

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DEPARTAMENT PRACY, SPRAW SOCJALNYCH I ZDROWIA

KPZ – 41009-2004

Nr ewid. 142/2005/P/04/103/KPZ

Informacja o wynikach kontroli utworzenia i funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia

W a r s z a w a l i p i e c 2 0 0 5 r .

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

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

Informacja o wynikach kontroli
utworzenia i funkcjonowania
Narodowego Funduszu Zdrowia

**Dyrektor Departamentu Pracy
Spraw Socjalnych i Zdrowia:**
Lech Rejnuś

Akceptuję :

Piotr Kownacki

Wiceprezes

Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, dn. 04.07.2005 r.

Zatwierdzam:

Mirosław Sekuła

Prezes

Najwyższej Izby Kontroli
Warszawa, dn. 5.07.2005 r.

Najwyższa Izba Kontroli
ul. Filtrowa 57
00-950 Warszawa
tel./fax: 0-prefiks-22-825 44 81
www.nik.gov.pl

SPIS TREŚCI

	str.
1. Wprowadzenie	4
2. Podsumowanie wyników kontroli	5
2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności	5
2.2. Synteza wyników kontroli	6
2.3. Uwagi końcowe i wnioski	10
3. Ważniejsze wyniki kontroli	11
3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych	11
3.1.1. Stan prawny	11
3.1.2. Uwarunkowania ekonomiczne i organizacyjne	14
3.2. Istotne ustalenia kontroli	16
3.2.1. Ministerstwo Zdrowia	16
3.2.2. Narodowy Fundusz Zdrowia	22
3.2.2.1. Sytuacja finansowa Funduszu	22
3.2.2.2. Koszty świadczeń zdrowotnych	23
3.2.2.3. Kontrola realizacji umów zawartych ze świadczeniodawcami	29
3.2.2.4. Umowy z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym	31
3.2.2.5. Roszczenia wobec Funduszu z tytułu realizacji tzw. „ustawy 203”	31
3.2.2.6. Funkcjonowanie systemów informatycznych w Funduszu	32
3.2.2.7. Inne ustalenia dotyczące Funduszu	33
3.2.3. Podmioty świadczące usługi zdrowotne	33
3.2.3.1. Zawieranie umów	33
3.2.3.2. Dostępność świadczeń	34
3.2.3.3. Realizacja prawa pacjenta do wolnego wyboru świadczeniodawcy	36
3.2.3.4. Rozliczenia za wykonane usługi	37
3.2.3.5. Sytuacja finansowa świadczeniodawców w okresie funkcjonowania Funduszu	37
4. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po jego zakończeniu	38
5. Załączniki	40

1. Wprowadzenie

Tematem kontroli Nr P/04/103 było „Utworzenie i funkcjonowanie Narodowego Funduszu Zdrowia”. Kontrola podjęta została z inicjatywy Najwyższej Izby Kontroli, w ramach priorytetowych kierunków kontroli, jakimi są rozwiązywanie najważniejszych problemów społecznych oraz wykorzystanie środków publicznych.

Celem kontroli było zbadanie i ocena utworzenia Narodowego Funduszu Zdrowia¹ na bazie zlikwidowanych kas chorych oraz działań NFZ na rzecz poprawy dostępności do świadczeń zdrowotnych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, w tym procedur kontraktowania świadczeń zdrowotnych na rok 2004 oraz realizacji zawartych umów o udzielanie tych świadczeń.

Badaniom kontrolnym i ocenie poddano również działania administracji rządowej, wdrażającej system ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ, i wykorzystanie środków budżetowych na ten cel.

Celem kontroli była ponadto ocena prawidłowości zaciągania i spłaty zobowiązań NFZ, egzekwowania należności oraz ocena prawidłowości ewidencji i sprawozdawczości w zakresie zobowiązań i należności.

Kontrola przeprowadzona została w: Ministerstwie Zdrowia, Centrali i oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia oraz samodzielnych publicznych szpitalach klinicznych – pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności oraz w samodzielnych publicznych zakładach opieki zdrowotnej – pod względem legalności, gospodarności i rzetelności².

Badania kontrolne przeprowadzono w okresie od 13 lipca 2004 r. do 5 stycznia 2005 r. obejmując nimi lata 2003-2004. Uczestniczyło w nich 12 delegatur Najwyższej Izby Kontroli³ oraz Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia. Kontrola przeprowadzona została w 50 jednostkach: Ministerstwie Zdrowia, Centrali i 12 oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, 36 publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Wykaz jednostek objętych kontrolą stanowi załącznik Nr 1 do Informacji.

¹ Narodowy Fundusz Zdrowia – zwany dalej również „Funduszem” lub „NFZ”.

² Por. art. 5 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (j.t. Dz. U. z 2001 r. Nr 85, poz. 937 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o NIK”. Podstawa prawna przeprowadzenia kontroli: art. 2 ust. 1 ustawy o NIK – Ministerstwo Zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia oraz samodzielne publiczne szpitale kliniczne, art. 2 ust. 2 – samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej.

³ Delegatury NIK w: Białymstoku, Bydgoszczy, Gdańsku, Katowicach, Kielcach, Krakowie, Lublinie, Łodzi, Olsztynie, Opolu, Warszawie i Wrocławiu.

2. Podsumowanie wyników kontroli

2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Wprowadzony w 1999 r. system powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, oparty na zróżnicowanych kasach chorych, został zastąpiony w 2003 roku zunifikowanym organizacyjnie systemem finansowania świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Zgodnie z założeniem reformy – wprowadzenie NFZ miało na celu poprawę opieki zdrowotnej m.in. poprzez stosowanie jednolitych zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych oraz zlikwidowanie różnic w dostępności do świadczeń występujących pomiędzy poszczególnymi regionami kraju. System miał być przejrzysty zarówno dla pacjentów jak i dla środowiska medycznego, umożliwiając porównanie i ocenę jakości usług w skali całego kraju.

Wyniki kontroli przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli w badanym zakresie dały jednak podstawę do negatywnej oceny dotychczasowych efektów reformy.

W ocenie NIK, odpowiedzialność za stwierdzone nieprawidłowości ponosi przede wszystkim Minister Zdrowia, który w niedostateczny sposób realizował zarówno zadania związane z utworzeniem Narodowego Funduszu Zdrowia, jak i sprawował nadzór nad jego funkcjonowaniem.

Odpowiedzialność ponosi również Narodowy Fundusz Zdrowia, który bezpośrednio realizował założenia reformy.

W ocenie NIK, reforma była nieprzygotowana zarówno w warstwie koncepcyjnej jak i organizacyjnej. Ostatecznie nie wpłynęła pozytywnie ani na dostępność pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej (okres oczekiwania na niektóre świadczenia wynosił nawet do 3 lat, brak było rzetelnej informacji o listach oczekujących), ani na sytuację finansową zakładów opieki zdrowotnej. Wprowadzona zasada swobodnego dostępu do świadczeń zdrowotnych oraz wolnego wyboru placówki leczniczej była w praktyce możliwa jedynie do momentu wyczerpania limitu świadczeń ustalonego w jej kontrakcie z Funduszem.

Podkreślić należy, że istotne – ale negatywne – znaczenie dla reformowanego systemu ubezpieczenia zdrowotnego miał fakt, że od początku reformy (2002 r.) stanowisko Ministra Zdrowia pełniło 7 osób, a Prezesa NFZ – 8 osób.

2.2. Synteza wyników kontroli

2.2.1. Działania Ministra Zdrowia związane ze zmianą zasad funkcjonowania systemu ubezpieczenia zdrowotnego miały chaotyczny przebieg. Minister powołał 3 nowe jednostki organizacyjne oraz zlecał zadania do wykonania innym podmiotom. Zarówno te jednostki, jak i niektórzy zleceniobiorcy wykonywali identycznie określone prace związane z utworzeniem NFZ, w tym dotyczące m. in. przygotowania projektów aktów prawnych i opinii oraz wykonywania czynności administracyjnych. Stwierdzono nawet przypadki, że zawierane były umowy na wykonanie prac, które zostały już wcześniej zrealizowane. Prace zlecane były wielokrotnie tym samym osobom. Niektóre z tych prac wchodziły w zakres własnych zadań Ministerstwa. Niejasne były kryteria wyceny zawieranych umów. Ministerstwo Zdrowia nie kontrolowało wykorzystania środków budżetowych na realizację zadań zleconych. Działania te NIK oceniła jako niecelowe, niegospodarne i nierzetelne.

W okresie od czerwca 2002 r. do lipca 2004 r. Ministerstwo zawarło z 81 osobami łącznie 126 umów-zleceń o wartości ogółem 706,3 tys. zł (szczegóły str. 16 - 19).

2.2.2. Fundusz nie miał planu finansowego na rok 2003 od początku jego funkcjonowania (tj. od 1 kwietnia 2003 r.), w efekcie czego niektóre rodzaje świadczeń zdrowotnych zostały zrealizowane w wielkości innej od przewidzianej w planie (po jego ustalenia w lipcu 2003 r.). Ustalenie planu przez Ministra Zdrowia dopiero po 3,5 miesiącach po terminie, określonym w ustawie o NFZ⁴, uniemożliwiło tym samym Funduszowi rozpoczęcie funkcjonowania zgodnie z prawem.

Minister Zdrowia, z którego inicjatywy wyszedł projekt zmiany zasad funkcjonowania systemu ubezpieczenia zdrowotnego, był zobowiązany do należytego zabezpieczenia wydatkowania środków publicznych przez Fundusz, właśnie m. in. poprzez sporządzenie planu finansowego od momentu jego powstania aby mógł on, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa prowadzić gospodarkę finansową (szczegóły str. 19).

2.2.3. Minister Zdrowia finansował w 2003 r. ze środków budżetowych niektóre świadczenia zdrowotne (koronarografię i koronaroplastykę), przekazując na ten cel kwotę 46.900 tys. zł,

⁴ Por. art. 211 ustawy z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.), zwanej dalej „ustawą o NFZ” (artykuł 211 wszedł w życie wcześniej niż zasadnicza część ustawy tj. od 17 marca 2003 r.).

mimo iż winny być one opłacane ze środków Funduszu⁵. Działanie to – w ocenie NIK – było nielegalne (szczegóły str. 20).

2.2.4. Podpisując tzw. „Porozumienie Zielonogórskie” Minister Zdrowia wymusił na Funduszu naruszenie ustawy o NFZ⁶. Minister, mimo iż zobowiązał się, że doprowadzi do nowelizacji ustawy o NFZ w zakresie objętym porozumieniem i do przekazania Funduszowi 65 mln zł na jego realizację, nie dotrzymał słowa. Koszty realizacji porozumienia wyniosły 232,2 mln zł (szczegóły str. 21, 28-29).

2.2.5. Minister Zdrowia nie zaplanował kontroli świadczeniodawców pod kątem efektów i skutków wprowadzonej reformy. Pomimo informacji o pogarszającej się sytuacji finansowej świadczeniodawców i pogłębiających się trudnościach w dostępie pacjentów do świadczeń zdrowotnych, kontrole nie zostały przeprowadzone (szczegóły str. 21 - 22).

2.2.6. Fundusz rozpoczął działalność z dniem 1 kwietnia 2003 r. ze stratą po byłych kasach chorych w wysokości 133,2 mln zł, która do końca 2003 r. wzrosła do 607,8 mln zł. Natomiast w 2004 r. Fundusz osiągnął dodatni wynik finansowy w wysokości 658,8 mln zł (w kwocie tej 22,8 mln zł stanowią niewykorzystane środki na świadczenia zdrowotne). W 2003 r. koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych wyniosły ogółem 29.213,6 mln zł i były wyższe od planowanych o 585,8 mln zł (2,0 %). W 2004 r. natomiast koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 30.486,7 mln zł i były ogółem niższe od planowanych o 27,8 mln zł (0,09 %).

Niezależnie od świadczeń wykonywanych w ramach kontraktów z Funduszem, świadczeniodawcy udzielali również świadczeń nieokreślonych w umowach (tzw. „świadczenia ponadlimitowe”)⁷. Kwota roszczeń z tego tytułu, wg stanu na 31.12.2004 r., wynosiła 787,1 mln zł. Fundusz częściowo finansował te świadczenia, wydatkując w badanym okresie 134,9 mln zł z naruszeniem przepisów ustawy o NFZ. Ponadto wydatkowana została kwota 33,4 mln zł na podstawie wyroków sądowych (szczegóły str. 22-25).

2.2.7. Algorytm podziału środków finansowych pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu nie zapewnił poprawnego i stabilnego ich finansowania. W rzeczywistości podział

⁵ Por. art. 47 ust. 1 pkt 7 ustawy o NFZ.

⁶ Art. 72, 75, 96 ust. 1, 115 i 132 pkt 1 ustawy o NFZ.

⁷ Tamże – art. 72, 75, 115.

środków był dokonywany na bieżąco, w zależności od realizacji planu finansowego. Nieprzestrzeganie algorytmu ustalanego uchwałami Zarządu, było w ocenie NIK, działaniem nierzetelnym (szczegóły str. 23).

2.2.8. Założeniem reformy systemu ubezpieczeń zdrowotnych było m. in. ujednolicenie zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Mimo to w procesie kontraktacji na rok 2004 ceny jednostek rozliczeniowych tych samych świadczeń były bardzo zróżnicowane (różnice wynosiły od 100 % do 1100 %), a w przypadku 4 rodzajów świadczeń były wyższe od maksymalnych cen jednostek rozliczeniowych określonych w uchwale Zarządu (szczegóły str. 25 - 26).

2.2.9. Fundusz nie przestrzegał obowiązku uzyskania zgody Rady Funduszu na zawarcie umów w trybie rokowań o wartości przekraczającej w złotych równowartość 200 tys. euro⁸. Łącznie zawarto 622 takie umowy, a ich wartość wyniosła 3.103,0 mln zł. (szczegóły str. 29).

2.2.10. W wyniku przeprowadzonych u świadczeniodawców – w okresie 2003 r. – 30.09.2004 r. – kontroli wykonania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych Fundusz zakwestionował wykonanie części z nich i nałożył kary w łącznej kwocie 60,4 mln zł.

Nie egzekwował jednak skutecznie realizacji wniosków pokontrolnych przez świadczeniodawców. W ocenie NIK, ograniczanie liczby kontroli świadczeniodawców i nie egzekwowanie wykonania wniosków pokontrolnych było działaniem niegospodarnym i nierzetelnym.

Nadmienić należy, że Fundusz, ponosząc wysokie koszty refundacji cen leków, tylko w znikomym stopniu przeprowadzał kontrole aptek w zakresie realizacji recept refundowanych (szczegóły str. 29 - 31).

2.2.11. Fundusz niezgodnie z prawem opłacał w 2004 r. świadczenia zdrowotne SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w zakresie lotniczego transportu sanitarnego (kwota 1,6 mln zł)⁹, podczas gdy jego działalność powinna być w całości finansowana z budżetu państwa, z części, której dysponentem był Minister Zdrowia (szczegóły str. 31).

⁸ Tamże – art. 81 ust. 2.

⁹ Por. art. 5 ust. 4 ustawy z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 241, poz. 2073), zwanej dalej „ustawą o usługach ratowniczych” oraz art. 138 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (j.t. Dz. U. Z 2003 r. Nr 15, poz. 148 ze zm.).

2.2.12. Brak było jednolitego systemu informatycznego Funduszu. Koszty utrzymania i rozwoju dwóch systemów informatycznych wyniosły w 2004 r. (do 30.09.) ponad 20 mln zł i były o 11 mln zł wyższe od kwoty określonej przez Radę Funduszu (9 mln zł).

Ustalono, że wprowadzony w styczniu 2004 r. program informatyczny „Pakiet świadczeniodawcy” funkcjonował nieprawidłowo. W efekcie tego Fundusz przekazywał świadczeniodawcom w okresie styczeń-kwiecień 2004 r. środki finansowe w wysokości 1/12 wartości kontraktu rocznego, łącznie 5.632,9 mln zł, a nie w wysokości faktycznie wykonanych usług.

Fundusz nie stosował również jednolitych zasad: gromadzenia, przekazywania między pionami i komórkami organizacyjnymi (medycznymi i finansowymi) oraz analizowania informacji o faktycznie wykonanych świadczeniach, w tym ponadlimitowych. W ocenie NIK miało to bezpośredni negatywny wpływ na planowanie i kontraktowanie świadczeń, ich dostępność, proces sporządzenia planu finansowego oraz zarządzanie wolnymi środkami finansowymi (szczegóły str. 27 - 28, 32-33).

2.2.13. Okres oczekiwania pacjentów na udzielenie świadczenia – poza przypadkami ratującymi życie – wynosił od kilku dni do nawet 3 lat. Główną tego przyczyną było przekroczenie limitu określonego w umowie.

Świadczeniodawcy z reguły nie przestrzegali obowiązku prowadzenia rejestrów pacjentów oczekujących na świadczenie. Nie przekazywali również oddziałom wojewódzkim Funduszu comiesięcznych informacji o liczbie osób oczekujących¹⁰. Niektórzy prowadzili takie rejestry, ale w sposób nierzetelny. W meldunkach przekazywanych oddziałom wojewódzkim wykazywali w efekcie dane niezgodne ze stanem faktycznym (szczegóły str. 34 - 36).

2.2.14. Prawo pacjenta do wolnego wyboru świadczeniodawcy było przestrzegane przez świadczeniodawców, a limity określone w umowach, do czasu ich wyczerpania, nie wpływały na ograniczenie dostępności do usług medycznych. Wyczerpanie limitów skutkowało bowiem wydłużającym się okresem oczekiwania na świadczenie lub uzyskaniem tzw. „świadczenia ponadlimitowego”. Nadmienić należy, że nie wszystkie świadczenia ponadlimitowe dotyczyły przypadków ratujących życie (szczegóły str. 36 - 37).

¹⁰ Por. § 4 rozporządzenia z dnia 9 kwietnia 2003 r. w sprawie ogólnych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych oraz trybu wyboru przez ubezpieczonego lekarza poz, pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 63, poz. 589).

2.2.15. Świadczeniodawcy nieterminowo otrzymywali z Funduszu należności za zrealizowane świadczenia zdrowotne; opóźnienia dochodziły nawet do 120 dni. Nie występowali z reguły z roszczeniami do Funduszu o zapłatę odsetek z tytułu zwłoki w regulowaniu należności (szczegóły str. 37).

2.2.16. Sytuacja finansowa kontrolowanych świadczeniodawców w okresie funkcjonowania Funduszu uległa pogorszeniu. Zobowiązania niektórych świadczeniodawców wzrosły w tym okresie nawet o 87 % (szczegóły str. 37 - 38).

2.2.17. Rezultaty finansowe kontroli to 9,1 mld zł z czego kwota 8,7 mld zł wydatkowana z naruszeniem prawa na realizację świadczeń zdrowotnych (5,6 mld zł z tytułu finansowania świadczeń w okresie styczeń - kwiecień 2004 r. i 3,1 mld zł z tytułu zawarcia umów w trybie rokowań bez zgody Rady Funduszu) potwierdza tezę, że reforma była nieprzygotowana i przeprowadzona w pośpiechu (szczegóły 27 - 29).

2. 3. Uwagi końcowe i wnioski

Oprócz wniosków dotyczących usunięcia nieprawidłowości ujawnionych w wyniku kontroli, przedstawionych w wystąpieniach pokontrolnych kierownikom skontrolowanych jednostek, ustalenia kontroli uzasadniają sformułowanie do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia następujących wniosków:

- opracowania i wdrożenia rozwiązań systemowych o charakterze organizacyjnym, zapewniających ubezpieczonym większy dostęp do świadczeń zdrowotnych, uwzględniając potrzeby zdrowotne i możliwości ekonomiczne Funduszu (wykorzystując do tego celu m. in. wyniki kontroli prowadzonych u świadczeniodawców, egzekwowania i analizowania rzetelnie sporządzonych list pacjentów oczekujących na świadczenia zdrowotne),
- stworzenia systemu pozwalającego na wiarygodną weryfikację danych przekazywanych przez świadczeniodawców, dotyczących liczby wykonanych świadczeń zdrowotnych, w tym ponadlimitowych.

3. Ważniejsze wyniki kontroli

3.1. Charakterystyka stanu prawnego oraz uwarunkowań ekonomicznych i organizacyjnych

3.1.1. Stan prawny

Od dnia 1 kwietnia 2003 r. zadania z zakresu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego realizuje Narodowy Fundusz Zdrowia, który jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną. Do dnia 30 września 2004 r. podstawą prawną jego funkcjonowania była ustawa o NFZ¹¹.

Trybunał Konstytucyjny wyrokiem z dnia 7 stycznia 2004 r. uchylił w części tę ustawę co spowodowało konieczność opracowania nowej, całościowej regulacji określającej warunki i zakres korzystania przez obywateli z opieki zdrowotnej. W związku z powyższym od 1 października 2004 r. Fundusz działa na podstawie ustawy o świadczeniach zdrowotnych¹².

Z uwagi na zakres tematyczny niniejszej kontroli, przedstawiony stan prawny odnosi się do regulacji zawartej w ustawie o NFZ.

Organami Funduszu były: Rada Funduszu i Zarząd Funduszu. W sprawach nie zastrzeżonych do kompetencji Rady Funduszu i Prezesa Funduszu organem właściwym był Zarząd Funduszu.

W skład Funduszu wchodzi Centrala i 16 oddziałów wojewódzkich utworzonych zgodnie z podziałem terytorialnym państwa.

Do zakresu działania Funduszu należy w szczególności¹³:

- zabezpieczenie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia,

¹¹ Do dnia 31 marca 2003 r. instytucjami ubezpieczenia zdrowotnego były (od 1999 r.) kasy chorych (17), które przekształcone zostały w oddziały (16) Narodowego Funduszu Zdrowia. Aby zapewnić ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych ubezpieczonym, Fundusz wstąpił w prawa i obowiązki kas chorych wynikające z umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych między kasami chorych a świadczeniodawcami przed dniem wejścia w życie ustawy o NFZ (art. 198-208 tej ustawy).

¹² Por. ustawę o NFZ; ustawa utraciła moc z dniem 1 października 2004 r. na podstawie art. 251 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach zdrowotnych” – w związku z wyrokiem Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004 r. sygn. Akt K14/03 (Dz. U. Nr 4, poz. 37). Trybunał Konstytucyjny orzekł, że art. 36 ust. 1 powyższej ustawy w związku z przepisami tej ustawy dotyczącymi organizacji i zasad działania NFZ (rozdziały 1 i 4), zasad zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych i organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych (rozdziały 5, 6, 7 i 8), gospodarki finansowej (rozdział 9), zasad nadzoru i kontroli wykonywania zadań NFZ (rozdział 13), są niezgodne z art. 68 w związku z art. 2 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej przez to, że tworząc instytucję publiczną w kształcie uniemożliwiającym jej rzetelne i sprawne działanie naruszają zasady państwa prawnego w zakresie konstytucyjnego prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

¹³ Tamże – art., 39 ust. 1.

- przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń zdrowotnych w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów.

Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz była umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta pomiędzy Funduszem i świadczeniodawcą. Zaznaczyć jednak należy, że suma kwot zobowiązań Funduszu wobec świadczeniodawców nie mogła przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu¹⁴.

Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych były jawne¹⁵. Minister właściwy do spraw zdrowia określił w drodze rozporządzenia¹⁶ ogólne warunki udzielania świadczeń zdrowotnych, tryb wyboru przez ubezpieczonego lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej.

Umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych określała w szczególności: rodzaj i zakres udzielanych świadczeń, warunki udzielania świadczeń, zasady rozliczeń pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami, kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, zasady rozpatrywania kwestii spornych i zażaleń¹⁷.

Przy zawieraniu umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych nie stosowało się przepisów o zamówieniach publicznych¹⁸.

Zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych odbywało się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań¹⁹.

Minister właściwy do spraw zdrowia określił w drodze rozporządzenia²⁰ sposób ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Fundusz, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadania, uwzględniając równe traktowanie świadczeniodawców oraz uczciwą konkurencję.

¹⁴ Tamże – art. 72 ust. 1 i 3.

¹⁵ Tamże – art. 73 ust. 1.

¹⁶ Tamże – art. 74 oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2003 r. w sprawie ogólnych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych oraz trybu wyboru przez ubezpieczonego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 63, poz. 589).

¹⁷ Por. art. 75 ustawy o NFZ

¹⁸ Por. art. 76 i 77 ustawy o NFZ.

¹⁹ Tamże – art. 78-86 i 89-95.

²⁰ Tamże art. 78 ust. 5 oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2003 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez NFZ, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 55, poz. 493).

Przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych określał Zarząd Funduszu²¹.

Do umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych stosowało się przepisy Kodeksu cywilnego jeżeli przepisy ustawy nie stanowiły inaczej²².

Świadczeniodawca udzielający świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej mieli zapewniać ubezpieczonym dostęp do badań diagnostycznych oraz daytimej i nocnej pomocy wyjazdowej zgodnie z zakresem swoich kompetencji oraz mogli kierować pacjentów na badania diagnostyczne i leczenie specjalistyczne do świadczeniodawców, którzy zawarli z Funduszem umowę o udzielanie tych świadczeń zdrowotnych.

Szczegółowe zasady udzielania świadczeń zdrowotnych zostały określone w rozdziale 8 ustawy o NFZ²³.

Fundusz przeprowadzał kontrolę realizacji umowy o udzielanie świadczeń, a w szczególności kontrolę: sposobu korzystania ze świadczeń przez ubezpieczonych, dostępności i jakości świadczeń oraz zasad organizacji ich udzielania; stosowania procedur diagnostycznych i terapeutycznych pod względem jakości i zgodności z przyjętymi standardami; sposobu korzystania ze świadczeń specjalistycznych i stosowanych technologii medycznych; zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych oraz przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w diagnostyce, leczeniu i rehabilitacji; zasad wystawiania recept²⁴.

Przychodami Funduszu były przede wszystkim należne składki z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, dochody z lokat, odsetki od nieopłaconych w terminie składek, środki na zadania zlecone. Natomiast kosztami Funduszu były m.in. koszty: świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych, refundacji leków, działalności Funduszu, poboru i ewidencji składek, zadań zleconych²⁵.

Wysokość przychodów i kosztów Funduszu na dany rok określało się w planie finansowym Funduszu, w tym wysokość środków na jego koszty administracyjne.

Fundusz sporządzał na każdy rok plan finansowy zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów.

²¹ Por. art. 87 ustawy o NFZ.

²² Por. art. 96-100 ustawy o NFZ.

²³ Tamże – art. 114-126.

²⁴ Tamże – art. 127.

²⁵ Tamże – art. 128-140.

Minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych winien zatwierdzić plan finansowy w terminie do dnia 15 września.

Centrala Funduszu i oddziały wojewódzkie Funduszu sporządzały samodzielnie sprawozdanie finansowe. Łączne sprawozdanie finansowe Funduszu sporządzała centrala Funduszu.

Fundusz jest podmiotem zaliczanym do sektora finansów publicznych²⁶ i z tego względu nominalne zadłużenie Funduszu, po wyeliminowaniu jego zobowiązań wobec innych podmiotów sektora finansów publicznych - zaliczane jest do państwowego długu publicznego.

Nadzór nad Funduszem sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia²⁷.

Minister sprawuje nadzór nad działalnością Funduszu i świadczeniodawców w zakresie realizacji umów z Funduszem, stosując kryterium legalności. Natomiast nadzór nad gospodarką finansową Funduszu – stosując kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności oraz zgodności dokumentacji ze stanem faktycznym.

Minister, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, rozpatruje i zatwierdza roczne sprawozdania finansowe Funduszu.

Rada Ministrów przedstawia corocznie Sejmowi i Senatowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do końca lipca roku następnego, sprawozdanie z działalności Funduszu²⁸.

3.1.2. Uwarunkowania ekonomiczne i organizacyjne

Z dniem 1 kwietnia 2003 r. regionalne kasy chorych²⁹ zostały przekształcone w oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia. Centrala Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych weszła w skład Centrali Funduszu, a oddziały terenowe tej Kasy – w skład właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu³⁰.

Minister Zdrowia powołał Komisję Inwentaryzacyjną³¹ i zarządził przeprowadzenie inwentaryzacji w kasach chorych – wg stanu na dzień 31 marca 2003 r. – w celu zweryfikowania stanu aktywów i pasywów kas i ujęcia ich w sprawozdaniu finansowym za

²⁶ Por. art. 5 pkt 9 ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148 ze zm.).

²⁷ Por. art. 151-173 ustawy o NFZ.

²⁸ Tamże – art. 174

²⁹ Kasy chorych powołane zostały ustawą z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.) i por. art. 206 ustawy o NFZ.

³⁰ Por. art. 207 ustawy o NFZ.

³¹ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 marca 2003 r. w sprawie przeprowadzenia inwentaryzacji w kasach chorych (Dz. Urz. MZ Nr 2, poz. 21 ze zm.).

okres od 1 stycznia do 31 marca 2003 r. Wynik finansowy z działalności kas chorych na dzień 31 marca 2003 r. był ujemny i wyniósł 133.167 tys. zł³². W porównaniu z wynikiem 2002 r. (- 654.061 tys. zł) uległ on znacznej poprawie. Było to jednak efektem przeznaczenia – przez kasy chorych – funduszu rezerwowego na pokrycie strat oraz zobowiązań wymagalnych z tytułu świadczeń zdrowotnych.

W 2002 r. tylko 4 kasy osiągnęły dodatni wynik finansowy (nadwyżkę przychodów nad kosztami), tj. Podkarpacka, Podlaska, Warmińsko-Mazurska i Branżowa dla Służb Mundurowych – w łącznej wysokości 150.254 tys. zł. Natomiast pozostałe 13 kas poniosło straty (nadwyżka kosztów nad przychodami) w łącznej wysokości 804.315 tys. zł.

Na koniec I kwartału 2003 r. 6 kas osiągnęło zysk w łącznej wysokości 40.825 tys. zł, a 11 kas – stratę w wysokości 173.992 tys. zł.

Sytuację finansową kas chorych na koniec 2002 r. i w I kwartale 2003 r. ilustruje poniższe zestawienie³³

(w tys. zł)

Wyszczególnienie	Środki pieniężne	Należności	Zobowiązania	Fundusz rezerwowy
Kasy razem – stan na 31.12.2002 r.	1.266.928	2.016.977	3.423.539	671.493
Kasy razem – stan na 31.03.2003 r.	688.042	2.149.725	3.244.659	517.329
Zmiany w stosunku do 31.12.2002 r.	- 578.886	132.748	- 178.880	- 154.164
Zmiany w % w stosunku do 31.12.2002 r.	- 45,7	6,6	- 5,2	- 23,0

Do 31 marca 2003 r. kasy chorych zakontraktowały świadczenia o wartości 10.803.426 tys. zł, co stanowiło 48,7% planowanych łącznie przez kasy chorych kosztów świadczeń zdrowotnych na 2003 r. (22.180.871 tys. zł – bez leków)³⁴.

7 kas chorych zakontraktowało świadczenia na poziomie do 30 % i tylko 3 kasy – powyżej 80 %; pozostałe kasy (7) w granicach od 31,7 % do 74,3 %.

³² Wyniki finansowe kas chorych za 2002 r. i w I kwartale 2003 r. – Załącznik Nr 2.

³³ Sytuacja finansowa kas chorych na koniec 2002 r. – Załącznik Nr 3, a w I kwartale 2003 r. – Załącznik Nr 4.

³⁴ Umowy na świadczenia zdrowotne zawarte przez kasy chorych na 2003 r. – Załącznik Nr 5.

Koszty świadczeń zdrowotnych wg planów kas chorych miały wynieść w I kwartale 2003 r. 6.995.683 tys. zł³⁵. Plan ten zrealizowany został w 101,5 % (7.100.455 tys. zł), a jednocześnie wykonanie planu było większe o 5,4 % (384.000 tys. zł) od wykonania I kwartału 2002 r. (6.716.455 tys. zł).

3 kasy wykonały plan I kwartału 2003 r. poniżej 100 %, tj. Małopolska - w 97,7 %, Śląska - w 95,2 % i Warmińsko-Mazurska – w 99,7 % (wykonanie to było – w przypadku 2 pierwszych kas - również mniejsze od wykonania I kwartału 2002 r.)³⁶.

Wartość świadczeń ponadumownych (ponadlimitowych) na dzień 31.03.2003 r. wykonanych przez świadczeniodawców i zgłoszonych jako roszczenia wynosiła 59.724,8 tys. zł.

Z dniem 1 kwietnia 2003 r. Fundusz stał się podmiotem wszelkich praw i obowiązków kas chorych, przejmując tym samym ich zobowiązania i należności – z dniem wejścia w życie ustawy o ubezpieczeniu w NFZ³⁷. Od początku istnienia Funduszu funkcję Prezesa pełniło osiem osób.

3.2. Istotne ustalenia kontroli

3.2.1. Ministerstwo Zdrowia

3.2.1.1. Ministerstwo Zdrowia zrealizowało z rezerwy celowej, utworzonej w celu finansowania nadzoru nad powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym (w części 46 – Zdrowie), m. in. wydatki przeznaczone na funkcjonowanie Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (UNUZ), które wyniosły w I kwartale 2003 r. – 1.569,4 tys. zł.

Wobec Urzędu Minister Zdrowia pełnił funkcję dysponenta środków budżetowych, mimo iż Urząd był centralnym organem administracji rządowej i nie był podległą mu jednostką organizacyjną.

Urząd działał jeszcze w I kwartale 2003 r. z powodu opóźnienia utworzenia NFZ. Termin ten, określony pierwotnie na 1 stycznia 2003 r., został bowiem przesunięty na 1 kwietnia 2003 r., w związku z przedłużającymi się pracami legislacyjnymi nad projektem ustawy o NFZ i projektami aktów wykonawczych do niej. Wydatki Ministerstwa Zdrowia na likwidację Urzędu wyniosły 130,9 tys. zł.

³⁵ Wykonanie kosztów świadczeń zdrowotnych przez kasy chorych za I kwartał 2003 r. (wg rodzajów świadczeń) – Załącznik Nr 6.

³⁶ Wykonanie kosztów świadczeń zdrowotnych przez kasy chorych za I kwartał 2003 r. (wg kas chorych) – Załącznik Nr 7.

³⁷ Por. art. 202 ustawy o NFZ.

3.2.1.2. Minister Zdrowia utworzył odrębną jednostkę organizacyjną Biuro do Spraw Organizacji Narodowego Funduszu Zdrowia³⁸ i - przyznając mu 12 etatów – uznał tym samym, że jego praca polegać będzie na zlecaniu zadań do wykonania innym podmiotom. Ministerstwo Zdrowia nie kontrolowało jednak wykorzystania przez Biuro środków budżetowych na realizację zadań zleconych.

Od sierpnia 2002 r. do maja 2003 r. – na realizację zadań związanych z organizacją NFZ - Biuro zawarło 109 umów – o wartości ogółem 282,4 tys. zł – z 26 osobami, w tym m.in. z ówczesnymi pracownikami Ministerstwa Zdrowia i UNUZ, do obowiązków których – z racji podstawowego zatrudnienia – należało wykonywanie zadań objętych zleceniem. Działania te NIK oceniła jako niecelowe, niegospodarne i nierzetelne.

Biuro zawarło z N.J. od 01.08. – 23.12.2002 r. – 5 kolejnych umów-zleceń na „wykonanie prac związanych z opracowaniem projektu ustawy o NFZ oraz aktów wykonawczych do tej ustawy” na kwotę 17,4 tys. zł. Od 01.05.2002 r. do 03.05.2003 r. ww. był pracownikiem Ministerstwa Zdrowia, a od 19.11.2002 r. pracował w Departamencie Prawnym tego Ministerstwa.

W toku kontroli nie można było ocenić merytorycznego zakresu zleconych zadań i ich przydatności dla wprowadzanej reformy opieki zdrowotnej, ponieważ w dokumentacji Biura nie było tych prac. Z tego samego powodu nie można było stwierdzić, czy wyniki zleconych zadań zostały wykorzystane w dalszej pracy nad utworzeniem Funduszu.

3.2.1.3. Ministerstwo Zdrowia wydatkowało – również w sposób niecelowy i niegospodarny - środki budżetowe na zlecenie prac związanych z utworzeniem NFZ, które, zgodnie z jego statutem³⁹ i regulaminem organizacyjnym⁴⁰, były zadaniami własnymi i obejmowały swym zakresem obowiązki pracownicze. W ocenie NIK, zlecenie różnego rodzaju prac przez Ministerstwo (należących w ok. 80 % do jego zadań własnych) było nadużywane

³⁸ Biuro do Spraw Organizacji Narodowego Funduszu Zdrowia (zwane dalej „Biurem”) utworzone zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2002 r. jako jednostka budżetowa, podlegała Ministrowi Zdrowia. Biuro zostało zlikwidowane z dniem 9 maja 2003 r.; w okresie od 2 lipca 2002 r. do 9 maja 2003 r. wydatki Biura wyniosły 822,7 tys. zł. Do zadań Biura należało m.in.: współpraca z Ministerstwem Zdrowia w zakresie tworzenia aktów wykonawczych do ustawy o NFZ, przygotowanie projektów statutu NFZ, regulaminu organizacyjnego NFZ, założeń systemu finansowo-księgowego oraz informatycznego NFZ, we współpracy z Urzędem Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych (UNUZ) oraz Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia.

³⁹ Zarządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 15 kwietnia 2002 r. i z dnia 20 grudnia 2002 r. w sprawie nadania statutu Ministerstwa Zdrowia (M.P. Nr 15, poz. 246 i Nr 61, poz. 873).

⁴⁰ Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 grudnia 2001 r. w sprawie ustalenia regulaminu organizacyjnego Ministerstwa Zdrowia (Dz. Urz. MZ Nr 13, poz 79 ze zm.). Zgodnie z regulaminem, opracowanie (lub przygotowanie) projektu aktu prawnego należy do tego departamentu, do którego zakresu działania należą wszystkie lub przeważająca część spraw mających być przedmiotem regulacji prawnej (opiniowanie i opracowanie aktów prawnych). Departament Prawny natomiast zobowiązany był do nadania projektowi prawnej formy legislacyjnej i potwierdzenia jego zgodności z obowiązującymi aktami prawnymi.

i wykorzystywane w wyřęczaniu zatrudnionych pracowników w ich obowiązkach służbowych. Ok. 30 % ogółem zleconych prac (spořród analizowanych) dotyczyło opracowania analiz, opinii prawnych i projektów aktów prawnych.

Prace w tym zakresie zlecane były osobom fizycznym i - w 2 przypadkach - kancelariom prawnym.

Od czerwca 2002 r. do lipca 2004 r. Ministerstwo zawarło z 81 osobami łącznie 126 umów-zleceń na wykonanie zadań związanych z utworzeniem NFZ, o wartości ogółem 706,3 tys. zł.

