17 582,10	12 263,37	13 201,12	37 390,01	20 905,18	31 914,13	27 647,67	7 873,63	14 752,83	20 653,53	58 150,68	290 139,22
03	Lubelski	4 176,63	948,32	24,21	0,00	837,71	3 175,70	735,72	0,00	0,00	7 694,50	0,00	10 901,76	28 494,55
04	Lubuski	4 176,63	948,32	24,21	0,00	98 148,23	22 217,13	47 974,38	23 207,10	97 039,81	55 540,23	4 491,18	3 938,15	357 705,37
05	Łódzki	0,00	1 320,00	0,00	23 190,00	54 110,00	11 740,00	50 930,00	50 408,85	21 244,53	0,00	22 711,17	4 139,61	239 794,16
06	Małopolski	0,00	0,00	7 970,60	593,19	2 790,21	44 299,30	12 918,04	9 309,45	6 405,02	2 248,41	1,91	260,79	86 796,92
07	Mazowiecki	3 610,70	97 270,91	112 204,97	26 431,20	23 668,61	8 539,14	2 950,17	18 428,48	49 951,23	40 171,76	36 850,23	19 056,90	439 134,30
08	Opolski	488,80	199,51	4 452,49	2 924,41	3 877,64	2 656,00	2 361,17	8 439,99	11 697,87	3 707,14	7 230,93	1 339,38	49 375,33
09	Podkarpacki	6 228,37	0,00	7 494,45	6 994,16	1 352,96	0,00	10 776,17	8 096,76	0,00	0,00	0,00	0,00	40 942,87
10	Podlaski	14 801,35	8 221,54	14 645,76	16 390,50	17 655,62	23 230,46	9 438,09	4 999,86	23 124,09	17 653,10	18 742,05	23 752,30	192 654,72
11	Pomorski	5 984,06	478,82	5 451,38	3 548,63	19 792,93	10 848,34	5 400,01	2 052,71	7 965,12	24 750,22	25 778,99	3 249,26	115 300,47
12	Śląski	810,75	9 130,41	4 497,11	21 452,12	345,98	0,00	0,00	0,00	413,05	0,00	0,00	0,00	36 649,42
13	Świętokrzyski	0,00	2 283,94	417,31	7 710,62	1 118,94	1 329,08	12 870,70	6 951,70	1 896,44	6 145,89	721,86	1 962,82	43 409,30
14	Warmińsko-Mazurski	6 124,78	0,00	99,91	10 782,74	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	17 007,43
15	Wielkopolski	10 704,70	1 735,93	1 335,99	1 960,59	9 108,60	2 949,19	4 117,92	7 609,91	3 533,65	6 529,42	1 396,08	1 768,41	52 750,39
16	Zachodniopomorski	532,66	0,00	235,50	255,95	1 353,03	386,00	0,00	0,00	0,00	7 574,67	373,35	18 179,95	28 891,11
Suma m-ce		85 621,11	143 597,70	171 540,94	141 657,25	274 946,61	172 427,10	233 234,90	229 550,06	357 450,63	217 128,57	143 220,48	154 069,61	2 324 444,96

Załącznik 5 - Zestawienie naliczonych odsetek z tytułu nieterminowych wpłat zakwestionowanych nienależnych refundacji (dane w zł)

Lp.	Oddział NFZ	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień	Suma oddziały
01	Dolnośląski	0,00	322,31	0,00	179,20	0,00	21,50	0,00	0,00	0,00	0,00	4 269,20	27 385,30	32 177,51
02	Kujawsko-Pomorski	0,00	0,00	0,00	0,00	4 233,78	1 140,83	2 009,62	751,06	736,11	12 980,62	15 150,58	2 381,09	39 383,69
03	Lubelski	0,00	0,00	0,00	48,00	250,60	92,40	515,10	0,00	0,00	2 040,20	1 417,90	75,00	4 439,20
04	Lubuski	0,00	0,00	0,00	48,00	13 489,10	2 576,52	6 126,33	5 956,90	21 293,40	6 513,42	4 491,18	3 938,15	64 433,00
05	Łódzki	0,00	20,00	0,00	1 280,00	7 370,00	1 680,00	9 000,00	72,97	416,54	535,44	711,05	69,32	21 155,32
06	Małopolski	110,04	0,00	1 830,88	621,50	349,82	6 495,93	1 773,24	1 026,58	834,97	388,97	1,91	3,39	13 437,23
07	Mazowiecki	430,96	746,69	912,54	601,58	148,33	95,89	347,69	5 880,72	1 636,24	1 808,96	1 047,18	0,00	13 656,78
08	Opolski	0,00	118,54	192,60	234,66	3 318,64	460,05	0,00	1 149,74	1 405,61	2 691,45	697,13	1 395,69	11 664,11
09	Podkarpacki	0,00	0,00	0,00	0,00	452,49	0,00	1 112,35	920,31	1 132,64	2 207,30	0,00	0,00	5 825,09
10	Podlaski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3 369,42	0,00	0,00	0,00	0,00	3 369,42
11	Pomorski	1 243,17	1 022,65	1 319,55	2 616,82	719,09	496,97	197,12	1 987,61	5 248,21	3 748,72	664,65	0,00	19 264,56
12	Śląski	133,20	715,06	487,36	3 838,88	2 049,90	1 816,71	123,87	0,00	55,60	0,00	0,00	0,00	9 220,58
13	Świętokrzyski	0,00	396,99	0,00	964,25	579,03	1 329,08	835,53	3 025,30	1 896,44	2 082,65	320,96	0,00	11 430,23
14	Warmińsko-Mazurski	0,00	0,00	458,48	36,51	4 622,98	5,53	261,74	1 352,68	1 115,52	323,43	4 451,17	2 805,22	15 433,26
15	Wielkopolski	812,92	63,44	81,48	76,41	539,84	136,98	211,77	559,22	209,25	412,50	77,70	117,23	3 298,74
16	Zachodniopomorski	30,75	1 276,26	165,88	15,51	147,27	0,00	0,00	0,00	2 153,14	3,13	28,90	0,00	3 820,84
Suma m-ce		2 761,04	4 681,94	5 448,77	10 561,32	38 270,87	16 348,39	22 514,36	26 052,51	38 133,67	35 736,79	33 329,51	38 170,39	272 009,561

Załącznik 6 - Decyzje Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące wydanych zgód na leczenie za granicą wraz z kosztami

Lp.	DATA WYDANIA	DZIEDZINA MEDYCyny	ROZPOZNANIE	KOSZTY PRZEWIDYWANE (WARTOŚĆ ZAMIESZCZONA WE WNIOSKU)	PAŃSTWO UE	OW NFZ
1.	10 styczeń 2005	NEUROCHIRURGIA	uzupełnienie ubytku kości czaszki kością własną	7tys. - 14 tys. €	NIEMCY	01
2.	3 czerwiec 2005	ORTOPEDIA	zaopatrzenie ortopedyczne	5 000,00 €	NIEMCY	06
3.	3 czerwiec 2005	OTOLARYNGOLOGIA	guz podniebienia	5 317,25 €	NIEMCY	06
4.	5 lipiec 2005	OKULISTYKA	witrektomia	4 000,00 €	NIEMCY	16
5.	27 lipiec 2005	OKULISTYKA	witrektomia	4 400,00 €	NIEMCY	12
6.	27 lipiec 2005	OKULISTYKA	usunięcie oleju silikonowego	3 486,00 €	NIEMCY	16
7.	27 lipiec 2005	OKULISTYKA	usunięcie oleju silikonowego	3 486,00 €	NIEMCY	16
8.	5 sierpień 2005	OKULISTYKA	usunięcie oleju silikonowego	2 805,42 €	NIEMCY	07
9.	13 wrzesień 2005	OKULISTYKA	witrektomia	4 000,00 €	NIEMCY	12
10.	13 wrzesień 2005	OKULISTYKA	rewitrektomia oraz usunięcie błony nasiatkówkowej	5tys. - 10 tys. €	NIEMCY	01
11.	22 listopad 2005	OKULISTYKA	usunięcie oleju silikonowego oraz błony przedplamkowej	3 600,00 €	NIEMCY	16
12.	7 grudzień 2005	OKULISTYKA	usunięcie oleju silikonowego	3 100,00 €	NIEMCY	16
13.	16 grudzień 2005	OKULISTYKA	witrektomia	ok. 5tys. €	NIEMCY	03

Załącznik 7 - Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego –wg stanu na koniec 2005 roku

lp.	oddział wojewódzki NFZ	liczba decyzji wydanych przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego		liczba odwołań od decyzji dyrektora wniesionych do Prezesa NFZ		liczba zmienionych lub uchylonych decyzji przez Prezesa NFZ		liczba skarg na decyzje Prezesa 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	6	7	8	9	10	11
1.	Dolnośląski	7	321	0	37	0	1	0	9
2.	Kujawsko-Pomorski	12	140	0	19	1	0	0	1
3.	Lubelski	1	99	2	16	0	0	0	0
4.	Lubuski	56	320	0	70	0	3	0	9
5.	Łódzki	0	564	0	62	0	1	0	15
6.	Małopolski	25	246	2	30	0	1	1	5
7.	Mazowiecki	1	945	0	99	1	0	0	10
8.	Opolski	2	112	0	10	0	1	0	3
9.	Podkarpacki	5	223	1	62	1	3	3	7
10.	Podlaski	28	200	10	53	0	7	7	3
11.	Pomorski	196	4	14	8	0	0	0	0
12.	Śląski	105	369	13	79	1	1	3	5
13.	Świętokrzyski	7	100	1	7	2	0	1	0
14.	Warmińsko-Mazurski	2	263	1	37	0	1	0	5
15.	Wielkopolski	10	1481	4	196	0	4	0	18
16.	Zachodniopomorski	8	131	3	23	0	0	0	6
	RAZEM	465	5518	51	808	6	23	15	96

Załącznik 8 - Informacja o rozpatrywanych skargach i wnioskach w Oddziałach Wojewódzkich i Centrali NFZ w 2005 roku

liczba skarg i wniosków, które wpłynęły do Oddziału Wojewódzkiego NFZ w okresie sprawozdawczym						liczba skarg i wniosków rozpatrzonych w okresie sprawozdawczym	liczba rozpatrzonych skarg i wniosków uznanych za		liczba skarg rozpatrywanych (w toku)
Oddział NFZ	składanych			zgłaszanych przez			zasadne	bezzasadne	
	na piśmie	telefonicznie	ustnie	placówkę opieki zdrowotnej	Ubezpieczonego				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
01 - Dolnośląski	228	558	635	11	1410	1331	854	477	90
02 - Kujawsko-Pomorski	30	29	20	0	79	67	5	62	12
03 - Lubelski	58	50	21	0	129	110	60	50	19
04 - Lubuski	48	21	12	4	77	59	29	30	22
05 - Łódzki	310	402	323	1	1034	939	746	193	96
06 - Małopolski	308	2058	404	45	2725	2712	2352	360	58
07 - Mazowiecki	348	150	13	2	509	373	192	181	138
08 - Opolski	34	8	6	1	47	36	15	21	12
09 - Podkarpacki	75	194	144	6	407	354	245	109	59
10 - Podlaski	84	145	106	4	331	327	175	152	8
11 - Pomorski	240	1149	111	30	1470	1406	684	722	94
12 - Śląski	178	1147	1110	54	2381	2337	523	1814	98
13 - Świętokrzyski	16	53	83	0	152	150	135	15	2
14 - Warmińsko-Mazurski	51	0	3	3	51	44	21	23	10
15 - Wielkopolski	141	56	16	0	213	149	92	57	64
16 - Zachodniopomorski	57	0	0	1	56	35	27	8	22
17- Centrala	390	1109	140	0	1639	1630	1574	56	9
RAZEM	2596	7129	3147	162	12710	12059	7729	4330	813

Załącznik 9 - Roczne sprawozdanie z realizacji planu finansowego NFZ na rok 2005 (dane w tys. zł)

Poz	Wyszczególnienie	Obowiązujący plan finansowy NFZ za 2005 r.	Wykonanie planu finansowego NFZ za 2005 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:	34 284 984,00	33 792 090,91	492 893,09	98,56%
1.1	od ZUS	31 198 398,00	31 051 022,09	147 375,91	99,53%
1.2	od KRUS	3 086 586,00	2 741 068,82	345 517,18	88,81%
2.	Planowany odpis aktualizujący składkę należną (2.1+2.2), w tym:	873 389,00	0,00	873 389,00	0,00%
2.1	w stosunku do ZUS	782 292,00	0,00	782 292,00	0,00%
2.2	w stosunku do KRUS	91 097,00	0,00	91 097,00	0,00%
3.	Koszt poboru i ewidencjonowania składek (3.1+3.2)	72 063,00	62 861,48	9 201,52	87,23%
3.1	Koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS	64 574,00	57 379,59	7 194,41	88,86%
3.2	Koszty poboru i ewidencjonowania składek przez KRUS	7 489,00	5 481,89	2 007,11	73,20%
A.	Przychody netto z działalności (1 - 2 - 3+A1+A2)	33 374 507,00	33 769 248,39	-394 741,39	101,18%
A1	Przychody wynikające z przepisów o koordynacji	4 436,00	12 883,31	-8 447,31	290,43%
A2	Otrzymane środki na programy polityki zdrowotnej realizowane na zlecenie MZ	30 539,00	27 135,65	3 403,35	88,86%
B.	Koszty realizacji zadań (B1+B2+B3)	33 127 652,00	33 030 028,91	97 623,09	99,71%
B1	Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	0,00	0,00	0,00	-
B2	Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych (B2.1+...+B2.15), w tym:	33 097 113,00	33 003 940,84	93 172,16	99,72%
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	3 629 082,00	3 619 323,79	9 758,21	99,73%
B2.1.1	nocna i świąteczna ambulatoryjna opieka lekarska, transport sanitarny oraz nocna i świąteczna wyjazdowa opieka lekarska		281 830,16	-281 830,16	-
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w tym:	2 365 977,00	2 341 600,12	24 376,88	98,97%
B2.2.1	świadczenia współfinansowane		168 261,30	-168 261,30	-
B2.3	lecznictwo szpitalne	14 525 526,00	14 569 644,41	-44 118,41	100,30%
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 089 138,00	1 081 227,89	7 910,11	99,27%
B2.5	rehabilitacja lecznicza	918 914,00	914 674,43	4 239,57	99,54%
B2.6	opieka długoterminowa	523 829,00	515 949,88	7 879,12	98,50%
B2.7	leczenie stomatologiczne	970 877,00	951 681,61	19 195,39	98,02%
B2.8	lecznictwo uzdrowskowe	351 449,00	340 402,01	11 046,99	96,86%
B2.9	pomoc doraźna i transport sanitarny	934 059,00	932 613,73	1 445,27	99,85%
B2.10	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	79 013,00	53 377,89	25 635,11	67,56%
B2.11	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	884 839,00	871 967,41	12 871,59	98,55%
B2.12	zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	459 674,00	452 041,85	7 632,15	98,34%
B2.13	refundacja cen leków	6 327 294,00	6 323 263,84	4 030,16	99,94%
B2.14	koszty świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków wynikających z przepisów koordynacji	37 442,00	36 171,98	1 270,02	96,61%
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 Ministerstwa Zdrowia	30 539,00	26 088,07	4 450,93	85,43%
C.	WYNIK NA DZIAŁALNOŚCI (A - B)	246 855,00	739 219,48	-492 364,48	299,45%
D.	Koszty administracyjne (D1+...+D9), w tym	350 900,00	332 240,83	18 659,17	94,68%
D1	zuzycie materiałów i energii	14 903,00	12 458,00	2 445,00	83,59%
D2	usługi obce	71 406,00	66 742,18	4 663,82	93,47%
D3	podatki i opłaty	3 121,00	2 351,71	769,29	75,35%
D4	wynagrodzenia	176 016,00	175 439,27	576,73	99,67%
D5	świadczenia na rzecz pracowników z pochodnymi od wynagrodzeń	39 298,00	36 982,09	2 315,91	94,11%
D6	koszty funkcjonowania Rady Funduszu	200,00	155,32	44,68	77,66%
D7	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych zakupionych ze środków własnych Funduszu	33 877,00	27 775,18	6 101,82	81,99%
D8	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych otrzymanych nieodpłatnie	6 878,00	6 714,99	163,01	97,63%
D9	pozostałe koszty administracyjne	5 201,00	3 622,09	1 578,91	69,64%
E.	Pozostałe przychody (E1+E2)	125 582,00	338 810,64	-213 228,64	269,79%
E1	darowizny i zapisy otrzymane, w tym kwota umorzenia majątku otrzymanego nieodpłatnie wynikająca z rozliczeń międzyokresowych przypadająca na rok planowania	300,00	436,23	-136,23	145,41%
E2	inne przychody	125 282,00	338 374,41	-213 092,41	270,09%
F.	Pozostałe koszty (F1+...+F4)	68 535,00	90 520,21	-21 985,21	132,08%
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 książeczek usług medycznych)	1 000,00	541,75	458,25	54,18%
F3	rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych	66 928,00	50 628,49	16 299,51	75,65%
F4	rezerwa na koszty administracyjne związane z realizacją przepisów o koordynacji	607,00	0,00	607,00	0,00%
F5	inne koszty	0,00	39 349,97	-39 349,97	-
G.	Przychody finansowe	56 530,00	86 747,29	-30 217,29	153,45%
G1	odsetki uzyskane z lokat i papierów wartościowych	56 530,00	71 962,48	-15 432,48	127,30%
H.	Koszty finansowe (H1+H2)	9 532,00	18 401,65	-8 869,65	193,05%
H1	odsetki od pożyczki udzielonej przez budżet państwa	2 532,00	535,26	1 996,74	21,14%
H2	inne koszty finansowe	7 000,00	17 866,39	-10 866,39	255,23%
I.	WYNIK BRUTTO NA CALOKSZTALCIE DZIAŁALNOŚCI (C - D + E - F + G - H)	0,00	723 614,72	-723 614,72	-
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	723 614,72	-723 614,72	-
L.	Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego	0,00		0,00	-
M.	WYNIK FINANSOWY OGÓŁEM NETTO (K - L)	0,00	723 614,72	-723 614,72	-
O.	Kwota przeznaczona na pokrycie nadwyżki kosztów nad przychodami z lat ubiegłych (wynikająca z programu przywrócenia równowagi finansowej - kwota dotycząca roku planowania)	0,00	0,00	0,00	-
P.	PRZYCHODY - ogółem	34 502 071,00	34 257 667,80	244 403,20	99,29%
R.	KOSZTY - ogółem	34 502 071,00	33 534 053,08	968 017,92	97,19%

Załącznik 10 - Łączny bilans Narodowego Funduszu Zdrowia na dzień 31.12.2005 r.

ŁĄCZNY - BILANS NA DZIEŃ 31.12.2005 r.
Narodowego Funduszu Zdrowia

w zł i gr.

AKTYWA		Stan na dzień		
		31.12.2004 r.	31.12.2005 r.	
A	AKTYWA TRWAŁE	1	228 774 743,83	232 372 196,44
I.	Wartości niematerialne i prawne	2	8 043 313,01	7 738 899,05
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	7 948 278,91	7 738 899,05
4.	Zaliczki na wartości niematerialne i prawne	6	95 034,10	0,00
II.	Rzeczowe aktywa trwałe	7	220 214 006,43	224 423 482,75
1.	Środki trwałe	8	218 823 492,21	216 661 014,44
a)	Grunty (w tym prawo do użytkowania wieczystego gruntu)	9	9 945 945,84	9 845 598,99
b)	Budynki, lokale i obiekty inżynierii lądowej i wodnej	10	164 262 248,09	160 966 913,01
c)	Urządzenia techniczne i maszyny	11	39 977 499,51	42 065 303,49
d)	Środki transportu	12	508 120,77	219 985,30
e)	Inne środki trwałe	13	4 129 678,00	3 563 213,65
2.	Środki trwałe w budowie	14	1 390 514,22	7 762 468,31
3.	Zaliczki na środki trwałe w budowie	15	0,00	0,00
III.	Należności długoterminowe	16	517 424,39	209 814,64
1.	Od jednostek powiązanych	17	0,00	0,00
2.	Od pozostałych jednostek	18	517 424,39	209 814,64
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	3 578 471 948,87	4 390 712 179,69
I.	Zapasy	38	2 077 529,17	1 211 737,18
1.	Materiały	39	1 784 209,19	939 687,01
2.	Półprodukty i produkty w toku	40	0,00	0,00
3.	Produkty gotowe	41	0,00	0,00
4.	Towary	42	291 690,58	271 550,17
5.	Zaliczki na dostawy	43	1 629,40	500,00
II.	Należności krótkoterminowe	44	2 627 154 676,01	2 722 758 455,62
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	2 627 154 676,01	2 722 758 455,62
a)	z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:	51	2 592 835 557,77	2 708 174 006,20
-	do 12 miesięcy	52	2 592 835 557,77	2 708 174 006,20
-	powyżej 12 miesięcy	53	0,00	0,00
b)	z tytułu podatków, dotacji, ceł, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych świadczeń	54	19 826 653,56	291 331,22
c)	inne	55	8 850 985,99	10 066 810,59
d)	dochodzone na drodze sądowej	56	5 641 478,69	4 226 307,61
III	Inwestycje krótkoterminowe	57	947 968 535,02	1 664 700 978,11
1.	Krótkoterminowe aktywa finansowe	58	947 968 535,02	1 664 700 978,11
a)	w jednostkach powiązanych	59	0,00	0,00
-	udziały lub akcje	60	0,00	0,00
-	inne papiery wartościowe	61	0,00	0,00
-	udzielone pożyczki	62	0,00	0,00
-	inne krótkoterminowe aktywa finansowe	63	0,00	0,00
b)	w pozostałych jednostkach	64	0,00	0,00
-	udziały lub akcje	65	0,00	0,00
-	inne papiery wartościowe	66	0,00	0,00
-	udzielone pożyczki	67	0,00	0,00
-	inne krótkoterminowe aktywa finansowe	68	0,00	0,00
c)	środki pieniężne i inne aktywa pieniężne	69	947 968 535,02	1 664 700 978,11
-	środki pieniężne w kasie i na rachunkach	70	294 275 897,75	2 606 819,74
-	inne środki pieniężne	71	653 692 637,27	1 662 092 779,87
-	inne aktywa pieniężne	72	0,00	1 378,50
2.	Inne inwestycje krótkoterminowe	73	0,00	0,00
IV.	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	74	1 271 208,67	2 041 008,78
	A K T Y W A R A Z E M	75	3 807 246 692,70	4 623 084 376,13

w zł i gr.

PASywa			Stan na dzień	
			31.12.2004 r.	31.12.2005 r.
A	KAPITAŁ (FUNDUSZ) WŁASNY	76	-266 053 857,33	457 560 824,09
I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	77	141 549 868,09	141 549 868,09
II.	Należne wpłaty na kapitał podstawowy (wielkość ujemna)	77	0,00	0,00
III.	Udziały (akcje) własne (wielkość ujemna)	78	0,00	0,00
IV.	Kapitał (fundusz) zapasowy	78	0,00	0,00
V.	Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny	79	0,00	0,00
VI.	Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe	79	0,00	0,00
VII.	Zysk (strata) z lat ubiegłych	80	-1 013 810 422,27	-407 603 725,42
VIII.	Zysk (strata) netto	80	606 206 696,85	723 614 681,42
IX.	Odpisy z zysku netto w ciągu okresu sprawozdawczego (wielkość ujemna)	81	0,00	0,00
B	ZOBOWIĄZANIA I REZERWY NA ZOBOWIĄZANIA	81	4 073 300 550,03	4 165 523 552,04
I.	Rezerwy na zobowiązania	82	353 369 957,58	318 862 839,04
1.	Rezerwa z tytułu odroczonego podatku dochodowego	82	0,00	0,00
2.	Rezerwa na świadczenia emerytalne i podobne	83	0,00	0,00
	- długoterminowa	83	0,00	0,00
	- krótkoterminowa	84	0,00	0,00
3.	Pozostałe rezerwy	84	353 369 957,58	318 862 839,04
	- długoterminowe	85	1 847 765,25	27 045,97
	- krótkoterminowe	85	351 522 192,33	318 835 793,07
II.	Zobowiązania długoterminowe	86	401 019 409,77	80 660 343,84
1.	Wobec jednostek powiązanych	86	0,00	0,00
2.	Wobec pozostałych jednostek	87	401 019 409,77	80 660 343,84
	a) kredyty i pożyczki	87	400 851 592,88	80 162 592,88
	b) z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych	88	0,00	0,00
	c) inne zobowiązania finansowe	88	0,00	0,00
	d) inne	89	167 816,89	497 750,96
III.	Zobowiązania krótkoterminowe	89	3 293 715 757,07	3 757 969 080,85
1.	Wobec jednostek powiązanych	90	0,00	0,00
	a) z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	90	0,00	0,00
	- do 12 miesięcy	91	0,00	0,00
	- powyżej 12 miesięcy	91	0,00	0,00
	b) inne	92	0,00	0,00
2.	Wobec pozostałych jednostek	92	3 291 468 482,58	3 755 436 693,94
	a) kredyty i pożyczki	93	322 818 714,59	320 690 098,22
	b) z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych	93	0,00	0,00
	c) inne zobowiązania finansowe	94	0,00	0,00
	d) z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	94	2 926 749 217,12	3 400 193 945,55
	- do 12 miesięcy	95	2 926 749 217,12	3 400 193 945,55
	- powyżej 12 miesięcy	95	0,00	0,00
	e) zaliczki otrzymane na dostawy	96	0,00	0,00
	f) zobowiązania wekslowe	96	0,00	0,00
	g) z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń i innych świadczeń	97	10 160 974,75	9 185 366,19
	h) z tytułu wynagrodzeń	97	368 251,88	656 294,38
	i) inne	98	31 371 324,24	24 710 989,60
3.	Fundusze specjalne	98	2 247 274,49	2 532 386,91
IV.	Rozliczenia międzyokresowe	99	25 195 425,61	8 031 288,31
1.	Ujemna wartość firmy	99	0,00	0,00
2.	Inne rozliczenia międzyokresowe	100	25 195 425,61	8 031 288,31
	- długoterminowe	100	1 208 275,09	2 282 955,12
	- krótkoterminowe	101	23 987 150,52	5 748 333,19
	P A S Y W A R A Z E M	101	3 807 246 692,70	4 623 084 376,13

Załącznik 11 - Sprawy sądowe, w których stroną jest NFZ, według zakresu przedmiotowego w poszczególnych oddziałach wojewódzkich

Ip.	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		Inne postępowania sądowe	
		liczba spraw	kwota roszczeń (w zł)	liczba spraw	kwota roszczeń (w zł)	liczba spraw	kwota roszczeń (w zł)	liczba spraw	kwota roszczeń (w zł)	liczba spraw	kwota roszczeń (w zł)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	13	14
1	dolnośląskie	9	40 837 806,00	3	1 395 204,00	19	52 399 683,00	14	217 267,50	5	88 072,00
2	lubelski	34	115 032 544,07	13	46 377 980,44	3	346 819,84	21	76 175,60	9	116.300,00
3	lubuski	15	34 328 116,84	7	11 768 224,33	0	0,00	4	0,00	4	49 800,00
4	łódzki	60	264 410 041,54	36	97 446 356,75	13	2 385 215,34	12	50 515,00	13	255 903,33
5	kujawsko-pomorski	23	104 014 169,65	9	62 621 040,64	1	109 695,00	21	567 683,20	0	0,00
6	małopolski	29	73 788 998,02	19	100 820 131,15	8	10 786 197,32	26	33 052,45	4	15 100,00
7	mazowiecki	87	373 346 805,56	101	150 933 627,06	20	9 990 960,04	37	424 250,42	12	33 803,00
8	opolski	9	26 095 853,06	4	2 269 973,50	2	241 539,00	3	26 200,00	0	0,00
9	podkarpacki	15	94 934 236,49	0	0,00	4	455 141,45	2	14 800,00	1	18,900,00
10	podlaski	15	64 696 176,17	1	21 500,00	0	0,00	1	0,00	5	0,00
11	pomorski	30	154 504 003,20	13	15 236 855,88	0	0,00	17	51 360,00	0	0,00
12	śląski	70	278 340 595,25	7	9 693 005,57	3	354 315,29	51	36 600,00	22	212 190,56
13	świętokrzyski	19	98 026 789,03	8	4 044 054,22	2	335 789,70	19	0,00	8	8,00
14	warmińsko-mazurski	14	41 741 347,00	4	1 150 497,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
15	wielkopolski	44	188 210 601,00	19	23 954 851,90	9	6 277 852,00	55	461 560,09	2	172 404,00
16	zachodniopomorski	20	69 194 104,07	22	39 460 612,00	11	2 085 245,00	9	69 590,00	0	0,00
	Suma	493	2 021 502 186,95	266	567 193 914,44	95	85 768 452,98	292	2 029 054,26	85	827 280,89