



KZD.410.002.01.2015
Nr ewid. 192/2015/P/15/059/KZD

Informacja o wynikach kontroli

REALIZACJA ZADAŃ NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W 2014 ROKU

DEPARTAMENT ZDROWIA

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:

Mieczysław Łuczak



Wiceprezes Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:

Krzysztof Kwiatkowski



Prezes Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, dnia 18. XI. 2015 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	7
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	11
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 2014 rok, zasad planowania zakupu świadczeń oraz analiza dostępu pacjentów do nich, w tym do nowych technologii	13
3.2.2. Zasady wyceny świadczeń	18
3.2.3. Koszt i liczba świadczeń per capita w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ oraz czas oczekiwania na udzielenie świadczenia	18
3.2.4. Nowe technologie	28
3.2.5. Profilaktyka chorób układu krążenia w podstawowej opiece zdrowotnej	29
3.2.6. Wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach ze świadczeniodawcami oraz wartość świadczeń wykonanych poniżej wielkości ustalonych w kontraktach i planie finansowym oraz udzielonych w związku z wypadkiem komunikacyjnym	29
3.2.7. Zasady rozliczania wykonanych świadczeń	30
3.2.8. Kontrole świadczeniodawców, wybrane zagadnienia związane z realizacją zadań audytowych	33
3.2.9. Plan finansowy Funduszu w 2014 r.	35
3.2.9.1. Realizacja przychodów	36
3.2.9.2. Realizacja wybranych kosztów	39
3.2.9.3. Wynik finansowy	47
4. REALIZACJA WNIOSKÓW POKONTROLNYCH NIK	49
5. INFORMACJE DODATKOWE	50
5.1. Przygotowanie kontroli	50
5.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli	50
5.3. Finansowe rezultaty kontroli	51
6. ZAŁĄCZNIKI	52

Wykaz stosowanych skrótów i pojęć

AOS	ambulatoryjna opieka specjalistyczna
CWU	Centralny Wykaz Ubezpieczonych
Fraud	w niniejszej informacji nieprawidłowość wykryta w wyniku analizy danych sprawozdawczych przekazywanych przez świadczeniodawców
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
Osoby uprawnione, a nieubezpieczone	osoby, które nie posiadają ubezpieczenia zdrowotnego, lecz mają prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (budżetu państwa)
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 2015 r., poz. 581 ze zm.)
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych

1 ZAŁOŻENIA KONTROLI

Uzasadnienie podjęcia kontroli

Kontrola „Realizacji zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 roku” została podjęta z inicjatywy własnej Najwyższej Izby Kontroli i ujęta w planie pracy NIK na 2015 r.

Okres objęty kontrolą obejmował rok 2014 oraz 2013 r. w zakresie opracowywania planu, a także działania Funduszu w 2015 r. związane ze sporządzaniem sprawozdań za 2014 r.

Zgodnie z art. 65 ustawy o świadczeniach, ubezpieczenie zdrowotne jest oparte w szczególności na zasadach równego traktowania oraz solidarności społecznej, a także zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej.

Szczegółowe zadania Narodowego Funduszu Zdrowia zostały wskazane w art. 97 ust. 3 ustawy o świadczeniach i związane są m.in. z: określaniem jakości i dostępności świadczeń oraz analizą ich kosztów w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzaniem konkursów ofert, rokowań i zawieraniem umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowaniem ich realizacji i rozliczaniem, opracowywaniem, wdrażaniem, realizowaniem, finansowaniem, monitorowaniem, nadzorowaniem i kontrolowaniem programów zdrowotnych, wykonywaniem zadań zleconych, w tym finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, monitorowaniem ordynacji lekarskich, promocją zdrowia, a także prowadzeniem Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

Cel kontroli

Celem kontroli była ocena skuteczności działań Funduszu na rzecz poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych oraz efektywności wykorzystania środków przewidzianych w planie finansowym NFZ na 2014 r.

Cele szczegółowe kontroli

1. Ocena procesu planowania zakupu świadczeń, ich kontraktowania oraz zabezpieczenia dostępu do świadczeń dla osób ubezpieczonych.
2. Ocena funkcjonowania systemu kontroli oraz rozliczeń ze świadczeniodawcami.
3. Ocena terminowości i kompletności wybranych sprawozdań.
4. Ocena realizacji wniosków pokontrolnych NIK, sformułowanych po kontroli wykonania planu finansowego Funduszu w 2013 r.¹ oraz kontroli wcześniejszych.

Zakres kontroli

Kontrolę Nr P/15/059 przeprowadzono w Centrali NFZ oraz czterech oddziałach wojewódzkich Funduszu².

Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o NIK³, kontrola została przeprowadzona pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności.

¹ Kontrola P/14/060.

² W oddziałach wojewódzkich: Małopolskim, Mazowieckim, Śląskim oraz Wielkopolskim.

³ Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2015 r., poz. 1096).

2.1 Ogólna ocena kontrolowanej działalności

W 2014 r., w porównaniu do lat poprzednich, nastąpiło pogorszenie dostępu do świadczeń zdrowotnych w badanych zakresach usług medycznych. Średni czas oczekiwania⁴, w przypadku pięciu analizowanych rodzajów poradni ambulatoryjnych, wydłużył się w 2014 r., w porównaniu do roku poprzedniego, od 21,4% do 34,9%. W lecznictwie szpitalnym czas oczekiwania w pięciu wybranych rodzajach oddziałów szpitalnych wydłużył się od 3,5% do 33,3%.

Podobne ustalenia, dotyczące pogarszającego się dostępu do świadczeń zdrowotnych i wnioski dotyczące poprawy w tym zakresie, Izba prezentowała po kontrolach NFZ przeprowadzanych w latach 2011–2013. Pomimo zwiększania przez Fundusz wartości umów zawartych ze świadczeniodawcami, nie nastąpiła poprawa w dostępie do usług medycznych, co wskazuje na niewystarczającą skuteczność działań podejmowanych w tym zakresie przez ograny NFZ.

W 2014 r. nie został również zapewniony równy dostęp do świadczeń zdrowotnych, co było niezgodnie z art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach. Tylko w jednym województwie zakontraktowano wszystkie analizowane zakresy świadczeń zdrowotnych udzielanych w lecznictwie szpitalnym. Z uwagi na brak dostępu do takich usług medycznych, w pozostałych województwach, pacjenci musieli korzystać ze świadczeń w innych regionach. W przypadku 12 województw nie udzielano świadczeń w części poradni specjalistycznych. Wpływ na tę sytuację miały czynniki niezależne od Funduszu, w tym zwłaszcza nierównomierne rozmieszczenie podmiotów leczniczych, sprzętu i wykwalifikowanych kadr medycznych na terenie kraju. Kontraktowanie świadczeń, do którego Najwyższa Izba Kontroli nie wnosi zastrzeżeń, miało jedynie charakter uzupełniający, ponieważ w związku ze zmianą ustawy o świadczeniach⁵, dopuszczono aneksowanie dotychczasowych umów.

W Centrali Funduszu ustalono na 2014 r. ogólnopolskie priorytety zdrowotne oraz cele i mierniki stopnia ich realizacji. Z uwagi na to, że efekty części podejmowanych działań będzie można zaobserwować w przyszłości oraz uwzględniając zmiany demograficzne, określenie jedynie rocznych priorytetów, w ocenie NIK, nie pozwalało na rzetelną ocenę wpływu ich realizacji na stan zdrowia ludności. Zasadne byłoby zatem ich ustalenie w perspektywie kilkuletniej, o co wnioskowała NIK w poprzednich kontrolach⁶.

Najwyższa Izba Kontroli stwierdza, że wydatkowanie środków Funduszu było zgodne z planem finansowym, zaś sprawozdania za 2014 r. zostały sporządzone terminowo i odpowiadały danym wynikającym z ksiąg rachunkowych, co potwierdziło badanie zewnętrznego rewidenta.

W ocenie Najwyższej Izby Kontroli, stosowane przez Fundusz procedury i systemy informatyczne nadal nie były jednak wystarczająco skuteczne w zakresie eliminowania nieprawidłowości w rozliczaniu udzielonych świadczeń zdrowotnych oraz ograniczaniu korzystania ze świadczeń przez osoby nieuprawnione. Szacunkowa wartość nieprawidłowości stwierdzonych w tym zakresie stanowiła 1,57% poniesionych w 2014 r. kosztów świadczeń zdrowotnych.

⁴ Pod pojęciem „średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia” należy rozumieć medianę (wartość środkową) rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia zdrowotnego. Mediana to wartość dzieląca wszystkie dane na pół. Poniżej i powyżej mediany znajduje się dokładnie po 50% danych.

⁵ Patrz art. 4 ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2013 r., poz. 1290).

⁶ Kontrola „Wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2012 r.” (P/13/128) oraz „Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w ramach planu finansowego na 2013 r.” (P/14/060).

Efektem niewystarczającego monitorowania przez Fundusz realizacji planu finansowego i braku skutecznych działań dotyczących zmian warunków kontraktów zawartych ze świadczeniodawcami, w przypadkach gdy nie byli oni w stanie zrealizować zaplanowanych świadczeń⁷, było natomiast niewykorzystanie środków w kwocie 595.006,54 tys. zł (0,9 % kosztów świadczeń).

W 2014 r. Fundusz nadal prowadził prace dotyczące wyceny świadczeń, która uwzględniałaby rzeczywiste koszty ich udzielenia przez świadczeniodawców. W grudniu 2014 r. propozycje zmian w tym zakresie, dotyczące 134 grup świadczeń, oparte m.in. na kalkulacji kosztów przeprowadzonej na podstawie danych uzyskanych od świadczeniodawców, przekazano Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji⁸.

2.2 Synteza wyników kontroli

1. W 2014 r. utrzymywały się znaczne dysproporcje w dostępie do świadczeń zdrowotnych, pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ, mierzone zarówno liczbą świadczeń przypadających na 10 tys. osób ubezpieczonych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich⁹, jak i czasem oczekiwania na ich udzielenie¹⁰ (str. 19–24).

Nierówny dostęp naruszał podstawową zasadę określoną w art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach, tj. zapewnienia ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej (str. 14–18 i nast. oraz str. 19–24 i nast.)¹¹.

Średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczeń, podawany w 2014 r. na stronach internetowych NFZ, stanowił jedynie orientacyjną miarę czasu oczekiwania dla osób zapisujących się do danej placówki.

Jak wynika z informacji uzyskanych od świadczeniodawców¹², pacjenci, podczas zapisów w 2014 r. na świadczenia w pięciu wybranych rodzajach poradni specjalistycznych¹³, byli informowani o dłuższym czasie oczekiwania, niż wynikało to z informacji prezentowanych przez Fundusz na swoich stronach internetowych¹⁴ (str. 27–34).

⁷ § 42 ust. 1, 3 i 4 Załącznika Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

Zgodnie z § 42 ust. 1, 3 i 4 ww. Załącznika, umowa nie może zostać wypowiedziana z powodu braku zgody jednej ze stron na zmianę treści umowy.

3. W przypadku gdy świadczeniodawca rażąco narusza obowiązek realizowania umowy zgodnie z planem rzeczowo-finansowym, polegający na nienależytym wykonywaniu umowy, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wypowiedzieć, z zachowaniem 30-dniowego terminu, dotychczasowe warunki umowy w zakresie kwoty zobowiązania i zaproponować nowe, odpowiadające dotychczasowemu wykonywaniu umowy. Nowe warunki obowiązują od pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie terminu wypowiedzenia.

4. W przypadku odmowy przyjęcia przez świadczeniodawcę zmienionych warunków umowy, o których mowa w ust. 3, umowa ulega rozwiązaniu po upływie 60 dni od dnia wypowiedzenia, jednak nie później niż w ostatnim dniu okresu rozliczeniowego.

⁸ Z dniem 1 stycznia 2015 r. wyceny świadczeń dokonuje Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

⁹ Patrz Załącznik Nr 9.

¹⁰ Patrz Załącznik Nr 4.

¹¹ 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.

¹² Na podstawie art. 29 ust. 1 pkt 2, lit. f) ustawy o NIK, zasięgnięto informacji od 478 poradni okulistycznych, 454 poradni kardiologicznych, 429 poradni chirurgii urazowo-ortopedycznych oraz 533 poradni neurologicznych.

¹³ Następujące poradnie specjalistyczne i pracownie diagnostyczne: okulistyczne, tomografii komputerowej, kardiologiczne, chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurologiczne.

¹⁴ Od dnia 1 stycznia 2015 r. Fundusz uruchomił aplikację internetową pozwalającą na prezentowanie pacjentom pierwszego wolnego terminu udzielenia świadczenia u konkretnego świadczeniodawcy.

2. Spośród ośmiu analizowanych zakresów świadczeń w lecznictwie szpitalnym, tylko w jednym oddziale wojewódzkim Funduszu (Pomorskim OW) zapewniono dostęp do wszystkich świadczeń. W pozostałych 15 oddziałach wojewódzkich nie zakontraktowano części świadczeń (hospitalizacji) w lecznictwie szpitalnym, a w szczególności:

- alergologii w woj.: lubuskim, opolskim, podkarpackim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim;
- urologii dziecięcej w woj.: lubuskim, lubelskim, łódzkim, opolskim, podlaskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim;
- chirurgii klatki piersiowej w woj.: opolskim;
- chorób płuc w woj.: lubuskim, podkarpackim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim;
- dziecięcych chorób zakaźnych w woj.: kujawsko-pomorskim, lubuskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, śląskim, zachodniopomorskim;
- diabetologii w woj.: dolnośląskim, lubuskim, opolskim, podkarpackim, świętokrzyskim;
- diabetologii dziecięcej w woj.: kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, małopolskim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim;
- gastroenterologii w woj. lubuskim.

Nie zakontraktowano również świadczeń w niektórych poradniach specjalistycznych na terenie działania 12 oddziałów wojewódzkich NFZ (str. 16–20).

Główną przyczyną niezakontraktowania tych świadczeń był brak niezbędnego personelu medycznego i wyposażenia świadczeniodawców. Skutkowało to m.in. migracją pacjentów do innych województw w celu uzyskania świadczenia.

3. Fundusz wydatkował ok. 346.755 tys. zł na zapewnienie opieki w podstawowej opiece zdrowotnej, finansowanej na zasadzie stawki kapitałowej¹⁵, dla osób, w stosunku do których nie był w stanie potwierdzić ubezpieczenia zdrowotnego lub uprawnienia do świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Wynikało to z przyjętego sposobu weryfikacji uprawnień do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, której, na podstawie art. 50 ustawy o świadczeniach, dokonywano w przypadkach, gdy pacjent zgłaszał się osobiście na wizytę u lekarza oraz nierzetelnych danych zawartych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (CWU)¹⁶. Około 8% ubezpieczonych musiało potwierdzić swój tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego w inny sposób niż w systemie e-WUŚ¹⁷, gdyż według danych w nim zawartych, nie posiadało uprawnień do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (str. 32–41).

4. Narodowy Fundusz Zdrowia nie dysponował w 2014 r. skutecznym systemem informatycznym wspomagającym kontrolę i weryfikację rozliczeń ze świadczeniodawcami, gdyż do końca I półrocza 2015 r. Fundusz nie wdrożył Rejestru Usług Medycznych, zapewniającego autoryzację wykonania świadczenia, pomimo że ustawa z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia¹⁸,

¹⁵ Stawka kapitałowa – to kwota określona przez NFZ, jaką lekarz POZ otrzymuje na leczenie pacjenta.

¹⁶ CWU jest aktualizowany danymi przekazywanymi m.in. z ZUS, KRUS oraz MSW. Jakość danych zależy m.in. od dotrzymania przez płatników terminów dokonywania zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego, a przez ubezpieczonych od dopełnienia obowiązku zgłoszenia członków rodziny oraz ich wyrejestrowania, kiedy nabędą oni własny tytuł ubezpieczenia zdrowotnego.

¹⁷ System ten wykorzystywał do weryfikacji dane zawarte w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych.

¹⁸ Dz. U. z 2011 r. Nr 113, poz. 657 ze zm.; obecnie Dz. U. z 2015 r., poz. 636 ze zm.

która weszła w życie z dniem 1 stycznia 2012 r.¹⁹, przewidywała wdrożenie takiego systemu. Utrudnia to wyeliminowanie nieprawidłowości w rozliczaniu świadczeń, których szacunkowa wartość, według Funduszu, wyniosła w skali roku ok 650 mln zł (str. 31–39)²⁰.

O potrzebie wdrożenia systemu świadczy m.in. wykrycie przez NIK 274 przypadków wydatkowania przez Fundusz, w latach 2009–2014, środków na kilkukrotną ekstrakcję wyrostka robaczkowego lub pęcherzyka żółciowego u tego samego pacjenta oraz dokonanie w 2014 r. refundacji cen antybiotyku na podstawie 33.036 recept zrealizowanych po terminie ich ważności. Dopiero w trakcie kontroli podjęto działania wyjaśniające te przypadki²¹ (str. 31–40).

5. W 2014 r. Fundusz nie dysponował danymi dotyczącymi kosztów leczenia ofiar wypadków komunikacyjnych, gdyż stanowią one jedynie informację dodatkową dotyczącą okoliczności udzielenia świadczenia, a ich sprawozdanie zależy od decyzji jednostki ochrony zdrowia. Fragmentaryczne dane sprawozdawane przez świadczeniodawców nie pozwalały na precyzyjne ich określenie.

Według danych Krajowej Rady Bezpieczeństwa Ruchu Drogowego, koszty hospitalizacji poszkodowanych w wypadkach drogowych w 2012 r. wyniosły ponad 177 mln zł²². Analiza danych uzyskanych od 133 świadczeniodawców wskazuje, że średni koszt hospitalizacji pacjenta uczestniczącego w wypadku drogowym, przyjętego w szpitalnym oddziale ratunkowym wyniósł w 2014 r. ok 11,28 tys. zł (łącznie 133.090,98 tys. zł). Kwota ta nie obejmowała kosztów dalszego leczenia pacjenta, w tym rehabilitacji, pobytu na zwolnieniu lekarskim, leków itp. (str. 30–38).

6. W ograniczonym zakresie realizowany był przez Fundusz w 2014 r. Program profilaktyki chorób układu krążenia (PCHUK). Badania przesiewowe wykonano jedynie u 67.424 osób, tj. 3,4% osób, które spełniały kryteria do objęcia Programem. Spośród 6.195 lekarzy POZ, jedynie 1.657 (27%) realizowało w 2014 r. zadania wynikające z Programu, co wskazuje na niskie zainteresowanie świadczeniodawców udziałem w PCHUK²³ oraz nieskuteczność działań podejmowanych przez NFZ w celu zahamowania spadku liczby realizowanych porad²⁴. Należy podkreślić, iż świadczenia przewidziane w Programie były świadczeniami gwarantowanymi w ramach obowiązkowych obowiązków lekarzy POZ (str. 29–36).

7. Plan finansowy Funduszu na 2014 r., przedłożony Ministrowi Zdrowia w dniu 30 lipca 2013 r., został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów dopiero w dniu 24 czerwca 2014 r. Do dnia jego zatwierdzenia Fundusz działał na podstawie projektu tego planu.

¹⁹ Od dnia 14 maja 2013 r. obowiązuje rozporządzenia 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.

²⁰ Patrz protokół z posiedzenia Sejmowej Komisji Administracji i Cyfryzacji z dnia 23 kwietnia 2015 r. http://search.sejm.gov.pl/SejmSearch/ADDL.aspx?Query=k%C4%99dzierski#ADDL.aspx?DoSearchNewByIndex&_suid=143279922959109361614932171876. Dla porównania kwota nałożonych kar na świadczeniodawców i nienależnych środków wykryta przez służby kontrolne NFZ wyniosła w 2014 r. ok 100 mln zł.

²¹ W przypadku 33 pacjentów hospitalizację wymagały powtórnej weryfikacji, a dwa przypadki wymagały kontroli u świadczeniodawcy. Reguły weryfikacyjne pozwalające na wykrycie realizacji recepty na antybiotyk po upływie 7 dni od daty jej wystawienia zostały wprowadzone od 1 stycznia 2015 r.

²² <http://www.krbrd.gov.pl/pl/news/prawie-30-mln-zl-tylko-wynosi-roczny-koszt-wypadkow-drogowych-w-polsce.html>

²³ W 2012 r. było to odpowiednio 1.937 podmiotów (32%), w 2013 r. 1.748 podmiotów (29%).

²⁴ Na problem ten Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę w ramach kontroli „Funkcjonowanie podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych”.

Wartość planowanych przychodów ustalono na 66.820.140 tys. zł²⁵, zaś kosztów na 67.061.086 tys. zł. Różnica pomiędzy przychodami a kosztami, wynosząca 240.946 tys. zł, została pokryta środkami z funduszu zapasowego NFZ (str. 35–45).

Plan finansowy NFZ na 2014 r. zmieniany był 7-krotnie, zgodnie z procedurą określoną w ustawie o świadczeniach. Plan finansowy, po zmianach, przewidywał ujemny wynik finansowy Funduszu w wysokości 1.256.297 tys. zł. (str. 35–45 i nast.).

Wysokość zrealizowanych w 2014 r. przez NFZ przychodów ogółem wyniosła 67.185.136,26 tys. zł, co stanowiło 100,41% planu po zmianach i przesunięciach. W porównaniu do 2013 r. (65.157.836,77 tys. zł) były one wyższe o 2.027.299,49 tys. zł, tj. o 3,11%.

Zrealizowane koszty ogółem wyniosły 66.124.110,09 tys. zł i stanowiły 97,01% planu. Były one o 2,08% wyższe niż w 2013 r.

Poniesione przez NFZ w 2014 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 63.338.421,40 tys. zł (w 2013 r. 62.077.982,88 tys. zł) i były niższe od planowanych o 1.178.773,60 tys. zł²⁶. Kwota niewykorzystanych środków obejmowała 583.767,06 tys. zł przewidzianych na refundację, których z uwagi na ograniczenia wynikające z przepisów ustawy o refundacji²⁷ nie można było przeznaczyć w 2014 r. na inne cele, w tym na bieżące finansowanie deficytowych rodzajów świadczeń. Niewykorzystanie środków w kwocie 595.006,54 tys. zł było natomiast, w ocenie NIK, efektem niewystarczającego monitorowania realizacji planu finansowego oraz braku skutecznych działań dotyczących zmian warunków kontraktów zawartych ze świadczeniodawcami, w przypadkach, gdy nie byli oni w stanie zrealizować zaplanowanych świadczeń²⁸ (str. 40–51 i nast.). Łączna wartość świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach na 2014 r. wyniosła 842.653,35 tys. zł, tj. była o 11,64% niższa niż w 2013 r. (953.623,20 tys. zł) (str. 30–37)²⁹.

8. Fundusz poniósł w 2014 r. koszty związane z zapłatą kar, grzywien i odszkodowań w łącznej wysokości 47,43 tys. zł, w tym z powodu beczynności przy rozpatrywaniu spraw administracyjnych, a także w związku z nieprzekazaniem do sądu skargi wraz ze stosownymi dokumentami (str. 46–57).

²⁵ Co odpowiadało 100,1% planowanej wartości przychodów, określonej w planie finansowym NFZ na 2013 r. zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 14 sierpnia 2012 r.

²⁶ Wskaźnik realizacji planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w poprzednich latach wynosił: 94,25% w 2008 r., 99,13% w 2009 r., 99,10% w 2010 r., 99,86% w 2011 r., 96,33% w 2012 r., 97,19% w 2013 r.

²⁷ Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 345).

²⁸ § 42 ust. 1, 3 i 4 Załącznika Nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

Zgodnie z § 42 ust. 1, 3 i 4 ww. Załącznika, umowa nie może zostać wypowiedziana z powodu braku zgody jednej ze stron na zmianę treści umowy.

3. W przypadku gdy świadczeniodawca rażąco narusza obowiązek realizowania umowy zgodnie z planem rzeczowo-finansowym, polegający na nienależytym wykonywaniu umowy, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wypowiedzieć, z zachowaniem 30-dniowego terminu, dotychczasowe warunki umowy w zakresie kwoty zobowiązania i zaproponować nowe, odpowiadające dotychczasowemu wykonywaniu umowy. Nowe warunki obowiązują od pierwszego dnia miesiąca następującego po upływie terminu wypowiedzenia.

4. W przypadku odmowy przyjęcia przez świadczeniodawcę zmienionych warunków umowy, o których mowa w ust. 3, umowa ulega rozwiązaniu po upływie 60 dni od dnia wypowiedzenia, jednak nie później niż w ostatnim dniu okresu rozliczeniowego.

²⁹ Wartość świadczeń ponad limit określony w umowach wyniosła w poprzednich latach: 418.828,43 tys. zł w 2008 r. (0,8% planowanych kosztów świadczeń), 1.602.331,01 tys. zł w 2009 r. (2,89%), 1.065.642,01 tys. zł w 2010 r. (1,86%), 1.814.455,53 tys. zł w 2011 r. (3,11%), 1.463.790,49 tys. zł w 2012 r. (2,36%), 953.623,16 tys. zł w 2013 r. (1,49%).

2.3 Uwagi końcowe i wnioski

Fundusz nie wykorzystał w 2014 r. wszystkich środków przewidzianych w planie finansowym na leczenie pacjentów, a także nie dysponował wystarczająco skutecznymi narzędziami, pozwalającymi wykryć nieprawidłowości w sprawozdaniach przekazywanych przez świadczeniodawców, stanowiących podstawę rozliczeń. Eliminacja tych zjawisk pozwoliłaby na poprawę efektywności wykorzystania środków publicznych przeznaczanych na leczenie pacjentów, w tym skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń. Szacunkowy koszt udzielenia świadczeń dla osób oczekujących, na koniec grudnia 2014 r., wyniósł ok. 3.475.672 tys. zł³⁰, a kwota świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach 842.653,35 tys. zł.

W ocenie NIK niezbędne jest podjęcie przez Prezesa NFZ działań zmierzających do:

1. Poprawy wykorzystywania środków przewidzianych w planie finansowym na leczenie pacjentów.
2. Wdrożenia Rejestru Usług Medycznych. Brak takiego systemu utrudnia skuteczną weryfikację rozliczeń ze świadczeniodawcami, co według szacunków Funduszu skutkuje niewykryciem nieprawidłowości w wysokości ok. 650.000 tys. zł.
3. Udoskonalenia mechanizmów weryfikacji świadczeń rozliczanych w danym roku i świadczeń udzielonych w latach poprzednich, tak aby wyjaśniać lub eliminować sytuacje, kiedy rozliczaniu podlegają te same, uprzednio wykonane, świadczenia.
4. Opracowania wieloletnich, ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych uwzględnianych w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych.

³⁰ Tj. 5,48% poniesionych kosztów świadczeń.

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 publicznych³¹, 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 publicznych³², a głównym źródłem finansowania systemu są składki na ubezpieczenie zdrowotne gromadzone w Narodowym Funduszu Zdrowia³³. Fundusz został utworzony, jako państwowa jednostka organizacyjna posiadająca osobowość prawną³⁴, 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 zdrowotnej³⁵.

W skład NFZ wchodzi Centrala oraz 16 oddziałów wojewódzkich. Organami Funduszu są: Rada Funduszu, Prezes Funduszu, rady oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich³⁶.

Fundusz wypełnia funkcje płatnika, ponieważ ze środków pochodzących z obowiązkowych składek ubezpieczenia zdrowotnego, dotacji z budżetu państwa oraz innych źródeł wskazanych ustawą³⁷, finansuje świadczenia zdrowotne udzielane uprawnionym³⁸ 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. Dokonuje tego poprzez wybór, w cyklicznie organizowanych konkursach, ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, tych świadczeniodawców, którzy oferują najkorzystniejsze warunki. 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 publicznych³⁹.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego decyduje o prowadzonej polityce finansowej oddziału, a także ma udział w prowadzeniu polityki zdrowotnej na terenie województwa⁴⁰.

³¹ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.; od 23 kwietnia 2015 r. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.

³² Vide: art. 1 pkt 3, art. 6 i nast. (7–11) ww. ustawy.

³³ Art 2 i 3, art. 97 ust. 1, art. 116 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy.

³⁴ Art. 96 ust. 1 ww. ustawy.

³⁵ Art. 97 ust. 3 pkt. 1 ww. ustawy.

³⁶ Patrz art. 98 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

³⁷ Art. 116 ww. ustawy.

³⁸ Patrz art. 132 i nast. ustawy o świadczeniach.

³⁹ Dz. U. z 2013 r., poz. 168.

⁴⁰ 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, w tym w sprawach zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców⁴¹.

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 zdrowotnej⁴². 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 koszty⁴³.

Istotnym dokumentem, poza rocznym planem finansowym Funduszu, jest prognoza przychodów na kolejne 3 lata, przygotowywana przez Prezesa Funduszu w porozumieniu z Ministrem Zdrowia⁴⁴. 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 2014 rok, zasad planowania zakupu świadczeń oraz analiza dostępu pacjentów do nich, w tym do nowych technologii

Fundusz przygotował projekt priorytetów ogólnopolskich na 2014 r., o co Izba wnioskowała w 2013 r. Priorytety te zostały opracowane na okres jednego roku, gdyż jak wynika ze złożonych wyjaśnień, w cyklu rocznym ustalane są plany finansowe oraz plany zakupu świadczeń. Z uwagi na zachodzące zmiany demograficzne, a także uwzględniając fakt sporządzania przez NFZ trzyletnich prognoz przychodów i kosztów, zasadnym byłoby określenie tych priorytetów w perspektywie wieloletniej, na co Izba wskazywała m.in. podczas kontroli „Wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2012 r.”⁴⁵.

⁴¹ Szczegółowe zadania Prezesa NFZ zostały określone w art. 102 ust. 1 i 5 ustawy o świadczeniach.

⁴² 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).

⁴³ Poszczególne rodzaje kosztów zostały określone w art. 117 ustawy o świadczeniach.

⁴⁴ Zasady sporządzania prognozy przychodów na kolejne 3 lata reguluje art. 120 ustawy o świadczeniach.

⁴⁵ Wykonanie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2012 r. (P/13/128).

Podczas opracowywania planu finansowego oraz planu zakupu świadczeń na rok 2014 nie zakładano istotnych zmian w strukturze rodzajowej kosztów świadczeń⁴⁶. W konsekwencji, nawet uznanie świadczenia za priorytetowe nie oznaczało, jak w przypadku Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego, zwiększenia środków przeznaczonych na takie usługi medyczne.

Oddziały wojewódzkie przeprowadziły szereg analiz poprzedzających sporządzenie planu zakupu świadczeń zdrowotnych⁴⁷, wykorzystując do tego celu m.in. dane demograficzne, epidemiologiczne, o potencjale świadczeniodawców, informacje na temat realizacji umów, czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia, a także o migracji ubezpieczonych pomiędzy województwami. Uwzględniano także wytyczne Centrali NFZ określone w Procedurze definiowania priorytetów i planów zakupu⁴⁸. Plany zakupu świadczeń były opracowywane głównie na podstawie analiz sporządzonych przez pracowników NFZ i chociaż obejmowały podobny zakres informacji, to ich szczegółowość i sposób prezentacji danych w poszczególnych oddziałach był zróżnicowany, co utrudniało dokonywanie porównań.

Wartość zakontraktowanych na koniec kwietnia 2014 r. świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych była zróżnicowana w poszczególnych oddziałach NFZ, a ich łączna wartość była niższa niż przewidywał to plan zakupu. Przykładowo:

- W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (dalej: AOS) od 1.277,67 tys. zł w Świętokrzyskim OW do 1.689,38 tys. zł w Śląskim OW. W siedmiu OW plan zakupu świadczeń na 2014 r. był wyższy od ich wykonania w 2013 r. W pozostałych OW plan był niższy i wynosił od 95,99% (Wielkopolski OW) wykonania w 2013 r. do 99,24% (Podlaski OW). Średnia wartość tego wskaźnika wynosiła 99,29% wykonania 2013 r.
- W leczeniu szpitalnym (dalej: LSP) od 7.057,30 tys. zł w Podkarpackim OW do 9.262,42 tys. zł w Mazowieckim OW. W pięciu OW plan zakupu świadczeń na 2014 r. był wyższy od ich wykonania w 2013 r. W pozostałych OW był niższy i wynosił od 94,09% wykonania w 2013 r. (Śląski OW) do 99,84% (Zachodniopomorski OW). Średnia wartość tego wskaźnika wynosiła 98,42% wykonania 2013 r.
- W leczeniu stomatologicznym od 201,15 tys. zł w Mazowieckim OW do 634,90 tys. zł w Warmińsko-Mazurskim OW. Jedynie w czterech OW plan zakupu świadczeń na 2014 r. był niższy od ich wykonania w 2013 r. i wynosił od 97,30% (Lubuski OW) do 99,93% (Śląski OW). W pozostałych oddziałach był wyższy i wynosił od 100,32% wykonania w 2013 r. (Małopolski OW) do 105,79% (Pomorski OW). Średnia wartość tego wskaźnika wynosiła 101,39% wykonania 2013 r.
- W rehabilitacji leczniczej od 223,85 tys. zł w Kujawsko-Pomorskim OW do 643,15 tys. zł w Świętokrzyskim OW. We wszystkich oddziałach plan zakupu świadczeń na 2014 r. był niższy od ich wykonania w 2013 r. i wyniósł od 93,03% wykonania 2013 r. (Mazowiecki OW) do 99,82% (Podlaski OW). Średnia wartość tego wskaźnika wynosiła 95,32% wykonania 2013 r.
- W profilaktycznych programach zdrowotnych finansowanych ze środków Funduszu od 10,85 tys. zł w Małopolskim OW do 45,48 tys. zł w Warmińsko-Mazurskim OW. We wszystkich oddziałach plan zakupów świadczeń na 2014 r. był wyższy od ich wykonania w 2013 r., średnio o 410,99%. Przy czym wartość umów zawartych na 2014 r. w 15 spośród 16 OW NFZ była niższa od wartości umów na 2013 r. i wynosiła od 33,19% (Małopolski OW) do 98,81% (Podkarpacki OW). Jedynie w Warmińsko-Mazurskim OW sięgnęła 104,67%.
- W świadczeniach odrębnie kontraktowanych od 319,25 tys. zł w Podlaskim OW do 575,60 tys. zł w Mazowieckim OW. Jedynie w czterech oddziałach plan zakupu świadczeń na 2014 r. był niższy od ich wykonania w 2013 r. i wynosił od 94,66% (Łódzki OW) do 98,59% (Lubelski OW). W pozostałych OW był wyższy i wynosił od 100,45% (Opolski OW) do 115,19% (Zachodniopomorski OW); średnio 100,76%.

⁴⁶ Patrz pismo Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej z dnia 12 czerwca 2013 r. (znak: DSOZ/2013/077/0858/I/07541/DD).

⁴⁷ W szczególności na podstawie danych demograficznych, epidemiologicznych, o liczbie pacjentów i czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń poziomu realizacji umów, zabezpieczenia świadczeń mierzonego m.in. wielkością nakładów na 10 tys. mieszkańców w danym województwie w porównaniu z innymi województwami oraz w poszczególnych obszarach województwa, poziomu cen jednostek rozliczeniowych w województwie w porównaniu z danymi z innych OW, poziomu migracji pacjentów do innych OW.

⁴⁸ Patrz pismo Centrali NFZ z dnia 3 września 2012 r. znak: DSOZ/2012/075/1544/W/22900/KKU. Na podstawie informacji przekazanej przez Kujawsko-Pomorski OW NFZ w piśmie z dnia 23 kwietnia 2015 r. (znak: WSOZ.4202.10.2015).

W trakcie 2014 r. plan kosztów tych świadczeń (poza leczeniem stomatologicznym) ulegał zwiększeniu, a wykonanie było wyższe od wykonania roku 2013 r. i kształtowało się od 101,30% w rodzaju rehabilitacja lecznicza do 104,75% w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków Funduszu. W leczeniu stomatologicznym koszty realizacji świadczeń w 2014 r. były niższe od wykonania 2013 r. o 2,48%.

O nierównym dostępie do świadczeń w poszczególnych oddziałach wojewódzkich świadczy powiększająca się w latach 2012–2014 różnica wartości zrealizowanych świadczeń (wybrane rodzaje, wszystkie zakresy) przypadająca na 10 tys. uprawnionych.⁴⁹ Na wskazane dysproporcje NIK zwróciła uwagę po kontrolach wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2011–2013⁵⁰.

Tabela nr 1

Różnica pomiędzy oddziałami wojewódzkimi o najwyższej i najniższej wartości świadczeń zrealizowanych w danym rodzaju w latach 2012–2014

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
2014 r.	1.376.365 (Łódzki OW)	1.819.603 (Podlaski OW)	443.238
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
2014 r.	7.635.307 (Podkarpacki OW)	10.167.207 (Mazowiecki OW)	2.531.900
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
2014 r.	390.706 (Mazowiecki OW)	635.879 (Warmińsko-Mazurski OW)	245.173
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
2014 r.	553.193 (Małopolski OW)	1.120.068 (Lubuski OW)	566.875
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
2014 r.	506.999 (Łódzki OW)	894.746 (Mazowiecki OW)	387.747
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
2014 r.	197.254 (Wielkopolski OW)	540.306 (Opolski OW)	343.052
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
2014 r.	3.715 (Lubelski OW)	29.730 (Śląski OW)	26.015

Źródło: Opracowanie własne NIK.

⁴⁹ Tj. osób posiadających tytuł do ubezpieczenia zdrowotnego, jak również osób posiadających prawo do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych, lecz nie posiadających tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego.

⁵⁰ 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), a także Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia, w ramach planu finansowego w 2013 r. (P/14/060).

W 2014 r.⁵¹, podobnie jak w latach ubiegłych, niektóre oddziały wojewódzkie nie zakontraktowały świadczeń w badanych zakresach. Dotyczyło to m.in. następujących świadczeń w lecznictwie szpitalnym (hospitalizacji):

- alergologii w woj.: lubuskim, opolskim, podkarpackim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim;
- urologii dla dzieci w woj.: lubuskim, lubelskim, łódzkim, opolskim, podlaskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim;
- chirurgii klatki piersiowej w woj.: opolskim;
- chorób płuc dziecięcych w woj.: warmińsko-mazurskim, lubuskim, podkarpackim i świętokrzyskim;
- chorób zakaźnych dziecięcych w woj.: kujawsko-pomorskim, lubuskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, śląskim i zachodniopomorskim;
- diabetologii w woj.: lubuskim, opolskim, podkarpackim i świętokrzyskim;
- diabetologii dla dzieci w woj.: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, małopolskim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, warmińsko-mazurskim i świętokrzyskim;
- gastroenterologii w woj. lubuskim.

Podobna sytuacja dotyczyła m.in. następujących usług medycznych w ambulatoryjnych świadczeniach specjalistycznych:

- echokardiograficznych płodu na terenie woj.: dolnośląskiego, lubelskiego, opolskiego i świętokrzyskiego;
- diabetologii dla dzieci na terenie woj. opolskiego;
- hepatologii na terenie woj.: kujawsko-pomorskiego i opolskiego;
- immunologii na terenie woj.: lubuskiego, opolskiego, podkarpackiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego;
- kardiochirurgii na terenie woj. świętokrzyskiego;
- leczenia osteoporozy na terenie woj. pomorskiego i zachodniopomorskiego;
- urologii dziecięcej na terenie woj.: lubelskiego, opolskiego, podlaskiego i zachodniopomorskiego.

Ponadto nie zakontraktowano m.in. świadczeń w profilaktycznym programie profilaktyki chorób odtytoniowych na etapie podstawowym (POCHP) w woj. podlaskim oraz etapie specjalistycznym w woj.: kujawsko-pomorskim, lubuskim, łódzkim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim, a także świadczeń rehabilitacyjnych, pulmonologicznych w warunkach stacjonarnych w woj.: lubelskim, łódzkim, podkarpackim, podlaskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim oraz świadczeń z zakresu rehabilitacji wzroku w woj.: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, małopolskim, opolskim, podlaskim, pomorskim i zachodniopomorskim.

W przypadku świadczeń z zakresu urologii dziecięcej, nie zakontraktowano świadczeń zarówno na poziomie ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych, jak również szpitalnych, w czterech województwach, co skutkowało koniecznością korzystania z innych poradni nie specjalizujących się w zagadnieniach urologicznych, np. poradniach chirurgicznych dla dzieci, oddziałach ogólnochirurgicznych dla dzieci lub migracją pacjentów do innych województw.

Dostęp do świadczeń był zróżnicowany także w poszczególnych oddziałach wojewódzkich. W Wielkopolskim Oddziale nie zakontraktowano świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej w ośmiu spośród 35 powiatów⁵² (w 2013 r. było to 14 powiatów).

⁵¹ Stan na kwiecień 2014 r.

⁵² Tj. powiatów i miast na prawach powiatów.

W Małopolskim Oddziale nie zakontraktowano m.in. świadczeń protetyki stomatologicznej na terenie ośmiu oraz stomatologicznej pomocy doraźnej na terenie 20, spośród 22 powiatów. Nie zakontraktowano również świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w ośrodku dziennym w trzech powiatach. Dostęp do świadczeń z zakresu rehabilitacji wzroku był zapewniony jedynie na terenie miasta Krakowa i powiatu oświęcimskiego.

Z kolei w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim spośród 41 powiatów nie zakontraktowano m.in. świadczeń w następujących rodzajach i zakresach:

- 1) profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków Funduszu:
 - program profilaktyki raka piersi; etap podstawowy, w 13 powiatach;
- 2) lecznictwo stomatologiczne:
 - świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia, w 6 powiatach;
 - świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży, w 11 powiatach;
 - świadczenia protetyki stomatologicznej, w 17 powiatach;
 - świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej, w 33 powiatach,
- 3) ambulatoryjna opieka specjalistyczna:
 - poradnie endokrynologiczne, w 8 powiatach;
 - rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym, w 4 powiatach;
 - rehabilitacja pulmonologiczna, w 36 powiatach;
 - rehabilitacja narządu wzroku, w 36 powiatach.

Wprawdzie NFZ nie zakontraktował na 2014 r. świadczeń zdrowotnych w sposób zapewniający ubezpieczonym równy dostęp, do czego zobowiązywał art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach, to na występowanie różnic wpływ miały czynniki niezależne od działań Funduszu, m.in. nierównomierne rozmieszczenie bazy leczniczej⁵³ oraz deficyt lekarzy specjalistów. Najwyższa Izba Kontroli zwraca ponadto uwagę, że nadal nie obowiązywały żadne standardy wskazujące m.in. ilu lekarzy i o jakich kwalifikacjach powinno przypadać na określoną liczbę ludności.

Liczba lekarzy poszczególnych specjalności, przypadająca na 100 tys. ubezpieczonych różniła się w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu i przykładowo wynosiła: alergologów od 1,94 w Podkarpackim OW do 4,72 w Podlaskim OW, angiologów od 0 lekarzy w Mazowieckim i Podkarpackim OW do 1,01 w Dolnośląskim OW, chirurgów dziecięcych od 1,10 w Opolskim OW do 4,16 w Mazowieckim OW, chirurgów naczyniowych od 1,23 w Łódzkim OW do 2,91 w Świętokrzyskim OW, diabetologów od 1,82 w Lubuskim OW do 4,24 w Podlaskim OW, endokrynologów od 2,05 w Lubuskim OW, do 4,71 w Mazowieckim OW, ginekologów onkologicznych od 0,21 w Lubelskim OW (4 lekarzy) do 0,69 w Zachodniopomorskim OW, onkologów i hematologów dziecięcych od 0,12 w Opolskim OW (1 lekarz) do 0,96 w Podlaskim OW.

Na terenie działania części OW w ogóle nie było lekarzy określonych specjalności, jak np.: w zakresie immunologii klinicznej w Lubuskim, Opolskim, Podkarpackim, Warmińsko-Mazurskim, Zachodniopomorskim OW, geriatрії w Warmińsko-Mazurskim OW, seksuologii w Dolnośląskim, Kujawsko-Pomorskim, Opolskim, Podlaskim, Śląskim, Świętokrzyskim, Warmińsko-Mazurskim OW.

⁵³ W przypadku świadczeń echokardiograficznych płodu wymagane było posiadanie certyfikatu umiejętności Sekcji Echokardiografii i Kardiologii Prenatalnej Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego. Taki certyfikat posiada w Polsce ok 30 lekarzy skupionych przy ośrodkach zajmujących się diagnostyką i leczeniem w okresie prenatalnym.

Na dostęp do świadczeń miały również wpływ zasady podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu, określone przez Ministra Zdrowia⁵⁴. 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.

3.2.2. Zasady wyceny świadczeń

W 2013 r. prowadzono weryfikację wyceny 465 świadczeń, rozliczanych w 49 Jednorodnych Grupach Pacjentów (JGP). W jej wyniku dokonano zmian części wycen punktowych świadczeń kontraktowanych na 2014 r.

Wyceny świadczeń w poszczególnych ich rodzajach (dokonywane w jednostkach rozliczeniowych) były wynikiem uwag zgłaszanych do projektów zarządzeń Prezesa Funduszu przez m.in. konsultantów krajowych w poszczególnych dziedzinach medycyny oraz organizacje świadczeniodawców. Ustalając liczbę jednostek rozliczeniowych przypadających na dane świadczenie Fundusz kierował się również potrzebą zachowania proporcji pomiędzy poszczególnymi świadczeniami uwzględniającymi zużycie zasobów potrzebnych do udzielenia danego świadczenia.

Cena jednostek rozliczeniowych wynikała z negocjacji prowadzonych podczas postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

W 2014 r. Fundusz kontynuował prace związane z „przesunięciem” realizacji części procedur wykonywanych dotychczas w lecznictwie szpitalnym do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Celem tych działań było ograniczenie kosztów oraz wykonywanie w trybie hospitalizacji tylko tych świadczeń, które nie mogły być realizowane poza szpitalem. W wyniku przeniesienia 258 procedur Fundusz zmniejszył w 2014 r. koszty o ok 100 mln zł w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego oraz o ok 210 mln zł w porównaniu do 2012 r.

Z dniem 1 stycznia 2015 r. taryfikacji świadczeń dokonuje Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W związku z powyższym Fundusz przekazał Agencji, w grudniu 2014 r., propozycje zmian 134 grup świadczeń opartych m.in. na kalkulacji kosztów przeprowadzonej na podstawie danych uzyskanych od świadczeniodawców.

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

W 2014 r., podobnie jak w latach 2011–2013, pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ występowały różnice w dostępie do świadczeń, na co NIK zwracała uwagę po kontroli wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2011 r. oraz 2012 r.⁵⁵.

⁵⁴ 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).

⁵⁵ 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).

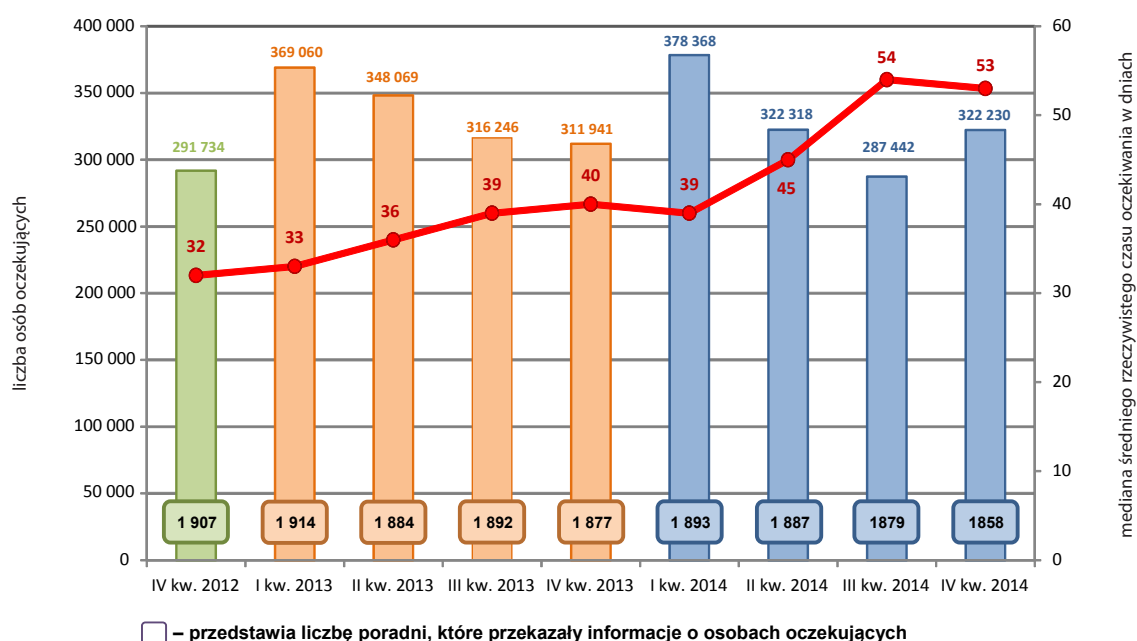
Koszty leczenia *per capita*⁵⁶ wynosiły średnio w kraju 1.799,19 zł (w 2013 r. – 1.748,18 zł) i kształtowały się od 1.718,36 zł w woj. wielkopolskim do 1.872,43 zł w woj. opolskim (Załącznik nr 9).

Dostęp do świadczeń w wybranych zakresach w grudniu 2014 r., mierzony czasem oczekiwania⁵⁷ na udzielenie świadczenia, w porównaniu do grudnia 2013 r., pogorszył się i przedstawiał się następująco:

- a) w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (przypadki stabilne) m.in.:
- w poradniach okulistycznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **311.941** do **322.230** osób (o 3,3%), a mediana⁵⁸ średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 40 do 53 dni (o 32,5%).

Wykres nr 1

Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni okulistycznych w latach 2012–2014, „przypadki stabilne”



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2014 r.

⁵⁶ Obliczone, jako iloraz wykonania kosztów świadczeń i liczby ubezpieczonych i uprawnionych objętych opieką danego oddziału; źródło – dane przekazane przez Centralę NFZ.

⁵⁷ Średni rzeczywisty czas oczekiwania na udzielenie świadczeń zdrowotnych był obliczany zgodnie ze wzorem zamieszczonym w Załączniku Nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. (Dz. U. z 2013 r., poz. 1447 ze zm.) w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych. Zgodnie z rozporządzeniem średni czas oczekiwania oblicza się odrębnie dla każdej grupy osób wpisanych na listę oczekujących na udzielenie świadczenia w poszczególnej komórce organizacyjnej lub na poszczególną procedurę lub zakres świadczeń. Grupy te wyodrębniane są ze względu na kryterium medyczne, o którym mowa w § 8 ust. 1 pkt 6 lit. b rozporządzenia.

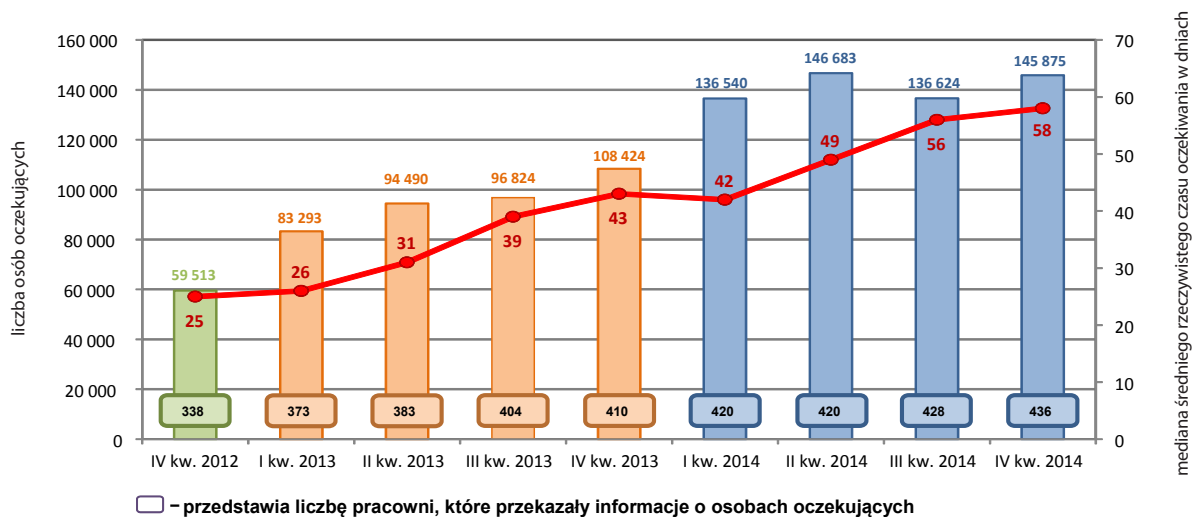
Średni czas oczekiwania oblicza się zgodnie z następującym wzorem: $T = D/L$, gdzie: T – średni czas oczekiwania, D – łączna liczba dni oczekiwania, gdzie: $D = d_1 + d_2 + \dots + d_n$, gdzie d_n - liczba dni oczekiwania każdej osoby skreślonej w okresie ostatnich sześciu miesięcy z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, na które oczekiwała, liczona od daty wpisania na listę oczekujących do daty rozpoczęcia wykonywania świadczenia, L – łączna liczba osób skreślonych w ostatnich sześciu miesiącach z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia.

⁵⁸ Mediana – wartość dzieląca wszystkie dane na pół. Poniżej i powyżej mediany znajduje się dokładnie po 50% danych.

- w pracowniach tomografii komputerowej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **108.424** do **145.875** osób (o 34,5%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 43 do 58 dni (o 34,9%).

Wykres nr 2

Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do pracowni tomografii komputerowej w latach 2012–2014, „przypadki stabilne”

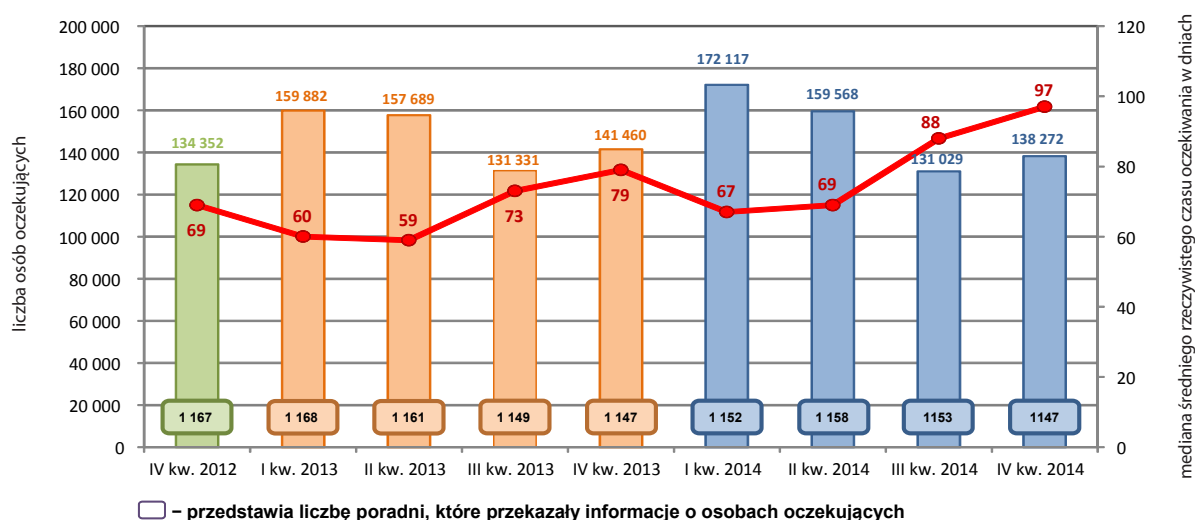


Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2014 r.

- w poradniach kardiologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z **141.460** do **138.272** osób (o 2,3%), lecz mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 79 do 97 dni (o 22,8%).

Wykres nr 3

Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni kardiologicznych w latach 2012–2014, „przypadki stabilne”

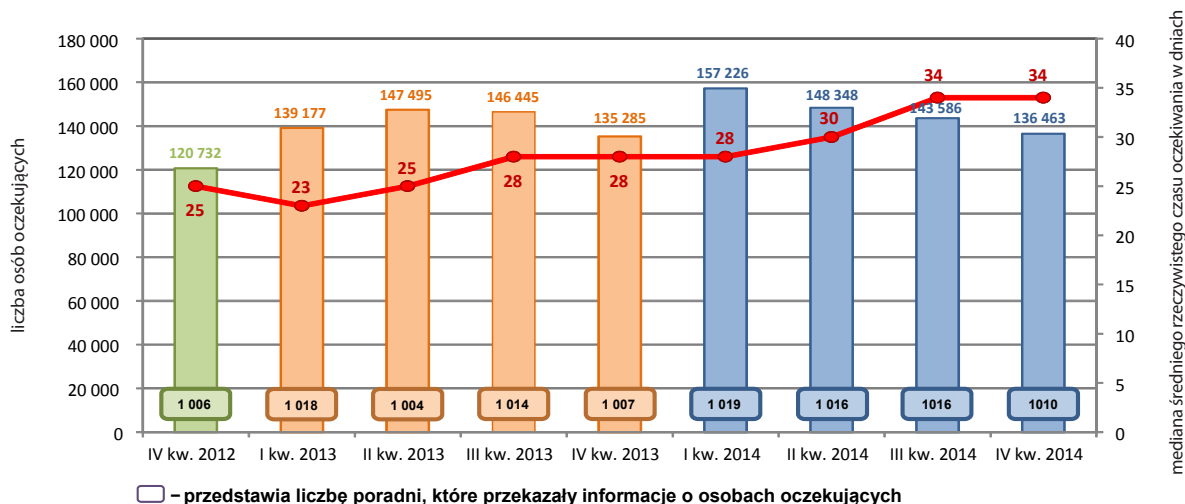


Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2014 r.

- w poradniach chirurgii urazowo-ortopedycznej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **135.285** do **136.463** osób (o 0,9%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 28 do 34 dni (o 21,4%).

Wykres nr 4

Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni chirurgii urazowo-ortopedycznych w latach 2012–2014, „przypadki stabilne”

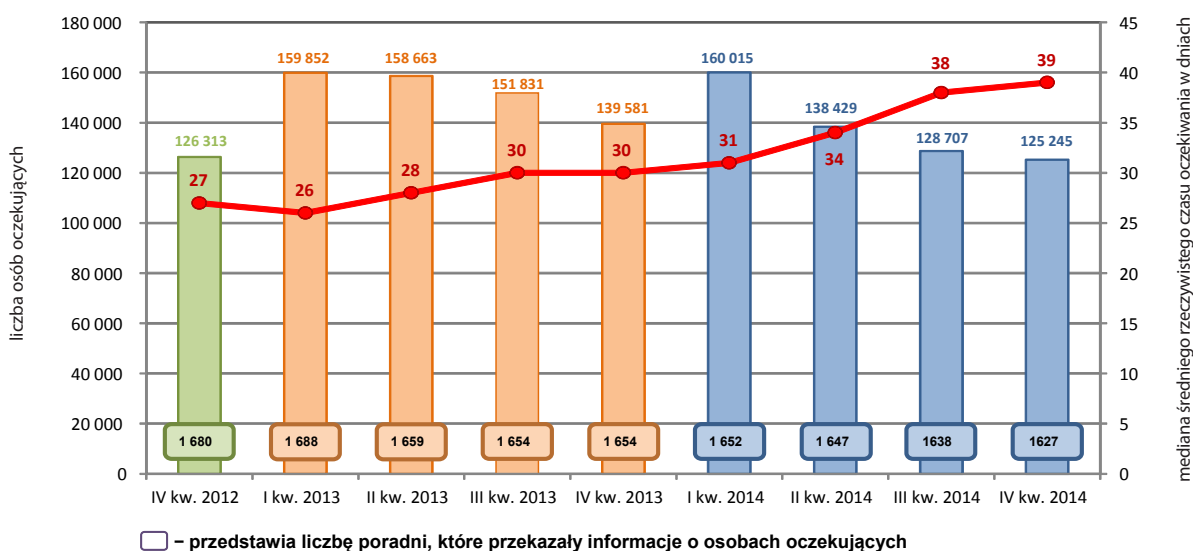


Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2014 r.

- w poradniach neurologicznych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z **139.581** do **125.245** osób (o 10,3%), lecz mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 30 do 39 dni (o 30%).

Wykres nr 5

Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni neurologicznych w latach 2012–2014, „przypadki stabilne”



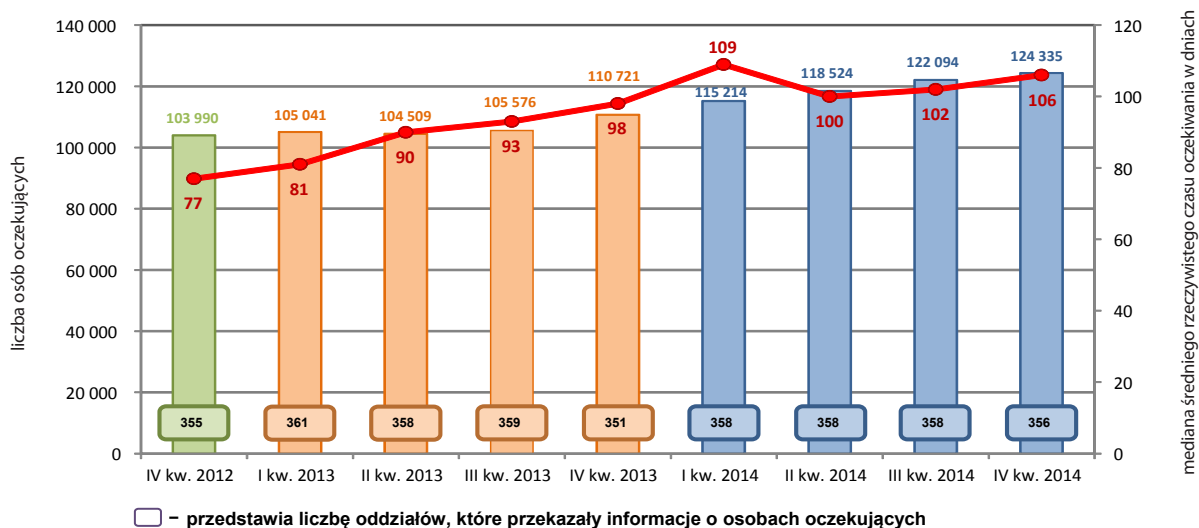
Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2014 r.

b) w leczeniu szpitalnym (przypadki stabilne) m.in.:

- w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej łączna liczba osób oczekujących zwiększyła się z **110.721** do **124.335** osób (o 12,3%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 98 do 106 dni (o 8,2%).

Wykres nr 6

Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej w latach 2012–2014, „przypadki stabilne”

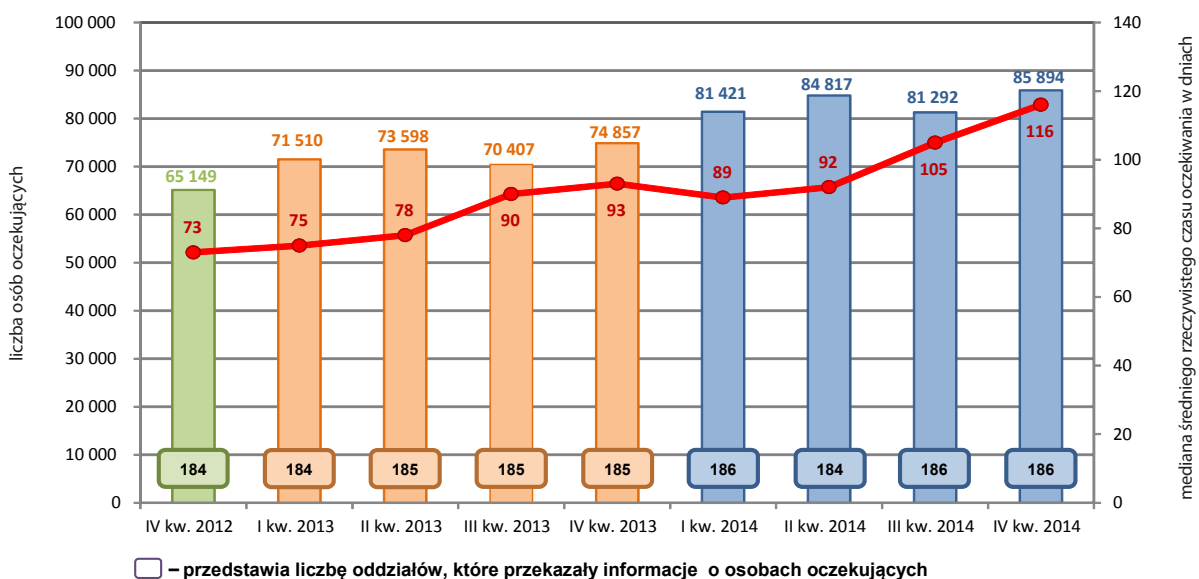


Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2014 r.

- w oddziałach otorynolaryngologicznych łączna liczba osób oczekujących zwiększyła się z **74.857** do **85.894** osób (o 14,7%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 93 do 116 dni (o 24,7%).

Wykres nr 7

Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów otorynolaryngologicznych w latach 2012–2014, „przypadki stabilne”

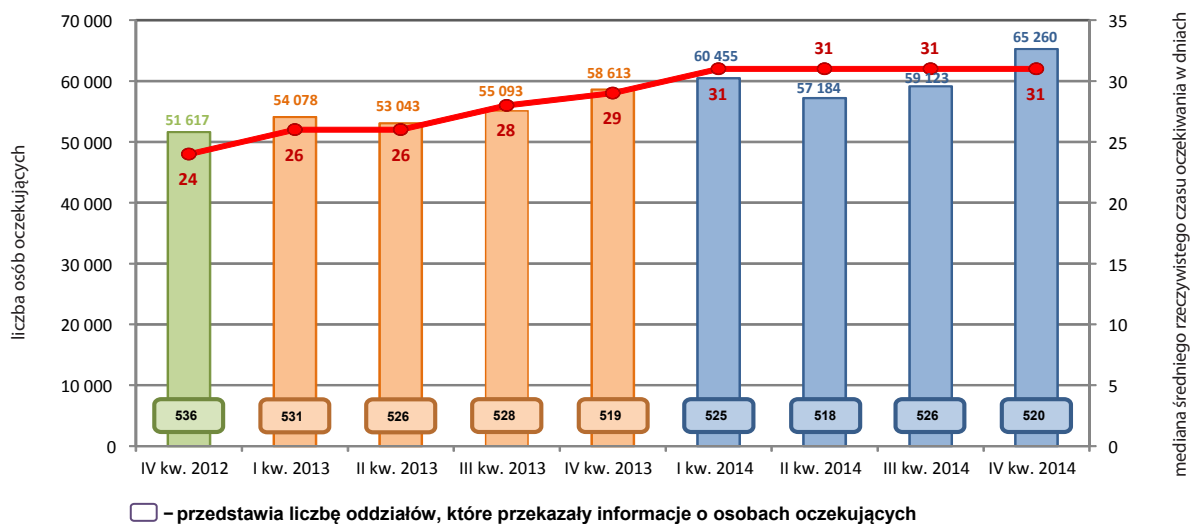


Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2014 r.

- w oddziałach chirurgicznych ogólnych łączna liczba osób oczekujących zwiększyła się z **58.613** do **65.260** osób (o 11,3%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 29 do 31 dni (o 6,9%).

Wykres nr 8

Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów chirurgii ogólnej w latach 2012–2014, „przypadki stabilne”

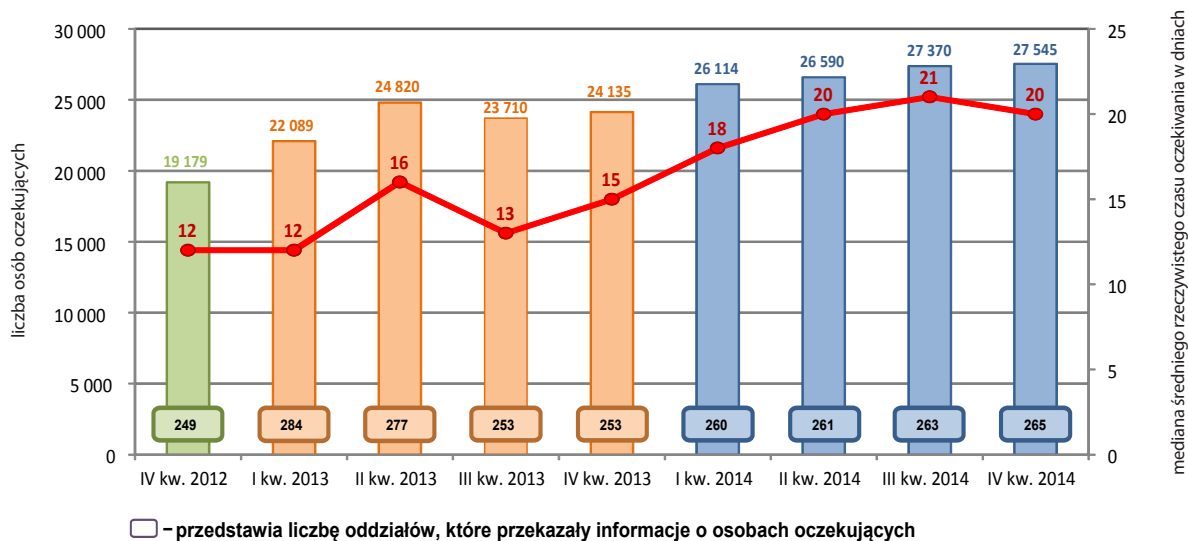


Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2014 r.

- w oddziałach leczenia jednego dnia łączna liczba osób oczekujących zwiększyła się z **24.135** do **27.545** osób (o 14,1%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 15 do 20 dni (o 33,3%).

Wykres nr 9

Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów chirurgii jednego dnia w latach 2012–2014, „przypadki stabilne”

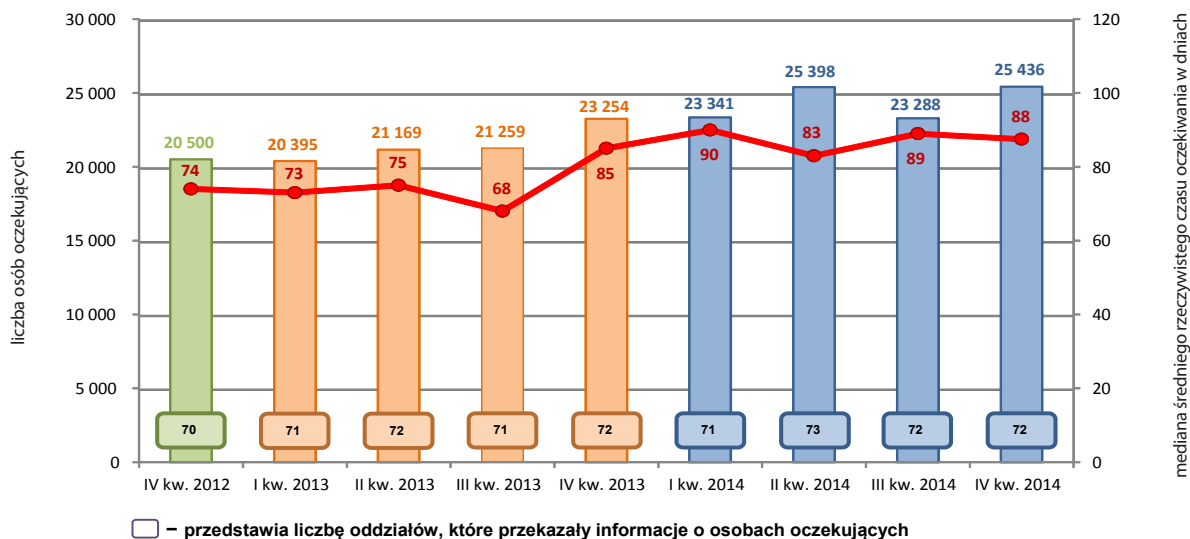


Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2014 r.

- w oddziałach neurochirurgicznych łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **23.254** do **25.436** osób (o 9,4%), a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła z 85 do 88 dni (o 3,5%).

Wykres nr 10

Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów neurochirurgicznych w latach 2012–2014, „przypadki stabilne”



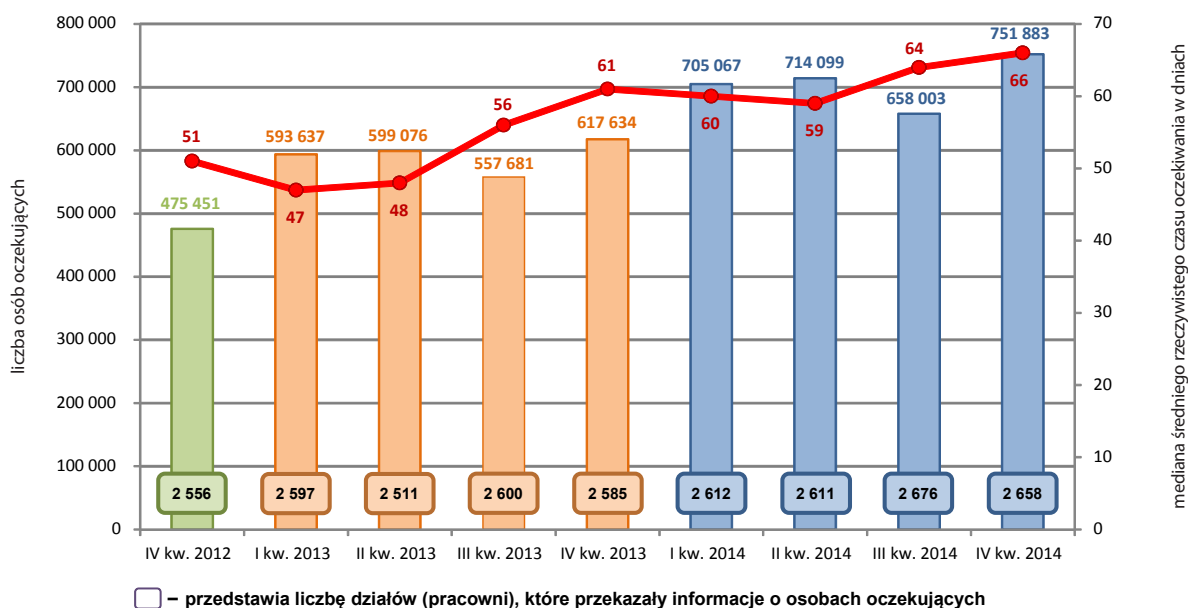
Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2014 r.

c) w rehabilitacji leczniczej m.in.:

- w działach (pracowniach) fizjoterapii łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **617.634** do **751.883** osób (o 21,7%), a mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 61 do 66 dni (o 8,2%).

Wykres nr 11

Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania w działach (pracowniach) fizjoterapii w latach 2012–2014, „przypadki stabilne”

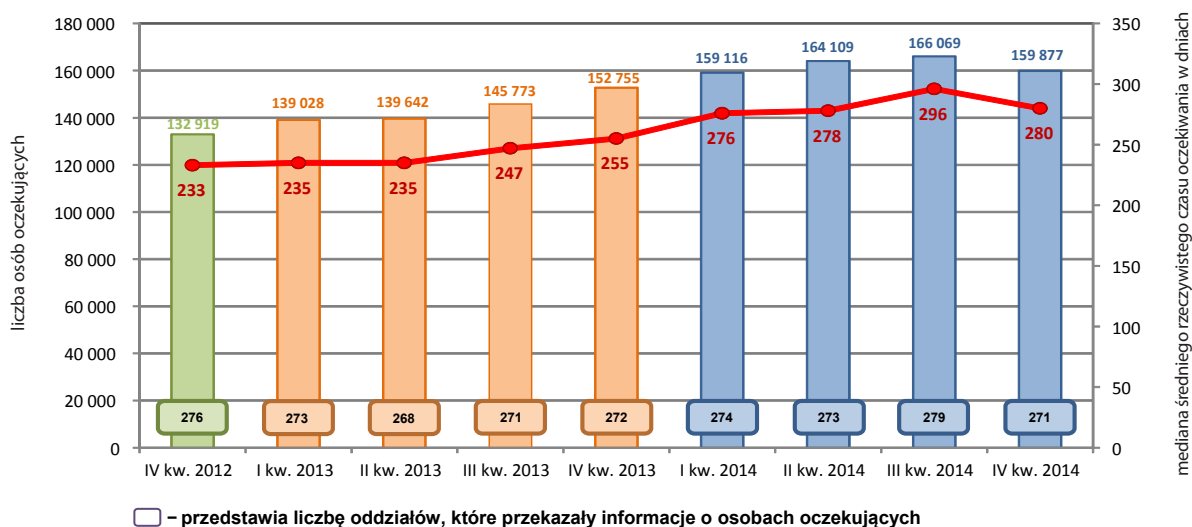


Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2014 r.

- w oddziałach rehabilitacyjnych, łączna liczba osób oczekujących wzrosła ze **152.755** do **159.877** osób (o 4,7%), a mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła z 255 do 280 dni (o 9,8%).

Wykres nr 12

Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania w oddziałach rehabilitacji w latach 2012–2014, „przypadki stabilne”

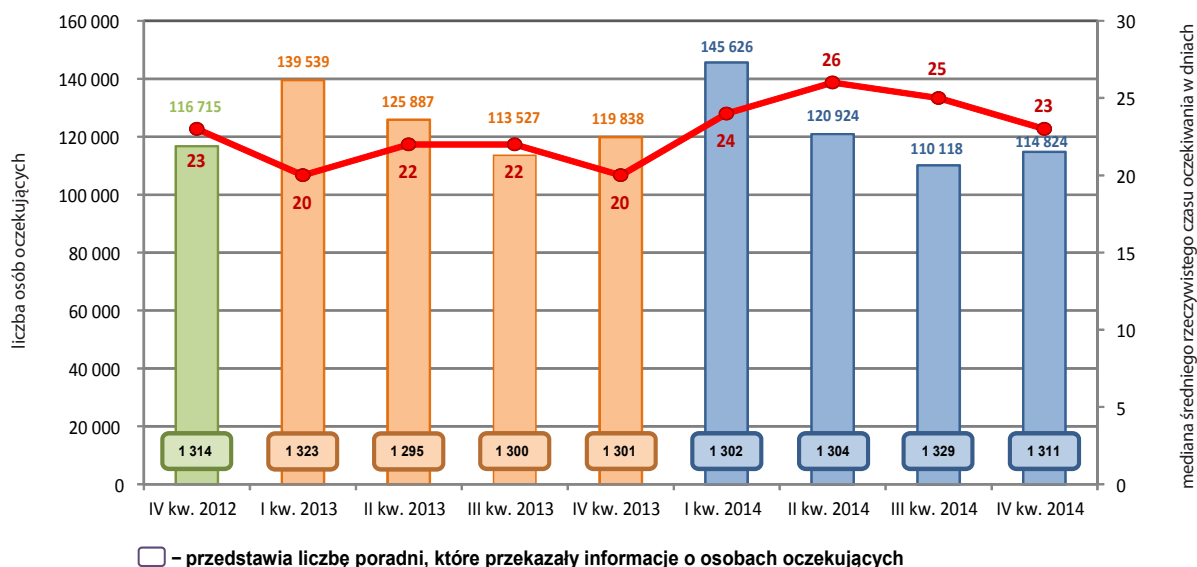


Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2014 r.

- w poradniach rehabilitacyjnych łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się ze **119.838** do **114.824** osób (o 4,2%), lecz mediana średniego czasu oczekiwania zwiększyła się z 20 do 23 dni (o 15%).

Wykres nr 13

Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania w poradniach rehabilitacyjnych w latach 2012–2014, „przypadki stabilne”

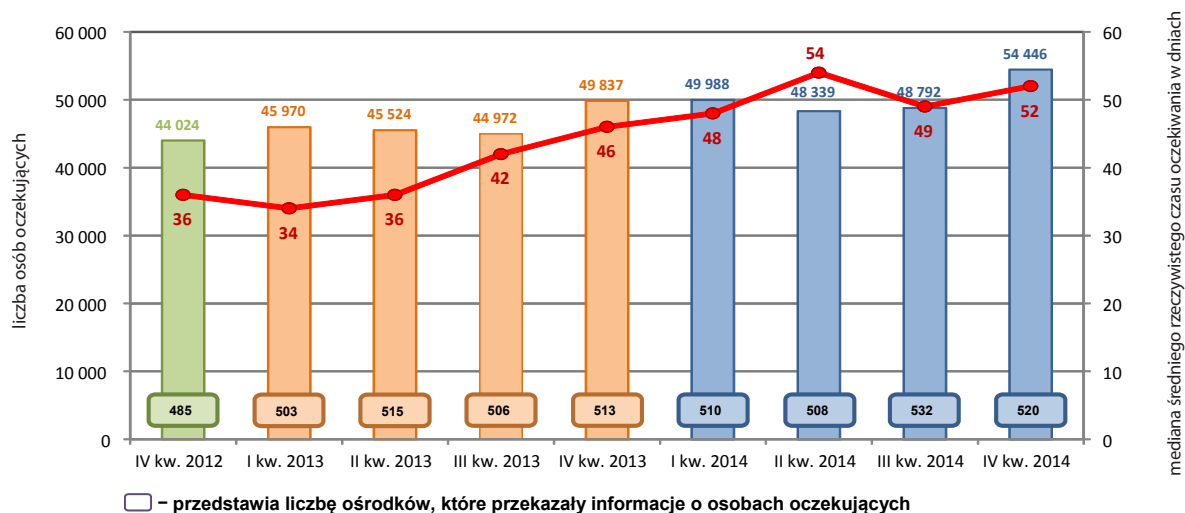


Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2014 r.

- w ośrodkach rehabilitacji dziennej łączna liczba osób oczekujących wzrosła z **49.837** do **54.446** osób (o 9,2%), a mediana średniego czasu oczekiwania zwiększyła się z 46 do 52 dni (o ponad 13%).

Wykres nr 14

Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania w ośrodkach rehabilitacji dziennej w latach 2012–2014, „przypadki stabilne”

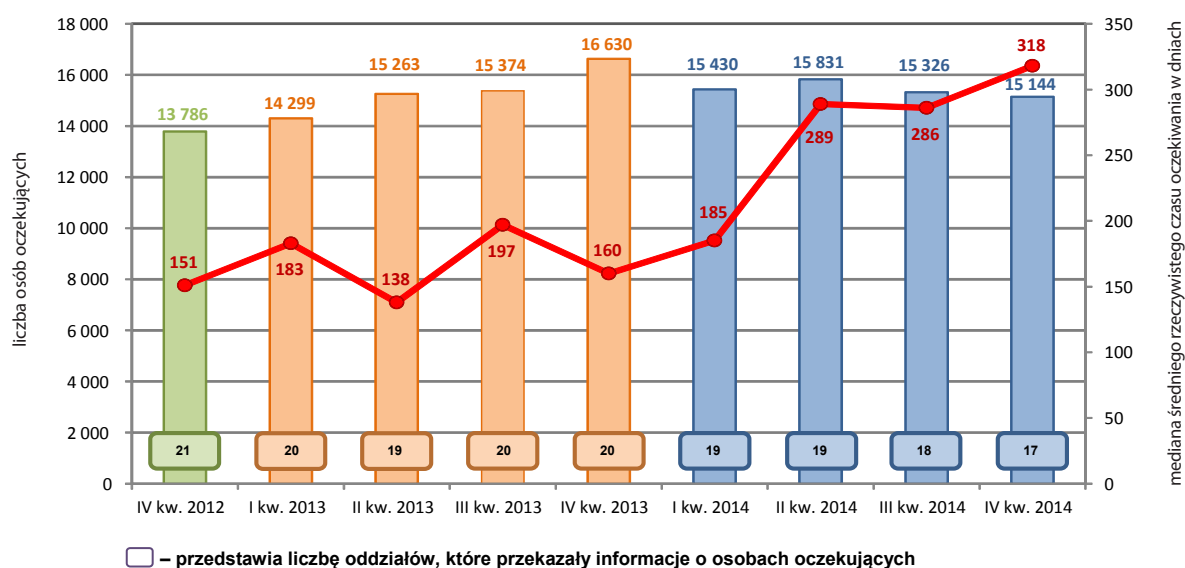


Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2014 r.

- w oddziałach rehabilitacji narządu ruchu łączna liczba osób oczekujących zmniejszyła się z **16.630** do **15.144** osób (o 8,9%), lecz mediana średniego czasu oczekiwania zwiększyła się z 160 do 318 dni (o 98,8%).

Wykres nr 15

Liczba osób oczekujących i mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania w oddziałach rehabilitacji narządu ruchu w latach 2012–2014, „przypadki stabilne”



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2014 r.

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 przedstawia Załącznik nr 4.

Według danych na koniec 2014 r. odsetek świadczeniodawców wywiązujących się z obowiązku sprawozdawczego dotyczącego przekazywania wykazów osób oczekujących i skreślonych z listy oczekujących, wynosił w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ od 95,9% do 100% świadczeniodawców.

W 2014 r. Fundusz nie posiadał informacji jaki czas upłynął od momentu skierowania pacjenta na badania diagnostyczne w związku z podejrzeniem choroby nowotworowej, do momentu rozpoczęcia leczenia. Tego rodzaju analizy były możliwe od 2015 r. po wprowadzeniu karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, o której mowa w art. 32a i 32b ustawy o świadczeniach oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2014 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego⁵⁹.

Sposób obliczania, podawanego przez NFZ średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń, powodował, że wartość informacyjna tych danych była dla pacjenta ograniczona. Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców⁶⁰ wynika, że średni czas oczekiwania na udzielenie świadczeń, o jakim byli informowani pacjenci w chwili zapisu na świadczenia, w grudniu 2014 r., wynosił w poradniach: okulistycznych (88 dni), kardiologicznych (106 dni), chirurgii urazowo-ortopedycznej (60 dni), neurologicznych (64 dni) i był dłuższy od mediany, średniego, rzeczywistego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń wykazywanych przez NFZ. W przypadku: poradni okulistycznych Fundusz wykazywał 53 dni, poradni kardiologicznych 97 dni, poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej 34 dni, a poradni neurologicznych 39 dni.

W niektórych poradniach nie prowadzono zapisów na świadczenia w grudniu 2014 r. (7,2% poradni okulistycznych, 5% poradni kardiologicznych, 5,1% poradni chirurgii urazowo-ortopedycznych, 5% poradni neurologicznych).

Również odsetek poradni, do których średni rzeczywisty czas oczekiwania wynosił 0 dni, wykazywany przez NFZ, był wyższy niż wynika to z informacji uzyskanych przez NIK od świadczeniodawców. W przypadku poradni okulistycznych, NFZ podawał, że takich komórek organizacyjnych było 12%, podczas gdy z danych podanych przez podmioty lecznicze wynikało, że jedynie 2,5%. Dla poradni kardiologicznych było to odpowiednio 4% i 1,7%, dla poradni chirurgii urazowo-ortopedycznych 10% i 2%, a dla poradni neurologicznych 12% i 1,9%.

Rozbieżności pomiędzy czasem oczekiwania do wybranych komórek organizacyjnych przekazanych przez NFZ, a informacjami o czasie oczekiwania uzyskanymi przez NIK od świadczeniodawców wynikały m.in. z tego, że zgromadzone przez NIK informacje to przewidywany czas oczekiwania na udzielenie świadczeń, NFZ pozyskiwał natomiast informacje o tym, jak długo na świadczenie oczekiwały osoby już skreślone z listy z powodu wykonania świadczenia.

Dodać należy również, że średni rzeczywisty czas oczekiwania równy 0 dni nie oznacza tylko sytuacji kiedy brak jest osób oczekujących i świadczenia są realizowane na bieżąco, ale także gdy przyjmowano wyłącznie pacjentów kontynuujących leczenie bądź w stanie nagłym.

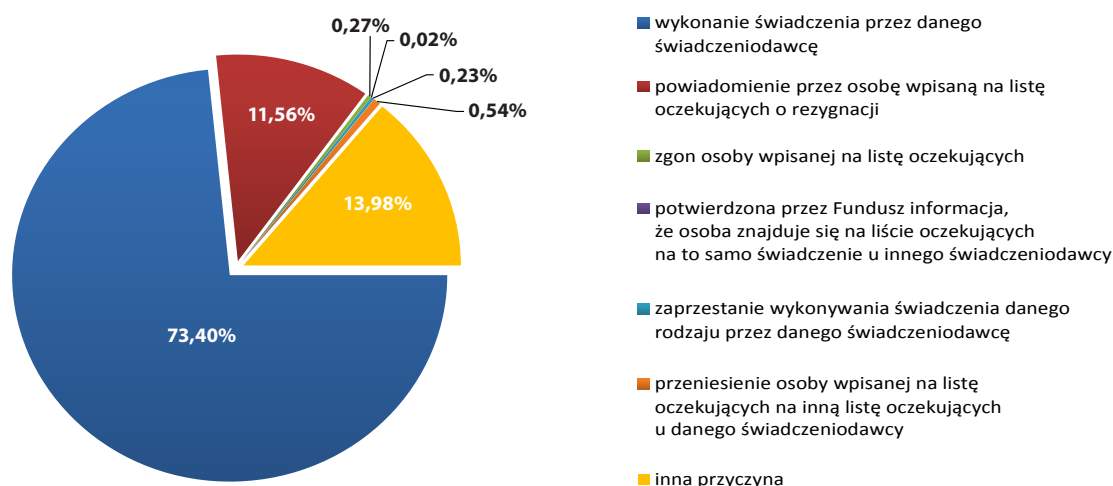
⁵⁹ Dz. U. z 2014 r., poz. 1751.

⁶⁰ Dane uzyskano z 478 poradni okulistycznych, 454 poradni kardiologicznych, 429 poradni chirurgii urazowo-ortopedycznych, 533 poradni neurologicznych.

Według danych NFZ sporządzonych na podstawie informacji z 26 komórek organizacyjnych świadczeniodawców oraz list oczekujących na dziewięć wybranych świadczeń, skreślenia pacjentów z list oczekujących następowały głównie z powodu wykonania świadczenia (ponad 73% przypadków). Jednak w ponad ¼ przypadków skreślenie następowało z innych powodów, w tym z powodu rezygnacji ze świadczenia (ponad 11,5%).

Wykres nr 16

Przyczyny skreśleń z list osób oczekujących na udzielenie świadczeń w 2014 r.



Źródło: Sprawozdanie NFZ z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2014 r.

Dokonany przez NIK szacunek kosztów udzielenia świadczeń osobom oczekującym na ich udzielenie według stanu na koniec 2014 r. wykazuje, że do pokrycia kosztów świadczeń dla tych osób konieczna jest kwota ok 3.475.672 tys. zł. Określenia tej kwoty dokonano wyliczając średni koszt udzielenia świadczenia przypadający na jedną osobę w 2014 r. w poszczególnych komórkach organizacyjnych placówek ochrony zdrowia, a następnie przemnożono liczbę osób oczekujących na udzielenie świadczenia, według stanu na koniec 2014 r. oraz średni koszt udzielenia świadczenia w danej komórce organizacyjnej. Tak wyliczoną kwotę skorygowano uwzględniając fakt, że nie każdy pacjent otrzymujący skierowanie korzysta ze świadczeń.

3.2.4. Nowe technologie

W 2014 r. Fundusz nie refundował technologii medycznych o potwierdzonej w badaniach skuteczności terapeutycznej, pomimo pozytywnej oceny Agencji Oceny Technologii Medycznych, ponieważ nie zostały one wpisane do wykazu świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych. Spowodowane to było negatywną oceną NFZ, wynikającą z prognozowanej wysokości nakładów na koszty świadczeń. Przykładem takich technologii były:

- 1) izolowana chemioterapia perfuzyjna kończynowa w hipertermii do leczenia rozległych przerzutów in-transit w lokalizacji kończynowej w czerniaku skóry, dostępna jako standardowa w krajach UE (rekomendacja AOTM z dnia 25 marca 2013 r.);
- 2) perfuzja kończynowa z melfalanem i TNFalfa do leczenia rozległych mięsaków, granicznie resekcyjnych w lokalizacji kończynowej, choć metoda ta została rekomendowana w 2013 r. przez AOTM i była standardem postępowania w krajach UE (rekomendacja AOTM z dnia 29 kwietnia 2013 r.).

Zlecenie przygotowania oceny obu wyżej wskazanych technologii zostało przekazane przez Ministra Zdrowia do Agencji w maju 2011 r.

Szczególnie istotne znaczenie może mieć „Chemioterapia perfuzyjna kończynowa w hipertermii”, gdyż jak wynika z rekomendacji Agencji, daje szansę na uniknięcie amputacji kończyny, w przypadku wystąpienia nieresekcyjnych guzów (mięsaków, czerniaków). Dotychczasowym standardem postępowania w polskiej praktyce klinicznej jest amputacja kończyny w przypadku wystąpienia takiej zmiany.

3.2.5. Profilaktyka chorób układu krążenia w podstawowej opiece zdrowotnej

W 2014 r. lekarze podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) wykonali badania przesiewowe w Programie profilaktyki chorób układu krążenia (PCHUK) u 67.424 osób, co stanowiło 3,4% populacji spełniającej kryteria do objęcia tym Programem⁶¹. Do lekarzy specjalistów zostało skierowanych 380 pacjentów. Wartość świadczeń rozliczonych w PCHUK wyniosła 3.236,35 tys. zł.

Niskie wykonanie świadczeń w programie profilaktyki chorób układu krążenia w 2014 r., jak wynika z wyjaśnień, wynikało m.in. ze znacznej pracochłonności świadczeń oraz ich niskiej wyceny, a także konieczności dysponowania przez świadczeniodawcę łączem internetowym w celu wykorzystania Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP). Spośród 6.195 lekarzy POZ realizujących kontrakty z NFZ w 2014 r., PCHUK realizowało 1.657 (27%)⁶².

Tak niskie objęcie tymi badaniami populacji docelowej może skutkować niewielką efektywnością podejmowanych działań profilaktycznych, w szczególności w sytuacji malejącego zainteresowania świadczeniodawców udziałem w tym Programie.

Jak wynika ze złożonych wyjaśnień dotyczących zaangażowania świadczeniodawców POZ w realizację PCHUK, cyt.: „(...) świadczenia w Programie (...) są świadczeniami gwarantowanymi w świadczeniach lekarza POZ, zatem istnieje obligatoryjny obowiązek ich udzielania w ramach umowy, o ile na liście lekarza znajdują się osoby spełniające kryteria kwalifikacyjne do udziału w Programie (...)”. Oznacza to w praktyce, że wynagrodzenie w łącznej kwocie 3.236,35 tys. zł odnosiło się jedynie do finansowania kosztów poszerzonej sprawozdawczości, a więc czynności niezwiązanych z leczeniem pacjentów.

3.2.6. Wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach ze świadczeniodawcami oraz wartość świadczeń wykonanych poniżej wielkości ustalonych w kontraktach i planie finansowym oraz udzielonych w związku z wypadkiem komunikacyjnym

Dyrektorzy OW NFZ przeprowadzili rozliczenie świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez zmiany warunków finansowych umów⁶³ lub zawarcie ugody pozasądowej⁶⁴.

⁶¹ Tj. 1.965.569 osób (2.749.854 osoby spełniające kryteria wiekowe pomniejszone o 784.285 osób wyłączonych z powodu leczenia na choroby układu krążenia i/lub cukrzycę).

⁶² W 2012 r. było to odpowiednio 1.937 podmiotów (32%), w 2013 r. 1.748 podmiotów (29%).

⁶³ 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 (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.; obecnie Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.).

⁶⁴ 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 ze zm.) 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.

Łączna wartość świadczeń wykonanych ponad limity określone w umowach na 2014 r. wyniosła⁶⁵ 842.653,31 tys. zł i była niższa niż w 2013 r. (953.623,16 tys. zł), co należy ocenić pozytywnie⁶⁶.

Izba negatywnie ocenia fakt niewydatkowania środków zaplanowanych na świadczenia, których kwota wyniosła w 2014 r. 1.178.773,60 tys. zł (w 2013 r. było to 1.795.555,12 tys. zł) i stanowiła 1,83% zaplanowanych kosztów świadczeń, z tego niewykonanie całkowitego budżetu na refundację wynosiło 583.767,06 tys. zł.

Wartość tzw. „nadwykonań” w zakresie chemioterapii wyniosła 5.752,34 tys. zł, w tym wartość „nadwykonań” w zakresie leków 59,17 tys. zł, zaś wartość wykonania kontraktów poniżej planu wyniosła 10.166,28 tys. zł, w tym z tytułu leków 6.310,63 tys. zł. Oddziały wojewódzkie zawarły w 2014 r. umowy w zakresie chemioterapii z 214 podmiotami (w 2013 r. z 216 podmiotami). Niższe niż planowano wykonanie kosztów tych świadczeń wynikało m.in. z niepełnej realizacji kontraktów przez niektórych świadczeniodawców.

Środki zaplanowane na świadczenia nie zostały w pełni wykorzystane również ze względu na uwarunkowania prawne i organizacyjne systemu ochrony zdrowia, a w szczególności ze względu na: nierównomierne rozmieszczenie bazy materialnej i kadrowej systemu ochrony zdrowia, a także art. 74 ust. 3 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (zwanej dalej ustawą o refundacji),⁶⁷ który określił wysokość środków przeznaczonych w planie finansowym na refundację i uniemożliwia przesunięcie niewykorzystanej części na pokrycie kosztów deficytowych świadczeń zdrowotnych w danym roku.

Koszty leczenia ofiar wypadków komunikacyjnych

Fundusz nie dysponował w latach 2014–2015 (I półrocze) wiarygodnymi danymi dotyczącymi liczby osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych, a także kosztami ich leczenia. Dane sprawozdawane przez świadczeniodawców nie pozwalały na precyzyjne ich oszacowanie. Zgodnie z zasadami kodowania opracowanymi przez WHO, jako rozpoznanie zasadnicze powinien być wpisywany kod ICD-10 wskazujący na problem zdrowotny będący powodem udzielenia świadczenia. Świadczeniodawcy mają możliwość podania tzw. rozpoznania współistniejącego, związanego z wypadkiem komunikacyjnym i oznaczonego kodami V01-V89.9, lecz nie są to rozpoznania funkcjonujące samodzielnie i stanowią jedynie informację dodatkową dotyczącą okoliczności udzielenia świadczenia, a ich sprawozdanie zależy od decyzji pracownika jednostki ochrony zdrowia.

Z ustaleń kontroli wynika, że koszt hospitalizacji osób przyjętych jedynie w szpitalnych oddziałach ratunkowych wyniósł w 2014 r. nie mniej niż 133.090,98 tys. zł, tj. średnio na pacjenta 11,28 tys. zł.⁶⁸ Powyższe dane są niepełne, gdyż nie obejmują kosztów leczenia pacjentów przyjętych w szpitalnych izbach przyjęć, przeniesionych do innych szpitali niż ten w którym działał dany SOR, a także kosztów dalszego leczenia pacjenta prowadzonego w trybie ambulatoryjnym lub korzystającego ze świadczeń rehabilitacji leczniczej. Uzyskanie takich danych, w obecnie funkcjonującym systemie ewidencyjnym NFZ, nie było możliwe.

⁶⁵ Na dzień zamknięcia ksiąg rachunkowych za 2014 r.

⁶⁶ Wartość świadczeń ponad limit określony w umowach wyniosła w poprzednich latach: 418.828,43 tys. zł w 2008 r. (0,8% planowanych kosztów świadczeń), 1.602.331,01 tys. zł w 2009 r. (2,89%), 1.065.642,01 tys. zł w 2010 r. (1,86%), 1.814.455,53 tys. zł w 2011 r. (3,11%), 1.463.790,49 tys. zł w 2012 r. (2,36%), 953.623,16 tys. zł w 2013 r. (1,49%).

⁶⁷ Dz. U. z 2015 r., poz. 345.

⁶⁸ Liczba podmiotów, do których skierowano prośbę – 219; Liczba podmiotów, które podały pacjentów – 133; Liczba podmiotów, które podały kwoty – 129; Liczba pacjentów – 11.983.

3.2.7. Zasady rozliczania wykonanych świadczeń

W 2014 r. Fundusz kontrolował dane sprawozdawcze przekazywane przez świadczeniodawców w związku z realizacją umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych (tzw. proces walidacji⁶⁹ i weryfikacji⁷⁰ danych sprawozdawczych).

W 2014 r. nie wdrożono systemu automatycznej weryfikacji rozliczeń ze świadczeniodawcami opartego m.in. o autoryzację wykonania świadczenia przez pacjenta (tzw. RUM II). Jak wynika z wyjaśnień, złożonych przez z-cę dyrektora Departamentu Informatyki Centrali NFZ przed komisją sejmową, kwota środków możliwych do zaoszczędzenia przez NFZ w związku z wprowadzeniem takiego systemu, umożliwiłaby uzyskanie oszczędności w wysokości 650.000 tys. zł w skali roku i przyczyniłoby się do poprawy efektywności wydatkowania środków publicznych na leczenie pacjentów.

Prace nad wdrożeniem systemu RUM II wszczęto na podstawie pisma Pana Sławomira Neumanna z dnia 2 października 2012 r. Uruchomiony został wtedy 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 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 świadczenie. Zakładano, że do końca 2016 r. kartę KUZ otrzyma około połowy wszystkich ubezpieczonych oraz nieubezpieczonych obywateli do 18 roku życia. Pierwsze korzyści z karty planowano uzyskać w 2017 r. W Analizie przedstawiono szacunek kosztów związanych z wdrożeniem powyższych projektów⁷¹.

Analiza wybranych świadczeń wykonanych przez świadczeniodawców w 2014 r. wykazała, że w przypadku:

- 29 pacjentów, Fundusz zapłacił w latach 2009–2014 świadczeniodawcy za ekstrakcję wyrostka robaczkowego wykonaną na rzecz tego samego pacjenta, pomimo jego wcześniejszego usunięcia;
- 245 pacjentów Fundusz zapłacił w latach 2009–2014 świadczeniodawcy za ekstrakcję pęcherzyka żółciowego na rzecz tego samego pacjenta, również pomimo jego wcześniejszego usunięcia;
- 33.036 recept NFZ dokonał w 2014 r., refundacji cen antybiotyku o wartości 243,05 tys. zł, po upływie 7 dni od daty jej wystawienia, choć recepty takie były ważne jedynie przez tydzień.

W toku kontroli zostały wszczęte czynności wyjaśniające m.in. w oddziałach wojewódzkich NFZ. W odniesieniu do 274 pacjentów, którym udzielono świadczeń polegających na powtórnym wycięciu wyrostka robaczkowego i pęcherzyka żółciowego stwierdzono, że w przypadku

⁶⁹ Walidacje, tj. automatyczne sprawdzenie poprawności formalnej i kompletności zestawu danych oraz przekazywanie komunikatu zwrotnego.

⁷⁰ Weryfikacje podstawowe, tj. automatyczne sprawdzenie poprawności danych w obrębie zestawu danych w zakresie zgodności z warunkami ustalonymi na podstawie m.in. przepisów prawa. Ponadto prowadzono weryfikacje kontrolne (wsteczne), dokonywane, nie rzadziej niż co kwartał.

⁷¹ 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, modyfikacje systemów informatycznych świadczeniodawców.

239 pacjentów kolejne hospitalizacje były zasadne ze względów medycznych. W przypadku 33 pacjentów hospitalizacje wymagają powtórnej weryfikacji, a dwa przypadki wymagają kontroli. Ponadto wskazano, że reguły weryfikacyjne pozwalające na wykrycie realizacji recepty na antybiotyki po upływie siedmiu dni od daty jej wystawienia zostały wprowadzone od 1 stycznia 2015 r.⁷²

W ocenie NIK zasadne jest rozszerzenie weryfikacji rozliczanych w danym roku świadczeń, ze świadczeniami udzielonymi w latach poprzednich, tak aby wyjaśniać lub eliminować sytuacje, kiedy rozliczaniu podlegają te same, uprzednio wykonane świadczenia, choć jest to niemożliwe lub może budzić poważne wątpliwości. Najwyższa Izba Kontroli nie podziela argumentacji podanej w złożonych wyjaśnieniach o niewielkiej skali opisywanego zjawiska. Istotą problemu jest bowiem luka systemu weryfikacji rozliczanych świadczeń, która może dotyczyć nie tylko wskazanych dwóch schorzeń, lecz także pozostałych udzielanych świadczeń.

Brak systemu zapewniającego autoryzację wykonania świadczenia przez pacjenta stanowi, w ocenie NIK, poważne utrudnienie w realizacji funkcji kontrolnej Funduszu. Formą ograniczenia negatywnych skutków jest wdrożenie tzw. Zintegrowanego Informatora Pacjenta, który pozwala na weryfikację przez pacjentów zakresu udzielonych przez świadczeniodawców usług medycznych⁷³. O skuteczności tego narzędzia świadczy ujawnienie przez pacjentów faktu rozliczenia z NFZ tylko przez jednego lekarza, świadczeń o wartości ponad 3,5 mln zł, które faktycznie nie zostały wykonane⁷⁴.

Ponadto jakość danych zawartych w 2014 r. w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (CWU) była niska. Około 8% potwierdzeń prawa do świadczeń finansowanych ze środków publicznych dokonywano w inny sposób niż za pomocą systemu e-WUŚ, tj. za pomocą oświadczeń lub dokumentów⁷⁵. Może to utrudnić kontrolę realizacji umów, a w konsekwencji negatywnie wpływać na efektywność wydatkowania środków.

Skutkiem tego był m.in. brak możliwości potwierdzenia posiadania tytułu ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku dzieci do 18 r. ż. oraz wydatkowanie w 2014 r. środków w wysokości ok 346.755 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 nie można było potwierdzić. Było to niezgodne z art. 2 ustawy o świadczeniach, na co Izba zwracała uwagę już w 2014 r. jednocześnie wnioskując o zaprzestanie wydatkowania przez Fundusz tych środków.

Z dniem 1 stycznia 2015 wypracowane zostały nowe zasady rozliczania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej, polegające na zaprzestaniu finansowania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej dla osób z niepotwierdzonym statusem uprawnień.

⁷² W wyjaśnieniach podano ponadto, że wśród wykazanych recept znajdowały się również takie, które dotyczyły chemioterapeutyków, które bywają zaliczane do antybiotyków, jednak w ocenie NFZ jest to nieprawidłowe. Po wyeliminowaniu takich produktów leczniczych pozostały 404 recepty z datą realizacji przekraczającą 7 dni, od dnia wystawienia recepty.

⁷³ Na koniec 2014 r. skonfigurowano 1.005.412 kont użytkowników ZIP. Koszty związane z budową tego systemu wyniosły w latach 2011–2014 r. 4.107,80 tys. zł. Szacunkowy koszt eksploatacji tego systemu w latach 2012–2014 wyniósł 629,97 tys. zł.

⁷⁴ <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Rekordowa-kwota-odzyskana-dzieki-ZIP-okulista-zwroci-NFZ-3-5-mln-zl,153186,1.html>.

⁷⁵ Udział poszczególnych sposobów potwierdzania prawa do świadczeń zrealizowanych w 2014 r. wynosił w poszczególnych kw. 2014 r.: 91,33%–92,11% za pomocą systemu e-WUŚ, 1,61%–1,97% oświadczenie oraz 6,09–6,54% inne dokumenty. CWU jest zasilany danymi m.in. z ZUS, KRUS oraz MSW. Jakość danych zależy m.in. od dotrzymania przez płatników terminów dokonywania zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego, a przez ubezpieczonych od dopełnienia obowiązku zgłoszenia członków rodziny oraz ich wyrejestrowania, kiedy nabędą oni własny tytuł ubezpieczenia zdrowotnego.

Należy zauważyć, że brzmienie art. 50 ustawy o świadczeniach, 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. 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.

3.2.8. Kontrole świadczeniodawców, wybrane zagadnienia związane z realizacją zadań audytowych

Centrala NFZ przekazywała do oddziałów wojewódzkich NFZ wytyczne dotyczące zasad planowania kontroli u świadczeniodawców.

W 2014 r. oddziały wojewódzkie przeprowadziły łącznie 2.713 postępowań kontrolnych (w tym 1.713 doraźnych), w ramach których skontrolowały 2.783 umowy. Dodatkowo przeprowadzono m.in. 434 postępowania sprawdzające (tzw. „wizytacje”). Najwięcej umów skontrolowano w rodzaju leczenie szpitalne – 36,4% oraz AOS – 25,3%. Łączna wartość umów w kontrolowanych zakresach wyniosła 12.211.982,87 tys. zł i była niższa o 2,6% w porównaniu do wartości umów skontrolowanych w 2013 r.

Łączne skutki finansowe kontroli wskazane w wystąpieniach pokontrolnych wyniosły 104.644,05 tys. zł, w tym 29.476,31 tys. zł z tytułu nałożonych kar umownych⁷⁶.

Najczęściej stwierdzane nieprawidłowości dotyczyły: nieprawidłowej klasyfikacji hospitalizacji do grup JGP, rozliczanie świadczeń w tzw. „ruchu międzyoddziałowym”, wykazywanie jako hospitalizacja świadczeń, które mogły być udzielane w warunkach ambulatoryjnych, brak w dokumentacji medycznej potwierdzenia udzielonych świadczeń, brak skierowania do objęcia opieką, brak medycznego uzasadnienia rozliczenia wykazanej procedury, brak potwierdzenia wykonania określonych w typie porady badań diagnostycznych, braki w wymaganym sprzęcie i wymaganych kwalifikacji personelu medycznego.

Analiza systemu kontroli świadczeniodawców funkcjonującego w NFZ, wykonana przez audytora zewnętrznego⁷⁷ wykazała, że cele procesu kontrolnego były określone opisowo, w sposób niemierzalny oraz nie były monitorowane. Planowanie było dokonywane na podstawie wiedzy eksperckiej zespołów kontrolnych, a nie według ustalonej metodyki. Przeprowadzanie kontroli było sformalizowane, choć proces nie był na bieżąco monitorowany. Wnioski z kontroli w zakresie skutków finansowych były analizowane i sprawozdawane. Z kolei realizacja wniosków innych niż finansowe nie była dostatecznie monitorowana. Analiza procesu kontroli odbywała się w cyklach kwartalnych i miała charakter głównie sprawozdawczy. Opracowanie audytora zewnętrznego zawierało wnioski zmierzające do poprawy efektywności systemu kontroli świadczeniodawców, a także porównanie nakładów na działalność kontrolną przeznaczanych w Polsce oraz wybranych krajach.

⁷⁶ Kwoty określone w wystąpieniach pokontrolnych.

⁷⁷ Umowę z audytorem zewnętrznym podpisano w dniu 14 listopada 2014 r. Jej przedmiotem była „analiza działalności kontrolnej NFZ”, w której Wykonawca miał wskazać propozycje mechanizmów poprawiających efektywność tej działalności.

Z kolei audyt wewnętrzny wskazał na szereg ryzyk związanych m.in. z kontraktowaniem i rozliczaniem świadczeń zdrowotnych, a w szczególności w sprawozdaniach z realizacji następujących zadań audytowych:

- „Kontraktowanie i rozliczanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii” wskazano m.in. na zawieranie umów ze świadczeniodawcami nie spełniającymi warunków NFZ, brak należytej staranności przy realizacji zadań, niewystarczającą funkcjonalność systemu informatycznego Funduszu;
- „Kontraktowanie i rozliczanie świadczeń w rodzaju stomatologia” stwierdzono m.in.: brak wymaganej liczby członków komisji konkursowej w trakcie podejmowania decyzji, co mogło skutkować ich nieważnością, brak funkcjonalności systemu informatycznego na etapie postępowania konkursowego pozwalającej m.in. na porównywanie danych zawartych w kwestionariuszach ofertowych oraz ankietach;
- „Zawieranie i realizacja (rozliczanie) umów na wydanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę” stwierdzono m.in. naruszenie obowiązujących uregulowań prawnych i wewnętrznych NFZ i OW NFZ, związanych z zawieraniem i rozliczaniem umów, ryzyko zapłacenia przez oddziały odsetek od nieterminowo dokonanej płatności;
- „Kontraktowanie i rozliczanie świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień” stwierdzono w szczególności: brak możliwości informatycznej weryfikacji potencjału oferenta, co powodowało że ocena zgodności przedstawionych danych z wymaganiami, a także zgodności z odpowiedziami ofertowymi, była przeprowadzana przez komisje konkursowe poprzez „ręczną analizę ofert, co skutkowało ryzykiem powstania błędów, w tym zawarcia umów z oferentami, którzy nie spełniali wymogów, nieprzestrzeganie zasad postępowania określonych w procedurach, co skutkowało możliwością podważenia wyników postępowań, nieprzestrzegania wymogu określonego w Regulaminie pracy komisji prowadzących postępowania, polegającego na tym, że Komisja podejmuje decyzje w obecności co najmniej 2/3 składu;
- „Zmiana wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trakcie okresu rozliczeniowego” ustalono m.in., że w NFZ nie obowiązują procedury określające sposób postępowania w przypadku zmian warunków realizacji umów, co stwarza ryzyko braku jednolitości postępowania; brak zapisów formalnych w umowach implikujący możliwość postawienia oddziałom wojewódzkim zarzutów działania na korzyść wybranych świadczeniodawców.

Ponadto Najwyższa Izba Kontroli stwierdziła, że w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim nie określono w sposób formalny zasad podziału środków pomiędzy oferentami w postępowaniach konkursowych, w przypadku gdy łączna wartość złożonych ofert przewyższa planowane środki. Skutkowało to ryzykiem dowolności podejmowanych decyzji i nierównego traktowania wszystkich podmiotów w postępowaniach konkursowych, a także negatywnie wpływało na transparentność prac komisji konkursowej. Potwierdziły to wyjaśnienia kontrolowanego, który przyznał, że „(...) każdorazowo decyzja dotycząca wyboru oferty należy do komisji konkursowej, która w ramach kwot zamówienia starała się zabezpieczyć dostępność do danego zakresu świadczeń. (...) Obowiązujące regulacje dotyczące zawierania umów nie określają zasad podziału zaplanowanych środków finansowych pomiędzy oferentami”.

Mazowiecki Oddział Wojewódzki przedłużył ponadto umowę o wartości 10.993,10 tys. zł na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w leczeniu szpitalnym, w zakresie okulistyka hospitalizacja planowa ze świadczeniodawcą, z którym Oddział rozwiązał umowę z trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia, z powodu pobierania przez świadczeniodawcę od pacjentów dodatkowych opłat, których ustawa o świadczeniach, ani łącząca strony umowa nie przewidywała. W ocenie NIK przedłużenie umowy w trakcie trwania okresu jej wypowiedzenia było działaniem niecelowym i świadczącym o luźnej w wewnętrznych uregulowaniach prawnych Funduszu, które mogą sprzyjać występowaniu zjawisk korupcyjnych⁷⁸.

Do Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego wpłynęło w 2014 r. 1.028 skarg. Analiza 36 spośród nich wykazała, że w przypadku sześciu, skarga miała związek z pobieraniem opłat od pacjentów za świadczenia gwarantowane. W dwóch przypadkach opłaty te przybierały formę darowizn. W jednym przypadku Oddział rozpatrzył skargę, a w drugim stwierdził, że nie jest stroną w przedmiotowej sprawie, pomimo że zgoda na wpłatę darowizny została pobrana przez świadczeniodawcę w trakcie porodu, na terenie szpitala, który miał podpisaną umowę z NFZ.

3.2.9. Plan finansowy Funduszu w 2014 r.

1. Opracowanie i zmiany planu finansowego NFZ

Prezes NFZ przedłożył projekt planu finansowego na 2014 r. w dniu 30 lipca 2013 r. Wartość planowanych przychodów ustalono na 66.820.140,00 tys. zł⁷⁹, a kosztów na 67.061.086,00 tys. zł, tj. wyższym niż planowanych przychodów ogółem o 240.946,00 tys. zł. Minister Zdrowia wraz z Ministrem Finansów nie podpisali przedłożonego planu finansowego NFZ i do czasu jego zatwierdzenia Fundusz działał na podstawie projektu tego planu.

Minister Zdrowia, w maju 2014 r., wskazał, że przedłożony w dniu 30 lipca 2013 r. plan finansowy na 2014 r. prowadzi do niezrównoważenia przychodów i kosztów, gdyż przychody z tytułu dotacji z budżetu państwa na realizację zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 2b, 3 i 3b ustawy o świadczeniach⁸⁰ określono w planie w wysokości 942.421,00 tys. zł, podczas gdy w budżecie państwa przewidziano na ten cel 183.204,00 tys. zł. W związku z powyższym, Minister Zdrowia zobowiązał NFZ m.in. do dostosowania kwoty dotacji do prezentowanej w budżecie państwa. Zmieniony plan finansowy został zatwierdzony przez Ministra Zdrowia, w porozumieniu z Ministrem Finansów, w dniu 24 czerwca 2014 r.

⁷⁸ Zgodnie z nowym brzmieniem art. 149 ust. 1, pkt 8 ustawy o świadczeniach, który wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2015 r., nadanym ustawą 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), Fundusz odrzuca ofertę złożoną przez świadczeniodawcę, z którym w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, została rozwiązana przez oddział wojewódzki Funduszu umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy.

⁷⁹ O odpowiadało 100,1% planowanej wartości przychodów, określonej w planie finansowym NFZ na 2013 r. zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 14 sierpnia 2012 r.

⁸⁰ Dz. U. z 2015 r., poz. 581 ze zm.

Art. 97 ust. 3 stanowi, że do zakresu działania Funduszu należy również w szczególności:

- 2a) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4 oraz w art. 12 pkt 2–4, 6 i 9;
- 2b) finansowanie świadczeń gwarantowanych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d w zakresie określonym w art. 15 ust. 2 pkt 12;
- 3) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy;
- 3b) finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej określonych w art. 42j.

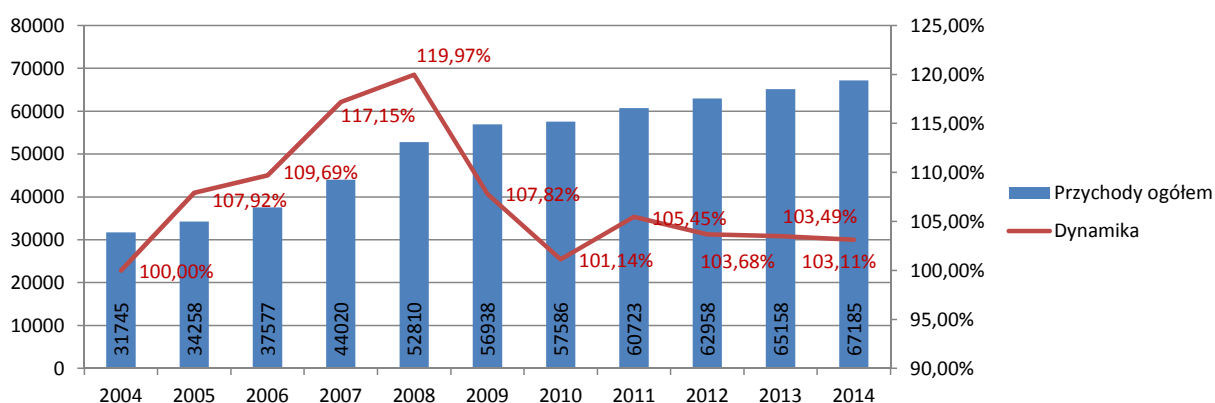
Plan finansowy NFZ na 2014 r.⁸¹ zmieniany był 7-krotnie. Zmiany planu zostały wprowadzone zgodnie z trybem określonym w ustawie o świadczeniach zdrowotnych. Przewidywały one m.in. zwiększenie przychodów i kosztów ogółem o 847.318 tys. zł. Plan finansowy po zmianach przewidywał ujemny wynik finansowy Funduszu w wysokości 1.256.297 tys. zł.

3.2.9.1. Realizacja przychodów

Wysokość zrealizowanych w 2014 r. przychodów ogółem wyniosła 67.185.136,26 tys. zł, co stanowiło 100,41% planu po zmianach i przesunięciach. W porównaniu do 2013 r. (65.157.836,77 tys. zł) były one wyższe o 2.027.299,49 tys. zł. Najwyższy udział w przychodach ogółem stanowiły przychody z tytułu składek na ubezpieczenia zdrowotne z ZUS i KRUS (bez składek z lat ubiegłych), które wyniosły łącznie 64.388.825,74 tys. zł⁸² i były wyższe od planowanych o 85.898,74 tys. zł.

Wykres nr 17

Przychody NFZ ogółem w latach 2004–2014 i ich dynamika



Źródło: Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 rok.

Struktura zrealizowanych w roku 2014 przychodów ogółem NFZ ukształtowała się w sposób następujący:

- 95,83% – przychody ze składki za 2014 r.;
- 2,74% – przychody z dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego;
- 0,43% – przychody ze składek z lat ubiegłych;
- 0,37% – pozostałe przychody;
- 0,25% – przychody z dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 2b, 3 i 3b ustawy;
- 0,22% – przychody wynikające z przepisów o koordynacji;
- 0,16% stanowiły przychody finansowe.

Fundusz uzyskał przychody ze składek z lat ubiegłych w wysokości 290.233,91 tys. zł (w 2013 r. 431.372,51 tys. zł).

⁸¹ Zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem finansów w dniu 24 czerwca 2014 r.

⁸² W 2013 r. było to 62.084.161,56 tys. zł.

Tabela nr 2

Składka należna za 2014 r. w podziale na ZUS i KRUS oraz wykonania w roku 2013

(w tys. zł)

Wyszczególnienie	Wykonanie 2013 r.	Plan na 2014 r.	Wykonanie 2014 r.	Różnica (wyk. - plan)	% realizacji planu	Dynamika w % 2014/2013
1	2	3	4	5	6	7
Składka należna brutto, w tym	62.084.161,56	64.302.927,00	64.388.825,74	85.898,74	100,13	103,71
Przekazana przez ZUS	58.829.068,41	61.054.203,00	61.140.732,41	86.529,41	100,14	103,93
Przekazana przez KRUS	3.255.093,15	3.248.724,00	3.248.093,33	-630,67	99,98	99,78

Źródło: Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 rok.

W 2014 r. Fundusz obciążył instytucje łącznikowe w innych państwach UE / EFTA za świadczenia zdrowotne zrealizowane na rzecz osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego na kwotę 146.953,21 tys. zł, co stanowiło 111,91% wielkości planowanej.

Wartość przychodów z tytułu dotacji na sfinansowanie świadczeń dla osób uprawnionych ale nieubezpieczonych oraz leczenie Polaków za granicą wyniosła 166.396,09 tys. zł. Nie zostały jednak wprowadzone zmiany w przepisach prawa kończące, trwający od 2013 r., spór między Ministrem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia, dotyczący wysokości dotacji na finansowanie świadczeń dla osób uprawnionych, ale nieubezpieczonych. Minister Zdrowia wypłacił w 2014 r. środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej osobom wymienionym w art. 2 ust. 1 pkt 2⁸³ oraz art. 12 pkt 9⁸⁴ ustawy o świadczeniach. Nie zostały natomiast rozliczone i wypłacone środki za świadczenia dla osób wymienionych w art. 2 ust. 1 pkt 3 i 4⁸⁵ oraz art. 12

⁸³ Zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach, do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo 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 i 1004), spełniające kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2015 r., poz. 163), co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy, na zasadach i w zakresie określonych dla ubezpieczonych.

⁸⁴ Art. 12 pkt 9 ustawy o świadczeniach stanowi, że przepisy ustawy nie naruszają przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 6 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. z 2014 r., poz. 1187).

⁸⁵ Zgodnie z art. 2 ust. 1, pkt 3 i 4 ustawy o świadczeniach stanowi, że do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w ustawie mają prawo inne niż wymienione w pkt 1 i 2 osoby, które nie ukończyły 18. roku życia:

- posiadające obywatelstwo polskie lub
- 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;
- inne niż wymienione w pkt 1–3 osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, które są w okresie ciąży, porodu lub pokoju:
 - posiadające obywatelstwo polskie lub
 - 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”.

pkt 2–4 i 6⁸⁶ ustawy o świadczeniach, których koszt w 2014 r., zgodnie ze sprawozdaniami NFZ, wyniósł 707.430,2 tys. zł i był niższy w porównaniu z 2013 r. o 237.823,0 tys. zł, tj. 25,2% oraz wyższy w porównaniu do 2012 r. o 587.299,3 tys. zł, tj. o 588,9%.

Proponowana przez Ministra zmiana ustawy o świadczeniach zakłada⁸⁷, że dotacja wynikająca z art. 97 ust. 8 ustawy o świadczeniach byłaby rokrocznie wypłacana w formie ryczału wyliczonego na podstawie danych z 2013 r. w wysokości 320.232 tys. zł. Do takiej wysokości Minister wypłaciłby dotację za 2013 r. i 2014 r. Oznacza to, że za nierozliczone świadczenia udzielone w 2013 r. Fundusz otrzymałby kwotę w wysokości 168.747,00 tys. zł, a za świadczenia udzielone w 2014 r. kwotę w wysokości 153.836,38 tys. zł⁸⁸.

Jak wynika ze złożonych wyjaśnień, zmniejszenie w planie finansowym NFZ środków na realizację powyższych zadań do wysokości kwoty wskazanej w budżecie państwa, zostało zrekompensowane środkami pochodzącymi z funduszu zapasowego.

W 2014 r. na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego, zleconych przez Ministra Zdrowia, zaplanowano kwotę 1.839.959,00 tys. zł. Wykonanie wyniosło 1.837.947,41 tys. zł, co stanowiło 99,89% planu.

Przychody z pozostałej działalności NFZ z tytułu m.in. darowizn, przychodów ze sprzedaży materiałów i towarów, kar i grzywien, rozwiązanych rezerw, przychodów z tytułu zwrotu części uzyskanej refundacji z tytułu instrumentów dzielenia ryzyka (art. 11 ust. 5, pkt 4 ustawy z dnia 12 maja 2012 r. o refundacji) zostały zaplanowane w wysokości 265.292,00 tys. zł, a wykonanie wyniosło 249.186,60 tys. zł.

Przychody finansowe NFZ w 2014 r. wyniosły łącznie 105.593,30 tys. zł i były wyższe od wartości planowanej o 19.146,30 tys. zł, tj. o 22,15%.

Stan środków finansowych NFZ na koniec 2014 r. wyniósł 4.799.685,88 tys. zł, przy 3.692.753,10 tys. zł, na koniec 2013 r.

Należności (według sprawozdania FM-01) na koniec 2014 r. wyniosły 5.823.952,51 tys. zł (w 2013 r. 5.522.342,63 tys. zł), w tym 19.274,39 tys. zł stanowiły należności przeterminowane (w 2013 r. było to 5.805,38 tys. zł).

Na należności przeterminowane złożyły się należności od świadczeniodawców i aptek w kwocie 6.738,29 tys. zł oraz należności pozostałe w kwocie 12.536,10 tys. zł, które dotyczyły w szczególności nieuregulowanych i nie objętych odpisem aktualizującym należności od instytucji łącznikowych państw członkowskich UE i EFTA za świadczenia zdrowotne udzielone w ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego za lata 2010–2012 w wysokości 9.959,53 tys. zł.

⁸⁶ Zgodnie z art. 12 pkt 2–4 i 6 ustawy o świadczeniach przepisy ustawy nie naruszają przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej udzielanych bezpłatnie bez względu na uprawnienia z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie:

2) art. 21 ust. 3 ustawy z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2012 r., poz. 1356, z późn. zm.);
3) art. 26 ust. 5 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2012 r., poz. 124 oraz z 2015 r., poz. 28);
4) art. 10 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2011 r. Nr 231, poz. 1375);
6) przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2013 r., poz. 947 oraz z 2014 r., poz. 619 i 1138) – w przypadku świadczeń zdrowotnych związanych ze zwalczaniem chorób, zakażeń i chorób zakaźnych.

⁸⁷ Według stanu na dzień 29 lipca 2015 r. Rada Ministrów przyjęła projekt zmiany ustawy o świadczeniach zakładający ryczałtowe płatności w związku z realizacją zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 2b, 3 i 3b ustawy o świadczeniach (<http://www.mz.gov.pl/aktualnosci/rzad-przyjal-ustawe-ryczaltowa>).

⁸⁸ Kwoty wskazane w piśmie BK.401.2.2015.W.02288.RW z dnia 26 stycznia 2015 r. Zastępcy Prezesa ds. Finansowych NFZ do Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

Fundusz podejmował działania zmierzające do wyegzekwowania należności przeterminowanych oraz należności od instytucji łącznikowych państw członkowskich UE i EFTA.

W latach 2013–2014 wszczęto 305.304 sprawy mające na celu wydanie przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ decyzji administracyjnych⁸⁹, dotyczących potwierdzenia tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego, na kwotę 172.800,61 tys. zł.

185.318 spraw na kwotę 8.261,99 tys. zł nie zostało przekazanych do dalszych czynności wyjaśniających z uwagi na niską wartość jednostkową.

Spośród pozostałych 119.986 spraw, postępowania wyjaśniające wszczęto w odniesieniu do 94.816 na kwotę 149.928,74 tys. zł.

Na koniec 2014 r. nie wyjaśniono 88.536 spraw na kwotę 95.055,32 tys. zł, co powoduje ryzyko nieściągnięcia należności, na co zwracał uwagę również audytor wewnętrzny.

3.2.9.2. Realizacja wybranych kosztów

1. Realizacja planu kosztów

Zrealizowane przez NFZ w 2014 r. koszty ogółem wyniosły 66.124.110,09 tys. zł i stanowiły 97,01% planu. Były one o 2,08% wyższe niż w 2013 r. (64.775.011,32 tys. zł; w 2012 r. 62.672.399,35 tys. zł).

Tabela nr 3

Wykonanie wybranych pozycji kosztów Funduszu w 2014 r.

w tys. zł

Wyszczególnienie:	Wykonanie 2013 r.	Plan na 2014 r. po zmianach i przesunięciach	Wykonanie 2014 r.	% realizacji planu	Dynamika 2014/2013 r.
1	2	3	4	5=4/3	6=4/2
Koszty poboru i ewidencjonowania składek	122.319,11	123.660,00	125.734,43	101,68	102,79
Koszty świadczeń zdrowotnych	62.077.982,88	64.517.195,00	63.338.421,40	98,17	102,03
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1.834.497,30	1.839.959,00	1.837.947,41	99,89	100,19
Całkowity budżet na refundację	9.591.983,00	10.901.083,00	10.317.315,94	94,64	107,56
Koszty administracyjne	606.659,85	704.620,00	628.339,79	89,17	103,57
Pozostałe koszty	98.440,27	264.831,00	152.960,48	57,76	155,38
Koszty finansowe	35.111,91	80.377,00	40.706,58	50,64	115,93

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ.

Struktura zrealizowanych w roku 2014 kosztów ogółem NFZ ukształtowała się w sposób następujący:

⁸⁹ W „Wytycznych w sprawie identyfikacji należności Funduszu z tytułu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobie nieuprawnionej, w tym również w rozumieniu przepisów o koordynacji” wskazano m.in., że wytyczne te nie obejmują kosztów świadczeń rozliczanych stawką kapitacyjną ustalonych w ramach weryfikacji list POZ. Ponowne badanie uprawnień, z uwagi m.in. na zmienność danych w CWU, następowało po m.in. upływie sześciu miesięcy od miesiąca, w którym było udzielone świadczenie. W przypadku gdy koszt do poniesienia przez pacjenta w będzie niższy niż 100 zł, nie było wszczynane postępowanie administracyjne.

- 95,79% – koszty świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2,78% – koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego,
- 0,95% – koszty administracyjne,
- 0,23% – pozostałe koszty,
- 0,19% – koszty poboru i ewidencjonowania składek,
- 0,06% – koszty finansowe.

Podziału środków pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu dokonano zgodnie z przepisami 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 ubezpieczonych⁹⁰, 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 również 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 2014 r. z dnia 30 lipca 2013 r. na świadczenia opieki zdrowotnej przewidziano kwotę 63.387.601 tys. zł. W trakcie 2014 r. dokonywano ich zwiększenia, na łączną kwotę 1.129.594 tys. zł, z tego z funduszu zapasowego NFZ – 256.134 tys. zł.

⁹⁰ Dz. U. Nr 193 poz. 1495.

Tabela nr 4

Zwiększenia planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2014 r.

Wyszczególnienie	Plan na 2014 r. pierwotny*	Dodatkowe środki przeznaczone na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej wg źródeł finansowania							Razem zmiany nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej	Plan na 2014 r. ostateczny**	Dynamika
		Fundusz zapasowy	Zmiana planu z dnia 30.10.2014 r.	Zmiana planu z dnia 11.12.2014 r.	Zmiana planu z dnia 18.12.2014 r.	Zmiana planu z dnia 22.12.2014 r.	Zmiana planu z dnia 30.12.2014 r.	środki z budżetu państwa (azbest)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10=3+4+5+6+7+8+9	11=2+10	12=11/2
Dolnośląski	4 764 948		63 918		1 996	9 911	5 007	15	80 847	4 845 795	101,70%
Kujawsko-Pomorski	3 414 407		46 118		15	7 014	3 612	34	56 793	3 471 200	101,66%
Lubelski	3 547 815		48 591		44	3 800	3 806	6	56 247	3 604 062	101,59%
Lubuski	1 660 371		22 172		45	4 613	1 737	0	28 567	1 688 938	101,72%
Łódzki	4 260 059		58 432		161	3 500	4 577	0	66 670	4 326 729	101,57%
Małopolski	5 301 676		71 933		880	11 761	5 634	31	90 239	5 391 915	101,70%
Mazowiecki	8 788 251	256 134	120 991		1 684	10 400	9 478	0	398 687	9 186 938	104,54%
Opolski	1 578 162		21 025		19	9 980	1 647	0	32 671	1 610 833	102,07%
Podkarpacki	3 328 089		44 931		1 200	6 100	3 519	15	55 765	3 383 854	101,68%
Podlaski	1 918 181		25 943		3	2 923	2 032	1	30 902	1 949 083	101,61%
Pomorski	3 623 614		48 337		889	11 100	3 786	68	64 180	3 687 794	101,77%
Śląski	7 590 652		104 148		1 293	16 920	8 158	12	130 531	7 721 183	101,72%
Świętokrzyski	2 131 241		29 057		11	3 000	2 276	6	34 350	2 165 591	101,61%
Warmińsko-Mazurski	2 252 858		30 190		32	4 169	2 365	2	36 758	2 289 616	101,63%
Wielkopolski	5 538 956		75 649		708	8 503	5 926	0	90 786	5 629 742	101,64%
Zachodniopomorski	2 786 282		37 076		32	13 200	2 904	165	53 377	2 839 659	101,92%
Razem OW	62 485 562	256 134	848 511		9 012	126 894	66 464	355	1 307 370	63 792 932	102,09%
Centrala	902 039	0	0	-41 870	-9 012	-126 894		0	-177 776	724 263	80,29%
Razem Fundusz	63 387 601	256 134	848 511	-41 870	0	0	66 464	355	1 129 594	64 517 195	101,78%

* plan pierwotny na 2014 r. – plan finansowy NFZ na 2014 r. – przekazany Ministrowi Zdrowia w dniu 30 lipca 2013 r. celem zatwierdzenia go w porozumieniu z Ministrem Finansów.

** plan ostateczny na 2014 r. – plan finansowy NFZ na 2014 r. wg stanu na dzień 31.12.2014 r.

Źródło: Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 rok.

Poniesione przez NFZ w 2014 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 63.338.421,40 tys. zł (w 2013 r. 62.077.982,88 tys. zł) i były niższe od planowanych o 1.178.773,60 tys. zł, tj. o 1,83% (w 2013 r. 2,81%)⁹¹.

Najwyższy udział w kosztach świadczeń miały koszty leczenia szpitalnego – 49,28%, podstawowej opieki zdrowotnej – 12,16%, koszty refundacji aptecznej – 11,92% i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – 8,58%.

Koszty leczenia szpitalnego wyniosły w 2014 r. 31.214.921,41 tys. zł i stanowiły 99,40% wielkości planowanej i były wyższe od kosztów poniesionych w 2013 r. o 656.011,10 tys. zł.

Wartość świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach wyniosła 842.653,31 tys. zł i stanowiła 1,31% planowanych na rok 2014 kosztów świadczeń zdrowotnych NFZ.

Niepełne wykonanie planu kosztów świadczeń (w oddziałach wojewódzkich w wysokości 785.022,54 tys. zł oraz Centrali Funduszu w wysokości 393.751,06 tys. zł), wynikało m.in. z:

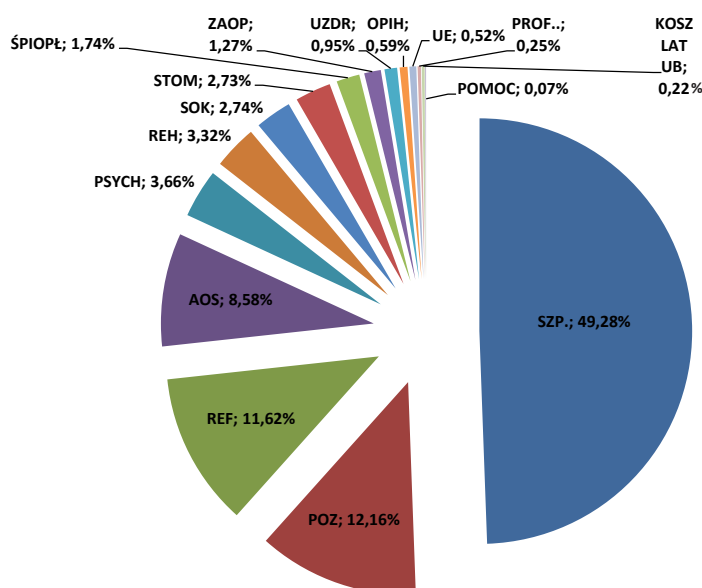
- 1) niewykonania kosztów świadczeń zdrowotnych w oddziałach wojewódzkich Funduszu, co było w szczególności następstwem niższej niż planowano realizacji:
 - całkowitego budżetu na refundację o kwotę 583.767,06 tys. zł,
 - pozostałych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej o 201.255,48 tys. zł;
- 2) niewykonania kosztów świadczeń zdrowotnych w Centrali Funduszu, co było w szczególności następstwem niższej niż planowano realizacji:
 - o 305.934,00 tys. zł kosztów za świadczenia zdrowotne zrealizowane w ramach przepisów dyrektywy transgranicznej, w związku z wejściem w życie z dniem 15 listopada 2014 r. przepisów ustawy z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw⁹², implementującej do polskiego porządku prawnego przepisy dyrektywy transgranicznej. W 2014 r. nie odnotowano kosztów z tego tytułu,
 - o 87.817,06 tys. zł realizacji planu w poz. „rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji”.

Poniesione w roku 2014 w oddziałach wojewódzkich łączne koszty świadczeń zdrowotnych mieściły się w ich planowanych budżetach.

⁹¹ Wskaźnik realizacji planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w poprzednich latach wynosił: 94,25% w 2008 r., 99,13% w 2009 r., 99,10% w 2010 r., 99,86% w 2011 r., 96,33% w 2012 r., 97,19% w 2013 r.

⁹² Dz. U. z 2014 r., poz. 1491.

Wykres nr 18

Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych NFZ w roku 2014⁹³

Źródło: „Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 rok”.

Średni koszt leczenia w latach 2013–2014 w przeliczeniu na 1 ubezpieczonego i uprawnionego do świadczeń finansowanych ze środków publicznych w oddziałach wojewódzkich, zaprezentowano w Załączniku nr 7.

3. Koszty świadczeń zdrowotnych z tytułu przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego

Wysokość dokonanych przez Funduszu wydatków z tytułu udzielonych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji w 2014 r. wyniosła 330.511,94 tys. zł (w 2013 r. było to 341.821,11 tys. zł; a w 2012 r. 265.361,40 tys. zł).

Koszty świadczeń zdrowotnych udzielonych obywatelom UE/EFTA na terenie Polski wyniosły 122.559,16 tys. zł i były wyższe o 8,40% w stosunku do 2013 r.

4. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej

W związku z wejściem w życie w dniu 15 listopada 2014 r. ustawy z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach⁹⁴, implementującej Dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, Fundusz, do 31 grudnia 2014 r., pozytywnie rozpatrzył 16 spośród 159 wniosków złożonych przez pacjentów o refundację kosztów leczenia poza granicami Polski. Wyплаты przyznanych kwot zostały poniesione w 2015 r. i wyniosły 44,65 tys. zł.

Przyczyną niewielkiej liczby zgód w sprawie zwrotu kosztów leczenia poza granicami RP był m.in. fakt, że wydanie takiej zgody wymagało przeprowadzenia wszystkich czynności związanych z przeprowadzeniem postępowania administracyjnego. Ponadto, szereg spraw

⁹³ SZP – leczenie szpitalne, POZ – podstawowa opieka zdrowotna, REF – refundacja, AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, PSYCH – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, REH – rehabilitacja lecznicza, SOK – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, STOM – leczenie stomatologiczne, ŚPIODŁ – świadczenia pielęgnacyjne i opieka długoterminowa, ZAOP – zaopatrzenie w wyroby medyczne, UZDR – leczenie uzdrowiskowe, OPIH – opieka paliatywna i hospicyjna, UE – świadczenia udzielane w ramach przepisów o koordynacji rzeczowych świadczeń pomiędzy państwami UE, PROF. – profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków własnych Funduszu, Kosz. Lat Ub. – koszty świadczeń z lat ubiegłych, POMOC – pomoc doraźna i transport sanitarny.

⁹⁴ Dz. U. z 2014 r., poz. 1491.

miało skomplikowanych charakter i wymagało uzupełnienia niekompletnych wniosków, a także zasięgnięcia opinii komórek merytorycznych Centrali NFZ lub uzyskania stanowiska Ministerstwa Zdrowia. Ponadto spośród 159 wniosków, 123 wpłynęły w grudniu 2014 r.

W ramach przygotowań do otwarcia Krajowego Punktu Kontaktowego przygotowano m.in. materiały informacyjne dla świadczeniodawców oraz uruchomiono stronę internetową. Koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 42d⁹⁵, art. 42f⁹⁶ i art. 97a⁹⁷ ustawy o świadczeniach wyniosły w 2014 r. 97,25 tys. zł.

5. Koszty świadczeń z lat ubiegłych

Koszty świadczeń z lat ubiegłych obejmowały m.in.: koszty związane z realizacją prawomocnych wyroków sądowych oraz wartość ugód pozasądowych i sądowych za świadczenia udzielone w latach poprzednich. Koszt tych świadczeń wyniósł w 2014 r. 139.815,54 tys. zł i stanowił 71,07% planu oraz był niższy od kosztów z roku 2013 r. o 285.235,73 tys. zł.

6. Koszty świadczeń udzielanych m.in. świadczeniobiorcom nieubezpieczonym

Wartość poniesionych w 2014 r. kosztów realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 2b, 3 i 3b ustawy o świadczeniach wyniosła łącznie 165.435,44 tys. zł, co stanowiło 90,30% planu.

7. Koszty administracyjne

W planie finansowym NFZ na 2014 r. (po zmianach) koszty administracyjne wyniosły 704.620 tys. zł, a ich wykonanie 628.339,79 tys. zł, co stanowiło 0,95% łącznych kosztów Funduszu.

Koszty wynagrodzeń wyniosły 311.758,75 tys. zł (w 2013r. było to 309.462,13 tys. zł), co stanowiło 49,61% kosztów administracyjnych. Przeciętne zatrudnienie w 2014 r. wyniosło 5.123,37 etatu i było wyższe o 40,28 etatu w stosunku do 2013 r. Przeciętne miesięczne wynagrodzenie przypadające na etat wynosiło 5.051,43 zł i było na tym samym poziomie co w 2013 r.

⁹⁵ Zgodnie z art. 42d ust. 1 ustawy o świadczeniach decyzję administracyjną w sprawie zwrotu kosztów wydaje, na wniosek świadczeniobiorcy lub jego przedstawiciela ustawowego, zwany dalej „wnioskiem o zwrot kosztów”, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku:

- 1) osób ubezpieczonych i członków ich rodzin posiadających miejsce zamieszkania na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a, nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wybranego przez świadczeniobiorcę.

⁹⁶ Zgodnie z art. 42f ust. 1 ustawy o świadczeniach zgodę, o której mowa w art. 42b ust. 9, wydaje, w drodze decyzji administracyjnej, na wniosek świadczeniobiorcy, jego przedstawiciela ustawowego, małżonka, krewnego lub powinowatego do drugiego stopnia w linii prostej, osoby pozostającej we wspólnym pożyciu lub osoby upoważnionej przez świadczeniobiorcę, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, a w przypadku:

- 1) osób ubezpieczonych i członków ich rodzin posiadających miejsce zamieszkania na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wskazanego w zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego;
- 2) osób, o których mowa w art. 2 ust. 1 pkt 3 lit. a, nieposiadających miejsca zamieszkania na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej – dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wybranego przez świadczeniobiorcę.

⁹⁷ Zgodnie z art. 97a ust. 1 ustawy o świadczeniach, w centrali Funduszu działa Krajowy Punkt Kontaktowy (KPK). KPK i oddziały wojewódzkie Funduszu udzielają pacjentom z innych państw członkowskich Unii Europejskiej, na ich wniosek, niezbędnych informacji dotyczących m.in.: praw pacjenta uregulowanych na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa; świadczeniodawców, w odniesieniu do rodzajów wykonywanej działalności leczniczej; obowiązujących na podstawie przepisów prawa standardów jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych oraz obowiązujących przepisów w zakresie oceny świadczeniodawców pod względem stosowania tych standardów i nadzoru nad świadczeniodawcami. KPK współpracuje z Komisją Europejską i krajowymi punktami kontaktowymi do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej działającymi w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej, w szczególności w zakresie wymiany informacji, o których mowa wyżej. KPK zamieszcza na swojej stronie internetowej oraz w Biuletynie Informacji Publicznej Funduszu aktualne informacje o danych teledadresowych krajowych punktów kontaktowych do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej działających w innych państwach członkowskich Unii Europejskiej.

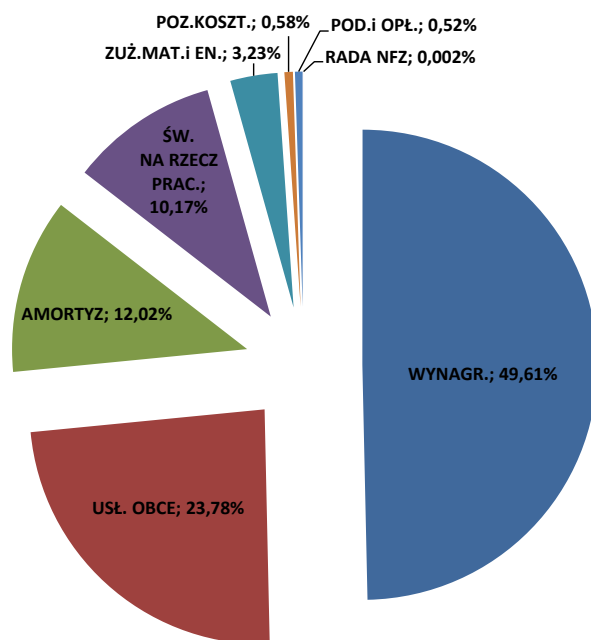
Koszty wynagrodzeń oraz przeciętne wynagrodzenia

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

Wydatki NFZ na usługi obce wyniosły 149.967,77 tys. zł (w 2013 r. było to 131.026,28 tys. zł) i stanowiły 90,56% planu.

Wykres nr 19

Struktura kosztów administracyjnych Funduszu w 2014 r.



Źródło: „Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 rok”.

8. Pozostałe wybrane koszty

Pozostałe koszty obejmujące m.in. wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia oraz recept, rezerwy na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych wyniosły 152.960,48 tys. zł i były wyższe niż w 2013 r. (98.440,27 tys. zł). Ich wykonanie było niższe od planu o 111.870,52 tys. zł (57,76% planu). W „pierwotnym” planie finansowym wartość prognozowanych rezerw na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych ustalono w wysokości 240.828,00 tys. zł (w 2013 r. 319.554 tys. zł). W ciągu roku zmniejszono planowane koszty rezerw o 69.213 tys. zł. Realizacja tej pozycji planu wyniosła 68.593,45 tys. zł, co stanowiło 39,97% planu po zmianach i przesunięciach. Niższa niż planowano realizacja tej grupy kosztów wynikała z braku rozstrzygnięć w sprawach toczących się przeciwko NFZ o zapłatę za świadczenia wykonane w latach poprzednich ponad limit określony w umowach, do czasu zamknięcia ksiąg rachunkowych.

Ponadto NFZ poniósł tzw. „inne koszty” obejmujące m.in. koszty sądowe, zapłacone kary i grzywny, odszkodowania. W „pierwotnym” planie finansowym określono je w wysokości 17.348 tys. zł. W trakcie 2014 r. zwiększono je do 45.767 tys. zł. Wartość poniesionych kosztów z tego tytułu wyniosła 37.224,92 tys. zł, w tym z tytułu zapłaconych kar, grzywien i odszkodowań 47,43 tys. zł. Koszty z tytułu kar, grzywien i odszkodowań dotyczyły następujących tytułów: zapłacone odszkodowania byłym pracownikom Funduszu w wysokości 23,48 tys. zł na podstawie wyroków sądowych i ugód; wypłacone rodzinie zmarłego świadczeniodawcy zadośćuczynienie w wysokości 15,91 tys. zł; wymierzona przez Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie Prezesowi NFZ grzywna w wysokości 7,54 tys. zł w związku z nieprzekazaniem do sądu skargi wraz z aktami sprawy i odpowiedzią na skargę; wymierzona przez Wojewódzki Sąd Administracyjny w Krakowie Dyrektorowi Małopolskiego OW grzywna w wysokości 0,50 tys. zł w związku ze skargą na bezczynność.

Fundusz poniósł w 2014 r. koszty finansowe w wysokości 40.706,58 tys. zł (co stanowiło 50,64% planu)⁹⁸, w tym odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań, w tym wynikających z prawomocnych wyroków sądowych w kwocie 5.095,51 tys. zł.

9. Zobowiązania

Zobowiązania zewnętrzne na koniec 2014 r. wyniosły 6.396.257,03 tys. zł (w 2013 r. było to 6.091.535,09 tys. zł, a w 2012 r. – 5.564.113,14 tys. zł), z czego zobowiązania wobec świadczeniodawców i aptek wynosiły 6.313.265,18 tys. zł (w 2013 r. było to 5.994.720,30 tys. zł, a w 2012 r. – 5.505.417,43 tys. zł)⁹⁹.

Na koniec 2014 r. NFZ nie posiadał zobowiązań wymagalnych.

Kwota nieuregulowanych przez Centralę NFZ zobowiązań oraz biernych rozliczeń międzyokresowych kosztów w wysokości prawdopodobnych zobowiązań Funduszu wobec instytucji łącznikowych za świadczenia zdrowotne z tytułu przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego wyniosła na koniec 2014 r. 254.541,70 tys. zł¹⁰⁰ (w 2013 r. 252.574,94 tys. zł).

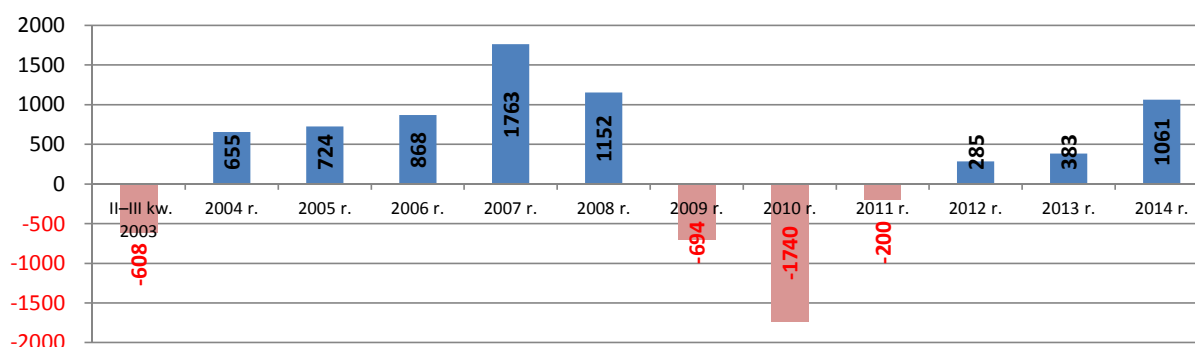
3.2.9.3. Wynik finansowy

Wynik finansowy NFZ wyniósł 1.061.026,17 tys. zł.

Wykres nr 20

Wyniki finansowe NFZ w latach 2003–2014

■ w mln zł



Źródło: „Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 rok”.

Wpływ na poziom uzyskanego przez NFZ wyniku finansowego za 2014 r. poza niepełnym wykonaniem planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej miało niewykorzystanie środków rezerwy ogólnej w wysokości 634.793 tys. zł, a także wyższa niż planowano realizacja:

- przychodów ze składki za 2014 r. o 85.898,74 tys. zł;
- przychodów ze składek z lat ubiegłych o 190.233,91 tys. zł;
- przychodów wynikających z przepisów o koordynacji o 15.644,21 tys. zł;
- wyniku na pozostałej działalności o 95.765,57 tys. zł;
- wyniku na działalności finansowej o 58.816,72 tys. zł,

⁹⁸ W 2013 r. było to 30,30% wykonania planu. W 2010 r. 14,6%, w 2011 r. 40,9%, w 2012 r. 23,8%.

⁹⁹ Dane ze sprawozdania FM-01.

¹⁰⁰ Według danych przekazanych w piśmie z dnia 7 maja 2015 r.

niższa niż planowano realizacja:

- przychodów z dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 2b, 3 i 3b ustawy o 16.807,91 tys. zł;
- dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego o 2.011,59 tys. zł;
- kosztów poboru i ewidencjonowania składek o 2.074,43 tys. zł;
- kosztów administracyjnych o 76.280,21 tys. zł.

Realizację planu finansowego NFZ w 2014 r. przedstawiono w Załącznikach:

- Nr 5 „Porównanie „pierwotnego” planu finansowego NFZ na 2014 r. z dnia 30 lipca 2013 r. z planem ostatecznym, z uwzględnieniem przesunięć środków”,
- Nr 6 „Wykonanie planu finansowego NFZ w 2014 r.”, oraz
- Nr 7 „Koszty świadczeń opieki zdrowotnej w 2014”.

W związku z kontrolą wykonania planu finansowego NFZ w 2013 r. NIK w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 25 lipca 2014 r. skierowanym do Prezesa NFZ przedstawiła cztery wnioski pokontrolne dotyczące:

- 1) Zintensyfikowania działań zmierzających do poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów oraz kontynuację działań związanych z wyceną świadczeń kontraktowanych przez Fundusz uwzględniającą rzeczywiste koszty ich wytworzenia;
- 2) Zaprzestania wydatkowania środków 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;
- 3) Opracowania wieloletnich, ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych uwzględnianych w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych;
- 4) Precyzyjnego planowanie i szacowania „kosztów finansowych”.

Realizację wniosków pokontrolnych opisano w części szczegółowej niniejszej Informacji. Na ich realizację wpływał fakt, iż Prezes NFZ otrzymał powyższe wnioski w trakcie realizacji planu finansowego na 2014 r. Pełna ocena ich wykonania możliwa będzie począwszy od roku 2015, w trakcie kolejnej kontroli NIK.

5.1 Przygotowanie kontroli

Przeprowadzona kontrola poprzedzona była kontrolą wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2013 roku, przeprowadzoną w Centrali NFZ i w 4 oddziałach wojewódzkich NFZ. Do kontroli wybrano te oddziały wojewódzkie, które nie były kontrolowane w poprzednich latach.

Centrala została wybrana do kontroli z uwagi na gromadzenie przez nią danych statystycznych obejmujących cały Fundusz oraz z uwagi na fakt, iż prowadzone tam są prace mające na celu wypracowanie jednolitych procedur i wytycznych realizowanych przez pozostałe jednostki Funduszu.

Z uwagi na odmienne zadania realizowane przez Centralę i oddziały Funduszu, zastosowano zróżnicowane podejście do badanych zagadnień. O ile w Centrali NFZ badaniu zostały poddane następujące procesy:

- analityczny, związany z opracowywaniem planu finansowego,
- zasilania oddziałów wojewódzkich Funduszu w środki finansowe,
- sprawowania nadzoru nad kontraktowaniem świadczeń i analizą wybranych sprawozdań,

to w oddziałach wojewódzkich Funduszu kontrola koncentrowała się na zapewnieniu dostępu do świadczeń.

W celu oceny nadzoru sprawowanego przez Fundusz nad rozliczeniami, dokonano testów reguł weryfikacyjnych stosowanych do kontroli sprawozdań statystycznych przekazywanych przez świadczeniodawców. Testy te obejmowały całą badaną populację. W ich trakcie wykorzystywano specjalistyczne oprogramowanie informatyczne.

Z kolei w celu weryfikacji danych publikowanych przez NFZ i dotyczących czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń, zebrano dane od świadczeniodawców o czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń, który był podawany pacjentom podczas rejestracji, a nie był sprawozdawany do Funduszu.

5.2 Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 16 marca do 27 lipca 2015 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 8 wniosków pokontrolnych. Wnioski pokontrolne adresowane do Prezesa NFZ dotyczyły m.in.:

- 1) poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów, w głównej mierze poprzez pełne wykorzystanie środków przewidzianych w planie finansowym na realizację kosztów świadczeń zdrowotnych;
- 2) opracowania wieloletnich, ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych uwzględnianych w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych;
- 3) rozszerzenia zasad weryfikacji danych sprawozdawczych przekazywanych przez placówki ochrony zdrowia, w szczególności o ich porównanie z danymi przekazanymi przez świadczeniodawców w latach poprzednich;

- 4) wyeliminowania sytuacji, w których Fundusz ponosi koszty z tytułu zapłaconych kar, grzywien i odszkodowań;
- 5) wyjaśnienia spraw i ściągnięcia należności w związku z udzieleniem świadczeń osobom nie mającym uprawnień do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Zastrzeżenia zostały złożone do wystąpień pokontrolnych skierowanych do trzech spośród pięciu kontrolowanych jednostek organizacyjnych NFZ. Zastrzeżenia zostały rozpatrzone i częściowo uwzględnione.

5.3 Finansowe rezultaty kontroli

Stwierdzone w toku kontroli nieprawidłowości wyniosły łączne 361.031,88 tys. zł. Kwota ta obejmowała:

- 346.755 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. 41);
- 10.993,10 tys. zł wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami publicznymi, polegające na przedłużeniu umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w lecznictwie szpitalnym, w zakresie okulistyka hospitalizacja planowa, ze świadczeniodawcą, z którym Oddział rozwiązał umowę z trzymiesięcznym okresem wypowiedzenia, z powodu pobierania przez świadczeniodawcę od pacjentów dodatkowych opłat, których ustawa o świadczeniach, ani łącząca strony umowa nie przewidywała (str. 44);
- 3.236,35 tys. zł wydatkowane z naruszeniem zasad należytego zarządzania finansami publicznymi, polegające m.in. na wydatkowaniu środków na obsługę administracyjną programu profilaktyki chorób układu krążenia, a nie na działania profilaktyczne (str. 36);
- 47,43 tys. zł wydatkowanych z naruszeniem prawa, skutkującym koniecznością zapłacenia kar i grzywien (str. 57).

Wykaz ważniejszych aktów prawnych dotyczących badanej tematyki

1. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r., poz. 618 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 2015 r., poz. 1096).
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.; od 29 kwietnia 2015 r. Dz. U. z 2015 r., poz. 581 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 2015 r., poz. 163 ze zm.).
8. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 907 ze zm.).
9. 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. uchylone przez art. 1 pkt 36 Dz. U. z 2014 r., poz. 1138 z dniem 1 stycznia 2015 r.).
10. 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,).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia Dz. U. z 2014 r., poz. 1840; wskazany akt prawny wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2015 r.).
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.U.WE L 149 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.U.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).

Wartość niewykonanych świadczeń

Rodzaj świadczenia	Koszty wykonanych świadczeń		% wykonania planu		Wartość niewykonanych świadczeń*		% niewykonanych świadczeń w porównaniu do planu	
	2013 r.	2014 r.**	2013 r.	2014 r.**	2013 r.	2014 r.**	2013 r.	2014 r.**
podstawowa opieka zdrowotna	7 638 408,97	7 701 361,75	99,80%	99,92%	0,00	5,41	0,00%	0,00%
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5 250 937,61	5 431 662,86	99,11%	99,61%	49 419,19	21 730,23	0,93%	0,40%
leczenie szpitalne	30 558 910,31	31 214 921,41	98,52%	99,40%	225 987,20	60 940,61	0,73%	0,19%
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2 239 572,76	2 319 446,19	99,20%	99,64%	15 531,40	4 198,73	0,69%	0,18%
rehabilitacja lecznicza	2 073 520,41	2 100 436,19	99,49%	99,77%	12 198,36	2 069,86	0,59%	0,10%
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1 074 938,72	1 099 058,18	99,34%	99,55%	12 283,58	6 408,24	1,14%	0,58%
opieka paliatywna i hospicyjna	355 473,48	376 780,19	98,78%	99,05%	3 208,03	3 024,71	0,89%	0,80%
leczenie stomatologiczne	1 773 079,04	1 729 110,25	99,16%	99,15%	11 476,30	10 977,73	0,64%	0,63%
lecnictwo uzdrowiskowe	602 120,33	599 551,98	98,74%	99,05%	1 153,94	2 301,96	0,19%	0,38%
pomoc doraźna i transport sanitarny	43 641,23	43 500,84	97,84%	98,25%	0,00	0,00	0,00%	0,00%
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	152 475,51	159 725,15	92,42%	95,70%	4 466,58	3 097,52	2,71%	1,86%
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	1 661 089,67	1 737 700,74	99,18%	99,68%	11 879,86	5 081,75	0,71%	0,29%
zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji	703 168,01	803 693,94	96,81%	98,51%				
Refundacja	7 183 774,45	7 551 144,25	87,96%	94,46%				

* W trakcie realizacji umów może zachodzić sytuacja, w której część świadczeniodawców będzie wykazywała „nadwykonania”, a inni nie realizują zawartych umów. Jako świadczenia nadwykonane należy rozumieć sumę świadczeń (oraz ich wartość) wykonanych ponad limit określony w umowach, zaś jako „niedowykonania” należy rozumieć sumę świadczeń (i ich wartość) u świadczeniodawców, którzy nie zrealizowali zawartych umów.

** Dane zgodne ze wstępnym spawozdaniem z wykonania planu finansowego NFZ na 2014 r. sporządzonym po zamknięciu ksiąg rachunkowych NFZ za 2014 r.

Źródło: Dane NFZ.

A – mediana średniego czasu oczekiwania na koniec roku dla kategorii medycznej przypadek stabilny
B – liczba osób oczekujących na koniec roku dla kategorii medycznej przypadek stabilny

Oddział wojewódzki NFZ	Poradnie okulistyczne				Poradnie kardiologiczne				Poradnie chirurgii urazowo-ortopedycznej				Poradnie neurologiczne				Poradnie urologiczne				Działy (pracownie) fizjoterapii				Poradnie endokrynologiczne				Oddziały rehabilitacyjne			
	2014 r.		2013 r.		2014 r.		2013 r.		2014 r.		2013 r.		2014 r.		2013 r.		2014 r.		2013 r.		2014 r.		2013 r.		2014 r.		2013 r.		2014 r.		2013 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	40	34736	31	47885	79	11635	56	16424	40	18830	34	25520	41	14030	34	24331	57	6844	43	9621	103	74578	80	64318	219	9082	182	7290	421	30643	407	28924
Kujawsko-Pomorski	94	24586	76	21351	116	8760	83	7404	32	6940	30	6145	65	9625	55	9605	91	4775	70	5042	82	65001	78	48898	158	7207	113	6534	263	4461	389	5478
Lubelski	25	21033	20	19669	61	5579	39	8450	21	6555	26	7514	18	6409	16	7492	34	4415	30	6485	43	35543	55	34075	96	4550	67	8217	195	2978	183	2936
Lubuski	50	6983	39	10503	62	2698	85	3172	38	2869	33	3782	42	2501	41	3923	45	1790	54	2388	38	21133	53	19083	103	2344	82	1996	306	2038	350	1830
Łódzki	28	14034	14	12569	80	6737	66	6568	28	6630	21	5608	30	5476	17	5829	44	3584	21	4013	68	47005	51	34357	106	5596	56	3804	147	4194	168	2601
Małopolski	79	20278	54	14557	100	11473	87	9726	49	11639	41	10333	55	10146	44	7834	66	5263	61	4837	110	90268	91	75808	151	8213	129	6681	300	24456	256	21973
Mazowiecki	63	40789	42	32654	113	21071	84	18311	50	18815	36	16344	56	16092	40	15280	54	7876	42	7450	58	67510	57	54862	151	14848	101	11412	413	12402	344	10910
Opolski	51	7527	35	7638	100	4166	106	4939	47	3704	30	3351	47	3706	42	4736	58	1354	45	1163	49	20772	60	16416	174	3595	145	2615	445	1786	485	1523
Podkarpacki	37	10295	27	7911	63	3728	58	3613	30	3175	21	2658	20	3287	21	3906	21	1717	22	2406	49	43651	53	44367	65	1828	76	2399	202	2909	151	3095
Podlaski	25	4488	19	4331	137	4953	85	5532	0	755	0	854	19	2977	18	4224	55	1629	50	1570	45	13862	39	12277	149	3952	96	5441	97	1069	81	920
Pomorski	57	26426	35	20602	82	14041	42	9697	31	9834	22	8244	42	14974	26	12153	43	6358	30	5318	56	43243	37	23007	132	7294	67	6611	126	6231	216	5139
Śląski	55	46494	47	43353	124	15589	106	17012	32	19266	27	15394	36	14786	33	16426	75	9130	67	11953	69	82942	84	64033	193	10005	150	10829	423	29121	448	34283
Świętokrzyski	45	6302	13	3057	64	2308	103	1980	20	1223	11	901	19	1993	8	951	61	924	20	910	66	23624	43	18878	151	1923	95	1281	335	11933	310	9673
Warmińsko-Mazurski	81	16188	58	17178	128	5486	107	5541	29	8151	22	8098	49	5496	38	7007	76	2564	77	3177	48	24219	42	25467	157	3843	104	3713	116	1587	147	1447
Wielkopolski	86	26367	71	33561	125	12863	86	13389	39	10738	31	13657	40	9574	32	10658	59	5392	35	6263	103	69145	81	56332	136	8639	106	7715	361	13536	246	12116
Zachodnio-pomorski	48	15704	30	15122	82	7185	76	9702	35	7339	27	6882	18	4173	16	5226	49	4286	40	3781	62	29387	48	25456	174	4329	136	4645	389	10533	337	9907
Średnio*	53	20139	40	19496	97	8642	79	8841	34	8529	28	8455	39	7828	30	8724	57	4244	45	4774	66	46993	61	38602	143	6078	105	5699	280	9992	255	9547

A – mediana średniego czasu oczekiwania na koniec roku dla kategorii medycznej przypadek stabilny

B – liczba osób oczekujących na koniec roku dla kategorii medycznej przypadków stabilny

* w kolumnie A podano wartość mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania obliczoną dla Polski, a w kolumnie B średnią liczbę osób przypadającą na województwo

Źródło: Wykonano w NFZ na potrzeby NIK. Dane pochodzą ze „Sprawozdania z zakresu list oczekujących za okres sprawozdawczy grudzień 2014 roku oraz grudzień 2013 roku”.

Porównanie pierwotnego planu finansowego NFZ na 2014 r. z planem ostatecznym, z uwzględnieniem przesunięć środków.

Lp.	Wyszczególnienie	Wykonanie 2013 r.	Plan pierwotny 2014 r.	Plan po zmianach i przesunięciach 2014 r.	Wykonanie 2014 r.
1	2	3	4	5	6
1.	Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki	62 084 161,56	63 479 324	64 302 927	64 388 825,74
1.1.	od ZUS	58 829 068,41	60 233 502	61 054 203	61 140 732,41
1.2.	od KRUS	3 255 093,15	3 245 822	3 248 724	3 248 093,33
2.	Planowany odpis aktualizujący składkę należną (2.1+2.2)	0,00	0	0	0,00
2.1.	w stosunku do ZUS	0,00	0	0	
2.2.	w stosunku do KRUS	0,00	0	0	
3.	Przychody ze składek z lat ubiegłych (3.1+3.2)	431 372,51	100 000	100 000	290 233,91
3.1.	od ZUS	449 539,83	100 000	100 000	307 274,96
3.2.	od KRUS	-18 167,32	0	0	-17 041,05
4.	Koszty poboru i ewidencjonowania składek (4.1+4.2)	122 319,11	122 030	123 660	125 734,43
4.1.	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS	119 532,97	119 262	120 887	122 961,88
4.2.	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez KRUS	2 786,14	2 768	2 773	2 772,55
5.	Odpis na teryfikację świadczeń, o których mowa w art. 31t ust. 5-8 ustawy	-	0	0	0,00
A.	Przychody netto z działalności (1-2+3-4-5) + A1 + A2 + A3 + A4	64 505 503,65	66 370 916	66 433 739	66 704 621,93
A1.	przychody wynikające z przepisów o koordynacji	125 883,24	131 309	131 309	146 953,21
A2.	przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	422,70	0	0	0,00
A3.	dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 2b, 3 i 3b ustawy	151 485,45	942 421	183 204	166 396,09
A4.	dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 834 497,30	1 839 892	1 839 959	1 837 947,41
B.	Koszty realizacji zadań (B1 + B2 + B3 + B4)	63 912 480,18	65 862 286	66 991 947	65 176 368,81
B1.	Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	0,00	634 793	634 793	0,00
B2.	Koszty świadczeń opieki zdrowotnej (B2.1+...+B2.19)	62 077 982,88	63 387 601	64 517 195	63 338 421,40
B2.1.	podstawowa opieka zdrowotna	7 638 408,97	7 694 837	7 707 818	7 701 361,75
B2.2.	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5 250 937,61	5 120 758	5 453 047	5 431 662,86
B2.3.	leczenie szpitalne, w tym:	30 558 910,31	27 231 286	31 403 917	31 214 921,41
B2.3.1.	programy terapeutyczne (lekowe), w tym:	2 177 406,78	2 261 583	2 556 495	2 442 763,65
B2.3.1.1.	leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi	2 001 717,99	2 048 940	2 360 910	2 258 062,53
B2.3.2.	chemioterapia, w tym:	1 163 696,47	1 151 582	1 349 096	1 292 080,66
B2.3.2.1.	leki stosowane w chemioterapii	406 490,56	457 704	545 894	508 109,16
B2.4.	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2 239 572,76	2 064 621	2 327 929	2 319 446,19

Lp.	Wyszczególnienie	Wykonanie 2013 r.	Plan pierwotny 2014 r.	Plan po zmianach i przesunięciach 2014 r.	Wykonanie 2014 r.
1	2	3	4	5	6
B2.5.	rehabilitacja lecznicza	2 073 520,41	1 986 087	2 105 190	2 100 436,19
B2.6.	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1 074 938,72	1 046 972	1 104 038	1 099 058,18
B2.7.	opieka paliatywna i hospicyjna	355 473,48	347 428	380 405	376 780,19
B2.8.	leczenie stomatologiczne	1 773 079,04	1 757 689	1 744 016	1 729 110,25
B2.9.	lecznictwo uzdrowiskowe	602 120,33	623 027	605 292	599 551,98
B2.10.	pomoc doraźna i transport sanitarny	43 641,23	46 240	44 274	43 500,84
B2.11.	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	152 475,51	171 055	166 901	159 725,15
B2.12.	świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	1 661 089,67	1 584 012	1 743 275	1 737 700,74
B2.13.	zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji	703 168,01	835 544	815 825	803 693,94
B2.14.	refundacja, w tym:	7 183 774,45	8 159 662	7 994 279	7 551 144,25
B2.14.1.	refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	7 167 023,29	8 119 385	7 948 749	7 533 100,10
B2.14.2.	refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy	12 883,21	30 405	34 724	13 644,10
B2.14.3.	refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy	3 867,95	9 871	10 806	4 400,05
B2.15.	rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji	341 821,11	516 610	418 329	330 511,94
B2.16.	rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundacji leków, w tym:	0,00	385 429	0	0,00
B2.16.1.	rezerwa, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 2 lit. c ustawy	0,00	0	0	0,00
B2.17.	rezerwa na koszty świadczeń zdrowotnych w ramach migracji ubezpieczonych	0,00	3 593 843	0	0,00
B2.18.	koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych	425 051,27	222 501	196 726	139 815,54
B2.19.	rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej	0,00	0	305 934	0,00
B.3.	Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	0,00	0	0	0,00
B4.	Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 834 497,30	1 839 892	1 839 959	1 837 947,41
Bn.	Całkowity budżet na refundację (B2.3.1.1 + B2.3.2.1 + B2.14 + B2.16.1)	9 591 983,00	10 666 306	10 901 083	10 317 315,94
C.	Wynik na działalności (A - B)	593 023,47	508 630	-558 208	1 528 253,12
D.	Koszty administracyjne (D1+...D8)	606 659,85	702 939	704 620	628 339,79
D1.	zużycie materiałów i energii	19 592,72	28 335	29 044	20 314,25
D2.	usługi obce	131 026,28	165 238	165 604	149 967,77
D3.	podatki i opłaty, w tym:	3 255,76	5 066	5 212	3 252,08

Lp.	Wyszczególnienie	Wykonanie 2013 r.	Plan pierwotny 2014 r.	Plan po zmianach i przesunięciach 2014 r.	Wykonanie 2014 r.
1	2	3	4	5	6
D3.1.	podatki stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego, w tym:	446,24	624	619	460,61
D3.1.1.	podatek od nieruchomości	446,24	597	592	460,61
D3.2.	opłaty stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego	271,11	386	543	413,51
D3.3.	VAT	14,06	32	32	7,81
D3.4.	podatek akcyzowy	0,00	0	0	0,00
D3.5.	wpłaty na PFRON	2 399,88	3 751	3 697	2 189,97
D3.6.	inne	124,47	273	321	180,18
D4.	wynagrodzenia, w tym:	309 462,13	312 461	312 857	311 758,75
D4.1.	wynagrodzenia bezosobowe	1 136,21	1 480	1 555	1 194,51
D5.	ubezpieczenie społeczne i inne świadczenia, w tym:	63 406,13	70 211	70 321	63 886,87
D5.1.	składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych	50 158,68	53 470	53 474	50 479,91
D5.2.	składki na Fundusz Pracy	5 588,34	7 577	7 548	5 604,79
D5.3.	składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	0,00	0	0	0,00
D5.4.	pozostałe świadczenia	7 659,11	9 164	9 299	7 802,17
D6.	koszty funkcjonowania Rady Funduszu	15,18	50	50	12,01
D7.	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych	76 088,54	113 861	113 871	75 523,21
D8.	pozostałe koszty administracyjne	3 813,11	7 717	7 661	3 624,85
E.	Pozostałe przychody	399 924,90	263 637	265 292	249 186,60
F.	Pozostałe koszty (F1 + ... + F4)	98 440,27	264 505	264 831	152 960,48
F1.	wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia (w tym części stałych i zmiennych książeczek usług medycznych) oraz recept	677,41	1 081	712	405,12
F2.	rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych	81 023,83	240 828	171 615	68 593,45
F3.	inne rezerwy	180,06	5 248	46 737	46 736,99
F4.	inne koszty	16 558,97	17 348	45 767	37 224,92
G.	Przychody finansowe (G1+G2)	130 089,11	63 557	86 447	105 593,30
G1.	odsetki uzyskane z lokat	82 869,16	63 557	70 707	82 227,34
G2.	inne przychody finansowe	47 219,95	0	15 740	23 365,96
H.	Koszty finansowe	35 111,91	109 326	80 377	40 706,58
I.	Wynik brutto na całokształcie działalności (C-D+E-F+G-H)	382 825,45	-240 946	-1 256 297	1 061 026,17
J.	Zyski i straty nadzwyczajne (J1-J2)	0,00	0	0	0,00
J1.	zyski nadzwyczajne – wielkość dodatnia	0,00	0	0	0,00
J2.	straty nadzwyczajne – wielkość ujemna	0,00	0	0	0,00
K.	Wynik finansowy ogółem brutto (I+J)	382 825,45	-240 946	-1 256 297	1 061 026,17
L.	Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego (w tym CIT)	0,00	0	0	0,00
M.	Wynik finansowy ogółem netto (K-L)	382 825,45	-240 946	-1 256 297	1 061 026,17
N.	Przychody – ogółem	65 157 836,77	66 820 140	66 909 138	67 185 136,26
O.	Koszty – ogółem	64 775 011,32	67 061 086	68 165 435	66 124 110,09

Źródło: Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 rok.

Wykonanie planu finansowego NFZ w 2014 r.

[tys. zł]

Poz.	Wyszczególnienie	Obowiązujący plan finansowy NFZ na 2014 r.	Wykonanie planu finansowego NFZ za 2014 r.	Różnica (poz. 2 - poz. 3)	Udział wykonania (poz. 3/poz. 2) (w %)
	1	2	3	4	5
1.	Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki (1.1+1.2)	64 302 927,00	64 388 825,74	-85 898,74	100,13%
1.1.	od ZUS	61 054 203,00	61 140 732,41	-86 529,41	100,14%
1.2.	od KRUS	3 248 724,00	3 248 093,33	630,67	99,98%
2.	Planowany odpis aktualizujący składkę należną (2.1+2.2)	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)	100 000,00	290 233,91	-190 233,91	290,23%
3.1.	od ZUS	100 000,00	307 274,96	-207 274,96	307,27%
3.2.	od KRUS	0,00	-17 041,05	17 041,05	—
4.	Koszt poboru i ewidencjonowania składek (4.1+4.2)	123 660,00	125 734,43	-2 074,43	101,68%
4.1.	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS	120 887,00	122 961,88	-2 074,88	101,72%
4.2.	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez KRUS	2 773,00	2 772,55	0,45	99,98%
5.	Odpis na taryfikację świadczeń, o których mowa w art. 31 t ust. 5–8 ustawy	0,00	0,00	0,00	—
A.	Przychody netto z działalności (1 - 2 + 3 - 4 - 5)+A1+A2+A3+A4	66 433 739,00	66 704 621,93	-270 882,93	100,41%
A1.	przychody wynikające z przepisów o koordynacji	131 309,00	146 953,21	-15 644,21	111,91%
A2.	przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	0,00	0,00	0,00	—
A3.	dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 2b, 3 i 3b ustawy	183 204,00	166 396,09	16 807,91	90,83%
A4.	dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołu ratownictwa medycznego	1 839 959,00	1 837 947,41	2 011,59	99,89%
B.	Koszty realizacji zadań (B1+B2+B3+B4)	66 991 947,00	65 176 368,81	1 815 578,19	97,29%
B1.	Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	634 793,00	0,00	634 793,00	0,00%
B2.	Koszty świadczeń opieki zdrowotnej (B2.1+...+B2.19)	64 517 195,00	63 338 421,40	1 178 773,60	98,17%
B2.1.	podstawowa opieka zdrowotna	7 707 818,00	7 701 361,75	6 456,25	99,92%
B2.2.	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5 453 047,00	5 431 662,86	21 384,14	99,61%
B2.3.	leczenie szpitalne, w tym:	31 403 917,00	31 214 921,41	188 995,59	99,40%
B2.3.1.	programy terapeutyczne (lekowe), w tym:	2 556 495,00	2 442 763,65	113 731,35	95,55%
B2.3.1.1.	leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi	2 360 910,00	2 258 062,53	102 847,47	95,64%
B2.3.2.	chemioterapia, w tym:	1 349 096,00	1 292 080,66	57 015,34	95,77%
B2.3.2.1.	leki stosowane w chemioterapii	545 894,00	508 109,16	37 784,84	93,08%
B2.4.	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2 327 929,00	2 319 446,19	8 482,81	99,64%

Poz.	Wyszczególnienie	Obowiązujący plan finansowy NFZ na 2014 r.	Wykonanie planu finansowego NFZ za 2014 r.	Różnica (poz. 2 - poz. 3)	Udział wykonania (poz. 3/poz. 2) (w %)
	1	2	3	4	5
B2.5.	rehabilitacja lecznicza	2 105 190,00	2 100 436,19	4 753,81	99,77%
B2.6.	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1 104 038,00	1 099 058,18	4 979,82	99,55%
B2.7.	opieka paliatywna i hospicyjna	380 405,00	376 780,19	3 624,81	99,05%
B2.8.	leczenie stomatologiczne	1 744 016,00	1 729 110,25	14 905,75	99,15%
B2.9.	lecznictwo uzdrowiskowe	605 292,00	599 551,98	5 740,02	99,05%
B2.10.	pomoc doraźna i transport sanitarny	44 274,00	43 500,84	773,16	98,25%
B2.11.	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	166 901,00	159 725,15	7 175,85	95,70%
B2.12.	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	1 743 275,00	1 737 700,74	5 574,26	99,68%
B2.13.	zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji	815 825,00	803 693,94	12 131,06	98,51%
B2.14.	refundacja, z tego:	7 994 279,00	7 551 144,25	443 134,75	94,46%
B2.14.1.	refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	7 948 749,00	7 533 100,10	415 648,90	94,77%
B2.14.2.	refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy	34 724,00	13 644,10	21 079,90	39,29%
B2.14.3.	refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy	10 806,00	4 400,05	6 405,95	40,72%
B2.15.	rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji	418 329,00	330 511,94	87 817,06	79,01%
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	196 726,00	139 815,54	56 910,46	71,07%
B2.19.	rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej	305 934,00	0,00	305 934,00	0,00%
B3.	Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	0,00	0,00	0,00	-
B4.	Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 839 959,00	1 837 947,41	2 011,59	99,89%
Bn.	Całkowity budżet na refundację (B2.3.1.1 + B2.3.2.1 + B2.14 + B2.16.1)	10 901 083,00	10 317 315,94	583 767,06	94,64%
C.	WYNIK NA DZIAŁALNOŚCI (A - B)	-558 208,00	1 528 253,12	-2 086 461,12	-
D.	Koszty administracyjne (D1+...+D8)	704 620,00	628 339,79	76 280,21	89,17%
D1.	zużycie materiałów i energii	29 044,00	20 314,25	8 729,75	69,94%
D2.	usługi obce	165 604,00	149 967,77	15 636,23	90,56%

Poz.	Wyszczególnienie	Obowiązujący plan finansowy NFZ na 2014 r.	Wykonanie planu finansowego NFZ za 2014 r.	Różnica (poz. 2 - poz. 3)	Udział wykonania (poz. 3/poz. 2) (w %)
	1	2	3	4	5
D3.	podatki i opłaty, z tego:	5 212,00	3 252,08	1 959,92	62,40%
D3.1.	podatki stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego, w tym:	619,00	460,61	158,39	74,41%
D3.1.1.	podatek od nieruchomości	592,00	460,61	131,39	77,81%
D3.2.	opłaty stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego	543,00	413,51	129,49	76,15%
D3.3.	VAT	32,00	7,81	24,19	24,41%
D3.4.	podatek akcyzowy	0,00	0,00	0,00	-
D3.5.	wpłaty na PFRON	3 697,00	2 189,97	1 507,03	59,24%
D3.6.	inne	321,00	180,18	140,82	56,13%
D4.	wynagrodzenia, w tym:	312 857,00	311 758,75	1 098,25	99,65%
D4.1.	wynagrodzenia bezosobowe	1 555,00	1 194,51	360,49	76,82%
D5.	ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia, z tego:	70 321,00	63 886,87	6 434,13	90,85%
D5.1.	składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych	53 474,00	50 479,91	2 994,09	94,40%
D5.2.	składki na Fundusz Pracy	7 548,00	5 604,79	1 943,21	74,26%
D5.3.	składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	0,00	0,00	0,00	-
D5.4.	pozostałe świadczenia	9 299,00	7 802,17	1 496,83	83,90%
D6.	koszty funkcjonowania Rady Funduszu	50,00	12,01	37,99	24,02%
D7.	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych	113 871,00	75 523,21	38 347,79	66,32%
D8.	pozostałe koszty administracyjne	7 661,00	3 624,85	4 036,15	47,32%
E.	Pozostałe przychody	265 292,00	249 186,60	16 105,40	93,93%
F.	Pozostałe koszty (F1+...+F4)	264 831,00	152 960,48	111 870,52	57,76%
F1.	wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia (w tym części stałych i zamiennych książeczek usług medycznych) oraz recept	712,00	405,12	306,88	56,90%
F2.	rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych	171 615,00	68 593,45	103 021,55	39,97%
F3.	inne rezerwy	46 737,00	46 736,99	0,01	100,00%
F4.	inne koszty	45 767,00	37 224,92	8 542,08	81,34%
G.	Przychody finansowe (G1 + G2)	86 447,00	105 593,30	-19 146,30	122,15%
G1.	odsetki uzyskane z lokat	70 707,00	82 227,34	-11 520,34	116,29%
G2.	inne przychody finansowe	15 740,00	23 365,96	-7 625,96	148,45%
H.	Koszty finansowe	80 377,00	40 706,58	39 670,42	50,64%
I.	WYNIK BRUTTO NA CAŁOKSZTAŁCIE DZIAŁALNOŚCI (C - D + E - F + G - H)	-1 256 297,00	1 061 026,17	-2 317 323,17	-
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)	-1 256 297,00	1 061 026,17	-2 317 323,17	-
L.	Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego (w tym CIT)				
M.	WYNIK FINANSOWY OGÓŁEM NETTO (K - L)	-1 256 297,00	1 061 026,17	-2 317 323,17	-
N.	PRZYZCHODY – ogółem	66 909 138,00	67 185 136,26	-275 998,26	100,41%
O.	KOSZTY – ogółem	68 165 435,00	66 124 110,09	2 041 324,91	97,01%

Źródło: Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 rok.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba zawartych umów

Poz.	Wyszczególnienie	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2012 r.	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2013 r.	2014 r.			Różnica	Różnica	%	%	%
				Plan finansowy NFZ na 2014 r. (pierwotny)	Plan finansowy NFZ na 2014 r. (ostateczny)	Wstępne wykonanie planu finansowego NFZ w 2014 r.					
1	2	3	4	5	6	7	8=(7-6)	9=(7-3)	10=(7/3)	11=(7/4)	12=(7/6)
B2.	Koszty świadczeń opieki zdrowotnej (B2.1+...+B2.19), w tym:	59 875 547,17	62 077 982,88	63 387 601	64 517 195	63 338 421,40	-1 178 773,60	3 462 874,23	105,78%	102,03%	98,17%
B2.1.	podstawowa opieka zdrowotna	7 554 497,55	7 638 408,97	7 694 837	7 707 818	7 701 361,75	-6 456,25	146 864,20	101,94%	100,82%	99,92%
B2.2.	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5 046 360,65	5 250 937,61	5 120 758	5 453 047	5 431 662,86	-21 384,14	385 302,21	107,64%	103,44%	99,61%
B2.3.	leczenie szpitalne	29 437 144,66	30 558 910,31	27 231 286	31 403 917	31 214 921,41	-188 995,59	1 777 776,75	106,04%	102,15%	99,40%
B2.4.	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2 158 551,32	2 239 572,76	2 064 621	2 327 929	2 319 446,19	-8 482,81	160 894,87	107,45%	103,57%	99,64%
B2.5.	rehabilitacja lecznicza	1 997 101,69	2 073 520,41	1 986 087	2 105 190	2 100 436,19	-4 753,81	103 334,50	105,17%	101,30%	99,77%
B2.6.	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1 020 811,11	1 074 938,72	1 046 972	1 104 038	1 099 058,18	-4 979,82	78 247,07	107,67%	102,24%	99,55%
B2.7.	opieka paliatywna i hospicyjna	331 409,11	355 473,48	347 428	380 405	376 780,19	-3 624,81	45 371,08	113,69%	105,99%	99,05%
B2.8.	leczenie stomatologiczne	1 771 376,01	1 773 079,04	1 757 689	1 744 016	1 729 110,25	-14 905,75	-42 265,76	97,61%	97,52%	99,15%
B2.9.	lecznictwo uzdrowiskowe	584 440,44	602 120,33	623 027	605 292	599 551,98	-5 740,02	15 111,54	102,59%	99,57%	99,05%
B2.10.	pomoc doraźna i transport sanitarny	43 680,02	43 641,23	46 240	44 274	43 500,84	-773,16	-179,18	99,59%	99,68%	98,25%
B2.11.	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	151 844,76	152 475,51	171 055	166 901	159 725,15	-7 175,85	7 880,39	105,19%	104,75%	95,70%
B2.12.	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	1 564 225,56	1 661 089,67	1 584 012	1 743 275	1 737 700,74	-5 574,26	173 475,18	111,09%	104,61%	99,68%

Poz.	Wyszczególnienie	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2012 r.	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2013 r.	2014 r.			Różnica	Różnica	%	%	%
				Plan finansowy NFZ na 2014 r. (pierwotny)	Plan finansowy NFZ na 2014 r. (ostateczny)	Wstępne wykonanie planu finansowego NFZ w 2014 r.					
1	2	3	4	5	6	7	8=(7-6)	9=(7-3)	10=(7/3)	11=(7/4)	12=(7/6)
B2.13.	zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji	668 151,86	703 168,01	835 544	815 825	803 693,94	-12 131,06	135 542,08	120,29%	114,30%	98,51%
B2.14.1.	refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy	6 847 747,71	7 167 023,29	8 119 385	7 948 749	7 533 100,10	-415 648,90	685 352,39	110,01%	105,11%	94,77%
B2.15.	rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji	265 361,40	341 821,11	516 610	418 329	330 511,94	-87 817,06	65 150,54	124,55%	96,69%	79,01%
B2.16.	rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundacji leków	0,00	0,00	385 429	0	0,00	0,00	0,00	-	-	-
B2.17.	rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych	0,00	0,00	3 593 843	0	0,00	0,00	-417 520,50	-	-	-
B2.18.	koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych	417 520,50	425 051,27	222 501	196 726	139 815,54	-56 910,46	139 815,54	33,49%	32,89%	71,07%
B2.19.	rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej	0,00	0,00	0	305 934	0,00	-305 934,00	0,00	-	-	0,00%
B3.	Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	0,00	0,00	0	0	0,00	0,00	0,00	-	-	-
B4.	Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 823 691,06	1 834 497,30	1 839 892	1 839 959	1 837 947,41	-2 011,59	14 256,35	100,78%	100,19%	99,89%

Źródło: Wykonano w NFZ na potrzeby NIK.

Przychody uzyskane przez NFZ w 2014 r. z tytułu składki
od poszczególnych grup ubezpieczonych¹ (dane na dzień 1 kwietnia 2015 r.)

(w zł)

Lp.	Kod tytułu ubezpieczenia ²	Tytuł ubezpieczenia	Średniomiesięczna wysokość składki w danej grupie ubezpieczonych obowiązkowo w przeliczeniu na tytuł	Suma przychodów NFZ z tytułu składki zdrowotnej od danej grupy ubezpieczonych obowiązkowo
Ubezpieczeni w ZUS, w tym				60 241 739 419,69
1.	0110	pracownik podlegający ubezpieczeniom społecznym i ubezpieczeniu zdrowotnemu	265,33	31 985 634 312,84
2.	0112	osoba pobierająca świadczenie szkoleniowe wypłacane po ustaniu zatrudnienia	12,86	2 019,69
3.	0120	pracownik młodociany	0,64	901 967,90
4.	0124	były pracownik mianowany lub były urzędnik służby cywilnej, z którym został rozwiązany stosunek pracy, pobierający świadczenie pieniężne za okres po ustaniu zatrudnienia	77,61	24 991,12
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.U.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.U.UE L 284 z 30.10.2009, str. 1), zwanego dalej „rozporządzeniem Rady (WE) nr 987/2009	1 667,53	19 525 130,66
6.	0200	osoba wykonująca pracę nakładczą	99,56	1 756 561,01
7.	0310	członek rolniczej spółdzielni produkcyjnej, spółdzielni kółek rolniczych lub innej spółdzielni zajmującej się produkcją rolną	51,73	5 840 624,37
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	89,06	1 850 969,80
9.	0411	osoba wykonująca umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług	74,39	1 604 540 655,81
10.	0421	osoba współpracująca z osobą wykonującą umowę agencyjną, umowę zlecenia lub umowę o świadczenie usług	74,56	114 899,52

Lp.	Kod tytułu ubezpieczenia ^{/2}	Tytuł ubezpieczenia	Średniomiesięczna wysokość składki w danej grupie ubezpieczonych obowiązkowo w przeliczeniu na tytuł	Suma przychodów NFZ z tytułu składki zdrowotnej od danej grupy ubezpieczonych obowiązkowo
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	188,96	2 691 138,32
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	103,21	9 281 371,44
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	37,11	18 852,24
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	277,69	4 430 430 214,07
15.	0511	osoba współpracująca z osobą prowadzącą pozarolniczą działalność	268,61	106 984 051,28
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	268,06	62 910 964,84
17.	0520	twórca	265,05	1 423 306,18
18.	0530	artysta	275,55	763 827,66
19.	0540	osoba prowadząca pozarolniczą działalność w zakresie wolnego zawodu	282,35	85 660 935,69
20.	0543	wspólnik jednoosobowej spółki z ograniczoną odpowiedzialnością oraz wspólnicy spółki jawnej, komandytowej lub partnerskiej	310,60	164 389 735,54
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	268,44	1 003 020 194,43
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	252,72	6 243 954,44

Lp.	Kod tytułu ubezpieczenia ^{/2}	Tytuł ubezpieczenia	Średniomiesięczna wysokość składki w danej grupie ubezpieczonych obowiązkowo w przeliczeniu na tytuł	Suma przychodów NFZ z tytułu składki zdrowotnej od danej grupy ubezpieczonych obowiązkowo
23.	0610	poseł lub senator pobierający uposażenie	940,12	5 793 930,50
24.	0710	stypendysta sportowy pobierający stypendium podlegający z tego tytułu ubezpieczeniom społecznym oraz ubezpieczeniu zdrowotnemu albo wyłącznie ubezpieczeniu zdrowotnemu	58,17	2 113 231,30
25.	0910	osoba bezrobotna pobierająca zasiłek dla bezrobotnych, osoba pobierająca świadczenie integracyjne	62,78	185 258 824,64
26.	0911	osoba bezrobotna niepobierająca zasiłku dla bezrobotnych lub stypendium	59,56	1 308 159 454,06
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	21,52	25 747 832,55
28.	0940	osoba zamieszkała w Rzeczypospolitej Polskiej pobierająca zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne	75,44	180 887 333,35
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)	72,00	144,00
30.	1010	duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, opłacający składkę od minimalnej podstawy wymiaru	104,09	36 801 873,45
31.	1012	duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, opłacający składkę od zadeklarowanej nadwyżki ponad minimalną podstawę wymiaru	132,01	73 136,20
32.	1020	duchowny, nieprowadzący pozarolniczej działalności gospodarczej, będący członkiem zakonu kontemplacyjno-klauzurowego lub misjonarzem, opłacający składkę od minimalnej podstawy wymiaru	48,90	2 348 783,00
33.	1050	alumn seminarium duchownego, nowicjusz, postulanci i juniorysta, podlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu	47,73	869 563,02
34.	1110	żołnierz niezawodowy w służbie czynnej	47,75	1 667 410,91
35.	1111	osoba odbywająca służbę zastępczą	0,00	0,00
36.	1112	osoba odbywająca nadterminową zasadniczą służbę wojskową	65,43	1 570,26
37.	1113	osoba odbywająca okresową służbę wojskową	321,44	6 107,31
38.	1114	funkcjonariusz w służbie kandydackiej oraz kandydat na żołnierza zawodowego	76,03	2 980 240,17
39.	1120	żołnierz zawodowy	365,53	434 793 572,60
40.	1130	funkcjonariusz Policji	369,61	433 434 169,20
41.	1131	funkcjonariusz Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego i Agencji Wywiadu	577,14	30 605 515,72
42.	1132	funkcjonariusz Straży Granicznej	378,92	65 822 524,32
43.	1133	funkcjonariusz Państwowej Straży Pożarnej	357,89	129 184 680,02
44.	1134	funkcjonariusz Służby Celnej	461,56	79 455 126,00
45.	1135	funkcjonariusz Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego albo Biura Ochrony Rządu	455,17	12 562 167,97

Lp.	Kod tytułu ubezpieczenia ²	Tytuł ubezpieczenia	Średniomiesięczna wysokość składki w danej grupie ubezpieczonych obowiązkowo w przeliczeniu na tytuł	Suma przychodów NFZ z tytułu składki zdrowotnej od danej grupy ubezpieczonych obowiązkowo
46.	1140	funkcjonariusz Służby Więziennej	357,71	118 421 061,90
47.	1150	osoba w stanie spoczynku pobierająca uposażenie	798,63	34 486 333,91
48.	1151	osoba pobierająca uposażenie rodzinne	624,63	8 429 376,32
49.	1152	osoba pobierająca uposażenie po zwolnieniu ze służby lub świadczenia pieniężne o takim samym charakterze	476,96	23 598 753,06
50.	1211	osoba przebywająca na urlopie wychowawczym	47,39	59 005 726,91
51.	1250	osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed podjęciem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoba prowadząca pozarolniczą działalność	46,86	649 116,00
52.	1260	osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed sprawowaniem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako zleceniobiorca	47,09	22 978,80
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	46,87	129 402,00
54.	1280	osoba sprawująca osobistą opiekę nad dzieckiem, która bezpośrednio przed podjęciem opieki podlegała ubezpieczeniom emerytalnemu i rentowym jako osoba duchowna	54,60	327,60
55.	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
56.	1320	osoba pobierająca zasiłek socjalny na czas przekwalifikowania zawodowego i poszukiwania nowego zatrudnienia	0,00	0,00
57.	1322	osoba pobierająca świadczenie socjalne w okresie zwolnienia z obowiązku świadczenia pracy	39,61	89 428,28
58.	1422	świadczeniobiorca, za którego jednostka organizacyjna pomocy społecznej albo wójt, burmistrz lub prezydent miasta ma obowiązek opłacać składki	47,25	119 909 243,95
59.	1811	student lub uczestnik studiów doktoranckich, za którego szkoła wyższa lub jednostka organizacyjna prowadząca studia doktoranckie jest zobowiązana do opłacania składek na ubezpieczenie zdrowotne	50,02	16 610 199,95
60.	1830	słuchacz Krajowej Szkoły Administracji Publicznej	177,23	121 045,49
61.	2010	sędzia	1 081,42	139 863 265,65
62.	2020	prokurator, ławnik sądowy, aplikant Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury	898,77	79 045 826,79
63.	2110	dziecko lub uczeń niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu	46,63	10 917 432,99
64.	2120	słuchacz zakładu kształcenia nauczycieli niepodlegający ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu	46,84	98 213,22
65.	2210	komatant, za którego składki na ubezpieczenie zdrowotne ma obowiązek opłacać Urząd do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych	32,50	12 806,86
66.	2230	osoba podlegająca ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu uprawnienia do świadczeń alimentacyjnych na podstawie ugody sądowej lub prawomocnego orzeczenia sądu	37,17	727 494,67

Lp.	Kod tytułu ubezpieczenia ^{/2}	Tytuł ubezpieczenia	Średniomiesięczna wysokość składki w danej grupie ubezpieczonych obowiązkowo w przeliczeniu na tytuł	Suma przychodów NFZ z tytułu składki zdrowotnej od danej grupy ubezpieczonych obowiązkowo
67.	2240	członek rady nadzorczej, podlegający z tego tytułu ubezpieczeniu zdrowotnemu	112,55	92 727 492,49
68.	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	288,74	45 247 295,80
69.	2500	emeryt lub rencista zamieszkały w Rzeczypospolitej Polskiej, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne finansowana jest przez świadczeniobiorcę	171,00	16 675 866 392,03
70.	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	290,42	1 227 903,87
71.	2510	emeryt lub rencista zamieszkały w Rzeczypospolitej Polskiej, którego składka na ubezpieczenie zdrowotne jest finansowana z budżetu państwa	215,75	1 027 393,20
72.	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	77,65	232,94
73.	2700	osoba pobierająca emeryturę pomostową zamieszkała w Rzeczypospolitej Polskiej	84,86	594,00
74.	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	131,70	374 979 399,98
75.	5000	inny tytuł do ubezpieczeń	132,32	5 946 811,63
Ubezpieczeni w KRUS, w tym:			3 248 598 248,71	
76.	KRUS	emeryci lub renciści	91,45	1 349 289 585,00
77.		przychody z tytułu prowadzenia działów specjalnych produkcji rolnej	154,44	37 304 663,71
78.		pozostali ubezpieczeni w KRUS ^{/3}	113,39	1 862 004 000,00

^{/1} – zestawienie opracowano na podstawie danych z raportu wygenerowanego z CWU (1-12/2014 z 28.02.2015 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, z którymi w roku 2014 zostały zgłoszone osoby do ubezpieczenia.

^{/3} – zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z 13 stycznia 2012 r. o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za lata 2012–2016 (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.

Średni koszt leczenia (w zł) w poszczególnych rodzajach świadczeń w latach 2013–2014 w OW NFZ, obliczony jako iloraz wykonania kosztów świadczeń i liczby ubezpieczonych i uprawnionych objętych opieką danego oddziału

Oddział Wojewódzki	podstawowa opieka zdrowotna		ambulatoryjna opieka specjalistyczna		leczenie szpitalne		opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień		rehabilitacja lecnicza		świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej		opieka paliatywna i hospicyjna		leczenie stomatologiczne		lecznictwo uzdrowiskowe		pomoc doraźna i transport sanitarny		koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu		świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie		zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji		Refundacja		Średnio	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Dolnośląski	222,12	225,31	151,44	158,50	888,14	906,94	66,95	70,73	59,76	61,64	35,42	36,02	11,48	12,48	45,14	45,45	21,93	22,19	1,44	1,54	4,31	4,97	47,46	50,08	22,28	25,26	211,39	221,32	1 789,27	1 842,43
Kujawsko-Pomorski	220,81	223,05	139,14	147,44	882,39	903,65	57,98	61,89	45,32	46,83	24,25	24,89	13,67	13,69	49,38	48,38	16,42	16,25	1,25	1,27	5,43	5,05	54,81	55,79	20,73	22,38	214,28	227,61	1 745,83	1 798,16
Lubelski	224,99	226,57	136,01	142,76	877,16	901,29	62,88	65,59	53,58	55,91	26,25	27,68	7,27	7,47	60,03	60,03	19,64	19,80	1,46	1,52	3,25	3,97	43,26	44,47	18,97	21,83	197,45	209,35	1 732,97	1 788,24
Lubuski	225,39	228,13	159,52	171,33	872,55	913,79	88,99	95,75	56,74	58,09	23,07	23,44	9,83	11,05	49,48	46,55	14,18	14,78	2,48	2,07	5,29	5,27	45,05	48,62	20,16	24,07	194,22	205,72	1 766,96	1 848,67
Łódzki	219,58	222,10	134,79	140,04	887,95	915,90	64,43	67,37	52,75	53,88	22,56	22,57	9,01	9,45	49,88	49,77	18,65	18,16	0,96	0,97	4,76	4,67	46,74	48,86	20,23	22,94	224,93	239,42	1 757,23	1 816,11
Małopolski	214,89	217,97	151,49	152,52	835,90	849,47	54,09	54,92	59,52	59,47	37,08	37,50	10,63	11,54	59,59	58,94	15,96	15,83	0,49	0,49	3,50	3,61	46,69	48,77	19,82	22,33	197,07	208,15	1 706,72	1 741,61
Mazowiecki	214,94	217,16	150,51	152,62	917,06	925,43	69,69	70,64	83,09	79,52	28,52	29,00	7,95	8,13	40,35	38,08	18,25	18,24	1,54	1,52	3,71	4,03	48,74	50,39	17,60	20,38	198,72	208,64	1 800,66	1 823,79
Opolski	218,73	222,11	148,45	154,06	894,36	931,24	68,18	72,16	63,17	64,00	49,30	51,41	11,80	12,78	53,73	52,89	14,56	14,79	1,52	1,51	4,49	4,73	43,84	46,75	21,07	25,37	204,57	218,62	1 797,77	1 872,43
Podkarpacki	215,82	219,23	135,37	142,33	825,78	858,77	55,04	58,49	71,67	76,49	47,29	49,20	11,04	12,14	54,29	53,85	16,22	16,29	1,54	1,59	3,17	3,78	42,71	44,31	19,94	22,53	175,80	184,68	1 675,68	1 743,68
Podlaski	213,66	217,14	173,56	179,42	893,25	906,75	73,82	74,92	49,21	52,29	23,53	25,66	9,31	10,68	59,91	60,17	16,47	17,00	1,27	1,29	4,39	4,26	37,51	37,77	19,26	22,59	185,84	194,55	1 761,00	1 804,49
Pomorski	216,57	220,15	154,01	162,65	839,18	858,68	64,55	67,72	50,74	53,40	20,04	20,44	9,56	10,26	47,75	48,98	12,84	12,69	0,69	0,69	4,02	4,44	51,65	54,64	19,44	21,51	219,65	231,48	1 710,69	1 767,74
Śląski	214,09	216,97	168,74	177,29	858,88	883,71	65,18	68,29	56,58	58,06	43,42	44,46	10,67	11,40	48,65	46,53	16,34	16,40	1,08	1,06	6,06	6,00	48,26	51,06	23,48	26,70	214,01	227,24	1 775,46	1 835,17
Świętokrzyski	208,26	210,12	135,09	143,11	923,06	954,74	56,97	60,46	61,30	63,04	37,76	39,55	11,33	12,57	53,80	54,58	20,68	21,06	1,22	1,18	4,50	4,37	44,73	49,06	21,34	25,19	201,10	214,51	1 781,16	1 853,55
Warmińsko-Mazurski	215,70	218,40	145,21	155,22	843,28	864,31	64,38	67,84	53,88	55,69	25,51	26,87	11,36	11,67	64,27	64,33	14,78	15,02	2,08	2,10	4,56	4,44	48,49	50,65	18,64	21,33	192,07	202,64	1 704,21	1 760,51
Wielkopolski	221,70	223,34	148,30	148,14	819,94	846,19	61,54	62,07	49,08	50,00	18,83	19,24	12,09	12,67	46,20	43,30	18,08	17,13	0,91	0,91	3,87	4,52	48,42	51,68	18,30	22,41	207,47	216,75	1 674,74	1 718,36
Zachodniopomorski	222,55	224,83	150,91	161,99	917,57	947,69	58,71	61,65	46,43	48,38	24,10	24,67	6,88	7,71	55,70	54,51	13,90	14,64	1,51	1,53	4,89	4,94	47,74	52,28	20,31	23,25	215,26	225,51	1 786,47	1 853,58
Średnio:	217,80	220,40	149,72	155,45	871,33	893,33	63,86	66,38	59,12	60,11	30,65	31,45	10,14	10,78	50,56	49,48	17,17	17,16	1,24	1,24	4,35	4,57	47,36	49,73	20,05	23,00	204,83	216,10	1 748,18	1 799,19

* liczba świadczeniobiorców – ustalona na podstawie raportów z CWU wg stanu na 31.12.2013 r. i 31.12.2014 r.

Źródło: Wykonano w NFZ na potrzeby NIK.

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. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
6. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
7. Sejmowa Komisja Zdrowia
8. Minister Finansów
9. Minister Zdrowia
10. Minister Sprawiedliwości
11. Rzecznik Praw Obywatelskich
12. Rzecznik Praw Pacjentów
13. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
14. Prezes Trybunału Konstytucyjnego



Minister Zdrowia

Warszawa, 2015-12-07

DNM.073.45.2015.4.KCZ

Pan
Mieczysław Łuczak
Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli
ul. Filtrowa 57
00-950 Warszawa

Stanowmy Punkt Pieniężny

w nawiązaniu do Informacji o wynikach kontroli „**Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2014 r.**”, w załączeniu uprzejmie przedkładam stanowisko do ww. dokumentu.

1. w części 2.3 ww. Informacji *Uwagi końcowe i wnioski* jako jedno z działań, które Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia powinien podjąć, wskazano wdrożenie Rejestru Usług Medycznych (s. 14). Ponadto w części 3.2.7. *Zasady rozliczania wykonanych świadczeń* (s. 39-40) znajduje się część dotycząca opisu prac nad wdrożeniem RUM II i elektronicznej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (eKUZ), zawierająca m.in. stwierdzenie iż „W 2014 r. nie wdrożono systemu automatycznej weryfikacji rozliczeń ze świadczeniodawcami opartego m.in. o autoryzację wykonania świadczenia przez pacjenta (tzw. RUM II)”. Powyższe wnioski nie uwzględniają faktu, iż pomimo wypracowania koncepcji elektronicznej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, która miała pełnić funkcję autoryzacji wykonania świadczenia (niezbędne elementy systemu zostały określone w wyniku prac

prowadzonych przez Ministerstwo Zdrowia w ścisłej współpracy z przedstawicielami Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2012-2015 m.in. w projekcie *ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw*) w 2015 r. podjęto decyzję o rezygnacji z wdrażania elektronicznej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego jako odrębnego dokumentu elektronicznego i powrócono do koncepcji dowodu osobistego, który realizowałby także funkcjonalności eKUZ.

2. w części 3.2.7. ww. Informacji *Zasady rozliczania wykonanych świadczeń* (s. 41) znajduje się m.in. stwierdzenie: *„Ponadto jakość danych zawartych w 2014 r. w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych była niska. Około 8% potwierdzeń prawa do świadczeń finansowanych ze środków publicznych dokonywano w inny sposób niż za pomocą systemu eWUŚ, tj. za pomocą oświadczeń lub dokumentów. Może to utrudnić kontrolę realizacji umów, a w konsekwencji negatywnie wpływać na efektywność wydatkowania środków. Skutkiem tego był m.in. brak możliwości potwierdzenia posiadania tytułu ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku dzieci do 18 r. ż.”.*

Powyższa informacja nie uwzględnia następujących okoliczności:

- 1) system elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) jest jednym ze sposobów potwierdzania prawa do świadczeń, a jego wprowadzenie stanowiło wyraźne usprawnienie w funkcjonowaniu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, gdyż znacznie przyspieszyło weryfikację ponad 90% ubezpieczonych. Trzeba także uwzględnić fakt, iż eWUŚ nie może być wykorzystywany do potwierdzenia prawa do świadczeń wszystkich kategorii osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych – w związku z powyższym muszą być przewidziane także inne sposoby potwierdzania prawa do świadczeń. Przykładowo eWUŚ nie potwierdza prawa do świadczeń osób, które:
 - a) mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej z tytułu pobierania zasiłku przyznanego na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym (tj. zasiłku chorobowego, macierzyńskiego lub świadczeń rehabilitacyjnych). W tym przypadku trudności z potwierdzaniem prawa do świadczeń opieki zdrowotnej wynikają z faktu, iż zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r. poz. 581, z późn. zm.) prawo do świadczeń przysługuje

w okresie, w którym pobierany jest zasiłek. Jednak zasiłek ten wypłacany jest za okres przeszły, i dopiero po jego wypłacie informacja przekazywana jest przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) do Narodowego Funduszu Zdrowia (a więc do Centralnego Wykazu Ubezpieczonych informacja ta zawsze wpływa z opóźnieniem). Z tej przyczyny system eWUŚ nie może być w tym przypadku wykorzystywany do potwierdzania prawa do świadczeń,

- b) w przypadku, gdy jedynym tytułem kobiety do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych jest okres ciąży, porodu lub połogu Centralny Wykaz Ubezpieczonych (CWU) nie ma możliwości pozyskania rzetelnych i aktualnych informacji o kobietach, spełniających te warunki.
- 2) system eWUŚ potwierdza dane na podstawie danych zgromadzonych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych. *Brak możliwości potwierdzenia posiadania tytułu ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku dzieci do 18 r. ż.* nie wynika, jak wskazano w ww. *Informacji*, z błędnego działania CWU, ale z faktu niewywiązywania się przez rodziców (opiekunów prawnych) z obowiązku dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia dzieci do 18 roku życia. Brak zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia, powoduje iż osoba taka nie ma w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych statusu osoby ubezpieczonej.
- 3) przypadki, w których eWUŚ błędnie nie potwierdza prawa do świadczeń wynikają ze specyfiki funkcjonowania Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, który ściśle odzwierciedla zasady działania systemu ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce. Narodowy Fundusz Zdrowia jest „wtórnym” odbiorcą danych ze źródeł, jakimi są m.in. Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) i Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (obecnie: Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji). Dane do Funduszu przekazywane są niezwłocznie po uzyskaniu ich od podmiotu zobowiązanego do dokonania zgłoszenia do ubezpieczenia lub wyrejestrowania z ubezpieczenia zdrowotnego, a następnie niezwłocznie przetwarzane w CWU. Przetwarzanie danych w CWU odbywa się w świetle obowiązujących przepisów, stosując algorytmy zachowujące chronologię i logikę, przy wykorzystaniu wielu funkcji weryfikacyjnych. Należy jednak zwrócić uwagę, iż w przypadku, kiedy z nieznanych Funduszowi przyczyn jakiś

zakres danych nie zostanie przekazany z Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, to rejestracja kolejnych informacji może spowodować zaburzenia w chronologii danych, co jest szczególnie zauważalne w przypadku przekazania danych o rejestracji i wyrejestrowaniu z taką samą datą. Najczęściej, dla danych o wyrejestrowaniu brak jest informacji o rejestracji z poprzedniego okresu i przekazane dane o wyrejestrowaniu „nie znajdują” odniesienia do zamknięcia okresu.

Najczęstszą przyczyną braku potwierdzenia uprawnień do świadczeń w systemie e-WUŚ jest wizyta u świadczeniodawcy zanim płatnik dokona zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego do ZUS, a ZUS przekaże dane do Funduszu. Ponadto wśród osób, które kierują do Funduszu wnioski o weryfikację ich ubezpieczenia są m.in. osoby, dla których świadczeniodawca nie wykonał weryfikacji w e-WUŚ, a sprawdzenie w Funduszu potwierdza, iż osoba ma poprawnie zapisane dane i status osoby ubezpieczonej lub uprawnionej.

Z analiz Funduszu dotyczących danych gromadzonych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych wynika, że powodem braku aktualnych informacji są również następujące zdarzenia:

- a) brak zgłoszenia do ubezpieczenia – weryfikacja z ZUS wskazuje, że płatnik takiego zgłoszenia nie dokonał lub przekazał zgłoszenie na długo po obowiązującym terminie, lub też z błędami np. błędną datą rozpoczęcia ubezpieczenia (lub inne np.: lata przyszłe w dacie zgłoszenia, np. zamiast 2002 r. wpisano 2020 r., błędnym numerem PESEL, błędnym NIP, REGON płatnika itp., błędami w kodach pokrewieństwa – np. zgłoszenie żony jako członka rodziny z kodem dziecka),
- b) brak zgłoszenia do ubezpieczenia dzieci do 18 roku życia – przy braku zgłoszenia dziecka do ubezpieczenia, po ukończeniu przez niego 18 roku życia, osoba taka ma status nieubezpieczonej,
- c) wyrejestrowanie dziecka – członka rodziny z ubezpieczenia przez KRUS, jeśli rodzice nie dostarczą zaświadczenia, że dziecko nadal się uczy i brak kolejnego zgłoszenia,
- d) wykorzystywanie przez świadczeniodawców do weryfikacji w systemie e-WUŚ numeru PESEL z dokumentacji lekarskiej, w sytuacjach w których

w dokumentacji tej znajduje się nieaktualny numer PESEL, lub błędny numeru PESEL podawany przez świadczeniobiorcę z pamięci bez weryfikacji z dowodem osobistym.

- 4) znajdujące się w ww. *Informacji* stwierdzenie że konieczność potwierdzania świadczeń za pomocą dokumentów lub oświadczeń może mieć negatywny wpływ na kontrolę realizacji umów, a w konsekwencji negatywnie wpływać na efektywność wydatkowania środków wymaga dodatkowego wyjaśnienia przez Najwyższą Izbę Kontroli. Należy wskazać, iż przed wdrożeniem eWUŚ w każdym przypadku prawo potwierdzane było za pomocą dokumentów papierowych.
3. w części 2.3. ww. *Informacji Uwagi końcowe i wnioski* jako jedno z działań, które Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia powinien podjąć, wskazano opracowanie wieloletnich ogólnopolskich priorytetów zdrowotnych, uwzględnianych w procesie kontraktowania świadczeń zdrowotnych.

Należy wskazać, że konieczność określania priorytetów wynika już z rozwiązań wprowadzonych do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Zgodnie z wprowadzonymi rozwiązaniami:

- już w chwili obecnej na poziomie ogólnopolskim Minister Zdrowia określa priorytety zdrowotne w formie rozporządzenia (wydawanego na podstawie art. 31a ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Od 1 stycznia 2018 r. w rozporządzeniu tym Minister Zdrowia będzie uwzględniał także dane zawarte w mapach potrzeb zdrowotnych oraz wyniki monitorowania ich aktualności,
- zgodnie z art. 95a ww. ustawy dla obszaru województwa sporządzane będą regionalne mapy potrzeb zdrowotnych. Zgodnie z art. 95c ustawy na podstawie mapy regionalnej ustalone będą priorytety dla regionalnej polityki zdrowotnej, uwzględniające stan zdrowia obywateli oraz uzyskanie efektów zdrowotnych o najwyższej wartości. Priorytety będą ustalone na okres, na który sporządza się mapy regionalne, tj. na okres 5 lat,
- od dnia 1 stycznia 2015 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu zostali zobligowani do sporządzania planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na następny rok, uwzględniających mapy regionalne oraz stan dostępności

do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze województwa. Jednym z wymaganych elementów tego planu jest wskazanie priorytetów w zakresie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej wraz z uzasadnieniem.

2. powołaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
PODSEKRETAŹ STANU

Piotr Warczyński