Np. na realizację zadań merytorycznych Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwo wydatkowało 268,6 tys. zł, zawierając 49 umów-zleceń (39 % wszystkich umów) z 29 osobami.

Zlecenia dotyczyły m.in. opracowania metodologii kontroli NFZ, protokołów pokontrolnych, analizy uchwał organów NFZ, przygotowywania odpowiedzi na skargi i pisma dotyczące NFZ. W tym czasie przeciętne zatrudnienie w Departamencie wynosiło od 33,5 etatu (w 2003 r.) do 52,1 etatu (w 2004 r.), a zatrudnieni w nim byli w większości pracownicy zlikwidowanego UNUZ.

W aktach, którymi dysponował Departament – podobnie jak w przypadku Biura - brakowało potwierdzeń – poza jednym – wykonania i przyjęcia prac zrealizowanych w ramach umów-zleceń. W ogóle zaś nie było materiałów (dziej) świadczących o wywiązaniu się zleceniobiorców z umów.

Niejasne były kryteria wyceny zawieranych umów.

Np. Ministerstwo zawarło 2 umowy dotyczące „współuczestnictwa w kontroli NFZ” oraz „współpracy przy opisie wniosków pokontrolnych”. Każdą z nich zawarto na okres 16 dni. Ich wartość została jednak zróżnicowana; pierwszą wyceniono na 5.500 zł, a drugą na 3.000 zł. Za „opracowanie planu kontroli wojewódzkich oddziałów NFZ w zakresie sposobu przeprowadzenia procesu agregacji umów” zapłacono 3.500 zł, a za „opracowanie porównania kwartalnych zestawień sprawozdawczości Centrali NFZ” – 4.000 zł (każda z umów zawarta na 7 dni). Na 12.000 zł wyceniono „opracowanie zasad alokacji środków pomiędzy poszczególnymi oddziałami NFZ na zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych finansowanych z NFZ” (umowa zawarta na 20 dni). Zważywszy, że algorytmy każdorazowo były uchwalane przez Zarząd Funduszu nie można również ocenić przydatności tego opracowania.

Podkreślić należy, że niektórzy zleceniobiorcy wykonywali identycznie określone w umowach prace zlecone zarówno dla Ministerstwa Zdrowia, jak i dla Biura (niejednokrotnie umowy pokrywały się w czasie).

Np. pracownik Kancelarii Sejmu od czerwca 2002 r. do czerwca 2004 r. opracowywał projekt ustawy o NFZ i projekty aktów wykonawczych do niej – na podstawie 11 umów o wartości 42,5 tys. zł (w tym 6 – zawartych z Ministerstwem Zdrowia i 5 – z Biurem).

Pracownik ŁRKCh te same prace co ww. zleceniobiorca (B.K.) wykonywał na podstawie 7 umów o wartości 20,0 tys. zł (w tym 1 – zawartej z Ministerstwem Zdrowia i 6 – z Biurem).

Stwierdzono przypadki, że zarówno Ministerstwo Zdrowia, jak i Biuro, zawierało umowy o prace, które zostały już wcześniej wykonane.

Ministerstwo zawarło 24 listopada 2003 r. umowę zlecenia z p. W.Z. na okres 6 dni (tj. do dnia 30 listopada 2003 r.), której przedmiotem była „współpraca w przygotowaniu projektu rozporządzenia stanowiącego wykonanie delegacji zawartej w art. 47 ust. 5 pkt 3 ustawy o NFZ”; tymczasem rozporządzenie to podpisane zostało przez Ministra Zdrowia 19 listopada 2003 r.

Biuro natomiast zawarło – w styczniu i lutym 2003 r. – 7 umów na kwotę 14 tys. zł na prace związane z opracowaniem projektu ustawy o NFZ, podczas gdy już 23 stycznia 2003 r. ustawa została podpisana przez Prezydenta R.P.

3.2.1.4. Minister Zdrowia ustalił plan finansowy NFZ na rok 2003 zarządzeniem z 18 lipca 2003 r., co oznacza, że do tego czasu NFZ – który rozpoczął funkcjonowanie od 1 kwietnia 2003 r. – ponosił koszty oraz realizował przychody z naruszeniem przepisów ustawy o NFZ⁴¹ (bez planu finansowego).

Z ustaleń kontroli wynika, że 02.04.2003 r. Minister Zdrowia otrzymał – od przewodniczącego Zespołu do Spraw Wdrożenia Narodowego Funduszu Zdrowia⁴² - projekt planu NFZ, opracowany przez UNUZ w oparciu o plany finansowe 17 kas chorych na rok 2003 i na tej podstawie Fundusz prowadził gospodarkę finansową do 18 lipca 2003 r. Plany te nie przystawały jednak do nowej struktury organizacyjnej Funduszu i do zadań realizowanych przez oddziały wojewódzkie. Nie uwzględniały bowiem zarówno prawa pacjenta do wolnego wyboru świadczeniodawców⁴³, jak i aneksowania (w marcu 2003 r.) zawartych już umów ze świadczeniodawcami (w wielu z nich nie ustalono limitu procedur).

Nadmienić należy, że prace związane ze zmianami w systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego prowadzone były już od 2002 r., m. in. przez Biuro do Spraw Organizacji Narodowego Funduszu Zdrowia (od lipca 2002 r.), Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego (od stycznia 2003 r.), Zespół do Spraw Wdrożenia Narodowego Funduszu Zdrowia (od lutego 2003 r.). Było więc wystarczająco dużo czasu aby Minister Zdrowia ustalił plan finansowy NFZ przed rozpoczęciem jego funkcjonowania i tym samym umożliwił mu działanie zgodnie z prawem.

⁴¹ Por. art. 211 ustawy o NFZ „Plan finansowy Funduszu na rok 2003, zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów, sporządza minister właściwy do spraw zdrowia”.

⁴² Zespół do Spraw Wdrożenia Narodowego Funduszu Zdrowia powołany został zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2003 r. (Dz. Urz. Nr 2, poz. 13 ze zm.) jako organ pomocniczy Ministra Zdrowia, a rozwiązany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 października 2004 r. Ministerstwo nie poniosło żadnych wydatków na działalność Zespołu. Zadaniem Zespołu było przekształcenie istniejącego systemu kas chorych w system przyjęty w ustawie o NFZ. W skład Zespołu wchodziło 8 osób, w tym 2 pracowników Ministerstwa Zdrowia (doradca Ministra i p.o. Dyrektora Departamentu Ubezpieczenia Zdrowotnego), 2 pracowników Biura do Spraw Organizacji NFZ (w tym Dyrektor Biura), Prezes UNUZ, 2 pracowników Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych i 1 osoba z Mazowieckiej Kasy Chorych.

3.2.1.5. Minister Zdrowia zatwierdził – w porozumieniu z Ministrem Finansów – sprawozdanie finansowe NFZ za okres od 01.04.2003 r. do 31.12.2003 r. dopiero 30.09.2004 r., tj. 3 miesiące po terminie określonym dla organu zatwierdzającego⁴⁴.

Biorąc pod uwagę również fakt, że Rada Funduszu (w której Minister Zdrowia miał 5 swoich przedstawicieli) w dniu 29 czerwca 2004 r. podjęła uchwałę nr 16/2004 w sprawie wydania opinii o sprawozdaniu finansowym Funduszu za okres 1.04. – 31.12.2003 r., w której stwierdziła, że sprawozdanie to, po zbadaniu przez biegłych rewidentów i uzyskaniu pozytywnej opinii z badania, jest zgodne z zasadami rachunkowości, NIK nie widzi uzasadnienia dla 3-miesięcznej zwłoki w jego zatwierdzeniu.

3.2.1.6. Minister Zdrowia przekazując w 2003 r. Narodowemu Funduszowi Zdrowia kwotę 46.900,4 tys. zł na sfinansowanie świadczeń zdrowotnych (koronarografii i koronaroplastyki) naruszył postanowienia art. 47 ust. 1 pkt 7 ustawy o NFZ, zgodnie z którym świadczenia przewidziane do finansowania ze środków NFZ nie mogły być finansowane z budżetu państwa. Środki przekazane zostały NFZ na podstawie umowy-zlecenia nr 7/116/2003 1374/1353, zawartej 23 października 2003 r. pomiędzy Ministrem Zdrowia a Prezesem NFZ w ramach realizacji „Narodowego Programu profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego na lata 2003-2005”⁴⁵.

Minister Zdrowia nie mógł jednak tego zlecić, ponieważ realizacja powyższego programu miała polegać na poprawie wyposażenia, zwiększeniu bazy intensywnej opieki kardiologicznej i kardiochirurgicznej, a nie na finansowaniu zabiegów kardiologicznych. Działanie to – w ocenie NIK - było nielegalne⁴⁶.

Na uwagę zasługuje również fakt, że zabiegi koronarografii i koronaroplastyki uznane zostały za standardy medyczne w leczeniu chorób układu krążenia. Dlatego na gruncie obowiązującego prawa⁴⁷, od 1 stycznia 2003 r., nie mogły być finansowane z budżetu państwa, ale tylko ze środków kas chorych, a następnie - od 1 kwietnia 2003 r. – ze środków NFZ.

⁴³ Por. art. 4 ustawy o NFZ.

⁴⁴ Porównaj art. 53 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (j.t. Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694 ze zm.), zgodnie z którym „... roczne sprawozdanie finansowe jednostki podlega zatwierdzeniu przez organ zatwierdzający, nie później niż 6 miesięcy od dnia bilansowego po uprzednim przeprowadzeniu badania finansowego przez biegłych rewidentów”.

⁴⁵ Por. art. 39 ust. 1 pkt 4 ustawy o NFZ.

⁴⁶ Por. art. 138 ust. 1 pkt 2 ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (j.t. Dz. U. Z 2003 r. Nr 15, poz. 148 ze zm.).

⁴⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2002 r., zmieniające rozporządzenie w sprawie wykazu świadczeń zdrowotnych, leków i leczniczych środków technicznych finansowanych z budżetu państwa, a także trybu nabywania i przekazywania świadczeniodawcom leków i leczniczych środków technicznych oraz trybu przekazywania środków publicznych na ich zakup (Dz. U. Nr 210, poz. 1793 ze zm.) i ustawa o NFZ.

3.2.1.7. Minister Zdrowia, podpisując w dniu 6 stycznia 2004 r. porozumienie z przedstawicielami Porozumienia Zielonogórskiego, wkroczył w kompetencje Funduszu w zakresie sposobu zawierania umów ze świadczeniodawcami oraz ich rozliczania.

Zgodnie z porozumieniem, wbrew przepisom ustawowym⁴⁸, m. in. wydzielone zostały z podstawowej opieki zdrowotnej świadczenia nocnej i świątecznej wyjazdowej i ambulatoryjnej pomocy lekarskiej wraz z transportem sanitarnym.

Minister Zdrowia, zawierając porozumienie, zobowiązał się do „podjęcia inicjatywy ustawodawczej zmierzającej do nowelizacji ustawy o NFZ”. W tym celu miał „wnieść pod obrady rządu projekt nowelizacji ustawy opierający się na przesłankach określonych w załączniku do porozumienia”. Nie wywiązał się jednak z podjętego zobowiązania, jak również nie dotrzymał obietnicy przekazania Funduszowi dodatkowych środków finansowych (65 mln zł) na realizację porozumienia (przewidywane koszty realizacji porozumienia miały wynieść 376,3 mln zł, faktycznie zaś w 2004 r. wyniosły 232,2 mln zł⁴⁹ i w całości obciążły NFZ).

3.2.1.8. Ministerstwo Zdrowia nie planowało przeprowadzenia w latach 2003-2004 kontroli świadczeniodawców. Wprawdzie Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego przeprowadził kontrole u 20 świadczeniodawców (do 30.09.2004 r.) – w trybie doraźnym - ale w ocenie NIK ich liczba była stanowczo za mała, biorąc pod uwagę fakt, że z dniem 1 kwietnia 2003 r. weszły w życie nowe zasady funkcjonowania systemu ubezpieczenia zdrowotnego i związane z tym nowe zasady kontraktowania świadczeń zdrowotnych. Zmianom tym – jak wynika z pism kierowanych do Ministerstwa - świadczeniodawcy przypisywali pogłębiające się trudności z dostępnością pacjentów do świadczeń zdrowotnych i pogarszającą się ich sytuację finansową, wynikającą z obniżenia wartości kontraktów, nieterminowego przekazywania środków finansowych za wykonane świadczenia, trudności w renegocjowaniu umów. Mimo tego Ministerstwo Zdrowia nie weryfikowało w trybie kontrolnym zasadności tych opinii.

⁴⁸ Por. art. 115 ustawy o NFZ; stanowił on m. in. że lekarz poz był zobowiązany do podejmowania wszelkich działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, a w szczególności do postępowania zgodnie z zakresem kompetencji lekarza poz (art. 15 ust. 1), w ramach świadczeń poz świadczeniodawca miał zapewnić ubezpieczonym dostęp do badań diagnostycznych oraz dziennej i nocnej pomocy wyjazdowej zgodnie z zakresem swoich kompetencji (art. 115 ust. 2).

⁴⁹ Informacja NIK o wynikach kontroli wykonania planu finansowego w 2004 roku przez Narodowy Fundusz Zdrowia – maj 2005.

Ministerstwo Zdrowia nie korzystało również z usług podmiotów uprawnionych do badania sprawozdań finansowych oraz do kontroli jakości i kosztów świadczeń zdrowotnych finansowanych przez NFZ⁵⁰.

Według danych Ministerstwa Zdrowia kwota zobowiązań wymagalnych jednostek ochrony zdrowia na 30.04.2003 r. wynosiła 4.220,4 mln zł, na koniec 2003 r. – 4.543,7 mln zł, a na 31 lipca 2004 r. – 5.565,0 mln zł (kwota zadłużenia ogółem wzrosła w tym czasie z 6.880,3 mln zł do 8.661,9 mln zł).

3.2.2. Narodowy Fundusz Zdrowia

3.2.2.1. Sytuacja finansowa Funduszu

Fundusz rozpoczął działalność z dniem 1 kwietnia 2003 r. ze stratą 133.167 tys. zł po byłych kasach chorych. W okresie kwiecień-grudzień 2003 r. osiągnął przychody w wysokości 21.970.532 tys. zł, a poniesione koszty wyniosły 22.578.291 tys. zł. Strata Funduszu wyniosła 607.759 tys. zł⁵¹. Jej przyczyną był niedobór przychodów z tytułu składki należnej brutto (w wysokości 172.892 tys. zł) oraz przekroczenie planowanych kosztów refundacji cen leków (w kwocie 518.242 tys. zł)⁵².

Tylko 2 oddziały w 2003 r. zakończyły działalność dodatnim wynikiem finansowym (Warmińsko-Mazurski OW – 242,9 tys. zł i Śląski OW – 1.501,2 tys. zł); był on efektem niższej niż planowana realizacji kosztów świadczeń zdrowotnych i rezultatem zawarcia kontraktów na świadczenia zdrowotne poniżej wartości zapisanych w planach finansowych tych oddziałów oraz niższej realizacji kosztów administracyjnych.

Pozostałe oddziały zakończyły rok z ujemnym wynikiem (od 113.946,4 tys. zł do 8.212,7 tys. zł).

Na sytuację finansową oddziałów wojewódzkich Funduszu wpłynął także fakt, że w momencie ich przekształcenia z kas chorych, umowy ze świadczeniodawcami obejmowały w większości cały rok 2003, a w wielu z nich nie ustalono limitu procedur.

W 2004 r. Fundusz osiągnął dodatni wynik finansowy⁵³ w wysokości 658.788,5 tys. zł, który był efektem osiągnięcia wyższych o 0,56 % (158.280,9 tys. zł) od planowanych przychodów ze składek i poniesienia niższych kosztów ogółem o 0,99 % (311.738 tys. zł). Przychody Funduszu wyniosły 31.743.650 tys. zł, a koszty – 31.084.861 tys. zł.

Dwa oddziały wojewódzkie osiągnęły ujemny wynik finansowy za 2004 r., tj. Zachodniopomorski – 21.349 tys. zł i Małopolski – 8.034 tys. zł.

⁵⁰ Por. art. 155 ust. 2 ustawy o NFZ.

⁵¹ Wynik finansowy Funduszu za 2003 r. – załącznik Nr 8.

⁵² Poziom finansowania kosztów z tytułu refundacji cen leków nie podlegał żadnym ograniczeniom umownym ze strony Funduszu, a tym samym Fundusz nie miał możliwości ograniczenia poziomu tych kosztów; plan na 2003 r. – w tym także w zakresie kosztów refundacji cen leków - ustalony został przez Ministra Zdrowia.

⁵³ Informacja „Wykonanie planu finansowego w 2004 r. przez Narodowy Fundusz Zdrowia”.

Środki finansowe dla oddziałów wojewódzkich NFZ dzielono według algorytmów⁵⁴ ustalonych uchwałami Zarządu Funduszu⁵⁵, w miarę zmian planu finansowego. Przyczyną zmian algorytmów, zgodnie z wyjaśnieniami Zastępcy Prezesa Funduszu ds. Finansowych, była „każdorazowa” zmiana planu finansowego Funduszu, co w ocenie NIK, oznacza, że Fundusz nie dysponował narzędziem zobiektywizowanego podziału przychodów. Stanowiło to istotne utrudnienie w funkcjonowaniu oddziałów, ponieważ nie miały one pewności w jakiej wysokości otrzymają środki na realizację świadczeń zdrowotnych. Miało to również negatywny wpływ na ich wynik finansowy.

W okresie od kwietnia 2003 r. do września 2004 r. tylko w 7 przypadkach (spośród 304)⁵⁶ oddziały wojewódzkie otrzymały środki w ustalonej wysokości.

Mniej środków, niż to wynikało z algorytmu w kwietniu 2003 r. otrzymało – 10 oddziałów wojewódzkich, w lipcu – 12, a w październiku – 15 (np. Śląski OW w kwietniu, maju, czerwcu oraz sierpniu – otrzymał odpowiednio 12,60 %, 12,62 %, 12,67 % i 13,09 % zamiast po 13,74 %, a od stycznia do maja 2004 r. od 11,85 % do 12,98 % zamiast po 13,0 %).

W 2004 r. – w lutym, kwietniu i lipcu – wszystkie oddziały otrzymały mniej środków, w marcu – 10 oddziałów, we wrześniu – 13. Natomiast w grudniu 2003 i sierpniu 2004 r. – wszystkie oddziały otrzymały więcej środków, niż to wynikało z algorytmu.

Centrala zaś, zawsze otrzymywała środki ze składek, w wysokości większej od naliczonej w uchwale Zarządu.

Np. we wrześniu, październiku i listopadzie 2003 r., zamiast 0,4288 % środków (wg uchwały nr 194/2003) Centrala otrzymała odpowiednio 0,45 %, 1,00 %, 0,85 % środków.

W I półroczu 2004 r., zamiast 0,5184 % (wg uchwały 12/2004) otrzymywała od 0,52 % do 9,36 %, a w czerwcu, lipcu, wrześniu zamiast 2,3673 % (wg uchwały 160/2004) otrzymała: 4,21 %, 4,85 % i 2,81 %.

3.2.2.2. Koszty świadczeń zdrowotnych

W 2003 r. (w okresie kwiecień - grudzień 2003 r.) koszty świadczeń dla ubezpieczonych wyniosły 22.113.120 tys. zł (plan 21.632.062 tys. zł), były więc wyższe od planowanych o 481.058 tys. zł (tj. o 2,2 %).

⁵⁴ Algorytm podziału środków pieniężnych dla oddziałów wojewódzkich – jest to procentowy udział kosztów świadczeń zdrowotnych i kosztów administracyjnych oddziałów i Centrali w kosztach ogółem. Podział środków finansowych dla oddziałów wojewódzkich NFZ wg algorytmów w 2003 r. – załącznik Nr 9, a w 2004 r. – załącznik Nr 10. Procentowy podział środków finansowych na jednostki organizacyjne NFZ w 2003 r. – załącznik Nr 11, a w 2004 r. – załącznik Nr 12.

⁵⁵ Uchwały Zarządu Funduszu: 5/2003 z 24.04.2003 r., 194/2003 z 26.08.2003 r., 12/2004 z 15.01.2004 r., oraz 160/2004 z 24.06.2004 r.

⁵⁶ 19 miesięcy (tj. od kwietnia 2003 r. do września 2004 r., w tym czerwiec 2004 r. dwukrotnie) pomnożone przez 16 oddziałów.

Przekroczenia planowanych kosztów wystąpiły w 4 rodzajach świadczeń: w podstawowej opiece zdrowotnej – o 1,91 %, tj. o 47.245 tys. zł (wykonanie 2.525.203 tys. zł), lecznictwie szpitalnym – o 0,46 %, tj. o 41.952 tys. zł (wykonanie 9.221.018 tys. zł), zaopatrzeniu w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne – o 3,88 %, tj. o 10.320 tys. zł (wykonanie 276.356 tys. zł) i refundacji cen leków o 11,95 %, tj. o 518.242 tys. zł (wykonanie 4.854.957 tys. zł).

W pozostałych 10 rodzajach świadczeń faktycznie zrealizowane koszty były niższe od określonych w planie finansowym w granicach od 0,01 % do 25,75 %.

W 2004 r. koszty świadczeń zdrowotnych finansowane ze środków Funduszu wyniosły 30.486.668 tys. zł i były niższe od planowanych o 0,09 %, tj. o 27.807 tys. zł (plan 30.514.475 tys. zł).

Przekroczenie planowanych kosztów wystąpiło w 3 rodzajach świadczeń: w lecznictwie szpitalnym – o 0,57 %, tj. o 74.405 tys. zł (wykonanie – 13.222.447 tys. zł), refundacji cen leków – o 1,51 %, tj. o 91.012 tys. zł (wykonanie 6.118.389 tys. zł) i w kosztach świadczeń oraz refundacji cen leków wynikających z koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dotyczących rzeczowych świadczeń leczniczych w Unii Europejskiej – o 23,78 %, tj. o 1.189 tys. zł (wykonanie 6.189 tys. zł). W pozostałych 14 rodzajach świadczeń koszty ich realizacji były niższe od planowanych w granicach od 0,08 % do 44,46 %; np. w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej – o 3,58 %, tj. o 75.799 tys. zł (wykonanie 2.039.791 tys. zł), leczeniu stomatologicznym – o 2,81 %, tj. o 26.355 tys. zł (wykonanie 911.634 tys. zł), lecznictwie uzdrowiskowym – o 2,78 %, tj. o 9.261 tys. zł (wykonanie 324.231 tys. zł).

W okresie 2003 r. – 2004 r. Fundusz zapłacił świadczeniodawcom 168.315,7 tys. zł tytułem tzw. „świadczeń ponadlimitowych”, tj. świadczeń nie określonych w zawartych umowach, ani w aneksach do tych umów⁵⁷.

⁵⁷ Wg ustaleń kontroli, Fundusz zapłacił świadczeniodawcom tytułem tzw. „świadczeń ponadlimitowych” 60.590,2 tys. zł (do 30.09.2004 r.), w tym 14,5 tys. zł na podstawie wyroku sądowego. W dniu 7.04.2005 r. Prezes Funduszu złożył dodatkowe wyjaśnienia (w trybie art. 59 ust. 2 ustawy o NIK), dotyczące „świadczeń ponadlimitowych”. Podana nowa wartość tych świadczeń wg stanu na 31.12.2003 r. i 30.09.2004 r. – niewiele różniła się od ich wartości ustalonej w toku kontroli (w protokole – odpowiednio – 899.587,1 tys. zł i 1.081.567,2 tys. zł, a wg dodatkowych wyjaśnień: 843.552,9 tys. zł i 1.060.388,7 tys. zł). Natomiast istotne różnice dotyczyły kwoty zapłaty za ich wykonanie (w protokole 84.396,9 tys. zł i 18.704,6 tys. zł, a wg dodatkowych wyjaśnień – 11.356,8 tys. zł i 14,5 tys. zł). Następnie w dniu 21.04.2005 r. Prezes Funduszu złożył kolejne wyjaśnienia w tej sprawie, wg których wartość świadczeń ponadlimitowych zapłaconych przez Fundusz (podanych powyżej w treści Informacji) diametralnie różniła się od wartości ustalonej w toku kontroli jak również podanej przez Prezesa w wyjaśnieniach z dnia 7.04.2005 r. NIK, nie mając już możliwości zweryfikowania tych wyjaśnień uwzględnił je jako ostateczne, przyjmując do wiadomości stwierdzenie Prezesa, że podane w nich wielkości zostały sporządzone na podstawie informacji otrzymanych z oddziałów wojewódzkich NFZ.

Kwota roszczeń z tytułu wykonanych tzw. świadczeń ponadlimitowych na dzień 31.12.2003 r. wynosiła 843.552,9 tys. zł, na 30.09.2004 r. – 1.060.388,7 tys. zł, a na 31.12.2004 r. – 787.143,2 tys. zł. W 2003 r. zapłacono 52.931,6 tys. zł, a w 2004 r. 115.384,2 tys. zł, łącznie 168.315,7 tys. zł, w tym na podstawie wyroków sądowych 33.387,2 tys. zł, na podstawie ugód sądowych – 18.609 tys. zł, na podstawie „ugód” między świadczeniodawcami a dyrektorami oddziałów wojewódzkich (poza sądem) – 116.319,6 tys. zł.

Jedyną podstawą przekazywania świadczeniodawcom środków finansowych przez Fundusz jest umowa, a w przypadkach spornych – prawomocny wyrok sądowy⁵⁸.

Trzykrotna weryfikacja przez Fundusz danych o wartości wykonanych i zapłaconych świadczeń ponadlimitowych świadczy, że Centrala Funduszu nie dysponowała wiarygodnymi informacjami o wykonanych świadczeniach zdrowotnych, finansowanych ze środków publicznych. Nie opracowano jednolitych zasad i procedur: gromadzenia, przekazywania między pionami i komórkami organizacyjnymi Funduszu (medycznymi i finansowymi) oraz analizowania informacji o wykonanych świadczeniach. Miało to niekorzystny wpływ na planowanie i kontraktowanie świadczeń zdrowotnych, ich dostępność, proces sporządzenia planu finansowego i częstotliwość jego zmian oraz zarządzanie wolnymi środkami finansowymi.

Ceny jednostek rozliczeniowych tych samych rodzajów świadczeń, stosowane w procesie kontraktacji na rok 2004, były bardzo zróżnicowane (różnice między ceną minimalną a maksymalną wynosiły od 100 % do nawet 1100 %), np.:

- w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wahały się od 3,00 do 13,80 zł (360 %),
- w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień: osobodzień 13,31 – 170,0 zł (1177 %) punkt rozliczeniowy 3,5 – 10,81 zł (208 %),
- w rehabilitacji leczniczej: osobodzień 20,0 – 182 zł (810 %) i punkt rozliczeniowy 0,4 – 1,5 zł (275 %),
- w świadczeniach odrębnie kontraktowanych: punkt rozliczeniowy 2,0 – 10,0 zł (400 %).

Z wyjaśnień Zastępcy Prezesa Funduszu ds. Medycznych wynikał, że wycena świadczeń zdrowotnych w poszczególnych oddziałach Funduszu zależna była od wielkości środków jakimi one dysponowały i liczby umów zawartych na dany rodzaj świadczeń.

Najwyższa Izba Kontroli uznaje, że Fundusz nie powinien dopuścić do występowania aż tak dużych dysproporcji. Tym bardziej, że założeniem reformy systemu ubezpieczeń

⁵⁸ Sąd Najwyższy uznał w 2002 r., że uzasadnieniem usług ponadlimitowych są jedynie świadczenia ratujące życie, w 2004 r. stwierdził natomiast, że podstawą udzielenia świadczeń zdrowotnych jest jedynie umowa cywilnoprawna.

zdrowotnych było przede wszystkim ujednolicenie zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych⁵⁹ oraz poziomu usług.

Zastrzeżenia NIK budził również fakt, że w przypadku 4 rodzajów świadczeń zakontraktowano jednostki rozliczeniowe w cenie wyższej od określonej w uchwale Zarządu nr 276/2003 z 13.11.2003 r. w sprawie ustalenia cen maksymalnych (limit) za poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych stosowanych w procesie kontraktacji na 2004 r.

Przekroczenia, te dotyczyły:

- *ambulatoryjnej opieki specjalistycznej* max. 13,80 zł (limit 9,00 zł),
- *rehabilitacji leczniczej (pkt rozliczeniowy)* max. 1,50 zł (limit 1,00 zł),
- *opieki długoterminowej (pkt rozliczeniowy)* max. 16,00 zł (limit 9,50 zł),
- *leczenia stomatologicznego (pkt rozliczeniowy)* max. 0,21 zł (limit 0,07 zł).

Analiza realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2003 r. wykazała, że:

a) w przypadku 6 rodzajów świadczeń zdrowotnych faktycznie zrealizowane koszty były wyższe ogółem o 621.717,3 tys. zł od wartości ustalonych w umowach.

Przekroczenia te dotyczyły: podstawowej opieki zdrowotnej - o 285.822,72 tys. zł, lecznictwa szpitalnego - o 221.933,00 tys. zł, lecznictwa uzdrowiskowego - o 10.215,40 tys. zł, pomocy doraźnej i transportu sanitarnego - o 8.705,87 tys. zł, profilaktyki. programów zdrowotnych (ze środków NFZ) - o 5.987,63 tys. zł, zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne - o 89.052,68 tys. zł.

b) w przypadku 5 rodzajów świadczeń wartość zawartych umów była wyższa o 64.932,4 tys. zł od kwoty przewidzianej na ten cel w planie finansowym Funduszu.

Przekroczenia dotyczyły: rehabilitacji leczniczej - o 18.097,09 tys. zł (104,52 % planu), opieki długoterminowej - o 3.999,73 tys. zł (101,18 %), leczenia stomatologicznego - o 2.978,81 tys. zł (100,42 %), świadczeń kontraktowanych odrębnie - o 13.938,32 tys. zł (101,75 %), innych świadczeń zdrowotnych - o 25.918,46 tys. zł (299,94 %).

c) w przypadku 3 rodzajów świadczeń (bez refundacji leków) koszty faktycznie poniesione były wyższe o 99.518,1 tys. zł od kosztów tych świadczeń określonych w planie finansowym Funduszu.

Przekroczenia dotyczyły: podstawowej opieki zdrowotnej - o 47.245,70 tys. zł (101,91 % planu), lecznictwa szpitalnego - o 41.952,28 tys. zł (100,46 %), zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne - o 10.320,09 tys. zł (103,88 %).

⁵⁹ Minister Zdrowia powołał Zespół do spraw ujednolicenia zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych w NFZ – zarządzeniem z dnia 17 marca 2003 r. (Dz. Urz. MZ Nr 2, poz. 22); w skład Zespołu wchodziło 9 osób w tym 2 pracowników MZ, 6 pracowników kas chorych (dyrektorzy lub zastępcy) oraz Dyrektor Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; przysługiwał im zwrot kosztów podróży, zakwaterowania i diety; koszty związane z udziałem osób w pracach Zespołu były pokrywane ze środków finansowych przyznanych Departamentowi Ubezpieczenia Zdrowotnego. Zespół został rozwiązany zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 4 października 2004 r.

NIK przyjmując do wiadomości wyjaśnienia Prezesa Funduszu o przyczynach powyższych przekroczeń⁶⁰, zwróciła jednak uwagę, że z art. 134-136 ustawy o NFZ wynikał obowiązek równoważenia w planie finansowym przychodów i kosztów oraz zaciągania zobowiązań mających pokrycie w planie finansowym. Ponadto, zgodnie z art. 72 ust. 1 tej ustawy „Podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych finansowanych przez Fundusz jest umowa o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawarta pomiędzy Funduszem i świadczeniodawcą”, zaś art. 75 pkt 4 nakazywał określanie w umowach kwoty zobowiązań Funduszu wobec świadczeniodawcy.

Tytułem wykonanych świadczeń zdrowotnych w okresie styczeń-kwiecień 2004 roku Fundusz wydatkował kwotę 5.632.937,1 tys. zł, jedynie na podstawie przedkładanych przez świadczeniodawców rachunków, naruszając postanowienia § 40⁶¹ zawartych umów oraz § 28 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych”, w którym podano iż: „Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia udzielone w okresie sprawozdawczym jest **rachunek wraz z raportem statystycznym oraz sprawozdaniem z wykonania umowy**, które należy przedstawić w terminie do 12 dnia każdego miesiąca oddziałowi Funduszu”.

Zastępca Prezesa Funduszu ds. Finansowych wyjaśnił, iż „... Przesunięcie terminu wynikało z wniosków świadczeniodawców, którzy twierdzili, że wprowadzony system jest nowatorski i wymaga konieczności zmian w ich systemach sprawozdawczych. (...) ponieważ świadczeniodawcy nadal wnioskowali o przedłużenie terminu pełnej sprawozdawczości, co wiązało się z koniecznością dostosowania systemu rozliczeń do nowych wymogów, w tym systemu informatycznego, Zarząd NFZ wprowadził w życie uchwały nr 56/2004, 88/2004 i 106/2004 regulujące okres rozliczeń od stycznia do kwietnia 2004 roku”.

NIK nie podzieliła powyższego stanowiska, ponieważ – w ocenie Izby – przyczyną zaistnienia sytuacji było zbyt późne opracowanie przez Fundusz zasad sprawozdawczości, co uniemożliwiało świadczeniodawcom wywiązanie się z obowiązku prawidłowego rozliczenia wykonanych świadczeń zdrowotnych.

Z ustaleń kontroli wynika, że wprowadzony w styczniu 2004 r. program informatyczny „Pakiet świadczeniodawcy” funkcjonował nieprawidłowo. Dlatego też, w okresie od stycznia do kwietnia 2004 r., Fundusz przekazywał świadczeniodawcom – w cyklach miesięcznych – środki finansowe w wysokości 1/12 wartości kontraktów rocznych, jedynie na podstawie wystawionych przez nich faktur, bez sprawozdań rzeczowo-

⁶⁰ Przyczyną przekroczeń – wg Prezesa – było m. in. niedoszacowanie umów przejętych w wyniku agregacji, przekazywanie Funduszowi przez MZ świadczeń zdrowotnych do finansowania bez uwzględnienia dodatkowych środków w planie finansowym, rozliczenie kontraktów z I kwartału 2003 r. zawartych z kasami chorych.

finansowych i raportów zawierających szczegółowe rozliczenia z danego zakresu udzielonych świadczeń. W efekcie były one przekazywane w nadmiernej, bądź zaniżonej wielkości w stosunku do faktycznie wykonanych usług.

Dolnośląski OW – program „Pakiet świadczeniodawcy” wdrożony został na podstawie decyzji wydanej 9 grudnia 2003 r. przez 3 zastępców Prezesa NFZ. Rozliczenie świadczeniodawców z zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych miało odbywać się wyłącznie w oparciu o oprogramowanie firmy ComputerLand S.A. w Gliwicach. Wdrożony program był niedopracowany. Od stycznia do listopada 2004 r. (zakończenie kontroli) wprowadzono szesnastą jego wersję. Uniemożliwiało to zarówno terminowe i poprawne rozliczanie się świadczeniodawców z zakontraktowanych i wykonanych usług, jak też Oddziałowi (jako płatnikowi) przeprowadzanie bieżącej weryfikacji rozliczeń pod kątem finansowym i merytorycznym. System informatyczny firmy ComputerLand nie dokonywał m. in. automatycznej weryfikacji składanych rozliczeń na poziomie użytkownika i płatnika. Nie umożliwiał też automatycznego definiowania błędów w wykazie hospitalizowanych w tym samym czasie tych samych osób.

Od stycznia do maja 2004 r. Oddział wypłacał świadczeniodawcom 1/12 wartości zakontraktowanych świadczeń – łącznie 664.104 tys. zł. Do końca czerwca 2004 r. przekazał świadczeniodawcom 796.607 tys. zł, ale z kwoty tej per saldo nienależnie wypłacono im 7.211,1 tys. zł (o 15.615,4 tys. zł zawyżono, zaś o 8.404,3 tys. zł zaniżono wypłatę kwot należnych).

Natomiast w kwocie 1.057.971,2 tys. zł przekazanej w ciągu 8 miesięcy 2004 r., do września 2004 r. nie rozliczono 64.366,1 tys. zł (6,1 %). Dopiero w trakcie kontroli NIK, Oddział zweryfikował rozliczenie za usługi medyczne na kwotę 54.648 tys. zł. Nadmienić należy, że Oddział NFZ, przekazując świadczeniodawcom środki finansowe (1.057.972,2 tys. zł), nie dokonywał – poza nielicznymi przypadkami (np. dotyczącymi Oddziałów Intensywnej Opieki Medycznej - OIOM) - weryfikacji merytorycznej wykonanych usług medycznych, potwierdzającej prawidłowe ustalenie kwoty należnej danemu świadczeniodawcy.

W ocenie NIK, zarówno nieprawidłowe funkcjonowanie programu informatycznego „Pakiet świadczeniodawcy”, jak i decyzja Prezesa Funduszu o przejściowej zmianie zasad finansowania świadczeń zdrowotnych (w okresie styczeń-kwiecień 2004 r.) nie zwalniały dyrektorów oddziałów NFZ z obowiązku weryfikacji rozliczeń składanych przez świadczeniodawców (choćby w sposób tradycyjny).

Fundusz, zobowiązując się w dniu 6 stycznia 2004 r. do realizacji ustaleń zawartych pomiędzy Ministrem Zdrowia a przedstawicielami Porozumienia Zielonogórskiego, naruszył ustawę o NFZ⁶¹. Przewidywane koszty realizacji tych ustaleń miały wynieść 376,3 mln zł, faktycznie zaś w 2004 r. wyniosły 232,2 mln zł.

Przyjmując do realizacji powyższe ustalenia Ministra Zdrowia, Fundusz zdecydował m.in. o wyłączeniu z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej i odrębnego

⁶¹ § 40 zawartych umów stanowił „Każda zmiana warunków umowy wymaga zachowania formy pisemnej pod rygorem nieważności”.

⁶² Por. art. 72, 75, 96 ust. 1, 115 i 132 pkt 1 ustawy o NFZ.

kontraktowania: nocnej i świątecznej ambulatoryjnej i wyjazdowej opieki lekarskiej oraz transportu sanitarnego (co stanowiło naruszenie art. 115 ustawy o NFZ).

Prezes Funduszu wyjaśnił, że Zarząd Funduszu podjął uchwałę (Nr 4/2004 z dnia 06.01.2004 r.) w sprawie przyjęcia do realizacji treści ww. porozumienia; natomiast przesłanką podjęcia tej uchwały był:

- 1) obowiązek zapewnienia ubezpieczonym przez Narodowy Fundusz Zdrowia podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, rehabilitacji leczniczej oraz leczenia stomatologicznego; zawarta w uchwale Nr 4/2004 forma udziału Narodowego Funduszu Zdrowia w porozumieniu pomiędzy Ministrem Zdrowia – Leszkiem Sikorskim a przedstawicielami Porozumienia Zielonogórskiego, stanowiła warunek przystąpienia świadczeniodawców do wykonywania świadczeń zdrowotnych;*
- 2) fakt zaakceptowania treści porozumienia przez Ministra Zdrowia, będącego organem nadzorującym działalność Funduszu pod względem zgodności z prawem⁶³.*

Świadczenia wynikające z zawartego porozumienia stały się przedmiotem odrębnego postępowania konkursowego już w 2004 r.

W roku 2004 Fundusz zawarł 622 umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie rokowań (wg stanu na 4.11.2004 r.) o wartości przekraczającej w złotych równowartość 200 tys. euro, bez zgody Rady Funduszu. Naruszył tym samym postanowienia art. 81 ust. 2 ustawy o NFZ. Łączna wartość tych umów wyniosła 3.102.984,0 tys. zł.

Rada Funduszu, uchwałą nr 11/2004 z dnia 14 kwietnia 2004 r., wyraziła zgodę na zawarcie umów z 16 świadczeniodawcami, ale tylko w 1 przypadku zawarto umowę po podjęciu przez nią decyzji (ze Szpitalem Klinicznym im. Ks. Anny Mazowieckiej w Warszawie). W pozostałych przypadkach, w chwili podejmowania ww. uchwały, umowy już były zawarte.

Następną uchwałą, nr 21/2004, w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie umów, Rada Funduszu podjęła 24.09.2004 r. Dotyczyła ona 5 świadczeniodawców, z którymi również były już podpisane umowy.

Najwyższa Izba Kontroli nie podzieliła treści wyjaśnień złożonych przez Zastępcę Prezesa Funduszu ds. Medycznych, tłumaczących stwierdzone nieprawidłowości głównie brakiem czasu dla zachowania pełnej procedury uzyskania stosownej decyzji Rady Funduszu. Fundusz tak powinien zorganizować proces kontraktacji na 2004 r. aby zostały spełnione wszelkie rygory formalnoprawne.

3.2.2.3. Kontrola realizacji umów zawartych ze świadczeniodawcami

Liczba kontroli przeprowadzonych przez oddziały wojewódzkie NFZ u świadczeniodawców w latach 2003 i 2004 była bardzo zróżnicowana.

Np. w 2003 r. Podkarpacki OW przeprowadził 900 kontroli, Wielkopolski OW – 831, gdy tymczasem Zachodniopomorski OW – zaledwie 84, a Warmińsko-Mazurski

⁶³ Por. pkt 3.2.1.6. niniejszej Informacji.

OW – 92. W 2004 r. Śląski OW przeprowadził 1.057 kontroli, Łódzki OW – 876, ale Świętokrzyski OW – tylko 69, a Zachodniopomorski OW – 75.

W ocenie Izby, brak jest racjonalnych przesłanek usprawiedliwiających występowanie tak znacznych różnic w liczbie przeprowadzonych kontroli, dochodzących nawet do 1.000 %. Tym bardziej, że efekty finansowe kontroli, będące odzwierciedleniem stwierdzonych nieprawidłowości, były z reguły wprost proporcjonalne do liczby przeprowadzonych kontroli.

Np. w 2003 r. Podkarpacki OW w wyniku przeprowadzenia 900 kontroli – zakwestionował świadczenia o wartości 16.722 tys. zł, Mazowiecki OW – przeprowadził 159 kontroli i zakwestionował świadczenia o wartości 3.380 tys. zł, natomiast Zachodniopomorski OW odpowiednio: 84 kontrole i 633 tys. zł, a Warmińsko-Mazurski OW – 92 kontrole i 488 tys. zł.

W 2004 r. (do 30.09.) Mazowiecki OW przeprowadził 149 kontroli i zakwestionował świadczenia o wartości 9.564 tys. zł, Lubuski OW – odpowiednio: 80 kontroli i 126 tys. zł, a Dolnośląski OW – 107 kontroli i 32 tys. zł.

W okresie 2003 r. – 30.09.2004 r., w wyniku prowadzonych przez oddziały wojewódzkie kontroli realizacji umów przez świadczeniodawców, zakwestionowano wykonanie części świadczeń zdrowotnych oraz nałożono na świadczeniodawców kary z powodu niewywiązywania się lub nierzetelnego wywiązywania się z umów w łącznej kwocie 60.394,4 tys. zł (35.070,9 tys. zł w 2003 r. i 25.323,5 tys. zł w 2004 r.), z czego, w tym samym czasie, odzyskano ogółem 41.626,6 tys. zł (odpowiednio 30.771,1 tys. zł i 10.855,5 tys. zł); do odzyskania pozostała kwota 18.767,8 tys. zł.

Izba oceniła, że ograniczanie przez oddziały Funduszu liczby kontroli u świadczeniodawców było działaniem niegospodarnym.

***Dolnośląski OW** przeprowadził kontrole realizacji świadczeń u znikomej liczby świadczeniodawców – w 2003 r. – w 10,5 % placówek objętych umowami, a w 2004 r. (do 30.09.) zaledwie w 4,8 %. Nieprawidłowości stwierdzono w 127 spośród 225 kontroli (56,4 %) przeprowadzonych w 2003 r. i w 97 spośród 123 (78,9 %) – przeprowadzonych do 30.09.2004 r. Kontrole ujawniły m. in. przypadki nierzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej oraz pobierania opłat od pacjentów za badanie finansowane przez NFZ.*

Zauważyć należy, że oddziały, ponosząc wysokie koszty z tytułu realizacji recept, również tylko w niewielkim stopniu przeprowadzały kontrole aptek w tym zakresie.

***Dolnośląski OW:** w 2003 r. koszty związane z realizacją recept refundowanych wyniosły 490,3 mln zł, zaś w I półroczu 2004 r. – 229,5 mln zł; stanowiło to odpowiednio 23,4 % i 21,2 % całkowitych kosztów poniesionych na świadczenia zdrowotne w tym czasie. W I półroczu 2004 r. Oddział przeprowadził jedynie 45 kontroli w aptekach (5,1 %), mimo iż na terenie Dolnego Śląska funkcjonuje ich 887.*

Oddziały NFZ nie przejawiały także należytej dbałości w zakresie postępowania pokontrolnego, m. in. o monitorowanie realizacji wniosków pokontrolnych przez świadczeniodawców; było to działaniem nierzetelnym.

Dolnośląski OW – spośród 272 świadczeniodawców, u których w okresie 2003-2004 r. (do 30.09.) przeprowadzono kontrole realizacji usług zdrowotnych, aż 144 (tj. 52,9 %) nie zrealizowało wniosków oraz zaleceń pokontrolnych.

3.2.2.4. Umowy z „Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym”

W 2004 r. Fundusz podpisał z SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe w Warszawie umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie lotniczego transportu sanitarnego na kwotę 1.647,0 tys. zł (366 dni x 4,5 tys. zł), mimo że nie miał do tego podstaw prawnych⁶⁴.

Podkreślić należy, że poczynając od 1999 r., tj. od czasu zmiany systemu finansowania świadczeń zdrowotnych, po raz pierwszy w 2004 r. finansowano Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (usługi – lotniczy transport sanitarny) ze środków ubezpieczonych, mimo iż przepisy w tym względzie nie uległy zmianie⁶⁵, od czasu gdy płatnikiem świadczeń zdrowotnych były kasy chorych, jak i obecnie, gdy od 2003 r. jest nim Fundusz.

W latach 2002-2004 Lotnicze Pogotowie Ratunkowe otrzymywało z Ministerstwa Zdrowia po 20 mln zł rocznie na wydatki bieżące.

Prezes Funduszu poinformował⁶⁶, że realizując wnioski pokontrolne NIK wypowiedział SP ZOZ Lotnicze Pogotowie Ratunkowe umowę z dnia 31 grudnia 2004 r. o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - ratownictwo i transport medyczny.

3.2.2.5. Roszczenia wobec Funduszu z tytułu realizacji tzw. „ustawy 203”

W 2003 r. do sądów skierowanych zostało 141 spraw z powodu niewypłacenia podwyżek z tytułu tzw. „ustawy 203”⁶⁷, w których pozwany był Fundusz. Kwota roszczeń wynosiła łącznie 1.065.072 tys. zł.

⁶⁴ Ustawa z dnia 6 grudnia 2002 r. o świadczeniu usług ratownictwa medycznego (Dz. U. Nr 241, poz. 2073), zwana dalej „ustawą o usługach ratowniczych”; art. 5 ust. 4 ustawy stanowi „Jednostki lotniczego pogotowia ratunkowego są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia”.

⁶⁵ Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.), ustawa o NFZ, ustawa z dnia 25 lipca 2001 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 113, poz. 1207 ze zm.), ustawa o usługach ratowniczych.

⁶⁶ Pismo Prezesa NFZ z dnia 8.06.2005 r. nt. realizacji wniosków pokontrolnych NIK.

⁶⁷ Por. art. 4a ustawy z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. z 1995 r. Nr 1, poz. 2 ze zm.), zwanej dalej „ustawą 203”, zgodnie z którą pracownikom samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przysługuje od dnia 1 stycznia 2001 r. przyrost przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, nie niższy niż 203 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy, łącznie ze skutkami wzrostu wszystkich składników wynagrodzenia.

Wg stanu na 30 czerwca 2004 r. wartość roszczeń świadczeniodawców wzrosła prawie 2-krotnie (o 91,4 %) do 2.038.518 tys. zł.

3.2.2.6. Funkcjonowanie systemów informatycznych w Funduszu

W Funduszu funkcjonują systemy informatyczne dwóch firm (Kamsoft-Spin, ComputerLand). Działania 2 systemów, weryfikujących wykonanie świadczeń zdrowotnych na poziomie Centrali, z uwagi na bezpieczeństwo i jednorodność gromadzonych danych – w ocenie NIK - nie można uznać za spójne i uzasadnione ekonomicznie.

Na utrzymanie i rozwój systemu informatycznego w 2003 roku Fundusz wydał 13.806,3 tys. zł bez zgody Rady Funduszu, czym naruszył § 9 ust. 3 statutu⁶⁸, który stanowi, iż „Zarząd Funduszu jest upoważniony do podejmowania samodzielnie decyzji dotyczących nabycia prawa lub zaciągnięcia zobowiązania do wartości 5.000.000 złotych”.

Zastępca Dyrektora Biura Informatyzacji Funduszu wyjaśnił, że: „Poniesione koszty stanowią wynagrodzenie z tytułu realizacji umów zawartych przez wykonawców (Konsorcjum Kamsoft-Spin i firmę ComputerLand S.A.) z Regionalnymi Kasami Chorych i Branżową Kasą Chorych dla Służb Mundurowych przed wejściem w życie ustawy o Narodowym Funduszu Zdrowia. Zgodnie z przepisami ustawy o NFZ obowiązującej w roku 2003, wszedł on w prawa i obowiązki wynikające z tych umów i ich nie rozwiązał. Łączna kwota umów przekraczająca przytoczone upoważnienie Zarządu do zaciągania zobowiązań nie może być rozpatrywana w kontekście tego upoważnienia, ponieważ umowy zostały zawarte przed nadaniem statutu NFZ”.

Ustalono również, że w okresie 1.01. – 21.07.2004 r. obie firmy, tj. Kamsoft-Spin i ComputerLand świadczyły w Funduszu – bez formalnej podstawy – usługi tytułem utrzymania i rozwoju systemu informatycznego (tylko Kujawsko-Pomorski OW miał zawartą umowę, ważną do końca 2004 r.).

Zastępca Dyrektora Biura Informatyzacji Funduszu wyjaśnił, że: „W okresie 1.01.2004 – 21.07.2004 roku Fundusz nie płacił firmie ComputerLand S.A. i Konsorcjum Kamsoft-Spin wynagrodzenia tytułem utrzymania i rozwoju systemu informatycznego, ponieważ nie posiadał w tym okresie zawartej stosownej umowy”.

W dniu 22.07.2004 r. Prezes NFZ podpisał 4 umowy o świadczenie usług serwisu systemu informatycznego wspomagania działalności jednostek organizacyjnych NFZ: 2 umowy dotyczyły oddziałów wojewódzkich NFZ – o łącznym koszcie brutto 11.050 tys. zł (Kamsoft-Spin – 5.550 tys. zł i ComputerLand – 5.500 tys. zł) pozostałe zaś 2 umowy Centrali NFZ – o łącznym koszcie brutto 8.350 tys. zł (Kamsoft-Spin – 4.950 tys. zł i ComputerLand – 3.400 tys. zł). Łączny koszt czterech umów wyniósł 19.400 tys. zł.

⁶⁸ Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 marca 2003 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. Nr 55, poz. 481).

W 2004 r. (do 30.09.) koszty utrzymania i rozwoju systemu informatycznego wyniosły ponad 20 mln zł, tj. były o ponad 11 mln zł wyższe od kwoty określonej uchwałą Rady Funduszu nr 14/2004 z 3.06.2004 r.

Tymczasem limit na świadczenie usług systemu informatycznego dla całego Funduszu, w tym dla jego oddziałów, uchwałą Rady Funduszu – został określony na 9 mln zł.

3.2.2.7. Inne ustalenia dotyczące Funduszu

Funkcjonowanie audytu wewnętrznego w 2003 r. naruszało postanowienia zawarte w rozdziale 5 ustawy o finansach publicznych⁶⁹. Stwierdzono, iż w Centrali – pomimo zatrudnienia audytora – nie zrealizowano żadnego zadania audytowego (art. 35d ust. 1 pkt 13), nie sporządzono planu audytu wewnętrznego na 2003 r. oraz nie przedstawiono Prezesowi Funduszu w terminie – tj. do końca października 2003 r. – planu audytu na rok 2004 (art. 35f). W 6 oddziałach wojewódzkich Funduszu nie zatrudniono natomiast audytorów wewnętrznych, tym samym nie był tam prowadzony audyt wewnętrzny (art. 35e ust. 1 i 35d ust. 1 pkt 13).

Prezes Funduszu wyjaśnił: „Osoba zatrudniona na stanowisku audytora wewnętrznego w Centrali NFZ w okresie od 1 kwietnia do 30 września 2003 r. nie realizowała obowiązków w zakresie audytu wewnętrznego. W związku z zaistniałą sytuacją osoba ta przestała pełnić obowiązki audytora wewnętrznego w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia z dniem 30 września 2003 r. W okresie od 1 października do 24 listopada 2003 r. nie było w Centrali NFZ osoby zatrudnionej na stanowisku audytora wewnętrznego, co skutkowało niemożnością zrealizowania obowiązku przedstawienia planu na 2004 r. Prezesowi Funduszu w terminie ustawowym, tj. do 31 października. Plan audytu wewnętrznego na 2004 rok został podpisany i przekazany do Głównego Inspektora Audytu Wewnętrznego w dniu 8 grudnia 2003 r.”

3.2.3. Podmioty świadczące usługi zdrowotne

3.2.3.1. Zawieranie umów

W 2003 r. świadczeniodawcy realizowali usługi medyczne na podstawie umów zawartych z kasami chorych w 2002 r. Umowy te, zawarte pierwotnie na I kwartał 2003 r., zostały następnie przedłużone aneksami do końca 2003 r., a w przypadku gdy zapisy umowy uniemożliwiały jej przedłużenie lub zaistniała konieczność finansowania świadczeń dotąd nie objętych kontraktowaniem, przeprowadzano postępowanie konkursowe.

⁶⁹ Ustawa z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (j.t. Dz. U. z 2003 r. Nr 15, poz. 148 ze zm.).

W 2004 r. natomiast świadczeniodawcy udzielali świadczeń zdrowotnych na podstawie umów zawartych z oddziałami wojewódzkimi NFZ (w trybie konkursu ofert lub rokowań – przeprowadzonych w 2003 r. i pierwszych miesiącach 2004 r.).

Z uwagi jednak na ustawiczne zmiany, w latach 2002-2004, sposobu kontraktowania - przejawiające się przesunięciami różnych rodzajów świadczeń zdrowotnych pomiędzy poszczególnymi ich grupami rodzajowymi oraz zmianami co do stosowanych jednostek rozliczeniowych świadczeń zdrowotnych - niemożliwe było porównywanie – w toku kontroli – ofert i umów z lat 2002-2003 i 2004 w ujęciu ilościowym tych świadczeń.

Jednakże wartość zakontraktowanych świadczeń na 2004 r. – w szpitalach objętych kontrolą - była z reguły mniejsza od wartości świadczeń zrealizowanych w 2003 r.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. St. Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie
Zawarty na 2004 r. kontrakt na kwotę 53,2 mln zł – w porównaniu do wykonania w 2003 r. (54,0 mln zł) – był wartościowo niższy o 1,6%.

SP ZOZ Wojewódzki Szpital w Jeleniej Górze

Wartość zawartej umowy na 2004 r. (32,8 mln zł) była o 3,8 mln zł niższa (o 11,6 %) od wartości umowy zawartej na 2003 r. (36,6 mln zł) i o 5,1 mln zł niższa od faktycznie wykonanych świadczeń w 2003 r. (37,9 mln zł).

3.2.3.2. Dostępność świadczeń

Pacjenci nie zawsze niezwłocznie mogli uzyskać, z wyjątkiem przypadków nagłych, pomoc medyczną jakiej wymagał ich stan zdrowia, i to zarówno w zakresie opieki stacjonarnej, jak i ambulatoryjnej. Czas oczekiwania na świadczenie w obu przypadkach wynosił od kilku dni do nawet 3 lat.

Szpital Wojewódzki we Włocławku

W okresie od czerwca do września 2004 r. pacjenci oczekiwali na hospitalizację w 11 spośród 24 oddziałów oraz na poradę w 9 spośród 15 poradni specjalistycznych Szpitala; np. w oddziale Urologii – okres oczekiwania wynosił 75 dni, Okulistyki – 60 dni, w poradni neurologicznej i Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – 90 dni. Główną przyczyną długiego okresu oczekiwania pacjentów na świadczenia medyczne było przekroczenie limitów przyjęć.

Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie

Wg stanu na 31 grudnia 2003 r. na świadczenia planowe oczekiwało 1975 ubezpieczonych, a średni czas oczekiwania wahał się od 5 dni (Oddział Chorób Wewnętrznych) do 175 dni (Oddział Laryngologiczny).

Wg stanu na 31 sierpnia 2004 r. na świadczenia planowe oczekiwało natomiast 1024 ubezpieczonych, a średni czas oczekiwania wahał się od 13 dni (Oddział Neurologiczny) do 180 dni (Oddział Okulistyczny).

Najwięcej osób oczekiwało na zabiegi planowe w Oddziale Okulistycznym, odpowiednio 929 – w 2003 r. i 454 – w 2004 r.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie

W okresie od stycznia do lipca 2004 r. - spośród 16 oddziałów szpitalnych – aż w 13 pacjenci oczekiwali na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Najdłuższy średni czas oczekiwania na przyjęcie do Szpitala odnotowano na oddziałach: Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej (od 286 do 358 dni), Kardiologii (od 15 do 239 dni), Chirurgii Ogólnej i Okulistyki (od 14 do 60 dni).

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Korczaka w Słupsku

Na hospitalizację, w 16 spośród 19 oddziałów Szpitala, oczekiwało 1320 pacjentów (wg stanu na 31 sierpnia 2004 r.). Czas oczekiwania kształtował się od 2 dni w Oddziale Chorób Wewnętrznych do 872 dni w Oddziale Ortopedii i Hematologii. Podejmowane kilkakrotnie przez Szpital próby renegotjacji z Oddziałem NFZ umowy w celu zwiększenia liczby zakontraktowanych świadczeń i wartości ich finansowania były bezskuteczne.

SP Szpital Kliniczny im. dr Jurasza w Bydgoszczy

Tylko na 4 oddziałach szpitalnych – spośród 20 – pacjenci byli przyjmowani na bieżąco. Na pozostałych czas oczekiwania wynosił od 1 tygodnia do 3 lat. Najdłużej na przyjęcie oczekiwali pacjenci Oddziału Chorób Oczu – ok. 10 miesięcy, Rehabilitacji – 1 rok i Ortopedii – od 1 do 3 lat.

Świadczeniodawcy zobowiązani byli do prowadzenia rejestrów pacjentów oraz przekazywania oddziałom wojewódzkim NFZ informacji o liczbie osób oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych⁷⁰.

Nie wszyscy ordynatorzy oddziałów szpitalnych opracowali jednak kryteria medyczne stanowiące podstawę do ustalania kolejności przyjęć, kiedy nie było możliwe przyjęcie pacjenta w dniu zgłoszenia się.

Niektórzy świadczeniodawcy prowadzili dokumentację (rejestry) pacjentów oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych w sposób uniemożliwiający ustalenie faktycznego okresu oczekiwania na hospitalizację, realnej przyczyny oczekiwania, liczby odmów wynikających z ograniczenia lub przekroczenia limitu liczbowego świadczeń lub limitu środków finansowych (w ujęciu miesięcznym lub rocznym), a także liczby skierowań do innych podmiotów – w przypadku braku możliwości udzielenia świadczenia. Nierzetelne prowadzenie rejestrów oczekujących na udzielenie świadczenia lub jego odmowę powodowało, że w meldunkach przekazywanych oddziałom wojewódzkim świadczeniodawcy wykazywali dane niezgodne ze stanem faktycznym.

SP ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim

Ordynatorzy oddziałów Chirurgii i Rehabilitacji nie opracowali ww. kryteriów medycznych stanowiących podstawę do ustalenia kolejności przyjęć pacjentów do Szpitala.

⁷⁰ Por. § 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2003 r. w sprawie ogólnych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych oraz trybu wyboru przez ubezpieczonego lekarza poz, pielęgniarki i położnej poz (Dz. U. Nr 63, poz. 589).

SP ZOZ Wojewódzki Szpital w Jeleniej Górze

Nierzetelnie sporządzał miesięczne meldunki z poszczególnych oddziałów o liczbie ubezpieczonych oczekujących na udzielenie świadczenia i czasie oczekiwania na ich udzielenie. Wg danych zawartych w rejestrach, liczba pacjentów oczekujących np. w Oddziale Ortopedyczno-Urazowych wynosiła 382 osoby, w Oddziale Okulistycznym – 353, a Urologicznym – 127 osób. W sporządzonych meldunkach wykazano natomiast odpowiednio: 230, 269 i 165 osób. Podobnie średni czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w tych oddziałach – wg meldunku – wynosił „zaledwie” 120 dni, a wg rejestrów prowadzonych przez oddziały od ponad roku do 872 dni.

Nie wszyscy świadczeniodawcy przekazywali oddziałom wojewódzkim Funduszu od kwietnia 2003 r. comiesięczne informacje o liczbie ubezpieczonych oczekujących na udzielenie świadczenia i czasie oczekiwania na te świadczenia⁷¹.

Szpital Wojewódzki we Włocławku

Szpital zaczął przekazywać oddziałowi Funduszu powyższe informacje dopiero od czerwca 2004 r.

SP Szpital Kliniczny im. dr. Jurasza w Bydgoszczy

Do końca czerwca 2004 r. Szpital nie przekazywał do Oddziału NFZ comiesięcznych informacji o liczbie ubezpieczonych oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych i czasie oczekiwania.

3.2.3.3. Realizacja prawa pacjenta do wolnego wyboru świadczeniodawcy

Szpitaly przestrzegały praw pacjenta do swobodnego wyboru świadczeniodawcy⁷². Limity określone umowami nie wpływały na ograniczenie dostępności do usług medycznych osób ubezpieczonych, w tym spoza terenu działania danego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Respektowanie tych praw wpływało na przekroczenie limitu wykonania świadczeń zdrowotnych określonego w umowach. Nie wszystkie świadczenia ponadlimitowe dotyczyły przypadków ratujących życie.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Korczaka w Słupsku

Wartość świadczeń ponadlimitowych w roku 2003 wyniosła 3,6 mln zł, a za 8 miesięcy 2004 r. – 4,4 mln zł. Świadczenia te nie zostały sfinansowane przez Oddział NF, mimo iż niektóre z nich – według Szpitala - dotyczyły przypadków ratujących życie.

⁷¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2003 r. w sprawie ogólnych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych oraz trybu wyboru przez ubezpieczonego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 63, poz. 589); weszło w życie z dniem 15 kwietnia 2003 r.; § 4 ust. 2 pkt 3 stanowi, że świadczeniodawca comiesięcznie przekazuje Funduszowi informacje o liczbie ubezpieczonych oczekujących na udzielenie świadczenia i czasie oczekiwania.

⁷² Por. art. 4 ustawy o NFZ.

Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie

W roku 2003 i 2004 (wg stanu na 31.08.2004 r.) kwota wykonania świadczeń zdrowotnych ponad poziom określony umowami wynosiła odpowiednio 530,2 tys. zł i 1.366,8 tys. zł. Kwoty te – według Szpitala - dotyczyły m. in. świadczeń ratujących życie.

Na koniec kwietnia 2004 r. przekroczenie limitu hospitalizacji w Oddziale Kardiologicznym i Urologicznym stanowiło odpowiednio 162,6 % i 239,5 % liczby chorych w analogicznym okresie 2003 r.

SP Szpital Kliniczny im. dr. Jurasza w Bydgoszczy

W 2004 r. (na przykładzie miesiąca kwietnia) wartość wykonanych hospitalizacji była większa od 1/12 kontraktu, np. na Oddziale Chirurgii – o 34 %, Neurologii – o 6 %, Kardiologii – o 38 %, Chorób Wewnętrznych – o 45 %, Neurologii – o 111 %. Łączna wartość świadczeń ponadlimitowych (niezapłaconych) wykonanych w okresie styczeń-sierpień 2004 r. wyniosła 18,8 mln zł, z czego 97,7 % (18,3 mln zł) Szpital uznał za przypadki ratujące życie.

W 2003 r. wartość wykonanych i niezapłaconych świadczeń ponadlimitowych wyniosła 18,8 mln zł, z czego 92,4 % (17,4 mln zł) Szpital uznał za ratujące życie.

3.2.3.4. Rozliczenia za wykonane usługi

Stwierdzono zakłócenia w przepływie środków za wykonane usługi zdrowotne. Świadczeniodawcy, pomimo zadłużenia oraz braku płynności finansowej, z reguły nie występowali z roszczeniami do Funduszu o zapłatę odsetek z tytułu zwłoki w regulowaniu należności.

Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie

W roku 2003 Fundusz przekazał Szpitalowi w terminie tylko 77,75 % należnej kwoty, natomiast pozostałe 22,25 % (8.586,7 tys. zł) z opóźnieniem od 30 do 120 dni.

W okresie 8 miesięcy 2004 r. Szpital otrzymał w terminie tylko 74,51 %, a pozostałe 25,45 % (6.536 tys. zł) z opóźnieniem do 35 dni.

Szpital nie naliczał Funduszowi odsetek za należności przeterminowane.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. St. Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie

Za świadczenia wykonane w 2003 r. Lubelski OW zrefundował 135 faktur (tj. 82,3 % wszystkich 164 faktur) z opóźnieniem do 73 dni, a za wykonane w 2004 r. zrefundował (do 30 sierpnia) 35 faktur (tj. 34,3 % wszystkich 102 faktur) z opóźnieniem do 44 dni.

Nienaliczone odsetki wyniosły łącznie 59,1 tys. zł (37,3 tys. zł w 2003 r. i 21,8 tys. zł w 2004 r.).

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Korczaka w Słupsku

W 2003 r. Szpital nieterminowo otrzymywał należności za zrealizowane świadczenia zdrowotne; spośród 239 faktur – 86 (36 %) uregulowanych zostało z opóźnieniem, w tym za kwiecień – od 52 do 72 dni, a w okresie od maja do grudnia – od 9 do 65 dni. Szpital wyegzekwował od Oddziału NFZ odsetki w kwocie 131,0 tys. zł.

W 2004 r. należności za zrealizowane świadczenia Szpital otrzymywał terminowo.

3.2.3.5. Sytuacja finansowa świadczeniodawców w okresie funkcjonowania Funduszu

W okresie objętym kontrolą tj. w latach 2003 – 2004 w niektórych kontrolowanych szpitalach zobowiązania wzrosły nawet o 80%.

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. St. Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie

Na dzień 30 września 2004 r. zobowiązania Szpitala wynosiły 62,1 mln zł, w tym wymagalne 44,2 mln zł (71,2 %). M. in.: wobec pracowników zobowiązania wynosiły – 22,4 mln zł (36 %), publiczno-prawne – 12,9 mln zł (20,8 %), w tym ZUS – 11,6 mln zł (18,6 %), z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych – 11,4 mln zł (18,4 %). W okresie funkcjonowania Funduszu (kwiecień 2003 r. – wrzesień 2004 r.) zobowiązania ogółem wzrosły o 17,6 mln zł, tj. o 40,0 %.

SP ZOZ Wojewódzki Szpital w Jeleniej Górze

Wg stanu na 30 kwietnia 2003 r. zadłużenie wynosiło 32,8 mln zł i wzrosło do końca sierpnia 2004 r. do 61,5 mln zł, tj. o 87,4 %, w tym zadłużenie wymagalne z 20,7 mln zł do 53,4 mln zł, tj. aż o 158,1 %. Jedną z przyczyn wzrostu zobowiązań była nie pełna (z powodu braku środków finansowych) realizacja podwyżek z tzw. „ustawy 203”.

4. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po jego zakończeniu

Kierownicy skontrolowanych jednostek nie skorzystali z przysługującego im⁷³ prawa zgłoszenia zastrzeżeń do ustaleń opisanych w protokołach kontroli – wszystkie protokoły zostały podpisane bez zastrzeżeń.

Ustalenia kontroli oraz wynikające z nich propozycje wniosków pokontrolnych omówione zostały na 6 naradach pokontrolnych.

W wyniku kontroli skierowano⁷⁴ 50 wystąpień pokontrolnych, zawierających uwagi, oceny oraz wnioski w sprawie usunięcia stwierdzonych nieprawidłowości, z tego 49 do kierowników jednostek kontrolowanych i 1 do organów nadzorujących jednostki kontrolowane.

Adresaci 45 wystąpień pokontrolnych nie skorzystali z przysługującego im⁷⁵ prawa zgłoszenia zastrzeżeń w sprawie zawartych w wystąpieniach ocen, uwag i wniosków. Zastrzeżenia zgłosili adresaci 5 wystąpień: Minister Zdrowia, Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia (2) oraz dyrektorzy 2 szpitali, tj. SP Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie i Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie.

Zastrzeżenia Ministra Zdrowia Kolegium NIK oddaliło w całości. Zastrzeżenia zgłoszone przez Prezesa NFZ do wystąpienia po kontroli Centrali NFZ NIK oddaliła w całości, natomiast zastrzeżenia do wystąpienia po kontroli Dolnośląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ wpłynęły po terminie i NIK odmówiła ich przyjęcia. Zastrzeżenia dyrektora SP Centralnego Szpitala Klinicznego w Warszawie NIK uwzględniła w części

⁷³ Por. art. 55 ust. 1 i art. 56 ust. 1 ustawy o NIK.

⁷⁴ Tamże – art. 60.

⁷⁵ Tamże – art. 61 ust. 1.

dotyczącej 1 oceny, natomiast 2 pozostałe – oddaliła w całości. Zastrzeżenia dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Częstochowie NIK oddaliła w całości.

W wystąpieniu pokontrolnym skierowanym do Ministra Zdrowia NIK wносиła o: ograniczenie zlecania zadań do przypadków, gdy ich wykonanie wykracza poza kompetencje i kwalifikacje zatrudnionych osób, a także nie mieści się w statutowych i regulaminowych zadaniach jednostek organizacyjnych Ministerstwa, kierowanie się zasadą oszczędnego gospodarowania środkami publicznymi przy zlecaniu zadań, zwiększenie nadzoru i kontroli nad funkcjonowaniem systemu ubezpieczenia zdrowotnego, podjęcie działań organizacyjnych umożliwiających terminowe zatwierdzanie planów oraz sprawozdań finansowych NFZ, zaprzestanie wydatkowania środków budżetowych na realizację świadczeń zdrowotnych przewidzianych do finansowania ze środków NFZ.

W wystąpieniu pokontrolnym skierowanym do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia NIK wносиła o: zaprzestanie finansowania jednostek lotniczego pogotowia ratunkowego ze środków Funduszu, niepłacenie za świadczenia zdrowotne nie objęte umowami ze świadczeniodawcami, przestrzeganie ustalonych cen kontraktowanych jednostek rozliczeniowych świadczeń zdrowotnych, terminowe regulowanie zobowiązań oraz zaprzestanie płacenia zaliczek na realizację umów o świadczenia zdrowotne, podejmowanie działań zmierzających do zwiększenia częstotliwości kontroli świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz aptek.

Wnioski skierowane do dyrektorów szpitali dotyczyły m. in.: określenia rzeczywistych kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych, realnego planowania wielkości ich wykonania w okresach objętych kontraktem, prowadzenia rejestrów ubezpieczonych oczekujących na świadczenie zdrowotne, przekazywanie oddziałom wojewódzkim NFZ comiesięcznych informacji o liczbie osób ubezpieczonych oczekujących na udzielenie świadczenia i czasie oczekiwania.

W wyniku ujawnienia faktów wskazujących na naruszenie dyscypliny finansów publicznych NIK skierowała 1 zawiadomienie o naruszeniu dyscypliny budżetowej obejmujące 2 osoby⁷⁶.

W związku z nieprawidłowościami ujawnionymi w toku kontroli jednego z oddziałów NFZ NIK podjęła działania w trybie art. 60 ust. 3 wobec jego dyrektora, wskazując na niezasadność zajmowania przez niego stanowiska.

⁷⁶ Por. art. 138 ust. 1 pkt 8 i 11 ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o finansach publicznych (j.t. Dz. U. Z 2003 r. Nr 15, poz. 148 ze zm.)

W wyniku kontroli uzyskano rezultaty finansowe w kwocie 9.130.434,2 tys. zł, w tym: kwota wydatkowana z naruszeniem prawa – 9.068.729,2 tys. zł, uszczuplenia w dochodach – 30.835,8 tys. zł, inne nieprawidłowości finansowe – 17.967,1 tys. zł.

NIK podjęła działania w celu odzyskania 12.902,1 tys. zł. Wg stanu na 13 czerwca 2005 r. odzyskano 36,1 tys. zł.

5. Załączniki

Załącznik Nr 1	Wykaz jednostek objętych kontrolą
Załącznik Nr 2	Wyniki finansowe kas chorych za 2002 r. i w I kwartale 2003 r.
Załącznik Nr 3	Sytuacja finansowa kas chorych na koniec 2002 r.
Załącznik Nr 4	Sytuacja finansowa kas chorych w I kwartale 2003 r.
Załącznik Nr 5	Umowy na świadczenia zdrowotne zawarte przez kasy chorych na 2003 r.
Załącznik Nr 6	Wykonanie kosztów świadczeń zdrowotnych przez kasy chorych za I kwartał 2003 r. (wg rodzajów świadczeń)
Załącznik Nr 7	Wykonanie kosztów świadczeń zdrowotnych przez kasy chorych za I kwartał 2003 r. (wg kas chorych)
Załącznik Nr 8	Wynik finansowy Funduszu za 2003 r.
Załącznik Nr 9	Podział środków finansowych dla oddziałów wojewódzkich NFZ wg algorytmów w 2003 r.
Załącznik Nr 10	Podział środków finansowych dla oddziałów wojewódzkich NFZ wg algorytmów w 2004 r. (do 30.09.)
Załącznik Nr 11	Procentowy podział środków finansowych ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne na jednostki organizacyjne Funduszu w 2003 r.
Załącznik Nr 12	Procentowy podział środków finansowych ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne na jednostki organizacyjne Funduszu w 2004 r. (do 30.09.)
Załącznik Nr 13	Wykaz osób odpowiedzialnych za utworzenie i funkcjonowanie NFZ
Załącznik Nr 14	Ważniejsze akty normatywne dotyczące kontrolowanej działalności
Załącznik Nr 15	Wykaz organów, którym przekazano Informację o wynikach kontroli

Wykaz jednostek objętych kontrolą

1. Departament Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia
 - Ministerstwo Zdrowia
 - Narodowy Fundusz Zdrowia - Centrala
2. Delegatura NIK w Białymstoku
 - Podlaski OW NFZ
 - Szpital Wojewódzki im. Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Łomży
 - Dziecięcy Szpital Kliniczny im. dr. L. Zamenhofs Akademii Medycznej w Białymstoku
 - Szpital Ogólny w Wysokiem Mazowieckiem
3. Delegatura NIK w Bydgoszczy
 - Kujawsko-Pomorski OW NFZ
 - Szpital Wojewódzki we Włocławku
 - Wojewódzki Szpital Dziecięcy w Toruniu
 - SP Szpital Kliniczny im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy
4. Delegatura NIK w Gdańsku
 - Pomorski OW NFZ
 - Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie
 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Korczaka w Słupsku
 - Szpital Specjalistyczny im. J.K. Łukowicza w Chojnicach
5. Delegatura NIK w Katowicach
 - Śląski OW NFZ
 - SP Szpital Kliniczny Nr 7 Śląskiej Akademii Medycznej Górnośląskiego Centrum Medycznego w Katowicach
 - Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Cieszynie
 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w Częstochowie
6. Delegatura NIK w Kielcach
 - Świętokrzyski OW NFZ
 - SP ZOZ w Ostrowcu Świętokrzyskim
 - ZOZ Szpital Specjalistyczny Św. Łukasza w Końskich
 - ZOZ w Busku-Zdroju
7. Delegatura NIK w Krakowie
 - Małopolski OW NFZ
 - SP ZOZ im. Jędrzeja Śniadeckiego w Nowym Sączu
 - Szpital Wojewódzki im. Św. Łukasza – SP ZOZ w Tarnowie
 - Uniwersytecki Szpital Dziecięcy w Krakowie

8. Delegatura NIK w Lublinie
 - Lubelski OW NFZ
 - Dziecięcy Szpital Kliniczny w Lublinie
 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. St. Kardynała Wyszyńskiego w Lublinie
 - SP ZOZ w Puławach
9. Delegatura NIK w Łodzi
 - Łódzki OW NFZ
 - SP ZOZ Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. N. Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
 - SP ZOZ w Pabianicach
 - Szpital Wojewódzki im. Jana Pawła II w Bełchatowie
10. Delegatura NIK w Olsztynie
 - Warmińsko-Mazurski OW NFZ
 - Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie
 - Szpital Powiatowy im. J. Mikulicza w Biskupcu
 - Szpital Powiatowy im. Jana Pawła II w Bartoszycach
11. Delegatura NIK w Opolu
 - Opolski OW NFZ
 - SP ZOZ w Kędzierzynie-Koźlu
 - Szpital Wojewódzki w Opolu
 - ZOZ w Nysie
12. Delegatura NIK w Warszawie
 - Mazowiecki OW NFZ
 - Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku
 - Radomski Szpital Specjalistyczny im. T. Chałubińskiego w Radomiu
 - SP Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie
13. Delegatura NIK we Wrocławiu
 - Dolnośląski OW NFZ
 - SP ZOZ Szpital Wojewódzki w Jeleniej Górze
 - SP Szpital Kliniczny Nr 1 we Wrocławiu
 - Wojewódzki Szpital im. J. Babińskiego we Wrocławiu

Wyniki finansowe kas chorych za 2002 r. i w I kwartale 2003 r.

w tys. zł

Wyszczególnienie	Wynik finansowy	
	za 2002 r.	za I kwartał 2003 r.
RAZEM	-654 061	-133 167
w tym:		
Dolnośląska	-136 462	-9 736
Kujawsko-Pomorska	-49 801	23 519
Lubelska	-11 077	-19 840
Lubuska	-4 497	2 593
Łódzka	-16 676	-4 839
Małopolska	-15 073	10 269
Mazowiecka	-98 945	-22 029
Opolska	-14 849	-8 973
Podkarpacka	2 504	1 329
Podlaska	5 625	396
Pomorska	-179 696	-17 175
Śląska	-163 339	2 719
Świętokrzyska	-34 095	-11 531
Warmińsko-Mazurska	7 063	-11 647
Wielkopolska	-34 134	-16 811
Zachodniopomorska	-45 671	-37 803
Branżowa	135 062	-13 608

Źródło: dane z protokołów kontroli Ministerstwa Zdrowia i Centrali NFZ

Załącznik Nr 3**Sytuacja finansowa kas chorych na koniec 2002 r.**

(stan środków pieniężnych, należności i zobowiązań na dzień 31 grudnia 2002 r.)

(w tys. zł)

	Kasa chorych	Środki pieniężne	Należności	Zobowiązania	Fundusz rezerwowy	Zobowiązania krótkoterminowe	Zobowiązania długoterminowe
01 R	Dolnośląska	1 587	137 149	252 323	0	199 806	52 517
02 R	Kujawsko-Pomorska	40 821	91 381	163 108	36 201	119 132	43 976
3 R	Lubelska	7 233	130 999	194 463	1 263	146 159	48 304
4 R	Lubuska	23 246	38 024	94 002	2 067	82 254	11 748
5 R	Łódzka	65 788	118 104	215 295	0	185 666	29 629
6 R	Małopolska	135 708	140 420	217 067	76 463	158 974	58 093
7 R	Mazowiecka	134 144	294 561	443 797	135 488	385 211	58 586
8 R	Opolska	10 347	46 433	78 972	19 452	55 646	23 326
9 R	Podkarpacka	60 322	78 736	123 249	43 720	85 368	37 881
10 R	Podlaska	11 341	48 401	95 152	28 618	68 090	27 062
11 R	Pomorska	9 051	100 419	280 588	4 437	229 946	50 642
12 R	Śląska	177 124	273 959	355 846	153 863	257 269	98 577
13 R	Świętokrzyska	17 577	53 335	109 685	0	95 279	14 406
14 R	Warmińsko- Mazurska	101 063	59 513	125 393	34 775	113 882	11 511
15 R	Wielkopolska	76 062	163 949	218 710	51 539	162 384	56 326
16 R	Zachodniopomorska	26 535	71 189	154 175	6 401	136 480	17 695
17 R	Branżowa	368 979	170 405	301 714	77 206	301 714	
	RAZEM	1 266 928	2 016 977	3 423 539	671 493	2 783 260	640 279

Źródło: dane z protokołu Ministerstwa Zdrowia

Załącznik Nr 4**Sytuacja finansowa kas chorych w I kwartale 2003 r.**

(stan środków pieniężnych, należności i zobowiązań na dzień 31 marca 2003 r.)

(w tys. zł)

	Kasa chorych	Środki pieniężne	Należności	Zobowiązania	Fundusz rezerwowy	Zobowiązania krótkoterminowe	Zobowiązania długoterminowe
01 R	Dolnośląska	290	150 157	270 258	4 860	217 741	52 517
02 R	Kujawsko-Pomorska	401	98 452	138 350	977	94 374	43 976
3 R	Lubelska	208	95 667	189 888	1 298	141 681	48 207
4 R	Lubuska	8 295	41 391	86 777	3 738	75 029	11 748
5 R	Łódzka	44 829	127 868	203 928	3 003	174 226	29 702
6 R	Małopolska	80 518	153 759	217 603	82 144	183 621	33 982
7 R	Mazowiecka	21 341	323 366	416 379	9 024	369 561	46 818
8 R	Opolska	3 129	50 240	79 358	21 133	56 032	23 326
9 R	Podkarpacka	35 031	86 279	112 320	27 433	95 189	17 131
10 R	Podlaska	11 544	52 522	98 402	30 722	84 834	13 568
11 R	Pomorska	10 520	109 771	305 527	8 050	254 885	50 642
12 R	Śląska	28 088	298 100	253 655	160 732	155 050	98 605
13 R	Świętokrzyska	13 623	57 592	111 603	0	97 197	14 406
14 R	Warmińsko-Mazurska	72 621	61 572	105 839	37 118	90 140	15 699
15 R	Wielkopolska	5 609	178 244	192 905	34 134	136 579	56 326
16 R	Zachodniopomorska	24 947	77 675	169 792	9 093	152 097	17 695
17 R	Branżowa	327 048	187 070	292 075	83 870	292 075	
	RAZEM	688 042	2 149 725	3 244 659	517 329	2 670 311	574 348

Źródło: dane z protokołu kontroli Ministerstwa Zdrowia

Umowy na świadczenia zdrowotne zawarte przez kasy chorych na 2003 r.

(stan na dzień 31.03.2003 r.)

w tys. zł

L.p.	Kasa chorych	Plan kosztów świadczeń zdrowotnych na 2003 r. (bez leków)	Wartość zawartych umów na 2003 r. (bez leków)	Kol.4 : Kol.3 (w %)
1	2	3	4	5
1	Dolnośląska	1 492 291	437 045	29.29%
2	Kujawsko-Pomorska	1 053 480	645 619	61.28%
3	Lubelska	1 134 977	952 190	83.90%
4	Lubuska	521 913	123 603	23.68%
5	Łódzka	1 310 382	1 201 884	91.72%
6	Małopolska	1 696 379	392 525	23.14%
7	Mazowiecka	2 962 856	814 780	27.50%
8	Opolska	525 593	143 026	27.21%
9	Podkarpacka	1 161 684	766 957	66.02%
10	Podlaska	640 282	241 215	37.67%
11	Pomorska	1 103 854	707 161	64.06%
12	Śląska	2 830 959	896 366	31.66%
13	Świętokrzyska	689 350	144 176	20.91%
14	Warmińsko-Mazurska	801 589	595 556	74.30%
15	Wielkopolska	1 887 772	1 192 877	63.19%
16	Zachodniopomorska	760 051	191 307	25.17%
17	Branżowa	1 607 459	1 357 139	84.43%
	Ogółem	22 180 871	10 803 426	48.71%

Źródło: dane z protokołu kontroli Ministerstwa Zdrowia (większość kas chorych wg stanu na dzień 31 marca 2003 r. miała umowy zawarte tylko na I kwartał 2003 r.).

**Wykonanie kosztów świadczeń zdrowotnych
przez kasy chorych za I kwartał 2003 roku**
(wg rodzajów świadczeń)

(w tys. zł)

Wyszczególnienie:	Wykonanie I kw. 2002 r.	Plan I kw. 2003 r.	Wykonanie I kw. 2003 r.	Kol.4: Kol.3 (w %)	Kol.4: Kol.2 (w %)
1	2	3	4	5	6
Koszty świadczeń zdrowotnych ogółem, w tym:	6 716 455	6 995 683	7 100 455	101.50%	105.72%
podstawowa opieka zdrowotna	850 122	826 377	838 185	101.43%	98.60%
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	441 865	488 452	459 695	94.11%	104.04%
lecznictwo szpitalne	2 701 381	2 895 289	2 997 973	103.55%	110.98%
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	179 174	191 290	192 171	100.46%	107.25%
rehabilitacja lecznicza	93 205	119 233	109 459	91.80%	117.44%
opieka długoterminowa	92 491	111 591	105 731	94.75%	114.31%
leczenie stomatologiczne	249 753	241 940	232 711	96.19%	93.18%
lecznictwo uzdrowiskowe	78 415	82 554	78 664	95.29%	100.32%
pomoc doraźna i transport sanitarny	220 284	230 876	233 434	101.11%	105.97%
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej realizowanych ze środków Kasy Chorych	23 418	22 440	14 756	65.76%	63.01%
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	162 394	256 396	242 926	94.75%	149.59%
zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	61 581	84 079	83 786	99.65%	136.06%
refundacja cen leków	1 548 539	1 429 272	1 500 702	105.00%	96.91%
koszty nie wymienionych wyżej świadczeń zdrowotnych	11 554	13 060	8 077	61.85%	69.91%
inne koszty związane ze świadczeniami zdrowotnymi	2 279	2 834	2 185	77.10%	95.88%

Źródło: dane z protokołu kontroli Ministerstwa Zdrowia

**Wykonanie kosztów świadczeń zdrowotnych
przez kasy chorych za I kwartał 2003 roku
(według kas chorych)**

w tys. zł

Wyszczególnienie	Wykonanie I kw. 2002 r.	Plan I kw. 2003 r.	Wykonanie I kw. 2003 r.	Kol.4 : Kol.3 (w %)	Kol.4 : Kol.2 (w %)
1	2	3	4	5	6
RAZEM w tym:	6 716 455	6 995 683	7 100 455	101.50%	105.72%
Dolnośląska	490 336	480 475	483 762	100.68%	98.66%
Kujawsko-Pomorska	332 706	335 530	339 619	101.22%	102.08%
Lubelska	355 177	357 043	372 456	104.32%	104.86%
Lubuska	146 769	161 440	166 017	102.84%	113.11%
Łódzka	423 254	426 098	428 239	100.50%	101.18%
Małopolska	533 084	543 470	531 130	97.73%	99.63%
Mazowiecka	863 620	926 185	957 108	103.34%	110.83%
Opolska	168 465	168 898	171 475	101.53%	101.79%
Podkarpacka	336 944	353 109	367 426	104.05%	109.05%
Podlaska	179 945	195 974	197 289	100.67%	109.64%
Pomorska	345 443	351 177	367 231	104.57%	106.31%
Śląska	947 761	889 193	846 050	95.15%	89.27%
Świętokrzyska	212 714	226 781	228 008	100.54%	107.19%
Warmińsko-Mazurska	229 813	243 272	242 524	99.69%	105.53%
Wielkopolska	577 244	585 568	609 590	104.10%	105.60%
Zachodniopomorska	260 403	246 605	283 716	115.05%	108.95%
Branżowa	312 777	504 865	508 815	100.78%	162.68%

Źródło: dane z protokołu kontroli Ministerstwa Zdrowia

Załącznik Nr 8

Wynik finansowy Funduszu za 2003 r.

Jednostka organizacyjna	Plan kosztów świadczeń zdrowotnych i administracyjnych (zwiększony o koszty poboru i zmniejszony o wyrównanie finansowe)	Zrealizowane przychody ze składek z roku bieżącego i z lat ubiegłych	Różnica pomiędzy zrealizowanymi przychodami ze składek a planowanymi kosztami (3-2)	Wynik finansowy narastająco	Wynik finansowy przy nieuwzględnieniu przekroczeń w kosztach refundacji leków	Nadwyżka ujemnego wyniku finansowego (z wyłączeniem przekroczeń kosztów refundacji leków) nad niedoborem składek
1	2	3	4	5	6	7=6-4
Centrala NFZ	78 021 00	59 297 38	-18 723 62	4 507 94	-4 312 06	
Dolnośląski OW	1 605 002 00	1 597 386 23	-7 615 77	-30 367 67	6 964 12	
Kujawsko-Pomorski OW	1 142 010 00	1 136 280 18	-5 729 82	-36 859 93	-6 345 40	-615,58
Lubelski OW	1 167 721 00	1 161 541 27	-6 179 73	-38 100 92	-4 424 10	
Lubuski OW	547 895 00	544 760 13	-3 134 87	-20 140 99	-4 516 20	-1 381,33
Łódzki OW	1 432 864 00	1 424 973 16	-7 890 84	-47 070 48	-5 424 93	
Małopolski OW	1 828 717 00	1 819 125 15	-9 591 85	-54 832 85	-6 839 96	
Mazowiecki OW	3 523 229 00	3 517 144 14	-6 084 86	-113 946 40	-57 809 51	-51 724,85
Opolski OW	522 418 00	519 392 59	-3 025 41	-8 212 66	145 06	
Podkarpacki OW	1 089 061 00	1 084 107 73	-4 953 27	-36 224 54	1 131 89	
Podlaski OW	662 477 00	659 059 17	-3 417 83	-14 614 63	1 916 27	
Pomorski OW	1 178 479 00	1 170 031 29	-8 447 71	-78 628 26	-29 139 35	-20 691,64
Śląski OW	2 881 714 00	2 867 857 99	-13 856 01	1 501 21	34 654 54	
Świętokrzyski OW	682 298 00	678 641 65	-3 656 35	-14 277 80	-1 905 00	
Warmińsko-Mazurski OW	798 141 00	794 374 09	-3 766 91	242 88	20 671 06	
Wielkopolski OW	1 882 667 00	1 873 238 07	-9 428 93	-42 134 14	15 793 02	
Zachodniopomorski OW	880 478 00	875 837 20	-4 640 80	-78 599 91	-50 076 50	-45 435,70
RAZEM	21 803 192,00	21 783 047,42	-120 144,58	-607 759,15	-89 517,05	X

Źródło: protokół kontroli Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia

Załącznik Nr 9

Podział środków finansowych dla oddziałów wojewódzkich NFZ wg algorytmów w 2003 r.

w tys. zł

Lp.	Jednostka organizacyjna	Miesiąc																		2003
		Kwiecień		Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień		Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień		
		5/2003	%	5/2003	%	5/2003	%	5/2003	%	5/2003	%	194/2003	%	194/2003	%	194/2003	%	194/2003	%	
1	Centrala	-	1,58	-	1,02	-	0,67	-	-0,95	-	0,45	0,4288 %	0,45	0,4288 %	1,00	0,4288 %	0,85	0,4288 %	-2,39	0.27
2	Dolnośląski OW	7.6795	7,41	7.6795	7,43	7.6795	7,42	7.6795	7,08	7.6795	7,34	7,3415 %	7,34	7,3415 %	7,30	7,3415 %	7,31	7,3415 %	7,38	7.33
3	Kujawsko-Pomorski OW	4.9436	5,15	4.9436	5,15	4.9436	5,35	4.9436	5,13	4.9436	5,20	5,2016 %	5,20	5,2016 %	5,17	5,2016 %	5,18	5,2016 %	5,40	5.22
4	Lubelski OW	4.9326	5,50	4.9326	5,50	4.9326	5,53	4.9326	4,78	4.9326	5,33	5,3290 %	5,33	5,3290 %	5,30	5,3290 %	5,31	5,3290 %	5,44	5.33
5	Lubuski OW	2.7037	2,60	2.7037	2,60	2.7037	2,59	2.7037	2,17	2.7037	2,49	2,4899 %	2,49	2,4899 %	2,47	2,4899 %	2,48	2,4899 %	2,62	2.50
6	Łódzki OW	6.5820	6,56	6.5820	6,59	6.5820	6,78	6.5820	6,14	6.5820	6,52	6,5252 %	6,52	6,5252 %	6,50	6,5252 %	6,50	6,5252 %	6,76	6.55
7	Małopolski OW	8.4040	8,04	8.4040	8,07	8.4040	8,05	8.4040	9,22	8.4040	8,36	8,3606 %	8,36	8,3606 %	8,31	8,3606 %	8,32	8,3606 %	8,41	8.35
8	Mazowiecki OW	14.4822	14,16	14.4822	14,50	14.4822	14,47	14.4822	20,86	14.4822	16,05	16,0543%	16,05	16,0543 %	15,96	16,0543 %	15,99	16,0543%	17,06	16.15
9	Opolski OW	2.4826	2,51	2.4826	2,52	2.4826	2,52	2.4826	2,00	2.4826	2,39	2,3871 %	2,39	2,3871 %	2,37	2,3871 %	2,38	2,3871 %	2,40	2.38
10	Podkarpacki OW	5.4430	5,30	5.4430	5,30	5.4430	5,29	5.4430	4,04	5.4430	4,98	4,9825 %	4,98	4,9825 %	4,95	4,9825 %	4,96	4,9825 %	5,02	4.98
11	Podlaski OW	2.8646	3,10	2.8646	3,10	2.8646	3,13	2.8646	2,78	2.8646	3,03	3,0290 %	3,03	3,0290 %	3,01	3,0290 %	3,02	3,0290 %	3,05	3.03
12	Pomorski OW	5.8304	5,58	5.8304	5,61	5.8304	5,58	5.8304	4,72	5.8304	5,38	5,3774 %	5,38	5,3774 %	5,35	5,3774 %	5,35	5,3774 %	5,41	5.37
13	Śląski OW	13.7428	12,60	13.7428	12,62	13.7428	12,67	13.7428	14,36	13.7428	13,09	13,0886%	13,09	13,0886 %	13,01	13,0886 %	13,03	13,0886%	13,93	13.16
14	Świętokrzyski OW	3.1891	3,26	3.1891	3,26	3.1891	3,26	3.1891	2,67	3.1891	3,12	3,1190 %	3,12	3,1190 %	3,11	3,1190 %	3,11	3,1190 %	3,14	3.11
15	Warmińsko-Mazurski OW	3.5939	3,68	3.5939	3,68	3.5939	3,68	3.5939	3,54	3.5939	3,65	3,6509 %	3,65	3,6509 %	3,63	3,6509 %	3,63	3,6509 %	3,67	3.65
16	Wielkopolski OW	8.6867	8,67	8.6867	8,72	8.6867	8,70	8.6867	8,30	8.6867	8,60	8,6093 %	8,60	8,6093 %	8,56	8,6093 %	8,57	8,6093 %	8,65	8.60
17	Zachodniopomorski OW	4.4393	4,30	4.4393	4,33	4.4393	4,31	4.4393	3,16	4.4393	4,02	4,0253 %	4,02	4,0253 %	4,00	4,0253 %	4,01	4,0253 %	4,05	4.02

Załącznik Nr 10

Podział środków finansowych dla oddziałów wojewódzkich NFZ wg algorytmów w 2004 r. (do 30.09.)

w tys. zł

Lp.	Jednostka organizacyjna	Miesiąc																				2004
		Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień		Maj		Czerwiec (22-25.06)		Czerwiec (28.06. - 21.07.)		Lipiec		Sierpień		Wrzesień		
		12/2004 %	%	12/2004 %	%	12/2004 %	%	12/2004 %	%	12/2004 %	%	12/2004 %	%	160/2004 %	%	160/2004 %	%	160/2004 %	%	160/2004 %	%	
1	Centrala	0,5184	0.73	0,5184	9.36	0,5184	2.68	0,5184	7.30	0,5184	-1.05	0,5184	0.52	2,3673	4.21	2,3673	4.85	2,3673	-5.22	2,3673	2.81	2.88
2	Dolnośląski OW	7,3415	7.33	7,3415	6.69	7,3415	7.53	7,3415	6.95	7,3415	7.52	7,3415	7.34	7,3133	7.19	7,3133	7.13	7,3133	7.80	7,3133	7.27	7.27
3	Kujawsko-Pomorski OW	5,2101	5.20	5,2101	4.75	5,2101	5.47	5,2101	4.97	5,2101	5.44	5,2101	5.21	5,2438	5.16	5,2438	5.11	5,2438	5.59	5,2438	5.21	5.21
4	Lubelski OW	5,3695	5.36	5,3695	4.89	5,3695	5.28	5,3695	5.01	5,3695	5.64	5,3695	5.37	5,3131	5.22	5,3131	5.18	5,3131	5.67	5,3131	5.28	5.28
5	Lubuski OW	2,4956	2.49	2,4956	2.28	2,4956	2.37	2,4956	2.30	2,4956	2.47	2,4956	2.50	2,4161	2.41	2,4161	2.36	2,4161	2.59	2,4161	2.41	2.41
6	Łódzki OW	6,4651	6.46	6,4651	5.89	6,4651	6.21	6,4651	5.98	6,4651	6.75	6,4651	6.47	6,3494	6.23	6,3494	6.19	6,3494	6.78	6,3494	6.31	6.31
7	Małopolski OW	8,3702	8.32	8,3702	7.64	8,3702	8.43	8,3702	7.88	8,3702	8.53	8,3702	8.37	8,2866	8.13	8,2866	8.07	8,2866	8.83	8,2866	8.24	8.23
8	Mazowiecki OW	15,7948	15.76	15,7948	14.39	15,7948	14.67	15,7948	14.48	15,7948	15.60	15,7948	15.80	15,1988	14.88	15,1988	14.82	15,1988	16.23	15,1988	15.12	15.10
9	Opolski OW	2,4219	2.42	2,4219	2.21	2,4219	2.32	2,4219	2.24	2,4219	2.41	2,4219	2.42	2,3530	2.30	2,3530	2.29	2,3530	2.51	2,3530	2.34	2.34
10	Podkarpacki OW	5,0393	5.03	5,0393	4.59	5,0393	4.98	5,0393	4.71	5,0393	5.07	5,0393	5.04	4,9496	4.86	4,9496	4.82	4,9496	5.28	4,9496	4.92	4.92
11	Podlaski OW	3,0550	3.05	3,0550	2.78	3,0550	2.92	3,0550	2.82	3,0550	3.07	3,0550	3.05	2,9717	2.91	2,9717	2.89	2,9717	3.17	2,9717	2.95	2.95
12	Pomorski OW	5,4139	5.40	5,4139	4.93	5,4139	5.34	5,4139	5.06	5,4139	5.47	5,4139	5.41	5,3194	5.22	5,3194	5.19	5,3194	5.68	5,3194	5.29	5.28
13	Śląski OW	13,0061	12.98	13,0061	11.85	13,0061	12.39	13,0061	12.02	13,0061	12.98	13,0061	13.01	12,6278	12.36	12,6278	12.31	12,6278	14.53	12,6278	12.68	12.67
14	Świętokrzyski OW	3,1637	3.16	3,1637	2.88	3,1637	3.25	3,1637	3.00	3,1637	3.39	3,1637	3.16	3,1850	3.12	3,1850	3.10	3,1850	3.39	3,1850	3.16	3.16
15	Warmińsko-Mazurski OW	3,6594	3.65	3,6594	3.33	3,6594	3.50	3,6594	3.38	3,6594	3.64	3,6594	3.66	3,5549	3.49	3,5549	3.46	3,5549	3.79	3,5549	3.53	3.53
16	Wielkopolski OW	8,5855	8.58	8,5855	7.82	8,5855	8.21	8,5855	7.94	8,5855	8.54	8,5855	8.58	8,3384	8.17	8,3384	8.13	8,3384	8.90	8,3384	8.29	8.28
17	Zachodniopomorski OW	4,0899	4.08	4,0899	3.72	4,0899	4.45	4,0899	3.96	4,0899	4.53	4,0899	4.09	4,2118	4.14	4,2118	4.10	4,2118	4.48	4,2118	4.19	4.18

Załącznik Nr 11

**Procentowy podział środków finansowych ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne
na jednostki organizacyjne Funduszu w 2003 r.**

tys. zł

Lp.	Jednostka organizacyjna	M i e s i ą c																			
		Kwiecień		Maj		Czerwiec		Lipiec		Sierpień		Wrzesień		Październik		Listopad		Grudzień		Razem	
		Kwota	%	Kwota	%	Kwota	%	Kwota	%	Kwota	%	Kwota	%	Kwota	%	Kwota	%	Kwota	%	Kwota	%
1	Centrala	37 626,2	1,58	24 332,5	1,02	15 803,4	0,67	-23 088,6	-0,95	10 475,7	0,45	10 832,8	0,45	25 062,5	1,00	20 479,7	0,85	-62 226,9	-2,39	59 297,4	0,27
2	Dolnośląski OW	175 917,5	7,41	176 702,9	7,43	174 878,9	7,42	172 193,1	7,08	169 990,5	7,34	176 307,4	7,34	182 024,4	7,30	176 815,2	7,31	192 556,3	7,38	1 597 386,2	7,33
3	Kujawsko-Pomorski OW	122 293,4	5,15	122 614,9	5,15	126 057,8	5,35	124 780,0	5,13	120 441,6	5,20	124 917,3	5,20	128 967,9	5,17	125 277,1	5,18	140 930,0	5,40	1 136 280,2	5,22
4	Lubelski OW	130 387,5	5,50	130 753,7	5,50	130 495,6	5,53	116 251,5	4,78	123 391,6	5,33	127 976,9	5,33	132 126,7	5,30	128 345,5	5,31	141 812,5	5,44	1 161 541,3	5,33
5	Lubuski OW	61 625,9	2,60	61 842,1	2,60	61 167,6	2,59	52 668,0	2,17	57 653,0	2,49	59 795,4	2,49	61 734,7	2,47	59 967,6	2,48	68 306,3	2,62	544 760,1	2,50
6	Łódzki OW	155 730,2	6,56	156 966,2	6,59	159 818,5	6,78	149 378,9	6,14	151 089,3	6,52	156 703,8	6,52	161 785,1	6,50	157 155,2	6,50	176 346,0	6,76	1 424 973,2	6,55
7	Małopolski OW	190 875,1	8,04	191 963,6	8,07	189 822,1	8,05	224 158,4	9,22	193 587,4	8,36	200 781,3	8,36	207 291,9	8,31	201 359,6	8,32	219 285,7	8,41	1 819 125,1	8,35
8	Mazowiecki OW	336 031,8	14,16	345 128,9	14,50	341 281,5	14,47	507 636,4	20,86	371 733,0	16,05	385 546,8	16,05	398 048,7	15,96	386 657,2	15,99	445 079,7	17,06	3 517 144,1	16,15
9	Opolski OW	59 584,0	2,51	59 931,6	2,52	59 370,8	2,52	48 619,6	2,00	55 272,7	2,39	57 326,6	2,39	59 185,5	2,37	57 491,7	2,38	62 610,0	2,40	519 392,6	2,38
10	Podkarpacki OW	125 636,1	5,30	126 128,9	5,30	124 861,9	5,29	98 237,5	4,04	115 368,5	4,98	119 655,6	4,98	123 535,6	4,95	120 000,2	4,96	130 683,4	5,02	1 084 107,7	4,98
11	Podlaski OW	73 618,1	3,10	73 869,7	3,10	73 692,6	3,13	67 502,9	2,78	70 135,7	3,03	72 742,0	3,03	75 100,7	3,01	72 951,5	3,02	79 446,0	3,05	659 059,2	3,03
12	Pomorski OW	132 407,9	5,58	133 543,3	5,61	131 620,8	5,58	114 929,0	4,72	124 512,3	5,38	129 139,2	5,38	133 326,7	5,35	129 511,1	5,35	141 041,0	5,41	1 170 031,3	5,37
13	Śląski OW	299 130,7	12,60	300 233,3	12,62	298 788,6	12,67	349 275,6	14,36	303 063,0	13,09	314 325,0	13,09	324 517,4	13,01	315 230,3	13,03	363 294,0	13,93	2 867 858,0	13,16
14	Świętokrzyski OW	77 518,0	3,26	77 698,5	3,26	76 983,6	3,26	65 060,7	2,67	72 219,6	3,12	74 903,3	3,12	77 332,2	3,11	75 119,1	3,11	81 806,6	3,14	678 641,6	3,11
15	Warmińsko-Mazurski OW	87 362,5	3,68	87 687,6	3,68	86 860,0	3,68	86 044,3	3,54	84 535,6	3,65	87 677,0	3,65	90 520,0	3,63	87 929,5	3,63	95 757,5	3,67	794 374,1	3,65
16	Wielkopolski OW	205 875,0	8,67	207 445,0	8,72	205 200,0	8,70	202 002,0	8,30	199 346,0	8,60	206 753,9	8,60	213 458,1	8,56	207 349,3	8,57	225 808,8	8,65	1 873 238,1	8,60
17	Zachodniopomorski OW	102 119,2	4,30	103 085,4	4,33	101 657,2	4,31	76 775,3	3,16	93 204,7	4,02	96 668,3	4,02	99 802,9	4,00	96 946,7	4,01	105 577,5	4,05	875 837,2	4,02
18	Ogółem	2 373 739,1	100,0	2 379 928,1	100,0	2 358 360,9	100,0	2 432 424,6	100,0	2 316 020,2	100,0	2 402 052,6	100,0	2 493 821,0	100,0	2 418 586,5	100,0	2 608 114,4	100,0	21 783 047,4	100,0

Załącznik Nr 12

**Procentowy podział środków finansowych
ze składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne
na jednostki organizacyjne Funduszu w 2004 r. (do 30.09.)**

w tys. zł

Lp.	Jednostka organizacyjna	M i e s i ą c																					
		Styczeń		Luty		Marzec		Kwiecień		Maj		Czerwiec (22-25.06)		Czerwiec (28.06. - 21.07.)		Lipiec		Sierpień		Wrzesień		Razem	
		Kwota	%	Kwota	%	Kwota	%	Kwota	%	Kwota	%	Kwota	%	Kwota	%	Kwota	%	Kwota	%	Kwota	%	Kwota	%
1	Centrala	18 556.9	0.73	245 212.1	9.36	70 188.8	2.68	193 426.7	7.30	-26 457.0	-1.05	986.2	0.52	101 219.4	4.21	126 757.5	4.85	-132 014.4	-5.22	72 565.6	2.81	670 441.8	2.88
2	Dolnośląski OW	185 774.2	7.33	175 168.4	6.69	197 075.2	7.53	184 365.4	6.95	189 744.2	7.52	13 964.3	7.34	172 451.5	7.19	186 353.0	7.13	197 257.1	7.80	187 769.2	7.27	1 689 922.5	7.27
3	Kujawsko-Pomorski OW	131 839.9	5.20	124 311.6	4.75	143 180.8	5.47	131 917.3	4.97	137 087.5	5.44	9 910.1	5.21	123 750.8	5.16	133 615.5	5.11	141 341.1	5.59	134 619.3	5.21	1 211 573.9	5.21
4	Lubelski OW	135 873.5	5.36	128 117.4	4.89	138 139.0	5.28	132 765.0	5.01	142 191.3	5.64	10 213.3	5.37	125 151.6	5.22	135 357.1	5.18	143 387.2	5.67	136 399.4	5.28	1 227 594.8	5.28
5	Lubuski OW	63 150.3	2.49	59 542.8	2.28	61 936.1	2.37	60 959.2	2.30	62 305.2	2.47	4 746.9	2.50	57 928.0	2.41	61 738.0	2.36	65 417.4	2.59	62 215.5	2.41	559 939.4	2.41
6	Łódzki OW	163 597.2	6.46	154 256.0	5.89	162 440.0	6.21	158 622.1	5.98	170 301.3	6.75	12 297.3	6.47	149 536.8	6.23	161 780.3	6.19	171 460.3	6.78	163 036.5	6.31	1 467 327.8	6.31
7	Małopolski OW	211 805.1	8.32	199 710.8	7.64	220 644.5	8.43	208 905.9	7.88	215 171.0	8.53	15 921.0	8.37	194 966.0	8.13	211 107.1	8.07	223 470.6	8.83	212 712.7	8.24	1 914 414.7	8.23
8	Mazowiecki OW	399 682.2	15.76	376 860.3	14.39	383 865.4	14.67	383 902.8	14.48	393 519.2	15.60	30 043.3	15.80	357 021.4	14.88	387 335.2	14.82	410 559.4	16.23	390 348.7	15.12	3 513 137.9	15.10
9	Opolski OW	61 285.4	2.42	57 786.3	2.21	60 726.8	2.32	59 372.9	2.24	60 699.7	2.41	4 606.7	2.42	55 099.8	2.30	59 906.8	2.29	63 492.3	2.51	60 372.1	2.34	543 348.8	2.34
10	Podkarpacki OW	127 517.8	5.03	120 236.1	4.59	130 263.0	4.98	124 801.2	4.71	127 918.8	5.07	9 585.3	5.04	116 554.9	4.86	126 098.2	4.82	133 510.0	5.28	127 060.7	4.92	1 143 546.0	4.92
11	Podlaski OW	77 305.8	3.05	72 889.1	2.78	76 341.6	2.92	74 824.1	2.82	77 377.5	3.07	5 810.9	3.05	69 812.1	2.91	75 698.1	2.89	80 224.1	3.17	76 285.4	2.95	686 568.7	2.95
12	Pomorski OW	136 997.0	5.40	129 174.6	4.93	139 690.0	5.34	134 041.6	5.06	138 024.5	5.47	10 297.8	5.41	125 279.9	5.22	135 532.7	5.19	143 571.5	5.68	136 576.2	5.29	1 229 185.8	5.28
13	Śląski OW	329 115.1	12.98	310 324.9	11.85	324 335.6	12.39	318 604.3	12.02	327 338.2	12.98	24 738.9	13.01	296 504.8	12.36	321 704.7	12.31	367 654.2	14.53	327 540.1	12.68	2 947 860.8	12.67
14	Świętokrzyski OW	80 056.4	3.16	75 484.0	2.88	85 264.9	3.25	79 521.9	3.00	85 580.7	3.39	6 017.7	3.16	74 890.0	3.12	81 105.1	3.10	85 836.2	3.39	81 719.6	3.16	735 476.5	3.16
15	Warmińsko-Mazurski OW	92 599.9	3.65	87 314.9	3.33	91 741.4	3.50	89 725.1	3.38	91 680.4	3.64	6 960.5	3.66	83 646.2	3.49	90 577.0	3.46	95 997.8	3.79	91 280.4	3.53	821 523.6	3.53
16	Wielkopolski OW	217 253.2	8.58	204 849.2	7.82	214 846.3	8.21	210 402.5	7.94	215 387.0	8.54	16 330.5	8.58	196 061.1	8.17	212 440.8	8.13	225 167.4	8.90	214 092.2	8.29	1 926 830.2	8.28
17	Zachodniopomorski OW	103 493.6	4.08	97 583.9	3.72	116 647.7	4.45	104 932.0	3.96	114 118.0	4.53	7 779.4	4.09	99 321.4	4.14	107 271.9	4.10	113 418.8	4.48	108 070.8	4.19	972 637.5	4.18
18	Ogółem	2 535 903.5	100.0	2 618 822.4	100.0	2 617 327.1	100.0	2 651 090.0	100.0	2 521 987.5	100.0	190 210.1	100.0	2 399 195.7	100.0	2 614 379.0	100.0	2 529 751.0	100.0	2 582 664.4	100.0	23 261 330.7	100.0

**Ministrowie Zdrowia odpowiedzialni za utworzenie i nadzór nad funkcjonowaniem
Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2002-2004**

Mariusz Łapiński do 17 stycznia 2003 r.	w okresie od 19 października 2001 r.
Marek Balicki	w okresie od 17 stycznia 2003 r. do 2 kwietnia 2003 r.
Leszek Sikorski	w okresie od 2 kwietnia 2003 r. do 2 maja 2004 r.
Wojciech Rudnicki	w okresie od 2 maja 2004 r. do 11 czerwca 2004 r.
Jerzy Hausner Wiceprezes Rady Ministrów, Minister Gospodarki i Pracy	powierzenie zastępstwa Ministra Zdrowia w okresie od 20 maja 2004 r. do 10 czerwca 2004 r. w związku z chorobą Ministra Wojciecha Rudnickiego.
Marian Czakański	w okresie od 11 czerwca 2004 r. do 15 lipca 2004 r.
Marek Balicki	od 15 lipca 2004 r.

Departamentem Ubezpieczenia Zdrowotnego, który odpowiadał w Ministerstwie Zdrowia za utworzenie i nadzór nad funkcjonowaniem Narodowego Funduszu Zdrowia kierowali:

Wiesława Kłos	zatrudniona na stanowisku p.o. Dyrektora DUZ w okresie od 15 stycznia 2003 r. do 3 października 2004 r.
Anatol Gołąb	zatrudniony na stanowisku p.o. Dyrektora DUZ od 4 października 2004 r.

Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia – od początku jego funkcjonowania:

Aleksander Nauman	w okresie od 1 kwietnia 2003 r. do 23 maja 2003 r.
Mirosław Manicki (p.o. Prezesa)	w okresie od 23 maja 2003 r. do 6 lipca 2003 r.
Maciej Tokarczuk	w okresie od 7 lipca 2003 r. do 4 października 2003 r.
Krzysztof Panas	w okresie od 8 października 2003 r. do 6 marca 2004 r.
Marek Mazur (p.o. Prezesa)	w okresie od 6 marca 2004 r. do 8 marca 2004 r.
Lesław Abramowicz	w okresie od 9 marca 2004 r. do 7 września 2004 r.
Marek Lejk (p.o. Prezesa)	w okresie od 7 września 2004 r. do 29 września 2004 r.
Jerzy Miller	od 30 września 2004 r.

Ważniejsze akty normatywne dotyczące kontrolowanej działalności

- Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45, poz. 391 ze zm.)
- Ustawa z dnia 24 lipca 2003 r. o spłacie pożyczek udzielonych w 2000 r. kasom chorych z budżetu państwa (Dz. U. Nr 149, poz. 1453)
- Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz. U. Nr 28, poz. 153 ze zm.)
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2003 r. w sprawie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. Urz. MZ Nr 10, poz. 90 ze zm.)
- Zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 marca 2003 r. w sprawie przeprowadzenia inwentaryzacji w kasach chorych (Dz. Urz. MZ Nr 2, poz. 21 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwca 2003 r. w sprawie warunków, jakim powinny odpowiadać wojewódzkie plany zdrowotne oraz zakresu danych niezbędnych do przygotowania takiego planu (Dz. U. Nr 115, poz. 1087)
- Ustawa z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. z 1995 r. Nr 1, poz. 2 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2003 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zaproszenia do udziału w rokovaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań (Dz. U. Nr 55, poz. 493)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 kwietnia 2003 r. w sprawie ogólnych warunków udzielania świadczeń zdrowotnych oraz trybu wyboru przez ubezpieczonego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarke i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 63, poz. 589)
- Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 marca 2003 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. Nr 55, poz. 481)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 maja 2003 r. w sprawie sposobu przyporządkowania do oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia ubezpieczonych zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego przed dniem wejścia w życie ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia

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. Rzecznik Praw Obywatelskich
6. Prezes Trybunału Konstytucyjnego
7. Minister Zdrowia
8. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
9. Przewodnicząca Sejmowej Komisji Zdrowia
10. Przewodniczący Sejmowej Komisji Odpowiedzialności Konstytucyjnej
11. Przewodniczący Sejmowej Komisji do Spraw Kontroli Państwowej
12. Przewodnicząca Senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia