



KZD-4101-001-01/2014
Nr ewid. 165/2014/P/14/060/KZD

Informacja o wynikach kontroli

**REALIZACJA ZADAŃ
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
W RAMACH PLANU FINANSOWEGO
NA 2013 ROK**

MISJA

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

WIZJA

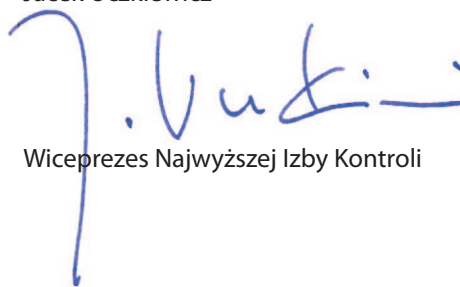
Najwyższej Izby Kontroli jest cieszący się powszechnym autorytetem najwyższy organ kontroli państwowej, którego raporty będą oczekiwanym i poszukiwanym źródłem informacji dla organów władzy i społeczeństwa

Dyrektor Departamentu Zdrowia:
Piotr Wasilewski



Akceptuję:

Jacek Uczkiewicz



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:

Krzysztof Kwiatkowski



Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, dnia 28. X. 2014 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
02-056 Warszawa
T/F +48 22 444 50 00

www.nik.gov.pl

1. ZAŁOŻENIA KONTROLI	5
2. PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI.....	6
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	6
2.2. Synteza wyników kontroli.....	6
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.....	13
3.2.1. Określenie priorytetów zdrowotnych na 2013 rok, zasad planowania zakupu świadczeń oraz analiza dostępu pacjentów do nich.....	13
3.2.2. Zasady wyceny świadczeń.....	19
3.2.3. Koszt i liczba świadczeń <i>per capita</i> w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ oraz czas oczekiwania na udzielenie świadczenia	20
3.2.4. Wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach oraz wartość świadczeń „niewykonanych”.....	33
3.2.5. Zasady rozliczania wykonanych świadczeń	33
3.2.6. Plan finansowy Funduszu w 2013 r.	37
3.2.6.1. Realizacja przychodów	37
3.2.6.2. Realizacja wybranych kosztów.....	42
3.2.6.3. Wynik finansowy	51
4. REALIZACJA WNIOSKÓW POKONTROLNYCH NIK	53
5. INFORMACJE DODATKOWE	54
5.1. Przygotowanie kontroli	54
5.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli	54
5.3. Finansowe rezultaty kontroli	55
6. ZAŁĄCZNIKI	56

Wykaz stosowanych skrótów i pojęć

AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
CWU	Centralny Wykaz Ubezpieczonych
JGP	Jednorodne Grupy Pacjentów
LSP	Lecznictwo szpitalne
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego
MZ	Ministerstwo Zdrowia
NIK	Najwyższa Izba Kontroli
OW NFZ	oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia
PRO	programy profilaktyczne finansowane ze środków własnych NFZ
REH	rehabilitacja lecznicza
STM	leczenie stomatologiczne
Ustawa o świadczeniach	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.)
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Temat kontroli

Kontrola „Realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 rok” została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli i ujęta w planie pracy NIK na 2014 r.

Cel kontroli

Celem kontroli była ocena działalności Funduszu na rzecz zapewnienia równego dostępu do świadczeń zdrowotnych w ramach środków przewidzianych w planie finansowym NFZ na 2013 r.

Kontrolą objęto

Kontrolą objęto także realizację wniosków pokontrolnych Najwyższej Izby Kontroli, sformułowanych po kontroli wykonania planu finansowego Funduszu w 2012 r.

Kontrolę Nr P/14/060 przeprowadzono w Centrali NFZ oraz czterech oddziałach wojewódzkich Funduszu¹.

Zakres kontroli

Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o NIK², kontrola została przeprowadzona pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności.

¹ W oddziałach wojewódzkich: Dolnośląskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim oraz Zachodniopomorskim.

² Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.).

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności³

Realizacja zadań, w ramach planu finansowego Funduszu na 2013 r., nie doprowadziła do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych. W niektórych zakresach dostęp do świadczeń, mierzony średnim czasem oczekiwania na ich udzielenie, uległ pogorszeniu.

Poprawie dostępności świadczeń nie sprzyjało nierównomierne rozmieszczenie podmiotów leczniczych, sprzętu i wykwalifikowanych kadr medycznych.

Wydatkowanie środków Funduszu odbywało się bez ustalonych, zgodnie z wewnętrznymi procedurami Funduszu, ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych. Nieskuteczne okazały się działania zmierzające do zmniejszenia liczby pacjentów i czasu ich oczekiwania na hospitalizację w przypadkach schorzeń możliwych do diagnozowania i leczenia w warunkach ambulatoryjnych. Konsekwencją nierzetelnych i nieaktualnych danych, zawartych w systemach ewidencyjnych NFZ, były natomiast przypadki opłacania przez Fundusz świadczeń na rzecz osób nieuprawnionych, a nawet zmarłych.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie oceniła natomiast formalne wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2013 r., w szczególności w sytuacji niższych niż planowano przychodów z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne przekazywanej przez ZUS.

2.2 Synteza wyników kontroli

1. Dostęp do świadczeń zdrowotnych, mierzony m.in. czasem oczekiwania na ich udzielenie, pogorszył się w porównaniu do lat 2011–2012. Utrzymywały się również znaczne dysproporcje, pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, w dostępie do świadczeń zdrowotnych, mierzone zarówno liczbą świadczeń przypadających na 10 tys. osób ubezpieczonych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich, jak i czasem oczekiwania na ich udzielenie⁴. Nierówny dostęp narusza zasadę wyrażoną w art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach (str. 14 i nast. oraz str. 21 i nast.)⁵.

2. W niektórych oddziałach wojewódzkich nie zakontraktowano wszystkich świadczeń, ustalonych w planach ich zakupu lub na określonych obszarach, głównie z uwagi na braki wymaganego personelu medycznego oraz niespełnianie przez świadczeniodawców pozostałych wymogów ustalonych przez Fundusz (str. 15 i nast.). W szczególności⁶:

- w woj. dolnośląskim nie zakontraktowano m.in. badań echokardiograficznych płodu, świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, w zakresie rehabilitacji wzroku, co wynikało z braku oferentów zainteresowanych udzielaniem tych świadczeń;
- w woj. świętokrzyskim nie udzielano m.in. świadczeń w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym w powiecie kazimierskim, opatowskim i pińczowskim, a świadczeń w zakresie endokrynologii – w powiecie kazimierskim, włoszczowskim i jędrzejowskim. Dostęp do tych świadczeń zapewniono w sąsiadujących powiatach⁷.

³ Najwyższa Izba Kontroli stosuje 3-stopniową skalę ocen: pozytywna, pozytywna mimo stwierdzonych nieprawidłowości, negatywna. Jeżeli sformułowanie oceny ogólnej według proponowanej skali byłoby nadmiernie utrudnione, albo taka ocena nie dawałaby prawdziwego obrazu funkcjonowania kontrolowanej jednostki w zakresie objętym kontrolą, stosuje się ocenę opisową, bądź uzupełnia ocenę ogólną o dodatkowe objaśnienie.

⁴ Szczegółowe dane przedstawiono w Załączniku Nr 9 do niniejszej Informacji.

⁵ Zgodnie z art. 65 pkt 2 ustawy, ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach: zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.

⁶ Wyszczególnienie ma charakter przykładowy. Dalsze rodzaje świadczeń, które nie zostały zakontraktowane przedstawiono w części szczegółowej Informacji.

⁷ W zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym w powiecie buskim i sandomierskim, a w zakresie endokrynologii w powiecie buskim, kieleckim i mieście Kielce.

Świadczenia w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych realizował Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Św. Rafała w Czerwonej Górze, będący jedynym świadczeniodawcą, który jednak z dniem 1 marca 2013 r., z powodu braku kadry lekarskiej rozwiązał umowę z NFZ;

- w woj. warmińsko-mazurskim nie zapewniono m.in. dostępu do świadczeń udzielanych w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu w 10 spośród 21⁸ powiatów; poradnictwa endokrynologicznego (dla dorosłych i dla dzieci) w 6 powiatach; rehabilitacji ogólnoustrojowej – w 5 powiatach; rehabilitacji pulmonologicznej oraz rehabilitacji wzroku – w 19 powiatach;
- w woj. zachodniopomorskim, subregionie koszalińskim, nie zapewniono dostępu do świadczeń stomatologicznych w zakresie pomocy doraźnej. Nie zakontraktowano również na terenie całego województwa świadczeń w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej oraz wzroku z uwagi na brak świadczeniodawców. W części powiatów nie został zapewniony dostęp do świadczeń szpitalnych w zakresach: pediatria (4 powiaty), anestezjologia i intensywna terapia (4 powiaty). Pacjenci korzystali ze świadczeń udzielanych w sąsiednich powiatach.

W całym 2013 r. nie zapewniono również dostępu do świadczeń w okulistyce (hospitalizacja planowa) w dwóch oddziałach wojewódzkich (Świętokrzyskim i Opolskim).

3. Fundusz kontynuował w 2013 r. prace nad wyceną procedur medycznych, dokonując m.in. weryfikacji 465 świadczeń rozliczanych w 49 Jednorodnych Grupach Pacjentów (JGP). W wyniku przeprowadzonych analiz, wycena części świadczeń⁹ uległa zwiększeniu, a części obniżeniu¹⁰. Działania te były utrudnione z uwagi na brak jednolitych standardów wewnętrznej ewidencji i sprawozdawczości kosztów w podmiotach leczniczych. Zróżnicowanie ich struktur i zakresów prowadzonej działalności, praktycznie uniemożliwiało pozyskanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia wiarygodnych i porównywalnych danych o kosztach świadczeń zdrowotnych¹¹. Najwyższa Izba Kontroli zwracała już uwagę, iż nieadekwatność ceny kontraktowanych przez NFZ świadczeń do rzeczywistych kosztów ich udzielania przez świadczeniodawców może skutkować tym, iż część z nich staje się nierentowna dla świadczeniodawców, co może ograniczać dostęp pacjentów do takich świadczeń. Z kolei ich przeszacowanie może skutkować ich nadmiernym udzielaniem, nawet wbrew potrzebom medycznym, co z kolei oznacza nieefektywne wydatkowanie środków publicznych (str. 19 i nast.).

Wprowadzone w 2013 r. zmiany charakterystyki niektórych świadczeń AOS (zachowawczych oraz wybranych zabiegowych), tak aby były możliwe do wykonania także w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, nie spowodowały przesunięcia ich realizacji z lecznictwa szpitalnego. Nie nastąpiło również przyspieszenie procesu diagnostyczno-terapeutycznego, wraz z przekazaniem pacjenta do dalszej opieki w POZ (str. 20).

4. Analiza wybranych świadczeń wykonanych przez świadczeniodawców w 2013 r. wykazała, że NFZ nierzetelnie rozliczył świadczenia na łączną kwotę 5.437,62 tys. zł, które nie mogły być wykonane ponieważ dotyczyły osób zmarłych lub wykreślonych z Centralnego Wykazu

⁸ Wliczając miasta na prawach powiatu.

⁹ Oznaczonych kodami P22, P03, C13, P06 oraz C56, K27, A87, G18 dla osób poniżej 18 roku życia.

¹⁰ Obniżono m.in. wycenę świadczeń usunięcia zaćmy powikłanej (B12) i niepowikłanej (B13) metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki.

¹¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej zostało uchylone z dniem 1 lipca 2011 r. (Dz. U. Nr 164, poz. 1194) przez art. 220 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.).

Ubezpieczonych, a także objętych opieką przez zmarłego lekarza lub pielęgniarkę POZ. Wskazuje to na niewystarczającą skuteczność funkcjonowania systemu kontroli zarządczej w Funduszu (str. 34 i nast.).

5. Fundusz wydatkował nawet 511.601 tys. zł na zapewnienie opieki w POZ, finansowanej na zasadzie stawki kapitacyjnej, dla osób, których ubezpieczenia zdrowotnego lub uprawnienia do świadczeń finansowanych ze środków publicznych Fundusz nie był w stanie potwierdzić, co było niezgodne z art. 2 ustawy o świadczeniach (str. 35).

6. Do końca I półrocza 2014 r. Fundusz nie wdrożył Rejestru Usług Medycznych, zapewniającego autoryzację wykonania świadczenia, pomimo tego, że ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹², która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2012 r. przewidywała wdrożenie takiego systemu¹³. Skutkiem tego NFZ nie był w stanie skutecznie wyeliminować zjawiska przedstawiania do rozliczenia z Funduszem świadczeń, za które pobrano uprzednio opłaty od pacjentów. Do wykrycia takich przypadków dochodziło jedynie incydentalnie na podstawie skarg pacjentów (str. 36–37).

7. Fundusz nie opracował, zgodnie z wewnętrznymi procedurami, ogólnokrajowych priorytetów zdrowotnych na rok 2013, tj. działał bez wyznaczenia celów, jakie płatnik publiczny zamierzał osiągnąć¹⁴. Określenie priorytetów jest zasadne m.in. z uwagi na zmiany demograficzne, które spowodują w najbliższych latach znaczny wzrost udziału kosztów leczenia osób starszych powyżej 65 roku życia (str. 13).

O ile ich udział w kosztach świadczeń ogółem w latach 2009–2013 wzrósł o 2,97%, to w latach 2014–2018 wzrost ten, według szacunków Funduszu, może wynieść nawet 5,31%. Tak duża jego dynamika, przy uwzględnieniu faktu, że zmiany chorobowe tych osób związane są często z wykorzystaniem kosztochłonnych procedur medycznych (onkologicznych, kardiologicznych), może spowodować dalsze wydłużanie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń lub ograniczenia we wprowadzaniu nowoczesnych technologii medycznych. Tym bardziej zasadne jest skoncentrowanie wydatków Funduszu na priorytetowych problemach zdrowotnych mieszkańców (str. 18–19).

8. Podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu, z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, dokonano zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r.¹⁵. Podstawą podziału była liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale, z uwzględnieniem ryzyka zdrowotnego przypisanego ubezpieczonemu, należącym do danej grupy wydzielonej według struktury wieku i płci. Różnica pomiędzy najwyższą

¹² Dz. U. z 2011 r., Nr 113, poz. 657 ze zm.

¹³ Od dnia 14 maja 2013 r. obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2013 r. w sprawie Systemu Rejestru Usług Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2013 r., poz. 514), wydane na podstawie art. 22 ust. 7 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia.

¹⁴ W 2013 r. obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych (Dz. U. Nr 137, poz. 1126). Priorytety określone w tym rozporządzeniu miały ogólny charakter i nie zawierały mierników osiągnięcia zakładanego celu. Stąd potrzeba bardziej precyzyjnego ich określenia przez Prezesa NFZ na podstawie art. 102, ust. 5, pkt 25 ustawy o świadczeniach stanowiącego, że do zadań Prezesa Funduszu należy m.in. ustalanie jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu.

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 193, poz. 1495).

i najniższą średnią kwotą przypadającą na ubezpieczonego¹⁶ w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu zmniejszyła się do 142,42 zł¹⁷. Szczegółowa analiza wartości zrealizowanych świadczeń wskazuje jednak na pogłębianie się dysproporcji pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi w niektórych ich rodzajach.

Przyjęty algorytm podziału środków nie uwzględnia rozmieszczenia bazy materialnej i kadrowej systemu, skutkującej m.in. migracją pacjentów pomiędzy województwami. W związku z tym, w planach finansowych oddziałów wojewódzkich utworzono tzw. rezerwę migracyjną, w celu zapewnienia dostępu ubezpieczonemu w danym oddziale do świadczeń realizowanych na terenie innych oddziałów Funduszu. Jej łączną wielkość ustalono na 3.475.633 tys. zł. W wyniku dokonanych w trakcie 2013 r. rozliczeń kosztów świadczeń z tytułu migracji, wartość rozrachunków wyniosła 4.394.141,86 tys. zł, tj. była wyższa od wartości planowanej o 918.508,86 tys. zł. Koszty leczenia osób migrujących pomiędzy oddziałami wojewódzkimi są corocznie (od 2008 r.) wyższe niż wartość planowanej tzw. rezerwy migracyjnej, a część oddziałów nie mogąc ich rozliczyć w ramach realizowanego planu finansowego, obciąża nimi plany finansowe przyszłych okresów¹⁸ (str. 21 i nast.; str. 32 oraz str. 47).

9. Z uwagi na brak jednoznacznego wskazania w obowiązujących przepisach podmiotów odpowiedzialnych za informowanie osób wpisanych na listę oczekujących o zaprzestaniu udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę, Fundusz nie opracował procedur pozwalających na poinformowanie pacjentów o tym fakcie. Zdarzenia takie mają również wpływ na czas oczekiwania na udzielenie świadczeń, gdyż w obecnym stanie prawnym, pacjent musi ponownie wpisać się na listę oczekujących u innego świadczeniodawcy (str. 30).

10. Plan finansowy Funduszu na 2013 r. został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 14 sierpnia 2012 r. Ustalono w nim, iż przychody i koszty wyniosą ogółem 66.729.068 tys. zł.

Plan finansowy NFZ na 2013 r. zmieniany był 14-krotnie, z czego trzy zmiany zostały wprowadzone jeszcze w 2012 r. Dokonane zmiany przewidywały m.in. zmniejszenie przychodów ogółem o 2.399 tys. zł oraz wzrost planowanych kosztów ogółem o 253.735 tys. zł, tj. o 0,38%. Zmiany planu po stronie przychodów obejmowały zmniejszenia przychodów z tytułu dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego o 3.598 tys. zł oraz zwiększenia pozostałych przychodów o 1.199 tys. zł.

Po stronie kosztów zwiększono: koszty świadczeń zdrowotnych o 898.838 tys. zł oraz koszty administracyjne o 6.543 tys. zł. Zmniejszono natomiast koszty obowiązkowego odpisu na rezerwę ogólną o 642.379 tys. zł, koszty realizacji zespołów ratownictwa medycznego o 3.598 tys. zł oraz pozostałe koszty o 5.669 tys. zł. Plan finansowy po zmianach przewidywał ujemny wynik finansowy Funduszu w wysokości 256.134 tys. zł (str. 51 i nast.).

Wysokość zrealizowanych przychodów ogółem wyniosła 65.157.836,77 tys. zł, co stanowiło 97,65% planu po zmianach i przesunięciach. W porównaniu do roku 2012 (62.957.780,90 tys. zł) były one wyższe o 3,49%.

¹⁶ Obliczona, jako iloraz wykonania kosztów świadczeń oraz liczby ubezpieczonych objętych opieką danego oddziału.

¹⁷ W 2013 r. wynosiły one od 1.739,46 zł w Podkarpackim OW do 1.881,88 zł w Mazowieckim OW. W poprzednich latach było to: 321,9 zł w 2011 r. oraz 219,3 zł w 2012 r.

¹⁸ Wpisując nierozliczone koszty do pozycji „koszty z lat ubiegłych”.

Wartość zrealizowanych przez NFZ w 2013 r. kosztów ogółem wyniosła 64.775.011,32 tys. zł i stanowiła 96,70% wartości planowanej. W 2013 r. koszty NFZ były o 3,35% wyższe niż w 2012 r. (62.672.399,40 tys. zł).

Poniesione przez NFZ w 2013 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 62.077.982,88 tys. zł i były niższe od planowanych o 1.795.555,12 tys. zł, tj. 2,81% (w 2012 r. nie zrealizowano świadczeń na kwotę 2.278.101,8 tys. zł), w tym o 1.309.100 tys. zł na refundację. Środki przeznaczone na refundację nie mogły zostać przeznaczone na inne cele z uwagi na postanowienia art. 74 ust. 1–4¹⁹ ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych²⁰ (str. 43 i nast.).

Łączna wartość świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach na 2013 r. wyniosła 953.623,2 tys. zł, tj. była niższa o 510.167,3 tys. zł w porównaniu do stanu na koniec 2012 r. (str. 46).

11. W 2012 r. NFZ nie przekroczył łącznego planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej po zmianach i przesunięciach. Również wartości łącznych kosztów świadczeń zdrowotnych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu mieściły się w ich planach finansowych (str. 46).

12. W planie finansowym NFZ na 2013 r. po zmianach wartość kosztów administracyjnych wyniosła 689.137 tys. zł, a ich realizacja 606.659,85 tys. zł, co stanowiło mniej niż 1% łącznych kosztów Funduszu (str. 48).

2.3 Uwagi końcowe i wnioski

Realizację zadań Funduszu w 2013 r. utrudniały uwarunkowania systemowe, wynikające z niezrealizowania założeń reformy ochrony zdrowia.

Istotą tych zmian miało być m.in. wykorzystanie elementów rynkowych w celu poprawy efektywności funkcjonowania systemu. Zakładano, że na powiązaniu strumieni finansowych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych skorzystają ci świadczeniodawcy, do których najczęściej zgłaszają się pacjenci. Konkurencja pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej o środki płatnika będzie skutkowała poprawą jakości udzielanych świadczeń oraz satysfakcją pacjentów. Kolejnym założeniem reformy miało być nadanie większego znaczenia instytucji lekarza rodzinnego, który miał pełnić funkcję koordynatora procesu leczniczego prowadzonego na różnych szczeblach systemu, przewodnika pacjenta po nim, a także decydować o skierowaniu na leczenie

¹⁹ Zgodnie z art. 74 ust. 1–2 powyższej ustawy

1. Wysokość całkowitego budżetu na refundację w 2012 r. jest równa kwocie kosztów poniesionych w 2010 r. na finansowanie świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie:

1) art. 31d ustawy, o której mowa w art. 63, w zakresie dotyczącym:

a) programów zdrowotnych w części dotyczącej leków stosowanych w terapeutycznych programach zdrowotnych,
b) leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w części dotyczącej leków stosowanych w chemioterapii;

2) art. 36 ust. 4 i 5, art. 37 ust. 2 i art. 38 ust. 6 ustawy, o której mowa w art. 63.

2. W przypadku gdy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego Funduszu za 2011 r. koszty poniesione na finansowanie świadczeń gwarantowanych w 2011 r., o których mowa w ust. 1, będą inne niż ujęte w planie finansowym Funduszu na 2012 r. Prezes Funduszu dokonuje zmiany planu finansowego. Wysokość całkowitego budżetu na refundację w 2012 r. Prezes Funduszu dostosuje do wysokości kosztów poniesionych na finansowanie świadczeń gwarantowanych, o których mowa w ust. 1, w 2011 r.

3. Wysokość całkowitego budżetu na refundację w latach 2013 i 2014 jest równa kwocie poniesionych przez Fundusz wydatków związanych z finansowaniem świadczeń gwarantowanych, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 14–18 ustawy, o której mowa w art. 63, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w roku 2011, a począwszy od roku 2015 nie może być niższa od tej kwoty.

4. Plany finansowe Funduszu począwszy od roku 2013 są ustalane z uwzględnieniem ust. 3.

²⁰ Dz. U. Nr 122 poz. 696 ze zm.

specjalistyczne lub szpitalne. Powyższe zmiany miały spowodować, że nawet 80% pacjentów miało być leczonych na niższych, mniej kosztownych, szczeblach, tj. w podstawowej opiece zdrowotnej lub ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Przepływ informacji pomiędzy poszczególnymi podmiotami oraz kontrolę rozliczeń opartą na autoryzacji udzielenia świadczenia przez pacjenta, zapewnić miał Rejestr Usług Medycznych budowany od 1992 r.

Przyjęte założenia nie zostały zrealizowane, czego skutkiem jest nieefektywne funkcjonowanie systemu, a świadczenia zdrowotne są w wielu przypadkach trudno dostępne, zwłaszcza w sytuacji gdy Fundusz, z uwagi na niedostateczne rozpoznanie potrzeb zdrowotnych w danym regionie, nie zakontraktował ich w odpowiedniej ilości lub też świadczeniodawcom nie opłacało się ich udzielać po cenach oferowanych przez płatnika publicznego, określającego wymogi sprzętowe i kadrowe.

W sytuacji postępujących zmian demograficznych i starzenia się społeczeństwa, co skutkuje m.in. wzrostem dynamiki kosztów leczenia chorób przewlekłych i onkologicznych, zasadnym jest w ocenie NIK skoncentrowanie się przez NFZ na najważniejszych problemach zdrowotnych społeczeństwa i przyjęcie długofalowej strategii działania, której elementem powinny być ogólnopolskie priorytety zdrowotne.

Jednym z najistotniejszych problemów płatnika publicznego jest brak bieżących i aktualnych informacji dotyczących procesów i zjawisk epidemiologicznych. Informacje cyklicznie przekazywane przez świadczeniodawców mają charakter retrospektywny. Od momentu zaistnienia zdarzenia do pozyskania przez Fundusz odpowiednich danych, ich przeanalizowania oraz dokonania niezbędnych zmian w planie finansowym może upłynąć wiele miesięcy. Nie powstał system informatyczny, który miał usprawnić wymianę danych pomiędzy świadczeniodawcami, a Funduszem oraz autoryzację wykonania świadczenia przez pacjenta i lekarza, choć ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia zakładająca powstanie takiego systemu weszła w życie w dniu 1 stycznia 2012 r.

W związku z powyższym, Najwyższa Izba Kontroli wnioskuje o:

- 1) opracowanie wieloletnich, ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych, uwzględnianych w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych;
- 2) zintensyfikowanie działań zmierzających do poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów oraz kontynuację działań związanych z wyceną świadczeń kontraktowanych przez Fundusz, uwzględniając rzeczywiste koszty ich wytworzenia²¹;
- 3) zaprzestanie wydatkowania środków na opiekę w podstawowej opiece zdrowotnej dla osób, co do których nie można potwierdzić faktu posiadania ubezpieczenia zdrowotnego lub uprawnienia do uzyskania świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

Ponadto Najwyższa Izba Kontroli wnosi o podjęcie działań zmierzających do określenia zasad informowania pacjentów o zaprzestaniu udzielania świadczeń przez świadczeniodawcę, a także wdrożenie rozwiązań informatycznych usprawniających obieg informacji i wymianę danych, tak aby wyeliminować przypadki wypłacenia przez Fundusz środków finansowych za objęcie opieką medyczną osób zmarłych.

²¹ Od dnia 1 stycznia 2015 r. wyceny świadczeń zdrowotnych dokonuje Agencja Oceny Technologii Medycznych, zgodnie z art. 1 pkt 16 oraz art. 26 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r., poz. 1138).

3.1 Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

Zgodnie z art. 68 Konstytucji RP, każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Polski system opieki zdrowotnej został więc oparty o zasadę solidaryzmu i współodpowiedzialności wszystkich za finansowanie wydatków na zdrowie, a jego działanie reguluje szereg ustaw.

Wśród nich podstawowe znaczenie ma ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych²², która określa warunki i zakres udzielania świadczeń. Z ustawy tej wynika, że obowiązek zapewnienia określonego standardu dostępności świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, należy do władz publicznych,²³ a głównym źródłem finansowania systemu są składki na ubezpieczenie zdrowotne gromadzone w Narodowym Funduszu Zdrowia²⁴. Fundusz został utworzony, jako państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną²⁵, której podstawowym zadaniem jest określanie jakości i dostępności, oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁶.

W skład NFZ wchodzi Centrala oraz 16 oddziałów wojewódzkich. Organami Funduszu są: Rada Funduszu, Prezes Funduszu, rady oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich (art. 98 ust. 1).

Fundusz wypełnia funkcje płatnika, ponieważ ze środków pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego, dotacji z budżetu państwa oraz innych źródeł wskazanych ustawą²⁷, finansuje świadczenia zdrowotne udzielane uprawnionym²⁸ i refunduje ceny leków. Obywatele obciążeni są obowiązkową składką ubezpieczeniową stanowiącą 9% dochodów osobistych, która odprowadzana jest za pośrednictwem ZUS i KRUS do NFZ. Koszty leczenia w systemie publicznym pokrywa NFZ, poprzez cyklicznie organizowane konkursy ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, w których świadczeniodawcy oferujący najkorzystniejsze warunki, zawierają z NFZ umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Fundusz, w ramach systemu opieki zdrowotnej finansowanego ze środków publicznych, mającego na celu zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego uprawnionych, faktycznie realizuje zadania władzy publicznej, w zakresie zapewnienia dostępu do usług medycznych.

Funkcjonowanie w ramach sektora finansów publicznych wiąże się z określonym reżimem prawnym odpowiedzialności, uregulowanej w ustawie z dnia 17 grudnia 2004 roku o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych²⁹.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego decyduje o prowadzonej polityce finansowej oddziału, a także ma udział w prowadzeniu polityki zdrowotnej na terenie województwa oraz prowadzi politykę personalną oddziału³⁰.

²² Dz. U. z 2008 roku Nr 164, poz. 1027 ze zm.

²³ Vide: art. 1 pkt 3, art. 6 i nast. (7–11) ww. ustawy.

²⁴ Art. 2 i 3, art. 97 ust. 1, art. 116 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy.

²⁵ Art. 96 ust. 1 ww. ustawy.

²⁶ 33 Art. 97 ust. 3 pkt. 1 ww. ustawy.

²⁷ Art. 116 ww. ustawy.

²⁸ Patrz art. 132 i nast. ustawy o świadczeniach.

²⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 168.

³⁰ Szczegółowe zadania dyrektora oddziału wojewódzkiego zostały określone w art. 107 ustawy o świadczeniach.

Prezes Funduszu kieruje działalnością Funduszu, a większość jego zadań wiąże się z prowadzeniem gospodarki finansowej. Inną grupą istotnych zadań są uprawnienia kontrolne względem świadczeniodawców i aptek oraz zadania kierownicze wobec oddziałów wojewódzkich Funduszu. W ramach uprawnień kierowniczych, Prezes Funduszu sprawuje nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich oraz ustala jednolite sposoby realizacji ustawowych zadań przez oddziały wojewódzkie, w tym w sprawach zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców³¹.

Kluczowym dokumentem jest roczny plan finansowy Funduszu, który powinien umożliwić zakontraktowanie optymalnej liczby świadczeń opieki zdrowotnej, dla osób uprawnionych zamieszkujących na terenie danego województwa, jak również dla osób przybywających w celu odbycia leczenia z innych województw Polski, oraz osób uprawnionych do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Podział środków finansowych pomiędzy Centralę NFZ i oddziały wojewódzkie NFZ następuje według kryteriów określonych w art. 118 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.³² Podstawowym kryterium podziału środków jest liczba ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu.

Koszty Funduszu dzieli się na dwie podstawowe kategorie, tj. koszty świadczeń opieki zdrowotnej i pozostałe koszty³³.

Istotnym dokumentem, poza rocznym planem finansowym Funduszu, jest prognoza przychodów na kolejne 3 lata, przygotowywana przez Prezesa Funduszu w porozumieniu z Ministrem Zdrowia³⁴. Stanowi ona podstawę do przygotowania przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich informacji dotyczących prognozowanych kosztów oddziałów. Na tej podstawie Prezes Funduszu, w porozumieniu z właściwymi ministrami, przygotowuje prognozę kosztów na kolejne 3 lata. Udział dyrektorów oddziałów wojewódzkich w tworzeniu prognozy kosztów, umożliwia im przekazanie szeregu istotnych informacji w zakresie wskaźników dotyczących województwa oraz zagrożeń związanych z czynnikami regionalnymi, mającymi wpływ na koszty oddziału.

3.2 Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. Określenie priorytetów zdrowotnych na 2013 rok, zasad planowania zakupu świadczeń oraz analiza dostępu pacjentów do nich

Fundusz przygotował projekt priorytetów ogólnopolskich na 2013 r., jednak, w związku ze zmianami kadrowymi w NFZ, nie zostały one uzgodnione i zatwierdzone, a przekazanie oddziałom wojewódzkim (OW) priorytetów ogólnopolskich po zakończeniu procesu kontraktowania było, w ocenie Funduszu, bezcelowe.

Przy określaniu wytycznych do kontraktowania świadczeń na 2013 r., Prezes Funduszu kierował się m.in. wysokością prognozowanych przychodów Funduszu, a także wykonaniem umów z lat poprzednich, raportami dotyczącymi kolejek oczekujących oraz danymi Głównego Urzędu Statystycznego i Państwowego Zakładu Higieny.

³¹ Szczegółowe zadania Prezesa NFZ zostały określone w art. 102 ust. 1 i 5 ustawy o świadczeniach.

³² Szczegółowe zasady podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków finansowych pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 193, poz. 1495).

³³ Poszczególne rodzaje kosztów zostały określone w art. 117 ustawy o świadczeniach.

³⁴ Zasady sporządzania prognozy przychodów na kolejne 3 lata reguluje art. 120 ustawy o świadczeniach.

W dniu 18 czerwca 2012 r. Prezes Funduszu poinformował oddziały wojewódzkie, że planowany podział środków na świadczenia zdrowotne, w latach 2013–2015, powinien uwzględniać w szczególności: zachowanie dotychczasowej struktury rodzajowej planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych i utrzymanie dotychczasowych zasad ich kontraktowania. Nie przewidywano zmian warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych. W odniesieniu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, zakładano zwiększenie realizacji usług wykonywanych dotychczas w trybie stacjonarnym. Również w lecznictwie szpitalnym (dalej LSP), nie przewidywano istotnych zmian zasad kontraktowania świadczeń.

Wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych i ceny jednostek rozliczeniowych były zróżnicowane w poszczególnych oddziałach. Ponadto, według stanu na dzień 7 marca 2013 r., nie wszystkie oddziały zakontraktowały świadczenia zdrowotne przewidziane w rocznym planie. Przykładowo:

- *Dla badań rezonansu magnetycznego: ceny jednostki rozliczeniowej wynosiły od 7,84 zł w Łódzkim OW do 9,42 zł w Dolnośląskim OW, zaś wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych wynosiła od 46.942 zł w Pomorskim OW, gdzie plan przewidywał zakup świadczeń o wartości 98.798 zł, do 102.932 zł w Dolnośląskim OW. Według danych na dzień 29 kwietnia 2014 r., średnia cena jednostki rozliczeniowej w 2013 r. wynosiła od 7,71 zł w Warmińsko-Mazurskim OW do 9,34 zł w Wielkopolskim OW, a wartość umów w przeliczeniu na 10 tys. osób wynosiła od 59.071 zł w Lubelskim OW do 120.241 zł w Dolnośląskim OW i była we wszystkich OW NFZ wyższa od przyjętych planów zakupu na 2013 r.;*
- *W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (dalej: AOS) – dermatologia i wenerologia: ceny jednostki rozliczeniowej nie zmieniły się w porównaniu do stanu na dzień 7 marca 2013 r.³⁵, a wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych wynosiła od 35.851 zł w Pomorskim OW do 80.491 zł w Wielkopolskim OW. Nie zapewniono w pełni dostępu do świadczeń w Pomorskim OW (plan w tym oddziale przewidywał zakup świadczeń o wartości 72.104 zł na 10 tys. ubezpieczonych, w 2012 r. zakupiono świadczenia za kwotę 70.215 zł). W Podlaskim OW zakupiono świadczenia o wartości 54.399 zł na 10 tys. ubezpieczonych, przy planie wynoszącym 70.090 zł, w 2012 r. zakupiono świadczenia o wartości 67.948 zł. Według danych na dzień 29 kwietnia 2014 r., średnia cena jednostki rozliczeniowej w 2013 r. wynosiła od 7,72 zł w Kujawsko-Pomorskim OW do 9,12 zł w Lubelskim OW, a wartość umów, w przeliczeniu na 10 tys. osób, wynosiła od 58.102 zł w Kujawsko-Pomorskim OW do 82.418 zł w Dolnośląskim OW. Wartość zawartych umów w przeliczeniu na 10 tys. osób była niższa od planu w przypadku dziesięciu oddziałów.*
- *W LSP – hospitalizacje: wartość zakontraktowanych świadczeń przypadająca na 10 tys. ubezpieczonych wynosiła od 5.432.248 zł w Lubuskim OW do 7.365.246 zł w Mazowieckim OW. Nie zapewniono w pełni dostępu do świadczeń w Łódzkim OW. Plan przewidywał zakup świadczeń o wartości 6.299.069 zł, a zakontraktowano je na kwotę 5.728.459 zł (w 2012 r. było to 6.383.837 zł)³⁶. Według danych na dzień 29 kwietnia 2014 r., wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. osób wynosiła w 2013 r. od 6.062.653 zł w Warmińsko-Mazurskim OW do 7.887.074 zł w Mazowieckim OW. Jedynie w Warmińsko-Mazurskim OW wartość zawartych umów w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych była nieznacznie niższa od planu (6.078.668 zł).*
- *W LSP – okulistyka hospitalizacja planowa, nie zaplanowano zakupu świadczeń w oddziałach Opolskim i Świętokrzyskim;*
- *W leczeniu stomatologicznym – świadczenia ogólnostomatologiczne: cena jednostki rozliczeniowej wynosiła od 0,95 zł w Łódzkim OW do 1,23 zł w Wielkopolskim OW, a wartość zakontraktowanych świadczeń przypadająca na 10 tys. ubezpieczonych wynosiła od 113.222 zł w Pomorskim OW (plan przewidywał zakup świadczeń o wartości 481.637 zł; w 2012 r. zakupiono świadczenia o wartości 465.560 zł) do 581.224 zł w Warmińsko-Mazurskim OW. Według danych na dzień 29 kwietnia 2014 r., wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. osób wynosiła w 2013 r. od 402.120 zł w Mazowieckim OW do 630.494 zł w Warmińsko-Mazurskim OW; w 14 oddziałach wojewódzkich wartość zawartych umów była niższa od planu zakupów.*

³⁵ Wynosiły od 7,72 zł w Kujawsko-Pomorskim OW do 9,12 zł w Lubelskim OW.

³⁶ W lecznictwie szpitalnym (kardiologia; hospitalizacja) w Łódzkim OW planowano zakup świadczeń o wartości 698.582 zł na 10 tys. ubezpieczonych, a zakontraktowano świadczenia na kwotę 477.282 zł (w 2012 r. zakupiono świadczenia o wartości 693.260 zł). W wyniku zmian w umowach wartość kontraktów wyniosła 780.936 zł na 10 tys. ubezpieczonych, tj. była wyższa od planu.

- W rehabilitacji (opieka stacjonarna): cena jednostki rozliczeniowej wynosiła od 1,02 zł w Łódzkim OW do 1,18 zł w Warmińsko-Mazurskim OW, a wartość zakupionych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych wynosiła od 81.175 zł w Pomorskim OW (plan przewidywał zakup świadczeń o wartości 176.022 zł, w 2012 r. oddział zakontraktował świadczenia o wartości 161.771 zł) do 311.513 zł w Opolskim OW. Według danych na dzień 29 kwietnia 2014 r., średnia cena jednostki rozliczeniowej w 2013 r. wynosiła od 1,02 zł w Łódzkim OW do 1,15 zł w Zachodniopomorskim i Warmińsko-Mazurskim OW, zaś wartość zakontraktowanych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych od 135.161 zł w Kujawsko-Pomorskim OW do 358.997 zł w Opolskim OW; w siedmiu oddziałach wojewódzkich wartość zakontraktowanych świadczeń była niższa od planu.
- W programach profilaktycznych: cena jednostki rozliczeniowej wynosiła od 8,40 zł w Warmińsko-Mazurskim OW do 9,85 zł w Dolnośląskim OW. Wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych wynosiła od 23.368 zł w Małopolskim OW, chociaż plan przewidywał zakup świadczeń o wartości 34.599 zł, do 57.875 zł w Śląskim OW. W Lubelskim OW zakontraktowano świadczenia o wartości 32.832 zł na 10 tys. ubezpieczonych, przy planie wynoszącym 42.402 zł. W Warmińsko-Mazurskim OW zakontraktowano świadczenia o wartości 35.535 zł, przy planie wynoszącym 48.913 zł. Według danych na dzień 29 kwietnia 2014 r., średnia cena jednostki rozliczeniowej w 2013 r. wynosiła od 8,34 zł w Warmińsko-Mazurskim OW do 9,88 zł w Dolnośląskim OW, zaś wartość zakontraktowanych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych od 30.896 zł w Podkarpackim OW do 64.063 zł w Śląskim OW. W 10 oddziałach wartość zawartych umów była niższa od planu.

Poziom dostępności, mierzony liczbą świadczeń zakontraktowanych przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ, w odniesieniu do liczby ubezpieczonych był zróżnicowany. Wynikało to z czynników, na które wpływ Funduszu był ograniczony, w tym przede wszystkim nierównomiernego rozmieszczenia lekarzy specjalistów i świadczeniodawców.

W oddziałach wojewódzkich Funduszu nie zakontraktowano szeregu świadczeń ujętych w planach ich zakupu³⁷: Poza świadczeniami wymienionymi w punkcie 2.2. Synteza wyników kontroli dotyczyło to również następujących obszarów:

- w woj. dolnośląskim, w części przyjętych obszarów kontraktowych, nie udzielano świadczeń zdrowotnych w: 14 zakresach w rodzaju AOS³⁸, pięciu zakresach w rodzaju LSP³⁹, pięciu zakresach w rodzaju rehabilitacja lecznicza (REH)⁴⁰, jednym zakresie w rodzaju leczenie stomatologiczne (STM), trzech zakresach w rodzaju programy profilaktyczne finansowane

³⁷ Oddziały zapewniały dostęp do świadczeń zdrowotnych w podziale na obszar gminy, powiatu, grup powiatów lub województwa. Przyjmując dany obszar kontraktowania brano pod uwagę zapotrzebowanie świadczeniodawców oraz informację o potencjale i zasobach świadczeń zdrowotnych na danym terenie. Przykładowo, w podziale na gminy zapewniono dostęp do świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna oraz do świadczeń ogólnostomatologicznych. W podziale na powiaty zapewniono dostęp do świadczeń ogólnostomatologicznych dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia, zaś w podziale na grupy powiatów dostęp do świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku/oddziale dziennym, świadczeń w zakresie endokrynologii, świadczeń ortodencji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia. Województwo było natomiast obszarem kontraktowania dla świadczeń w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej. W porównaniu do 2012 r. DOW NFZ zmienił obszary kontraktowe w rodzaju (AOS) z obszaru województwa na obszar grupy powiatów (dla 15 zakresów świadczeń zdrowotnych), oraz z obszaru grupy powiatów na obszar powiatu (dla trzech zakresów świadczeń zdrowotnych). Celem przyjęcia mniejszych obszarów kontraktowych było dążenie do zapewnienia ubezpieczonym optymalnej dostępności do świadczeń zdrowotnych.

³⁸ W tym m.in. w zakresie [1] kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą – region legnicki, [2] świadczeń alergologii – powiat bolesławiecki, lwówecki, milicki, złotoryjski, [3] świadczeń w zakresie diabetologii – powiat jeleniogórski, lubański, milicki, [4] świadczeń w zakresie ginekologii dla dziewcząt – region wałbrzyski i legnicki, [5] świadczeń w zakresie gruźlicy i chorób płuc – powiat górski, lubański, lwówecki, legnicki, milicki, średzki, trzebnicki, [6] świadczeń w zakresie kardiologii dziecięcej – region jeleniogórski, [7] świadczeń w zakresie leczenia wad postawy u dzieci i młodzieży – region jeleniogórski, [8] świadczeń w zakresie leczenia zęba – region jeleniogórski, [9] świadczenia w zakresie otolaryngologii dziecięcej – region jeleniogórski, [10] świadczeń w zakresie preluksacji – region jeleniogórski, [11] świadczeń w zakresie urologii – powiat jeleniogórski, kamiennogórski, lubański, polkowicki, wrocławski.

³⁹ W tym m.in. [1] gastroenterologia-hospitalizacja – powiaty grupy jeleniogórskiej; [2] anestezjologia i intensywna terapia II poziom referencyjny-hospitalizacja – powiaty grupy legnickiej.

⁴⁰ W tym m.in.: [1] lekarskiej ambulatoryjnej opieki rehabilitacyjnej – powiat jaworski, legnicki, [2] rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym – powiaty grupy jeleniogórskiej.

ze środków własnych NFZ (PRO)⁴¹. Przyczyną niezapewnienia dostępności świadczeń w rodzaju LSP był brak podmiotu leczniczego, spełniającego warunki NFZ. W rodzaju AOS, REH, STM powodem był natomiast brak oferentów zainteresowanych udzielaniem świadczeń w ramach umowy z Funduszem.

W celu zapewnienia dostępności do świadczeń na terenach, gdzie na dzień 1 stycznia 2013 r. występowały tzw. „białe plamy”, Oddział – po uzyskaniu informacji od oferentów zainteresowanych realizacją w powiecie lwóweckim świadczeń w zakresie diabetologii, kardiologii i urologii oraz na obszarze grupy powiatów regionu jeleniogórskiego w zakresie rehabilitacji dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego w ośrodku/oddziale dziennym – ogłosił postępowania w trybie konkursu ofert, co skutkowało zawarciem stosownych umów na 2013 r.

Ponadto, w 2013 r., w stosunku do 2012 r., zmniejszyła się dostępność do świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- 1) ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, protetyki stomatologicznej, świadczeń ogólnostomatologicznych dla dorosłych oraz dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia, stomatologicznej pomocy doraźnej;
- 2) programu profilaktyki chorób odtytoniowych – etap podstawowy i specjalistyczny;
- 3) programu profilaktyki raka szyjki macicy (etap diagnostyczny).

Powodem ograniczenia dostępności do tych świadczeń było m.in. zmniejszenie liczby miejsc ich udzielania, przyjęcie w trakcie negocjacji niższej wartości świadczeń lub rozwiązanie umów w trakcie roku;

- w woj. warmińsko-mazurskim w niektórych powiatach i gminach województwa brak było dostępu do następujących świadczeń w:
 - a) ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w zakresach: dermatologia i wenerologia oraz otolaryngologia (powiat gołdapski), kardiologia i gastroenterologia dla dzieci (Elbląg), gastroskopia (powiat działdowski);
 - b) leczeniu stomatologicznym (świadczenia stomatologiczne dla pacjentów z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS – całe województwo).
 Przyczyną tego stanu był brak podmiotów zainteresowanych zawarciem kontraktu z NFZ.
- w woj. zachodniopomorskim nie zapewniono dostępu do świadczeń:
 - a) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej: na terenie całego województwa w zakresie kompleksowej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad pacjentem z cukrzycą (realizacja w ramach kompetencji lekarza rodzinnego oraz poradni diabetologii), a także na terenie kilku powiatów w zakresie: gastroskopia – 2 powiaty, diabetologii – 2 powiaty, urologii – 2 powiaty, ginekologii dla dziewcząt – subregion koszaliński (realizacja w ramach ginekologii i położnictwa), leczenia zęza – subregion koszaliński (realizacja w ramach okulistyki).
 Przyczyną tego stanu był przede wszystkim brak zainteresowania świadczeniodawców zawarciem umów.

⁴¹ [1] Program profilaktyki raka szyjki macicy – etap pogłębionej diagnostyki – powiat głogowski, górowski, jaworski, legnicki, lubiński, polkowicki, złotoryjski, m. Legnica; [2] program profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki – powiat bolesławiecki, jeleniogórski, lubański, lwówecki, zgorzelecki, m. Jelenia Góra, [3] program badań prenatalnych – powiat dzierzoniowski, kamiennogórski, kłodzki, świdnicki, wałbrzyski, ząbkowicki, m. Wałbrzych.

- b) w lecznictwie szpitalnym: na terenie województwa m.in.: w zakresie świadczeń planowych i jednego dnia (realizacja w trybie hospitalizacji), terapii izotopowej, immunologii klinicznej – hospitalizacji, w zakresie specjalności dziecięcych: dermatologii, chorób zakaźnych, reumatologii, chirurgii klatki piersiowej, chirurgii onkologicznej, chirurgii plastycznej, okulistyki, otolaryngologii, urologii, neurochirurgii (do czerwca 2013 r.⁴²); na terenie części powiatów w zakresie: położnictwa i ginekologii – jeden powiat (rozwiązano umowę na II półrocze 2013 r.), pediatrii – 4 powiaty, anestezjologii i intensywnej terapii – 4 powiaty. Przyczyną nie zapewnienia dostępu do świadczeń był brak świadczeniodawców lub lekarzy specjalistów;
- c) psychiatrii – na terenie województwa w zakresie dedykowanym dzieciom i młodzieży tj. m.in. świadczenia terapii uzależnień, świadczenia dzienne psychiatryczne i rehabilitacyjne, leczenie zaburzeń nerwicowych; przyczyną była niewystarczająca liczba lekarzy psychiatrów dziecięcych.

Ponadto w woj. pomorskim nie zakontraktowano w II półroczu 2013 r. ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych z zakresu ginekologii i położnictwa na terenie niektórych gmin położonych w 8 powiatach⁴³. Dopiero w lutym 2014 r. wszczęto nowe postępowania mające na celu zapewnienia dostępu do tych świadczeń.

W Świątokrzyskim Oddziale Wojewódzkim stwierdzono szereg uchybień formalnych związanych z kontraktowaniem świadczeń opieki zdrowotnej, a w szczególności: niesporządzenie przez komisję konkursową, w jednym z badanych postępowań, *Rankingu otwarcia* z propozycjami Funduszu; nieodrzućenie przez komisję konkursową oferty ZOZ w Busku-Zdroju, mimo iż oferent nie spełniał wymaganych warunków określonych przez Prezesa NFZ, co naruszało przepis art. 149 ust. 1 pkt 7 ustawy o świadczeniach, który stanowił, że odrzuca się ofertę, jeśli oferent lub oferta nie spełniają wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 tej ustawy.

Pomimo wydania w dniu 30 września 2013 r. przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych pozytywnej opinii⁴⁴ w sprawie wpisania na listę świadczeń gwarantowanych świadczenia wykorzystującego urządzenia typu „cyberknife”, służące do tzw. radiochirurgii stereotaktycznej, wykorzystywane m.in. w leczeniu onkologicznym i pozwalające na ograniczenie skutków ubocznych promieniowania jonizującego, Minister Zdrowia nie zamieścił go w wykazie świadczeń gwarantowanych⁴⁵. W efekcie Fundusz nie kontraktował w 2013 r. takich świadczeń, chociaż dwie publiczne placówki ochrony zdrowia zakupiły tego rodzaju sprzęt za ponad 40 mln zł. Wykonane świadczenia były rozliczane, jako teleradioterapia 3D lub 4D bramkowana.

⁴² Oddział zakontraktował ten rodzaj świadczeń od lipca 2013 r. (zgodnie z zał. Nr 1 do zarządzenia Prezesa NFZ nr 34/2013/DSOZ z 28.06.2013 r. katalog tych świadczeń wyodrębnia tylko dwa zakresy: chirurgia dziecięca oraz onkologia i hematologia dziecięca, dla których wyodrębniono inne grupy Jednorodnych Grup Pacjentów; ze względu na ograniczoną ilość specjalistów dziecięcych i ograniczoną ilość zdarzeń medycznych brak było uzasadnienia do tworzenia oddziałów o wąskich profilach, które zapewniałyby świadczenia dla nielicznej grupy świadczeniobiorców; realizacja w ramach migracji zewnętrznej).

⁴³ Ustaleń w tym zakresie dokonano w trakcie kontroli prowadzonej w Centrali NFZ.

⁴⁴ Patrz: http://www.aotm.gov.pl/assets/files/rada/rekomendacje_stanowiska/2011/R-207-2013-Cyberknife/RP_134_2013_Cyberknife.pdf

⁴⁵ Kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej jako świadczenia gwarantowanego w zakresie, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 1–8 i 10–13, dokonuje minister właściwy do spraw zdrowia po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji, biorąc pod uwagę kryteria określone w art. 31a ust. 1, 31b ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Tabela nr 1

Liczba i wartość umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązujących w latach 2011–2013

Lp.	Rodzaj świadczenia	Liczba umów w 2011 r.	Koszt realizacji umów w 2011 r. (w tys. zł)	Liczba umów w 2012 r.	Koszt realizacji umów w 2012 r. (w tys. zł)	Liczba umów w 2013 r.	Koszt realizacji umów w 2013 r. (w tys. zł)	Dynamika kosztów realizacji umów w 2011 r. = 100%
1.	Podstawowa opieka zdrowotna	13.717	7.331.748,00	10.867	7.564.974,00	10.878	7.638.408,97	104,18
2.	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	9.285	5.454.780,63	9.236	5.048.620,46	8.068	5.250.937,61	96,26
3.	Lecznictwo szpitalne	2.188	27.536.621,34	3.181	29.397.184,77	2.082	30.558.910,31	110,97
4.	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1.504	2.019.259,43	1.677	2.158.458,88	1.594	2.239.572,76	110,91
5.	Rehabilitacja lecznicza	2.737	1.831.907,21	2.999	1.996.747,14	2.926	2.073.520,41	113,19
6.	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	1.668	952.434,90	2.184	1.020.341,29	1.832	1.074.938,72	112,86
7.	Opieka paliatywna i hospicyjna	442	295.777,35	528	328.015,01	457	355.473,48	120,18
8.	Leczenie stomatologiczne	8.360	1.724.834,00	8.576	1.779.500,53	8.471	1.773.079,04	102,79
9.	Profilaktyczne programy zdrowotne	802	173.549,34	155	179.372,44	737	152.475,51	87,85
10.	Świadczenia kontraktowane odrębnie	458	1.462.157,84	259	1.564.670,35	482	1.661.089,67	113,60
11.	Pomoc doraźna i transport sanitarny	32	35.487,62	32	42.621,63	32	43.641,23	122,97
12.	Ratownictwo medyczne	247	1.758.848,57	231	1.824.229,30	235	1.834.497,30	104,30
13.	Lecznictwo uzdrowiskowe	154	570.584,44	155	592.423,07	150	602.120,33	105,52
14.	Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	3.115	627.692,00	3.161	685.040,00	3.934	703.168,01	112,02
Razem		44.709	50.775.682,66	43.241	54.182.198,89	41.878	55.961.833,35	110,21

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Liczba świadczeniodawców wyniosła 32.657 w 2011 r., 33.022 w 2012 r. oraz 32.949 w 2013 r.

W latach 2011–2013 nastąpił spadek nakładów na niektóre rodzaje świadczeń zdrowotnych. Dotyczyło to w szczególności profilaktyki oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej⁴⁶.

Pomimo niekorzystnych zmian demograficznych, które w najbliższych latach spowodują wzrost udziału kosztów leczenia osób starszych, wydatkowanie środków na świadczenia zdrowotne odbywało się w 2013 r. bez określenia ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych oraz z zachowaniem dotychczasowej struktury rodzajowej planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych.

Jak wynika z analiz Funduszu, udział osób powyżej 65 roku życia w populacji wyniósł w 2012 r. 14% i wzrośnie do 23% w 2035 r., zaś udział kosztów ich leczenia w kosztach ogółem wzrośnie, według prognozy, z 35% w 2012 r. do 58% w 2035 r.

⁴⁶ Dotyczy to również świadczeń, z dodatnią nominalną dynamiką nakładów. Jednak po uwzględnieniu inflacji nakłady te spadły.

W 2012 r. wydatki Funduszu na świadczenia osób w wieku 65 i więcej lat stanowiły 35,29%. Największy udział (55,86%) stanowiły koszty leczenia szpitalnego, refundacja cen leków (16,49%) oraz świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (7,59%). Średnie wydatki na świadczenia udzielone osobie uprawnionej powyżej 65 roku życia (3.092 zł) były ponad dwukrotnie wyższe od przeciętnych wydatków na osobę uprawnioną (1.334 zł) i trzykrotnie wyższe od średniego wydatku na osobę uprawnioną w wieku poniżej 65 roku życia (1.018 zł). W 2012 r. oddziały geriatryczne dysponowały 672 łózkami. Przewaga liczby leczonych osób w wieku powyżej 65 lat, nad osobami do 65 roku życia, dotyczyła (zarówno w opiece ambulatoryjnej, jak również w lecznictwie szpitalnym) głównie schorzeń przewlekłych⁴⁷. W 2013 r. było 160 lekarzy specjalistów w zakresie geriatry, udzielających świadczeń w ramach kontraktu z Funduszem. Ich liczba była zróżnicowana w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu i wynosiła od 1 lekarza w Zachodniopomorskim OW (0,01 na 10 tys. mieszkańców) do 42 w Śląskim OW (0,1 na 10 tys. mieszkańców). Na terenie woj. warmińsko-mazurskiego żaden lekarz tej specjalności nie udzielał świadczeń w ramach umowy z NFZ. W 2013 r. liczba zakontraktowanych oddziałów geriatrycznych wyniosła 38 i była niższa niż w 2008 r. (46). Podobna sytuacja miała miejsce w odniesieniu do liczby zakontraktowanych poradni geriatrycznych. W 2013 r. było ich 73 (w 2008 r. – 76). Wartość zakontraktowanych świadczeń w 2013 r. wyniosła 61.988,59 tys. zł na oddziałach oraz 3.344,13 tys. zł w poradniach geriatrycznych.

3.2.2. Zasady wyceny świadczeń

W 2013 r. Centrala NFZ prowadziła prace związane z wyceną procedur medycznych, uwzględniających rzeczywiste koszty świadczeń. Zweryfikowano 465 świadczeń rozliczanych w 49 Jednorodnych Grupach Pacjentów (JGP). W wyniku przeprowadzonych analiz, wycena niektórych świadczeń oznaczonych kodami P22, P03, C13, P06 uległa zwiększeniu. Zwiększono również wartość punktową świadczeń oznaczonych symbolami C56, K27, A87, G18 dla osób poniżej 18 roku życia. Obniżono natomiast wycenę świadczeń usunięcia zaćmy powikłanej (B12) i niepowikłanej (B13) metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki. W pozostałych analizowanych przypadkach wycena nie uległa zmianie.

Podjęto również prace nad oszacowaniem kosztów hospitalizacji związanej z diagnostyką inwazyjną w ostrych zespołach wieńcowych (OZW) bez wykonania przezskórnego zabiegu wieńcowego. W ich efekcie wyodrębniono nową grupę świadczeń (E10) – diagnostyka inwazyjna oraz zmodyfikowano charakterystyki dotychczasowych grup świadczeń oznaczonych symbolami E13, E14.

W lipcu 2013 r. powołano Zespół do prowadzenia prac nad wyceną świadczeń. Do jego zadań należało m.in.: weryfikacja wyceny grup leczenia operacyjnego zaćmy, analiza zależności czasu hospitalizacji pacjentów od wieku w ramach poszczególnych JGP, weryfikacja wycen grup, których główny udział w wycenie stanowi koszt wyrobu medycznego, kontynuacja prac związanych z przesunięciem realizacji części świadczeń z lecznictwa szpitalnego do AOS (z zakresu prac Zespołu wyłączono zagadnienia dotyczące pediatrii). Efektem prac Zespołu w 2013 r. było m.in. Zarządzenie Nr 89/2013/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne.

⁴⁷ Dotyczyło to w szczególności: chorób soczewki, choroby niedokrwiennej serca, cukrzycy, nowotworów złośliwych, chorób męskich narządów płciowych, jaskry, chorób naczyń mózgowych, chorób tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych, niewydolności nerek, innych chorób zwyrodnieniowych układu nerwowego.

Wycenę świadczeń utrudniał brak zasad szacowania kosztów jednostkowych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców⁴⁸.

W styczniu 2013 r. Fundusz przeprowadził analizę struktury świadczeń udzielanych w AOS. Wynikało z niej m.in., że najliczniejsza grupa pacjentów otrzymywała (w ramach porad zachowawczych) porady podstawowe obejmujące wyłącznie badanie lekarskie lub konsultację lekarską z podstawowymi badaniami.

Analiza świadczeń w okresie 2012 r. oraz I półroczu 2013 r. wykazała⁴⁹, m.in. że wprowadzone zmiany charakterystyki grup zachowawczych oraz wybranych zabiegowych w 2013 r. wpłynęły na obniżenie kosztów obsługi pacjenta, zwiększenie liczby przyjętych chorych, oraz poprawę wskaźnika rotacji. Nie spowodowało to jednak przyśpieszenia procesu diagnostycznego i podejmowania decyzji terapeutycznych wraz z przekazaniem pacjenta do dalszej opieki w POZ. Stwierdzono zwiększenie czasu oczekiwania na wykonanie badań realizowanych w ramach umów z podwykonawcami, rozliczanych w ramach porad różnych kategorii. Było to spowodowane brakiem pełnych możliwości rozliczenia grupami kompleksowymi różnych wariantów diagnostycznych, a tym samym nieopłacalnością obecnie stosowanego sposobu finansowania porad kompleksowych, w stosunku do praktykowanego długotrwałego prowadzenia chorego w poradni.

Analizy prowadzone przez Fundusz wykazały m.in., że spodziewany znaczący efekt przesunięcia realizacji świadczeń, możliwych do wykonania zarówno przez AOS jak i LSP, procedur ICD-9 z trybu hospitalizacji do trybu ambulatoryjnego nastąpił tylko dla niektórych procedur.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w sytuacji gdy ceny świadczeń po których kontraktowane są przez NFZ świadczenia zdrowotne nie odzwierciedlają rzeczywistych kosztów ich udzielania przez świadczeniodawców, mogą oni podjąć działania zmierzające do udzielania jedynie tych świadczeń, które zapewnią im dodatni wynik finansowy, niezależnie od potrzeb zdrowotnych ludności. W konsekwencji, świadczenia wyceniane przez NFZ poniżej kosztu ich udzielenia będą ograniczane i trudno dostępne dla pacjentów.

Pozytywnie należy ocenić działania NFZ zmierzające do ponownej wyceny świadczeń kontraktowanych przez Fundusz, odzwierciedlającej koszty ich udzielania przez świadczeniodawców. Działania te były jednak utrudnione z uwagi na brak jednolitych zasad liczenia kosztów jednostkowych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców, uwzględniających m.in. rodzaj i jakości usług medycznych.

Wycena świadczeń zdrowotnych, uwzględniająca rzeczywiste ich koszty, mogłaby stać się narzędziem stymulującym tworzenie nowych podmiotów na terenach, na których występuje ich deficyt.

3.2.3. Koszt i liczba świadczeń per capita w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ oraz czas oczekiwania na udzielenie świadczenia⁵⁰

W 2013 r., podobnie jak w latach 2011–2012, pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ występowały różnice w dostępie do świadczeń, co NIK negatywnie oceniła po kontroli wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2011 r. oraz 2012 r.⁵¹.

⁴⁸ Wytyczne w tym zakresie określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194) zostały uchylone z dniem 1 lipca 2011 r. Obecnie nie ma regulacji prawnych określających sposób obliczania kosztów świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.

⁴⁹ Notatka ze spotkania prac Zespołu do opracowywania wytycznych dla Oddziałów Wojewódzkich NFZ w sprawie kontraktowania świadczeń w AOS z dnia 19 września 2013 r.

⁵⁰ W 2013 r. odsetek świadczeniodawców wywiązujących się z obowiązku sprawozdawczego, na koniec miesiąca następującego po miesiącu sprawozdawczym, kształtował się od 91,5% do 97,1%.

⁵¹ Wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2011 r. (P/12/121) oraz Wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2012 r. (P/13/128).

Koszty leczenia *per capita*⁵² wynosiły średnio w kraju 1.816,57 zł (w 2012 r. – 1.580,89 zł; w 2011 r. 1.547,10 zł) i kształtowały się od 1.739,46 zł w woj. podkarpackim do 1.881,88 zł w woj. mazowieckim (Załącznik nr 7). Pomimo tego, że różnice w kosztach pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ zmniejszyły się, szczegółowa analiza wskazuje, że tylko dla niektórych świadczeń udało się zmniejszyć te różnice, w porównaniu do 2012 r.⁵³.

Tabela nr 2

Różnice w wielkości środków w wybranych rodzajach świadczeń na 10 tys. mieszkań

Rok	Najniższa wartość w zł	Najwyższa wartość w zł	Różnica Kol. [3 - 2]
1	2	3	4
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna			
2012 r.	1.270.274 (Podkarpacki OW)	1.667.597 (Podlaski OW)	397.323
2013 r.	1.291.286 (Świętokrzyski OW)	1.715.319 (Śląski OW)	424.033
Leczenie szpitalne			
2012 r.	7.023.856 (Lubuski OW)	10.545.679 (Mazowiecki OW)	3.521.823
2013 r.	7.288.328 (Warmińsko-Mazurski OW)	9.573.833 (Mazowiecki OW)	2.285.505
Leczenie stomatologiczne			
2012 r.	414.531 (Mazowiecki OW)	624.735 (Warmińsko-Mazurski OW)	210.204
2013 r.	389.527 (Mazowiecki OW)	610.743 (Warmińsko-Mazurski OW)	221.216
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień			
2012 r.	510.323 (Podkarpacki OW)	1.019.157 (Lubuski OW)	508.834
2013 r.	502.783 (Świętokrzyski OW)	1.036.659 (Lubuski OW)	533.876
Rehabilitacja lecznicza			
2012 r.	439.809 (Podlaski OW)	913.220 (Mazowiecki OW)	473.411
2013 r.	467.681 (Podlaski OW)	841.794 (Mazowiecki OW)	374.113
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze			
2012 r.	191.408 (Wielkopolski OW)	529.687 (Opolski OW)	338.278
2013 r.	185.316 (Wielkopolski OW)	526.172 (Opolski OW)	340.856
Profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków NFZ			
2012 r.	2.636 (Lubelski OW)	25.498 (Śląski OW)	22.862
2013 r.	2.359 (Lubelski OW)	26.027 (Śląski OW)	23.668

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Dostęp do świadczeń w wybranych zakresach w grudniu 2013 r., mierzony czasem oczekiwania na udzielenie świadczenia, w porównaniu do grudnia 2012 r., wskazuje na pogorszenie dostępu do świadczeń i przedstawiał się następująco:

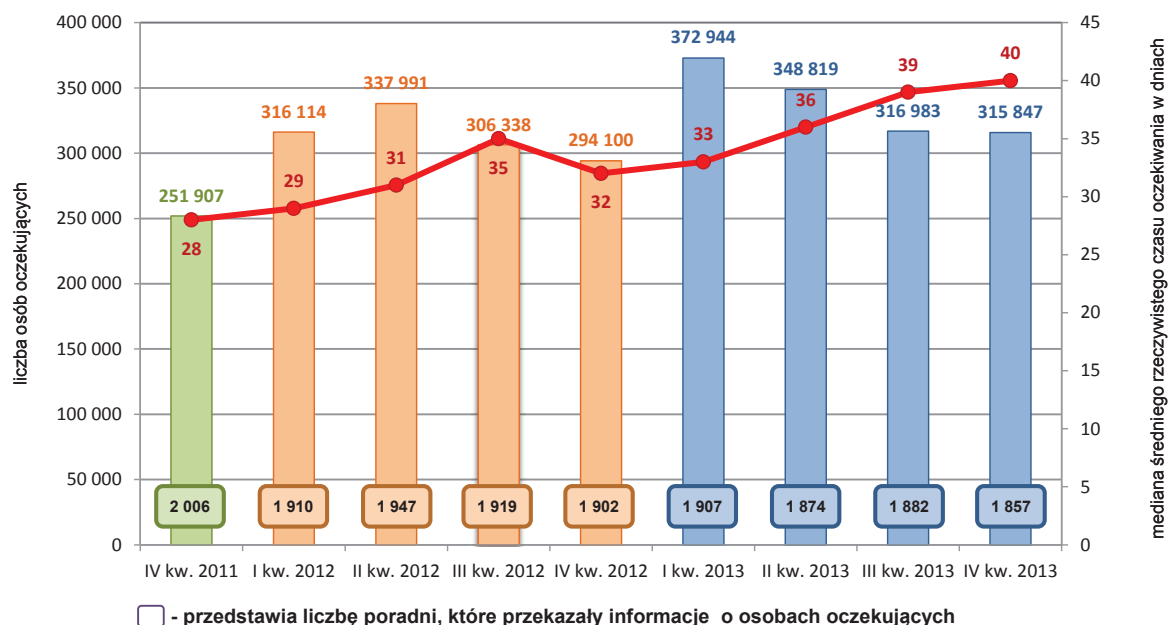
- a) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (przypadki stabilne, poradnie o największej liczbie osób oczekujących) m.in.:

⁵² Obliczone, jako iloraz wykonania kosztów świadczeń i liczby ubezpieczonych objętych opieką danego oddziału; źródło – dane przekazane przez Centralę NFZ.

⁵³ Zmniejszenie różnicy osiągnięto głównie dzięki zmniejszeniu rozpiętości kosztów pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi w leczeniu szpitalnym, którego udział w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej ogółem wyniósł w 2013 r. 49,23%.

- w poradniach okulistycznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **294.100** osób do **315.847** (o ponad 7,3%), mediana⁵⁴ średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 32 do 40 dni (o 25%);

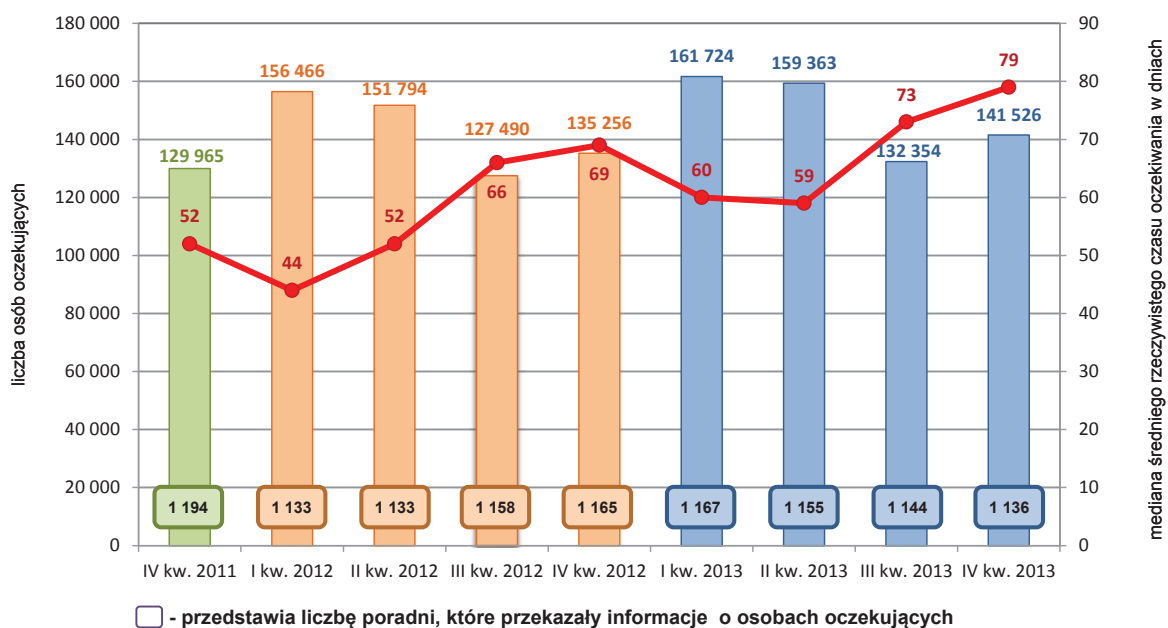
Wykres nr 1



Źródło: „Sprawozdanie z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2013 roku”.

- w poradniach kardiologicznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **135.256** osób do **141.526** (o 4,6%), mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 69 do 79 dni (o 14,5%);

Wykres nr 2

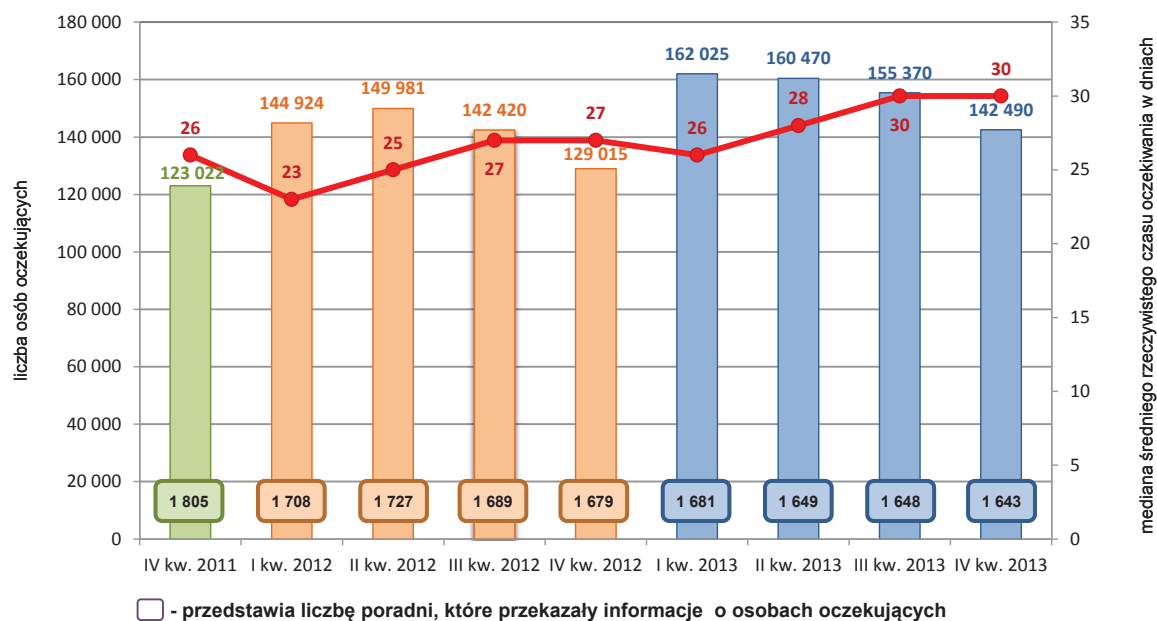


Źródło: „Sprawozdanie z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2013 roku”.

⁵⁴ Mediana – wartość dzieląca wszystkie dane na pół. Poniżej i powyżej mediany znajduje się dokładnie po 50% danych.

- w poradniach neurologicznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **129.015** osób do **142.490** (o ponad 10,4%), mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 27 dni do 30 (o 11,1%);

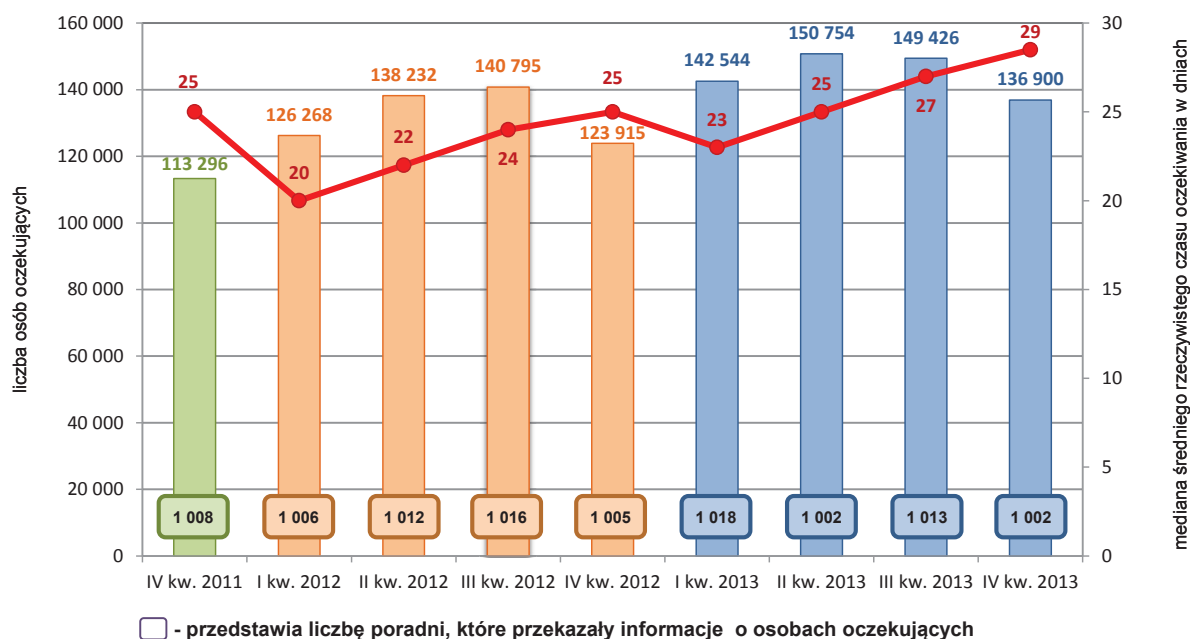
Wykres nr 3



Źródło: „Sprawozdanie z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2013 roku”.

- w poradniach chirurgii urazowo-ortopedycznej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **123.915** osób do **136.900** osób (o 10,4%), mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 25 dni do 29 (o 16%);

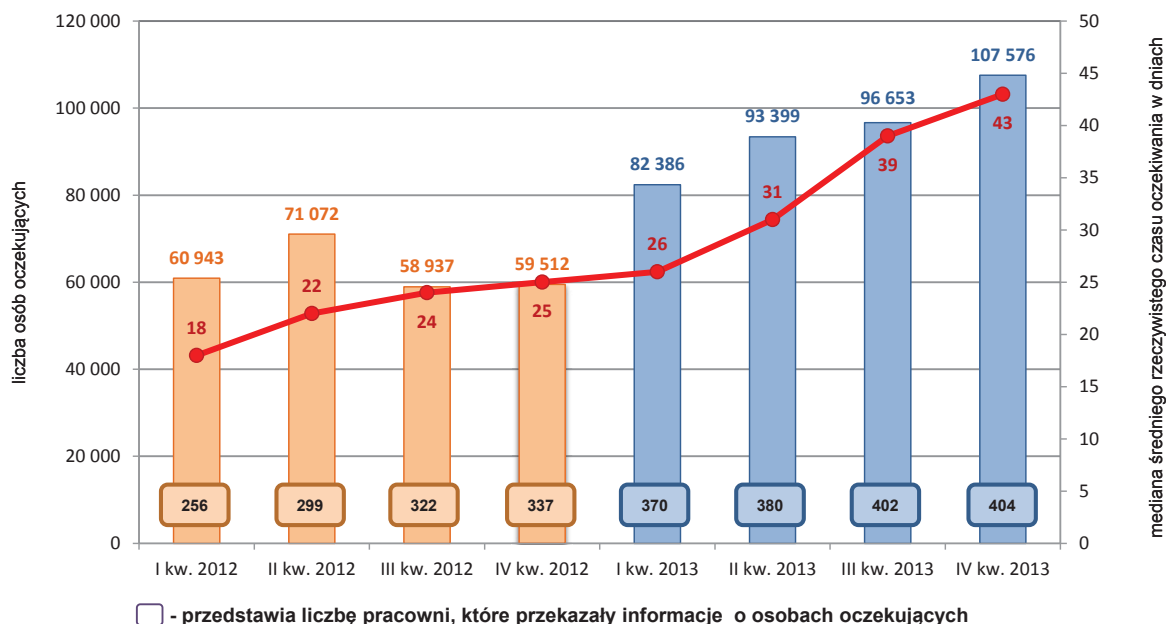
Wykres nr 4



Źródło: „Sprawozdanie z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2013 roku”.

- w pracowniach tomografii komputerowej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **59.512** osób do **107.576** osób (o 80,7%), mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 25 dni do 43 (o 72%).

Wykres nr 5



Źródło: „Sprawozdanie z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2013 roku”.

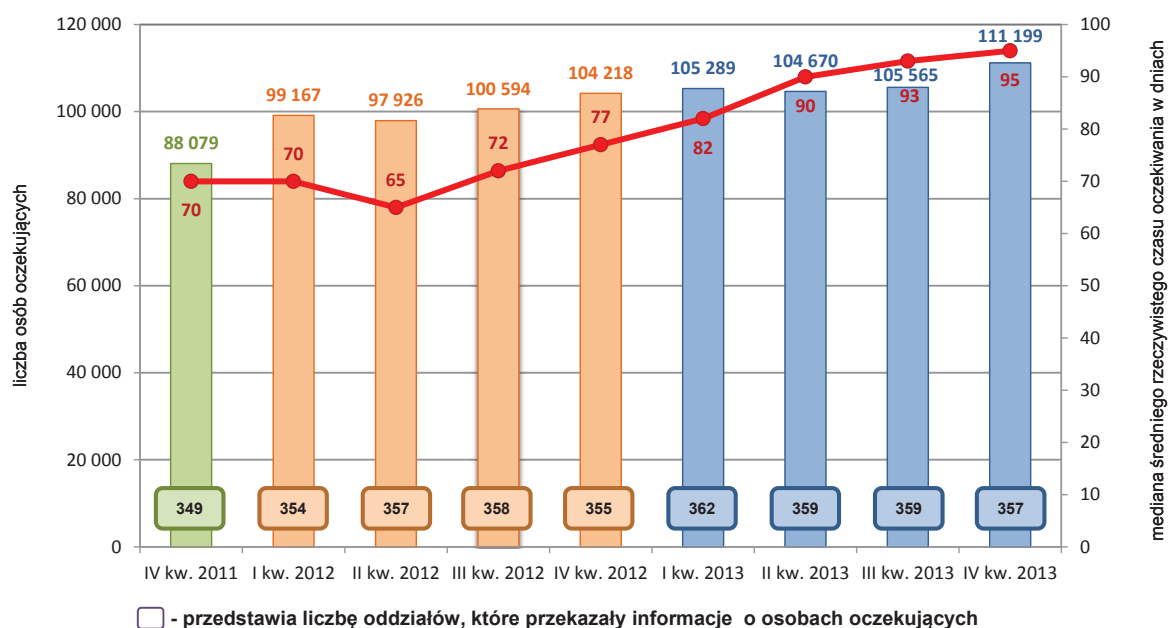
Jednocześnie w 2013 r. skreślono z list osób oczekujących do powyższych poradni z powodu wykonania usługi odpowiednio: 111.779 osób, 37.307 osób, 66.072 osób, 74.378 osób, 43.290 osób. Było to więcej niż w 2012 r., co należy ocenić pozytywnie.

Z kolei czas oczekiwania dla pięciu typów komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w rodzaju AOS z największą wartością mediany czasu oczekiwania (przypadki stabilne) wynosił od 120 dni do 192⁵⁵.

- b) w leczeniu szpitalnym (przypadki stabilne, oddziały o największej liczbie osób oczekujących) m.in.:
- w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej łączna liczba osób oczekujących zwiększyła się z **104.218** osób do **111.199** (o 6,3%), mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 77 dni do 95 (o 23,4%);

⁵⁵ Poradnie leczenia zęza dla dzieci – 192 dni, Poradnie endokrynologiczne osteoporozy – 160 dni (130 dni w 2012 r.), Poradnie schorzeń tarczycy – 136 dni (94 dni w 2012 r.), Poradnie immunologiczne dla dzieci – 120 dni (69 dni w 2012 r.), Poradnie endokrynologiczne dla dzieci – 120 dni (101 dni w 2012 r.).

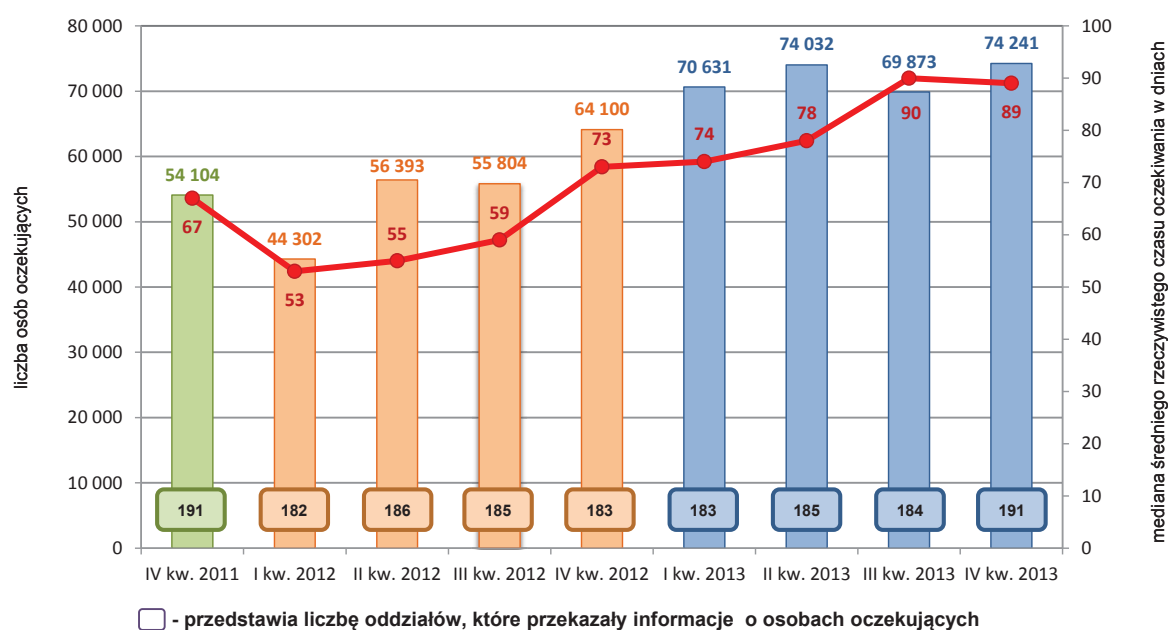
Wykres nr 6



Źródło: „Sprawozdanie z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2013 roku”.

- w oddziałach otorynolaryngologicznych łączna liczba osób oczekujących zwiększyła się z **64.100** osób do **74.241** (o 15,8%), mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 73 dni do 89 (21,9%);

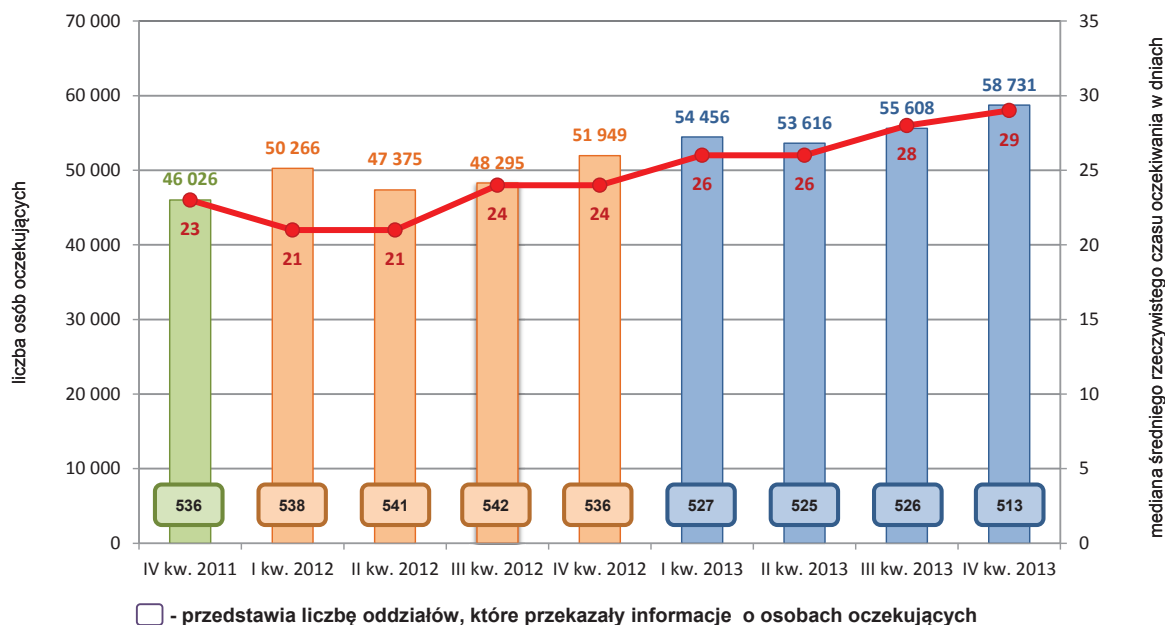
Wykres nr 7



Źródło: „Sprawozdanie z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2013 roku”.

- w oddziałach chirurgii ogólnej łączna liczba osób oczekujących zwiększyła się z **51.949** osób do **58.731** (o 13%), mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 24 dni do 29 (o 20,8%);

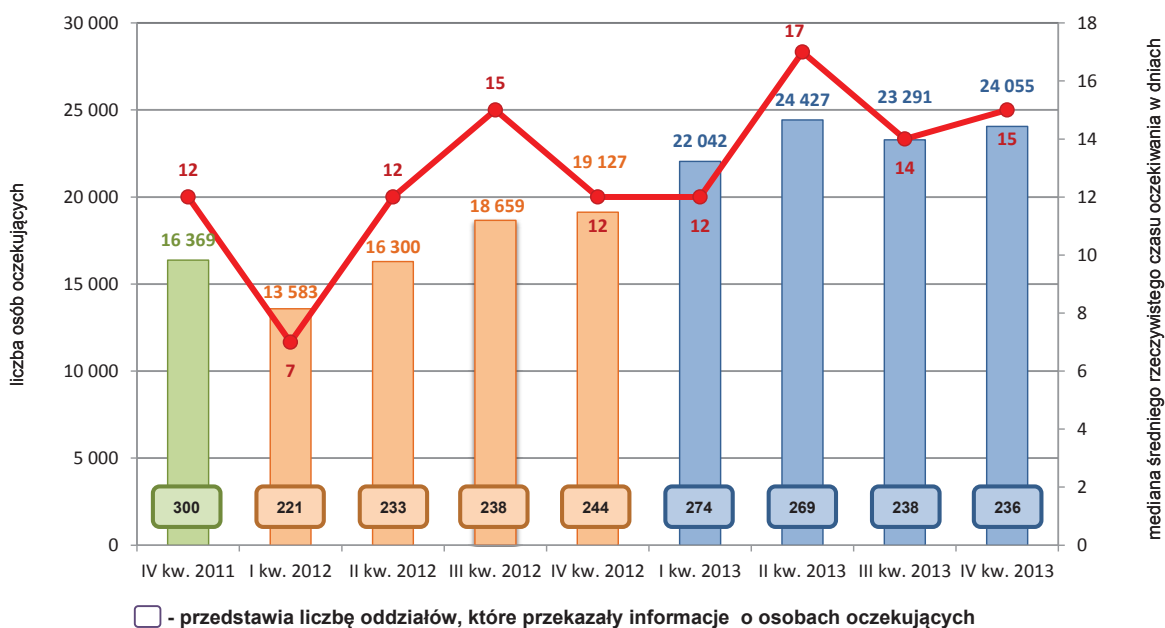
Wykres nr 8



Źródło: „Sprawozdanie z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2013 roku”.

- w oddziałach chirurgii jednego dnia łączna liczba osób oczekujących zwiększyła się z **19.127** osób do **24.055** (o 25,7%), mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 12 dni do 15 (o 25%);

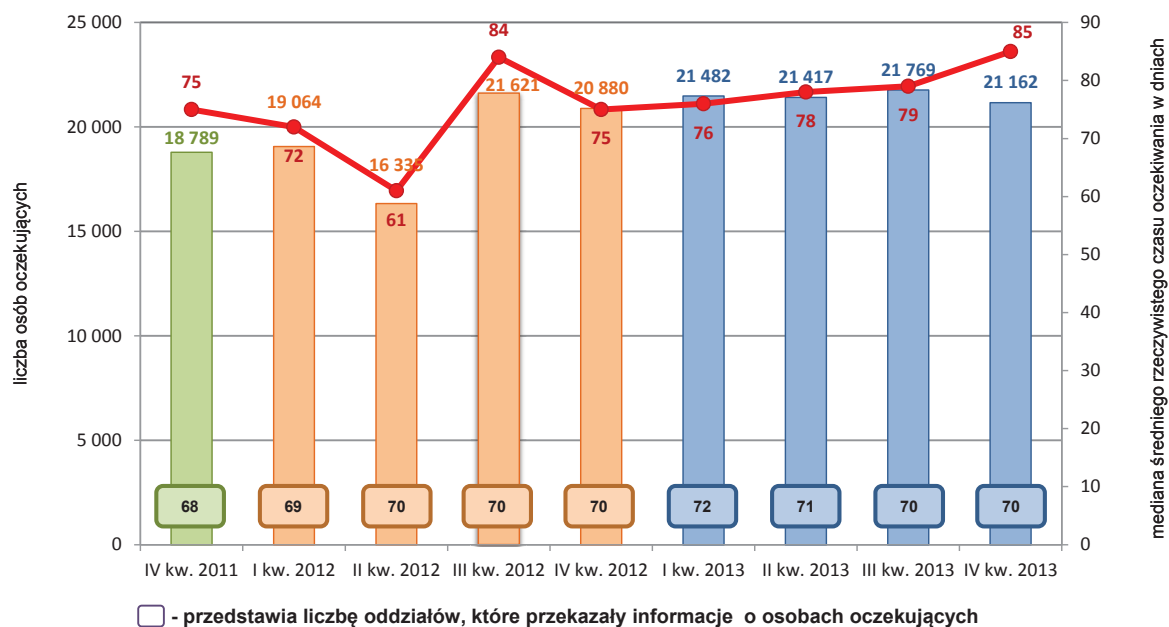
Wykres nr 9



Źródło: „Sprawozdanie z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2013 roku”.

- w oddziałach neurochirurgicznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **20.880** osób do **21.162** (o 1,3%), mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 75 dni do 85 (o 13,3%).

Wykres nr 10



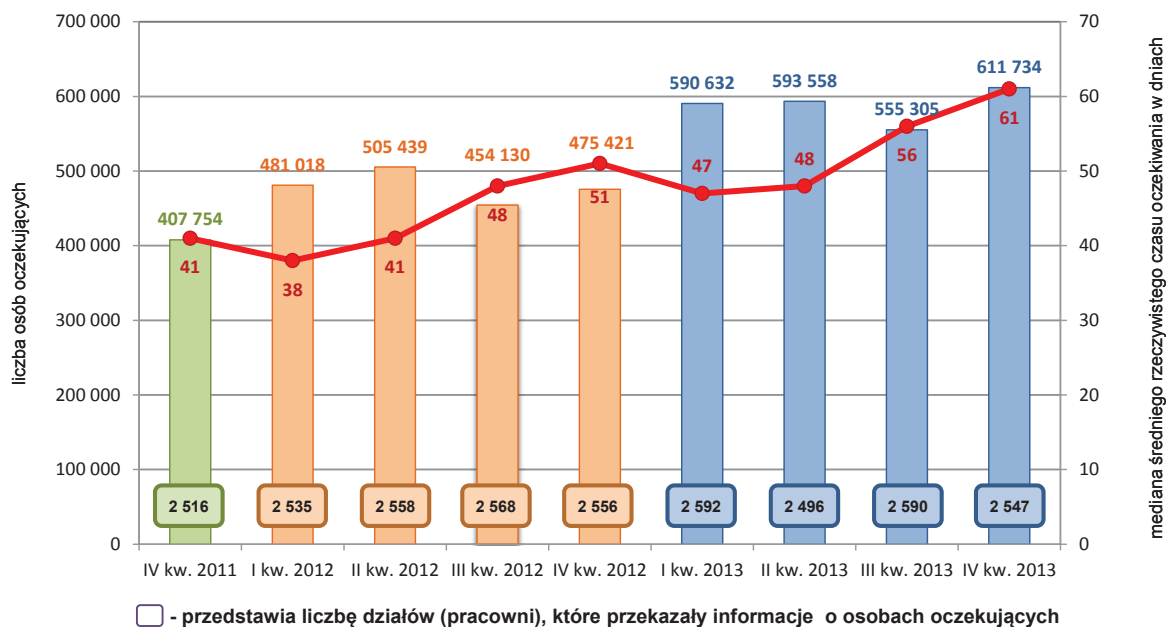
Źródło: „Sprawozdanie z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2013 roku”.

Wprawdzie w 2013 r., w stosunku do 2012 r., nastąpił wzrost wykonanych świadczeń w leczeniu szpitalnym, to w stosunku do liczby oczekujących na udzielenie świadczenia stanowiło to niewielki odsetek. W powyższych oddziałach było to: 4.064 w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej, 5.716 w oddziałach otorynolaryngologicznych, 9.990 w oddziałach chirurgii ogólnej, 2.391 w oddziałach chirurgii jednego dnia, 790 w oddziałach neurochirurgicznych.

c) w rehabilitacji leczniczej m.in.:

- w działach (pracowniach) fizjoterapii łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **475.421** osób do **611.734** (o 28,6%), mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 51 dni do 61 (o 19,6%);

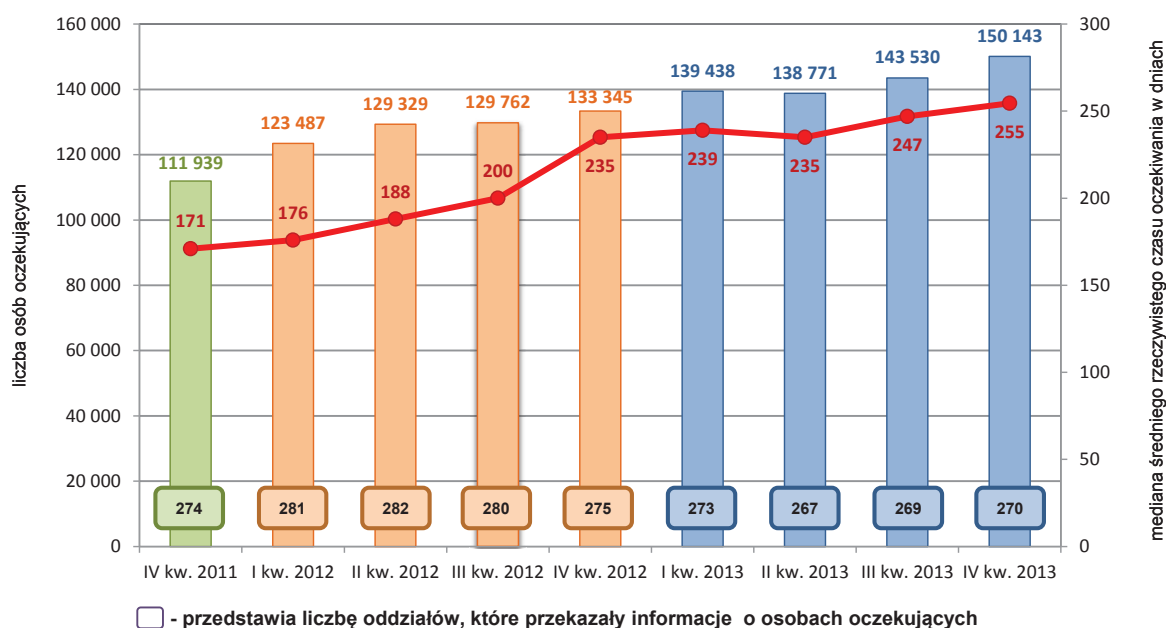
Wykres nr 11



Źródło: „Sprawozdanie z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2013 roku”.

- w oddziałach rehabilitacji łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **133.345** osób do **150.143** (o 12,6%), mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 235 dni do 255 (o 8,5%);

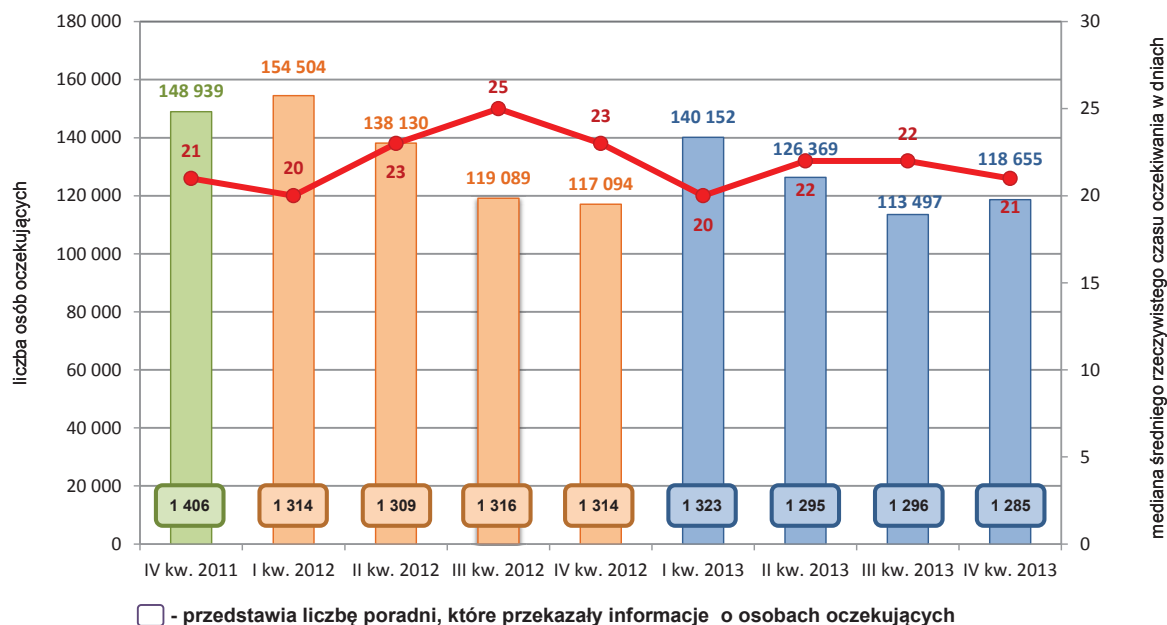
Wykres nr 12



Źródło: „Sprawozdanie z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2013 roku”.

- w poradniach rehabilitacyjnych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **117.094** osób do **118.655** (o 1,3%), mediana średniego czasu oczekiwania zmniejszyła się z 23 dni do 21 (o 9,5%);

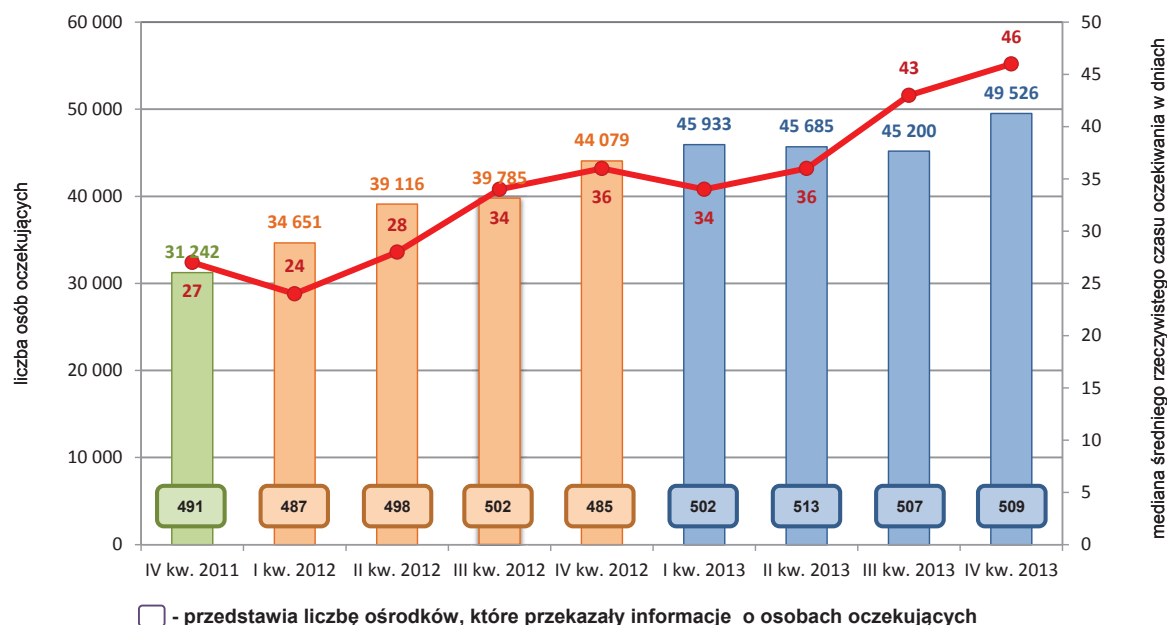
Wykres nr 13



Źródło: „Sprawozdanie z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2013 roku”.

- w ośrodkach rehabilitacji dziennej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **44.079** osób do **49.526** (o 12,3%), mediana średniego czasu oczekiwania zwiększyła się z 36 dni do 46 (o 27,7%);

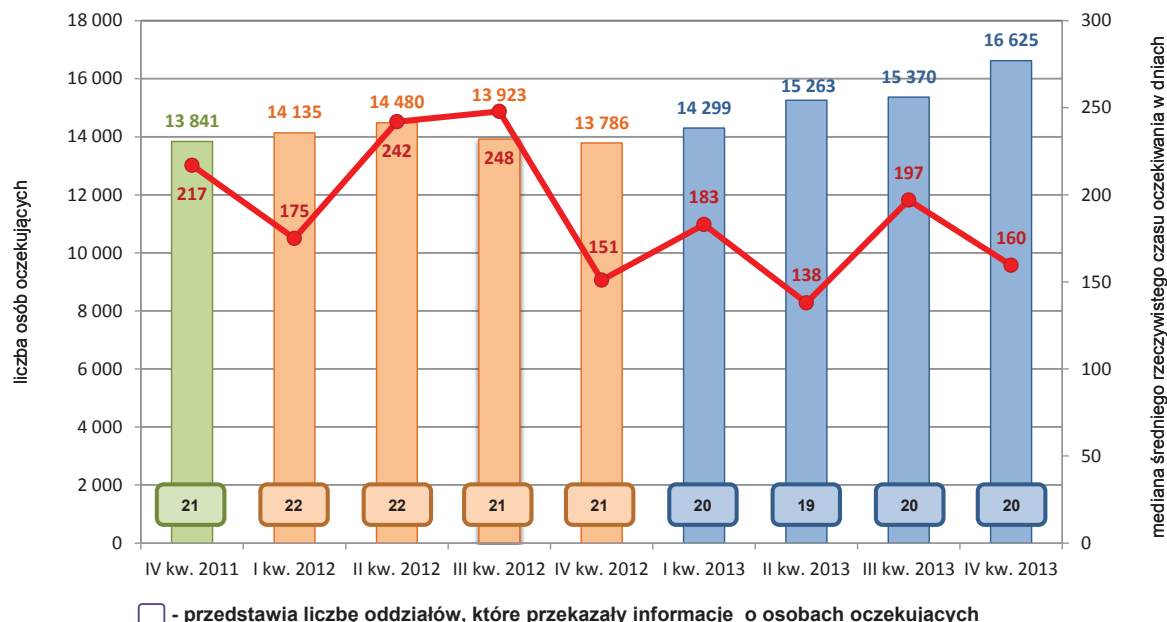
Wykres nr 14



Źródło: „Sprawozdanie z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2013 roku”.

- w oddziałach rehabilitacji narządu ruchu łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **13.786** osób do **16.625** (o 20,5%), mediana średniego czasu oczekiwania zwiększyła się z 151 dni do 160 (o 5,9%).

Wykres nr 15



Źródło: „Sprawozdanie z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2013 roku”.

Negatywnie należy ocenić niewielką liczbę osób skreślonych w 2013 r. w stosunku do liczby oczekujących na udzielenie świadczenia z powodu jego wykonania. W powyższych komórkach organizacyjnych było to odpowiednio: 121.199 osób, 3.787 osób, 37.185 osób, 4.754 osób oraz 217 osób⁵⁶.

Czas oczekiwania na udzielenie świadczeń był zróżnicowany w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu. Porównanie łącznej liczby osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” i mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania odnotowanej w poszczególnych województwach w wybranych komórkach organizacyjnych świadczeniodawców przedstawia⁵⁷ Załącznik nr 2.

Z uwagi na brak jednoznacznego wskazania w obowiązujących przepisach podmiotów odpowiedzialnych za informowanie osób wpisanych na listę oczekujących o zaprzestaniu udzielania świadczeń, Fundusz nie opracował i nie wdrożył procedury zapewniającej dostęp do świadczeń osobom znajdującym się na liście oczekujących u świadczeniodawcy, w sytuacji gdy zaprzestaje on w trakcie roku udzielania świadczeń. Problem ten był zgłaszany przez NFZ do Ministerstwa Zdrowia.

⁵⁶ W roku 2012, w przypadku poradni rehabilitacyjnych, ośrodków rehabilitacji dziennej oraz oddziałach rehabilitacji narządów ruchu, więcej osób skreślono z list osób oczekujących z powodu wykonania świadczenia. Było to odpowiednio: 38.256 osób, 4.966 osób, 288 osób.

⁵⁷ Uwagę należy zwrócić na 5 komórek organizacyjnych, które występują we wszystkich OW NFZ, wśród komórek organizacyjnych z największą łączną liczbą osób oczekujących. Są to poradnie: okulistyczne, kardiologiczne, neurologiczne, stomatologiczne oraz działy (pracownie) fizjoterapii.

Znaczne różnice w dostępie do świadczeń zdrowotnych spowodowane były m.in. nierównomiernym rozmieszczeniem zasobów kadrowych systemu ochrony zdrowia. Różnice w liczbie lekarzy poszczególnych specjalności, przypadającej na 10 tys. ubezpieczonych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu sięgały nawet 1.700%.

Przykładowo liczba lekarzy przypadających na 10 tys. ubezpieczonych w poszczególnych specjalnościach wynosiła: alergologów od 0,08 w Pomorskim OW (15 lekarzy) do 0,49 w Podlaskim OW (51 lekarzy), angiologów od 1 lekarza w całym Mazowieckim OW do 0,08 w Dolnośląskim (21 lekarzy), Podlaskim (8 lekarzy), i Śląskim OW (34 lekarzy), chirurgów naczyniowych od 0,11 w Łódzkim (26 lekarzy), Małopolskim (33 lekarzy), Opolskim (9 lekarzy), Podlaskim OW (11 lekarzy) do 0,28 w Świętokrzyskim OW (32 lekarzy), diabetologów od 0,07 w Pomorskim OW (łącznie 14 lekarzy) do 0,41 w Podlaskim OW (43 lekarzy), endokrynologów od 0,11 w Pomorskim OW (21 lekarzy), do 0,47 w Mazowieckim OW (221 lekarzy), ginekologów onkologicznych od 0,02 w Opolskim OW (2 lekarzy), Lubelskim OW (4 lekarzy) do 0,07 w Kujawsko-Pomorskim (12 lekarzy), Świętokrzyskim (8 lekarzy), Wielkopolskim (21 lekarzy), Zachodniopomorskim OW (10 lekarzy), onkologów i hematologów dziecięcych od 0,01 w Opolskim OW (1 lekarz) do 0,09 w Podlaskim OW (9 lekarzy), stomatologów dziecięcych od 0,03 w Lubuskim OW (3 lekarzy), do 0,21 w Łódzkim OW (48 lekarzy).

Na terenie działania części OW w ogóle nie było lekarzy określonych specjalności, jak np.: w zakresie immunologii klinicznej w Lubuskim, Podkarpackim, Pomorskim, Warmińsko-Mazurskim, Zachodniopomorskim OW, geriatry w Warmińsko-Mazurskim OW, angiologii w Podkarpackim, Pomorskim, Opolskim OW. Lekarzy seksuologów udzielających świadczeń w ramach kontraktów z NFZ było jedynie 25 w skali kraju i działali na terenie tylko 8 oddziałów wojewódzkich.

Podczas posiedzenia Rady Funduszu w dniu 25 lipca 2013 r. omawiano m.in. ustalenia kontroli przeprowadzonej przez Fundusz i dotyczącej realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za 2011 r. w zakresie opieki psychiatrycznej stacjonarnej dla dzieci i młodzieży. Kontrolą objęto 28 spośród 33 świadczeniodawców. Nieprawidłowością w ocenie Funduszu był m.in. brak wystarczającej liczby personelu – lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dzieci i młodzieży. Ponadto zwrócono uwagę na znaczne „rozdrobnienie” etatów. W jednym z warszawskich szpitali na 18 lekarzy przypadało 2,5 etatu, co według Funduszu negatywnie wpływało na jakość udzielanych świadczeń.

Występujące różnice spowodowane były również migracją pacjentów pomiędzy oddziałami wojewódzkimi Funduszu.

Tabela nr 3

Koszty realizacji świadczeń w związku z migracją pacjentów prezentuje poniższa tabela (w zł)

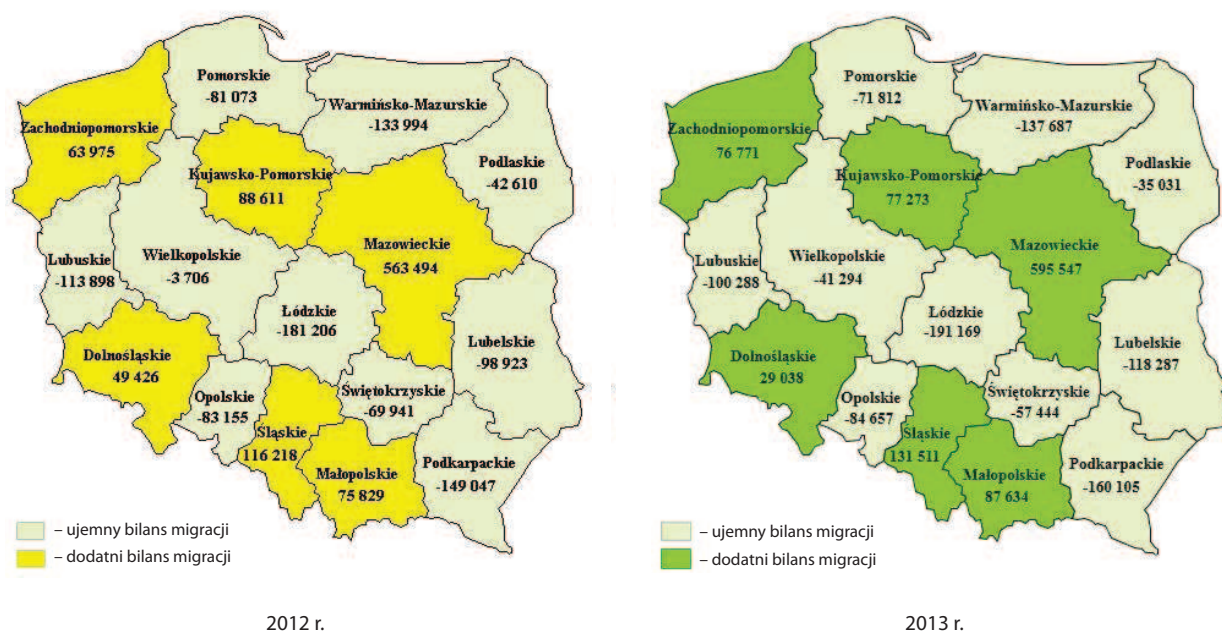
Oddział wojewódzki rozliczający	Koszty świadczeń (ogółem) w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych	Koszty świadczeń (dla własnych ubezpieczonych) w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych
Dolnośląski	13.666.161	12.667.294
Kujawsko-Pomorski	12.732.754	11.772.155
Lubelski	12.276.544	11.525.896
Lubuski	12.311.515	10.997.218
Łódzki	12.587.607	11.945.057
Małopolski	12.773.096	11.708.666
Mazowiecki	14.487.002	12.647.744
Opolski	12.806.317	11.712.465
Podkarpacki	11.965.693	11.481.511
Podlaski	12.585.304	11.615.593
Pomorski	12.316.284	11.558.924
Śląski	13.765.488	12.669.470
Świętokrzyski	12.344.121	11.202.944
Warmińsko-Mazurski	11.634.309	10.728.320
Wielkopolski	12.626.781	11.666.552
Zachodniopomorski	12.741.662	11.840.642
Razem	12.997.731	11.942.944

Liczba ubezpieczonych CWU 31.03.2013 r. – przyjęta do algorytmu na 2014 r.

Źródło: Wykonano w NFZ na potrzeby NIK.

Mapa nr 1 i 2

Bilans rozliczeń z tytułu migracji pacjentów pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ w 2012 r. i 2013 r.



Źródło: „Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego NFZ za 2013 rok”.

W ocenie NIK, znaczne różnice w liczbie świadczeń przypadających na 10 tys. osób ubezpieczonych w poszczególnych województwach wskazują na naruszenie zasady zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wyrażonej w art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej⁵⁸.

Kwota środków pozostających do dyspozycji świadczeniodawców w 2013 r. została ograniczona w wyniku zajęć komorniczych. Wierzytelności przekazane organom egzekucyjnym wyniosły 575.487,56 tys. zł (w 2012 r. – 530.228,2 tys. zł; w 2011 r. 270.847,3 tys. zł).

Na dostęp do świadczeń miały również wpływ zasady podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu, określone przez Ministra Zdrowia⁵⁹. Podział dokonywany był przy uwzględnieniu parametrów takich jak: liczba ubezpieczonych na terenie działania danego oddziału, płeć, wiek, udział świadczeń specjalistycznych w łącznej ich liczbie. Nie uwzględniały natomiast rozmieszczenia bazy materialnej i kadrowej systemu.

3.2.4. Wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach oraz wartość świadczeń „niewykonanych”

Łączna wartość świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach na 2013 r. wyniosła 953.623,16 tys. zł, tj. była niższa o 510.167,33 tys. zł w porównaniu do stanu na koniec 2012 r.

Po zakończeniu roku rozliczeniowego, dyrektorzy OW NFZ przeprowadzali rozliczenia świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, poprzez zmiany warunków finansowych umów⁶⁰ lub zawarcie ugody pozasądowej⁶¹. Wartość sfinansowanych tzw. nadwykonań za 2013 r. wyniosła łącznie 493.169,98 tys. zł (według stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych, tj. 21 lutego 2014 r.).

Wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach z 2012 r. i lat poprzednich, które nie zostały rozliczone przez NFZ (ujęta w ewidencji pozabilansowej) na dzień 31 grudnia 2013 r. wynosiła 537.079,53 tys. zł.

Wartość niewykonanych świadczeń wyniosła w 2013 r. 1.795.555,12 tys. zł i stanowiła 2,81% planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Najwyższy udział miało niepełne wykonanie całkowitego budżetu na refundację leków, które wynosiło 1.309.100,00 tys. zł. W pozostałych rodzajach świadczeń nie wykorzystano kwoty w łącznej wysokości 486.455,12 tys. zł.

3.2.5. Zasady rozliczania wykonanych świadczeń

W 2013 r. Fundusz wykorzystywał trzy systemy weryfikacji danych sprawozdawczych przekazywanych przez świadczeniodawców, tj.: Centralne Warunki Walidacji (CWW), Centralne Reguły Weryfikacji (CRW) oraz System Dodatkowej Weryfikacji Świadczeń Zdrowotnych (SDWSZ).

⁵⁸ Zgodnie z art. 65 pkt 2 ustawy, ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i wyboru świadczeniodawców spośród tych świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem, z zastrzeżeniem art. 56b i art. 69b ustawy z dnia 21 listopada 1967 r. o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej, art. 153 ust. 7a ustawy z dnia 12 października 1990 r. o Straży Granicznej i art. 115 § 1a Kodeksu karnego wykonawczego.

⁵⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 193, poz. 1495).

⁶⁰ W postaci aneksu rozliczającego zamknięty okres rozliczeniowy, zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z zastrzeżeniem art. 159.

⁶¹ Podstawą prawną zawierania ugód pozasądowych jest art. 917 Kodeksu cywilnego (ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz. U. z 2014 r., poz. 121) zgodnie z którym przez ugodę strony czynią sobie wzajemnie ustępstwa w zakresie istniejącego między nimi stosunku w celu, aby uchylić niepewność co do roszczeń wynikających z tego stosunku lub zapewnić ich wykonanie albo by uchylić spór istniejący lub mogący powstać.

Świadczenia wstępnie sprawdzone pod względem technicznym w CWW, były następnie eksportowane do SDWSZ, gdzie podlegały dodatkowej weryfikacji. Wyniki tej weryfikacji dotyczą świadczeń potencjalnie wskazanych jako nieprawidłowe. Weryfikacją w SDWSZ objęte były następujące rodzaje świadczeń: leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz opieka paliatywna i hospicyjna. Świadczenia te podlegały ocenie pracowników merytorycznych zatrudnionych w OW NFZ.

W ramach Systemu Dodatkowej Weryfikacji Świadczeń Zdrowotnych, nie prowadzono weryfikacji w odniesieniu do świadczeń udzielonych w 2013 r. Weryfikacja taka była planowana dopiero w II kwartale 2014 r.

Dokonana przez NIK analiza wybranych świadczeń wykonanych przez świadczeniodawców w 2013 r. i rozliczonych przez NFZ wykazała, że Fundusz rozliczył świadczenia na łączną kwotę 5.437,62 tys. zł, z tego:

- 1.061 przypadków o wartości 18,49 tys. zł udzielenia świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej po zgonie pacjentów⁶²;
- 100 przypadków o wartości 311,45 tys. zł hospitalizacji udzielonych po zgonie pacjentów⁶³;
- 20.418 recept na łączną kwotę 1.081,95 tys. zł wystawionych w 2013 r. po zgonie pacjentów;
- 1.795 recept na kwotę 154,59 tys. zł wystawionych przez lekarzy po ich zgonie;
- w okresie 142.459 osobomiesięcy Fundusz płacił za objęcie opieką medyczną podopiecznych przez zmarłych lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej. Koszty zapewnienia takiej opieki wyniosły nie mniej niż 1.139,67 tys. zł⁶⁴;
- w okresie 1.145.184 osobomiesięcy Fundusz płacił za objęcie opieką medyczną podopiecznych przez zmarłe pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej. Koszty zapewnienia takiej opieki wyniosły nie mniej niż 2.542,31 tys. zł;
- w okresie 23.645 osobomiesięcy Fundusz opłacał zapewnienie opieki medycznej lekarzy POZ podopiecznym po dacie ich wykreślenia z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. Koszt zapewnienia opieki dla takich osób wyniósł 189,16 tys. zł.

Jeszcze w toku kontroli NIK zostały wszczęte czynności wyjaśniające, m.in. w oddziałach wojewódzkich NFZ. NIK zauważa jednak, że powyższych ustaleń kontrolerzy dokonali pomimo tego, że w ramach działania tzw. Centralnych Reguł Weryfikacyjnych Fundusz sprawdził już uprzednio m.in. czy pacjent o danym numerze PESEL, któremu udzielono świadczenia nie figuruje, jako osoba zmarła w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych. Wskazuje to na potrzebę poprawy efektywności narzędzi służących kontroli rozliczeń umów ze świadczeniodawcami.

Na dzień 31 grudnia 2013 r. liczba osób ubezpieczonych wynosiła 33.889.747, a uprawnionych 1.226.041. Natomiast liczba osób znajdujących się na zweryfikowanych tzw. „listach aktywnych” lekarzy POZ, za których Fundusz przekazywał środki finansowe wynosiła na koniec 2013 r. 37.033.944 osoby, tj. była o 1.918.156 osób większa od sumy osób ubezpieczonych i uprawnionych.

⁶² Dane po weryfikacji przeprowadzonej przez DSOZ. Przekazane do OW NFZ celem dalszej weryfikacji i wyjaśnienia.

⁶³ Jw.

⁶⁴ Bazowa stawka kapitałowa lekarza POZ wynosiła w 2013 r. 8,00 zł a pielęgniarki POZ – 2,22 zł. Patrz załącznik nr 1 do zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2012 r. Nr 86/2012/DSOZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

W konsekwencji Fundusz wydatkował nawet 511.601 tys. zł⁶⁵ w celu zapewnienia opieki zdrowotnej w POZ dla osób, które w 2013 r. ani nie były ubezpieczone ani uprawnione do świadczeń zdrowotnych finansowanych z budżetu państwa, co było niezgodne z art. 2 ustawy o świadczeniach określającym krąg osób uprawnionych do ich uzyskania, finansowanych ze środków publicznych⁶⁶.

Jak wynika ze złożonych wyjaśnień:

„(...) Wskazana (...) liczba osób wynikająca z różnicy liczby złożonych deklaracji wyboru lekarza poz a liczby osób ubezpieczonych i uprawnionych wynika z przyjęcia do rozliczenia metodami kapitacyjnymi dotychczas złożonych deklaracji wyboru. Brzmienie przepisów art. 50 ustawy o świadczeniach (...), wprowadzonych od 1 stycznia 2013 roku nie rozstrzyga jednoznacznie o możliwości zakwestionowania ważności złożonych deklaracji wyboru z powodu braku możliwości potwierdzenia przez Fundusz uprawnień do świadczeń dla osób, które złożyły deklaracje wyboru. Wprowadzone w art. 50 ustawy rozwiązania, w sposób jasny i oczywisty mogą być zastosowane do świadczeń rozliczanych jednostkowo (...), kiedy bezpośrednio przed udzieleniem świadczenia następuje kontakt pomiędzy udzielającym świadczenia a świadczeniobiorcą.

⁶⁵ W tym w zakresie lekarza POZ 394.849,57 zł, w zakresie pielęgniarstwa POZ 86.846, 96 tys. zł, w zakresie położnej POZ 17.212, 14 tys. zł i w zakresie transportu sanitarnego w POZ 12.692, 62 tys. zł. Jako podstawę do wyliczenia kosztów przyjęto średniomiesięczne koszty realizacji świadczeń w POZ – finansowanych kapitacyjnie oraz procentowe wartości wskaźników odnoszące się do liczby świadczeniobiorców, dla których NFZ nie mógł potwierdzić uprawnień do świadczeń. Przedstawione powyżej kwoty mogą stanowić przyjęte wartości maksymalne z uwagi na fakt, że każdorazowo przed udzieleniem świadczenia świadczeniodawcy POZ byli zobowiązani przepisami § 8 ust. 1–1d Zarządzenia nr 85/2011/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna zmienionego zarządzeniem nr 86/2012/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 grudnia 2012 r. do realizowania przepisów określonych w art. 50 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Dokonywane przez świadczeniodawców wyżej wymienione sprawdzenia mogły dotyczyć jednak wyłącznie tych świadczeniobiorców, którzy korzystali ze świadczeń w POZ. Mając powyższe na uwadze, w oparciu o prowadzone przez NFZ analizy realizacji świadczeń należy przyjąć, że wysokość kosztów świadczeń udzielanych osobom, dla których NFZ nie mógł potwierdzić uprawnień do świadczeń będzie stanowił kwota około 358 milionów złotych (70% osób, dla których NFZ nie mógł potwierdzić uprawnień do świadczeń nie korzystało ze świadczeń w POZ).

⁶⁶ Art. 2. 1. Do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo:

- 1) osoby objęte powszechnym – obowiązkowym i dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, zwane dalej „ubezpieczonymi”,
 - 2) inne niż ubezpieczeni osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach (Dz. U. poz. 1650 oraz z 2014 r. poz. 463), spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2013 r. poz. 182, ze zm.), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych,
 - 3) inne niż wymienione w pkt 1 i 2 osoby, które nie ukończyły 18. roku życia:
 - a) posiadające obywatelstwo polskie lub
 - b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach, posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
 - 4) inne niż wymienione w pkt 1–3 osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub połogu:
 - a) posiadające obywatelstwo polskie lub
 - b) które uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt czasowy udzielone w związku z okolicznością, o której mowa w art. 159 ust. 1 pkt 1 lit. c lub d ustawy z dnia 12 grudnia 2013 r. o cudzoziemcach
 – zwane dalej „świadczeniobiorcami”.
2. Osobom nieposiadającym obywatelstwa polskiego, innym niż świadczeniobiorcy, świadczenia zdrowotne udzielane są na zasadach określonych w przepisach odrębnych i umowach międzynarodowych.

(...) Z uwagi na przyjęte od lat metody weryfikacji list zadeklarowanych świadczeniobiorców do lekarzy, pielęgniarek i położnych podstawowej opieki zdrowotnej oraz list uczniów szkół w zakresie świadczeń udzielanych w środowisku nauczania i wychowania (...) wspomniane powyżej sposoby uzyskiwania potwierdzenia uprawnień do świadczeń nie znajdują zastosowania. (...) Fakt niezaliczenia deklaracji wyboru do sfinansowania w kolejnym miesiącu odbywa się bez opisywanego powyżej kontaktu świadczeniobiorcy ze świadczeniodawcą, co praktycznie uniemożliwia dokonanie czynności opisywanych w art. 50 ustawy, zmierzających do uprawdopodobnienia możliwości skorzystania ze świadczeń przez świadczeniobiorcę, pomimo informacji o braku takich uprawnień oraz uzyskania potwierdzenia o sfinansowaniu świadczenia udzielonego w wyniku czynności opisanych powyżej. W wyniku prac nad kolejnymi zarządzeniami Prezesa (...), Fundusz zwracał się do Ministra Zdrowia o zajęcia stanowiska w powyższej sprawie (...).

Fundusz uzyskał od Ministra Zdrowia zgodę na utrzymanie w 2013 r. dotychczas stosowanych zasad weryfikacji uprawnień osób, które złożyły deklaracje wyboru świadczeniodawców POZ oraz rozliczania tego rodzaju świadczeń, dla których jednostką rozliczeniową była stawka kapitacyjna.

Dla porównania łączne skutki finansowe kontroli przeprowadzanych przez NFZ u świadczeniodawców w 2013 r. wyniosły 86.615,2 tys. zł⁶⁷, w tym 18.247,8 tys. zł z tytułu nałożonych kar umownych. W 2013 r., w Funduszu zatrudnionych było 521 osób na 499,6 etatach zajmujących się kontrolą świadczeniodawców. Koszty ich wynagrodzeń oraz delegacji wyniosły 41.313,31 tys. zł.

Ponadto, w 2013 r., oddziały wojewódzkie NFZ wdrażały postępowania wyjaśniające w stosunku do lekarzy, którzy nie posiadali umów na wystawianie recept refundowanych⁶⁸. Fundusz wykrył również 68 przypadków⁶⁹ podwójnego pobierania opłat za świadczenia gwarantowane, tj. od osób uprawnionych i NFZ.

Fundusz nie dysponował w 2013 r. efektywnymi narzędziami, pozwalającym na automatyczną autoryzację faktu wykonania świadczenia zarówno przez pacjenta, jak też lekarza udzielającego świadczenia. Dopiero na podstawie pisma Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia z dnia 2 października 2012 r. uruchomiony został w Centrali NFZ projekt wdrożenia Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ) oraz Karty Specjalisty Medycznego (KSM). Jednym z efektów wprowadzenia elektronicznej KUZ, z funkcją potwierdzania wykonania świadczenia opieki zdrowotnej (jako elementu systemu RUM II), miało być wyeliminowanie nieprawidłowości (tzw. „fraudów”) polegających na zgłaszaniu do zapłaty przez NFZ: 1) udzielania świadczeń na rzecz pacjentów, którzy w danym dniu ich nie uzyskali, 2) udzielenia fikcyjnych świadczeń pacjentom, którzy w danym dniu uzyskali inne najczęściej tańsze świadczenie⁷⁰.

⁶⁷ Kwota skutków finansowych po uwzględnieniu odwołań oraz nieuwzględnieniu toczących się postępowań odwoławczych.

⁶⁸ W I kw. 2013 r. Lekarzy takich było 1.791, w II kw. 315, III kw. – 148, w IV kw. 361. Wartość nieuprawnionej refundacji wynosiła w kolejnych kwartałach 2013 r. odpowiednio: 426,4 tys. zł, 33,4 tys. zł, 11,7 tys. zł, 23,5 tys. zł.

⁶⁹ Dotyczy świadczeniodawców; liczba skarg pacjentów na takie zjawisko wynosiła 406. Za zasadne uznano 215 skarg. Wartość nienależnie pobranych opłat została oszacowana na 174,64 tys. zł. Oddziały wojewódzkie NFZ złożyły 6 zawiadomień do prokuratury o możliwości popełnienia przestępstwa polegającego na niezasadnym pobieraniu dopłat świadczeń gwarantowanych. W 4 przypadkach wszczęto postępowania (2 spośród nich umorzono).

⁷⁰ Z szacunków prowadzonych przez europejskie instytucje ubezpieczeniowe w systemie publicznej opieki zdrowotnej, wynika, że poziom fraudów wynosi od 2% do 5% rocznego budżetu tych instytucji. Łączne koszty wdrożenia KUZ i KSM dla NFZ oszacowano na 294,7 mln zł, a dla Ministerstwa Zdrowia – 8,7 mln zł. Nie ujęto kosztów związanych z: modyfikacją istniejących systemów informatycznych NFZ w celu ich dostosowania do obsługi kart KUZ i KSM, uruchomienia przez NFZ linii personalizacji kart w fazie post produkcyjnej, modyfikacji systemów informatycznych świadczeniodawców.

Zgodnie z harmonogramem projektu RUM II, zmiany legislacyjne miały zostać przygotowane i przeprowadzone do końca IV kwartału 2013 r. Harmonogram ten nie został dotrzymany. Minister Zdrowia poinformował, że opóźnienia związane z wprowadzaniem zmian legislacyjnych wynikały z szerokiego zakresu konsultacji społecznych oraz długotrwałych uzgodnień z zainteresowanymi podmiotami.

3.2.6. Plan finansowy Funduszu w 2013 r.

1. Opracowanie i zmiany planu finansowego NFZ

Prezes NFZ przygotował zrównoważony pod względem przychodów i kosztów projekt planu finansowego Funduszu na 2013 r. Został on pozytywnie zaopiniowany przez Radę Funduszu, sejmową Komisję Zdrowia oraz Komisję Finansów Publicznych.

Minister Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 14 sierpnia 2012 r. zatwierdził zrównoważony plan finansowy NFZ na 2013 r. Zarówno planowanie jak i zatwierdzanie planu finansowego NFZ na 2013 r. odbyło się z zachowaniem ustawowych terminów zawartych w art. 121 ustawy o świadczeniach⁷¹.

Plan finansowy NFZ na 2013 r. zmieniany był 14-krotnie, z czego trzy zmiany zostały wprowadzone jeszcze w 2012 r. Zmiany planu zostały wprowadzone zgodnie z art. 124 i 129 ustawy o świadczeniach.

Dokonane zmiany przewidywały m.in. zmniejszenie przychodów ogółem o 2.399 tys. zł, tj. o 0,004% oraz wzrost planowanych kosztów ogółem o 253.735 tys. zł, tj. o 0,38%. Zmiany planu po stronie przychodów dotyczyły zmniejszenia przychodów z tytułu dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego o 3.598 tys. zł oraz zwiększenia pozostałych przychodów o 1.199 tys. zł.

Po stronie kosztów zwiększono: koszty świadczeń zdrowotnych o 898.838 tys. zł, oraz koszty administracyjne o 6.543 tys. zł. Zmniejszono natomiast koszty obowiązkowego odpisu na rezerwę ogólną o 642.379 tys. zł, koszty realizacji zespołów ratownictwa medycznego o 3.598 tys. zł oraz pozostałe koszty o 5.669 tys. zł.

Plan finansowy po zmianach przewidywał ujemny wynik finansowy Funduszu w wysokości 256.134 tys. zł

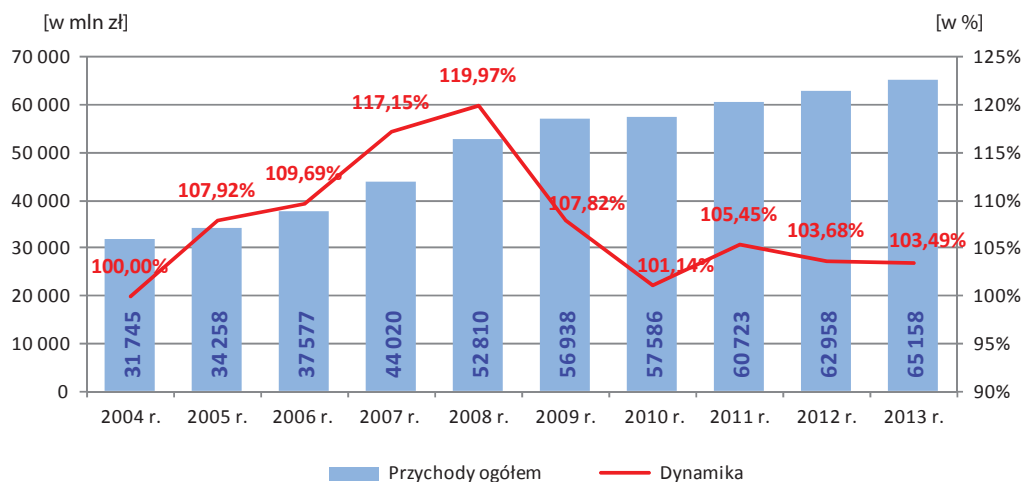
3.2.6.1. Realizacja przychodów

Wartość zrealizowanych w 2013 r. przez NFZ przychodów ogółem wyniosła 65.157.836,77 tys. zł, co stanowiło 97,65% planu po zmianach i przesunięciach. W porównaniu do roku 2012 (62.957.780,90 tys. zł) były one wyższe o 3,49%.

⁷¹ Art. 121 ustawy o świadczeniach, w brzmieniu obowiązującym sprzed 28 grudnia 2013 r. Terminy sporządzania planu finansowego NFZ zostały zmienione ustawą z dnia 8 listopada 2013 r. o zmianie ustawy o finansach publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2013 r., poz. 1646 ze zm.).

Wykres nr 16

Przychody NFZ ogółem w latach 2004–2013 i ich dynamika



Źródło: Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 rok.

Struktura zrealizowanych w roku 2013 przychodów ogółem NFZ ukształtowała się w sposób następujący:

- 95,28% stanowiły przychody ze składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki;
- 2,82% – z dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego;
- 0,66% – ze składek z lat ubiegłych;
- 0,62% – pozostałe przychody;
- 0,23% – z dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy;
- 0,20% – przychody finansowe;
- 0,19% – przychody wynikające z przepisów o koordynacji.

W 2013 r. przychody z tytułu składek na ubezpieczenia zdrowotne z ZUS i KRUS (bez składek z lat ubiegłych) wyniosły łącznie 62.084.161,56 tys. zł⁷² i były niższe od planowanych o 2.153.704,44 tys. zł.

Tabela nr 4

Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki w 2013 r. w podziale na ZUS i KRUS oraz wykonania w roku 2012 (w tys. zł)

Wyszczególnienie	Wykonanie 2012 r.	Plan na 2013 r.	Wykonanie 2013 r.	Różnica (wyk. - plan)	% realizacji planu	Dynamika w % 2013/2012
1	2	3	4	5	6	7
Składka należna brutto, w tym	60.312.306,72	64.237.866	62.084.161,56	-2.153.704,44	96,65	102,94
Przekazana przez ZUS	57.107.027,93	61.009.273	58.829.068,41	-2.180.204,59	96,43	103,02
Przekazana przez KRUS	3.205.278,79	3.228.593	3.255.093,15	26.500,15	100,82	101,55

Źródło: Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 rok.

⁷² W roku 2012 było to 60.312.306,72 tys. zł.

Niższe przychody dotyczyły jedynie składek z ZUS, które wyniosły 58.829.068,41 tys. zł, tj. były niższe od planowanych o 2.180.204,59 tys. zł.⁷³ Przychody z tytułu składek przekazanych przez KRUS były wyższe o 26.500,15 tys. zł w stosunku do planu po zmianach. Niższe od planowanych przychody brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazywanych od ZUS wynikały m.in. z niższej niż planowano: liczby osób płacących składki w grupach osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą oraz służb mundurowych, a także podstawy wymiaru składki w grupach:

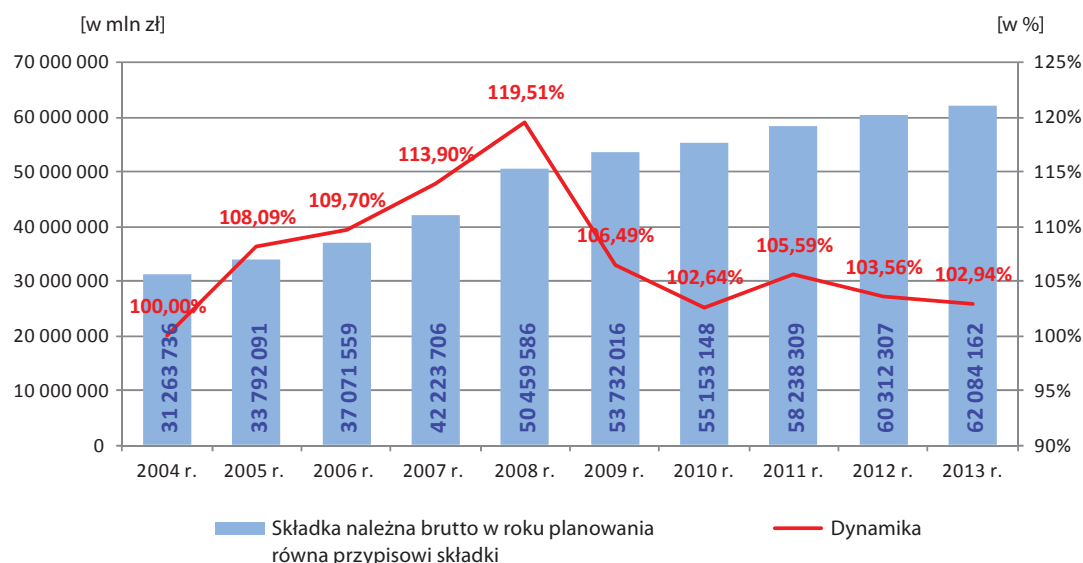
- pracowników w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym,
- osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą,
- służb mundurowych oraz

niższej niż planowano podstawy wymiaru składki w grupach:

- osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą,
- osób pobierających emeryturę, rentę lub uposażenie,
- osób wykonujących umowy zlecenia, agencyjne.

Wykres nr 17

Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki w latach 2004–2013 i ich dynamika



Źródło: Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 rok.

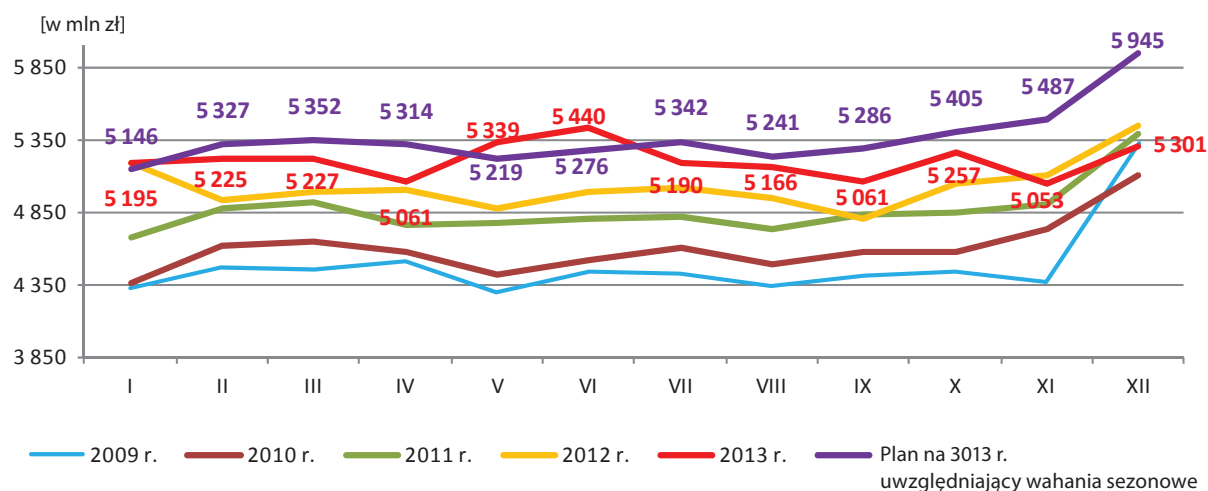
⁷³ Jak wynika z analizy przeprowadzonej przez NFZ dotyczącej liczby osób zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego w 2013 r. w poszczególnych tytułach oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne opłaconych za te osoby za rok 2013 (według danych na dzień 28 lutego 2014 r.) stwierdzono istotne rozbieżności pomiędzy liczbą osób zgłoszonych do ubezpieczenia a liczbą osób za które opłacono składki. W przypadku pracowników średnioroczny odsetek osób, za które nie opłacono składki na ubezpieczenie zdrowotne oscyluje w granicach 5%. W przypadku osób wykonujących umowę agencyjną, umowę zlecenia, umowę o świadczenie usług oraz osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą średnioroczny odsetek osób, za które nie opłacono składek na ubezpieczenie zdrowotne wynosił ok 15%. Z kolei w odniesieniu do osób bezrobotnych począwszy od miesiąca maja 2013 r. odsetek osób, za które nie opłacono składek na ubezpieczenie zdrowotne przekracza 10%, w tym największy bo przekraczający 40% odnotowano w odniesieniu do września i października 2013 r. Prezes ZUS odnosząc się do rozbieżności pomiędzy liczbą osób zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego, a liczbą osób za które opłacono składki na ubezpieczenie zdrowotne wskazał m.in., że w odniesieniu do pracowników, wykonawców, zleceniodawców, nieuzyskanie w danym miesiącu przychodu stanowiącego podstawę wymiaru składek skutkuje tym, że składka za ten miesiąc nie jest należna. „(...) Przyczyn tego stanu może być wiele, jak np. przebywanie na urlopie bezpłatnym, czy też pobieranie zasiłku z ubezpieczeń społecznych, przez cały miesiąc, niewypłacenie wynagrodzenia przez pracodawcę (...)”.

Ponadto w 2013 r. Fundusz uzyskał przychody ze składek z lat ubiegłych w wysokości 431.372,51 tys. zł.

Realizacja przychodów brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne była w niektórych miesiącach niższa od planu.

Wykres nr 18

Przychody brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazywane przez ZUS i KRUS w latach 2009–2013



Źródło: Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 rok.

Struktura przychodów NFZ z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne – podobnie jak w 2012 r. – wskazuje, że znaczna ich część przekazywana jest przez jednostki sektora finansów publicznych (Załącznik nr 6).

Składki na ubezpieczenie zdrowotne rolników, opłacane w dużej mierze z dotacji budżetu państwa, w żaden sposób nie są powiązane z sytuacją ekonomiczną tej grupy ubezpieczonych, a w szczególności rentownością gospodarstw rolnych. Powoduje to, że obciążenia składką nie są proporcjonalne do uzyskiwanych dochodów. Na uwagę zasługuje również fakt, iż koszt leczenia osób ubezpieczonych w KRUS wyniósł 5.559.312,25 tys. zł, podczas gdy wpłacone przez te osoby składki wyniosły 3.255.378,49 tys. zł.

W 2013 r. Fundusz dokonał obciążenia instytucji łącznikowych w innych państwach UE/EFTA za świadczenia zdrowotne zrealizowane na rzecz osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego na kwotę 125.883,24 tys. zł, co stanowiło 82,67% wielkości planowanej.

W planie finansowym NFZ na rok 2013 r., z dnia 14 sierpnia 2012 r. Fundusz planował uzyskanie dotacji z budżetu państwa w wysokości 217.089 tys. zł na realizację zadań, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3, art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 oraz art. 26 ustawy o świadczeniach.

Z uwagi na zmianę sposobu weryfikacji prawa pacjentów do świadczeń zdrowotnych wprowadzonej od 1 stycznia 2013 r., tj. elektronicznej weryfikacji uprawnień w systemie e-WUŚ, skutkującą wzrostem identyfikacji osób wskazanych w art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3, art. 12 pkt 2–4, 6 i 9 ustawy o świadczeniach, a także z uwagi na wzrost liczby osób, uzyskujących świadczenia na podstawie decyzji Prezesa NFZ o leczeniu poza granicami Rzeczypospolitej (realizacja zadania wskazanego w art. 97 ust. 3 pkt 3b ustawy o świadczeniach), Prezes NFZ wystąpiła do Ministra Zdrowia

o zwiększenie o 938.741 tys. zł dotacji na realizację powyższych zadań. Minister Zdrowia nie zgodził się z takim uzasadnieniem, uważając, że działanie systemu e-WUŚ nie może przesądzać o statusie ubezpieczonego. Pomimo tego, dopiero w dniu 4 grudnia 2013 r. skierował pismo do Prezesa NFZ informując, że przekazane sprawozdania za świadczenia udzielone osobom nieubezpieczonym w 2013 r. zawierały bardzo duży wzrost wartości w stosunku do roku 2012 i w związku z tym wniósł o dokonanie korekty. Minister Zdrowia zarządzeniem z dnia 6 lutego 2014 r. powołał Zespół do przygotowania sposobu weryfikacji uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, pochodzących z dotacji z budżetu państwa.

W 2013 r. NFZ uzyskał przychody z tytułu realizacji zadań wskazanych w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b w łącznej kwocie 151.485,45 tys. zł i były one niższe od wartości planowanej o 65.603,55 tys. zł.

Najwyższa Izba Kontroli zwraca uwagę, że w 2013 r. Minister Zdrowia przekazywał środki z dotacji z wielomiesięcznym (sięgającym nawet blisko 9 miesięcy) przekroczeniem terminu wskazanego w § 4 ust. 1 rozporządzenia w sprawie finansowania z budżetu państwa świadczeń zdrowotnych⁷⁴. Przykładowo, środki za świadczenia wykonane dla osób, o których mowa w art. 26 ustawy o świadczeniach, a wykazane w sprawozdaniu za miesiąc styczeń 2013 r. Ministerstwo Zdrowia przekazało w dniu 25 marca 2013 r. Natomiast pierwsze środki należne za świadczenia wykonane dla osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 2 i art. 12 pkt 9 wpłynęły na rachunek bankowy NFZ w dniu 20 grudnia 2013 r. Pozostała część środków w wysokości 3.537,82 tys. zł za świadczenia wykonane na rzecz osób wskazanych w art. 2 ust. 1 pkt 2 i art. 12 pkt 9 za 2013 r. została przekazana przez Ministerstwo Zdrowia w dniu 20 lutego 2014 r.

Wartość planowanej dotacji⁷⁵ na 2013 r. na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego, zleconych przez Ministra Zdrowia, wynosiła 1.836.294 tys. zł, natomiast wykonanie zamknęło się kwotą 1.834.497,30 tys. zł, co stanowiło 99,90% planu.

Przychody z pozostałej działalności NFZ stanowiły m.in. darowizny, przychody ze sprzedaży materiałów i towarów, kary i grzywny, rozwiązane rezerwy, przychody z tytułu zwrotu części uzyskanej refundacji z tytułu instrumentów dzielenia ryzyka (art. 11 ust. 5, pkt 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych⁷⁶). W planie finansowym po zmianach i przesunięciach oszacowano kwotę tych przychodów na 93.041 tys. zł. Wykonanie wyniosło 399.924,90 tys. zł. Wartość pozostałych przychodów objęła m.in. otrzymane odszkodowania, kary i grzywny w wysokości 23.636,34 tys. zł, przychody z tytułu dzielenia ryzyka w kwocie 188.734,34 tys. zł, pozostałe 163.132,42 tys. zł⁷⁷.

⁷⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 225, poz. 1355), uchylone z dniem 23 lipca 2014 r. przez art. 50 pkt 2 oraz art. 57 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób (Dz. U. z 2014 r., poz. 24). Zgodnie z jego § 4 ust. 1 minister właściwy do spraw zdrowia przekazuje Funduszowi dotacje w terminie 30 dni od dnia otrzymania sprawozdania wraz z wnioskiem o uruchomienie dotacji, o którym mowa w § 3 ust. 6 (§ 3 ust. 6 stanowił: Sprawozdania, o których mowa w ust. 1, za miesiąc poprzedni sprawdzone pod względem merytorycznym i formalno-rachunkowym, Prezes Funduszu przekazuje ministrowi właściwemu do spraw zdrowia, wraz z wnioskiem o uruchomienie dotacji, w terminie do 20. dnia każdego miesiąca. Za datę przekazania uznaje się dzień wpływu do ministra właściwego do spraw zdrowia).

⁷⁵ W planie finansowym NFZ po zmianach i przesunięciach.

⁷⁶ Dz. U. Nr 122, poz. 696 ze zm.

⁷⁷ Na kwotę tą składały się m.in. przychody z tytułu odpisu aktualizującego należność z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne za 2009 r. oraz 2011 r. wyegzekwowane przez ZUS w 2013 r. w wysokości 130.837,30 tys. zł, przychody z tytułu ugody za wycofanie przez NFZ roszczenia wobec firmy farmaceutycznej w związku ze sporem marżowo-cenowym w wysokości 18.514,56 tys. zł, przychody z tytułu regresów w wysokości 2.917,79 tys. zł, przychody z tytułu opłat ustawowych – 7.506,31 tys. zł oraz inne przychody – 3.356,46 tys. zł.

Przychody finansowe NFZ w 2013 r. wyniosły łącznie 130.089,11 tys. zł.

Stan środków finansowych NFZ na koniec 2012 i 2013 r. wynosił odpowiednio 2.795.050,40 tys. zł i 3.692.753,10 tys. zł. Wzrost stanu środków pieniężnych w 2013 r. w porównaniu do roku 2012 był spowodowany głównie przez: wzrost przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w ujęciu kasowym w wysokości 2.571.556,46 tys. zł, spadek stanu należności w wysokości 142.879,35 tys. zł oraz wzrost stanu zobowiązań w wysokości 527.421,95 tys. zł.

Wysokość należności (według sprawozdania FM-01) na koniec 2013 r. wyniosła 5.522.342,63 tys. zł (w tym 5.805,38 tys. zł należności przeterminowanych) i była niższa od stanu na koniec 2012 r. o 142.879,27 tys. zł. Ponadto Fundusz wykazał 1.073.304,78 tys. zł należności warunkowych⁷⁸.

3.2.6.2. Realizacja wybranych kosztów

1. Realizacja planu kosztów

Wartość zrealizowanych przez NFZ w 2013 r. kosztów ogółem wyniosła 64.775.011,32 tys. zł i stanowiła 96,70% wartości planowanej. W 2013 r. koszty NFZ były o 3,35% wyższe niż w 2012 r. (62.672.399,40 tys. zł).

Tabela nr 5

Wykonanie kosztów NFZ w 2013 r. (w tys. zł)

Wyszczególnienie	Wykonanie 2012 r.	Plan na 2013 r. po zmianach i przesunięciach	Wykonanie 2013 r.	% realizacji planu	Dynamika 2013/2012 r.
1	2	3	4	5=4/3	6=4/2
Koszty poboru i ewidencjonowania składek	114.022,76	123.531	122.319,11	99,02	107,28
Koszty świadczeń zdrowotnych	59.875.547,2	63.873.538	62.077.982,88	97,18	103,67
Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	–	–	–	–	–
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1.823.691,1	1.836.294	1.834.497,30	99,90	100,59
Całkowity budżet na refundację cen leków	9.062.445,99	10.901.083	9.591.983,00	87,99	105,84
Koszty administracyjne	609.375,89	689.137	606.659,85	88,03	99,55
Pozostałe koszty	220.195,52	344.412	98.440,27	28,58	44,71
Koszty finansowe	29.566,95	115.891	35.111,91	30,30	118,75

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

⁷⁸ W szczególności 65.275 zł z tytułu sporu marżowo-cenowego z tytułu refundacji cen leków oraz 945.253,24 tys. zł z tytułu należności za wykonane i opłacone przez NFZ a nieuregulowane przez Ministerstwo Zdrowia świadczenia zdrowotne z tytułu realizacji zadań wskazanych w art. 2 ust. 1 pkt 3 i art. 12 pkt 2–4 i 6 ustawy o świadczeniach.

Struktura zrealizowanych w roku 2013 kosztów ogółem NFZ ukształtowała się w sposób następujący:

- 95,84% stanowiły koszty świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2,83% – realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego,
- 0,94% – administracyjne,
- 0,19% – poboru i ewidencjonowania składek,
- 0,15% – pozostałe koszty,
- 0,05% – koszty finansowe.

Podziału planowanych na 2013 rok środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, pomiędzy Centralę i poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu dokonano zgodnie z uregulowaniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, uwzględniającego zasady określone w art. 118 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu dokonano z uwzględnieniem:

- liczby ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim Funduszu;
- wydzielonych, według wieku i płci, grup ubezpieczonych oraz wydzielonych grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych;
- ryzyk zdrowotnych odpowiadających danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu z grupą odniesienia.

Dokonując podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu, uwzględniono art. 118 ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, stanowiący iż planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki Funduszu nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla danego oddziału w roku poprzednim, zaplanowanych w planie finansowym, o którym mowa w art. 121 ust. 3 i 5 oraz art. 123 ust. 3.

2. Koszty świadczeń zdrowotnych

W planie finansowym NFZ na rok 2013 z dnia 14 sierpnia 2012 r. przewidywano nakłady na świadczenia opieki zdrowotnej w wysokości 62.974.700 tys. zł. W trakcie 2013 r. dokonywano ich zwiększenia.

Tabela nr 5

Zwiększenia planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2013 r.

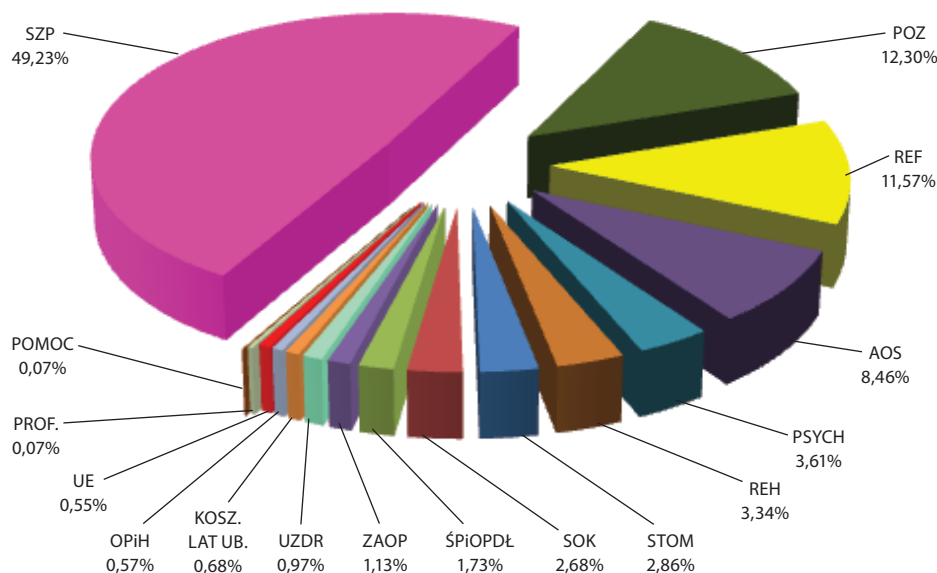
Wyszczególnienie	Plan na 2013 r. „pierwotny”	Dodatkowe środki przeznaczone na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej wg źródeł finansowania				Razem zmiany nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej		Plan na 2013 r. „ostateczny”	Dynamika
		Fundusz zapasowy	Rezerwa ogólna	Dotacja z budżetu państwa na realizację zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3b ustawy	Dotacja z budżetu państwa (azbest)				
1	2	3	4	5	6	7	8	9=8/2	
Dolnośląski	4.764.948		45.994	567	14	46.575	4.811.523	100,98	
Kujawsko-Pomorski	3.414.407		36.406	284	31	36.721	3.451.128	101,08	
Lubelski	3.547.815		35.330	981	5	36.316	3.584.131	101,02	
Lubuski	1.660.371		16.100	27	2	16.129	1.676.500	100,97	
Łódzki	4.260.059		44.445	428	0	44.873	4.304.932	101,05	
Małopolski	5.301.676		52.410	1.142	27	53.579	5.355.255	101,01	
Mazowiecki	8.788.251	256.134	103.332	1.296	0	360.762	9.149.013	104,11	
Opolski	1.578.162		14.350	11	0	14.361	1.592.523	100,91	
Podkarpacki	3.328.089		30.212	415	13	30.640	3.358.729	100,92	
Podlaski	1.918.181		19.486	51	0	19.537	1.937.718	101,02	
Pomorski	3.623.614		36.436	423	46	36.905	3.660.519	101,02	
Śląski	7.590.652		78.945	986	6	79.937	7.670.589	101,05	
Świętokrzyski	2.131.241		19.686	0	7	19.693	2.150.934	100,92	
Warmińsko-Mazurski	2.252.858		22.973	4	2	22.979	2.275.837	101,02	
Wielkopolski	5.538.956		57.765	253	0	58.018	5.596.974	101,05	
Zachodniopomorski	2.786.282		28.509	0	172	28.681	2.814.963	101,03	
Razem OW	62.485.562	256.134	642.379	6.868	325	905.706	63.391.268	101,45	
Centrala NFZ	489.138	0	0	-6.868	0	-6.868	482.270	98,60	
Razem NFZ	62.974.700	256.134	642.379	0	325	898.838	63.873.538	101,43	

Źródło: Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 rok.

Poniesione przez NFZ w 2013 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 62.077.982,88 tys. zł i były niższe od planowanych o 1.795.555,12 tys. zł, tj. 2,81%.

Wykres nr 19

Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych NFZ w roku 2013

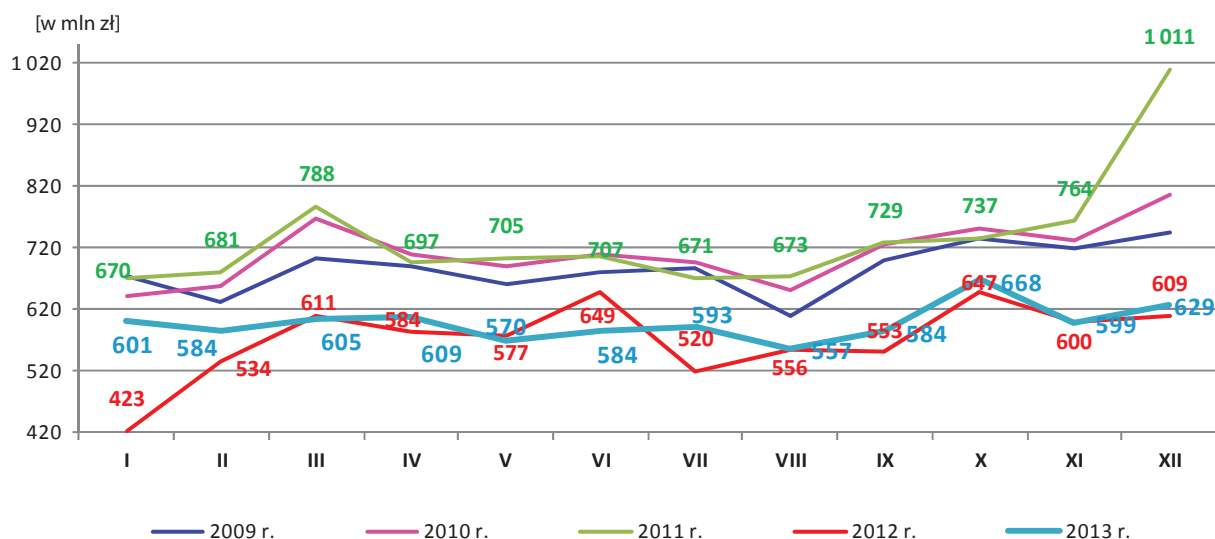


Źródło: „Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 rok”.

Główną przyczyną niewykonania planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej było niższe niż planowano wykonanie całkowitego budżetu na refundację leków.

Wykres nr 20

Koszty refundacji w poszczególnych miesiącach roku 2013 na tle ich wykonania w analogicznych okresach 2009, 2010, 2011 i 2012 roku



Źródło: „Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 rok”.

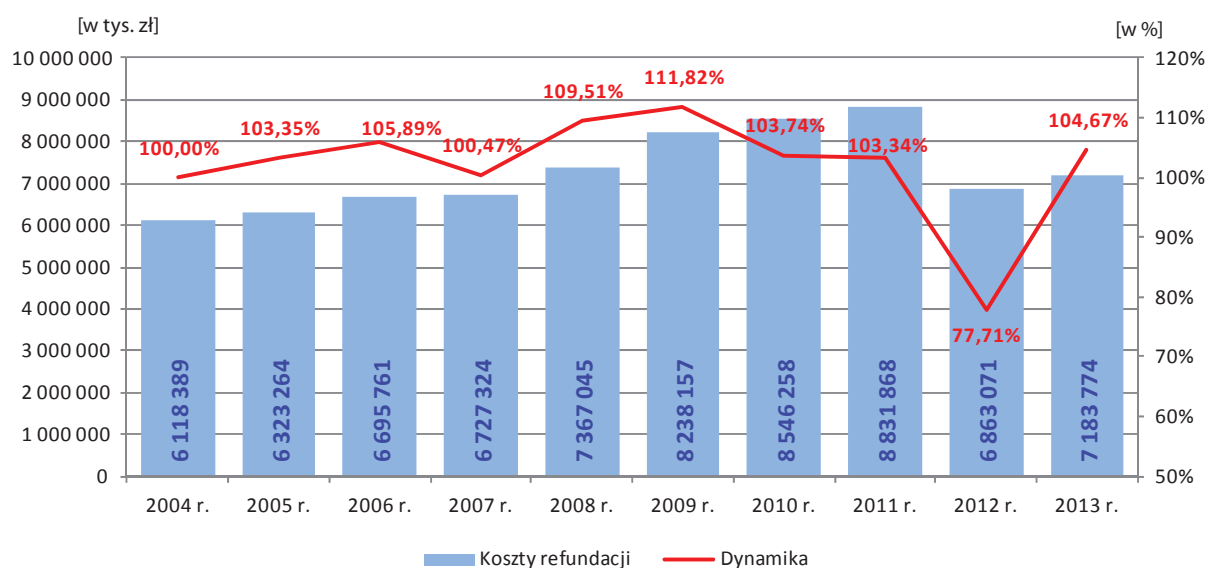
Realizacja kosztów refundacji w roku 2013 ukształtowała się na poziomie 87,96% wartości planowanej i wyniosła 7.183.774,45 tys. zł.

Istotnym czynnikiem wpływającym na niższą niż planowano realizację planu finansowego w pozycji refundacja, były uregulowania wprowadzone przepisami ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na rynku krajowym, a szczególności:

- ogłaszanie, raz na dwa miesiące, w drodze obwieszczenia wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobów medycznych, w stosunku do których wydano ostateczne decyzje administracyjne o objęciu refundacją,
- ustalenie urzędowych cen zbytu, a także urzędowych marż hurtowych i detalicznych, które mają charakter cen i marż sztywnych, na leki finansowane ze środków publicznych.

Wykres nr 21

Koszty refundacji leków w latach 2004–2013



Źródło: „Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 rok”.

Średni koszt leczenia w latach 2012–2013 w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego w oddziałach wojewódzkich, zaprezentowano w Załączniku nr 7.

Łączna wartość świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach na 2013 r. wyniosła 953.623,2 tys. zł, tj. była niższa o 510.167,3 tys. zł w porównaniu do stanu na koniec 2012 r. Po zakończeniu roku rozliczeniowego dyrektorzy OW NFZ przeprowadzali, rozliczenia świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez zmiany warunków finansowych umów⁷⁹ lub zawarcie ugody pozasądowej⁸⁰. Wartość sfinansowanych, w oparciu o powyższe zarządzenia dyrektorów oddziałów wojewódzkich, „nadwykonań” za 2013 r. wyniosła łącznie 493.169,98 tys. zł (według stanu na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych, tj. 21 lutego 2014 r.).

W 2013 r. NFZ oraz poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu nie przekroczyły łącznego planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

⁷⁹ W postaci aneksu rozliczającego zamknięty okres rozliczeniowy, zgodnie z art. 132 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 159.

⁸⁰ Podstawą prawną zawierania ugód pozasądowych jest art. 917 Kodeksu cywilnego (ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny, Dz. U. z 2014 r., poz. 121), zgodnie z którym przez ugodę strony czynią sobie wzajemnie ustępstwa w zakresie istniejącego między nimi stosunku w celu uchylenia niepewności co do roszczeń wynikających z tego stosunku lub zapewnienia ich wykonania albo by uchylić spór istniejący lub mogący powstać.

3. Migracja pacjentów

W planie finansowym oddziałów wojewódzkich NFZ na rok 2013 z dnia 14 sierpnia 2012 r. utworzono tzw. rezerwę migracyjną w celu zapewnienia dostępu ubezpieczonym w danym oddziale wojewódzkim do świadczeń realizowanych na terenie pozostałych oddziałów Funduszu. Jej łączną wielkość ustalono na 3.475.633 tys. zł. W dniu 29 sierpnia 2012 r. Prezes NFZ, uwzględniając wnioski dyrektorów oddziałów wojewódzkich, podjął decyzję o uruchomieniu tej rezerwy i przesunięciu środków finansowych do pozostałych pozycji planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

W wyniku dokonanych w trakcie 2013 r. rozliczeń kosztów świadczeń z tytułu migracji ubezpieczonych, łączna wartość rozrachunków wewnętrznych z tego tytułu wyniosła 4.394.141,86 tys. zł i była wyższa od wartości planowanej o 918.508,86 tys. zł.

W niektórych oddziałach wojewódzkich nie pokryto części kosztów świadczeń wykonanych w 2013 r. na rzecz pacjentów z innych oddziałów gdyż:

- oddziały tych pacjentów nie dysponowały już „wolnymi” środkami w planie finansowym, umożliwiającym im zmianę wartości udzielonego upoważnienia, nie było czasu na dokonywanie zmian upoważnień z uwagi na fakt, iż rozliczenie ze świadczeniodawcami wykonania umów za 2013 r.,
- zgodnie z przepisami § 27 ust. 2 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,⁸¹ rozliczenie następowało w terminie 45 dni po upływie okresu rozliczeniowego (tj. do 14 lutego 2014 r.), a zamknięcia ksiąg rachunkowych oddziałów dokonano 21 lutego 2014 r.

Wartość świadczeń, które nie zostały rozliczone wyniosła łącznie 71.381,91 tys. zł i obciążała koszty poz. B2.18 – koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych planu finansowego na rok 2014 r. Ponad 54,19% ogółu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, podlegających rozliczeniom z tytułu migracji ubezpieczonych, stanowiły koszty leczenia szpitalnego (poniesione głównie w oddziałach Mazowieckim, Śląskim, Wielkopolskim oraz Małopolskim), a także koszty leków (obejmujące refundację apteczną, leki w programach terapeutycznych lekowych oraz leki w chemioterapii) – 11,21% oraz koszty leczenia uzdrowiskowego – 10,76%. Pięć oddziałów wojewódzkich wykazało dodatni bilans rozliczeń z tytułu migracji pacjentów⁸².

W latach 2008–2013 koszty świadczeń realizowanych w ramach migracji ubezpieczonych zawsze były wyższe od wysokości planowanej rezerwy.⁸³ W 13 oddziałach⁸⁴ otrzymane upoważnienia z innych OW NFZ nie pokryły w 2013 r. kosztów świadczeń wykonanych na rzecz pacjentów z innych oddziałów. W 2013 r. oddziały wojewódzkie sfinansowały koszty leczenia pacjentów migrujących z lat poprzednich na łączną kwotę 198.543,28 tys. zł.

⁸¹ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

⁸² Tj.: Mazowiecki – 595.547 tys. zł, Śląski – 131.511 tys. zł, Małopolski – 87.634 tys. zł, Zachodniopomorski – 76.771 tys. zł, Kujawsko-Pomorski – 77.273 tys. zł, Dolnośląski – 29.038 tys. zł.

⁸³ Planowana rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych wynosiła w: 2008 r. – 1.187 mln zł, 2009 r. – 1.675 mln zł, 2010 r. – 2.660 mln zł, 2011 r. – 2.788 mln zł, 2012 r. – 3.220 mln zł. Z kolei koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach migracji ubezpieczonych wyniosły w: 2008 r. – 2.173.979 mln zł, 2009 r. – 2.682.353 mln zł, 2010 r. – 3.129.092 mln zł, 2011 r. – 3.743.038 tys. zł, 2012 r. – 4.122.156 mln zł.

⁸⁴ Tj. Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Łódzkim, Mazowieckim, Opolskim, Podkarpackim, Podlaskim, Pomorskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim i Zachodniopomorskim.

4. Koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach

Wartość poniesionych w 2013 r. kosztów realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy, wyniosła łącznie 151.981,56 tys. zł i była niższa od wartości planowanej o 56.107,44 tys. zł, a dynamika kosztów w odniesieniu do ich wykonania w roku 2012 wyniosła 58,15%.

Tabela nr 6

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

Wyszczególnienie	Wykonanie 2012 r.	Plan na 2013 r. „pierwotny”	Plan na 2013 r. „ostateczny”	Różnica (Kol. 4 - 3)	Wykonanie 2013 r.	% realizacji planu	Dynamika 2013/2012 w [%]
1	2	3	4	5	6	7	8
Koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b, w tym:	261.351,64	217.089,00	217.089,00	0,00	151.981,56	70,01	58,15
Koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a	126.974,30	210.221,00	210.221,00	0,00	415,5	63,64	0,33
Koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3	119.153,16				133.360,21		111,92
Koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3b	15.224,18	6.868,00	6.868,00	0,00	18.205,40	265,08	119,58

Źródło: Wykonano w NFZ na potrzeby NIK.

Środki, jakie zostały przekazane przez budżet państwa w 2013 r. – według oceny NFZ – nie zabezpieczały w pełnej wysokości potrzeb Funduszu w zakresie pokrycia kosztów za świadczenia udzielone osobom nieubezpieczonym, posiadającym prawo do tych świadczeń. Minister Zdrowia zakwestionował sprawozdanie NFZ w części dotyczącej kosztów świadczeń m.in. udzielonych dzieciom i młodzieży w podstawowej opiece zdrowotnej. Niepokryta w 2014 r. wartość środków w łącznej wysokości 945.253,24 tys. zł⁸⁵ została ujęta w ewidencji pozabilansowej, jako należność warunkowa, do czasu akceptacji przez Ministra Zdrowia sprawozdania z realizacji zadań zespołu międzyresortowego do przygotowania sposobu weryfikacji uprawnień do świadczeń.

NFZ poinformował Ministra, że należność powyższą ujął w księgach rachunkowych 2013 r. jako należność warunkową. Do dnia zakończenia kontroli wnioskowana kwota nie została przekazana.

5. Koszty administracyjne

Wartość kosztów administracyjnych, w planie finansowym NFZ na 2013 r. po zmianach, wyniosła 689.137 tys. zł, a ich realizacja 606.659,85 tys. zł, co stanowiło 0,94% łącznych kosztów Funduszu. Były one wyższe niż w 2012 r.

⁸⁵ Kwota ta obejmuje sumę należności warunkowych Funduszu za 2012 r. i 2013 r. Kwota ta obejmuje również należności z tytułu świadczeń udzielonych przez lekarzy POZ w 2013 r. dzieciom do 18 roku życia, które według Centralnego Wykazu Ubezpieczonych nie zostały zgłoszone do ubezpieczenia.

Tabela nr 7

Koszty administracyjne w roku 2013 w porównaniu do 2012 rok

Koszty administracyjne	Wykonanie 2012 r.	Plan na 2013 r. „pierwotny”	Plan na 2013 r. „ostateczny”	Wykonanie 2013 r.	Różnica (wyk. - plan)	% realizacji planu	Dynamika 2013/2012 w [%]
1	2	3	4	5	6	7	8
Zużycie materiałów i energii	18.903,16	26.253,00	27.968,00	19.592,72	-8.375,28	70,05	103,65
Usługi obce	134.778,44	156.690,00	154.901,00	131.026,28	-23.874,72	84,59	97,22
Podatki i opłaty	3.324,37	4.694,00	4.762,00	3.255,76	-1.506,24	68,37	97,94
Wynagrodzenia	305.105,05	305.966,00	310.716,00	309.462,13	-1.253,87	99,60	101,43
Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia	61.942,81	68.817,00	69.754,00	63.406,13	-6.347,87	90,90	102,36
Koszty funkcjonowania Rady Funduszu	20,20	50,00	50,00	15,18	-34,82	30,36	75,15
Amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych	81.948,92	113.546,00	113.549,00	76.088,54	-37.460,46	67,01	92,85
Pozostałe koszty	3.352,94	6.578,00	7.437,00	3.813,11	-3.623,89	51,27	113,72
Razem	609.375,89	682.594,00	689.137,00	606.659,85	-82.477,15	88,03	99,55

Źródło: Wykonano w NFZ na potrzeby NIK.

W roku 2013, podobnie jak w latach poprzednich, najwyższy udział w łącznej puli kosztów administracyjnych stanowiły koszty wynagrodzeń (51,01%) oraz koszty usług obcych (21,59%).

Przeciętne zatrudnienie, w przeliczeniu na pełne etaty wyniosło w 2013 r. 5.083,09 i było wyższe o 26,82 etatu w stosunku do 2012 r. Z kolei przeciętne miesięczne wynagrodzenie przypadające na etat wynosiło 5.054,77 zł i było wyższe niż w 2012 r. o 31,29 zł.

Tabela nr 8

Koszty wynagrodzeń oraz przeciętne wynagrodzenia w NFZ

Wyszczególnienie	Wykonanie 2012 r.			2013 r.			
	Przeciętne zatrudnienie w przeliczeniu na etaty	Wynagrodzenie	Przeciętne miesięczne wynagrodzenie przypadające na etat	Plan		Wykonanie	
				Zatrudnienie na pełne etaty	Wynagrodzenie	Przeciętne zatrudnienie w przeliczeniu na etaty	Wynagrodzenie
	etaty	tys. zł	zł	IV kw. 2012 r.	IV kw. 2013 r.	tys. zł	tys. zł
Ogółem	Kierownictwo Funduszu – Prezes NFZ i zastępcy	3,11	535,34	14870,56	4,00	4,00	752,72
	Dyrektorzy oddziałów i zastępcy	64,53	10392,74	13 928,30	63,00	62,33	10306,27
	Kadra kierownicza	786,83	76030,20	7 979,66	810,70	762,50	73 610,27
	Pozostali pracownicy	4 201,80	212240,39	4309,46	4 338,30	4 254,26	223656,66
	Razem	5056,27	299198,67	5023,48	5192,93	5181,75	309 272,00
Centrala	Kierownictwo Funduszu – Prezes NFZ i zastępcy	3,11	592,02	15 863,34	4,00	4,00	752,72
	Kadra kierownicza	88,38	10 861,85	10241,62	95,50	89,88	11 338,54
	Pozostali pracownicy	275,05	19587,65	5934,57	316,60	282,30	19577,21
	Razem	366,54	31 041,52	7057,33	407,10	376,18	31 668,47
Oddziały łącznie	Dyrektorzy oddziałów i zastępcy	64,53	10877,90	14 047,60	63,00	62,32	10306,27
	Kadra kierownicza	698,45	62515,17	7458,80	680,95	672,62	62 271,7
	Pozostali pracownicy	3926,75	199506,24	4 233,91	4 021,70	3971,96	204 079,4
	Razem	4689,73	272 899,31	4849,24	4 765,65	4706,91	276 657,4
							4 898,07

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

Źródło: Wykonano w NFZ na potrzeby NIK.

Zgodnie z rzeczowym planem wydatków inwestycyjnych, zaplanowane wydatki w 2013 r. wynosiły 111.402,17 tys. zł, z tego wydatkowano 94.208,77 tys. zł (84,57%), a zadania o wartości 4.033,66 tys. zł (3,62%) były w trakcie realizacji⁸⁶.

6. Pozostałe wybrane koszty

W 2013 r. Fundusz zapłacił kary, grzywny i odszkodowania w łącznej wysokości 236,83 tys. zł oraz dokonał odpisu aktualizującego należności w kwocie 12.574,87 tys. zł. Ponadto Fundusz poniósł w 2013 r. koszty finansowe w wysokości 35.111,91 tys. zł (30,30% planu), w tym odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań wynikających z prawomocnych wyroków sądowych w kwocie 4.411,83 tys. zł.

7. Zobowiązania

Zobowiązania zewnętrzne na koniec 2013 r. wyniosły 6.091.535,09 tys. zł (w 2012 r. – 5.564.113 tys. zł), z czego zobowiązania wobec świadczeniodawców i aptek wynosiły 5.994.720,30 tys. zł (w 2012 r. – 5.505.417,4 tys. zł)⁸⁷.

Na koniec 2013 r. NFZ nie posiadał zobowiązań wymagalnych. Fundusz zapłacił odsetki od zobowiązań wymagalnych w kwocie 390,09 zł (oprócz tych, które wynikały z wyroków sądowych)⁸⁸.

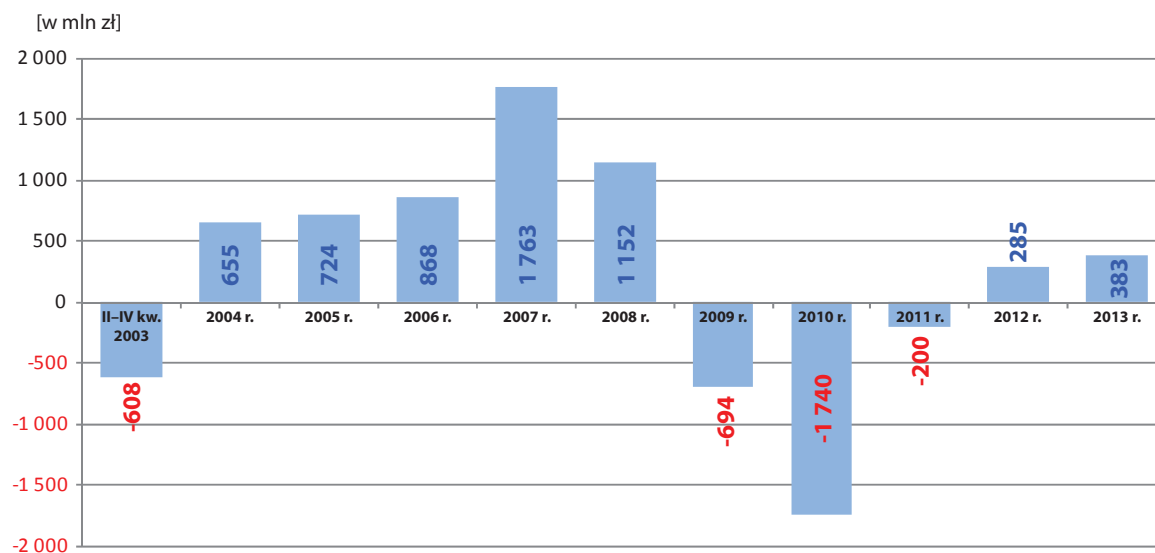
Kwota nieuregulowanych płatności Funduszu wobec instytucji łącznikowych, za świadczenia zdrowotne z tytułu przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, na koniec 2013 r. wynosiła łącznie 221.241,23 tys. zł⁸⁹.

3.2.6.3. Wynik finansowy

Odnutowany na koniec 2013 r. wynik finansowy NFZ wyniósł 382.825,45 tys. zł.

Wykres nr 8

Wyniki finansowe NFZ w latach 2003–2013



Źródło: „Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 rok”.

⁸⁶ Na dzień 25 stycznia 2014 r.

⁸⁷ Dane ze sprawozdania FM-01.

⁸⁸ Odsetki w kwocie 370,65 zł zapłacono na podstawie protokołu kontroli ZUS (odsetkami zostali obciążeni byli zleceniobiorcy Centrali NFZ; do dnia 23 maja 2014 r. nie zwrócono jeszcze kwoty 207,66 zł). Odsetki w wysokości 19,44 zapłacono na rzecz ENEA S.A. Poznań. Kwotę tę wpłacił pracownik w dniu 2 grudnia 2013 r., którego działanie spowodowało naliczenie odsetek.

⁸⁹ Według danych na maj 2014 r.

Wynik finansowy NFZ wynikał z niższej niż planowana realizacji łącznego planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej NFZ o 1.795.555,12 tys. zł, w tym w głównej mierze całkowitego budżetu na refundację o 1.309.100,00 tys. zł oraz w pozostałych rodzajach świadczeń zdrowotnych, w łącznej wysokości 486.455,12 tys. zł. Stało się tak pomimo wprowadzanych w ciągu roku przez oddziały wojewódzkie Funduszu zmian zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, poprzez ich aneksowanie lub prowadzenie nowych, bądź uzupełniających postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Znalazło to odzwierciedlenie w wyniku finansowym Funduszu za 2013 r.

Pozostałe czynniki kształtujące poziom wyniku finansowego Funduszu w roku 2013 to w szczególności:

- wyższa niż planowano realizacja:
 - przychodów ze składek z lat ubiegłych o 331.372,51 tys. zł,
 - wyniku na pozostałej działalności o 552.855,63 tys. zł,
 - wyniku na działalności finansowej o 120.754,20 tys. zł,
- niższa niż planowano realizacja:
 - przychodów brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazywanych przez ZUS, łącznie o 2.180.204,59 tys. zł,
 - przychodów z dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 21, 3 i 3b ustawy o 65.603,55 tys. zł,
 - przychodów wynikających z przepisów o koordynacji o 26.381,76 tys. zł,
 - kosztów poboru i ewidencjonowania składek o 1.211,89 tys. zł,
 - kosztów administracyjnych o 82.477,15 tys. zł,
 - dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego o 1.796,70 tys. zł,
 - kosztów realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego o 1.796,70 tys. zł.

Realizację planu finansowego NFZ w 2013 r. przedstawiono w Załącznikach:

- Nr 3 „Porównanie „pierwotnego” planu finansowego NFZ na 2013 r. zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 14 sierpnia 2012 r. z planem ostatecznym, z uwzględnieniem przesunięć środków”,
- Nr 4 „Wykonanie planu finansowego NFZ w 2013 r.”, oraz
- Nr 5 „Koszty świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba zawartych umów”.

W związku z kontrolą wykonania planu finansowego NFZ w 2012 r. NIK w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 26 lipca 2013 r. skierowanym do Prezesa NFZ przedstawiła cztery wnioski pokontrolne dotyczące:

- 1) kontynuacji działań zmierzających do poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów oraz wyceny świadczeń kontraktowanych przez Fundusz uwzględniające rzeczywiste koszty ich wytworzenia;
- 2) kontynuacji uwzględniania przez Fundusz, w planowanych kontrolach świadczeniodawców, zagadnień dotyczących prawidłowości kwalifikowania świadczeń wykazywanych jako ratujące życie;
- 3) rzetelnego planowania „kosztów finansowych”;
- 4) określania mierników realizacji priorytetów zdrowotnych w oparciu o wiarygodne i w łatwo dostępne dane umożliwiające określenie stopnia realizacji celu.

Z uwagi na fakt, iż Prezes NFZ otrzymał powyższe wnioski w trakcie realizacji planu finansowego na 2013 r. pełna ocena ich wykonania możliwa będzie począwszy od roku 2014, w trakcie kolejnej kontroli NIK. Najwyższa Izba Kontroli zauważa, że część z nich była realizowana już w 2013 r., a podjęte przez Fundusz działania były konsekwencją wniosków NIK sformułowanych w latach wcześniejszych. Dotyczyło to w szczególności kontynuowania prac związanych z wyceną świadczeń, uwzględniającą rzeczywiste koszty ich udzielania przez świadczeniodawców. Zobowiązano również dyrektorów OW NFZ do uwzględnienia, w planowanych kontrolach świadczeniodawców, zagadnień dotyczących prawidłowości kwalifikowania świadczeń wykazywanych jako ratujące życie (pismo z dnia 3 grudnia 2013 r.).

5.1 Przygotowanie kontroli

Przeprowadzona kontrola poprzedzona była kontrolą wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2012 roku, przeprowadzoną w Centrali NFZ i w 4 oddziałach wojewódzkich NFZ.

5.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 17 marca do czerwca 25 lipca 2014 r. W wystąpieniach pokontrolnych oceniono realizację zadań Funduszu w ramach planu finansowego oraz wskazano ujawnione nieprawidłowości, formułując wnioski zmierzające do ich usunięcia.

W wystąpieniach pokontrolnych sformułowano łącznie 19 wniosków pokontrolnych. Wnioski pokontrolne adresowane do Prezesa NFZ dotyczyły m.in.:

- 1) podjęcia działań zmierzających do poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów oraz kontynuację działań związanych z wyceną świadczeń kontraktowanych przez Fundusz, uwzględniając rzeczywiste koszty ich wytworzenia;
- 2) rzetelnego weryfikowania uprawnień do świadczeń finansowanych ze środków publicznych w podstawowej opiece zdrowotnej;
- 3) opracowania wieloletnich, ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych, uwzględnianych w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych;
- 4) przyśpieszenia prac nad budową i wdrożeniem Rejestru Usług Medycznych II;
- 5) precyzyjnego planowania i szacowania kosztów finansowych.

Wnioski pokontrolne adresowane do dyrektorów oddziałów wojewódzkich dotyczyły m.in.:

- 1) oszacowania potrzeb na świadczenia zdrowotne niedostępne na terenie działania oddziału, jak również podjęcia działań zmierzających do rozszerzenia zakresu kontraktowanych świadczeń, o powyższe usługi medyczne;
- 2) zwiększenia liczby kontroli świadczeniodawców w zakresie realizacji przez nich umów z Funduszem;
- 3) wykorzystania dostępnych instrumentów prawnych w celu dyscyplinowania podmiotów ubiegających się o wykonywanie świadczeń zdrowotnych i realizujących te świadczenia w przypadku podawania w składanych ofertach nieprawdziwych informacji lub nieterminowego przekazywania sprawozdań dotyczących kolejek oczekujących na udzielenie świadczeń;
- 4) wyegzekwowania zwrotu kwot refundacji leków, zakwestionowanych w wyniku przeprowadzonych przez oddziały kontroli aptek i ordynacji lekarskich;
- 5) zamieszczania w dokumentacji dotyczącej postępowań o udzielanie świadczeń propozycji komisji konkursowych, sporządzanych zgodnie z wewnętrznymi procedurami Funduszu, w zakresie liczby i ceny świadczeń;
- 6) rzetelnego weryfikowania i eliminowania nakładania się czasu pracy personelu medycznego udzielającego świadczeń u różnych świadczeniodawców.

5.3 Finansowe rezultaty kontroli

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości wyniosły łączne 517.766,65 tys. zł. Kwota ta obejmowała:

- 728,03 tys. zł wydatkowanych z naruszeniem prawa polegającym na nieodrzuconiu oferty ZOZ w Busku-Zdroju, mimo iż oferent nie spełnił jednego z wymaganych warunków określonych, na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 149 ust. 1 pkt 7 ww. ustawy, powyższa oferta, niespełniająca wymaganych warunków określonych w przepisach prawa oraz warunków określonych przez Prezesa Funduszu na podstawie art. 146 ust. 1 pkt 3 tej ustawy, winna być odrzucona (str. 17),
- 511.601 tys. zł wydatkowanych z naruszeniem prawa polegającym na sfinansowaniu świadczeń POZ, rozliczanych na podstawie stawki kapitacyjnej, osobom, co do których nie można było potwierdzić ubezpieczenia lub uprawnień do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z art. 2 ustawy o świadczeniach, prawo do uzyskania świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych mają ściśle określone osoby (str. 35).
- 5.437,62 tys. zł wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami publicznymi, polegające m.in. na rozliczeniu świadczenia wykazanego przez świadczeniodawcę, choć osoba ta zmarła lub została uprzednio wykreślona z Centralnego Wykazu Ubezpieczonych (str. 34).

Łączne wydatki na leczenie 2013 (za wyjątkiem świadczeń finansowanych ryczałtem i kapitałą)
Odnoszą się do świadczeń: POZ – nocna i świąteczna opieka medyczna, AOZ, LSZ – bez SOR i IP, REH, STM, UZD, PRO, SOK, ZPO, refundacja leków, ŚPiO, OPH)

WIEK	Liczba osób uprawnionych do świadczeń		Liczba osób, które korzystały ze świadczeń		Liczba udzielonych świadczeń		Wydatki całkowite na świadczenia (w zł)	
	K	M	K	M	K	M	K	M
0	162 030	170 924	360 773	382 837	2 671 484	2 994 036	742 563 733	893 190 169
1	196 159	207 652	205 814	218 653	3 329 280	3 922 701	271 724 586	353 206 981
2	197 876	209 550	187 960	199 646	2 430 101	2 810 866	133 199 362	173 045 209
3	210 899	223 187	192 624	205 126	2 462 513	2 818 492	121 812 403	153 757 666
4	214 987	225 727	197 824	208 549	2 713 813	3 112 466	122 668 814	168 329 533
5	212 844	223 339	197 947	208 134	2 654 381	3 069 053	122 290 672	155 607 812
6	198 630	208 957	182 981	193 229	2 305 617	2 690 892	107 545 458	146 803 242
7	188 347	198 527	170 248	180 148	1 883 258	2 216 392	99 351 517	132 405 585
8	181 670	190 976	159 832	168 838	1 607 253	1 861 031	94 632 873	122 742 824
9	175 500	185 493	160 045	169 258	1 594 215	1 772 745	94 759 253	113 523 414
10	172 497	181 506	158 478	166 849	1 582 830	1 733 385	100 507 181	117 646 862
11	173 679	183 023	150 707	158 754	1 431 157	1 547 658	101 508 172	121 223 505
12	179 932	189 427	154 326	161 746	1 402 272	1 499 015	106 673 297	121 353 961
13	184 871	194 598	169 655	177 981	1 456 119	1 557 174	107 076 062	118 004 416
14	187 356	196 783	163 694	170 428	1 385 261	1 415 141	117 469 377	123 873 459
15	192 378	203 081	161 421	165 787	1 384 072	1 327 867	130 411 986	139 499 342
16	200 999	211 016	178 369	180 854	1 547 862	1 395 614	142 179 640	146 177 298
17	209 155	220 029	184 667	186 090	1 676 315	1 430 684	155 620 579	156 878 851
18	211 884	221 373	195 101	193 379	1 755 391	1 371 553	143 562 622	128 430 638
19	203 865	207 260	200 814	185 793	1 648 746	1 160 951	125 939 614	108 808 329
20	207 064	207 645	196 888	174 850	1 569 069	1 027 550	132 680 826	111 043 585
21	211 940	209 510	199 227	167 033	1 630 645	996 466	146 502 520	108 671 950
22	222 474	219 737	209 039	174 014	1 745 501	1 059 555	160 144 258	120 055 855
23	227 963	224 071	212 750	174 984	1 815 171	1 079 817	173 001 864	125 128 171
24	230 221	225 483	212 229	173 299	1 843 856	1 073 071	182 994 573	122 826 711
25	237 453	233 652	215 646	174 249	1 989 967	1 103 207	204 810 616	135 242 288
26	239 297	237 943	215 120	174 741	2 001 124	1 119 421	214 310 321	131 854 570
27	246 072	246 078	223 122	181 388	2 117 924	1 193 104	236 473 492	141 519 110
28	261 181	262 644	236 043	192 579	2 274 792	1 301 633	260 927 474	155 635 252
29	268 312	269 790	241 706	197 961	2 366 415	1 364 955	269 984 292	166 425 192
30	276 367	277 264	247 705	202 945	2 449 698	1 437 902	274 279 078	174 458 761
31	266 532	269 424	238 549	197 330	2 371 757	1 434 577	260 578 598	170 214 095
32	256 114	257 375	229 120	189 126	2 291 245	1 409 032	243 741 995	167 366 459
33	261 799	261 491	234 079	193 138	2 386 568	1 457 722	246 456 451	173 324 186
34	261 381	262 406	233 074	193 826	2 394 843	1 506 063	240 241 495	179 412 260
35	257 626	256 789	229 236	190 558	2 411 515	1 517 937	242 072 941	180 714 779
36	257 488	257 234	227 931	189 866	2 425 130	1 546 057	238 105 979	179 577 488
37	260 881	259 127	229 315	190 848	2 487 993	1 579 990	234 741 232	185 199 775
38	253 375	251 615	222 167	185 183	2 463 510	1 578 820	228 389 282	184 375 328
39	245 240	244 436	215 314	179 365	2 432 914	1 568 488	218 581 012	186 705 090
40	237 264	235 437	208 170	174 430	2 435 233	1 578 478	220 071 199	181 596 078
41	229 265	227 928	200 774	168 392	2 429 613	1 571 611	213 855 505	185 805 393
42	221 842	218 270	194 536	162 345	2 396 134	1 561 862	212 062 863	187 390 813
43	215 196	212 592	189 235	159 828	2 436 846	1 592 584	215 508 444	185 791 129
44	208 919	204 576	184 420	154 190	2 459 530	1 598 013	214 587 039	189 424 956
45	205 254	201 674	181 975	154 282	2 550 149	1 666 429	223 093 018	196 611 426
46	204 056	199 958	181 282	153 502	2 639 972	1 721 117	228 825 577	205 575 565
47	206 086	200 976	183 599	154 645	2 757 626	1 778 459	251 367 676	213 099 976
48	209 406	203 656	187 104	157 297	2 909 511	1 884 577	263 774 946	232 399 638
49	215 009	208 385	192 759	162 396	3 129 470	2 014 858	278 274 729	249 549 291
50	221 270	212 018	204 159	166 794	3 440 766	2 158 291	306 642 238	270 069 200
51	224 803	214 289	204 948	169 390	3 575 370	2 292 307	326 421 848	287 920 292
52	235 069	222 114	216 699	177 042	3 959 976	2 480 339	355 282 697	318 412 811
53	250 681	234 083	231 074	188 136	4 412 645	2 755 908	394 052 351	354 450 349
54	268 743	250 192	248 510	203 670	4 889 193	3 122 963	440 800 644	415 966 306
55	280 160	258 453	259 857	212 577	5 278 545	3 391 629	476 111 250	452 826 937
56	287 104	262 039	266 700	217 696	5 553 925	3 634 285	501 205 960	490 156 981
57	286 229	259 543	265 971	217 984	5 667 234	3 796 525	519 976 228	517 959 799
58	290 778	261 613	270 862	222 013	5 939 319	4 029 422	541 827 329	563 944 544
59	282 198	250 060	262 953	214 001	5 889 841	4 050 259	545 568 858	566 215 482
60	285 147	247 282	263 453	213 655	5 986 805	4 194 122	560 610 603	588 824 137
61	284 408	242 306	261 508	209 724	6 135 384	4 215 162	582 543 577	601 662 656
62	282 157	235 714	259 756	205 089	6 342 514	4 258 520	599 917 650	615 633 844
63	268 815	224 397	248 794	196 624	6 300 414	4 214 518	602 304 442	609 536 878
64	258 363	212 257	239 434	186 489	6 259 789	4 120 149	600 789 587	606 418 739
65	249 244	205 392	231 931	180 262	6 285 708	4 094 370	609 326 896	610 284 056
66	232 705	189 072	217 370	167 288	6 056 718	3 951 830	582 831 765	583 573 018
67	211 889	168 554	198 609	149 717	5 735 063	3 693 749	555 216 853	553 828 497
68	152 100	117 964	142 884	105 938	4 200 218	2 661 530	418 502 256	399 068 578
69	150 224	113 576	141 356	101 732	4 202 355	2 603 949	421 032 498	398 777 920
70	144 840	107 737	135 998	97 241	4 083 761	2 557 729	411 863 363	386 733 074
71	141 598	102 466	133 426	93 013	4 060 553	2 488 037	403 483 137	379 661 762
72	150 249	106 257	141 783	96 397	4 394 239	2 602 280	440 003 810	403 559 150
73	156 336	106 627	147 584	97 174	4 545 885	2 650 083	466 100 133	412 629 647
74	155 746	103 030	147 515	94 239	4 594 062	2 628 563	466 249 480	408 004 741
75	153 918	98 878	146 077	90 897	4 580 336	2 552 118	469 159 718	395 503 179
76	152 428	95 564	145 238	88 529	4 595 070	2 536 271	478 276 531	392 952 118
77	151 129	91 589	144 226	84 939	4 567 443	2 477 406	479 513 491	383 372 099
78	145 122	85 532	138 656	79 930	4 422 317	2 362 584	467 460 658	358 847 083
79	137 419	78 175	131 428	72 991	4 169 469	2 170 041	439 622 392	328 470 535
80	129 618	72 027	123 940	67 554	3 867 336	1 998 729	410 662 782	293 734 655
81	129 587	68 458	123 943	64 208	3 820 402	1 917 059	401 020 808	278 477 470
82	123 636	63 810	118 011	59 860	3 578 861	1 777 198	385 233 472	258 122 257
83	119 099	58 455	113 556	54 800	3 381 499	1 609 737	370 329 741	231 477 537
84	104 779	49 308	99 777	46 250	2 936 811	1 341 238	321 914 527	194 305 465
85	93 828	42 192	89 257	39 565	2 560 739	1 147 014	285 735 501	161 337 836
86	80 585	33 426	76 585	31 252	2 148 697	888 192	244 283 181	124 408 762
87	72 708	27 505	68 648	25 699	1 899 355	722 305	215 204 422	102 587 834
88	66 176	23 868	62 284	22 304	1 669 064	617 256	194 631 933	87 356 620
89	52 631	17 840	49 345	16 640	1 299 122	460 362	151 136 574	63 864 935
90	44 593	15 125	41 611	14 034	1 064 626	379 440	127 322 144	52 518 595
91	35 480	11 234	32 909	10 217	819 313	263 858	95 958 031	35 773 508
92	24 935	7 767	23 001	7 047	557 606	180 458	69 309 097	25 379 870
93	18 580	6 141	17 028	5 522	411 141	139 659	50 737 341	19 045 785
94	13 109	4 014	11 878	3 553	283 929	87 147	34 345 129	11 564 120
95	7 173	1 991	6 342	1 751	150 950	42 626	18 425 340	5 365 146
96	5 374	1 461	4 710	1 270	109 324	29 105	12 635 413	3 559 326
97	4 278	1 152	3 677	935	80 538	21 978	10 368 937	2 624 995
98	3 343	798	2 759	632	58 732	15 567	8 462 913	1 910 435
99	2 959	739	2 388	555	53 483	13 497	6 585 526	1 541 365
100+	5 250	1 228	4 095	977	87 060	19 845	10 631 892	2 472 699
Razem	18 585 098	16 964 796	17 229 695					

Porównanie łącznej liczby osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” i mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania odnotowanej w poszczególnych województwach w wybranych komórkach organizacyjnych świadczeniodawców

Oddział wojewódzki NFZ	Poradnie okulistyczne				Poradnie kardiologiczne				Poradnie chirurgii urazowo-ortopedycznej				Poradnie neurologiczne				Poradnie urologiczne				Działy fizjoterapii				Poradnie endokrynologiczne				Oddziały rehabilitacyjne				
	2013 r.		2012 r.		2013 r.		2012 r.		2013 r.		2012 r.		2013 r.		2012 r.		2013 r.		2012 r.		2013 r.		2012 r.		2013 r.		2012 r.		2013 r.		2012 r.		
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	
Dolnośląski	31	51.973	21	47.874	55	17.744	49	12.053	34	27.326	26	26.459	33	27.807	28	22.815	43	11.717	44	12.058	84	65.025	70	35.972	179	7.228	122	6.639	399	27.356	440	21.678	
	76	21.282	54	27.034	83	7.611	53	15.913	30	6.176	30	6.771	55	9.608	42	15.176	70	5.034	68	6.785	78	48.848	61	34.968	113	6.666	83	8.807	389	5.478	184	4.716	
	20	19.669	15	15.351	36	7.803	39	5.304	26	7.517	17	5.085	16	7.283	9	5.827	29	6.482	27	4.001	54	33.534	38	24.524	67	8.216	54	3.988	183	2.936	176	3.231	
	38	10.498	32	9.594	85	3.546	80	2.970	33	3.778	24	4.012	41	3.923	39	4.290	54	2.368	43	3.124	53	19.023	49	14.840	82	2.141	68	2.158	350	1.830	318	1.606	
Łódzki	15	12.510	10	11.938	77	6.467	56	5.799	21	4.848	15	3.657	17	5.829	16	3.905	19	3.718	15	2.646	49	33.142	34	28.024	59	3.608	66	2.442	187	2.600	163	2.415	
	54	14.553	51	14.311	87	9.678	85	9.773	41	10.352	33	8.192	44	7.827	34	6.684	61	4.837	60	3.742	89	75.711	77	60.416	124	6.613	100	5.142	256	21.989	249	19.838	
	41	32.548	37	30.581	84	18.017	78	18.727	36	16.212	29	15.911	40	15.019	36	13.826	42	7.414	38	9.274	57	54.244	47	54.370	102	11.294	102	11.011	344	10.904	227	9.419	
	35	7.609	34	3.193	106	5.087	107	3.022	31	3.334	32	3.566	42	4.731	30	1.980	48	1.158	31	1.388	60	13.998	46	14.033	145	2.590	196	2.075	485	1.523	331	1.895	
Podkarpacki	27	8.045	25	8.521	58	3.390	66	3.542	23	2.654	21	2.278	21	3.740	16	3.044	22	2.221	37	2.229	52	44.018	45	39.605	72	1.957	79	2.051	151	3.069	139	2.080	
	15	4.487	0	5.062	85	5.646	93	5.290	0	854	0	934	18	4.365	10	2.871	50	1.570	54	1.011	39	12.279	32	6.937	96	5.938	79	6.007	81	927	50	724	
	35	21.068	31	16.216	40	9.111	48	10.952	22	8.710	28	7.653	26	12.280	31	10.105	29	5.724	40	5.172	35	22.280	26	15.838	70	6.536	119	3.324	216	5.130	199	4.116	
	47	42.881	46	47.023	106	16.786	98	16.986	27	15.553	25	12.781	33	16.256	31	15.008	67	11.959	61	11.657	84	63.880	70	51.528	151	10.709	144	12.061	448	34.363	370	31.297	
Świętokrzyski	13	3.138	16	5.097	103	1.949	62	1.770	11	1.059	13	1.214	4	1.157	8	1.489	20	1.076	56	2.626	43	18.936	37	13.444	82	1.361	93	1.128	322	8.514	179	6.856	
	58	17.123	51	14.281	106	5.155	81	4.418	23	8.008	22	6.294	38	7.221	27	5.223	80	6.014	74	2.911	40	25.218	31	19.685	104	4.264	117	3.711	147	1.499	20	1.190	
	71	33.311	36	25.951	86	13.656	66	10.450	31	13.646	29	11.339	32	10.649	26	10.308	35	6.162	31	6.916	81	56.332	64	41.382	106	7.685	89	6.474	246	12.116	196	11.257	
	30	15.152	30	13.300	76	9.880	78	8.479	27	6.882	28	6.932	17	4.795	16	5.768	45	3.781	43	5.150	51	25.266	60	18.901	136	4.554	153	3.381	334	9.909	285	8.744	
Średnio		40	X	32	X	79	X	70	X	29	X	25	X	30	X	26	X	45	X	45	X	61	X	51	X	105	X	93	X	255	X	229	X

A – mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na koniec roku;

B – liczba osób oczekujących na koniec roku.

Źródło: Wykonano w NFZ na potrzeby NIK.
Dane pochodzą ze „Sprawozdania z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2013 roku oraz grudzień 2012 roku”.

Porównanie pierwotnego planu finansowego NFZ na 2013 r. zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 14 sierpnia 2012 r. z planem ostatecznym, z uwzględnieniem przesunięć środków

Poz.	Wyszczególnienie	Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 rok	Zmiany ogółem	Plan obowiązujący	Zmiana	
					Różnica	Dynamika
1	Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki (1.1 + 1.2), w tym:	64 237 866	0	64 237 866	0	100,00%
1.1	od ZUS	61 009 273	0	61 009 273	0	100,00%
1.2	od KRUS	3 228 593	0	3 228 593	0	100,00%
2	Planowany odpis aktualizujący składkę należną (2.1 + 2.2), w tym:	0	0	0	0	-
2.1	w stosunku do ZUS	0	0	0	0	-
2.2	w stosunku do KRUS	0	0	0	0	-
3	Przychody ze składek z lat ubiegłych (3.1 + 3.2), w tym:	100 000	0	100 000	0	100,00%
3.1	od ZUS	100 000	0	100 000	0	100,00%
3.2	od KRUS	0	0	0	0	-
4	Koszt poboru i ewidencjonowania składek (4.1 + 4.2), w tym:	123 531	0	123 531	0	100,00%
4.1	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS	120 798	0	120 798	0	100,00%
4.2	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez KRUS	2 733	0	2 733	0	100,00%
A	Przychody netto z działalności (1 - 2 + 3 - 4) + A1 + A2 + A3 + A4	66 423 581	-3 598	66 419 983	-3 598	99,99%
A1	przychody wynikające z przepisów o koordynacji	152 265	0	152 265	0	100,00%
A2	przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	0	0	0	0	-
A3	dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy	217 089	0	217 089	0	100,00%
A4	dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 839 892	-3 598	1 836 294	-3 598	99,80%
B	Koszty realizacji zadań (B1 + B2 + B3 + B4)	65 456 971	252 861	65 709 832	252 861	100,39%
B1	Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	642 379	-642 379	0	-642 379	0,00%
B2	Koszty świadczeń opieki zdrowotnej (B2.1 + ... + B2.18), w tym:	62 974 700	898 838	63 873 538	898 838	101,43%
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	7 633 992	9 500	7 653 832	19 840	100,26%
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5 092 112	31 460	5 298 014	205 902	104,04%
B2.3	leczenie szpitalne, w tym:	27 239 234	777 253	31 018 291	3 779 057	113,87%
B2.3.1	programy terapeutyczne (lekowe)	1 923 499	3 800	2 372 302	448 803	123,33%
B2.3.1.1	leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi	1 716 786	0	2 168 496	451 710	126,31%
B2.3.2	chemioterapia, w tym:	1 344 999	11 356	1 339 802	-5 197	99,61%
B2.3.2.1	leki stosowane w chemioterapii	671 306	0	565 869	-105 437	84,29%
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2 032 467	7 485	2 257 527	225 060	111,07%

B2.5	rehabilitacja lecznicza	1 931 357	8 117	2 084 178	152 821	107,91%
B2.6	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1 038 767	7 504	1 082 103	43 336	104,17%
B2.7	opieka paliatywna i hospicyjna	340 729	7 521	359 860	19 131	105,61%
B2.8	leczenie stomatologiczne	1 774 433	809	1 788 022	13 589	100,77%
B2.9	lecnictwo uzdrowiskowe	622 327	325	609 801	-12 526	97,99%
B2.10	pomoc doraźna i transport sanitarny	46 938	0	44 604	-2 334	95,03%
B2.11	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	176 268	1 148	164 982	-11 286	93,60%
B2.12	świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	1 544 488	15 486	1 674 868	130 380	108,44%
B2.13	zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	864 781	0	726 361	-138 420	83,99%
B2.14	refundacja cen leków, w tym:	8 286 496	0	8 166 718	-119 778	98,55%
B2.14.1	refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	8 249 669	0	8 125 006	-124 663	98,49%
B2.14.2	refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy	27 382	0	31 368	3 986	114,56%
B2.14.3	refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy	9 445	0	10 344	899	109,52%
B2.15	rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji	482 270	0	482 270	0	100,00%
B2.16	rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków, w tym:	6 868	-6 868	0	-6 868	0,00%
B2.16.1	rezerwa, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 2 lit. c ustawy	0	0	0	0	-
B2.17	rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych	3 475 633	0	0	-3 475 633	0,00%
B2.18	koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych	385 540	39 098	462 107	76 567	119,86%
B3	Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	0	0	0	0	-
B4	Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 839 892	-3 598	1 836 294	-3 598	99,80%
Bn	Całkowity budżet na refundację (B2.3.1.1 + B2.3.2.1 + B2.14 + B2.16.1)	10 674 588	0	10 901 083	226 495	102,12%
C	Wynik na działalności (A - B)	966 610	-256 459	710 151	-256 459	73,47%
D	Koszty administracyjne (D1 + ... + D9), w tym:	682 594	6 543	689 137	6 543	100,96%
D1	zużycie materiałów i energii	26 253	29	27 968	1 715	106,53%
D2	usługi obce	156 690	816	154 901	-1 789	98,86%
D3	podatki i opłaty, w tym:	4 694	0	4 762	68	101,45%
D3.1	podatki stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego, w tym:	576	0	576	0	100,00%
D3.1.1	podatek od nieruchomości	550	0	550	0	100,00%
D3.3	VAT	35	0	47	12	134,29%
D3.5	wpłaty na PFRON	3 627	0	3 524	-103	97,16%
D3.6	inne	318	0	261	-57	82,08%

Poz.	Wyszczególnienie	Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 rok	Zmiany ogółem	Plan obowiązujący	Zmiana	
					Różnica	Dynamika
D4.1	wynagrodzenia bezosobowe	1 401	25	1 444	43	103,07%
D5	ubezpieczenie społeczne i inne świadczenia, w tym:	68 817	925	69 754	937	101,36%
D5.1	składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych	52 521	809	53 238	717	101,37%
D5.2	składki na Fundusz Pracy	7 500	114	7 484	-16	99,79%
D5.3	składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	0	0	0	0	-
D5.4	pozostałe świadczenia	8 796	2	9 032	236	102,68%
D6	koszty funkcjonowania Rady Funduszu	50	0	50	0	100,00%
D7	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych zakupionych ze środków własnych Funduszu	113 546	3	113 549	3	100,00%
D9	pozostałe koszty administracyjne	6 578	20	7 437	859	113,06%
E	Pozostałe przychody	91 842	1 199	93 041	1 199	101,31%
F	Pozostałe koszty (F1+ ... +F4), w tym:	350 081	-5 669	344 412	0	98,38%
F1	wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia (w tym części stałych i zamiennych książeczek usług medycznych) oraz recept	1 483	0	1 483	0	100,00%
F2	rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych	319 554	0	319 554	0	100,00%
F3	inne rezerwy	7 514	-5 669	1 845	0	24,55%
F4	inne koszty	21 530	0	21 530	0	100,00%
G	Przychody finansowe (G1 + G2), w tym:	90 114	0	90 114	0	100,00%
G1	odsetki uzyskane z lokat	90 114	0	90 114	0	100,00%
G2	inne przychody finansowe	0	0	0	0	-
H	Koszty finansowe	115 891	0	115 891	0	100,00%
I	Wynik brutto na całokształcie działalności (C - D + E - F + G - H)	0	-256 134	-256 134	-256 134	-
J	Zyski i straty nadzwyczajne (J1 - J2)	0	0	0	0	-
J1	zyski nadzwyczajne – wielkość dodatnia	0	0	0	0	-
J2	straty nadzwyczajne – wielkość ujemna	0	0	0	0	-
K	Wynik finansowy ogółem brutto (I + J)	0	-256 134	-256 134	-256 134	-
L	Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego (w tym CIT)	0	0	0	0	-
M	Wynik finansowy ogółem netto (K - L)	0	-256 134	-256 134	-256 134	-
N	Przychody – ogółem	66 729 068	-2 399	66 726 669	-2 399	100,00%
O	Koszty – ogółem	66 729 068	253 735	66 982 803	253 735	100,38%

Źródło: Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 rok.

Wykonanie planu finansowego NFZ w 2013 r. (tys. zł)

Poz.	Wyszczególnienie	Obowiązujący plan finansowy NFZ na 2013 r.	Wykonanie planu finansowego NFZ za 2013 r.	Różnica (poz. 3 - poz. 4)	Udział wykonania (poz. 4/poz. 3) (w %)
1	2	3	4	5	6
1	Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki (1.1 + 1.2), w tym:	64 237 866,00	62 084 161,56	2 153 704,44	96,65%
1.1	od ZUS	61 009 273,00	58 829 068,41	2 180 204,59	96,43%
1.2	od KRUS	3 228 593,00	3 255 093,15	-26 500,15	100,82%
2	Planowany odpis aktualizujący składkę należną (2.1 + 2.2), w tym:	0,00	0,00	0,00	-
2.1	w stosunku do ZUS	0,00	0,00	0,00	-
2.2	w stosunku do KRUS	0,00	0,00	0,00	-
3	Przychody ze składek z lat ubiegłych (3.1 + 3.2), w tym:	100 000,00	431 372,51	-331 372,51	431,37%
3.1	od ZUS	100 000,00	449 539,83	-349 539,83	449,54%
3.2	od KRUS	0,00	-18 167,32	18 167,32	-
4	Koszt poboru i ewidencjonowania składek (4.1 + 4.2), w tym:	123 531,00	122 319,11	1 211,89	99,02%
4.1	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS	120 798,00	119 532,97	1 265,03	98,95%
4.2	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez KRUS	2 733,00	2 786,14	-53,14	101,94%
A	Przychody netto z działalności (1 - 2 + 3 - 4) + A1 + A2 + A3 + A4	66 419 983,00	64 505 503,65	1 914 479,35	97,12%
A1	przychody wynikające z przepisów o koordynacji	152 265,00	125 883,24	26 381,76	82,67%
A2	przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	0,00	422,70	-422,70	-
A3	dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy	217 089,00	151 485,45	65 603,55	69,78%
A4	dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołu ratownictwa medycznego	1 836 294,00	1 834 497,30	1 796,70	99,90%
B	Koszty realizacji zadań (B1 + B2 + B3 + B4)	65 709 832,00	63 912 480,18	1 797 351,82	97,26%
B1	Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	0,00	0,00	0,00	-
B2	Koszty świadczeń opieki zdrowotnej (B2.1+ ... +B2.18), w tym:	63 873 538,00	62 077 982,88	1 795 555,12	97,19%
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	7 653 832,00	7 638 408,97	15 423,03	99,80%
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5 298 014,00	5 250 937,61	47 076,39	99,11%

Poz.	Wyszczególnienie	Obowiązujący plan finansowy NFZ na 2013 r.	Wykonanie planu finansowego NFZ za 2013 r.	Różnica (poz. 3 - poz. 4)	Udział wykonania (poz. 4/ poz. 3) (w %)
B2.3	leczenie szpitalne, w tym:	31 018 291,00	30 558 910,31	459 380,69	98,52%
B2.3.1	programy terapeutyczne (lekowe), w tym:	2 372 302,00	2 177 406,78	194 895,22	91,78%
B2.3.1.1	leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi	2 168 496,00	2 001 717,99	166 778,01	92,31%
B2.3.2	chemioterapia, w tym:	1 339 802,00	1 163 696,47	176 105,53	86,86%
B2.3.2.1	leki stosowane w chemioterapii	565 869,00	406 490,56	159 378,44	71,83%
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2 257 527,00	2 239 572,76	17 954,24	99,20%
B2.5	rehabilitacja lecznicza	2 084 178,00	2 073 520,41	10 657,59	99,49%
B2.6	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1 082 103,00	1 074 938,72	7 164,28	99,34%
B2.7	opieka paliatywna i hospicyjna	359 860,00	355 473,48	4 386,52	98,78%
B2.8	leczenie stomatologiczne	1 788 022,00	1 773 079,04	14 942,96	99,16%
B2.9	lecnictwo uzdrowiskowe	609 801,00	602 120,33	7 680,67	98,74%
B2.10	pomoc doraźna i transport sanitarny	44 604,00	43 641,23	962,77	97,84%
B2.11	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	164 982,00	152 475,51	12 506,49	92,42%
B2.12	świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	1 674 868,00	1 661 089,67	13 778,33	99,18%
B2.13	zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji	726 361,00	703 168,01	23 192,99	96,81%
B2.14	refundacja, w tym:	8 166 718,00	7 183 774,45	982 943,55	87,96%
B2.14.1	refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	8 125 006,00	7 167 023,29	957 982,71	88,21%
B2.14.2	refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy	31 368,00	12 883,21	18 484,79	41,07%
B2.14.3	refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy	10 344,00	3 867,95	6 476,05	37,39%
B2.15	rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji	482 270,00	341 821,11	140 448,89	70,88%
B2.16	rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundacji leków, w tym:	0,00	0,00	0,00	-
B2.16.1	rezerwa, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 2 lit. c ustawy	0,00	0,00	0,00	-

B2.17	rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych	0,00	0,00	0,00	-
B2.18	koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych	462 107,00	425 051,27	37 055,73	91,98%
B3	Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	0,00	0,00	0,00	-
B4	Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 836 294,00	1 834 497,30	1 796,70	99,90%
Bn	Całkowity budżet na refundację (B2.3.1.1 + B2.3.2.1 + B2.14 + B2.16.1)	10 901 083,00	9 591 983,00	1 309 100,00	87,99%
C	WYNIK NA DZIAŁALNOŚCI (A - B)	710 151,00	593 023,47	117 127,53	83,51%
D	Koszty administracyjne (D1+ ... +D9), w tym	689 137,00	606 659,85	82 477,15	88,03%
D1	zużycie materiałów i energii	27 968,00	19 592,72	8 375,28	70,05%
D2	usługi obce	154 901,00	131 026,28	23 874,72	84,59%
D3	podatki i opłaty, w tym:	4 762,00	3 255,76	1 506,24	68,37%
D3.1	podatki stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego, w tym:	576,00	446,24	129,76	77,47%
D3.1.1	podatek od nieruchomości	550,00	446,24	103,76	81,13%
D3.2	opłaty stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego	354,00	271,11	82,89	76,58%
D3.3	VAT	47,00	14,06	32,94	29,91%
D3.4	podatek akcyzowy	0,00	0,00	0,00	-
D3.5	wpłaty na PFRON	3 524,00	2 399,88	1 124,12	68,10%
D3.6	inne	261,00	124,47	136,53	47,69%
D4	wynagrodzenia, w tym:	310 716,00	309 462,13	1 253,87	99,60%
D4.1	wynagrodzenia bezosobowe	1 444,00	1 136,21	307,79	78,68%
D5	ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia, w tym:	69 754,00	63 406,13	6 347,87	90,90%
D5.1	składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych	53 238,00	50 158,68	3 079,32	94,22%
D5.2	składki na Fundusz Pracy	7 484,00	5 588,34	1 895,66	74,67%
D5.3	składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	0,00	0,00	0,00	-
D5.4	pozostałe świadczenia	9 032,00	7 659,11	1 372,89	84,80%
D6	koszty funkcjonowania Rady Funduszu	50,00	15,18	34,82	30,36%
D7	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych	113 549,00	76 088,54	37 460,46	67,01%
D8	pozostałe koszty administracyjne	7 437,00	3 813,11	3 623,89	51,27%
E	Pozostałe przychody	93 041,00	399 924,90	-306 883,90	429,84%
F	Pozostałe koszty (F1+ ... +F4)	344 412,00	98 440,27	245 971,73	28,58%

Poz.	Wyszczególnienie	Obowiązujący plan finansowy NFZ na 2013 r.	Wykonanie planu finansowego NFZ za 2013 r.	Różnica (poz. 3 - poz. 4)	Udział wykonania (poz. 4/poz. 3) (w %)
F1	wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia (w tym części stałych i zamiennych książeczek usług medycznych) oraz recept	1 483,00	677,41	805,59	45,68%
F2	rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych	319 554,00	81 023,83	238 530,17	25,36%
F3	inne rezerwy	1 845,00	180,06	1 664,94	9,76%
F4	inne koszty	21 530,00	16 558,97	4 971,03	76,91%
G	Przychody finansowe (G1+G2)	90 114,00	130 089,11	-39 975,11	144,36%
G1	odsetki uzyskane z lokat	90 114,00	82 869,16	7 244,84	91,96%
G2	inne przychody finansowe	0,00	47 219,95	-47 219,95	-
H	Koszty finansowe	115 891,00	35 111,91	80 779,09	30,30%
I	WYNIK BRUTTO NA CAŁOKSZTAŁCIE DZIAŁALNOŚCI (C - D + E - F + G - H)	-256 134,00	382 825,45	-638 959,45	-
J	Zyski i straty nadzwyczajne (J1 - J2)	0,00	0,00	0,00	-
J1	zyski nadzwyczajne – wielkość dodatnia	0,00	0,00	0,00	-
J2	straty nadzwyczajne – wielkość ujemna	0,00	0,00	0,00	-
K	WYNIK FINANSOWY OGÓŁEM BRUTTO (I + J)	-256 134,00	382 825,45	-638 959,45	-
L	Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego (w tym CIT)				
M	WYNIK FINANSOWY OGÓŁEM NETTO (K - L)	-256 134,00	382 825,45	-638 959,45	-
N	PRZYCHODY – ogółem	66 726 669,00	65 157 836,77	1 568 832,23	97,65%
O	KOSZTY – ogółem	66 982 803,00	64 775 011,32	2 207 791,68	96,70%

Źródło: Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 rok.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba zawartych umów (w tys. zł)

Rodzaj świadczenia opieki zdrowotnej (bez refundacji cen leków)	Liczba zawartych umów na 2013 r.	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2013 r.	Koszty realizacji świadczeń w 2013 r. ogółem	w tym koszty realizacji świadczeń na podstawie:										Wartość świadczeń ponadumownych wykonanych od 1.01. do 31.12.2013 r. nie ujętych w księgach rachunkowych
				umów wraz z zawartymi aneksami	indywidualnych decyzji Dyrektora Oddziału	wyroków sądowych i ugod zawartych przed sądem traktowanych równorzędnie jak wyroki	ugód zawartych w 2013 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+9+12	5	6	7	8	9	10	11	12	13		
Podstawowa opieka zdrowotna	10 878		7 638 408,97	7 626 363,41	4,10	318,06	25	52,54	1	0,09	11 670,86	0,00		
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	8 068		5 250 937,61	4 986 546,82	80,23	0,00	2 227	72 378,89	29	74 094,43	191 931,67	63 752,57		
Leczenie szpitalne	2 082		30 558 910,31	27 590 131,91	3 322,16	57,16	534	332 954,99	4	121,61	2 632 444,09	748 905,67		
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 594		2 239 572,76	1 966 082,86	0,00	0,00	385	18 364,14	5	13 719,55	255 125,76	14 266,67		
Rehabilitacja lecznicza	2 926		2 073 520,41	1 921 676,90	0,00	0,00	486	20 446,35	5	175,31	131 397,16	78 388,54		
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1 832		1 074 938,72	1 008 997,30	0,00	0,00	539	15 560,58	2	18 090,20	50 380,84	15 898,41		
Opieka paliatywna i hospicyjna	457		355 473,48	336 026,02	0,00	0,00	139	5 803,61	1	6 626,25	13 643,85	7 219,95		
Leczenie stomatologiczne	8 471		1 773 079,04	1 715 877,89	0,00	0,00	1 324	9 268,24	23	56 828,23	47 932,91	6 274,46		
Lecznictwo uzdrowiskowe	150		602 120,33	129 367,21	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	472 753,12	0,00		
Pomoc doraźna i transport sanitarny	32		43 641,23	43 003,54	632,63	0,00	0	0,00	0	0,00	5,06	0,00		
Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej, finansowanych ze środków Funduszu	737		152 475,51	147 597,83	0,00	0,00	105	855,28	0	0,00	4 022,40	155,93		
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	482		1 661 089,67	1 501 290,44	94,71	0,00	134	17 485,36	6	485 961,70	142 219,16	18 760,96		
Zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	3 934		703 168,01	703 185,17	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	-17,16	0,00		
Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	0		0,00	0,00	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00		
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	235		1 834 497,30	1 834 497,30	0,00	0,00	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00		
Razem	41 878	47 487 343,94	55 961 833,35	51 510 644,60	4 133,83	375,22	5 898	493 169,98	76	655 617,37	3 953 509,72	953 623,16		

Źródło: Wykonano w NFZ na potrzeby NIK.

Przychody uzyskane przez NFZ w 2013 r. z tytułu składki
od poszczególnych grup ubezpieczonych (dane na dzień 1 kwietnia 2014 r.)¹
(w zł)

Lp.	Kod tytułu ubezpieczenia ²	Tytuł ubezpieczenia	Średniomiesięczna wysokość składki w danej grupie ubezpieczonych obowiązkowo w przeliczeniu na osobę (na tytuł)	Suma przychodów NFZ z tytułu składki zdrowotnej od danej grupy ubezpieczonych obowiązkowo	Łączne koszty leczenia osób z danym tytułem ubezpieczeniowym
Ubezpieczeni w ZUS, w tym:					56 518 670 631,37
1.	0110	pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu	265,62	32 030 945 158,79	
2.	0112	osoba pobierająca świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia	20,19	3 432,16	
3.	0120	pracownik młodociany	0,64	940 999,27	
4.	0124	były pracownik mianowany lub były urzędnik służby cywilnej, z którym został rozwiązany stosunek pracy, pobierający świadczenie pieniężne za okres po ustaniu zatrudnienia	120,32	40 306,44	
5.	0125	pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu, opłacający składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia 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 L 74 z 27.03.1972, str. 1, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 05, t. 1, str. 35), zwanego dalej „rozporządzeniem Rady (EWG) nr 574/72” albo w art. 21 ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (Dz. Urz. UE L 284 z 30.10.2009, str. 1), zwanego dalej „rozporządzeniem Rady (WE) nr 987/2009”	1 657,02	17 817 947,20	
6.	0200	osoba wykonująca pracę nakładczą	93,75	1 807 913,26	
7.	0310	członek rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub innej spółdzielni zajmującej się produkcją rolną	51,48	6 139 577,37	
8.	0320	osoba wykonująca pracę w spółdzielni lub w gospodarstwie rolnym spółdzielni na innej podstawie niż stosunek pracy, niebędąca jej członkiem i wynagradzana według zasad obowiązujących członków spółdzielni, w tym kandydat na członka spółdzielni	82,99	1 705 963,34	

9.	0411	osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług	75,71	1 504 798 534,78	
10.	0421	osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług	91,14	147 283,41	
11.	0426	osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług, opłacająca składki na własne ubezpieczenia w przypadku określonym w art. 109 rozporządzenia Rady (EWG) nr 574/72 albo w art. 21 ust. 2 rozporządzenia Rady (WE) nr 987/2009	158,95	1 582 659,60	
12.	0430	osoba sprawująca opiekę nad dziećmi na podstawie umowy uaktywniającej w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3 (Dz. U. Nr 45, poz. 235), dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia stanowi kwota nie wyższa niż wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę	102,45	10 916 132,43	
13.	0431	osoba sprawująca opiekę nad dziećmi na podstawie umowy uaktywniającej w rozumieniu ustawy z dnia 4 lutego 2011 r. o opiece nad dziećmi w wieku do lat 3, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia stanowi nadwyżka ponad kwotę minimalnego wynagrodzenia za pracę	39,14	18 551,35	
14.	0510	osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, oraz osoba prowadząca niepubliczną szkołę, placówkę lub ich zespół, na podstawie przepisów o systemie oświaty	269,44	4 326 501 917,50	
15.	0511	osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność	260,49	80 442 969,37	
16.	0512	osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub innych przepisów szczególnych mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 60% kwoty przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia	260,27	65 338 801,02	
17.	0520	twórca	257,82	1 592 306,13	
18.	0530	artysta	271,50	881 825,91	
19.	0540	osoba prowadząca pozarolniczą działalność w zakresie wolnego zawodu	273,26	86 552 472,83	

Lp.	Kod tytułu ubezpieczenia ²	Tytuł ubezpieczenia	Średniomiesięczna wysokość składki w danej grupie ubezpieczonych obowiązkowo w przeliczeniu na osobę (na tytuł)	Suma przychodów NFZ z tytułu składki zdrowotnej od danej grupy ubezpieczonych obowiązkowo	Łączne koszty leczenia osób z danym tytułem ubezpieczeniowym
20.	0543	wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólnicy spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej	299,45	155 402 801,36	
21.	0570	osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą niemająca ustalonego prawa do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia	260,54	964 919 678,33	
22.	0572	osoba prowadząca pozarolniczą działalność gospodarczą mająca ustalone prawo do renty z tytułu niezdolności do pracy, dla której podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne stanowi zadeklarowana kwota nie niższa niż 30% kwoty minimalnego wynagrodzenia	247,59	6 428 302,92	
23.	0610	poseł lub senator pobierający uposażenie	939,17	5 757 124,94	
24.	0710	stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu albo wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu	67,05	2 282 250,60	
25.	0910	osoba bezrobotna pobierająca zasiłek dla bezrobotnych, osoba pobierająca świadczenie integracyjne	71,98	240 433 764,73	
26.	0911	osoba bezrobotna niepobierająca zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium	53,35	1 071 493 207,13	
27.	0920	osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych, na które została skierowana przez powiatowy urząd pracy lub inny niż powiatowy urząd pracy podmiot kierujący oraz osoba pobierająca stypendium w okresie odbywania studiów podyplomowych	44,39	41 988 232,75	
28.	0940	osoba zamieszkała w Rzeczypospolitej Polskiej pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne	83,96	180 500 843,39	
29.	0941	osoba pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne, zamieszkała w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA)	36,00	72,00	
30.	1010	duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, opłacający składkę od minimalnej podstawy wymiaru	100,49	36 686 885,80	
31.	1012	duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, opłacający składkę od zadeklarowanej nadwyżki ponad minimalną podstawę wymiaru	127,57	73 989,71	

32.	1020	duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, będący członkiem zakonu kontemplacyjno-klauzurowego lub misjonarzem, opłacający składkę od minimalnej podstawy wymiaru	47,97	2 359 912,48	
33.	1050	alumn seminarium duchownego, nowicjusz, postulant i juniorysta, podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu	48,11	911 500,64	
34.	1110	żołnierz niezawodowy w służbie czynnej	47,39	1 186 830,62	
35.	1111	osoba odbywająca służbę zastępczą	167,03	3 173,55	
36.	1112	osoba odbywająca nadterminową zasadniczą służbę wojskową	209,17	13 386,86	
37.	1113	osoba odbywająca okresową służbę wojskową	381,29	3 812,88	
38.	1114	funkcjonariusz w służbie kandydackiej oraz kandydat na żołnierza zawodowego	60,15	1 767 366,97	
39.	1120	żołnierz zawodowy	383,70	454 874 413,83	
40.	1130	funkcjonariusz Policji	409,39	477 386 922,03	
41.	1131	funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu	524,43	27 589 425,39	
42.	1132	funkcjonariusz Straży Granicznej	383,26	66 545 515,15	
43.	1133	funkcjonariusz Państwowej Straży Pożarnej	355,18	129 488 403,15	
44.	1134	funkcjonariusz Służby Celnej	464,82	80 560 782,93	
45.	1135	funkcjonariusz Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego albo Biura Ochrony Rządu	479,03	13 138 417,37	
46.	1140	funkcjonariusz Służby Więziennej	358,41	118 768 816,18	
47.	1150	osoba w stanie spoczynku pobierająca uposażenie	798,36	32 257 539,19	
48.	1151	osoba pobierająca uposażenie rodzinne	619,07	8 070 785,29	
49.	1152	osoba pobierająca uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenia pieniężne o takim samym charakterze	451,17	39 195 012,28	
50.	1211	osoba przebywająca na urlopie wychowawczym	48,60	85 106 973,93	
51.	1250	osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed podjęciem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność	46,80	29 998,80	
52.	1260	osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed sprawowaniem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako zleceniobiorca	46,80	1 170,00	
53.	1270	osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed podjęciem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność albo ze zleceniobiorcą	46,80	6 177,60	
54.	1310	osoba, która na podstawie odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy pobiera świadczenie socjalne wypłacane w czasie urlopu innego niż kolejowy	0,00	0,00	

Lp.	Kod tytułu ubezpieczenia ²	Tytuł ubezpieczenia	Średniomiesięczna wysokość składki w danej grupie ubezpieczonych obowiązkowo w przeliczeniu na osobę (na tytuł)	Suma przychodów NFZ z tytułu składki zdrowotnej od danej grupy ubezpieczonych obowiązkowo	Łączne koszty leczenia osób z danym tytułem ubezpieczeniowym
55.	1321	osoba, która na podstawie odrębnych przepisów lub układów zbiorowych pracy pobiera świadczenie socjalne wypłacane w czasie urlopu kolejowego	0,00	0,00	
56.	1322	osoba pobierająca świadczenie socjalne w okresie zwolnienia z obowiązku świadczenia pracy	54,83	728 678,20	
57.	1422	świadczeniobiorca, za którego jednostka organizacyjna pomocy społecznej albo wójt, burmistrz lub prezydent miasta ma obowiązek opłacać składki	42,56	81 098 530,10	
58.	1811	student lub uczestnik studiów doktoranckich, za którego szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie jest zobowiązana do opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne	47,54	11 099 427,18	
59.	1830	słuchacz Krajowej Szkoły Administracji Publicznej	185,02	99 909,87	
60.	2010	sędzia	1 054,44	137 430 992,26	
61.	2020	prokurator, ławnik sądowy, aplikant Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury	903,02	79 146 425,18	
62.	2110	dziecko lub uczeń niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu	46,49	8 079 618,02	
63.	2120	słuchacz zakładu kształcenia nauczycieli niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu	46,58	68 931,45	
64.	2210	komatant, za którego składki na ubezpieczenie zdrowotne ma obowiązek opłacać Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych	37,07	13 420,26	
65.	2230	osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu uprawnień do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu	37,36	714 865,10	
66.	2240	członek rady nadzorczej, podlegający z tego tytułu ubezpieczeniu zdrowotnemu	113,49	95 297 233,23	
67.	2410	osoba objęta dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym lub wolontariusz, niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu, za którego składkę na ubezpieczenie zdrowotne dobrowolnie finansuje korzystający, o którym mowa w przepisach o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie	293,83	43 348 200,88	
68.	2500	emeryt lub rencista zamieszkały w Rzeczypospolitej Polskiej, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest przez świadczeniobiorcę	161,30	15 792 819 806,70	

69.	2501	emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest przez świadczeniobiorcę	240,25	749 105,98	
70.	2510	emeryt lub rencista zamieszkały w Rzeczypospolitej Polskiej, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne jest finansowana z budżetu państwa	229,53	1 220 856,76	
71.	2511	emeryt lub rencista zamieszkały w innym niż Rzeczpospolita Polska państwie członkowskim Unii Europejskiej lub państwie członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest z budżetu państwa	156,94	941,62	
72.	3000	osoba, za którą należy rozliczyć i opłacić składki lub należne świadczenia w dokumentach rozliczeniowych składanych nie wcześniej niż za następny miesiąc, po ustaniu tytułu do ubezpieczeń	131,33	362 980 952,56	
73.	5000	inny tytuł do ubezpieczeń	143,42	7 775 864,92	
Ubezpieczeni w KRUS, w tym:					5 559 312 248,63
74.	KRUS	emeryci lub renciści	89,55	1 357 687 341,00	
75.		przychody z tytułu prowadzenia działań specjalnych produkcji rolnej	142,81	35 687 148,39	
76.		pozostali ubezpieczeni w KRUS ^{/3}	90,80	1 862 004 000,00	

^{/1} – Zestawienie opracowano na podstawie danych z raportów wygenerowanych z CWU (1–12/2013 z 28.02.2014 r. dla danych za m-c I/2013 oraz 02/2013–01/2014 z 1.04.2014 r. dla pozostałych m-cy 2013 r.), comiesięcznych „Informacji o liczbie osób ubezpieczonych oraz przypisie składki na ubezpieczenie zdrowotne za emerytów i rencistów, osoby pobierające zasiłki i świadczenia przedemerytalne, przekazanych przez ZUS i comiesięcznych „Zestawień dotyczących liczby ubezpieczonych oraz przypisu składki na ubezpieczenie zdrowotne” przekazanych przez KRUS.

^{/2} – zgodny z załącznikiem nr 18 do rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 23 października 2009 r. w sprawie określenia wzorów zgłoszeń do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego, imiennych raportów miesięcznych i imiennych raportów miesięcznych korygujących, zgłoszeń płatnika, deklaracji rozliczeniowych i deklaracji rozliczeniowych korygujących, zgłoszeń danych o pracy w szczególnych warunkach lub o szczególnym charakterze oraz innych dokumentów (Dz. U. Nr 186, poz. 1444, z późn. zm.), uwzględniono tylko te tytuły, w przypadku których w roku 2013 odnotowano przychody.

^{/3} – zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z 13 stycznia 2012 r. o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za lata 2012–2014 (Dz. U. z 2012 r. poz. 123, z późn. zm.), z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego osób, o których mowa w art. 1, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego przekazuje do Narodowego Funduszu Zdrowia miesięcznie 155.167 tys. zł.

Źródło: Wykonano w NFZ na potrzeby NIK.

Średni koszt leczenia (w zł) w poszczególnych rodzajach świadczeń w latach 2012–2013 w OW NFZ, obliczony jako iloraz wykonania kosztów świadczeń i liczby ubezpieczonych objętych opieką danego oddziału

Oddział Wojewódzki	podstawowa opieka zdrowotna		ambulatoryjna opieka specjalistyczna		leczenie szpitalne		opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień		opieka rehabilitacyjna i leczenia uzależnień		świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej		opieka paliatywna i hospicyjna		leczenie stomatologiczne		licznictwo uzdrowiskowe		pomoc doraźna i transport sanitarny		koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych za środków własnych Funduszu		świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie		zaopatrzenie w wyroby medyczne o których mowa w ustawie o refundacji		Refundacja		Średnio	
	2012 r.	2013 r.	2012 r.	2013 r.	2012 r.	2013 r.	2012 r.	2013 r.	2012 r.	2013 r.	2012 r.	2013 r.	2012 r.	2013 r.	2012 r.	2013 r.	2012 r.	2013 r.	2012 r.	2013 r.	2012 r.	2013 r.	2012 r.	2013 r.	2012 r.	2013 r.	2012 r.	2013 r.	2012 r.	2013 r.
Dolnośląski	202,31	231,71	137,76	157,98	792,72	926,47	59,63	69,84	53,63	62,34	32,24	36,95	9,64	11,98	42,64	47,09	18,72	22,88	1,31	1,51	5,11	4,49	41,20	49,50	18,92	23,24	187,45	220,51	1 603,26	1 866,48
Kujawsko-Pomorski	202,75	229,28	127,47	144,47	784,96	916,24	53,05	60,20	40,37	47,05	21,43	25,18	12,39	14,20	48,00	51,27	14,04	17,05	1,17	1,30	4,48	5,63	47,96	56,91	19,44	21,52	187,36	222,50	1 564,88	1 812,81
Lubelski	209,13	230,66	119,12	139,43	782,47	899,25	57,18	64,46	47,83	54,93	21,91	26,91	6,33	7,45	56,43	62,34	17,95	20,13	1,37	1,50	3,34	3,33	37,94	44,35	16,61	19,45	175,68	202,42	1 553,30	1 776,61
Lubuski	202,46	234,60	139,67	166,04	757,78	908,19	76,73	92,62	48,58	59,05	20,85	24,01	8,79	10,23	41,94	51,50	11,53	14,75	2,28	2,58	4,45	5,51	39,14	46,89	17,22	20,98	167,09	202,16	1 538,50	1 839,13
Łódzki	205,82	226,18	123,01	138,84	814,75	914,64	60,13	66,37	49,15	54,34	20,62	23,24	8,20	9,29	47,26	51,38	17,93	19,21	0,92	0,99	4,21	4,90	41,60	48,15	17,45	20,84	201,39	231,69	1 612,45	1 810,05
Małopolski	200,21	224,92	134,90	158,55	746,74	874,89	49,13	56,62	50,77	62,29	33,28	38,81	9,03	11,13	54,55	62,37	14,07	16,70	0,49	0,51	3,28	3,66	41,34	48,87	18,92	20,74	180,21	206,26	1 536,93	1 786,33
Mazowiecki	202,68	224,63	138,45	157,30	880,35	958,43	62,65	72,84	77,33	86,84	25,70	29,80	7,41	8,31	37,97	42,17	18,01	19,07	1,50	1,61	3,55	3,88	43,70	50,94	15,84	18,39	183,99	207,68	1 699,12	1 881,88
Opolski	197,58	228,49	130,50	155,08	782,52	934,29	59,16	71,22	53,56	65,99	44,22	51,51	10,05	12,33	48,30	56,13	13,10	15,21	1,37	1,58	3,74	4,69	39,44	45,79	19,43	22,01	178,85	213,71	1 581,82	1 878,03
Podkarpacki	199,38	224,03	117,75	140,52	722,23	857,21	48,66	57,13	63,48	74,40	41,59	49,09	9,39	11,46	50,59	56,36	15,04	16,83	1,48	1,60	2,91	3,29	38,54	44,34	16,56	20,70	157,57	182,49	1 485,18	1 739,46
Podlaski	196,01	220,08	155,08	178,78	794,78	920,10	65,55	76,04	42,07	50,69	19,98	24,24	7,72	9,59	55,48	61,71	12,62	16,97	1,18	1,31	4,07	4,52	33,55	38,64	17,23	19,84	164,31	191,43	1 569,64	1 813,93
Pomorski	198,01	227,33	142,92	161,67	755,77	880,89	58,95	67,76	46,13	53,26	16,33	21,04	8,60	10,03	46,65	50,12	11,91	13,48	0,64	0,72	3,77	4,22	45,88	54,22	15,97	20,41	195,26	230,57	1 546,79	1 795,72
Śląski	198,77	219,16	151,21	172,74	774,51	879,22	59,88	66,72	51,90	57,92	40,04	44,45	8,79	10,92	45,90	49,81	15,38	16,72	1,02	1,11	5,24	6,20	42,76	49,40	21,04	24,04	192,57	219,08	1 609,01	1 817,51
Świętokrzyski	195,58	214,09	120,68	138,87	806,91	948,87	52,65	58,57	57,56	63,02	31,13	38,81	9,20	11,64	49,57	55,31	18,71	21,26	1,11	1,25	3,37	4,63	38,36	45,99	18,96	21,94	177,83	206,72	1 581,61	1 830,96
Warmińsko-Mazurski	196,01	224,54	124,64	151,15	723,58	877,82	55,90	67,02	46,52	56,08	20,64	26,55	10,12	11,83	57,59	66,91	11,80	15,39	1,98	2,17	3,99	4,74	42,43	50,48	16,78	19,40	167,87	199,94	1 479,85	1 774,03
Wielkopolski	208,34	233,02	136,20	155,88	746,91	861,84	55,59	64,68	45,96	51,59	17,46	19,79	10,87	12,70	44,01	48,56	16,85	19,00	0,88	0,96	4,03	4,07	42,15	50,90	17,19	19,24	184,96	218,07	1 531,42	1 760,31
Zachodniopomorski	202,30	232,84	132,44	157,89	805,49	959,98	52,93	61,42	41,92	48,58	20,44	25,21	5,96	7,20	51,62	58,27	11,87	14,55	1,15	1,58	4,69	5,11	40,90	49,95	17,13	21,25	187,96	225,21	1 576,79	1 869,05
Średnio	201,76	226,32	134,78	155,58	786,20	905,42	57,65	66,36	53,34	61,44	27,26	31,85	8,85	10,53	47,31	52,53	15,61	17,84	1,17	1,29	4,06	4,52	41,78	49,22	17,84	20,83	183,30	212,85	1 580,89	1 816,57

* liczba ubezpieczonych – przypisanie ubezpieczonych do OW na podstawie repliki CWU obowiązującej na dzień ustalenia rocznego algorytmu podziału środków na dzień 31 marca danego roku przeprowadzenia rozliczeń finansowych

Źródło: Wykonano w NFZ na potrzeby NIK.

Wykaz ważniejszych aktów prawnych dotyczących badanej tematyki

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2013 r., poz. 217 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 885 ze zm.).
3. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2012 r., poz. 82 ze zm.).
4. 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.).
5. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013 r., poz. 757 ze zm.).
6. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2013 r., poz. 330 ze zm.).
7. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2013 r., poz. 182).
8. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.).
9. 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.) uchylone z dniem 1 lipca 2011 r. przez ustawę z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
10. 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.).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 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 193, poz. 1495).
12. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 294, poz. 1735).
13. 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.).
14. 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.).
15. Rozporządzenie Rady (WE) nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) nr 574/72 w stosunku do obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo oraz decyzje wydane na podstawie przepisów powyższych rozporządzeń.
16. 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).

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. Rzecznik Praw Obywatelskich
12. Rzecznik Praw Pacjentów
13. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia