

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DEPARTAMENT PRACY, SPRAW SOCJALNYCH I ZDROWIA

KPZ-4101-02/2010

Nr ewid.:167/2010/P/10/093/KPZ

Informacja o wynikach kontroli wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2009 roku

Warszawa styczeń 2011 r.

Misja *Najwyższej Izby Kontroli jest dbałość o gospodarność i skuteczność w służbie publicznej dla Rzeczypospolitej Polskiej*

Wizja *Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa*

Dyrektor Departamentu
Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia

Lech Rejnus

Akceptuję:
Marek Zająkała

Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:
Jacek Jezierski

Prezes
Najwyższej Izby Kontroli

dnia: 14.01.2011 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
tel./fax: 022-444 50 00
www.nik.gov.pl

Spis treści

1. Wprowadzenie.....	4
2. Podsumowanie wyników kontroli	5
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności.....	5
2.2. Synteza wyników kontroli	5
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	10
3. Ważniejsze wyniki kontroli.....	12
3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych.....	12
3.2. Istotne ustalenia kontroli	18
3.2.1. Wykonanie planu finansowego Funduszu w 2009 r.....	18
3.2.1.1. Przychody Funduszu w 2009 r.	18
3.2.1.2. Koszty Funduszu w 2009 r.	19
3.2.1.3. Wynik finansowy.....	38
3.2.1.4. Sprawozdawczość.....	39
3.2.1.5. Przegląd analityczny ksiąg rachunkowych.....	40
4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli	42
4.1. Przygotowanie kontroli.....	42
4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli.....	42
4.3. Efekty finansowe kontroli	43
5. Załączniki	44

1. Wprowadzenie

Temat kontroli: Wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2009 r.

Nr kontroli: P/10/093.

Celem kontroli było zbadanie i ocena tworzenia oraz wykonywania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w 2009 r.

Oceną objęto także realizację wniosków pokontrolnych Najwyższej Izby Kontroli, sformułowanych po kontroli wykonania planu finansowego Funduszu w 2008 r. (w Centrali NFZ) oraz kontrolach oddziałów wojewódzkich w poprzednich okresach.

Kontrola planowa podjęta została z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli, ujęta w planie pracy NIK na 2010 r.

Kontrolę przeprowadzono w Centrali NFZ i 7 oddziałach wojewódzkich Funduszu. Objęto nią realizację planu w 2009 r., działania związane z jego przygotowaniem w 2008 r. oraz sporządzanie i zatwierdzanie sprawozdań w 2010 r.

Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o NIK¹, kontrola została przeprowadzona pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności, z uwzględnieniem standardów kontroli² obowiązujących w NIK.

¹ Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701 ze zm.).

² Por. http://bip.nik.gov.pl/pl/bip/metodyka_kontroli/px_standardy_kontroli_nik.pdf.

2. Podsumowanie wyników kontroli

2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli ocenia pozytywnie z zastrzeżeniami wykonanie planu finansowego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2009 r.³

Pozytywną ocenę uzasadnia wykonanie planu kosztów świadczeń zdrowotnych na poziomie 99,1%, wyższe niż w 2008 r. (94,3%), rzetelne opracowanie planów finansowych oraz prowadzenie sprawozdawczości.

Zastrzeżenia NIK dotyczyły m.in.:

- wykorzystania 12.632,98 tys. zł. na finansowanie „ugód pozasądowych” ze świadczeniodawcami, zawartych bez podstawy prawnej;
- przekroczenia planów finansowych w zakresie kosztów podstawowej opieki zdrowotnej o 26.593,20 tys. zł oraz refundacji cen leków o 190.714,82 tys. zł;
- niewystarczającej skuteczności systemu weryfikacji rozliczeń refundacji cen leków oraz wyodrębnionych świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej.

2.2. Synteza wyników kontroli

Tworzenie planu finansowego Funduszu na 2009 r. (Centrali i oddziałów wojewódzkich), jego zmiany oraz przesunięcia były wykonywane zgodnie z obowiązującymi przepisami. Wybrane elementy planowania zawarto w załącznikach Nr 4-6.

1. W 2009 r. planowane przychody Funduszu (ogółem) zwiększono z 56.543.994 tys. zł do 56.811.491 tys. zł, tj. o 0,47%. Zrealizowane przychody (ogółem) wyniosły 56.938.170,94 tys. zł, co stanowiło 100,22% planu po zmianach i 129,35% wykonania w 2007 r. (44.020.231,46 tys. zł) oraz 107,82% wykonania w 2008 r. (52.809.915,54 tys. zł).

Przychody brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne (od ZUS i KRUS) w 2009 r. zrealizowane zostały w wysokości 53.856.318,04 tys. zł, w tym: 53.732.016,33 tys. zł z tytułu przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w roku planowania

³ Przyjęto skalę ocen stosowaną przez NIK dla kontroli wykonania budżetu państwa.

równe przypisowi składki (bieżące) oraz 124.301,71 tys. zł - przychody ze składek z lat ubiegłych.

Na realizację przychodów NFZ negatywny wpływ miało uchylene⁴ przepisów ustawy z dnia 29 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych⁵. W wyniku tych zmian do Funduszu nie wpływały środki na leczenie ofiar wypadków komunikacyjnych, przekazywane przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. W miejsce uchylonych przepisów, nie wprowadzono innych rozwiązań zapewniających wyrównanie ubytku w przychodach Funduszu. (str. 18-19)

2. Plan kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 18 września 2008 r., został określony w wysokości 53.648.023 tys. zł, a w wyniku zmian w trakcie roku został zwiększony do 55.523.114 tys. zł, tj. o 1.875.091 tys. zł (o 3,5%).

Zrealizowane koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych wyniosły 55.038.582,01 tys. zł, tj. 99,13% planu po zmianach i przesunięciach. Ich wartość była niższa od „planu po zmianach i przesunięciach” o 484.531,99 tys. zł. W porównaniu do 2008 r. (3.010.688,44 tys. zł) wartość niezrealizowanych świadczeń była niższa o 2.526.156,45 tys. zł, co NIK oceniła pozytywnie.

Jednocześnie wartość wykonanych przez świadczeniodawców, a nie ujętych w księgach rachunkowych, ponadumownych świadczeń medycznych za 2009 rok wyniosła 1.602.331,01 tys. zł, tj. była wyższa, w porównaniu do stanu na koniec roku 2008 (418.823,43 tys. zł) o 1.183.507,58 tys. zł, tj. o 282,58%.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na rosnącą skalę zjawiska. Na koniec 2007 r. nadwykonania stanowiły kwotę 96.587,35 tys. zł, a więc jedynie 6% stanu na koniec 2009 r. (str. 19-21)

⁴ Ustawą z 21 listopada 2008 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 225, poz. 1486).

⁵ Dz. U. Nr 133, poz. 922.

3. W 2009 r. NFZ nie przekroczył łącznego planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej po zmianach i przesunięciach, pomimo jego przekroczenia w rodzajach świadczeń: podstawowa opieka zdrowotna (100,36% planu, o 26.593,20 tys. zł) oraz refundacja cen leków (102,37% planu, o 190.714,82 tys. zł). W oddziałach wojewódzkich Funduszu, wartości łącznych kosztów świadczeń zdrowotnych mieściły się w ich planach finansowych, za wyjątkiem: Kujawsko-Pomorskiego OW i Podkarpackiego OW, które przekroczyły plany w zakresie refundacji cen leków.

Powyższe przekroczenia planu finansowego NFZ były niezgodne z art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych⁶, na co, zdaniem NIK, NFZ nie miał wpływu, gdyż refundacja cen leków oraz liczba osób objętych opieką w ramach POZ nie były limitowane. (str. 21-22)

4. Zastrzeżenia NIK dotyczyły m.in. wykorzystania 12.632,98 tys. zł na finansowanie świadczeń ponadumownych (innych niż ratujących życie), na podstawie „ugód pozasądowych” zawartych ze świadczeniodawcami po wygaśnięciu wiążących umów, tj. bez podstawy prawnej. (str. 22-24)

5. NIK zwraca uwagę, iż podstawowe zadania lekarza POZ (opisane szczegółowo w rozporządzeniach Ministra Zdrowia⁷ jak również w zarządzeniach Prezesa NFZ⁸) były realizowane m.in. poprzez wydzielanie zakresów świadczeń podlegających odrębnemu i preferencyjnemu finansowaniu.

W 2009 r. NFZ wprowadził współczynnik 3,0 korygujący bazową stawkę kapitacyjną dla lekarza POZ w odniesieniu do osoby, której udzielono porad/y w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia⁹, a także odrębnie finansował (poza stawką kapitacyjną), na zasadzie opłaty za poradę, świadczenia lekarzy POZ związane z profilaktyką chorób układu krążenia. Stworzenie tych dodatkowych bodźców finansowych wiązało się z potrzebą wyasygnowania dodatkowych środków,

⁶ Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.

⁷ Rozporządzenia Ministra Zdrowia: z 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816) oraz z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 ze zm. - obowiązujące od 31 sierpnia 2009 r.).

⁸ Por. zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dot. określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna: Nr 75/2005 z 13 października 2005 r., Nr 102/2006 z 9 listopada 2006 r., Nr 69/2007/DSOZ z 25 września 2007 r.

⁹ Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ z 5 listopada 2008 r. Nr 105/2008/DSOZ (ze zm.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

choć zadania te już wcześniej należały do obowiązków lekarzy POZ i były opłacane w ramach podstawowej stawki kapitacyjnej.

Wprowadzenie ww. wskaźnika w 2009 roku nie zmniejszyło we wszystkich OW NFZ, jak zakładano, liczby porad udzielanych w poradniach kardiologicznych i diabetologicznych, a w niektórych przypadkach zwiększyło jedynie liczbę porad dodatkowo opłacanych w ramach POZ.

W trakcie kontroli stwierdzono, że Fundusz finansował porady Programu profilaktycznego chorób układu krążenia w POZ udzielone osobom wcześniej objętym współczynnikiem 3,0. W ocenie NIK było to niecelowe i niegospodarne. (str. 24-27)

6. Podobnie jak w latach poprzednich, NFZ nie dysponował kompleksowymi i rzetelnymi danymi o rzeczywistych kosztach poszczególnych procedur medycznych, choć zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej¹⁰, Prezes Funduszu - dokonując wyceny poszczególnych świadczeń w jednostkach rozliczeniowych - bierze pod uwagę wzajemne relacje kosztowe udzielanych świadczeń, uwzględniając koszty ich udzielania przez świadczeniodawców, a w wybranych zakresach świadczeń także koszty zapewnienia gotowości ich udzielania. Fundusz w 2009 r. kontynuował działania dla opracowania metodologii analizy rzeczywistych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając uwagi Rady NFZ. (str. 24)

7. NIK pozytywnie oceniła realizację od 2008 r. projektu pn. „Walidacje¹¹ i Weryfikacje”, którego celem jest doprowadzenie do jednakowego interpretowania danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców w skali całego kraju, z zachowaniem zasady jawności stosowanych reguł. W ocenie NIK, do chwili zakończenia kontroli, nie udało się Funduszowi wypracować skutecznych reguł walidacyjnych refundacji cen leków. W toku kontroli ustalono, że w 2009 r. miały miejsce przypadki powtarzania się tych samych numerów recept, które były realizowane na terenie tego samego oddziału wojewódzkiego NFZ, co było niezgodne z przepisami

¹⁰ Por. § 15 ust. 4 załącznika do wym. rozporządzenia (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

¹¹ Walidacja - działanie mające na celu potwierdzenie w sposób udokumentowany i zgodny z założeniami, że procedury, procesy, urządzenia, materiały, czynności i systemy rzeczywiście prowadzą do zaplanowanych wyników. Walidacja danych - to sprawdzanie poprawności wprowadzanych danych do systemu, aby zapewnić spójność danych oraz aby uniknąć błędów w logice systemu. Poprawnie wprowadzone dane, czyli zapisane już w odpowiednim formacie, mogą być bezpośrednio umieszczone w bazie danych lub wykorzystane do obliczeń.

rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich¹². (str. 30-32)

8. W toku kontroli stwierdzono przypadki opóźnienia w przekazywaniu części dotacji z budżetu państwa z tytułu realizacji zadań zleconych, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Opóźnienia te dotyczyły należności na kwotę 14.863,73 tys. zł powstałych w 2008 r. Praktycznie oznaczało to kredytowanie budżetu państwa.

NIK pozytywnie oceniła starania Funduszu podejmowane w celu wyegzekwowania tych należności. Liczna korespondencja, a także wezwania do zapłaty, w tym przedsądowe wezwania do zapłaty, kierowane do Ministerstwa Zdrowia doprowadziły do uregulowania płatności w II połowie 2009 r. (str. 27-29)

9. NIK zwraca uwagę na nadmierne koszty użytkowania pojazdów służbowych będących w posiadaniu Funduszu. W 2009 r. NFZ eksploatował 114 samochodów osobowych, w tym 41 (36,0%) użytkował powyżej 10 lat. W 12 przypadkach wartość kosztów ich napraw i przeglądów była wyższa od wartości rynkowej pojazdów, co należy uznać za niegospodarne. (str. 36)

10. Koszty administracyjne Funduszu stanowiły 0,94% (543 572,54 tys. zł) jego kosztów ogółem. Doceniając działania ograniczające koszty w tym zakresie i starania o zabezpieczenie środków na świadczenia zdrowotne, w ocenie NIK, tak niskie nakłady utrudniały wykonywanie zadań Funduszu określonych ustawą. Ograniczały bowiem tworzenie warunków dla rozwoju i stabilności kadry oraz budowanie narzędzi informatycznych usprawniających m.in.: procesy weryfikacji rozliczeń ze świadczeniodawcami, opracowywanie analiz niezbędnych przy podejmowaniu decyzji, a także przydatnych w kontrolach realizacji umów u świadczeniodawców. (str. 31-35)

11. Pozytywnie oceniono działania siedmiu skontrolowanych OW NFZ w zakresie spraw objętych kontrolą, pomimo stwierdzenia w czterech OW nieprawidłowości, które nie miały wpływu na wykonanie planu finansowego Funduszu w 2009 r. (str. 40)

¹² Dz. U. Nr 97, poz. 646 ze zm.

2.3. Uwagi końcowe i wnioski

1. W związku z uchycieniem¹³ przepisów ustawy z dnia 29 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych¹⁴, Narodowy Fundusz Zdrowia został pozbawiony w 2009 r. przychodów, pozwalających finansować leczenie ofiar wypadków komunikacyjnych. W to miejsce nie wprowadzono innych rozwiązań zapewniających wyrównanie ubytku w przychodach Funduszu.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca się do Ministra Zdrowia o podjęcie działań zmierzających do przygotowania rozwiązań prawnych nakazujących obciążanie sprawców wypadków komunikacyjnych kosztami leczenia ich ofiar.

W ocenie NIK, finansowanie kosztów leczenia ofiar wypadków komunikacyjnych nie przez sprawców wypadków, lecz przez wszystkich ubezpieczonych w NFZ budzi wątpliwości w świetle obowiązujących przepisów, w szczególności w odniesieniu do pokrywania kosztów leczenia ofiar wypadków ze składek płaconych przez wszystkich ubezpieczonych w NFZ, a nie ze środków obowiązkowego ubezpieczenia OC sprawców wypadków, o których winie orzekł sąd prawomocnym wyrokiem. W praktyce oznacza to rozciągnięcie odpowiedzialności odszkodowawczej na osoby trzecie, choć jak stanowi art. 415 Kodeksu cywilnego¹⁵ - kto z winy swej wyrządził drugiemu szkodę, obowiązany jest do jej naprawienia.

2. Najwyższa Izba Kontroli nie podziela stanowiska Ministra Zdrowia o braku potrzeby wprowadzenia rozwiązań ustawowych dających podstawę Narodowemu Funduszu Zdrowia do zapłaty za świadczenia wykonane ponad wartości określone w umowach ze świadczeniodawcami. W ocenie NIK, art. 917 Kodeksu cywilnego, wskazany przez Ministra jako podstawa, nie może być stosowany do rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych ponad kwotę zobowiązania określonego w umowie, w przypadku gdy umowa ta wygasła.

¹³ Na podstawie ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 225, poz. 1486).

¹⁴ Dz. U. Nr 133, poz. 922.

¹⁵ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 ze zm.).

NIK ponawia wnioski do Ministra Zdrowia¹⁶ o podjęcie inicjatywy zmierzającej do nowelizacji ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pozwalającej systemowo uregulować problem nadwykonań.

3. Na wysokość finansowania świadczeń zdrowotnych udzielonych w 2009 r. w rodzaju leczenie szpitalne miała wpływ konieczność wygospodarowania przez oddziały wojewódzkie NFZ, w ramach posiadanych funduszy, środków na finansowanie przejętych przez Fundusz od kwietnia i od lipca 2009 r. produktów wysoko-specjalistycznych, finansowanych wcześniej przez Ministerstwo Zdrowia (m.in. przeszczepów szpiku, nerki, rogówki; radioterapii i biopsji mięśnia sercowego). Poniesione w 2009 r. z tego tytułu koszty, zmniejszyły możliwość finansowania pozostałych zakresów świadczeń.¹⁷

4. Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę na niski poziom (nie przekraczający 1% kosztów ogółem NFZ) wydatków administracyjnych, w tym także ograniczenie wydatków majątkowych jedynie do wysokości odpisów amortyzacyjnych¹⁸. Narzucenie takich ograniczeń jest korzystne dla zabezpieczenia finansowania świadczeń zdrowotnych, utrudnia jednak prowadzenie racjonalnej gospodarki majątkowej oraz proces informatyzacji działalności Funduszu. Wpływa również na ograniczenie funkcji kontrolnej NFZ. Jak wskazują ustalenia kontroli podejmowanych przez NIK, działalność ta jest niewystarczająca w odniesieniu do zakresu finansowanych przez NFZ zadań i wielkości środków publicznych przeznaczonych na ten cel. W ocenie NIK, kluczowe dla sprawności funkcjonowania Funduszu jest stworzenie warunków dla rozwoju i stabilności kadry oraz wyposażenie pracowników w odpowiednie narzędzia informatyczne zapewniające automatyzację m.in. procesów walidacyjnych, decyzyjnych i analitycznych.

¹⁶ Por. Informacja NIK o wynikach kontroli wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2008 r. Nr ewid. 164/2009/P/09/091/KPZ

¹⁷ Por. pkt. 10, str. 17.

¹⁸ Taki poziom finansowania wydatków majątkowych został określony przez Radę Funduszu.

3. Ważniejsze wyniki kontroli

3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

1. Fundusz jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, działającą na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*¹⁹ (art. 96 ust. 1 i 7) i statutu nadanego rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 września 2004 r.²⁰. W skład Narodowego Funduszu Zdrowia wchodzi: Centrala oraz 16 oddziałów wojewódzkich. Organami Funduszu są: Rada Funduszu, Prezes Funduszu, rady oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich (art. 98 ust.1).

2. Szczegółowe zasady gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia określone zostały w ustawie oraz wydanym na jej podstawie rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. *w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia*.²¹ Fundusz jest zobowiązany stosować również przepisy dotyczące finansów publicznych, w tym m.in. ustaw:

- z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych²²,
- z dnia 29 stycznia 2004 r. - Prawo zamówień publicznych²³,
- z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości²⁴.

Podstawę prowadzenia gospodarki finansowej Funduszu stanowi roczny plan finansowy, zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów²⁵, którego wzór określa załącznik Nr 1 do rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. Z dniem

¹⁹ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm. W 2009 r. ustawa była zmieniana 11 razy.

²⁰ Statut stanowi załącznik do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 września 2004 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. Nr 213, poz. 2161).

²¹ Dz. U. Nr 104, poz. 875 ze zm.

²² Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm., zastąpiona ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240 ze zm.).

²³ Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.

²⁴ Dz. U. z 2009 r. Nr 152, poz. 1223 ze zm.

²⁵ Art. 118 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

31 marca 2009 r. ww. rozporządzenie zostało zmienione.²⁶ Zmiany dotyczyły głównie sprawozdawczości Funduszu.

W toku realizacji planu finansowego podstawą prawną dokonania jego zmiany jest art. 124 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, zgodnie z którym Prezes Funduszu może dokonać zmiany planu w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w chwili jego zatwierdzenia lub ustalenia.

Planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki Funduszu nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przewidzianych w planie finansowym dla danego oddziału w roku poprzednim (art. 118 ust. 4).

Zgodnie z art. 118 ust. 3 ustawy²⁷ o świadczeniach zdrowotnych, planowane środki na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych są dzielone pomiędzy Centralę i oddziały wojewódzkie Funduszu, przy czym:

- 1) podstawą podziału środków jest liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu, z uwzględnieniem ryzyka zdrowotnego przypisanego ubezpieczonym należącym do danej grupy, wydzielonej według struktury wieku i płci w porównaniu z grupą odniesienia;
- 2) wysokość środków określonych w pkt. 1 koryguje się przez uwzględnienie wskaźników wynikających:
 - ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej;
 - z liczby i rodzaju świadczeń wysokospecjalistycznych, wykonanych dla ubezpieczonych, zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu, przez świadczeniodawców mających umowy o udzielanie świadczeń opieki

²⁶ Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 lutego 2009 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 36, poz. 279).

²⁷ Z dniem 4 listopada 2009 r. „Planowane środki na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, z wyłączeniem środków odpowiadających przychodom wymienionym w art. 125, dzieli się pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu uwzględniając: 1) liczbę ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu; 2) wydzielone, według wieku i płci, grupy ubezpieczonych oraz wydzielone grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczenia wysoko-specjalistyczne; 3) ryzyko zdrowotne odpowiadające danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu z grupą odniesienia.” Por. art. 1 pkt 1 ustawy z dnia 25 września 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach zdrowotnych ... (Dz. U. Nr 178, poz. 1374).

zdrowotnej, zawarte z tym oddziałem, w relacji do liczby tych świadczeń ogółem w roku poprzedzającym rok, w którym ten plan jest tworzony.

3. Przychodami Funduszu są: należne składki na ubezpieczenie zdrowotne, odsetki od nieopłaconych w terminie składek, darowizny i zapisy, środki przekazane na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie, dotacje, środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych, przychody z lokat, inne przychody. Środki finansowe Funduszu mogą pochodzić również z kredytów i pożyczek²⁸.

Kosztami Funduszu są: koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych i dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji²⁹, koszty refundacji cen leków, wyrobów medycznych, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a³⁰, 3³¹ i 3b³², koszty zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie, koszty działalności Funduszu, w szczególności koszty: amortyzacji, związane z utrzymaniem nieruchomości, wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i zwrotów kosztów podróży, poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne, wypłaty odszkodowań i inne koszty wynikające z odrębnych przepisów. Środki finansowe Funduszu mogą być przeznaczone również na spłatę kredytów i pożyczek³³.

4. Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez Fundusz jest umowa, zawarta pomiędzy świadczeniodawcą,

²⁸ Art. 116 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

²⁹ Por art. 5 pkt. 32 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Przepisy o koordynacji to przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie udzielania rzeczowych świadczeń zdrowotnych, określone w rozporządzeniu Rady (EWG) nr 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 i rozporządzeniu Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie oraz rozporządzeniu Rady (WE) nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzającym przepisy rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo oraz decyzje wydane na podstawie przepisów powyższych rozporządzeń;

³⁰ Dot. uzależnionych od alkoholu, narkotyków, chorych psychicznie, chorych na choroby zakaźne, posiadających Kartę Polaka, a także osób do 18 roku życia, kobiet w okresie ciąży, porodu i połogu (por. art. 12 pkt 2-4, 6 i 9 oraz art. 2 ust.1 pkt. 3).

³¹ Dot. nieubezpieczonych spełniających kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy (Dz. U. z 2009 r. Nr 175, poz. 1362 ze zm).

³² Dot. leczenia za granicą, na indywidualny wniosek ubezpieczonego (por. art. 26 ustawy)

³³ Art. 117 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu. Wysokość łącznych zobowiązań Funduszu, wynikających z zawartych umów, nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu (art. 132 ust. 1-5 ustawy o świadczeniach zdrowotnych). Do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych, a ich zawieranie odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań (art. 138-139). Do tych umów stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego (art. 155 ust 1). Przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań nie stosuje się do zawierania umów ze świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej oraz wykonującymi czynności w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi (art. 159 ust. 1.).

Na podstawie art. 137 ust. 9 ustawy Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 6 maja 2008 r. *w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*.³⁴

5. Jedną z zasad ubezpieczenia zdrowotnego jest równe traktowanie i zapewnienie ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem (z zastrzeżeniem wskazanym w art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach zdrowotnych). Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują m.in. analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników powodujących ich zmiany, promocję zdrowia i profilaktykę mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu (art. 6 pkt. 2 i 3 ustawy). Fundusz jest zobowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i prowadzić postępowanie

w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji (art. 134 ust. 1).

6. W dniu 6 września 2006 r. weszła w życie ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. *o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń*³⁵ w 2006 r. i 2007 r. Objęto nią: zakłady opieki zdrowotnej wykonujące zadania określone w statucie, grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek

³⁴ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

³⁵ Dz. U. Nr 149, poz. 1076 ze zm.

i położnych, osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki oraz osoby inne niż ww., które uzyskały fachowe uprawnienia do świadczeń zdrowotnych i udzielają je w ramach wykonywanej działalności gospodarczej. Zasady finansowania kosztów wzrostu wynagrodzeń w 2009 r. i latach następnych zawarto w rozdziale 4 ustawy. Stosownie do art. 10f suma zobowiązań Funduszu z tytułu umów o świadczenia zdrowotne będzie nie niższa niż wartość umów zawartych na 2008 r.

7. Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu (art. 130 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych) sporządza się za rok obrotowy, według wzoru określonego w załączniku Nr 2 do rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia³⁶, stosownie do § 6. Zgodnie z § 7 ust. 1 pkt 10 tego rozporządzenia Fundusz sporządza wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego³⁷, które Prezes Funduszu, stosownie do § 13 tego rozporządzenia, przekazuje ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia w terminie 105 dni od zakończenia roku.

8. W 2008 r. weszło w życie zarządzenie Nr 32/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 czerwca 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne³⁸, które w sposób istotny zmieniło zasady kontraktacji i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne. Zarządzeniem tym wprowadzono system jednorodnych grup pacjentów (JGP), zmieniając m.in. zasady tworzenia katalogu świadczeń, określono wzór umowy o realizację świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w poszczególnych zakresach świadczeń oraz zasady rozliczania tych świadczeń, zasady postępowania oraz wymagania wobec świadczeniodawców, zasady sprawozdawania, rozliczania i finansowania świadczeń.

³⁶ Dz. U. Nr 104, poz. 875 ze zm.

³⁷ Por. art. 131 ust. 1 ustawy o świadczeniach zdrowotnych.

³⁸ Zmienione w 2008 r. zarządzeniami Prezesa NFZ Nr: 43, 49, 67, 94 i 110.

W 2009 r. obowiązywało zarządzenie Nr 93/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne³⁹

9. Zarządzenie Nr 105/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 listopada 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna⁴⁰ wprowadziło m.in. nowe (podwyższone) wskaźniki stosowania stawki kapitałowej świadczeń lekarza POZ. Zmiana ta miała na celu zapewnienie ciągłości opieki nad osobami z chorobą układu krążenia oraz z cukrzycą, a także zmniejszenie obciążeń oraz kosztów świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w poradniach kardiologicznych i diabetologicznych.

10. Ograniczanie wydatków budżetu państwa w 2009 r. spowodowało m.in. przekazanie przez Ministra Zdrowia niektórych świadczeń wysokospecjalistycznych (zadań administracji rządowej) Narodowemu Funduszowi Zdrowia, bez przekazania środków na ich finansowanie. W związku ze zmianą rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2004 r. w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz. U. Nr 267, poz. 2661 ze zm.)⁴¹ zwiększył się zakres świadczeń finansowanych przez NFZ.

³⁹ Zmienione w 2009 r. zarządzeniami Prezesa NFZ Nr: 8, 9, 14, 19, 28 i 35.

⁴⁰ Zmienione zarządzeniami Nr 12/2009/DSOS, 27/2009/DSOS i 36/2009/DSOS Prezesa NFZ.

⁴¹ **1)** Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 stycznia 2009 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia (Dz. U. Nr 25, poz. 155) zmieniło wykaz świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa (por. zał. Nr 1 i 2) m.in. w ten sposób, że usunięto z niego 5 procedur o numerach lp.: 10 przeszczep rogówki, 11 immunoablacja w leczeniu aplazji szpiku, 12 radioterapia przy zastosowaniu specjalnej techniki naświetlania: stereotaktyczna konformalna, niekoplanarna, 13 brachyterapia ze stereotaksją mózgową, 16 diagnostyczne cewnikowanie serca, biopsja mięśnia sercowego. Stosownie do § 2 rozporządzenia umowy o te świadczenia mogły być finansowane na dotychczasowych zasadach (z budżetu państwa) nie dłużej niż do 31 marca 2009 r.

2) Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 maja 2009 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, ... (Dz. U. Nr 78, poz. 657) zmieniło wykaz świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa (por. zał. Nr 1 i 2) w ten sposób, że usunięto z niego 6 procedur o numerach lp.: 1 Przeszczepienie autologicznego szpiku, 2 Przeszczepienie autologicznego szpiku od rodzeństwa identycznego w HLA, 3 Przeszczepienie autologicznego szpiku od dawcy alternatywnego, 5 przeszczep nerki, 6 przeszczep nerki i trzustki, 10 przeszczep trzustki. Stosownie do § 2 rozporządzenia umowy o te świadczenia mogły być finansowane na dotychczasowych zasadach nie dłużej niż do 30 czerwca 2009 r.

3) Uchylone z dniem 31 sierpnia 2009 r. na podstawie art. 1 pkt 4, lit. b ustawy z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej ... oraz ustawy o cenach (Dz. U. Nr 118 poz. 989).

3.2. Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. Wykonanie planu finansowego Funduszu w 2009 r.

3.2.1.1. Przychody Funduszu w 2009 r.

W 2009 r. planowane przychody Funduszu (ogółem) zwiększono z 56.543.994 tys. zł do 56.811.491 tys. zł, tj. o 0,47%. W 2009 r. zrealizowane przychody (ogółem) wyniosły 56.938.170,94 tys. zł, co stanowiło 100,22% planu po zmianach i 129,35% wykonania w 2007 r. (44.020.231,46 tys. zł) oraz 107,82% wykonania w 2008 r. (52.809.915,54 tys. zł).

Struktura przychodów Funduszu (ogółem) w 2009 r. przedstawiała się następująco:

- 94,37% przychody ze składki należnej brutto w kwocie 53.732.016,33 tys. zł, tj. 100,41% planu po zmianach,
- 0,22% przychody ze składek z lat ubiegłych w kwocie 124.301,71 tys. zł, tj. 62,15 % planu po zmianach,
- 0,10% przychody wynikające z przepisów o koordynacji w kwocie 58.251,37 tys. zł, tj. 146,04% planu po zmianach,
- 0,001% przychody z tytułu realizacji zadań zleconych w kwocie 626,98 tys. zł, tj. 99,68% planu po zmianach,
- 0,29% dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, uwzględniające koszty administracyjne – w kwocie 167.258,29 tys. zł, tj. 91,86% planu po zmianach,
- 3,03% dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołu ratownictwa medycznego w kwocie 1.722.492,14 tys. zł, tj. 99,54% planu po zmianach,
- 1,58% pozostałe przychody w kwocie 901.192,19 tys. zł, tj. 96,24% planu po zmianach,
- 0,41% przychody finansowe w kwocie 232.031,93 tys. zł, tj. 111,29% planu po zmianach,

W 2009 r. wskaźniki realizacji przychodów brutto z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne w podziale na ZUS i KRUS, przedstawiały się następująco:

[w tys. zł]						
Wyszczególnienie	Wykonanie 2008 r.	Plan na 2009 r.	Wykonanie 2009 r.	Różnica (wyk.–plan)	% realizacji planu	Dynamika 2009/2008
1	2	3	4	5	6	7
Składki z ZUS	46 676 954,02	49 705 456,00	50 003 383,00	297 927,00	100,60%	107,13%
Składki KRUS	4 007 132,48	4 007 993,00	3 852 935,04	-155 057,96	96,13%	96,15%
Razem:	50 684 086,50	53 713 449,00	53 856 318,04	142 869,04	100,27%	106,26%

Na realizację przychodów NFZ negatywny wpływ miało uchylenie⁴² przepisów ustawy z dnia 29 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych⁴³. W wyniku dokonanych zmian do Funduszu nie wpływały środki na leczenie ofiar wypadków komunikacyjnych, przekazywane przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych. W miejsce uchylonych przepisów, nie wprowadzono innych rozwiązań zapewniających wyrównanie ubytku w przychodach Funduszu.

W konsekwencji NFZ był zobowiązany finansować koszty leczenia ofiar wypadków komunikacyjnych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne.

3.2.1.2. Koszty Funduszu w 2009 r.

Koszty poniesione przez Funduszu w 2009 r. prezentuje poniższa tabela.

w tys. zł

Wyszczególnienie:	Wykonanie 2008 r.	Plan 2009 r.	Wykonanie 2009 r.	% realizacji planu poz. 4/3	Dynamika 2009/2008r. poz. 4/2
1	2	3	4	5	6
Koszty poboru i ewidencjonowania składek	98 278,43	106 037,00	106 264,33	100,21	108,13
Koszty świadczeń zdrowotnych	49 348 745,56	55 523 114,00	55 038 582,01	99,13	111,53
Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	10 066,99	629,00	626,98	99,68	6,23
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 468 760,69	1 730 500,00	1 722 515,70	99,54	117,28
Koszty administracyjne	477 548,93	609 182,00	543 572,54	89,23	113,83
Pozostałe koszty	175 536,17	352 105,00	166 399,23	47,26	94,79
Koszty finansowe	78 861,71	158 923,00	54 701,91	34,42	69,36
Razem	51 657 798,48	58 480 490,00	57 632 662,70	98,55	111,57

⁴² Ustawą z 21 listopada 2008 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 225, poz. 1486).

⁴³ Dz. U. Nr 133, poz. 922.

1. Koszty świadczeń zdrowotnych

Plan kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 18 września 2008 r., został określony w wysokości 53.648.023 tys. zł. W wyniku zmian dokonywanych w trakcie roku 2009 został on zwiększony do 55.523.114 tys. zł, tj. o 1.875.091 tys. zł (o 3,5%).

Zrealizowane koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych wyniosły 55.038.582,01 tys. zł, tj. 99,13% planu po zmianach i przesunięciach. Ich wartość była niższa od „planu po zmianach i przesunięciach” o 484.531,99 tys. zł.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia zmniejszenie wartości niezrealizowanych świadczeń, w porównaniu do 2008 r., o 2.526.156,45 tys. zł. Zdaniem NIK możliwa jest dalsza poprawa sytuacji w tym zakresie m.in. poprzez efektywniejszą bieżącą analizę wykonania poszczególnych produktów kontraktowych.

W Dolnośląskim OW, pełnego wykorzystania środków przyjętych w planie finansowym nie zapewniły przyjęte na 2009 r. zasady planowania wielkości produktów kontraktowych dla poszczególnych świadczeniodawców w ramach danego rodzaju świadczeń zdrowotnych. Powyższe było m.in. przyczyną wystąpienia na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych nadwykonań na kwotę 148.461,7 tys. zł, przy jednoczesnych niewykonaniach na kwotę 49.793,3 tys. zł (33,53% nadwykonań). Najwyższe nadwykonania (99.048,7 tys. zł), stanowiące 66,7% wartości nadwykonań ogółem, odnotowano w rodzaju leczenie szpitalne, podczas, gdy niewykonania w tym zakresie wynosiły 28.786,7 tys. zł. W zakresie leczenia stomatologicznego nadwykonania świadczeń udzielonych w 2009 r. stanowiły kwotę 1.338,2 tys. zł i były niższe od niewykonań (3.688,0 tys. zł) o 2.349,8 tys. zł.

W Lubelskim OW świadczeniodawcy nie wykonali w ramach kontraktów świadczeń zdrowotnych na kwotę 35.735,5 tys. zł, a wzrost niewykonanych świadczeń - o 140% w porównaniu do roku 2008 - związany był m.in. z ograniczeniem w IV kwartale 2009 r. możliwości przenoszenia środków pomiędzy rodzajami i zakresami świadczeń⁴⁴.

W Podkarpackim OW niewykonane świadczenia zdrowotne miały wartość 3.767 tys. zł, dotyczyły głównie stomatologii (2.780 tys. zł, tj. 73,8%). Produkty o najwyższej wartości świadczeń niewykonanych obejmowały świadczenia ogólnostomatologiczne – 2.195 tys. zł. Ustalono, że w ramach ww. wymienionych produktów świadczeń stomatologicznych najwyższe niewykonania zarówno w 2008 r. jak i w 2009 r. wykazywali ci sami świadczeniodawcy. Przyczyny takiego stanu były różnorodne jednakże jedną z nich – w ocenie Najwyższej Izby Kontroli – była niewystarczająca analiza poziomu wykonania zawartych umów w poprzednich okresach, dokonywana przez Oddział na etapie negocjacji umów na kolejne okresy. Zwrócić należy uwagę, że kwoty umowne nie mogły zostać zmniejszone bez zgody świadczeniodawców i przekazane na inne cele, co w kontekście ogólnego niedostatku środków na świadczenia zdrowotne uznać należy za zjawisko niekorzystne.

Jednocześnie wartość wykonanych przez świadczeniodawców, a nie ujętych w księgach rachunkowych, ponadumownych świadczeń medycznych za 2009 rok wyniosła

⁴⁴ Działanie zaplanowane w „Planie naprawy finansów Lubelskiego OW NFZ”.

1.602.331,01 tys. zł, tj. była wyższa, w porównaniu do stanu na koniec roku 2008 (418.823,43 tys. zł) o 1.183.507,58 tys. zł, tj. o 282,58%.

Zwrócić należy uwagę na rosnącą skalę tego zjawiska. W 2007 r. nadwykonania stanowiły kwotę 96.587 tys. zł, tj. jedynie 6% stanu na koniec 2009 r.

W 2009 r. NFZ nie przekroczył łącznego planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej po zmianach i przesunięciach, pomimo jego przekroczenia w następujących rodzajach świadczeń:

- podstawowa opieka zdrowotna (100,36% planu, o 26.593,20 tys. zł),
- refundacja cen leków (102,37% planu, o 190.714,82 tys. zł).

W oddziałach wojewódzkich Funduszu, wartości łącznych kosztów świadczeń zdrowotnych mieściły się w ich planach finansowych, za wyjątkiem:

- Kujawsko-Pomorskiego OW, który przekroczył plan kosztów (101,59% wykonania planu) o 46.789,74 tys. zł. Spowodowane to było przekroczeniem planu w zakresie refundacji cen leków o 53.621,97 tys. zł (112,74% wykonania planu);
- Podkarpackiego OW, który przekroczył plan kosztów (101,22% wykonania planu) o 32.975,83 tys. zł. Spowodowane to było przekroczeniem planu w zakresie refundacji cen leków o 40.937,39 tys. zł (111,60% wykonania planu).

Ponadto, w oddziałach wojewódzkich NFZ doszło do przekroczenia planu kosztów w pozycjach:

- refundacja cen leków (Dolnośląski o 3.508,48 tys. zł, tj. o 0,56% planu, Kujawsko-Pomorski o 53.621,97 tys. zł, tj. o 12,74% planu, Lubelski o 26.323,45 tys. zł, tj. o 6,01% planu, Podkarpacki o 40.937,39 tys. zł, tj. o 11,60% planu, Podlaski o 11.478,12 tys. zł, tj. o 5,14% planu oraz Wielkopolski o 83.953,64 tys. zł, tj. o 13,32% planu)⁴⁵,
- podstawowa opieka zdrowotna (Lubelski o 31.585,68 tys. zł, tj. o 7,82% planu, Opolski o 7.427,68 tys. zł, tj. o 3,96% planu).

W ocenie NIK, powyższe przekroczenia planu finansowego NFZ były niezgodne z art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych⁴⁶.

Czynnikami determinującymi poziom ponoszonych przez Fundusz kosztów refundacji cen leków były m.in.: ich nielimitowany charakter oraz ustawowy obowiązek

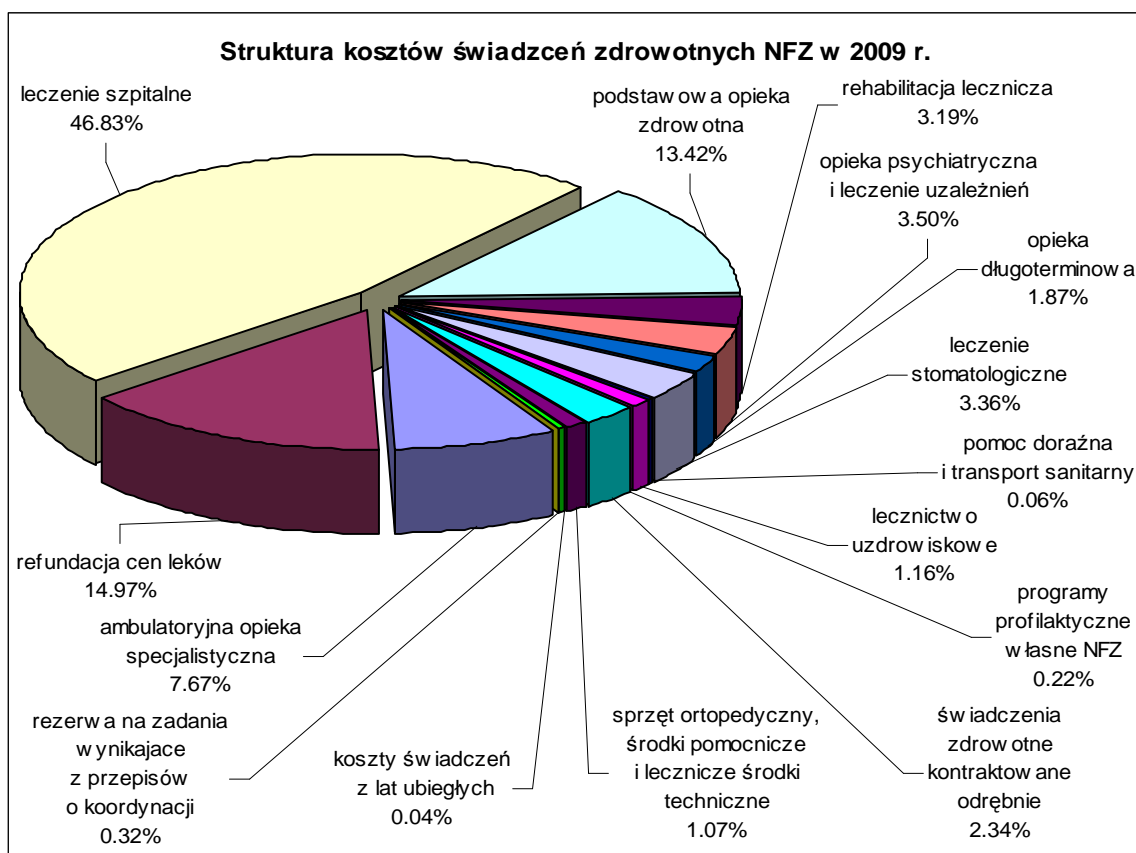
⁴⁵ Należy mieć na uwadze, że w Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim i Podkarpackim Oddziałach Wojewódzkich również w 2008 r. przekroczone koszty refundacji cen leków odpowiednio o 1,21%, o 0,54% oraz o 1,04%.

⁴⁶ Art. 35 ust. 1 - Wydatki publiczne mogą być ponoszone na cele i w wysokości ustalonych w ustawie budżetowej, uchwale budżetowej jednostki samorządu terytorialnego i w planie finansowym jednostki sektora finansów publicznych. (Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.). Przepis ten został uchylony przez art. 85 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. – Przepisy wprowadzające ustawę o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1241 ze zm.) z dniem 1 stycznia 2010 r.

terminowego regulowania przez NFZ zobowiązań z tego tytułu wobec aptek, które w znaczący sposób uniemożliwiają Funduszowi ograniczenie poziomu kosztów w tym zakresie. Nie bez znaczenia dla poziomu ponoszonych przez Fundusz kosztów z tego tytułu były także dokonywane przez Ministra Zdrowia, w trakcie roku, zmiany na listach leków refundowanych, skutkujące zwiększonym zaopatrywaniem się świadczeniobiorców w leki przed datą ogłoszenia ww. zmian i wzrostem kosztów z tytułu refundacji cen leków.

Mimo, iż w 2009 roku oddziały wojewódzkie Funduszu, w miarę swoich możliwości finansowych, dokonywały stopniowego wzmocnienia finansowania grupy nielimitowanych kosztów podstawowej opieki zdrowotnej, kierując w planie dodatkowe środki finansowe, w łącznej wysokości 1.276.994 tys. zł, to zwiększenie finansowania tej pozycji kosztów okazało się niewystarczające.

Strukturę zrealizowanych w roku 2009 kosztów świadczeń opieki zdrowotnej prezentuje poniższy wykres.



Wykonanie planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w NFZ w poszczególnych ich rodzajach, w latach 2007-2009, prezentuje załącznik Nr 7.

Koszty realizacji świadczeń (bez refundacji cen leków) wyniosły na koniec 2009 r. 46.626.461,29 tys. zł. Były one realizowane na podstawie m.in.:

- 49.649 umów wraz z aneksami – 43.872.776,27 tys. zł;
- indywidualnych decyzji dyrektorów OW NFZ – 6.897,11 tys. zł;
- wyroków sądowych i ugód zawartych przed sądem – 62.865,47 tys. zł;

- 3.149 ugód pozasądowych – 244.503,13 tys. zł (w tym 38 bez podstawy prawnej - po wygaśnięciu umowy⁴⁷ – 12.632,98 tys. zł);
- innych podstaw – 2.439.419, 31 tys. zł.

Oddziały wojewódzkie NFZ zawarły w 2009 r. łącznie 38 tzw. „ugód pozasądowych” niedotyczących świadczeń ratujących życie na łączną kwotę 12.632,98 tys. zł, z tego:

- 12 ugód na kwotę 10.910,95 tys. zł dotyczyło świadczeń wykonanych ponad limit określony w kontraktach obowiązujących w latach 2003 – 2008,
- 26 ugód na kwotę 1.722,03 tys. zł dotyczyło świadczeń wykonanych ponad limit określony w kontraktach, które wygasły z dniem 31 grudnia 2009 r.

W Dolnośląskim OW, do dnia 6 września 2010 r. w ramach związanej rezerwy (8.702,1 tys. zł) podpisano ugody pozasądowe o łącznej wartości 7.281,0 tys. zł, zawierane na podstawie art. 917 Kodeksu cywilnego. Według ww. ugód, OW zobowiązał się zapłacić świadczeniodawcom dodatkowe wynagrodzenie z tytułu udzielania świadczeń w 2009 r. w ilości przekraczającej liczbę jednostek rozliczeniowych określonych w umowie. Przykładowo, w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna DOW NFZ zobowiązał się zapłacić na podstawie ugody dodatkowe wynagrodzenie świadczeniodawcy o kodzie 3102009 w wysokości 308.385 zł, stanowiącej 76,1% wartości umowy (405.323,80 zł), a świadczeniodawcy o kodzie 3101054 w wysokości 417.256,80 zł, stanowiącej 7,96% wartości umowy (5.244.671,60 zł).

W ocenie NIK, na wystąpienie znacznych różnic pomiędzy wielkością zakontraktowanych świadczeń w umowach na 2009 r., a wielkością świadczeń wykonanych (wystąpienie nadwykonań) miał wpływ obowiązujący sposób planowania.

NIK negatywnie oceniła brak zapłaty za świadczenia ponadumowne w zakresach określonych w § 18 ust. 2 zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne⁴⁸.

Według stanu na dzień 25.02.2010 r. niezapłacona wartość wykonanych przez świadczeniodawców w 2009 r., a uznanych przez Dolnośląski OW świadczeń ponadumownych w zakresie ww. produktów nielimitowanych wynosiła 415.956 zł, a na dzień 29.09.2010 r. wzrosła do kwoty 524.994 zł.

Zgodnie z § 18 ust. 2 ww. zarządzenia, w przypadku gdy wartość tych świadczeń przekroczy określoną w umowie kwotę zobowiązania Oddziału NFZ wobec świadczeniodawcy, na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału – zwiększeniu ulegają liczby jednostek rozliczeniowych oraz kwoty zobowiązań z tytułu realizacji świadczeń we właściwych ze względu na realizację zakresach oraz odpowiednio kwota zobowiązania z tytułu realizacji umowy Oddziału NFZ wobec świadczeniodawcy.

⁴⁷ Najwyższa Izba Kontroli podtrzymuje swoje stanowisko w tej sprawie wyrażone m.in. w Informacji o wynikach kontroli wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2008 r. Nr ewid. 164/2009/P/09/091/KPZ.

⁴⁸ Nr 93/2008/DSOZ ze zm.

NFZ - realizując wniosek NIK - zwrócił się do Ministra Zdrowia o podjęcie działań na rzecz nowelizacji ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej, w celu wprowadzenia regulacji szczególnej pozwalającej na zawieranie ugód pozasądowych mających stanowić podstawę prawną do przekazywania środków finansowych za świadczenia wykonane ponad limity określone w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Z ustaleń kontroli wynika, że Minister Zdrowia nie podjął działań w tej sprawie, uzasadniając, *„iż na gruncie obowiązujących przepisów prawa, tj. art. 917 Kodeksu cywilnego, stosowanego również do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (art. 155 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych), możliwe jest rozliczenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych ponad kwotę zobowiązania określonego w umowie.”* Jednocześnie wskazał, iż *„mając na względzie przedstawione okoliczności, za niezasadne i niecelowe uznać należy ewentualną nowelizację ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w tym zakresie”*.

Fundusz w 2009 r. kontynuował działania dla opracowania metodologii analizy rzeczywistych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając uwagi Rady NFZ, m.in. poprzez udział w tworzeniu warunków prawnych do pozyskiwania wiarygodnych informacji o kosztach. Samodzielnie podejmowane próby pozyskania od wybranych grup świadczeniodawców danych o kosztach leczenia poszczególnych przypadków, zakończyły się niepowodzeniem. Informacje przekazywane przez świadczeniodawców, ze względu na ich niejednorodność (mimo starannie przygotowanych ankiet przez NFZ), nie nadawały się do metodycznych opracowań.

W roku 2008 Centrala Funduszu podjęła działania współpracy (partnerstwa) przy projekcie EuroDRG realizowanym w 7. Programie Ramowym zajmującym się m.in. porównaniem kosztów i cen usług szpitalnych z uwzględnieniem czynników strukturalnych na szczeblu krajowym, regionalnym i szpitalnym, dla wyjaśnienia różnic w kosztach w ramach krajów europejskich i pomiędzy nimi.

Finansowanie świadczeń udzielanych przez lekarza POZ

W dokumencie NFZ „Kierunki zmian zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2009 – 2011” wskazano m.in., że ważnym zadaniem jest rozwój sposobu finansowania świadczeń POZ, pozwalającego na efektywne monitorowanie i kontrolę jakości oraz dostępności udzielania świadczeń.

W szczególności: - Łączenie finansowania kapitaacyjnego z motywującym systemem finansowania za realizację zadań uznawanych przez Fundusz za priorytetowe; (wprowadzenie przedmiotowego sposobu finansowania świadczeń umożliwi pozyskiwanie od świadczeniodawców jakościowo lepszego zakresu informacji o udzielonych świadczeniach, które uwzględniają zdarzenia epidemiologiczne i populacyjne);

- Prowadzenie analizy kosztów udzielanych świadczeń, a co za tym idzie, precyzyjne określenie prognozowanych kosztów Funduszu wydatkowanych dla zabezpieczenia świadczeń w POZ;

- Opracowanie zasad określających minimalne normy dostępności do lekarzy, pielęgniarek i położnych POZ z uwzględnieniem wielkości populacji świadczeniobiorców, co powinno doprowadzić do wyrównania i poprawy dostępności do świadczeń.

Wybrane koszty POZ w 2009 r. prezentuje poniższe zestawienie:

Świadczenia lekarza poz	Koszt świadczeń w 2009 r. (w zł)	Populacja świadczeniobiorców zadeklarowanych w 2009 r. (średnia z 12 miesięcy)
Świadczenia lekarza poz - kapitacja ⁴⁹ , w tym:	4 920 891 357.40	36 913 305
• grupa współczynnika 3,0	1 382 188 678.40	4 805 471
• grupa 0-6 r.ż (wsp. 1,6)	359 263 000.16	2 338 904
• grupa 7-19 r.ż. (wsp. 1,2)	627 931 381.36	5 394 400
• grupa 20-65 r.ż. (wsp. 1,0)	1 999 338 942.24	20 772 929
• grupa powyżej 65 r.ż. (wsp. 1,8)	534 797 399.40	3 529 188
• grupa dps (wsp. 2,5)	17 371 955.84	72 413
w ramach realizacji profilaktyki chorób układu krążenia	5 657 808.00	
w ramach profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc)	707 089.00	
udzielane w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza listy	9 105 243.05	
w ramach kwalifikacji do transportu „dalekiego” w POZ	9 740.00	
Razem koszty	4 936 371 237.45	

Łączne koszty świadczeń udzielonych w 2009 r., w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) wyniosły 7.385.970,20 tys. zł, z tego koszty finansowania świadczeń lekarza POZ, na podstawie stawki kapitacyjnej z uwzględnieniem współczynników korygujących określonych umową dla poszczególnych grup świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarzy POZ, to 4.920.891,36 tys. zł.

⁴⁹ Bazowa roczna stawka kapitacyjna w 2009 r. wynosiła 96,00 zł.

Zgodnie z Zarządzeniem Prezesa NFZ z 5 listopada 2008 r. Nr 105/2008/DSOZ (ze zm.) w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna, NFZ wprowadził współczynnik 3,0 korygujący bazową stawkę kapitulacyjną dla lekarza POZ w odniesieniu do osoby, której udzielono porad/y w związku z leczeniem cukrzycy i/lub choroby układu krążenia. Liczba świadczeniobiorców kwalifikowanych do grupy współczynnika 3,0 miała w ciągu 2009 r. charakter rosnący. Najwyższą – 5.133.688 osób, osiągnęła w październiku 2009 r. i w stosunku do stanu ze stycznia 2009 r. była ona wyższa o 1.031.190 osób.

W Podkarpackim OW koszty podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) wyniosły w 2009 r. 408.762 tys. zł i były wyższe niż w 2008 r. o 96.756 tys. zł (o 31%). Świadczenia w ww. zakresie realizowało 670 świadczeniodawców, na podstawie 1.233 umów, na rzecz 2.026.942 świadczeniobiorców zapisanych do lekarzy POZ. Jednocześnie wartość udzielonych w 2009 r. ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych w zakresie kardiologii jak i diabetologii była wyższa niż w 2008 r. o ponad 20%, a także znacząco (powyżej 50%) wzrosła wartość świadczeń nadwykonanych w tym zakresie. Równolegle na listach lekarzy POZ gwałtownie wzrosła liczba świadczeniobiorców rozliczanych współczynnikiem 3,0 stawki kapitulacyjnej – o 107.854 osoby, tj. o 71,6% w porównaniu do 2008 r.

Jednocześnie Fundusz odrębnie finansował w 2009 r. (poza stawką kapitulacyjną), na zasadzie opłaty za poradę, świadczenia lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej związane z profilaktyką i wczesnym rozpoznawaniem chorób układu krążenia. Programem tym objęte były 2.278.004 osoby, a świadczeń profilaktycznych udzielono zaledwie 121.639 pacjentom. Wskaźnik objęcia populacji świadczeniami Programu wyniósł średnio 5,34%, a koszt udzielonych świadczeń 5.838,67 tys. zł. Niskie objęcie populacji ww. Programem może, w ocenie NIK, utrudnić osiągnięcie głównego celu, jakim jest, według NFZ, obniżenie o 20% umieralności na choroby układu krążenia.

Nie kwestionując wagi problemu zdrowotnego, jakim jest profilaktyka oraz leczenie cukrzycy i chorób układu krążenia, NIK zwraca uwagę, iż realizacja podstawowych zadań lekarza POZ (określona szczegółowo w rozporządzeniach Ministra Zdrowia⁵⁰

⁵⁰ Rozporządzenia Ministra Zdrowia: z 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816) oraz z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 139, poz. 1139 ze zm. - obowiązujące od 31 sierpnia 2009 r.).

jak również w zarządzeniach Prezesa NFZ⁵¹) była realizowana poprzez wydzielanie zakresów świadczeń podlegających odrębnemu i preferencyjnemu finansowaniu, w porównaniu do dotychczasowych zasad finansowania świadczeń lekarza POZ. Stworzenie tych dodatkowych bodźców finansowych wiązało się z potrzebą wyasygnowania dodatkowych środków, choć zadania te już wcześniej należały do obowiązków lekarzy POZ i były opłacane w ramach podstawowej stawki kapitacyjnej.

W toku kontroli przekazano NIK informacje o 119.955 świadczeniobiorcach objętych w 2009 r. Programem profilaktyki chorób układu krążenia realizowanego przez lekarza POZ. Szczegółowemu badaniu poddano pierwszych 3.397 rekordów stwierdzając, że w przypadku 880 z nich (25,91%) data badania profilaktycznego (udzielenia pierwszej porady i rozpoznania choroby układu krążenia) jest późniejsza (o ponad 2 miesiące) niż data udzielenia pierwszej porady w ramach świadczeń lekarza POZ objętych podwyższoną trzykrotnie bazową stawką kapitacyjną.

W ocenie NIK, realizacja Programu profilaktycznego w stosunku do osób już objętych stawką 3,0 (z rozpoznaną chorobą) nie powinna być finansowana przez Fundusz.

Koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt: 2a, 3 i 3b ustawy⁵²

W roku 2009 Narodowy Fundusz Zdrowia kontynuował finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy. Na ich finansowanie Fundusz, zgodnie z art. 97 ust. 8 ustawy, otrzymuje dotację z budżetu państwa. W pierwotnym planie finansowym Funduszu na 2009 r. koszty tych zadań oszacowano w wysokości planowanych z tego tytułu wpływów z dotacji z budżetu państwa, tj. w łącznej wysokości 79.900 tys. zł. W związku z zawartymi w trakcie roku, pomiędzy Ministrem Zdrowia a NFZ, aneksami do umów na realizację ww. zadań ustalono ostateczną ich wartość 182.080 tys. zł. (z tego 181.042 tys. zł na koszty świadczeń zdrowotnych oraz 1.038 tys. zł z przeznaczeniem na koszty administracyjne związane z realizacją zadań).

⁵¹ Por. zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dot. określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna: Nr 75/2005 z 13 października 2005 r., Nr 102/2006 z 9 listopada 2006 r., Nr 69/2007/DSOZ z 25 września 2007 r.

⁵² Por. przepisy Nr 30, 31 i 32.

Szczegółowe dane przedstawia poniższe zestawienie.

w tys. zł

Wyszczególnienie	2008 r. wykonanie	2009 r.		Realizacja planu 4 : 3	Dynamika 2009/2008
		plan	wykonanie		
1	2	3	4	5	6
Koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt.: 2a, 3 i 3b ustawy, uwzględniające koszty administracyjne, w tym:	95 014,41	182 080,00	162 550,88	89,27%	171,08%
- koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 2a, ustawy	58 143,27	174 475,00	90 266,39	91,91%	155,25%
- koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 3 ustawy	33 818,41		70 101,99		207,29%
- koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 3b ustawy	3 052,73	6 567,00	1 404,10	21,38%	45,99%
- koszty administracyjne	0,00	1 038,00	778,40	74,99%	-

W toku kontroli stwierdzono przypadki opóźnienia w przekazywaniu części dotacji z budżetu państwa z tytułu realizacji zadań zleconych, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Opóźnienia te dotyczyły należności na kwotę 14.863,73 tys. zł powstałych w 2008 r.

NIK pozytywnie oceniła starania Funduszu podejmowane w celu wyegzekwowania tych należności. Liczna korespondencja, a także wezwania do zapłaty, w tym przesądowe wezwania do zapłaty, kierowane do Ministerstwa Zdrowia doprowadziły do uregulowania płatności w II połowie 2009 r.

W 2008 roku na finansowanie zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3 ustawy Narodowy Fundusz Zdrowia, zgodnie z art. 97 ust 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, otrzymał dotację w wysokości 26.000 tys. zł na zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 2 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy zgodnie z umową Nr 2/85156-kryt.doch./1374/2982/08 zawartą w dniu 12 czerwca 2008 r. oraz aneksem Nr 1 zawartym w dniu 20 grudnia 2008 r. Ministerstwo Zdrowia w 2008 roku przekazało środki finansowe na pokrycie kosztów poniesionych przez Fundusz w wysokości 14.495,72 tys. zł pomimo, iż NFZ poniósł z tego tytułu koszty 29.359,45 tys. zł. Fundusz wielokrotnie zwracał się do Ministerstwa Zdrowia o wyrażenie zgody na pokrycie rzeczywistych kosztów poniesionych w 2008 r. oraz jednocześnie zwiększenie dotacji przyznanej Narodowemu Funduszowi Zdrowia na 2009 r. z tytułu realizacji przedmiotowego zadania. Ponadto wielokrotnie monitował Ministerstwo Zdrowia w sprawie uregulowania należnych płatności z tytułu wykonanych przez świadczeniodawców i opłaconych przez Fundusz świadczeń wobec nieubezpieczonych spełniającym kryterium dochodowe. Ponieważ do dnia 12 maja 2009 r. Ministerstwo Zdrowia nie wpłaciło należnych Funduszowi środków, w dniu 13 maja 2009 r. do Ministerstwa Zdrowia zostały przesłane przesądowe wezwania do zapłaty. W dniu 28 sierpnia 2009 r. Ministerstwo przekazało należne środki na pokrycie wydatków poniesionych przez NFZ do wysokości określonej w umowie Nr 2/85156-kryt. doch./1374/2982/08 w kwocie 11.504,27 tys. zł oraz przekazało środki na pokrycie rzeczywistych kosztów Funduszu w 2008 r. w wysokości 3.359,45 tys. zł.

Ze względu na brak wpływu środków finansowych z Ministerstwa, poniesione z ww. tytułu wydatki zostały pokryte z budżetu świadczeń opieki zdrowotnej ujętych w planie finansowym na 2008 rok w pozycji B.2. Powyższe wynikało z faktu, że jednostki organizacyjne NFZ regulują zobowiązania z tytułu omawianych świadczeń w trybie zawartych umów ze świadczeniodawcami o ich udzielanie oraz z odnotowanej na koniec 2008 r. niepełnej realizacji planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

W 2009 roku na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy NFZ otrzymał dotację w wysokości 56.275,00 tys. zł na zabezpieczenie świadczeń opieki zdrowotnej określonych m.in. w art. 2 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy zgodnie z umową Nr 2/85156-nieubezpieczeni/1374/783/09 zawartą w dniu 27 sierpnia 2009 r. Jednakże wskazana powyżej wartość przyznanej dotacji z budżetu państwa na 2009 r. nie zabezpieczała w całości wykonanych przez świadczeniodawców i opłaconych przez Fundusz świadczeń zdrowotnych. Pismem z dnia 29 grudnia 2009 r. Ministerstwo Zdrowia poinformowało Fundusz o przyznaniu dodatkowej dotacji na 2009 r. przekazując jednocześnie aneks Nr 2 do umowy Nr 2/85156-nieubezpieczeni/1374/783/09, zwiększający pierwotną wartość dotacji za 2009 r., a następnie, w dniu 30 grudnia 2009 r. przekazało środki, które pokryły rzeczywiste wykonanie świadczeń udzielanych osobom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy.

Najwyższa Izba Kontroli nie zgłaszała uwag do finansowania zadań określonych w art. 97 ust. 3 pkt 2 a, 3 i 3 b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej przez Oddziały NFZ. Na pokrycie tych kosztów otrzymały one środki z budżetu państwa w formie dotacji (za pośrednictwem Centrali NFZ). Pomimo że OW terminowo przedstawiały sprawozdania z realizacji ww. zadań, należne środki otrzymywały ze znacznym opóźnieniem.

Przykładowo: Śląski OW, z ogólnej kwoty 15.597,8 tys. zł dotacji przekazanej w 2009 r. – 14.156,15 tys. zł (90,8 %) otrzymał w grudniu 2009 r. W 2009 r. otrzymano środki w kwocie łącznej 3.680,5 tys. zł (w tym 3.670,9 tys. zł we wrześniu 2009 r.) za świadczenia wykonane w 2008 r., natomiast w dniach od 3 - 5 sierpnia 2010 r. przelano kwotę 2.392,17 tys. zł za świadczenia wykonane w grudniu 2009 r. (opłacone przez Oddział w styczniu i lutym 2010 r.).

Dolnośląski OW otrzymał zwrot 771,9 tys. zł wydatkowanych w grudniu 2008 r., dopiero we wrześniu 2009 r., zaś kwotę 602,7 tys. zł wydatkowaną w styczniu 2009 r. otrzymano dopiero w październiku 2009 r., a 9.826,1 tys. zł wydatkowane w okresie luty-listopad 2009 r. otrzymano w dniu 31 grudnia 2009 r.

Taka praktyka oznaczała kredytowanie budżetu państwa przez NFZ i miała negatywny wpływ na planowe gospodarowanie środkami OW.

Wybrane zagadnienia związane z refundacją cen leków

Według stanu na koniec grudnia 2009 r. na terenie kraju funkcjonowały 13.682 apteki ogólnodostępne oraz punkty apteczne realizujące recepty na produkty lecznicze oraz wyroby medyczne podlegające refundacji.

Wskaźnik skontrolowanych przez OW NFZ aptek wahał się od 2,38% (Śląski OW NFZ) do 30,17% (Lubuski OW NFZ) – średnio 9,98% aptek.

W roku 2009 oddziały wojewódzkie NFZ skontrolowały 2.798.755 recept (w ramach 1.365 wykonanych kontroli). W ich wyniku stwierdzono dokonanie nienależnych refundacji na łączną kwotę 8.744,47 tys. zł oraz wymierzono 411,62 tys. zł odsetek. Liczba skontrolowanych recept wahała się w poszczególnych OW NFZ od 15.680 (Dolnośląski OW NFZ) do 506.812 (Lubuski OW NFZ), z kolei kwota nienależnej refundacji odpowiednio od 5,94 tys. zł (Opolski OW NFZ) do 2.697,65 tys. zł (Śląski OW NFZ).

W toku kontroli NIK dokonała analizy plików zawierających pozycje z numerami recept⁵³ wydanych w 2009 r. (196.878.944 rekordy), na podstawie których NFZ dokonał refundacji cen leków. Ustalono, iż w 2009 r. miały miejsce przypadki powtarzania się tych samych numerów recept, realizowanych na terenie tego samego oddziału wojewódzkiego lub na terenie różnych OW NFZ.

Nazwa oddziału	Liczba rekordów ze zdublowanymi receptami	Kwota refundacji (w zł)
Dolnośląski*	3 667	158 874.71
Kujawsko-Pomorski	5 731	210 761.79
Lubelski	4 601	210 639.77
Lubuski	1 467	73 362.54
Łódzki	14 668	488 690.55
Małopolski	8 986	441 529.89
Mazowiecki	15 790	716 706.09
Opolski	2 878	144 772.53
Podkarpacki	8 781	333 548.57
Podlaski	3 166	150 653.09
Pomorski	2 960	166 930.08
Śląski	54 877	2 810 677.00

⁵³ Zgodnie z § 3 ust. 4 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. Nr 97, poz. 646 ze zm.), na recepcie (...) umieszcza się dodatkowo: numer recepty nadawany przez Fundusz (...), którego sposób budowy określa załącznik nr 4 do rozporządzenia. Z kolei § 9 ust. 2 i ust. 2c ww. rozporządzenia stanowi, iż Fundusz na wniosek upoważnionego podmiotu przydziela mu zakresy liczb służące jako unikalne numery identyfikujące recepty. Numery, o których mowa w ustępie 2, mogą być wykorzystane tylko jeden raz.

Nazwa oddziału	Liczba rekordów ze zdublowanymi receptami	Kwota refundacji (w zł)
Świętokrzyski	7 538	267 335.09
Warmińsko-Mazurski	5 707	217 951.85
Wielkopolski	9 705	374 273.64
Zachodniopomorski	17 798	926 120.07
Razem	168 320	7 692 827.26

* z czego 638 poz. na kwotę 31.033,88 zł związane było z awarią systemu nadającego receptom numery.

Połączenie plików z poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ i sprawdzenie powtarzania się numerów recept między oddziałami wykazało dodatkowe powtórzenia numerów – łącznie 2.781 pozycje, na kwotę 141.817,27 zł.

Audyt wewnętrzny Funduszu w 2009 r. zrealizował zadanie audytowe dotyczące refundacji cen leków. W protokołach z realizacji ww. zadania audytowego wskazano m.in., iż oddziały w niepełnym zakresie wykorzystują możliwości dostępnych parametrów walidacyjnych, w zakresie weryfikacji raportów przedkładanych przez apteki. Porównując listę procesów walidacyjnych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich, zauważono, że w poszczególnych oddziałach występuje duża dowolność w zakresie określenia parametrów walidacji. W części oddziałów parametry walidacyjne zostały wyłączone.

Powyższe niedociągnięcia są pochodną m.in. uwarunkowań umów o obsługę informatyczną, podpisywanych jeszcze w czasach funkcjonowania Kas Chorych. Procesy walidacji i weryfikacji raportów statystycznych przesyłanych przez apteki są wspomagane przez systemy informatyczne dostarczane przez dwóch dostawców oprogramowania na podstawie podpisywanych corocznie przez Centralę umów subskrypcyjnych i serwisowych. Jednocześnie od kilku lat trwa proces porządkowania zasad walidacji i weryfikacji recept, którego podstawa zapisana została m.in. w poprzednim oraz obowiązującym rozporządzeniu w sprawie zakresu informacji⁵⁴, do którego załącznik, oprócz opisanego wcześniej wzoru budowy komunikatu elektronicznego, zawiera również schemę xsd, czyli opis niezbędnych reguł „na wejściu” sprawdzających apteczne komunikaty statystyczne. Nie bez wpływu na tworzenie takiego systemu jest także brak precyzji niektórych przepisów prawa regulujących m.in. dostępność do leków refundowanych oraz ich częste zmiany.

Walidacja danych o świadczeniach zdrowotnych

W ramach Projektu Walidacji i Weryfikacji realizowanego od 2008 roku trwają prace nad ujednoczeniem walidacji i weryfikacji danych o wykonanych świadczeniach we wszystkich oddziałach wojewódzkich Funduszu, pod względem zakresu oraz procesu ich przetwarzania.

⁵⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2004 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych i przekazywanych przez apteki podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 213, poz. 2167 ze zm.).

Projekt realizowany jest przy udziale pracowników wszystkich OW NFZ, pracujących w ramach powołanego przez Prezesa NFZ Zespołu ds. Walidacji i Weryfikacji, którego prace z ramienia Centrali NFZ od października 2009 r. koordynuje Sekcja Standardów Walidacji i Weryfikacji. W ramach realizacji projektu między innymi opracowano jednolity w skali kraju wykaz Centralnych Warunków Walidacji i Centralnych Reguł Weryfikacji oraz katalog błędów i ostrzeżeń generowanych przez systemy informatyczne w odniesieniu do obsługi komunikatów otwartych oraz ich walidacji i weryfikacji.

Jednocześnie prowadzono prace nad dostosowaniem systemów informatycznych oddziałów wojewódzkich i Centrali Funduszu w celu implementacji ujednoliconych w skali NFZ warunków walidacji i reguł weryfikacji danych o wykonanych świadczeniach przekazywanych przez świadczeniodawców, w oparciu o komunikat XML SWIAD dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych.

Kontrole świadczeniodawców

Oddziały Wojewódzkie NFZ realizowały w 2009 r. kontrole świadczeniodawców w zakresie realizacji postanowień umów o udzielanie świadczeń oraz kontrole aptek w zakresie zasadności refundacji cen leków.

W Małopolskim OW, w związku ze stwierdzonymi uchybieniami w zakresie realizacji umów oraz refundacji leków, zakwestionowano ogółem 6.170 tys. zł. W 2009 r. Oddział wyegzekwował 7.521 tys. zł, w tym 5.128 tys. zł z tytułu realizacji umów na świadczenia zdrowotne i ordynacji lekarskich oraz 2.393 tys. zł z tytułu nałożonych kar umownych.

W Lubelskim OW, w 2009 roku przeprowadzono 197 kontroli, podczas których zakwestionowano rozliczenia na kwotę 3.801 tys. zł. Z tytułu nienależnie opłaconych świadczeń w 2009 r. wyegzekwowano 3.500 tys. zł.

Podkarpacki OW w 2009 r. przeprowadził 285 kontroli, w 107 przypadkach stwierdzono uchybienia skutkujące zakwestionowaniem prawidłowości ich rozliczeń o wartości 1.812 tys. zł i nałożono kary umowne w kwocie 877 tys. zł. Podjęte działania windykacyjne dały efekty w wysokości 3.229 tys. zł, z tytułu niewłaściwej realizacji umów oraz nałożonych kar umownych, w tym także z lat poprzednich.

Zakończone przez Wielkopolski OW w 2009 r. kontrole realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, w liczbie 377, skutkowały zakwestionowaniem świadczeń na kwotę 9.601 tys. zł oraz karami umownymi w łącznej wysokości 1.267 tys. zł. Stanowiło to 97% wartości wszystkich kwot, zakwestionowanych w następstwie prowadzonych przez Oddział postępowań kontrolnych.

Kontrole prowadzone przez OW, poza efektami finansowymi, dyscyplinują świadczeniodawców do rzetelnego wykonywania umów i rozliczeń za udzielone świadczenia. W ocenie NIK liczba przeprowadzanych kontroli jest niewystarczająca w stosunku do liczby świadczeniodawców, liczby i wartości umów o świadczenia zdrowotne oraz różnorodności i specyfiki świadczeń. Ograniczenia działalności kontrolnej powodowane były min. trudnościami w pozyskaniu pracowników z wykształceniem pozwalającym rozszerzyć działalność kontrolną OW.

Koszty administracyjne

Poniesione w 2009 r. koszty administracyjne w łącznej wysokości 543.572,54 tys. zł były niższe od planowanych o 65.609,46 tys. zł, tj. o 10,77%; stanowiły one 0,94 % łącznych poniesionych kosztów Funduszu.

Wykonanie kosztów administracyjnych w rozbiciu na tytuły przedstawia poniższe zestawienie:

w tys. zł

Koszty administracyjne		Wykonanie 2008r.	Plan 2009r.	Wykonanie 2009r.	Różnica (wyk.- plan)	wyk. Planu (4 : 3)	Dynamika 2009/2008 (4 : 2)
1		2	3	4	5	6	7
D1	zużycie materiałów i energii	14 612,93	19 994,00	16 621,79	-3 372,21	83,13%	113,75%
D2	usługi obce	93 260,57	122 805,00	113 462,92	-9 342,08	92,39%	121,66%
D3	podatki i opłaty	2 735,91	3 767,00	2 688,84	-1 078,16	71,38%	98,28%
D4	wynagrodzenia	263 983,77	292 482,00	288 654,76	-3 827,24	98,69%	109,35%
D5	ubezpieczenie społeczne i inne świadczenia	49 886,29	59 919,00	54 040,11	-5 878,89	90,19%	108,33%
D6	koszty funkcjonowania Rady Funduszu	144,78	200,00	107,03	-92,97	53,52%	73,93%
D7	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych zakupionych ze środków własnych Funduszu	44 733,60	100 313,00	60 257,52	-40 055,48	60,07%	134,70%
D8	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych otrzymanych nieodpłatnie	5 066,60	4 628,00	4 545,18	-82,82	98,21%	89,71%
D9	pozostałe koszty	3 124,48	5 074,00	3 194,39	-1 879,61	62,96%	102,24%
Razem		477 548,93	609 182,00	543 572,54	-65 609,46	89,23%	113,83%

Plan usług obcych Funduszu 2009 roku, obejmujący w szczególności koszty związane z usługami remontowymi, telekomunikacyjnymi, pocztowymi, opłatami czynszowymi i dzierżawnymi, usługami związanymi z utrzymaniem i rozwojem systemu informatycznego, dozorem mienia, sprzątaniem pomieszczeń, wyposażeniem niematerialnym, wyznaczono w wysokości 122.805 tys. zł. Realizacja tych kosztów wyniosła 113.462,92 tys. zł i stanowiła 92,39% wartości planowanej.

Głównymi przyczynami niższego o 10,77% wykonania kosztów administracyjnych było m.in.: stałe monitorowanie zużycia energii; zawarcie korzystniejszych umów na usługi telekomunikacyjne; niższe wykonanie odpisów amortyzacyjnych, spowodowane późną realizacją oraz częściowym niewykonaniem rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych.

Zatrudnienie i wynagrodzenia

Pierwotny plan finansowy NFZ na 2009 rok zakładał wartość kosztów wynagrodzeń w wysokości 291.996 tys. zł. W trakcie roku dokonano zmian uwzględniając m.in. środki na zadania realizowane w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Ostatecznie wartość planowanych na 2009 r. kosztów wynagrodzeń ustalona została w wysokości 292.482 tys. zł i była wyższa od pierwotnie ustalonej o 0,17%.

W roku 2009 plan kosztów wynagrodzeń został zrealizowany w wysokości 288.654,76 tys. zł, co stanowiło 98,69% wartości planowanej i wzrost w stosunku do roku 2008 r. o 9,35%. W kwocie tej mieszczą się wynagrodzenia bezosobowe w wysokości 1.394,02 tys. zł.

W 2009 r. wykonanie wynagrodzeń osobowych 287.260,74 tys. zł, było wyższe od wykonania w 2008 r. (262.024,73 tys. zł) o 25.236,01 tys. zł, tj. o 9,63%. Przeciętne zatrudnienie w przeliczeniu na pełne etaty wyniosło 4.842,85 i było niższe o 212,35 etatów przeliczeniowych w stosunku do planu (IV kwartał 2009 r.), tj. o 4,20%.

W porównaniu do wykonania w 2008 r. (4.685,54) zatrudnienie było wyższe o 157,31 etatów przeliczeniowych, tj. o 3,36%, przy czym plan przewidywał wzrost zatrudnienia na podstawie zapotrzebowania i prognoz na IV kwartał 2008 r. (4.931,10) oraz IV kwartał 2009 r. 5.055,20.

Szczegółowe dane o zatrudnieniu i wynagrodzeniach, w podziale na Centralę i oddziały wojewódzkie przedstawia poniższe zestawienie:

Wyszczególnienie	Wykonanie 2008 r.			2009 r.						
	Przeciętne zatrudnienie w przeliczeniu na etaty	Wynagrodzenie tys. zł	Przeciętne miesięczne wynagrodz. przypadające na etat zł	Plan		Wynagrodzenie tys. zł	Wykonanie			
				Zatrudnienie w przeliczeniu na pełne etaty			Przeciętne zatrudnienie w przeliczeniu na etaty	Wynagrodzenie	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie przypadające na etat	
etaty	tys. zł	zł	IV kw. 2008 r.	IV kw. 2009 r.		Etaty	tys. zł	zł		
Ogółem	Kierownictwo: Prezes NFZ i zastępcy	4,02	660,43	13.690,63	4,00	4,00		3,05	552,93	15.107,39
	Dyrektorzy oddziałów i zastępcy	61,43	10.081,85	13.676,61	64,00	64,00		63,46	10.258,67	13.471,31
	Kadra kierownicza	774,03	69.547,18	7.487,56	829,02	826,77		799,11	74.424,55	7.761,19
	Pozostali pracownicy *	3.846,06	182.395,78	3.952,00	4.034,08	4.160,43		3.977,23	202.024,58	4.232,94
	razem	4.685,54	262.024,73	4.660,17	4.931,10	5.055,20	292.482,00	4.842,85	287.260,74	4.943,04
Centrala	Kierownictwo: Prezes NFZ i zastępcy	4,02	660,43	13.690,63	4,00	4,00		3,05	552,93	15.107,39
	Kadra kierownicza	84,01	10.066,33	9.985,25	95,50	96,50		90,54	10.624,47	9.778,80
	Pozostali pracownicy *	213,55	13.313,50	5.195,31	255,89	276,60		238,35	16.297,35	5.697,97
	razem	301,58	24.040,26	6.642,86	355,30	377,10	30.208,00	331,94	27.474,75	6.897,52

Wyszczególnienie		Wykonanie 2008 r.			2009 r.					
		Przeciętne zatrudnienie w przeliczeniu na etaty	Wynagrodzenie	Przeciętne miesięczne wynagrodz. przypadające na etat	Plan		Wykonanie			
					Zatrudnienie w przeliczeniu na pełne etaty	Wynagrodzenie	Przeciętne zatrudnienie w przeliczeniu na etaty	Wynagrodzenie	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie przypadające na etat	
etaty	tys. zł	zł	IV kw. 2008 r.	IV kw. 2009 r.	tys. zł	Etaty	tys. zł	zł		
Oddziały łącznie	Dyrektorzy oddziałów i zastępcy	61,43	9.421,42	12.780,70	64,00	64,00		63,46	10.258,67	13.471,31
	Kadra kierownicza	690,02	59.480,85	7.183,47	733,52	730,27		708,57	63.800,08	7.503,38
	Pozostali pracownicy *	3.632,51	169.082,28	3.878,91	3.639,71	3.883,83		3.738,88	185.727,23	4.139,55
	razem	4.383,96	237.984,47	4.523,77	4.575,80	4.678,10	262.274,00	4.510,91	259.785,99	4.799,22

* pozostali pracownicy – pracownicy merytoryczni, tj.: główni specjaliści, specjaliści, referenci.

Głównym powodem niewykonania planowanego zatrudnienia był brak wykwalifikowanych kandydatów (lekarz, farmaceuta, radca prawny) oraz fluktuacja zatrudnienia. Małe zainteresowanie ofertami pracy w NFZ związane jest, w opinii kierownictwa Funduszu, z niskimi wynagrodzeniami, w stosunku do oferowanych na rynku pracy, a także wysokimi wymaganiami stawianymi kandydatom.

Koszty inwestycji

Od momentu powstania NFZ do chwili obecnej obowiązuje zasada ograniczania wydatków majątkowych do wysokości planowanych kosztów amortyzacji.

Łączną wartość planowanych wydatków ustalono na 141.442,04 tys. zł. Przyjęty 30 grudnia 2008 r. przez Radę Funduszu plan na 2009 r. ustalał wydatki w wysokości 43.524,96 tys. zł. W trakcie roku dokonywano 6-krotnie zmian ustalając ostatecznie wydatki w wysokości 141.087,55 tys. zł. Realizacja zadań inwestycyjnych w 2009 r., według stanu na 25 stycznia 2010 r., przedstawiał się następująco:

Lp.	Pozycje planu	Plan		Wykonanie		% wykonania	
		Centrala i OW	Centrala	Centrala i OW	Centrala	Centrala i OW (5 : 3)	Centrala (6 : 4)
1	2	3	4	5	6	7	8
A	nieruchomości (grunty, budynki, lokale)	33.103,65	13.100,00	7.826,10	94,95	23,6	0,7
B	urządzenia techniczne, ruchomości i wyposażenie	6.337,40	555,00	3.612,29	109,73	57,0	19,8
C	środki transportu	780,00	130,00	626,31	0,00	80,3	-
D	zespoły komputerowe	65.380,70	30.727,20	59.623,89	28.353,94	91,2	92,3
E	wartości niematerialne i prawne	35.485,80	24.809,80	16.459,03	9.664,47	46,4	39,0
Suma		141.087,55	69.322,00	88.147,61	38.223,10	62,5	55,1

Wartość zadań pozostających do realizacji z planu 2009 r. wynosiła 52.939,94 tys. zł, w tym w Centrali – 31.098,90 tys. zł.

Flota samochodowa NFZ

W 2009 r. NFZ eksploatował 114 samochodów osobowych, przy czym 41 spośród nich (36,0%) użytkował powyżej 10 lat. W 12 przypadkach wartość kosztów napraw i przeglądów była wyższa od wartości tych pojazdów. Szczególnymi przypadkami były 3 samochody, dla których powyższe koszty wyniosły 206,56%, 208,25% i 247,95% ich wartości rynkowej. Utrzymywanie przez Fundusz wyeksploatowanych pojazdów, generujących wysokie koszty utrzymania, NIK uznała za niegospodarne.

Utrzymanie siedzib Funduszu

NIK zwróciła uwagę na wysokie koszty wynajmu pomieszczeń. Ich powierzchnia stanowiła 23,57% łącznej powierzchni użytkowanej przez Fundusz, zaś koszty 48,74% łącznych kosztów utrzymania wszystkich lokali zajmowanych przez NFZ. Jednocześnie były one wyższe o 13,10% w porównaniu do 2008 r.

W 2009 r. NFZ dysponował nieruchomościami o łącznej powierzchni 97.273,68 m², przy czym własność Funduszu stanowiły lokale o powierzchni 74.321,70 m², tj. 76,40% ogólnej zajmowanej powierzchni. Nieruchomości użytkowane na zasadach najmu lub użyczenia zajmowały łącznie 22.951,98 m². W stosunku do 2008 r. nastąpił spadek zajmowanych powierzchni o 531,77 m², tj. o 0,54%. Nieruchomości własne Funduszu zostały zmniejszone o 22,32 m².

Roczne koszty eksploatacji zajmowanych nieruchomości wyniosły 25.286,18 tys. zł, były one wyższe od kosztów w 2008 r. o 3.718,06 tys. zł, tj. o 17,24%.

Koszty eksploatacji nieruchomości własnych wyniosły 12.962,50 tys. zł, co stanowi 51,26% całkowitych kosztów eksploatacji (w stosunku do 2008 r. nastąpił ich wzrost o 2.291,10 tys. zł, tj. o 21,47%). Koszty najmu i użyczenia wyniosły 12.323,68 tys. zł i były wyższe od kosztów za 2008 r. o 1.426,96 tys. zł, tj. o 13,10%.

Postępowania sądowe

W 2009 roku Centrala Funduszu była stroną w 326 postępowaniach sądowych, w tym przed sądami powszechnymi w 45 sprawach oraz przed Wojewódzkim Sądem Administracyjnym w 281 sprawach.

45 postępowań przed sądami powszechnymi dotyczyło m.in. spraw: pracowniczych (2), antymonopolowych (4), z powództwa cywilnego (8), sporu marżowo-cenowego (spośród 31 prowadzonych spraw, na dzień 31 grudnia 2009 r. w toku postępowania było 21 spraw, 10 zostało prawomocnie zakończonych: 5 spraw umorzono, 3 pozwy odrzucono, zawarto jedną ugodę, jedna zakończyła się prawomocnym nakazem zapłaty).

281 postępowań przed Wojewódzkim Sądem Administracyjnym, z czego 223 sprawy zostały wszczęte w 2009 r. Postępowania te dotyczyły: ustalenia prawa do świadczeń – 58 spraw (39 wniesionych w 2009 r.) z czego w okresie sprawozdawczym zakończyło się 55 spraw: 37 skarg zostało oddalonych, w 7 przypadkach skargę odrzucono, 10 decyzji Prezesa Funduszu zostało uchylonych, jedno postępowanie umorzono, ponadto w 2009 r. od nieprawomocnego wyroku WSA została wniesiona jedna skarga kasacyjna świadczeniobiorcy do Naczelnego Sądu Administracyjnego (NSA); objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym – 125 spraw (101 wniesionych w 2009 r.), z czego w okresie sprawozdawczym zakończyło się 91 spraw: 41 skarg zostało oddalonych a kolejne 30 odrzuconych, 20 decyzji Prezesa Funduszu zostało uchylonych), ponadto

w 2009 r. od nieprawomocnego wyroku WSA została wniesiona przez świadczeniobiorcę jedna skarga kasacyjna do NSA; odwołań od wyników konkursu ofert – 57 spraw (49 wniesionych w 2009 r.) z czego w okresie sprawozdawczym zakończyły się 33 sprawy: 3 skargi oddalono a kolejnych 10 odrzucono, 18 decyzji Prezesa Funduszu zostało uchylonych, jedna została unieważniona, jedno postępowanie zakończyło się umorzeniem, ponadto w 2009 r. od nieprawomocnych wyroków WSA zostało wniesionych 6 skarg kasacyjnych przez Fundusz do NSA; leczenie poza granicami kraju – 36 prowadzonych spraw (30 wniesionych w 2009 r.) z czego w okresie sprawozdawczym zakończyły się 23 sprawy: w 10 przypadkach skarga została oddalona w jednym odrzucona, 12 decyzji Prezesa Funduszu zostało uchylonych, jedną sprawę umorzono, ponadto w 2009 r. od nieprawomocnych wyroków WSA zostały wniesione 4 skargi kasacyjne do NSA (2 skargi wniesione przez świadczeniobiorców oraz 2 skargi przez Fundusz); inne – 5 prowadzonych spraw (4 wniesione w 2009 r.) z czego w okresie sprawozdawczym zakończyły się 3 sprawy – skargi odrzucono.

Oddziały wojewódzkie Funduszu (OW), w 2009 roku, były stroną 890 postępowań sądowych, z czego w okresie sprawozdawczym zakończyły się 384 sprawy (tj. 43%).

Z ogółu toczących się postępowań sądowych 80% (714 spraw) stanowiły sprawy przeciwko OW Funduszu. Łączna kwota roszczeń kształtowała się na poziomie niespełna 1 mld zł. W 2009 r. zakończyły się 323 tego typu sprawy (45% ogółu), przy czym łącznie zasądono prawie 126 mln zł.

Wśród postępowań prowadzonych przeciwko Funduszowi największą grupę tworzyły sprawy związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity określone w umowach z Funduszem. W 2009 r. OW prowadziły 275 takich spraw, z czego w danym roku sprawozdawczym zakończyło się 151 postępowań. Kolejną liczną grupę stanowiły postępowania o zapłatę wynikające z wykonania umowy. W roku 2009 OW Funduszu prowadziły łącznie 152 tego typu sprawy, z czego 37 zostało w danym roku zakończonych. Sprawy z zakresu tzw. „ustawy 203” w okresie sprawozdawczym stanowiły 18% ogółu postępowań prowadzonych przeciwko OW Funduszu, zakończonych zostało 49 ze 126 toczących się spraw.

Zobowiązania i należności NFZ

W sprawozdaniu Rb-Z „kwartalne sprawozdanie o stanie zobowiązań według tytułów dłużnych oraz poręczeń i gwarancji” – według stanu na koniec IV kwartału 2009 r. oraz Rb-UZ „roczne sprawozdanie uzupełniające o stanie zobowiązań” stwierdzono, że stan zobowiązań łącznych (NFZ) wynosił 0,00 zł; identyczny stan odnotowano dla sprawozdań dla Centrali.

Wykazane w sprawozdaniach Rb-N „kwartalne sprawozdanie o stanie należności” – według stanu na koniec IV kwartału 2009 r. łączne wartości Funduszu wynosiły 9.597.303,59 tys. zł, w tym gotówka i depozyty – 4.573.182,87 tys. zł, pozostałe należności – 4.934.769,22 tys. zł, z tego z tytułu dostaw towarów i usług – 4.916.778,40 tys. zł. Należności wymagalne wyniosły 89.351,50 tys. zł, z tego z tytułu dostaw towarów i usług – 86.500,74 tys. zł.

Łączne należności od ZUS i KRUS wyniosły 4.815.637,23 tys. zł, natomiast z tytułu koordynacji – 68.187,64 tys. zł.

3.2.1.3. Wynik finansowy

W 2009 r. Fundusz osiągnął ujemny wynik finansowy w łącznej wysokości -694.491,76 tys. zł, z tego:

- OW NFZ w wysokości łącznie -909.920,97 tys. zł
- Centrala NFZ w wysokości 215.429,21 tys. zł.

Wyniki finansowe osiągnięte przez poszczególne jednostki organizacyjne NFZ w 2008 r. i 2009 r. przedstawiały się następująco:

Jednostki organizacyjne NFZ:	Wynik finansowy netto za 2008 r.	Wynik finansowy netto za 2009 r.
Dolnośląski	48 226,20	-98 715,21
Kujawsko-Pomorski	-117 165,61	-85 753,81
Lubelski	-129 156,94	-116 941,17
Lubuski	-33 890,89	-22 369,19
Łódzki	-127,02	-46 677,29
Małopolski	-91 032,58	-81 447,44
Mazowiecki	482 641,43	183 187,37
Opolski	-25 748,26	-31 040,58
Podkarpacki	-104 755,22	-170 348,46
Podlaski	-42 856,16	-50 667,48
Pomorski	17 965,75	-53 843,19
Śląski	-87 867,82	-124 951,66
Świętokrzyski	-66 195,63	-42 321,84
Warmińsko-Mazurski	-55 081,37	-71 403,25
Wielkopolski	-115 855,50	-81 872,58
Zachodniopomorski	46 123,27	-14 755,19
OW NFZ	-274 776,35	-909 920,97
Centrala	1 426 893,41	215 429,21
Razem NFZ	1 152 117,06	-694 491,76

W Rocznym sprawozdaniu z wykonania planu finansowego NFZ za 2009 r. wskazano, że odnotowany na koniec 2009 r. ujemny wynik finansowy Funduszu w łącznej wysokości -694.491,76 tys. zł był m.in. konsekwencją przeznaczenia – w trybie art. 129 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej – środków finansowych pochodzących z funduszu zapasowego w łącznej wysokości 1.668.999 tys. zł na zwiększenie w roku 2009 planu kosztów świadczeń zdrowotnych OW Funduszu, poprzez dokonanie zmiany planu finansowego jedynie po stronie kosztów świadczeń Funduszu. Tym samym dopuszczono możliwość niezbilansowania poniesionych kosztów z uzyskanymi przychodami w kwocie nie większej niż środki zgromadzone na funduszu zapasowym.

Nie bez znaczenia dla poziomu uzyskanego na koniec 2009 r. wyniku finansowego Funduszu była także – jak podano w Sprawozdaniu – realizacja łącznego planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie 99,13% wartości planu rocznego, przy jednoczesnej wyższej niż planowano realizacji świadczeń w rodzajach: podstawowa opieka zdrowotna oraz refundacja cen leków.

Pozostałe czynniki kształtujące poziom wyniku finansowego w roku 2009 to m.in.:

- niższe niż planowano przychody, w tym: - ze składek z lat ubiegłych, - z dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy, uwzględniające koszty administracyjne, - z dotacji z budżetu państwa na zadania zespołów ratownictwa medycznego,

- niepełna realizacja planu kosztów administracyjnych,

- wyższy niż planowano wynik na pozostałej działalności oraz działalności finansowej.

Poniższe zestawienie prezentuje w ujęciu tabelarycznym czynniki kształtujące wynik finansowy NFZ w 2009 r.:

[w tys. zł]

Wyszczególnienie	Plan 2009 r.	Wykonanie 2009 r.	Wpływ na wynik (+, -)
Składka należna brutto	53 513 449,00	53 732 016,33	218 567,33
Odpis aktualizujący składkę należną	0,00	0,00	0,00
Przychody ze składek z lat ubiegłych	200 000,00	124 301,71	-75 698,29
Koszty ewidencjonowania i poboru składek	106 037,00	106 264,33	227,33
Przychody wynikające z przepisów o koordynacji	39 888,00	58 251,37	18 363,37
Przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	629,00	626,98	-2,02
Dotacje z budżetu państwa na realizację zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 2a, 3 i 3b ustawy, uwzględniające koszty administracyjne	182 080,00	167 258,29	-14 821,71
Dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 730 500,00	1 722 492,14	-8 007,86
Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	0,00	0,00	0,00
Koszty świadczeń zdrowotnych	55 523 114,00	55 038 582,01	484 531,99
Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	629,00	626,98	2,02
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 730 500,00	1 722 515,70	7 984,30
Koszty administracyjne	609 182,00	543 572,54	65 609,46
Pozostałe przychody	936 449,00	901 192,19	-35 256,81
Pozostałe koszty	352 105,00	166 399,23	185 705,77
Przychody finansowe	208 496,00	232 031,93	23 535,93
Koszty finansowe	158 923,00	54 701,91	104 221,09
Zyski i straty nadzwyczajne			
Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego			
Wynik finansowy	-1 668 999,00	-694 491,76	974 961,90

3.2.1.4. Sprawozdawczość

Sprawozdania z wykonania planów finansowych Oddziałów za 2009 r. oraz kwartalne sprawozdania według stanu na koniec IV kwartału 2009 r. - o stanie zobowiązań Rb-Z

oraz o stanie należności Rb-N, sporządzono na podstawie ksiąg rachunkowych oraz z zachowaniem terminów określonych w § 13 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia i w załączniku nr 5 do rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 26 czerwca 2006 r. w sprawie sprawozdań jednostek sektora finansów publicznych w zakresie operacji finansowych⁵⁵.

Stwierdzone nieprawidłowości w zakresie sprawozdawczości OW dotyczyły głównie nierzetelnego sporządzenia okresowych sprawozdań z prowadzonych przeciwko Oddziałowi spraw sądowych, jak i przypadków nierzetelnych zapisów operacji gospodarczych w księgach rachunkowych, jednak bez wpływu na ich wiarygodność.

Warmińsko-Mazurski OW nienależycie wywiązywał się z obowiązku określonego w § 7 ust. 1 pkt 6 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia. Spośród 20 kwartalnych sprawozdań o postępowaniach sądowych przeciwko NFZ, dziewięć sporządzono nierzetelnie. Stwierdzone błędy dotyczyły m.in. liczby wykazywanych spraw sądowych (różnice od 1 do 19 spraw), a także kwoty roszczeń. Na przykład w sprawozdaniu za IV kwartał 2009 r. podano, że zakończono 1 sprawę w wyniku której nie zasądzono żadnych kwot podczas gdy faktycznie zakończono 20 takich spraw na kwotę 9.035,1 tys. zł. Poza tym w rocznym sprawozdaniu Oddziału za 2009 r. w zakresie spraw sądowych niezakończonych zawyżono roszczenia o kwotę 1.388,5 tys. zł - podano, że nie zakończono pięciu spraw na kwotę roszczeń 15.423,5 tys. zł zamiast siedmiu - na kwotę 14.035,0 tys. zł.

Systemy rachunkowości, stosowane w OW w 2009 r., nie budziły zastrzeżeń. W ocenie NIK zarówno dokumentacja opisująca zasady rachunkowości, jak i dokumentacja określająca zasady obiegu dowodów księgowych, kontroli wewnętrznej i inwentaryzacji spełniały wymogi określone w art. 10 ustawy z 29 września 1994 r. o rachunkowości.

3.2.1.5. Przegląd analityczny ksiąg rachunkowych

Przegląd analityczny ksiąg rachunkowych Centrali NFZ i 5 OW NFZ⁵⁶ przeprowadzono z wykorzystaniem arkusza kalkulacyjnego MS Excel. Przeglądem objęto wydatki zarejestrowane na koncie 208-x „Zobowiązania z tytułu dostaw i usług na cele administracyjne i pozostałe” za 2009 r., obejmujące 5.371 zapisów o obrotach w wysokości 176.094.021,97 zł. Do szczegółowej analizy wybrano metodą monetarną (MUS) 561 dokumentów/zapisów o łącznej wartości 129.999.403,51 zł.

⁵⁵ Dz. U. Nr 113, poz. 770.

⁵⁶ W 2 OW ryzyko wystąpienia nieprawidłowości w tym obszarze oceniono jako niskie.

Kontrolę przeprowadzono pod kątem braku obligatoryjnych elementów zapisu lub błędnego formatu obligatoryjnych dat (rejestracji, zdarzenia, dokumentu). Nie wykryto braku ciągłości numeracji zapisów w dziennikach. Nie wystąpiły duplikaty numeracji w dziennikach lub duplikaty innej cechy identyfikującej zapis/dowód. Stwierdzone pojedyncze uchybienia formalne nie miały wpływu na rzetelność i wiarygodność ksiąg rachunkowych.

4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli

4.1. Przygotowanie kontroli

Przeprowadzona kontrola poprzedzona była kontrolą wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2008 roku⁵⁷, przeprowadzoną w Centrali NFZ i w Ministerstwie Zdrowia oraz doraźną kontrolą wykonania planu finansowego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2007 roku, z uwzględnieniem kosztów związanych z zawieraniem ugód na świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit, określony w umowach zawartych ze świadczeniodawcami w latach 2003-2006⁵⁸, przeprowadzonej w Centrali NFZ.

Ogólne założenia koncepcyjne przeprowadzonej kontroli zostały przygotowane z wykorzystaniem niektórych elementów kontroli budżetowej, przewidzianej dla funduszy celowych.

4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 7 czerwca do 13 października 2010 r. Protokoły kontroli Centrali oraz 7 oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia zostały podpisane bez zastrzeżeń.

W trakcie kontroli jeden raz zasięgnięto informacji w jednostce niekontrolowanej.⁵⁹ Zorganizowano jedną naradę pokontrolną.

W wystąpieniach pokontrolnych oceniono wykonanie planu finansowego Funduszu w 2009 r. oraz wskazano ujawnione nieprawidłowości, formułując wnioski zmierzające do ich usunięcia. Ich adresaci nie zgłosili zastrzeżeń do ocen, uwag i wniosków, zawartych w tych wystąpieniach.

Wnioski pokontrolne adresowane do Prezesa NFZ dotyczyły m.in.:

⁵⁷ Informacja o wynikach kontroli wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2008 r. Nr ewid. 164/2009/P/09/091/KPZ.

⁵⁸ Informacja o wynikach kontroli wykonania planu finansowego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2007 roku, z uwzględnieniem kosztów związanych z zawieraniem ugód na świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit, określony w umowach zawartych ze świadczeniodawcami w latach 2003-2006 Nr ewid 164/2008/I/08/003/KPZ.

⁵⁹ Na podstawie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

- przeprowadzenia kontroli u świadczeniodawców, którzy wykazali udzielenie pierwszego świadczenia w ramach programu profilaktyki chorób układu krążenia realizowanego przez lekarza POZ w dacie późniejszej niż data objęcia opieką lekarską w ramach POZ, finansowanego przy zastosowaniu wskaźnika 3,0 bazowej stawki kapitacyjnej,
- przeprowadzenia analizy homogenności świadczeń udzielanych w ramach poszczególnych grup JGP w leczeniu szpitalnym,
- ustalenia jednolitych zasad walidacji danych rozliczeniowych refundacji cen leków,
- przeprowadzenia kontroli świadczeniodawców, u których wykryto, w toku kontroli NIK, powtarzające się numery recept.

Do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu NIK wniosowała m.in. o:

- podjęcie działań zapewniających dokonywanie rzetelnej weryfikacji dokumentów warunkujących zawarcie umów ze świadczeniodawcami o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- dokonywanie wszechstronnej i pogłębionej analizy poziomu wykonania zawartych umów w okresach poprzednich, na etapie negocjacji umów zawieranych na kolejne okresy, w celu pełnego wykorzystania środków na świadczenia zdrowotne będących w dyspozycji oddziału,
- realizowanie kosztów w granicach kwot określonych w planie finansowym,
- rozliczanie wyników finansowych kontroli zgodnie z obowiązującymi w NFZ procedurami oraz podjęcie działań w celu wyegzekwowania należności z tytułu nienależnej dopłaty do cen leków,
- podjęcie działań zapewniających rzetelne przedstawianie danych w okresowych sprawozdaniach o sprawach sądowych przeciwko NFZ,
- egzekwowanie od świadczeniodawców terminowego przekazywania rozliczeń zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej,
- doprowadzenie do wypłaty świadczeniodawcom wynagrodzenia za wykonane w 2009 r. świadczenia w zakresie produktów nielimitowanych,
- przeprowadzenie kontroli świadczeniodawców, u których wykryto, w toku kontroli NIK, powtarzające się numery recept.

W 8 wystąpieniach zawarto 23 wnioski, z których zrealizowano 12, w trakcie realizacji pozostawały 3 wnioski, a 8 wniosków nie zrealizowano.

4.3. Efekty finansowe kontroli

Finansowe i sprawozdawcze skutki nieprawidłowości ujawnione w trakcie kontroli wyniosły 862.283.386,95 zł, z tego:

- kwoty wydatkowane z naruszeniem prawa - 234.013.030 zł,
- sprawozdawcze skutki nieprawidłowości - 873,13 zł,
- potencjalne finansowe lub sprawozdawcze skutki nieprawidłowości - 1.388.493,82 zł,
- kwoty wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami - 626.790.140,00 zł.⁶⁰

Uzyskane korzyści finansowe w wyniku kontroli wyniosły 131.190,00 zł.

⁶⁰ Dotyczy kwot wydatkowanych na refundację aptekom cen leków, na podstawie „cesji globalnych”, zawieranych między aptekami i hurtowniami farmaceutyków.

5. Załączniki

1. Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli.
2. Wykaz skontrolowanych podmiotów oraz jednostek organizacyjnych NIK, które przeprowadziły w nich kontrole.
3. Wykaz ważniejszych aktów prawnych dotyczących badanej tematyki.
4. Wielkości wskaźników wchodzących w skład algorytmu podziału środków dla poszczególnych oddziałów Funduszu na 2009 r. w porównaniu do przyjętych przy podziale środków na rok 2008.
5. Wysokość nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych oddziałach Funduszu w latach 2004-2009.
6. Dynamika nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w latach 2005-2009 w poszczególnych oddziałach NFZ.
7. Koszty świadczeń zdrowotnych.
8. Zmiany planu finansowego NFZ w 2009 r.
9. Liczba i wartość umów (OW NFZ) zawartych przez NFZ na rok 2009.

Załącznik nr 1

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Komisja Finansów Publicznych
6. Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
7. Komisja Zdrowia
8. Minister Finansów
9. Minister Zdrowia
10. Minister Sprawiedliwości
11. Szef Centralnego Biura Antykorupcyjnego
12. Biuro Bezpieczeństwa Narodowego
13. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
14. Rzecznik Praw Obywatelskich
15. Rzecznik Praw Pacjentów

Załącznik nr 2

Wykaz skontrolowanych podmiotów oraz jednostek organizacyjnych NIK, które przeprowadziły w nich kontrole

1. Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia

Prezes Jacek Paszkiewicz

2. Delegatura NIK w Katowicach

Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Dyrektor Zygmunt Kloś

3. Delegatura NIK w Krakowie

Małopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Dyrektor Barbara Bulanowska od 1 maja 2009 r.

(poprzednio stanowisko to zajmowała Maria Janusz)

4. Delegatura NIK w Lublinie

Lubelski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Dyrektor Tomasz Pękalski

5. Delegatura NIK w Olsztynie

Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Dyrektor Andrzej Zakrzewski

6. Delegatura NIK w Poznaniu

Wielkopolski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Dyrektor Zbigniewa Nowodworska

7. Delegatura NIK w Rzeszowie

Podkarpacki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Dyrektor Grażyna Hejda od 22 grudnia 2009 r., od 21 września do 21 grudnia 2009 r. pełniła obowiązki Dyrektora OW.

(poprzednio, tj. od 20 maja 2008 r. do 31 października 2009 r. Dyrektorem OW była Barbara Kuźniar-Jabłczyńska. W okresie od 1 do 20 września 2009 r. pełniącym obowiązki Dyrektora był Robert Bugaj)

8. Delegatura NIK we Wrocławiu

Dolnośląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia

Dyrektor Wioletta Niemiec od 23 lipca 2009 r.

(od 10 marca 2008 r. do 23 lipca 2009 r. Dyrektorem był Krzysztof Dworak)

Załącznik Nr 3**Wykaz ważniejszych aktów prawnych dotyczących badanej tematyki**

1. Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).
4. Ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 8 września 2007 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.).
6. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694 ze zm.).
7. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728.).
8. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.).
9. Ustawa z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. z 1995 r. Nr 1 poz. 2 ze zm.).
10. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194 ze zm.).
12. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 września 2004 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. Nr 213, poz. 2161 ze zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2005 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 148, poz. 1232).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 171, poz. 1210).
15. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 104, poz. 875 ze zm.).
16. Rozporządzenie Rady (EWG) Nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L149 z 5.07.1971, str. 2 i n., ze zm.).

17. Rozporządzenie Rady (EWG) Nr 574/72 w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) Nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27.03.1972, str. 1 i n., ze zm.).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

Załącznik Nr 4

**Wielkości wskaźników wchodzących w skład algorytmu podziału środków
dla poszczególnych oddziałów Funduszu na 2009 r.
w porównaniu do przyjętych przy podziale środków na rok 2008**

W planie finansowym NFZ na 2009 r. podziału środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy Centralą NFZ i poszczególne oddziały Funduszu dokonano zgodnie z art. 118 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Podstawą planu podziału środków była liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale Funduszu z uwzględnieniem ryzyka zdrowotnego przypisanego ubezpieczonym należącym do danej grupy wydzielonej według struktury wieku i płci w porównaniu z grupą odniesienia. Tak wyliczoną wysokość środków skorygowano przez uwzględnienie wskaźnika wynikającego ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia oraz wskaźnika wynikającego z liczby i rodzaju świadczeń wysokospecjalistycznych wykonanych dla ubezpieczonych zarejestrowanych w danym oddziale przez świadczeniodawców mających umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarte z tym OW Funduszu, w relacji do liczby tych świadczeń ogółem w roku poprzedzającym rok, w którym ten plan jest tworzony.

Oddział wojewódzki NFZ	Wskaźnik wynikający z liczby ubezpieczonych z uwzględnieniem ryzyk zdrowotnych		Wskaźnik zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej		Wskaźnik wynikający z liczby i rodzaju świadczeń wysokospecjalistycznych		Wskaźnik ogółem	
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.
Dolnośląski	7,14%	7,22%	0,09%	0,10%	0,46%	0,37%	7,69%	7,69%
Kujawsko-Pomorski	5,05%	5,09%	-0,22%	-0,23%	0,45%	0,38%	5,28%	5,24%
Lubelski	5,45%	5,47%	-0,36%	-0,35%	0,34%	0,31%	5,43%	5,43%
Lubuski	2,42%	2,45%	-0,07%	-0,07%	0,14%	0,14%	2,49%	2,52%
Łódzki	6,53%	6,61%	-0,02%	-0,02%	0,39%	0,31%	6,90%	6,90%
Małopolski	7,84%	7,98%	-0,14%	-0,19%	0,55%	0,45%	8,25%	8,24%
Mazowiecki	12,83%	13,07%	1,54%	1,62%	1,20%	0,93%	15,57%	15,62%
Opolski	2,40%	2,40%	-0,02%	-0,03%	0,17%	0,13%	2,55%	2,50%
Podkarpacki	5,03%	5,07%	-0,51%	-0,53%	0,24%	0,22%	4,76%	4,76%
Podlaski	2,94%	2,95%	-0,16%	-0,12%	0,21%	0,16%	2,99%	2,99%
Pomorski	5,29%	5,37%	0,19%	0,22%	0,38%	0,33%	5,86%	5,92%
Śląski	11,38%	11,46%	0,20%	0,15%	0,98%	0,85%	12,56%	12,46%
Świętokrzyski	3,26%	3,30%	-0,25%	-0,27%	0,17%	0,16%	3,18%	3,19%
Warmińsko-Mazurski	3,41%	3,42%	-0,17%	-0,16%	0,18%	0,16%	3,42%	3,42%
Wielkopolski	8,13%	8,26%	-0,11%	-0,13%	0,59%	0,54%	8,61%	8,67%
Zachodniopomorski	4,13%	4,16%	0,01%	0,01%	0,32%	0,28%	4,46%	4,45%
Suma	93,23%	94,28%	0,00%	0,00%	6,77%	5,72%	100,00%	100,00%
Suma dodatnie			2,03%	2,10%				
Suma ujemne			-2,03%	-2,10%				

W planie podziału środków na 2009 r.:

- w przypadku pięciu OW Funduszu nastąpi spadek ich udziału w kwocie środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej – stosunkowo najwyższy w Opolskim OW i Śląskim OW odpowiednio o 0,05 pkt % i 0,10 pkt %;
- w przypadku pięciu OW Funduszu nastąpi wzrost ich udziału w kwocie środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej – stosunkowo najwyższy w Pomorskim OW i Wielkopolskim OW o 0,06 pkt %;
- w przypadku sześciu oddziałów Funduszu ich udział w kwocie środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej nie ulegnie zmianie.

W stosunku do roku 2008 w podziale środków zmniejszyła się waga wskaźnika wynikającego z liczby i rodzaju świadczeń wysokospecjalistycznych z 6,77% do 5,72%. Pochodną zmniejszenia znaczenia świadczeń wysokospecjalistycznych w podziale środków był wzrost wpływu liczby ubezpieczonych z uwzględnieniem ryzyk zdrowotnych – z 93,23% w roku 2008 do 94,28% w 2009 roku. Ponadto zwiększył się wpływ wskaźnika zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej. W roku 2008 2,03% ogólnej kwoty środków podlegało alokacji pomiędzy oddziały Funduszu w oparciu o wskaźnik zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej, natomiast w 2009 roku alokacji podległo 2,10% ogólnej kwoty środków przeznaczonej na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach Funduszu.

Załącznik Nr 5

Wysokość nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w poszczególnych oddziałach Funduszu w latach 2004-2009

(na etapie tworzenia planu finansowego na 2009 r.)

[tys. zł]

Oddział wojewódzki NFZ	Wykonanie 2004 roku	Wykonanie 2005 roku	Wykonanie 2006 roku	Wykonanie 2007 rok	Plan na 2008 rok*)	Projekt planu na 2009 rok
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.
Dolnośląski	2 280 851	2 481 672	2 680 364	2 984 296	3 812 287	4 046 453
Kujawsko-Pomorski	1 633 441	1 777 959	1 950 688	2 197 554	2 639 451	2 764 178
Lubelski	1 649 452	1 790 505	2 006 960	2 271 721	2 710 899	2 858 097
Lubuski	751 364	809 961	861 099	956 571	1 229 444	1 324 548
Łódzki	1 977 397	2 115 043	2 351 385	2 599 460	3 408 431	3 630 292
Małopolski	2 582 579	2 771 978	3 077 466	3 481 260	4 116 941	4 335 666
Mazowiecki	4 741 739	5 195 447	5 540 499	6 093 242	7 784 821	8 223 673
Opolski	726 917	781 935	868 854	976 141	1 260 167	1 316 399
Podkarpacki	1 539 963	1 670 124	1 784 831	1 967 802	2 375 905	2 507 571
Podlaski	925 438	987 474	1 116 722	1 228 981	1 493 599	1 571 558
Pomorski	1 646 904	1 794 528	1 927 069	2 143 372	2 879 375	3 117 234
Śląski	3 988 200	4 281 213	4 540 362	5 083 120	6 263 986	6 559 782
Świętokrzyski	987 395	1 056 890	1 135 212	1 271 935	1 582 038	1 678 343
Warmińsko-Mazurski	1 109 389	1 194 646	1 271 362	1 423 920	1 708 382	1 799 955
Wielkopolski	2 591 405	2 822 763	3 138 600	3 571 150	4 294 287	4 565 979
Zachodniopomorski	1 349 295	1 437 034	1 553 048	1 721 572	2 216 010	2 341 865
Suma	30 481 729	32 969 172	35 804 521	39 972 097	49 776 023	52 641 593

*) Plan finansowy na 2008 r. zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 20 czerwca 2008 r. z uwzględnieniem późniejszych przesunięć kosztów.

Załącznik Nr 6

**Dynamika nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w latach 2005-2009
w poszczególnych oddziałach NFZ**

Oddział wojewódzki NFZ	2005 / 2004	2006 / 2005	2007 / 2006	2008 / 2007	2009 / 2008
1.	2.	3.	4.	5.	6.
Dolnośląski	108,8%	108,0%	111,3%	127,7%	106,1%
Kujawsko-Pomorski	108,8%	109,7%	112,7%	120,1%	104,7%
Lubelski	108,6%	112,1%	113,2%	119,3%	105,4%
Lubuski	107,8%	106,3%	111,1%	128,5%	107,7%
Łódzki	107,0%	111,2%	110,6%	131,1%	106,5%
Małopolski	107,3%	111,0%	113,1%	118,3%	105,3%
Mazowiecki	109,6%	106,6%	110,0%	127,8%	105,6%
Opolski	107,6%	111,1%	112,3%	129,1%	104,5%
Podkarpacki	108,5%	106,9%	110,3%	120,7%	105,5%
Podlaski	106,7%	113,1%	110,1%	121,5%	105,2%
Pomorski	109,0%	107,4%	111,2%	134,3%	108,3%
Śląski	107,3%	106,1%	112,0%	123,2%	104,7%
Świętokrzyski	107,0%	107,4%	112,0%	124,4%	106,1%
Warmińsko-Mazurski	107,7%	106,4%	112,0%	120,0%	105,4%
Wielkopolski	108,9%	111,2%	113,8%	120,2%	106,3%
Zachodniopomorski	106,5%	108,1%	110,9%	128,7%	105,7%
Ogółem	108,2%	108,6%	111,6%	124,5%	105,8%
Minimum	106,5%	106,1%	110,0%	118,3%	104,5%
Maksimum	109,6%	113,1%	113,8%	134,3%	108,3%

Załącznik Nr 7

Wykonanie planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w NFZ w poszczególnych ich rodzajach, w latach 2007-2009,

Poz	Wyszczególnienie	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2007 r.	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2008 r.	2009 r					%	%	%
				Plan finansowy NFZ na 2009 r. pierwotny	Plan finansowy NFZ na 2009 r. ostateczny	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2009 r.	Różnica (7-6)	Różnica (7-3)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
B2	Koszty świadczeń zdrowotnych (B2.1+.+B2.18), w tym:	40 122 980.19	49 348 745.56	53 648 023.00	55 523 114.00	55 038 582.01	-484 531.99	14 915 601.82	137.17%	111.53%	99.13%
B2.n.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (B2.1.1+...+B2.11.1)	4 567 572.79	4 840 342.44	-	-	-	0.00	-4 567 572.79	0.00%	0.00%	-
B2.n.2	koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy (B2.1.2+...+B2.13.2)	2.51	34 237.79	-	-	-	0.00	-2.51	0.00%	0.00%	-
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna, w tym:	4 674 631.77	5 833 901.48	6 082 383.00	7 359 377.00	7 385 970.20	26 593.20	2 711 338.43	158.00%	126.60%	100.36%
B2.1.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	718 661.04	707 543.07	-	-	-	0.00	-718 661.04	0.00%	0.00%	-
B2.1.2	koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	0.00	0.00	-	-	-	0.00	0.00	-	-	-
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w tym:	3 141 952.98	3 940 396.10	4 299 987.00	4 304 915.00	4 218 779.31	-86 135.69	1 076 826.33	134.27%	107.06%	98.00%
B2.2.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	438 136.98	435 499.23	-	-	-	0.00	-438 136.98	0.00%	0.00%	-
B2.2.2	koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	0.00	690.16	-	-	-	0.00	0.00	-	0.00%	-
B2.3	leczenie szpitalne, w tym:	18 623 125.91	23 802 148.63	23 901 270.00	26 053 618.00	25 775 384.96	-278 233.04	7 152 259.05	138.41%	108.29%	98.93%
B2.3.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	2 550 805.26	2 843 545.90	-	-	-	0.00	-2 550 805.26	0.00%	0.00%	-
B2.3.2	koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	2.51	32 023.43	-	-	-	0.00	-2.51	0.00%	0.00%	-
B2.3.3	programy terapeutyczne (lekowe)	735 422.99	867 321.38	1 261 637.00	1 184 795.00	1 083 572.71	-101 222.29	348 149.72	147.34%	124.93%	91.46%

Poz	Wyszczególnienie	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2007 r.	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2008 r.	2009 r					%	%	%
				Plan finansowy NFZ na 2009 r. pierwotny	Plan finansowy NFZ na 2009 r. ostateczny	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2009 r.	Różnica	Różnica			
							(7-6)	(7-3)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w tym:	1 362 627.90	1 677 905.48	1 886 994.00	1 962 078.00	1 926 549.65	-35 528.35	563 921.75	141.38%	114.82%	98.19%
B2.4.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	230 718.62	230 112.01	-	-	-	0.00	-230 718.62	0.00%	0.00%	-
B2.4.2	koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	0.00	6.92	-	-	-	0.00	0.00	-	0.00%	-
B2.5	rehabilitacja lecznicza, w tym:	1 255 027.69	1 561 334.87	1 682 055.00	1 783 334.00	1 754 050.72	-29 283.28	499 023.03	139.76%	112.34%	98.36%
B2.5.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	183 189.00	182 473.34	-	-	-	0.00	-183 189.00	0.00%	0.00%	-
B2.5.2	koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	0.00	1 008.59	-	-	-	0.00	0.00	-	0.00%	-
B2.6**	opieka długoterminowa, w tym :	702 290.88	911 956.07	1 005 639.00	1 055 936.00	1 029 001.52	-26 934.48	326 710.64	146.52%	112.83%	97.45%
B2.6.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	113 523.96	112 066.09	-	-	-	0.00	-113 523.96	0.00%	0.00%	-
B2.6.2	koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	0.00	114.93	-	-	-	0.00	0.00	-	0.00%	-
B2.7	leczenie stomatologiczne, w tym:	1 255 098.57	1 738 769.70	1 965 694.00	1 901 844.00	1 849 402.79	-52 441.21	594 304.22	147.35%	106.36%	97.24%
B2.7.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	209 981.54	203 484.77	-	-	-	0.00	-209 981.54	0.00%	0.00%	-
B2.7.2	koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	0.00	0.76	-	-	-	0.00	0.00	-	0.00%	-
B2.8	lecnictwo uzdrowiskowe, w tym:	375 324.84	475 407.51	736 980.00	669 572.00	636 473.11	-33 098.89	261 148.27	169.58%	133.88%	95.06%
B2.8.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	32 103.61	41 351.39	-	-	-	0.00	-32 103.61	0.00%	0.00%	-

Poz	Wyszczególnienie	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2007 r.	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2008 r.	2009 r					%	%	%
				Plan finansowy NFZ na 2009 r. pierwotny	Plan finansowy NFZ na 2009 r. ostateczny	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2009 r.	Różnica	Różnica			
							(7-6)	(7-3)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
B2.8.2	koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	0.00	0.00				0.00	0.00	-	-	-
B2.9	pomoc doraźna i transport sanitarny, w tym:	26 128.95	30 542.58	37 999.00	35 386.00	34 045.62	-1 340.38	7 916.67	130.30%	111.47%	96.21%
B2.9.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	4 562.25	4 397.15	-	-	-	0.00	-4 562.25	0.00%	0.00%	-
B2.9.2	koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	0.00	0.00	-	-	-	0.00	0.00	-	-	-
B2.10	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu, w tym:	162 337.63	94 941.53	134 411.00	132 349.00	119 164.85	-13 184.15	-43 172.78	73.41%	125.51%	90.04%
B2.10.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	15 136.44	9 554.05	-	-	-	0.00	-15 136.44	0.00%	0.00%	-
B2.10.2	koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	0.00	0.00	-	-	-	0.00	0.00	-	-	-
B2.11	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w tym:	1 085 515.71	1 156 046.65	1 212 592.00	1 305 486.00	1 285 902.73	-19 583.27	200 387.02	118.46%	111.23%	98.50%
B2.11.1	wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	70 754.09	70 315.44	-	-	-	0.00	-70 754.09	0.00%	0.00%	-
B2.11.2	koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	0.00	11.86	-	-	-	0.00	0.00	-	0.00%	-
B2.12	zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	540 345.70	577 033.22	587 421.00	595 750.00	587 479.54	-8 270.46	47 133.84	108.72%	101.81%	98.61%
B2.12.2	koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	0.00	341.11	-	-	-	0.00	0.00	-	0.00%	-
B2.13	refundacja cen leków	6 727 324.09	7 367 045.33	7 375 889.00	8 047 442.00	8 238 156.82	190 714.82	1 510 832.73	122.46%	111.82%	102.37%
B2.13.1	refundacja cen leków, o których mowa w art. 36 ust. 4 ustawy	16 454.30	14 274.21	23 557.00	25 738.00	15 448.73	-10 289.27	-1 005.57	93.89%	108.23%	60.02%
B2.13.2	koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	0.00	40.03	-	-	-	0.00	0.00	-	0.00%	-

Poz	Wyszczególnienie	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2007 r.	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2008 r.	2009 r.					%	%	%
				Plan finansowy NFZ na 2009 r. pierwotny	Plan finansowy NFZ na 2009 r. ostateczny	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2009 r.	Różnica	Różnica			
							(7-6)	(7-3)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
B2.14	rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji	150 881.75	154 634.46	416 230.00	240 851.00	173 963.90	-66 887.10	23 082.15	115.30%	112.50%	72.23%
B2.15	rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków	0.00	0.00	11 000.00	1 275.00	0.00	-1 275.00	0.00	-	-	0.00%
B2.16	rezerwa na koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy	0.00	0.00	579 200.00	-	-	0.00	0.00	-	-	-
B2.17	rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych	0.00	0.00	1 674 758.00	0.00	0.00	0.00	0.00	-	-	-
B2.18	koszty świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych	40 365.82	26 681.95	57 521.00	73 901.00	24 256.29	-49 644.71	-16 109.53	60.09%	90.91%	32.82%

*) dane przedstawione w układzie określonym w piśmie NIK z dnia 08.06.2010 r.

**) Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 23 lutego 2009 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej NFZ (Dz. U. Nr 36, poz. 279), zmianą wzoru planu finansowego na 2009 r. wprowadzono m.in. w miejsce rodzaju świadczeń pn. „opieka długoterminowa” dwa nowe rodzaje świadczeń, w tym: „świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej” oraz „opieka paliatywna i hospicyjna”. Jednakże w celu zaprezentowania wartości planowanych i zrealizowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z załącznikiem do pisma NIK, dane dotyczące planu ostatecznego za 2009 r. (kol. 6) oraz wykonania za 2009 r. (kol. 7) świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w rodzajach: „świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej” oraz „opieka paliatywna i hospicyjna” zaprezentowano w wartości łącznej w poz. pn. "opieka długoterminowa".

Załącznik Nr 8**Zmiany planu finansowego NFZ w 2009 r.**

Plan finansowy NFZ na 2009 r., podlegał w ciągu roku zmianom przeprowadzanym w trybie:

a) art. 124 ust. 1-2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów, po rozpatrzeniu pozytywnych opinii Rady NFZ, Komisji Finansów Publicznych i Komisji Zdrowia Sejmu RP:

6 stycznia 2009 r. – zwiększenie planowanych kosztów administracyjnych w Centrali NFZ w ramach realizowanego Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki o 2.054 tys. zł. Jednocześnie dokonano zwiększenia planowanych pozostałych przychodów o 2.054 tys. zł – środki przyznane z Europejskiego Funduszu Społecznego,

9 lutego 2009 r. – zmiana będąca konsekwencją rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 2008 r. w sprawie wydatków budżetu państwa, które w 2008 r. nie wygasają z upływem roku budżetowego. Przedmiot tejże zmiany stanowiło zwiększenie przychodów w pozycji A „przychody z działalności” o 2.198 tys. zł, w tym w pozycji:

- A2 „przychody z tytułu realizacji zadań zleconych” – zwiększenie o 629 tys. zł z jednoczesnym przeznaczeniem tych środków na zwiększenie w pozycji B3 „Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie” – zwiększenie w planie Centrali NFZ o 629 tys. zł. Powyższe działania były realizowane w ramach Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych, przyjętego ustawą z dnia 1 lipca 2005 r. .
- A3 „dotacje z budżetu państwa na sfinansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, uwzględniające koszty administracyjne” – zwiększenie o 1.569 tys. zł, z jednoczesnym przeznaczeniem tych środków na zwiększenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej – pozycja 2.15 „rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków” – zwiększenie w planie Centrali NFZ o 1.569 tys. zł. Powyższe środki były przeznaczone na sfinansowanie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, których nie przeprowadza się w Polsce.

27 marca 2009 r. – zmniejszenie przychodów netto z działalności – A5 „środki przekazane przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych o 579.200 tys. zł, zgodnie z art. 1 pkt 3 ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw. Jednocześnie dokonano zwiększenia kosztów realizacji zadań w pozycji B2 „koszty świadczeń zdrowotnych” o 268.274 tys. zł, w tym: pozycja B2 „koszty świadczeń zdrowotnych” – zwiększenie w oddziałach wojewódzkich NFZ o 847.474 tys. zł. Wzrost nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich NFZ w 2009 r. był konsekwencją wypełnienia obowiązku, o którym mowa w art. 5 ww. ustawy. Wyasygnowanie dodatkowych środków w wysokości 847.474 tys. zł oznaczało zwiększenie nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej o 1,61%. Dokonując podziału ww. środków

między poszczególne rodzaje kosztów świadczeń zdrowotnych kierowano się koniecznością zabezpieczenia środków finansowych związanych z:

- wprowadzeniem nowych zasad kontraktowania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna na rok 2009 i lata następne, wynikających z Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 105/2008/DSOZ z dnia 5 listopada 2008 w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna,
- wprowadzeniem nowych warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne wynikających z Zarządzenia Prezesa NFZ nr 8/2009/DSOZ z dnia 23 stycznia 2009 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne,
- wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 stycznia 2009 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń wysokospecjalistycznych finansowanych z budżetu państwa, w części pozostającej do dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia ,
- projektowanymi na rok bieżący zmianami warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii oraz terapeutycznych programów zdrowotnych, w tym finansowanie chorób ultra-rzadkich i rzadkich,
- zwiększonym poziomem realizacji kosztów refundacji cen leków z uwagi na projektowaną zmianę listy leków refundowanych,
- zwiększeniem dostępności do świadczeń zdrowotnych oraz skróceniem kolejek oczekujących na realizację świadczeń w tych obszarach, gdzie występuje na nie zwiększone zapotrzebowanie.

Pozycja B2.16 „rezerwa na koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej” – zmniejszenie w Centrali NFZ o 579.200 tys. zł, zgodnie z zapisami art. 1 pkt 4 i 5 ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

Dokonano zwiększenia pozostałych przychodów – pozycja E3 „inne przychody” o 847.474 tys. zł.

W pozostałych kosztach pozycja F1 „wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia oraz recept” dokonano zwiększenia w planie OW NFZ o 10 tys. zł, a w pozycji F2 „rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych” – zmniejszono w planie OW NFZ o 10 tys. zł.

6 maja 2009 r. – zwiększenie kosztów administracyjnych, pozycja D „koszty administracyjne” w planie centrali NFZ o 168 tys. zł; zwiększenie pozostałych przychodów, pozycja E „pozostałe przychody” – zwiększenie w planie NFZ o 168 tys. zł, pozycja E2 „Inne przychody” – zwiększenie w planie NFZ o 168 tys. zł; zwiększenie przychodów finansowych, pozycja G „przychody finansowe” – zwiększenie w planie NFZ o 101.146 tys. zł, pozycja G1 „odsetki uzyskane z lokat” – zwiększenie w planie NFZ o 101.146 tys. zł; zwiększenie kosztów finansowych – pozycja H „koszty finansowe – zwiększenie w planie NFZ o 101.146 tys. zł.,

3 sierpnia 2009 r. – zmniejszenie przychodów netto z działalności, pozycja A3 „dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, uwzględniające koszty administracyjne – zmniejszenie o 16.453 tys. zł; zmniejszenie kosztów świadczeń

zdrowotnych, pozycja B2 „koszty świadczeń zdrowotnych” – zmniejszenie w planie Centrali NFZ o 3.828 tys. zł; zmniejszenie kosztów finansowych, pozycja H „koszty finansowe” – zmniejszenie w planie NFZ o 12.625 tys. zł,

17 grudnia 2009 r. - zmniejszenie przychodów z tytułu składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki, pozycja 1 „składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki” – zmniejszenie o 215.582 tys. zł, pozycja 1.1 „od ZUS” – zmniejszenie o 215.582 tys. zł; zmniejszenie kosztów poboru i ewidencjonowania składki, poz. 4 – zmniejszenie o 427 tys. zł, pozycja 4.1 „koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS” – zmniejszenie o 427 tys. zł; zwiększenie przychodów wynikających z przepisów o koordynacji, pozycja A.1 „przychody wynikające z przepisów o koordynacji” – zwiększenie o kwotę 11.888 tys. zł; zmniejszenie kosztów świadczeń zdrowotnych, pozycja B „koszty świadczeń zdrowotnych – zmniejszenie o 176.230 tys. zł, w tym w pozycji B2.15 „rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji” – zmniejszenie o 176.230 tys. zł; zmniejszenie kosztów administracyjnych, pozycja D „koszty administracyjne” – zmniejszenie o 51 tys. zł, w tym w Centrali NFZ – zmniejszenie o 51 tys. zł; zwiększenie pozostałych przychodów, pozycja E „pozostałe przychody” – zwiększenie o 84.553 tys. zł, w tym: pozycja E1 „darowizny i zapisy otrzymane, w tym kwota umorzenia majątku otrzymanego nieodpłatnie wynikająca z rozliczeń międzyokresowych przypadająca na rok planowania – zwiększenie o 206 tys. zł, pozycja E2 „inne przychody” – zwiększenie o 84.347 tys. zł; zwiększenie pozostałych kosztów, pozycja F „pozostałe koszty” – zwiększenie o 93.951 tys. zł, w tym: pozycja F1 „wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia oraz recept – zmniejszenie w planie OW NFZ o 6.042 tys. zł, poz. F2 „rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych” – zwiększenie w planie OW NFZ o 33.415 tys. zł, pozycja F4 „inne koszty” – zwiększenie o 66.578 tys. zł; zwiększenie przychodów finansowych, poz. G „przychody finansowe” – zwiększenie w planie NFZ o 66.786 tys. zł; zwiększenie kosztów finansowych, pozycja H „koszty finansowe” – zwiększenie o 30.402 tys. zł.

b) art. 102 ust. 5 pkt 1 i art. 129 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, przyjętej zarządzeniem nr 37/2009/DEF Prezesa NFZ z dnia 4 sierpnia 2009 r. w sprawie zmiany planu finansowego NFZ – dokonując podziału zatwierdzonego zysku netto za 2008 r. zwiększono pozycję B2 „koszty świadczeń zdrowotnych” w planach oddziałów wojewódzkich NFZ o kwotę 1.152.117 tys. zł,

c) art. 124 ust. 6 i 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, przyjętej zarządzeniem nr 38/2009/DEF Prezesa NFZ z dnia 7 sierpnia 2009 r. w sprawie uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym NFZ na 2009 r. – zmniejszono kwotę określoną w pozycji B1 „obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną” z kwoty 542.728 tys. zł do kwoty 0 tys. zł z przeznaczeniem na pokrycie niedoboru przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazywanych za pośrednictwem KRUS. Przesłanką do jej uruchomienia była analiza przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazywanych za pośrednictwem KRUS w 2009 r., w porównaniu do prognozowanej realizacji oszacowanej na potrzeby trzyletniej „Prognozy przychodów NFZ na lata 2010-2012” opracowanej na podstawie wskaźników makroekonomicznych przyjętych przez Radę Ministrów w dniu 15 czerwca 2009 r. do projektu budżetu państwa na rok 2010 i zbieżnych z nimi.

d) art. 102 ust. 5 pkt 1 i art. 129 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, przyjętych zarządzeniami w sprawie zmiany planu finansowego NFZ na 2009 r.:

- nr 48/2009/DEF Prezesa NFZ z dnia 15 października 2009 r. – zwiększenie w pozycji B2 „koszty świadczeń zdrowotnych” w planach oddziałów wojewódzkich NFZ o kwotę 247.866 tys. zł – uruchomienie środków z funduszu zapasowego celem zwiększenia kosztów świadczeń zdrowotnych w OW Funduszu,
 - nr 49/2009/DEF Prezesa NFZ z dnia 19 października 2009 r. – zwiększenie w pozycji B2 „koszty świadczeń zdrowotnych” w planach oddziałów wojewódzkich NFZ o kwotę 176.454 tys. zł – uruchomienie środków z funduszu zapasowego celem zwiększenia kosztów świadczeń zdrowotnych w OW Funduszu,
 - nr 55/2009/DEF Prezesa NFZ z dnia 28 października 2009 r. – zwiększenie w pozycji B2 „koszty świadczeń zdrowotnych” w planach oddziałów wojewódzkich NFZ o kwotę 32.246 tys. zł – uruchomienie środków z funduszu zapasowego celem zwiększenia kosztów świadczeń zdrowotnych w OW Funduszu m.in. finansowanie chemioterapii, programów terapeutycznych, świadczeń onkologicznych oraz świadczeń wysokospecjalistycznych,
 - nr 64/2009/DEF Prezesa NFZ z dnia 2 listopada 2009 r. – zwiększenie w pozycji B2 „koszty świadczeń zdrowotnych” w planach oddziałów wojewódzkich NFZ o kwotę 60.316 tys. zł – uruchomienie środków z funduszu zapasowego celem zwiększenia kosztów świadczeń zdrowotnych w OW Funduszu m.in. finansowanie chemioterapii, programów terapeutycznych, świadczeń onkologicznych oraz świadczeń wysokospecjalistycznych,
- e) w trybie art. 124 ust. 4 i 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej w dniu 31 grudnia 2009 r. Prezes NFZ dokonał zmian w planie finansowym NFZ w zakresie środków przekazywanych Funduszowi z dotacji budżetu państwa (zmiana nie wymaga zmiany planu finansowego NFZ w trybie określonym dla zatwierdzenia planu finansowego). Zakres ww. zmian dotyczył: zwiększenia przychodów netto z działalności – pozycja A3 „dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy, uwzględniające koszty administracyjne” – zwiększenie o 117.064 tys. zł; zwiększenia kosztów realizacji zadań – pozycja B2 „koszty świadczeń zdrowotnych” – zwiększenie o 116.307 tys. zł; zwiększenia kosztów administracyjnych – pozycja D „koszty administracyjne” – zwiększenie o 757 tys. zł.
- f) Dyrektorzy OW NFZ dokonywali przesunięć w planach oddziałów wojewódzkich Funduszu w trybie art. 124 ust. 5 i 9 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej⁶¹, zgodnie z którym, po poinformowaniu Prezesa NFZ, można dokonywać przesunięć kosztów w ramach kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej oraz na uruchamianie rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 2 lit. b.

⁶¹ W brzmieniu obowiązującym do 3 listopada 2009 r.

Załącznik Nr 9

Liczba i wartość umów (OW NFZ) zawartych przez NFZ na rok 2009

tys. zł

Rodzaj świadczenia opieki zdrowotnej (bez refundacji cen leków)	Liczba zawartych umów na 2009 r.	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2009 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2009 r. ogółem (bez refundacji cen leków)	w tym koszty realizacji świadczeń na podstawie:								Wartość świadczeń ponadumownych wykonanych przez świadczeniodawców od 1.01. do 31.12.2009 r. nie ujętych w księgach rachunkowych
				umów wraz z aneksami zawartymi do dnia 31.12.2009 r.	indywidualnych decyzji Dyrektora Oddziału	wyroków sądowych i ugód zawartych przed sądem traktowanych równorzędnie jak wyroki	ugód zawartych w 2009 r.				innych podstaw	
							ogółem - w zakresie umów wieloletnich i rocznych		w tym z kol. 8 i 9 w zakresie umów rocznych			
							Liczba	Wartość	Liczba	Wartość		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Podstawowa opieka zdrowotna	18 708	-	7 385 970.20	7 371 666.56	43.37	0.00	5	200.86	0	0.00	14 059.41	0.00
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	8 591	4 254 575.81	4 218 779.31	4 057 992.68	164.39	0.00	1 470	21 564.47	1	1.58	139 057.77	175 164.10
Leczenie szpitalne	2 127	25 838 546.59	25 775 384.96	23 771 182.45	3 450.41	42 112.73	489	156 923.58	0	0.00	1 801 715.79	1 172 183.80
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 429	1 931 575.99	1 926 549.65	1 718 478.82	0.00	0.00	314	12 288.82	0	0.00	195 782.01	47 564.24
Rehabilitacja lecznicza	2 659	1 763 596.25	1 754 050.72	1 650 030.69	9.60	0.00	163	3 049.21	0	0.00	100 961.22	132 249.75
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1 121	775 109.10	769 005.81	725 134.06	0.00	0.00	190	7 413.84	0	0.00	36 457.91	20 638.65
Opieka paliatywna i hospicyjna	433	262 709.67	259 995.71	250 614.67	0.00	0.00	46	1 014.69	0	0.00	8 366.35	10 668.28
Leczenie stomatologiczne	8 822	1 884 515.83	1 849 402.79	1 805 363.50	262.45	0.00	289	1 734.19	0	0.00	42 042.65	12 622.40
Lecznictwo uzdrowiskowe	1 614	667 552.53	636 473.11	636 473.11	0.00	0.00	0	0.00	0	0.00	0.00	0.00

Rodzaj świadczenia opieki zdrowotnej (bez refundacji cen leków)	Liczba zawartych umów na 2009 r.	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2009 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2009 r. ogółem (bez refundacji cen leków)	w tym koszty realizacji świadczeń na podstawie:								Wartość świadczeń ponadumownych wykonanych przez świadczeniodawców od 1.01. do 31.12.2009 r. nie ujętych w księgach rachunkowych
				umów wraz z aneksami zawartymi do dnia 31.12.2009 r.	indywidualnych decyzji Dyrektora Oddziału	wyroków sądowych i ugód zawartych przed sądem traktowanych równorzędnie jak wyroki	ugód zawartych w 2009 r.				innych podstaw	
							ogółem - w zakresie umów wieloletnich i rocznych		w tym z kol. 8 i 9 w zakresie umów rocznych			
1	2	3	4	5	6	7	Liczba	Wartość	Liczba	Wartość	12	13
Pomoc doraźna i transport sanitarny	32	33 388.01	34 045.62	33 593.49	451.65	0.00	0	0.48	0	0.00	0.00	0.00
Profilaktyczne programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej, finansowane ze środków Funduszu	509	127 479.01	119 164.85	116 599.70	0.00	0.00	39	414.23	0	0.00	2 150.92	274.36
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	439	1 286 724.91	1 285 902.73	1 168 202.92	2 512.75	0.00	76	18 618.10	0	0.00	96 568.96	30 965.43
Zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	3 165		587 479.54	587 472.09	2.49	0.00	0	0.00	0	0.00	4.96	0.00
Koszty świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych			24 256.29	-20 028.47	0.00	20 752.74	68	21 280.66	3	708.48	2 251.36	0.00
Razem	49 649	38 825 773.70	46 626 461.29	43 872 776.27	6 897.11	62 865.47	3 149	244 503.13	4	710.06	2 439 419.31	1 602 331.01

