

NAJWYŻSZA IZBA KONTROLI

DEPARTAMENT PRACY, SPRAW SOCJALNYCH I ZDROWIA

KPZ-41102-2008

Nr ewid.164/2008/I/08/003/KPZ

Informacja
o wynikach kontroli
wykonania planu finansowego
przez Narodowy Fundusz Zdrowia
w 2007 roku, z uwzględnieniem
kosztów związanych z zawieraniem
ugód na świadczenia zdrowotne
wykonane ponad limit,
określony w umowach zawartych
ze świadczeniodawcami
w latach 2003-2006

W a r s z a w a m a r z e c 2 0 0 9 r .

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

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

Informacja o wynikach kontroli wykonania planu finansowego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2007 r., z uwzględnieniem kosztów związanych z zawieraniem ugód na świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit, określony w umowach zawartych ze świadczeniodawcami w latach 2003 – 2006

p.o. Dyrektora Departamentu:
Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia

Stanisław Falski

Akceptuję:
Marek Zająkała

Wiceprezes
Najwyższej Izby Kontroli

Zatwierdzam:
Jacek Jezierski

Prezes
Najwyższej Izby Kontroli

Warszawa, dnia: 2009 r.

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

SPIS TREŚCI

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 1. | WPROWADZENIE..... | 4 |
| 2. | PODSUMOWANIE WYNIKÓW KONTROLI..... | 6 |
| 2.1. | OGÓLNA OCENA KONTROLOWANEJ DZIAŁALNOŚCI | 6 |
| 2.2. | SYNTEZA WYNIKÓW KONTROLI..... | 8 |
| 2.2.1. | Przychody..... | 8 |
| 2.2.2. | Koszty | 9 |
| 2.3. | UWAGI KOŃCOWE I WNIOSKI..... | 11 |
| 3 | WAŻNIEJSZE WYNIKI KONTROLI | 14 |
| 3.1 | CHARAKTERYSTYKA STANU PRAWNEGO | 14 |
| 3.2 | UWARUNKOWANIA EKONOMICZNO - ORGANIZACYJNE | 19 |
| 3.3 | ISTOTNE USTALENIA KONTROLI..... | 21 |
| 3.3.1 | Analiza wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2007 r. | 21 |
| 3.3.1.1. | Przychody Funduszu..... | 21 |
| 3.3.1.2. | Koszty Funduszu | 25 |
| 3.3.1.3. | Wybrane zagadnienia związane z podstawową opieką zdrowotną | 36 |
| 3.3.1.4. | Koszty poboru i ewidencjonowania składek na ubezpieczenie zdrowotne | 37 |
| 3.3.1.5. | Koszty administracyjne | 38 |
| 3.4 | INWESTYCJE | 39 |
| 3.5 | POZOSTAŁA DZIAŁALNOŚĆ..... | 39 |
| 3.6 | DZIAŁALNOŚĆ FINANSOWA | 41 |
| 3.7 | POSTĘPOWANIA SĄDOWE PRZECIWKO NFZ..... | 42 |
| 3.8 | EGZEKUCJE KOMORNICZE | 43 |
| 3.9 | ZOBOWIĄZANIA FUNDUSZU | 44 |
| 3.10 | WYNIK FINANSOWY | 44 |
| 3.11 | INNE USTALENIA KONTROLI | 45 |
| 3.11.1 | Wykonanie wniosków NIK z ubiegłego roku | 45 |
| 3.11.2 | Rejestr usług medycznych II..... | 46 |
| 3.11.3 | Lista osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego | 47 |
| 3.12 | SYSTEM KONTROLI | 47 |
| 3.12.1 | Audyt wewnętrzny oraz kontrola wewnętrzna (funkcjonalna) | 47 |
| 3.12.2 | Zadania realizowane przez Wydział Kontroli Centrali NFZ oraz komórki kontroli wewnętrznej oddziałów wojewódzkich Funduszu | 48 |
| 3.12.3 | Kontrole wykonania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz kontrole aptek..... | 48 |
| 3.13 | ZADŁUŻENIE ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ | 49 |
| 4. | INFORMACJE DODATKOWE O PRZEPROWADZONEJ KONTROLI | 50 |
| 4.1. | PRZYGOTOWANIE KONTROLI..... | 50 |
| 4.2. | POSTĘPOWANIE KONTROLNE I DZIAŁANIA PODJĘTE PO ZAKOŃCZENIU KONTROLI | 50 |
| 5. | ZAŁĄCZNIKI..... | 53 |

1. Wprowadzenie

Tematem kontroli Nr I/08/003/KPZ było „Wykonanie planu finansowego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2007 r., z uwzględnieniem kosztów związanych z zawieraniem ugód na świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit określony w umowach zawartych ze świadczeniodawcami w latach 2003-2006”.

Kontrola doraźna, została podjęta z inicjatywy Najwyższej Izby Kontroli¹, w ramach priorytetowych kierunków kontroli – państwo przyjazne obywatelowi.

Celem kontroli była ocena wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia w 2007 r., zwanego dalej „Funduszem” lub „NFZ”.

Badaniami kontrolnymi objęto:

- wykonanie przychodów i kosztów Funduszu w 2007 r., w tym kosztów świadczeń opieki zdrowotnej,
- zawieranie ugód za świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit w latach 2003 – 2006 i w 2007 r.,
- realizację ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń², w tym sposobu wyceny świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego i skutki finansowe wynikające z przyjętej przez Fundusz koncepcji przekazania tych środków świadczeniodawcom,
- gospodarowanie środkami finansowymi, pochodzącymi zarówno ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, jak i z dotacji przekazanych z budżetu państwa, m.in. na realizację zespołów ratownictwa medycznego, finansowanie kosztów leczenia osób nieubezpieczonych,
- wykorzystanie środków przekazanych przez zakłady ubezpieczeniowe oraz Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na leczenie osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych,
- zasadność tworzenia, wykorzystania i rozwiązywania rezerw, m.in. na pokrycie kosztów zadań wynikających z przepisów o koordynacji³ oraz zobowiązań wynikających z postępowań sądowych,⁴

¹ W tematyce kontroli uwzględniono także sugestie Ministra Zdrowia E. Kopacz, która zwróciła się do NIK o skontrolowanie zawierania ugód na świadczenia wykonane ponad limit określany w umowach o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w 2007 r. i w latach 2003 - 2006.

² Dz. U. Nr 149, poz. 1076 ze zm.

³ Pozycja B2.14 planu finansowego NFZ na 2007 r.

⁴ Pozycja F2 planu finansowego NFZ na 2007 r.

– wykonanie wniosków pokontrolnych NIK, sformułowanych po kontroli przeprowadzonej w 2007 r. w zakresie gospodarki finansowej NFZ, z uwzględnieniem wydatków w ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w 2006 r.

Kontrolą objęto okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2007 r.

Postępowanie kontrolne przeprowadzono w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia pod względem legalności, celowości, gospodarności i rzetelności,⁵ w okresie od 7 kwietnia do 22 lipca 2008 r.

⁵ Zgodnie z art. 5 ust. 1 ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701 ze zm.).

2. Podsumowanie wyników kontroli

2.1. Ogólna ocena kontrolowanej działalności

Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła wykonanie planu finansowego w 2007 r. przez Narodowy Fundusz Zdrowia.⁶ Głównym powodem tej oceny była skala finansowych nieprawidłowości w działalności Funduszu, która w odniesieniu do kosztów ogółem wyniosła aż 11,52%.

Negatywna ocena działań Funduszu wynikała przede wszystkim ze stwierdzonych nieprawidłowości w przestrzeganiu wymogów prawnych, przy realizacji ustawowych zadań, oraz wysokiego poziomu niewydatkowanych środków finansowych, które powinny być wykorzystane na opłacenie wciąż dalece niezaspokojonych świadczeń medycznych.

W ujęciu rzeczowym o ocenie negatywnej zdecydowały:

- przekazanie kwoty 4.567.572,79 tys. zł na podwyżki wynagrodzeń personelu medycznego niezgodne z art. 132 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i § 22 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁷;
- wykorzystanie środków na finansowanie „ugód pozasądowych”, zawartych bez podstawy prawnej, na kwotę 251.513,35 tys. zł;
- poniesienie kosztów przez oddziały wojewódzkie NFZ w poz. F3 „rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych”⁸, w łącznej wysokości 36.742,15 tys. zł, w sytuacji, gdy żaden z oddziałów nie miał ustalonego planu w tej pozycji;
- przekazanie kwoty 8.925,89 tys. zł świadczeniodawcom z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, których lekarski personel medyczny nie spełniał wymagań Funduszu;
- przekroczenie planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych na kwotę 1.979,82 tys. zł, co było niezgodne z art. 35 ust. 1 ustawy o finansach publicznych⁹ i stanowiło naruszenie dyscypliny finansów publicznych¹⁰;

⁶ Kontrola dotyczyła wyłącznie wykorzystania środków finansowych na realizację ustawowych zadań Funduszu.

⁷ Dz. U. Nr 197 poz. 1643 – uchylone z dniem 30 marca 2008 r. Obecnie obowiązuje rozporządzenie Ministra Zdrowia w tej sprawie z dnia 6 maja 2008 r. (Dz. U. Nr 81, poz. 484).

⁸ W wyniku nowelizacji rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia⁸ z dniem 23 listopada 2007 r. „rezerwę na zobowiązania sądowe wynikające z postępowań sądowych” z pozycji F3 przesunięto do pozycji F2.

⁹ Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.).

¹⁰ Zgodnie z art. 11 ust. 1 ustawy z dnia 17 grudnia 2004 r. o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych (Dz. U. z 2005 r. Nr 14, poz. 114 ze zm.) naruszeniem dyscypliny finansów publicznych jest dokonanie wydatku ze środków publicznych bez upoważnienia albo z przekroczeniem zakresu upoważnienia.

- poniesienie kosztów w wysokości 1.469,01 tys. zł na realizację zadań zleconych przez Ministra Zdrowia¹¹, nieujętych w planie finansowym Funduszu, co było niezgodne z art. 35 ust. 1 ustawy o finansach publicznych¹² i stanowiło naruszenie dyscypliny finansów publicznych¹³;
- niegospodarne wydatkowanie 389,35 tys. zł z powodu nieoddania do użytkowania nieruchomości położonych przy ul. Grójeckiej 186 w Warszawie.

NIK pozytywnie oceniła wyrównanie przez Fundusz rocznej bazowej stawki kapitałowej w opiece lekarskiej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (poz).

¹¹ W okresie od 1 stycznia do 22 maja 2007 r.

¹² Patrz przypis Nr 9.

¹³ Patrz przypis Nr 10.

2.2. Synteza wyników kontroli

2.2.1. Przychody

2.2.1.1 Przychody Funduszu ogółem wyniosły w 2007 r. 44.020.231,46 tys. zł, co stanowiło 100,96% planu po zmianach (43.602.326,00 tys. zł). W porównaniu do wykonania 2006 r. (37.577.419,65 tys. zł) były wyższe o 6.442.811,81 tys. zł, tj. o 17,15%.

Przychody brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w 2007 r. w wysokości 42.427.233,90 tys. zł przekroczyły wielkość planowaną o 986.148,90 tys. zł, tj. o 2,38%¹⁴. W porównaniu do wykonania 2006 r. (37.300.214,20 tys. zł) były wyższe o 5.127.019,70 tys. zł, tj. o 13,75%. (*str. 21*)

2.2.1.2 Do ubezpieczenia zdrowotnego¹⁵ zgłoszonych zostało 37.328.464 osób, w tym m.in.: z ZUS - 31.035.681 osób, z KRUS - 2.807.712 osób, z ZUS i KRUS - 1.306.173 osoby¹⁶. (*str. 23*)

2.2.1.3 W 2007 r. znacznie zróżnicowana była roczna składka na ubezpieczenie zdrowotne,¹⁷ opłacana przez osoby będące płatnikami podatku dochodowego i finansowana przez budżet państwa¹⁸. W ZUS wyniosła przeciętnie 1.264 zł na ubezpieczonego, podczas gdy składka opłacana z budżetu państwa wynosiła: 323 zł¹⁹, 432 zł²⁰, 765²¹, 796 zł.²², 975 zł²³. (*str. 23*)

2.2.1.4 Przychody finansowe NFZ w 2007 r. zostały zrealizowane w wysokości 196.878,40 tys. zł, co stanowiło 152,28% planu po zmianach (129.286,00 tys. zł) i 174,69% wykonania w 2006 r. (112.703,72 tys. zł). Główną ich pozycję stanowiły odsetki uzyskane z lokat bankowych w kwocie 135.304,20 tys. zł (68,72%), które były wyższe od uzyskanych w 2006 r. o 56.655,46 tys. zł, tj. o 72,04 %. (*str. 41*)

¹⁴ Po zmniejszeniu planu przychodów o odpis aktualizujący składkę w wysokości 387.849,00 tys. zł.

¹⁵ Według Centralnego Wykazu Ubezpieczonych (CWU) Funduszu, na dzień 29.12.2007 r.

¹⁶ Osoby te powinny być zgłoszone tylko przez ZUS lub KRUS.

¹⁷ Art. 66- 68 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).

¹⁸ W ustawie o świadczeniach wskazane zostały grupy ubezpieczonych, których składka finansowana jest z budżetu państwa. Do grupy tej m.in. zalicza się: rolników (KRUS), osoby duchowne (ZUS), bezrobotnych bez zasiłku (powiat), osoby pobierające zasiłki wychowawcze i osoby pobierające renty wojenne na podstawie ustawy o zaopatrzeniu inwalidów wojennych i wojskowych, świadczeniobiorców pobierających niektóre świadczenia pomocy społecznej i świadczenia rodzinne, żołnierzy odbywających zasadniczą służbę wojskową.

¹⁹ Na bezrobotnego niepodlegającego ubezpieczeniu z innego tytułu oraz osobę pobierającą zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne, w tym bezrobotnego niepobierającego zasiłku dla bezrobotnych.

²⁰ Na osobę pobierającą zasiłek stały z pomocy społecznej, świadczenie pielęgnacyjne lub dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych na skutek upływu ustawowego okresu jego pobierania oraz uchodźcy objętego indywidualnym programem integracji, niepodlegającego obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z innego tytułu.

²¹ Na rolnika podlegającego ubezpieczeniu.

²² Na osobę duchowną.

²³ Na osobę pobierającą zasiłek przedemerytalny lub świadczenie przedemerytalne oraz osobę niepobierającą zasiłku przedemerytalnego lub świadczenia przedemerytalnego niepodlegającą ubezpieczeniu z innego tytułu.

Stan środków pieniężnych NFZ na 31 grudnia 2007 r. wynosił 4.044.111,43 tys. zł, w tym na rachunkach lokat bankowych 4.035.676,16 tys. zł. (*str. 42*)

2.2.1.5 Stan należności krótkoterminowych na dzień 31 grudnia 2007 r. wyniósł 3.915.765,64 tys. zł i był wyższy o 19,79% niż przed rokiem (3.268.858,12 tys. zł). Główną ich pozycję, tj. 99,49%, stanowiły należności od pozostałych jednostek z tytułu dostaw i usług – 3.895.946,79 tys. zł, w tym należnej składki zdrowotnej od ZUS – 3.206.671,29 tys. zł i od KRUS – 313.936,59 tys. zł. (*str. 23*)

2.2.2. Koszty

2.2.2.1 Koszty Funduszu ogółem w 2007 r. wyniosły 42.257.314,98 tys. zł, co stanowiło 95,36% planu po zmianach (44.311.271,00 tys. zł). W porównaniu do 2006 r. były wyższe o 5.547.839,90 tys. zł, tj. o 15,11%.

Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych wyniosły 40.122.980,19 tys. zł, tj. 96,41% planu po zmianach i 94,95% kosztów ogółem Funduszu. (*str. 25*)

2.2.2.2 Najwyższa Izba Kontroli negatywnie oceniła sposób realizacji ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń w 2006 r.²⁴ Mimo tej oceny, Fundusz w 2007 r. nadal przekazywał środki na wzrost wynagrodzeń odrębnym strumieniem, bez powiązania ich z wykonaniem świadczeń opieki zdrowotnej, co było niezgodne z art. 132 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej²⁵ i § 22 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej²⁶.

Poniesione koszty na wzrost wynagrodzeń w 2007 r. wyniosły 4.567.572,79 tys. zł.

Skutkiem przyjętych rozwiązań było m.in. przekazanie środków na podwyżki wynagrodzeń świadczeniodawcom, którzy nie zrealizowali zakontraktowanych świadczeń na rzecz ubezpieczonych (na ok. 128.906,26 tys. zł) oraz zaniżenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na terenie Polski osobom uprawnionym w ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (na ok. 3.090,49 tys. zł). (*str. 28*)

2.2.2.3 Mimo podpisania aneksów do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej do 31 grudnia 2007 r., świadczeniodawcy nie wykonali świadczeń zdrowotnych na ogólną kwotę 1.494.448,81 tys. zł, tj. 3,59% planu po zmianach. W porównaniu do 2006 r. wartość świadczeń niewykonanych wzrosła aż o 1.056.650,41 tys. zł, tj. o 241,36%. (*str. 26*)

²⁴ W roku 2007 NIK przeprowadziła w Centrali Funduszu kontrolę w zakresie gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, z uwzględnieniem wydatków w ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w 2006 r.

²⁵ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

²⁶ Patrz przypis Nr 7.

2.2.2.4 Fundusz finansował świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit określony w umowach zawartych na 2007 r. i w latach 2003 - 2006, poprzez zawieranie tzw. „ugód pozasądowych”²⁷. W ocenie NIK, ich zawieranie na podstawie art. 917 Kodeksu cywilnego²⁸, było nielegalne²⁹. W 2007 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu zawarli łącznie 6.807 takich ugód na kwotę 251.513,35 tys. zł. (*str. 27*)

2.2.2.5 W 2007 r. Fundusz zawarł umowy z 423 lekarzami podstawowej opieki zdrowotnej, którzy nie posiadali wymaganych kwalifikacji. (*str. 36*)

2.2.2.6 W IV kwartale 2007 r. zakłady ubezpieczeniowe i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny (UFG) przekazały na konto Centrali NFZ 123.530,47 tys. zł, z których Fundusz sfinansował koszty leczenia osób poszkodowanych w wypadkach tylko na kwotę 2,51 tys. zł.³⁰ W konsekwencji koszty leczenia osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych były finansowane w ramach kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zamiast ze środków przekazanych przez zakłady ubezpieczeń i UFG. (*str. 24*)

2.2.2.7 Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych, finansowanych ze środków własnych Funduszu, wyniosły ogółem 162.337,63 tys. zł i były niższe od planowanych o 57.883,37 tys. zł, tj. o 26,28%. Przyczyną niepełnej realizacji tych świadczeń było m.in. niedostateczne zainteresowanie nimi świadczeniobiorców. (*str. 30*)

2.2.2.8 W 2007 r. Fundusz nie dokonywał, podobnie jak w latach 2005 – 2006, analizy kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz nie żądał od świadczeniodawców przedstawiania ich kalkulacji, co naruszało postanowienia art. 97 ust. 1 pkt 1 oraz art. 148 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. (*str. 26*)

2.2.2.9 W 2007 r. Fundusz nadal nie miał rzetelnej informacji o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. (*str. 47*)

²⁷ Tzw. „ugody pozasądowe” dyrektorzy oddziałów wojewódzkich zawierali ze świadczeniodawcami, po wygaśnięciu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, tj. po ich rozliczeniu i zbilansowaniu środków, których świadczeniodawcy nie wykorzystali w 2007 r.

²⁸ Zgodnie z art. 917 Kodeksu cywilnego, przez ugodę strony czynią sobie wzajemne ustępstwa w zakresie istniejącego między nimi stosunku prawnego w celu uchylenia niepewności co do roszczeń wynikających z tego stosunku lub zapewnienia ich wykonania albo by uchylić spór istniejący lub mogący powstać.

²⁹ Między stronami nie istniał już stosunek prawny (umowy zawarte m.in. w latach 2003-2006). Sąd Najwyższy w uchwale (sygn. akt III UZP 4/06 – uchwała siedmiu sędziów z 24 stycznia 2007 r.) stwierdził, że podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych jest umowa pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ i tylko w tym zakresie ubezpieczeni mają prawo do świadczeń. Świadczenia nieokreślone w umowie mogą być sfinansowane przez NFZ tylko w przypadkach przewidzianych w ustawie, ta zaś dopuszcza to jedynie w przypadkach świadczeń ratujących życie.

³⁰ Na dzień 30 czerwca 2008 r. wartość kosztów świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.) wyniosła 19,38 tys. zł.

2.2.2.10 Koszty administracyjne Funduszu w 2007 r. wyniosły 419.520,73 tys. zł i były niższe od ujętych w ostatecznym planie finansowym o 34.264,27 tys. zł, tj. o 7,55 %. W ich strukturze dominującą pozycję stanowiły koszty wynagrodzeń - 53,93 % (226.242,24 tys. zł). (*str. 38*)

2.2.2.11 Wykonanie wydatków inwestycyjnych w 2007 r. wyniosło 64.578,96 tys. zł, tj. 71,71 % planu po zmianach. Przyczyną niezrealizowania zadań o wartości 14.132 tys. zł było m.in. unieważnienie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego. (*str. 39*)

2.2.2.12 Zobowiązania Funduszu na 31 grudnia 2007 r. wyniosły 4.137.685,87 tys. zł, w tym: krótkoterminowe 4.137.571,79 tys. zł (z tego 4.025.153,07 tys. zł z tytułu dostaw i usług od pozostałych jednostek). W porównaniu do stanu na dzień 31 grudnia 2006 r. zobowiązania były wyższe o 293.258,97 tys. zł, tj. o 7,63%. (*str. 44*)

2.2.2.13 W 2007 r. przeciwko NFZ prowadzono łącznie 622 postępowania sądowe o łącznej wartości roszczeń 1.537.861,24 tys. zł. W porównaniu do 2006 r. liczba postępowań zmniejszyła się o 376, tj. o 37,70 %, zaś łączna kwota roszczeń o 1.345.105,58 tys. zł, tj. o 46,70 %. (*str. 42*)

2.2.2.14 Na koniec 2007 r. zobowiązania zakładów opieki zdrowotnej (zoz) ogółem wyniosły 9.527,8 mln zł, w tym zobowiązania wymagalne 2.665,9 mln zł³¹. W porównaniu do stanu na 31 grudnia 2006 r., kwota zobowiązań była niższa o 820,9 mln zł, tj. o 7,9%. Stan zobowiązań wymagalnych uległ zmniejszeniu z 3.723,6 mln zł na koniec 2006 r. do 2.665,9 mln zł na koniec 2007 r., tj. o 28,4%. (*str. 49*)

2.3. Uwagi końcowe i wnioski

Ustalenia kontroli uzasadniają przedstawienie Prezesowi Narodowego Funduszu Zdrowia wniosków:

1. Stosowania bardziej skutecznych mechanizmów kontrolnych, w ramach przyjętego w jednostce systemu kontroli finansowej, w celu zdecydowanego zmniejszenia poziomu nieprawidłowości, polegających na nieprzestrzeganiu obowiązujących wymogów prawnych przy wydatkowaniu środków publicznych.
2. Zbudowania sprawnego i skutecznego systemu monitorowania, zarówno potrzeb zdrowotnych w poszczególnych rodzajach i zakresach świadczeń, jak i ich realizacji, oraz określenie adekwatnych procedur dla procesów umożliwiających wykorzystanie wolnych środków na zakup świadczeń u innego świadczeniodawcy.

³¹ Dane dotyczące zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej zostały przekazane przez Ministra Zdrowia w trybie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

3. Podjęcie działań, przy współudziale ZUS i KRUS, zmierzających do zweryfikowania osób zarejestrowanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, które nie zostały zgłoszone do ubezpieczenia zarówno przez ZUS i KRUS oraz ustalenie osób wpłacających te składki, a ujawnianych jako niezidentyfikowane.

Ustalenia kontroli uzasadniają przedstawienie Ministrowi Zdrowia i Ministrowi Finansów wniosków mających charakter systemowy.

1. W ramach nadzoru nad realizacją zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia stosowanie bardziej skutecznych form kontroli legalności, prawidłowości i gospodarności.
2. Podjęcie przez Ministra Zdrowia działań legislacyjnych zmierzających do wprowadzenia zmian w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, pozwalających na uwzględnienie w dotacji przekazywanej Funduszowi przez wojewodów kosztów administracyjnych związanych z przeprowadzeniem postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, zawieraniem, rozliczaniem i kontrolą wykonania tych umów.
3. Wydanie przez Ministra Zdrowia brakujących aktów wykonawczych, wynikających z delegacji zawartych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (PRM):
 - art. 29 ust. 5 – rozporządzenie w sprawie określenia szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego,
 - art. 38 ust. 3 – rozporządzenie w sprawie określenia wzoru graficznego systemu, będącego jego oznaczeniem, sposobu oznakowania: jednostek systemu i centrów powiadamiania ratunkowego, lekarza koordynatora ratownictwa medycznego, kierującego, osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe oraz ratowników z jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 2, wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego – uwzględniając zapewnienie możliwości rozpoznania rodzaju funkcji i zadań wykonywanych w systemie przez oznaczone osoby i jednostki;oraz ogłoszenie, stosownie do art. 43 ustawy o PRM, obwieszczenia określającego standardy postępowania zespołu ratownictwa medycznego i kierującego akcją medyczną, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie medycyny ratunkowej.
4. Podjęcie przez Ministra Zdrowia działań legislacyjnych zmierzających do zmiany art. 131 ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, polegającej na upoważnieniu ministra właściwego ds. finansów publicznych

do określenia w drodze rozporządzenia wzorów sprawozdań, o których mowa w ust. 1 tego artykułu.

5. Podjęcie przez Ministra Finansów działań zmierzających do zmiany wzoru planu finansowego „Koszty centrali/oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia”³² i sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziałów wojewódzkich i Centrali Funduszu, polegającej na ich dostosowaniu do wzoru rocznego planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia³³ i rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ³⁴, określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia.
6. Podjęcie przez Ministra Zdrowia działań legislacyjnych zmierzających do wprowadzenia zmiany art. 62 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej³⁵, polegającej na upoważnieniu ministra właściwego do spraw zdrowia do wydania, w drodze rozporządzenia, ujednoliconych zasad prowadzenia rachunku kosztów we wszystkich zakładach opieki zdrowotnej (publicznych i niepublicznych), korzystających ze środków publicznych.

W celu umożliwienia NFZ realizacji zadań wynikających z art. 97 ust. 3 pkt 1³⁶ i art. 148 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej³⁷, od 2000 r. NIK wnioskowała o nałożenie na świadczeniodawców obowiązku przekazywania Funduszowi informacji o kosztach świadczeń w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów. Obecnie metodyka liczenia kosztów obowiązuje wyłącznie publiczne zakłady opieki zdrowotnej, zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej³⁸.

³² Załącznik Nr 1, tabela Nr 2 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia.

³³ Przychody i koszty NFZ – łącznie - Załącznik Nr 1, tabela Nr 1 ww. rozporządzenia.

³⁴ Załącznik Nr 2 ww. rozporządzenia.

³⁵ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.

³⁶ Art. 97 ust. 3 pkt 1 ww. ustawy stanowi: do zakresu działania Funduszu należy w szczególności określenie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

³⁷ Art. 148 pkt 2 ww. ustawy stanowi: porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności m.in. ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacje kosztów.

³⁸ Dz. U. Nr 164, poz. 1194.

3 Ważniejsze wyniki kontroli

3.1 Charakterystyka stanu prawnego

1. Gospodarka finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia podlega rygorom wynikającym z ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych³⁹, ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych⁴⁰, ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości⁴¹. Szczegółowe zasady gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia określa ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴² oraz rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia.⁴³

2. Podstawą prawną funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zwana dalej „ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej,” obowiązująca od dnia 1 października 2004 r.⁴⁴ Fundusz jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, składającą się z centrali i 16 oddziałów wojewódzkich Funduszu (OW NFZ). Zgodnie z art. 98 ust. 1 tej ustawy, organami Funduszu są: Rada Funduszu, Prezes Funduszu, rady oddziałów wojewódzkich Funduszu, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich. Szczegółową strukturę organizacyjną Funduszu oraz zadania jego organów określa statut nadany w drodze rozporządzenia, w dniu 29 września 2004 r. przez Prezesa Rady Ministrów⁴⁵.

Działalność Funduszu polega w szczególności m.in. na:

- określaniu jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej oraz analizowaniu ich kosztów w zakresie niezbędnym do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- przeprowadzaniu konkursów ofert i rokowań oraz zawieraniu tych umów, a także monitorowaniu ich realizacji i rozliczaniu zawartych umów. Kwestie, o których mowa, reguluje art. 97 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Fundusz prowadzi gospodarkę finansową na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej. Środki finansowe Funduszu są środkami publicznymi⁴⁶.

³⁹ Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.

⁴⁰ Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655.

⁴¹ Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694 ze zm.

⁴² Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁴³ Dz. U. Nr 104, poz. 875 ze zm.

⁴⁴ Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

⁴⁵ Statut stanowi załącznik do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 września 2004 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 213, poz. 2161 ze zm.).

⁴⁶ Art. 113 i art. 114 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 116 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, przychodami Funduszu są: należne składki na ubezpieczenie zdrowotne, odsetki od nieopłaconych w terminie składek, darowizny i zapisy, środki przekazane na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie, dotacje, w tym dotacje celowe przeznaczone na finansowanie zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3, środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych, przychody z lokat, środki przekazane przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych⁴⁷, inne przychody. Środki finansowe Funduszu mogą pochodzić również z kredytów i pożyczek⁴⁸.

Kosztami Funduszu są⁴⁹: koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, i dla osób uprawnionych do tych świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji, koszty świadczeń udzielanych w przypadku, o którym mowa w art. 14b ust. 1⁵⁰, koszty refundacji cen leków, wyrobów medycznych, przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych, koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 3, koszty zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie, koszty działalności Funduszu, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i zwrotów kosztów podróży, koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne, koszty wypłaty odszkodowań i inne koszty wynikające z odrębnych przepisów. Środki finansowe Funduszu mogą być przeznaczone również na spłatę kredytów i pożyczek⁵¹.

Narodowy Fundusz Zdrowia prowadzi gospodarkę finansową na podstawie rocznego planu finansowego, którego wzór określa załącznik Nr 1 do rozporządzenia Ministra Finansów

⁴⁷ Art. 116 ust. 1 pkt 7a ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, obowiązuje od 1 października 2007 r.

⁴⁸ Art. 116 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁴⁹ Art. 117 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁵⁰ Zgodnie z art. 14b pkt. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, dodany na mocy ustawy z dnia 29 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 133, poz. 922 ze zm.), Fundusz pokrywa koszty świadczeń opieki zdrowotnej ze środków, o których mowa w art. 116 ust. 1 pkt 7a, w przypadkach gdy:

1) konieczność ich udzielenia jest następstwem zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdu mechanicznego, a posiadacz tego pojazdu ma obowiązek zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, zgodnie z przepisami o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, oraz

2) posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym są obowiązani do odszkodowania na zasadach określonych w art. 34 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152, ze zm.).

Zgodnie z art. 14 b ust. 2 ww. ustawy Funduszowi nie przysługują roszczenia z tytułu poniesienia kosztów świadczeń, o których mowa w ust. 1

⁵¹ Art. 117 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia⁵².

Zgodnie z art. 124 ust. 1 ustawy zmiany planu finansowego Funduszu można dokonać w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu. Zmian planu finansowego Funduszu, o których mowa w art. 124 ust. 1-3, dokonuje się zgodnie z zasadami określonymi w art. 118 tej ustawy. Do zmian planu finansowego, o których mowa w art. 124 ust. 4-7, oraz do zmiany planu wynikającej z art. 129 ust. 3 i 4 nie stosuje się przepisów art. 118 ust. 3 oraz art. 121.

W przypadku zmiany planu finansowego Funduszu w trybie art. 124 ust. 2-4 i 6 i 7 ustawy Prezes Funduszu przekazuje ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych oraz ministrowi właściwemu do spraw zdrowia projekt zmiany zawierający plan obowiązujący, plan po projektowanej zmianie oraz różnicę pomiędzy nimi. W przypadku zmiany planu w trybie art. 124 ust. 5 tej ustawy, Prezes Funduszu niezwłocznie przedstawia ministrom: zdrowia i finansów informacje o dokonanym przesunięciu kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej wraz z uzasadnieniem.

Podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz jest umowa, zawarta pomiędzy dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu a świadczeniodawcą, wybranym na zasadach określonych w dziale VI ustawy. Wysokość łącznych zobowiązań Funduszu, wynikających z zawartych umów, nie może przekroczyć wysokości kosztów przewidzianych na ten cel w planie finansowym Funduszu (art. 132 ust. 1 - 5 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej). Fundusz jest zobowiązany zapewnić równe traktowanie wszystkich świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji (art. 134 ust. 1 ww. ustawy). Umowa określa w szczególności: rodzaj i zakres świadczeń, warunki ich udzielania, zasady rozliczeń pomiędzy stronami umowy, kwotę zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy (art. 136 ww. ustawy).

Do zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie stosuje się przepisów o zamówieniach publicznych, a zawieranie przez Fundusz umów odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie konkursu ofert albo rokowań (art. 138-139). Jeżeli przepisy ustawy nie stanowią inaczej, do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

⁵² Art. 118 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej i rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 104, poz. 875 ze zm.) obowiązujące od 29 czerwca 2005 r.

stosuje się przepisy Kodeksu cywilnego⁵³. Kwestię, o której mowa, reguluje art. 155 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

Ogólne warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej Minister Zdrowia określił w rozporządzeniu z dnia 6 października 2005 r.⁵⁴, które zostało uchylone 30 marca 2008 r. Z dniem 13 maja 2008 r. weszło w życie nowe rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. o tym samym tytule.⁵⁵

Zgodnie z art. 146 ust. 1 ustawy, Prezes Funduszu określa: przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kryteria oceny ofert⁵⁶, warunki wymagane od świadczeniodawców, po uprzednim zasięgnięciu opinii właściwych konsultantów krajowych.⁵⁷

Świadczenia opieki zdrowotnej w szpitalach i specjalistyczne w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej są udzielane według kolejności zgłoszenia. Zasady i warunki na jakich ustalana jest kolejność udzielania świadczeń zawarte zostały w art. 20-24 ustawy o świadczeniach zdrowotnych. Na podstawie art. 20 ust. 11 tej ustawy, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej⁵⁸.

Lista oczekujących na udzielenie świadczenia stanowi integralną część dokumentacji medycznej prowadzonej przez świadczeniodawcę (art. 20 ust. 4 ustawy). Zgodnie z art. 23 ust. 6 ww. ustawy Centrala Funduszu ma obowiązek tworzenia i aktualizowania centralnego wykazu informacji o liczbie oczekujących na udzielenie świadczenia i średnim czasie oczekiwania w poszczególnych oddziałach wojewódzkich. Jedną z zasad ubezpieczenia zdrowotnego jest równe traktowanie i zapewnienie ubezpieczonemu równego dostępu do świadczeń i wyboru świadczeniodawców, którzy zawarli umowę z Funduszem (z zastrzeżeniem wskazanym w art. 65 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej).

Zadania władz publicznych w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej obejmują m.in. analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników

⁵³ Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny (Dz. U. Nr 16, poz. 93 ze zm.).

⁵⁴ Patrz przypis Nr 7.

⁵⁵ Dz. U. Nr 81, poz. 484.

⁵⁶ Do świadczeń zakontraktowanych na 2007 r. zastosowanie miało zarządzenie Nr 46/2006 z dnia 23 sierpnia 2006 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, które utraciło moc 31 grudnia 2007 r.

⁵⁷ Przepis art. 146 ust. 2 i 3 dodany przez art. 1 pkt 72 ustawy, z dnia 24 sierpnia 2007 r., o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166, poz. 1172) z dniem 29 września 2007 r.

⁵⁸ Dz. U. Nr 200, poz. 1661.

powodujących ich zmiany, promocję zdrowia i profilaktykę mające na celu tworzenie warunków sprzyjających zdrowiu⁵⁹.

W dniu 6 września 2006 r. weszła w życie ustawa o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń⁶⁰. Objęto nią: zakłady opieki zdrowotnej wykonujące zadania określone w statucie, grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek i położnych, osoby wykonujące zawód medyczny w ramach indywidualnej praktyki lub indywidualnej specjalistycznej praktyki oraz osoby inne niż ww., które uzyskały fachowe uprawnienia do świadczeń zdrowotnych i udzielają je w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.

Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 2 ww. ustawy, kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, w umowach zawartych na rok 2007, wzrastała z mocy prawa, o równowartość 30% kosztów pracy w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej – w stosunku do podwojonej kwoty zobowiązania, w umowach zawartych na rok 2006 za okres I półrocza według stanu na dzień 30 czerwca 2006 r. Koszty pracy w poszczególnych rodzajach świadczeń stanowiły iloczyn kwoty zobowiązania i odpowiedniego wskaźnika określonego w załączniku do ww. ustawy (art. 3 ust. 2).

Sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu⁶¹, przyjęte przez Radę Funduszu⁶², jest zatwierdzane przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych, po zasięgnięciu opinii ministra właściwego do spraw zdrowia i po uzyskaniu opinii komisji właściwej do spraw finansów publicznych oraz komisji do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej.

Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Funduszu (art. 130 ust. 1 ustawy), sporządza się za rok obrotowy, według wzoru określonego w załączniku Nr 2 do rozporządzenia z dnia 31 maja 2005 r. Ministra Finansów⁶³.

Zgodnie z art. 131 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej Fundusz jest obowiązany do sporządzania okresowych sprawozdań dotyczących wykonania planu finansowego oraz przekazywania ich ministrom właściwym do spraw: zdrowia i finansów publicznych.

⁵⁹ Art. 6 pkt. 2 i 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁶⁰ Dz. U. Nr 149, poz. 1076 ze zm.

⁶¹ Zgodnie z art. 130 ust. 1 w brzmieniu obowiązującym od dnia 29 września 2007 r., Prezes Funduszu sporządza roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego, nie później niż w ciągu 6 miesięcy od dnia zakończenia roku, którego dotyczy.

⁶² W terminie 15 dni od dnia jego otrzymania.

⁶³ Por. § 6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia.

3.2 Uwarunkowania ekonomiczno - organizacyjne

Podstawowym zadaniem Narodowego Funduszu Zdrowia jest zabezpieczenie osobom uprawnionym świadczeń zdrowotnych, służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, a także promocja zdrowia.⁶⁴

Opracowany przez Prezesa Funduszu projekt planu finansowego na 2007 r. nie spełniał wymogu art. 120 ust. 6 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej⁶⁵, gdyż został sporządzony w oparciu o „Prognozę kosztów na lata 2007 – 2009” z dnia 29 czerwca 2006 r., niezgodnioną z Ministrami: Zdrowia i Finansów, w trybie art. 120 ust. 2 tej ustawy.⁶⁶ Przyczyną tego były niezakończone prace nad projektami ustaw: o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń i o Państwowym Ratownictwie Medycznym, mających bezpośredni wpływ na sposób podziału środków na pokrycie kosztów finansowania przez oddziały wojewódzkie Funduszu świadczeń opieki zdrowotnej.

Fundusz realizował plan finansowy na 2007 r. według przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, która w 2007 r. była 9-krotnie nowelizowana. W okresie od 30 sierpnia 2006 r. (tj. od zatwierdzenia planu finansowego NFZ na 2007 r.) do końca 2007 r. rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r., w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, było 3-krotnie nowelizowane.

Do końca 2007 r. nie zostały utworzone: centralny rejestr usług medycznych, prowadzony przez Ministra Zdrowia, wojewódzkie rejestry usług medycznych, prowadzone przez wojewodów, terenowe rejestry usług medycznych, których obszar działania określa wojewoda. Zgodnie z art. 32e ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej⁶⁷, świadczenia zdrowotne i związane z ich udzielaniem usługi, realizowane w publicznych zakładach opieki zdrowotnej oraz przez podmioty świadczące takie usługi na zasadach określonych w art. 35 i 35a, podlegały rejestrowaniu i monitorowaniu w systemie

⁶⁴ Art. 15 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

⁶⁵ Podstawą do sporządzenia planu finansowego NFZ na 2007 r. były: coroczna prognoza przychodów na kolejne 3 lata sporządzona w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych, w terminie do 30 czerwca (art. 120 ust. 1); coroczna prognoza kosztów na kolejne 3 lata sporządzona w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych oraz ministrem właściwym do spraw zdrowia, w terminie do 30 czerwca na podstawie informacji przekazanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu (art. 120 ust. 2); - projekty planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu przekazane przez ich dyrektorów w terminie do dnia 31 lipca (art. 120 ust. 5).

⁶⁶ Zgodnie z pismami: Ministra Finansów znak: FS12-044-IA-11/06 z dnia 19 lipca 2006 r. i Ministra Zdrowia znak: MZ-UZ-F-746-5389-8/MC/06 z dnia 5 lipca 2006 r.

⁶⁷ Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.

ewidencyjno-informatycznym, zwanym „rejestrem usług medycznych”⁶⁸. Brak tego rejestru utrudniał Funduszowi kontrolowanie jakości i zasadności udzielanych świadczeń przez świadczeniodawców.

Wydatki inwestycyjne Funduszu, zgodnie z wewnętrznymi regulacjami, były limitowane do wysokości równej amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych w roku planowania.

⁶⁸ Po raz pierwszy Najwyższa Izba Kontroli zwróciła uwagę na zaniedbania w sprawie rejestru usług medycznych po przeprowadzeniu kontroli „Funkcjonowanie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w warunkach reformy administracji publicznej” (P/99/061 DZK Informacja Nr ewid. 163/2000 z 2000 r.).

3.3 Istotne ustalenia kontroli

3.3.1 Analiza wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2007 r.

3.3.1.1. Przychody Funduszu

Plan przychodów ogółem Funduszu w 2007 r., ustalony 30 sierpnia 2006 r., wynosił 41.505.057,00 tys. zł. W trakcie roku planowane przychody ogółem zwiększono do 43.602.326,00 tys. zł, tj. o 2.097.269 tys. zł (o 5,05%), (załącznik Nr 3).

Zrealizowane przychody ogółem wyniosły 44.020.231,46 tys. zł, co stanowiło 100,96% planu po zmianach. W porównaniu do wykonania w 2006 r. były one wyższe o 6.442.811,81 tys. zł (o 17,15%). (załącznik Nr 2)

Podstawowe źródło przychodów Funduszu stanowiły składki na ubezpieczenie zdrowotne, których poborem zajmowały się Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) i Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). W 2007 r. największy udział w przychodach ogółem – 96,38% stanowiły przychody ze składki na ubezpieczenie zdrowotne (42.427.233,90 tys. zł).

Przychody ze składek (brutto) na ubezpieczenie zdrowotne zostały zrealizowane w łącznej wysokości 42.427.233,90 tys. zł, w tym:

- przychody ze składek roku bieżącego – 42.223.705,98 tys. zł,
- przychody ze składek z lat ubiegłych – 203.527,92 tys. zł.

Przychody brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w 2007 r. w wysokości 42.427.233,90 tys. zł przekroczyły wielkość planowaną o 986.148,90 tys. zł, tj. o 2,38%⁶⁹. W porównaniu do wykonania 2006 r. (37.300.214,20 tys. zł) były wyższe o 5.127.019,70 tys. zł, tj. o 13,75%.

Przychody ZUS ze składki na ubezpieczenie zdrowotne wyniosły 39.428.802,62 tys. zł⁷⁰, tj. 102,15% planu po zmianach (38.597.051,00 tys. zł)⁷¹. W porównaniu do przychodów osiągniętych w 2006 r. (34.732.220,83 tys. zł) były wyższe o 4.696.581,79 tys. zł, tj. o 13,52%.

Wyższe przychody ZUS o 831.751,62 tys. zł od planowanych na 2007 r. wynikały głównie ze wzrostu przychodów ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, m.in. w grupie „pracownicy w rozumieniu ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych” oraz od osób prowadzących działalność pozarolniczą, wykonujących umowy-zlecenia i agencyjne, a także osób z pozostałych grup ubezpieczonych w ZUS.

⁶⁹ Po zmniejszeniu planowanych przychodów o odpis aktualizujący składkę należną w wysokości 387.849,00 tys. zł.

⁷⁰ Przychody ze składki w roku planowania – 39.225.274,70 i składki z lat ubiegłych – 203.527,92 tys. zł.

⁷¹ Patrz przypis Nr 69.

Pozostawienie w planie finansowym Funduszu po zmianach na 2007 r. odpisu aktualizującego składkę należną w wysokości 387.849,00 tys. zł, mimo że faktycznie realizowane przychody ze składki brutto były w ciągu roku wyższe od planowanych, NIK ocenia jako działanie niecelowe. Utrzymujące się na wysokim poziomie przychody ze składki stwarzały przesłanki do zwiększenia nakładów na koszty świadczeń zdrowotnych. Wnioski takie składały oddziały wojewódzkie NFZ, które już na etapie tworzenia planu finansowego na rok 2007 krytycznie go oceniały.

Ponadto, umieszczenie w sprawozdaniu z wykonania planu finansowego za 2007 r., bez odrębnego wyszczególnienia, należności z poprzedniego roku w wysokości 45.987,93 tys. zł zakłóciło obraz działalności NFZ za rok 2007, gdyż zostały w nim ujęte przychody, które nie dotyczyły tego okresu.

Przychody przekazane przez KRUS ze składki na ubezpieczenie zdrowotne wyniosły 2.998.431,28 tys. zł, co stanowiło 105,43% planu po zmianach (2.844.034,00 tys. zł). W porównaniu do przychodów osiągniętych w 2006 r. były one wyższe o 430.437,91 tys. zł (o 16,76%).

Mimo zmniejszenia się liczby opłacających składkę zdrowotną za pośrednictwem KRUS o 72.866 osób, przychody w 2007 r. były wyższe o 154.397,28 tys. zł od planowanych. Wynikało to głównie ze wzrostu składek od poszczególnych osób objętych ubezpieczeniem w KRUS. W 2007 r., analogicznie jak w latach ubiegłych, składki na ubezpieczenie zdrowotne rolników oraz emerytów i rencistów były finansowane z budżetu państwa (99,39% ogólnej kwoty składek przekazanej przez KRUS). Tylko osoby zaliczane do działów specjalnych produkcji rolnej opłacały składki na ubezpieczenie zdrowotne z własnych środków. Wpływy z tego tytułu wyniosły 17.834,39 tys. zł, co stanowiło zaledwie 0,61% składek przekazanych przez KRUS w 2007 r.

Źródła sfinansowania składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazanych przez KRUS w 2006 r. i 2007 r.:

| Wyszczególnienie | w tys. zł | |
|---|-------------|-------------|
| | 2006r | 2007r |
| Kwota składek na ubezpieczenie zdrowotne ogółem przekazana NFZ (w ujęciu kasowym) | 2.529.487,5 | 2.910.736,1 |
| w tym: | 1.327.169,8 | 1.698.295,4 |
| 1) z tytułu ubezpieczenia rolników | 1.327.169,8 | 1.698.295,4 |
| - całkowicie finansowana z budżetu /dotacja/ | 1.185.388,0 | 1.194.606,3 |
| 2) z tytułu ubezpieczenia emerytów i rencistów | 22.822,2 | 23.601,8 |
| - finansowana z budżetu państwa /dotacja/ | 1.162.565,9 | 1.171.004,4 |
| - potrącona ze świadczeń | 16.929,6 | 17.834,4 |
| 3) z tytułu działów specjalnych produkcji rolnej | | |

Przychody Funduszu zależały od: liczby osób płacących składki, jej wysokości oraz podstawy wymiaru składki.

Liczba osób zgłoszonych do ubezpieczenia wynosiła 37.328.464⁷², w tym: w ZUS – 31.035.681 osób, w KRUS – 2.807.712 osób, oraz w ZUS i KRUS 1.306.173 osoby⁷³. Niezgłoszonych do ubezpieczenia i niepłacących składki ani przez ZUS ani przez KRUS było 1.951.579 płatników i 4.204 członków ich rodzin. Liczba osób, które nie zostały zgłoszone ani przez ZUS, ani przez KRUS, a które opłacały składki wynosiła 145.790. W porównaniu do 2006 r. liczba zgłoszonych do ubezpieczenia w 2007 r. zmniejszyła się o 437.930 osób.

W 2007 r. występowało znaczne zróżnicowanie rocznej składki na ubezpieczenie zdrowotne, opłacanej przez płatników podatku dochodowego i przez budżet państwa⁷⁴ m.in. za rolników, osoby duchowne, bezrobotnych, podopiecznych pomocy społecznej. Przeciętna roczna wysokość składki przypadająca na ubezpieczonego w ZUS wyniosła 1.264 zł, podczas gdy składka opłacana z budżetu państwa wahała się od 323 zł do 975 zł⁷⁵.

Zwrócić należy uwagę, że wszyscy uprawnieni do świadczeń zdrowotnych korzystają z nich na takich samych zasadach, bez względu na status społeczny i sytuację materialną. Istotnie niższa wysokość składek opłacanych przez budżet państwa zmniejsza jednak przychody Funduszu, a w konsekwencji ogranicza dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej.

Należności krótkoterminowe Funduszu na dzień 31 grudnia 2007 r. wynosiły 3.915.765,64 tys. zł, tj. były o 19,79% wyższe niż przed rokiem (3.268.858,12 tys. zł). Główną pozycję stanowiły należności od pozostałych jednostek z tytułu dostaw i usług – 3.895.946,79 tys. zł, w tym od ZUS – 3.206.671,29 tys. zł i KRUS – 313.936,59 tys. zł. Na koniec 2007 r. Fundusz wykazał należności długoterminowe w wysokości 106,56 tys. zł, tj. o 61,97% niższe niż na dzień 31.12.2006 r. (280,21 tys. zł).

W latach 2006 – 2007 ZUS, zobowiązany do poboru i ewidencjonowania składek na ubezpieczenie zdrowotne, nie monitorował osób zalegających z ich opłacaniem oraz należności z tytułu składek, które uległy przedawnieniu na zasadach określonych w przepisach o systemie ubezpieczeń społecznych.⁷⁶ Natomiast z informacji KRUS wynikało, że w 2006 r. przedawniły się należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości 5,05 tys. zł, a w 2007 r. – 0,02 tys. zł.⁷⁷

⁷² Patrz przypis Nr 15.

⁷³ Osoby te powinny być zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego tylko przez ZUS lub KRUS.

⁷⁴ Patrz przypis Nr 18.

⁷⁵ Patrz przypisy Nr. 19 – 23.

⁷⁶ Informacja dla NIK z dnia 16 czerwca 2008 r. przekazana przez Członka Zarządu ZUS ds. Informatyki.

⁷⁷ Informacja dla NIK z dnia 10 czerwca 2008 r. przekazana przez Prezesa KRUS.

Środki finansowe przekazane przez ubezpieczycieli i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny

Z dniem 1 października 2007 r. weszła w życie ustawa z dnia 29 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych⁷⁸, zwana dalej ustawą zmieniającą⁷⁹. Jej celem było odciążenie budżetów świadczeniodawców, którzy pokrywają koszty leczenia osób poszkodowanych w następstwie zdarzeń zaistniałych z ruchem pojazdów mechanicznych.

Narodowy Fundusz Zdrowia nie realizował postanowień art. 14b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej⁸⁰ oraz zarządzeń Prezesa Funduszu z dnia 9 października 2007 r.⁸¹, zgodnie z którymi kwota zobowiązania wynikająca z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej nie obejmowała zobowiązań z tytułu leczenia osób poszkodowanych w następstwie zdarzeń komunikacyjnych.

W konsekwencji koszty leczenia osób poszkodowanych w wypadkach komunikacyjnych były finansowane w ramach kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy, określonej w umowie o udzielanie świadczeń, zamiast ze środków przekazanych przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny. Skutkowało to naruszeniem przez oddziały i świadczeniodawców przepisów ww. ustawy i uregulowań wewnętrznych NFZ oraz ograniczeniem dostępności do świadczeń zdrowotnych zakupionych w ramach zawartych kontraktów.

Od 1 października 2007 r. do 30 czerwca 2008 r. na konto NFZ zakłady ubezpieczeniowe i UFG wpłaciły łącznie 451.450,32 tys. zł, w tym 123.530,47 tys. zł w IV kwartale 2007 r. Do dnia 31 grudnia 2007 r. Fundusz sfinansował koszty leczenia osób

⁷⁸ Dz. U. Nr 133, poz. 922 ze zm.

⁷⁹ Ustawa z dnia 29 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych została opublikowana 24 lipca 2007 r.

⁸⁰ Patrz przypis Nr 50.

⁸¹ Zgodnie z § 4a. zarządzenia Prezesa NFZ: Nr 75/2007/DŚOZ z dnia 9 października 2007 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne” i odpowiednio zarządzeń Prezesa NFZ z 9 października 2007 r.: Nr 76/2007/DŚOZ w rodzaju „leczenie uzdrowiskowe”, Nr 77/2007/DŚOZ w rodzaju „ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne”, Nr 78/2007/DŚOZ w „rodzaju rehabilitacja lecznicza”, Nr 79/2007/DŚOZ w rodzaju „opieka długoterminowa”, Nr 80/2007/DŚOZ „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień”, zarządzenie Nr 81/2007/DŚOZ w rodzaju „świadczenia odrębnie kontraktowane”, w przypadkach gdy:

- konieczność ich udzielenia była następstwem zdarzeń zaistniałych w związku z ruchem pojazdu mechanicznego, a posiadacz tego pojazdu miał obowiązek zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej posiadaczy pojazdów mechanicznych, oraz

- posiadacz lub kierujący pojazdem mechanicznym był obowiązany do odszkodowania na zasadach określonych w art. 34 ustawy z dnia 22 maja 2003 r. o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 124, poz. 1152, ze zm.).

poszkodowanych w wypadkach na kwotę 2,51 tys. zł⁸². Niewykorzystane środki były ulokowane na rachunkach lokat bankowych.

3.3.1.2. Koszty Funduszu

Koszty Funduszu w 2007 r. wyniosły ogółem 42.257.314,98 tys. zł i stanowiły 95,36% planu po zmianach. W porównaniu do 2006 r. były wyższe o 5.547.839,9 tys. zł, tj. o 15,11%. Największy w nich udział - 94,95% miały koszty świadczeń (40.122.980,19 tys. zł).

Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych

Koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 40.122.980,19 tys. zł, co stanowiło 96,41% planu po zmianach (41.617.429,00 tys. zł) oraz 111,56% wykonania w 2006 r. (35.965.839,60 tys. zł). W 2007 r. udział kosztów świadczeń zdrowotnych w przychodach ogółem Funduszu wynosił 91,15%, podczas gdy w roku poprzednim 95,71%.

W wyniku zmian planu finansowego w trakcie 2007 r. planowane koszty świadczeń zdrowotnych zwiększono o 3.226.260,00 tys. zł, tj. o 8,4%.⁸³, (załącznik Nr 3). Uwzględniając skutki finansowe ustawy o przekazaniu środków świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń w wysokości 4.567.572,79 tys. zł, koszty świadczeń wyniosły 35.555.407,40 tys. zł i były wyższe niż w 2006 r. tylko o 578.783,60 tys. zł, tj. o 1,65%.

Wykonanie planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w NFZ w poszczególnych ich rodzajach w latach 2006-2007 r. przedstawiono w załączniku Nr 2.

W 2007 r. Fundusz zawarł ze świadczeniodawcami łącznie 44.473 umowy, na ogólną kwotę 33.567.299,90 tys. zł. Koszty realizacji tych świadczeń wyniosły 33.204.408,53 tys. zł⁸⁴. Wartość umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zawartych ze świadczeniodawcami, oraz ich wykonanie w latach 2006-2007 przedstawiono w załączniku Nr 5. Natomiast liczbę świadczeniodawców (według statusu prawnego), z którymi zawarto umowy na lata 2006-2007 przedstawiono w załączniku Nr 4.

Średnia minimalna wartość punktu rozliczeniowego w lecznictwie szpitalnym w 2007 r. (bez ugód) wahała się od 7,00 zł do 9,50 zł a średnia maksymalna od 10,00 zł do 12,95 zł. Średni koszt leczenia w poszczególnych rodzajach świadczeń w oddziałach wojewódzkich NFZ w latach 2006 – 2007 przedstawiono w załączniku Nr 6.

⁸² Na dzień 30 czerwca 2008 r. wartość kosztów świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej wyniosła 19,38 tys. zł.

⁸³ Planowane koszty świadczeń zdrowotnych w 2007 r. wzrosły z 38.391.169,00 tys. zł do 41.617.429,00 tys. zł.

⁸⁴ Koszty świadczeń były realizowane na podstawie: podpisanych umów wraz z aneksami zawartymi do 31.12.2007 r. – 32.960.111,88 tys. zł, indywidualnych decyzji dyrektora OW NFZ - 1.572,43 tys. zł, 6.791 ugód zawartych pomiędzy dyrektorem OW NFZ a świadczeniodawcami z tytułu nadwykonań wynikających z kontraktów zawartych w 2007 r. - 242.724,22 tys. zł, innych – 96.587,32 tys. zł.

Działania Funduszu zmierzające do wykorzystania planowanych środków finansowych na zakup świadczeń opieki zdrowotnej, podjęte przed zakończeniem 2007 r., okazały się nieskuteczne. Analogicznie jak w latach 2005–2006, mimo podpisywania aneksów do umów o udzielanie świadczeń do 31 grudnia 2007 r., rzeczywiste ich wykonanie w poszczególnych rodzajach odbiegało od wielkości planowanych. W 2007 r. nie wykonano świadczeń zdrowotnych na ogólną kwotę 1.494.448,81 tys. zł (3,59% planu po zmianach), o 1.056.650,41 tys. zł (241,36%) więcej niż w 2006 r. Przyczyną były m.in.: brak możliwości wykorzystania dodatkowych środków finansowych, zwiększonych w IV kwartale 2007 r. oddziałom wojewódzkim Funduszu, korygowania (zmniejszania) kwot zobowiązania świadczeniodawcom, którzy nie realizowali umów zgodnie z planem rzeczowo-finansowym i harmonogramem.

W 2007 r. cztery oddziały wojewódzkie NFZ⁸⁵ przekroczyły plan kosztów, w trzech rodzajach świadczeń⁸⁶, łącznie o 1.979,82 tys. zł, co było niezgodne z art. 35 ust. 1 ustawy z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych⁸⁷ i stanowiło naruszenie dyscypliny finansów publicznych⁸⁸. Wynikało ono m.in. z wyższej niż pierwotnie oceniono liczby osób objętych opieką lekarską, a co za tym idzie niedoszacowania tych kosztów w planie finansowym. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich nie byli upoważnieni do finansowania kosztów świadczeń zdrowotnych w wysokości wyższej niż określone w planie finansowym oddziału, co NIK ocenia jako działanie nielegalne.

Wartość wykonanych ponadumownych świadczeń, a nieujętych w księgach rachunkowych na 31 grudnia 2007 r., wyniosła 96.587,35 tys. zł. W porównaniu do stanu na koniec 2006 r. była niższa o 133.388,25 tys. zł, tj. o 58%, co wynikało z większych niż w 2006 r. możliwości finansowych Funduszu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej.

W 2007 r., podobnie jak w latach 2005–2006, Fundusz nie prowadził analiz kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, niezbędnych dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Nie żądał też od świadczeniodawców przedstawiania ich kalkulacji, co naruszało postanowienia art. 97 ust. 1 pkt 1 oraz art. 148 pkt 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁸⁹.

⁸⁵ Pomorskim, Zachodniopomorskim, Opolskim, Małopolskim.

⁸⁶ W podstawowej opiece zdrowotnej przekroczenie wyniosło łącznie o 1.423,96 tys. zł, w zaopatrzeniu w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne o 267,71 tys. zł, refundacji cen leków o 288,15 tys. zł.

⁸⁷ Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.

⁸⁸ Patrz przypis Nr 10.

⁸⁹ Art. 97 ust. 3 pkt 1 ustawy zobowiązuje Fundusz m.in. do analizy kosztów tych świadczeń w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Art. 148 pkt 2: porównanie ofert w toku postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obejmuje w szczególności: ceny i liczby oferowanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz kalkulacje kosztów.

Koszty związane z zawieraniem „ugód pozasądowych” za świadczenia wykonane ponad limit

Fundusz finansował świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit, określony w umowach zawartych na 2007 r. i w latach 2003 - 2006, poprzez zawieranie tzw. „ugód pozasądowych”. Jako podstawę prawną ich zawarcia wskazano art. 917 Kodeksu cywilnego, zgodnie z którym przez ugodę strony czynią sobie wzajemne ustępstwa w zakresie istniejącego między nimi stosunku prawnego w celu uchylenia niepewności co do roszczeń wynikających z tego stosunku lub zapewnienia ich wykonania, albo by uchylić spór istniejący lub mogący powstać.

Ponadto, zawieranie „ugód pozasądowych” było bezpodstawne, gdyż:

- między stronami nie istniał już stosunek prawny (umowy zawarte na lata 2003 - 2006),
- sfinansowanie świadczeń zdrowotnych wykonanych w roku 2007, lecz nie objętych umową na ten rok, mogło nastąpić jedynie na podstawie umów zawartych na zasadach określonych w dziale VI ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej. Sąd Najwyższy w uchwale siedmiu sędziów z 24 stycznia 2007 r.⁹⁰ stwierdził, że podstawą udzielania świadczeń zdrowotnych jest umowa pomiędzy świadczeniodawcą a NFZ i tylko w tym zakresie ubezpieczeni mają prawo do świadczeń. Świadczenia nieokreślone w umowie mogą być sfinansowane przez NFZ tylko w przypadkach przewidzianych w ustawie, ta zaś dopuszcza to jedynie w przypadkach świadczeń ratujących życie.

W 2007 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu zawarli łącznie 6.807 „ugód pozasądowych” na kwotę 251.513,35 tys. zł,⁹¹ w tym:

- 6.791 ugód⁹², w kwocie 242.724,22 tys. zł, z tytułu nadwykonań w 2007 r.;
- 16 ugód, w kwocie 8.789,13 tys. zł, z tytułu nadwykonań w latach 2003-2006.

„Ugody pozasądowe” były finansowane również z rezerwy utworzonej na zobowiązania z tytułu toczących się postępowań sądowych.

NIK nie kwestionuje celowości finansowania wszystkich świadczeń wykonanych w ciągu roku. Jednak działania Funduszu zmierzające do pełnego wykorzystania planowanych środków na ich zakup winny być podjęte nie później niż na koniec III kwartału, a nie na koniec roku, jak robił to Fundusz. W praktyce finansowanie świadczeń wykonanych ponad limit miało charakter uznaniowy. Dyrektorzy oddziałów decydowali bowiem, któremu zoz pokryć koszty świadczeń i w jakiej wysokości. Taka praktyka, w ocenie NIK, była działaniem nierzetelnym i mogła sprzyjać występowaniu korupcji.

⁹⁰ Sygn. akt III UZP 4/06.

⁹¹ Dotyczyło to świadczeń takich jak: opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, opieka długoterminowa, czy leczenie stomatologiczne.

⁹² Po rozliczeniu umów zawartych na 2007 r., potwierdzeniu sald rozliczeń i zbilansowaniu środków finansowych.

Koszty związane z realizacją ustawy z dnia 22 lipca 2006 r.

1. Po kontroli przeprowadzonej w Centrali Funduszu w zakresie gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, z uwzględnieniem wydatków w ramach przepisów o kordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w 2006 r., NIK negatywnie oceniła realizację ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń⁹³ w 2006 r. Nie powiązано bowiem wzrostu zobowiązań Funduszu z realizacją świadczeń opieki zdrowotnej, co było niezgodne z art. 132 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej⁹⁴ i § 22 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁹⁵.

Mimo negatywnej oceny NIK, w 2007 r. Fundusz nadal przekazywał środki na wzrost wynagrodzeń odrębnym strumieniem, bez powiązania ich z wykonaniem świadczeń, choć określona w umowie kwota zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy obejmowała całkowity koszt wytworzenia usług medycznych, w tym koszty wynagrodzeń⁹⁶.

Poniesione koszty z tytułu realizacji ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń wyniosły 989.215,80 tys. zł w 2006 r. i 4.567.572,79 tys. zł w 2007 r.

W umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej⁹⁷ wprowadzono postanowienia zobowiązujące świadczeniodawców do wystawiania odrębnej faktury na kwotę „podwyżki” wynagrodzeń⁹⁸, zaś Fundusz do przekazywania tych środków w równych miesięcznych ratach, niezależnie od realizacji świadczeń, w terminach odmiennych niż terminy rozliczenia świadczeń wynikające z § 22 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej”⁹⁹.

Skutkiem przyjętych rozwiązań było m.in.:

- przekazywanie środków na podwyżki wynagrodzeń nawet tym publicznym i niepublicznym zoz, które nie wykonały zakontraktowanych świadczeń;

⁹³ Dz. U. Nr 149, poz. 1076 ze zm.

⁹⁴ Art. 132 ust. 2 stanowi, że podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przez NFZ jest umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu.

⁹⁵ Patrz przypis Nr 7.

⁹⁶ Zgodnie z § 1 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643), przez cenę jednostkową rozumie się kwotę określającą wartość jednostki rozliczeniowej (§ 1 pkt 1); przez jednostkę rozliczeniową rozumie się miarę przyjętą do określenia wartości świadczenia opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub rodzaju; jednostką rozliczeniową jest w szczególności: punkt, porada, osobodzień (§ 1 pkt 2).

⁹⁷ Określonymi w „Szczegółowych materiałach informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: (...)” m.in. ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, leczenie uzdrowiskowe, profilaktyczne programy zdrowotne.

⁹⁸ Do 25 dnia miesiąca, poprzedzającego miesiąc, w którym nastąpi przekazanie raty środków na podwyżki.

⁹⁹ Patrz przypis Nr 7.

- zaniżenie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom uprawnionym na terenie Polski w ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w IV kwartale 2006 r. i w 2007 r.

Do czasu zakończenia kontroli, Fundusz nie znał kwoty podwyżki przekazanej zakładom opieki zdrowotnej, które nie zrealizowały kontraktów. Nie miał też rozeznania co do skutków finansowych wynikających z nieuwzględnienia podwyżki wynagrodzeń w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji. A co za tym idzie kwoty zaniżonych przychodów.

Szacunkowe skutki finansowe Funduszu - z tytułu przekazania środków na podwyżki wynagrodzeń publicznym i niepublicznym zoz, które nie wykonały zakontraktowanych świadczeń na rzecz ubezpieczonych w 2007 r., według NIK, wyniosły ok. 128.906,26 tys. zł¹⁰⁰. Z powodu zaś nieuwzględnienia w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych obywatelom UE i EOG na podstawie przepisów o koordynacji, podwyżki wynagrodzeń w 2007 r. i IV kwartale 2006 r. odpowiednio: 3.090,49 tys. zł i 200,91 tys. zł.¹⁰¹

Począwszy od 2009 r., zgodnie z art. 10f ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń, zostaną one włączone do kwoty przekazywanej przez NFZ świadczeniodawcom na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W 2007 r. OW NFZ przeprowadziły kontrolę wykorzystania przez świadczeniodawców środków finansowych przekazanych przez NFZ w IV kwartale 2006 r., na wzrost wynagrodzeń. Kontrolą objęto 281 świadczeniodawców (1,7 % wszystkich, którym przekazano ww. środki), w tym 208 niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Kwota zakwestionowanych środków finansowych, wykorzystanych niezgodnie z art. 5 ww. ustawy, wyniosła 176,10 tys. zł, w tym 110,73 tys. zł w niepublicznych zoz.

2. Projekt ustawy o zmianie ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń oraz o zmianie niektórych innych ustaw z dnia 18 lipca 2007 r. przewidywał wyrównanie dysproporcji w wynagrodzeniu osób zatrudnionych w szpitalach utworzonych przez gminy i powiaty oraz u świadczeniodawców udzielających świadczeń w rodzaju lecniactwo uzdrowiskowe, m.in. poprzez podniesienie wskaźnika udziału kosztów

¹⁰⁰ Bez podstawowej opieki zdrowotnej.

¹⁰¹ Szacunki sporządzono na podstawie danych o kosztach świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego przekazanych przez Departament Ekonomiczno-Finansowy, wykorzystując wskaźniki zawarte w załączniku do ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń. Szacunki uwzględniają koszty świadczeń zdrowotnych, udzielonych osobom uprawnionym przez zoz, które nie posiadały umów zawartych z Funduszem na dzień 30.06.2006 r., z uwagi na fakt, że Fundusz nie dysponował danymi pozwalającymi na ich wyłączenie.

pracy w kosztach świadczeń, a tym samym wzrost kwoty zobowiązania w umowach na 2007 r. Fundusz miał przeanalizować wskaźniki udziału kosztów pracy u tych świadczeniodawców.

Kontrola wykazała, że Fundusz analiz takich nie przeprowadzał, mimo to Ministerstwo Zdrowia w uzasadnieniu ww. projektu ustawy powołało się na ich wyniki.

Zgodnie z przyjętą ustawą z dnia 5 września 2007 r. o zmianie ustawy o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń oraz o zmianie ustawy o zakładach opieki zdrowotnej¹⁰², z dniem 1 października 2007 r. zmieniono wartości wskaźników udziału kosztów pracy w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach: leczenia szpitalnego (na 0,65) wszystkim świadczeniodawcom, a nie tylko utworzonym przez gminę i powiat, i leczenia uzdrowiskowego (na 0,40). Zaistniała więc konieczność zabezpieczenia dodatkowych środków w planie finansowym NFZ, w wysokości ok. 99.206 tys. zł, wyższą aż o 65.884,62 tys. zł od pierwotnie określonych przez Ministerstwo.

Znowelizowane przepisy nie tylko nie doprowadziły do wyrównania dysproporcji w wynagrodzeniu osób zatrudnionych w szpitalach utworzonych przez gminy i powiaty, lecz spowodowały jej zwiększenie.

Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych, finansowane ze środków własnych Funduszu

Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych, finansowane ze środków własnych Funduszu, wyniosły 162.337,63 tys. zł i były niższe od planowanych o 57.883,37 tys. zł, tj. o 26,28%. We wszystkich oddziałach wojewódzkich Funduszu ich realizacja była niższa od planowanej i wynosiła od 58,56% w Podlaskim OW NFZ do 89,88% w Lubuskim OW. Przyczyną niepełnej realizacji świadczeń było m.in. niedostateczne zainteresowanie nimi świadczeniobiorców.

Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych, realizowane na zlecenie Ministra Zdrowia

Planowane na 2007 r. przychody i koszty profilaktycznych programów zdrowotnych: raka szyjki macicy i piersi, w wysokości 21.511,00 tys. zł, obejmowały: środki niewygasające z upływem 2006 r., w kwocie 13.658,00 tys. zł oraz na realizację dwóch umów zawartych 14 sierpnia 2007 r. pomiędzy Ministrem Zdrowia a Prezesem Funduszu, na kontynuację ww. programów, na kwotę 7.853,00 tys. zł. Zrealizowane przychody z tego tytułu wyniosły 12.369,13 tys. zł, co stanowiło 57,5% planu po zmianach.¹⁰³ Przyczyną niewykorzystania

¹⁰² Dz. U. Nr 181 poz. 1290.

¹⁰³ Koszty programów polityki zdrowotnej realizowane na zlecenie Ministra Zdrowia wyniosły 12.434,40 tys. zł, tj. 57,80% planu.

9.141,87 tys. zł był m.in. niższy niż planowano koszt druku i wysyłki jednego zaproszenia oraz wygenerowanie z bazy danych Funduszu¹⁰⁴ mniejszej liczby prawidłowych adresów kobiet. Wysłano tylko 2.615.415 zaproszeń na badania cytologiczne, zamiast zaplanowanych 2.701.793.

Do 22 maja 2007 r. w planie finansowym NFZ na 2007 r. nie ujęto zadań zleconych przez Ministra Zdrowia i nie przewidziano środków na ich realizację¹⁰⁵, pomimo że o konieczności finansowania tych zadań Fundusz wiedział już w listopadzie 2006 r.¹⁰⁶ Ponadto, 28 grudnia 2006 r. podpisano aneksy do umów zawartych w dniu 8 czerwca 2006 r. pomiędzy Prezesem NFZ a Ministrem Zdrowia, które regulowały sposób wykorzystania tych środków (niewygasających) do 30 czerwca 2007 r. Dopiero w dniu 23 maja 2007 r. w planie finansowym uwzględniono ww. środki i zadania.

Od 1 stycznia do 22 maja 2007 r. Fundusz poniósł koszty z tytułu realizacji zadań zleconych przez Ministra Zdrowia w łącznej kwocie 1.469,01 tys. zł, co było niezgodne z art. 35 ust. 1 ustawy o finansach publicznych¹⁰⁷ i stanowiło naruszenie dyscypliny finansów publicznych¹⁰⁸;

Najwyższa Izba Kontroli jako niegospodarne ocenia niewykorzystanie środków ujętych w wykazie wydatków niewygasających z upływem 2006 r., w kwocie 2.245,99 tys. zł. Ponadto, Fundusz zgłosił do wykazu wydatków niewygasających z upływem 2007 r. kwotę 6.456,2 tys. zł, podczas gdy wartość niezrealizowanych zadań wyniosła 6.527,42 tys. zł. Kwota 71,22 tys. zł wygasła z dniem 31 grudnia 2007 r. Działanie takie NIK ocenia jako nierzetelne i niegospodarne.

Koszty świadczeń z tytułu przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego

Od 1 maja 2004 r. Rzeczpospolita Polska, jako państwo członkowskie UE, jest zobowiązana do bezpośredniego stosowania przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego określonych w: rozporządzeniu Rady (EWG) Nr 1408/71 z dnia 14 czerwca 1971 r. w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L149 z 5 lipca 1971 ze zm.), rozporządzeniu Rady (EWG) Nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) Nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników

¹⁰⁴ Centralny Wykazu Ubezpieczonych.

¹⁰⁵ Na realizację Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy - 8.919,40 tys. zł i Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi - 4.738,60 tys. zł.

¹⁰⁶ Na wniosek Funduszu z 3 listopada 2006 r. Ministerstwo Zdrowia zgłosiło kwotę 13.658,00 tys. zł do wykazu wydatków niewygasających z upływem 2006 r.

¹⁰⁷ Patrz przypis Nr 9.

¹⁰⁸ Patrz przypis Nr 10.

najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27 marca 1972, str. 1 i n., ze zm.), a także rozporządzeniu Rady (WE) Nr 859/2003 z dnia 14 maja 2003 r. rozszerzającym przepisy rozporządzenia (EWG) Nr 1408/71 i rozporządzenia (EWG) Nr 574/72 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi przepisami wyłącznie ze względu na ich obywatelstwo.

Instytucją właściwą w systemie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń medycznych w Polsce jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Dokumentem, na podstawie którego, w trakcie czasowego pobytu w innym państwie członkowskim, można skorzystać ze świadczeń medycznych udzielanych przez lekarzy, przychodnie lub szpitale działające w ramach powszechnego systemu opieki zdrowotnej w danym kraju, jest Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego lub Certyfikat Zastępujący Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego.

W 2007 r. oddziały wojewódzkie NFZ wystawiły łącznie 1.128.733 formularzy uprawniających do świadczeń zdrowotnych na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA, w tym 1.103.178 Europejskich Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego (97,74% wszystkich wydanych formularzy). W 2007 r. Fundusz wystawił o 50.195 formularzy mniej (tj. o 4,26%) niż w 2006 r.

Zgodnie z rocznym sprawozdaniem z wykonania planu finansowego NFZ za 2007 r. Fundusz dokonał obciążenia instytucji łącznikowych za świadczenia zdrowotne, zrealizowane w Polsce na rzecz uprawnionych, na kwotę 19.509 tys. zł, co stanowiło 78,04% wielkości planowanej. W stosunku do 2006 r. przychody Funduszu z tego tytułu zwiększyły się o 4.671,08 tys. zł, tj. o 31,48 %.

W planie finansowym Centrali Funduszu na 2007 r. wartość rezerwy na koszty zadań wynikających z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w Unii Europejskiej oszacowano w łącznej wysokości 307.300,00 tys. zł. Plan w tej pozycji kosztów został zrealizowany w wysokości 150.881,75 tys. zł (49,1 % planu), w tym:

- 141.126,66 tys. zł - koszty świadczeń rzeczowych obywateli RP leczonych na terenie państw członkowskich UE/EOG (rozliczenia na podstawie formularzy E 125), które były o 14.238,34 tys. zł (o 9,2 %) niższe niż w 2006 r.;
- 7.684,09 tys. zł - koszty wynikające z rozliczeń dokonywanych ryczałtem (na podstawie formularzy E 127), które były o 3.385,10 tys. zł (o 78,7 %) wyższe niż w 2006 r.;
- 2.071,00 tys. zł - zwroty za leczenie indywidualne (na podstawie formularzy E 126), które były o 419,27 tys. zł (o 25,4 %) wyższe niż w 2006 r.

Uzyskana dynamika w odniesieniu do realizacji w tej pozycji kosztów w 2006 r. wyniosła 93,5%.

Łączna kwota roszczeń przedstawionych przez państwa członkowskie UE/EOG, według stanu na dzień 31 grudnia 2007 r.¹⁰⁹, wyniosła 263.481,90 tys. zł i w porównaniu do stanu na koniec 2006 r. wzrosła o 65,3 %. W 2007 r. na rzecz instytucji łącznikowych Fundusz zapłacił łącznie 96.381,94 tys. zł, tj. o 89.316,05 tys. zł (1264,0 %) więcej niż w 2006 r.¹¹⁰. Uruchomienie informatycznego Systemu Obsługi Formularzy Unijnych (zwanego dalej SOFU) w 2007 r. usprawniło bowiem proces rozliczania kosztów świadczeń zdrowotnych udzielonych na terenie państw członkowskich UE/EOG osobom ubezpieczonym w NFZ.

Z tytułu indywidualnych zwrotów na podstawie potwierdzonych formularzy E 126 za świadczenia wykonane na rzecz osób ubezpieczonych w NFZ, podczas ich czasowego pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE i EFTA, w 2007 r. Fundusz wypłacił kwotę 2.071,00 tys. zł, tj. o 419,27 tys. zł więcej niż w 2006 r. (25,4 %).

Wartość not obciążających, za osoby ubezpieczone posiadające formularz E 109 lub E 121 (rozliczanych wg kosztu zryczałtowanego na podstawie formularzy E 127), wyniosła w 2007 r. 3.654,96 tys. zł i była wyższa o 2.602,72 tys. zł (o 247,4 %) niż w 2006 r.¹¹¹ Do dnia 31 grudnia 2007 r. NFZ nie dokonywał płatności na podstawie formularzy E 127, m.in. z powodu braku takiej funkcjonalności w SOFU. Zgodnie z zakładową instrukcją obiegu dowodów księgowych, rozliczenia dokonywane na podstawie tych formularzy (E 127) prowadzone mogły być wyłącznie przy wykorzystaniu systemu rozliczeniowego wspierającego system Finansowo-Księgowy, tj. systemu SOFU.

Koszty średnie świadczeń rzeczowych

Zgodnie z rozporządzeniem Nr 574/72 z dnia 21 marca 1972 r. świadczenia opieki zdrowotnej, udzielane członkom rodzin pracowników najemnych lub osób prowadzących działalność na własny rachunek, zamieszkałym w innym państwie członkowskim niż osoba zatrudniona lub pracująca na własny rachunek, gdy państwo zamieszkania członków rodzin nie jest państwem właściwym (art. 94) oraz emerytom i rencistom, oraz członkom ich rodzin zamieszkałym w innym państwie członkowskim niż państwo zobowiązane do finansowania świadczeń zdrowotnych udzielonych na ich rzecz (art. 95), rozliczane były na podstawie kosztów średnich.

W nocie Polski z dnia 6 kwietnia 2007 r. (CA.SS.TM. 99/07), skierowanej do Komisji Administracyjnej do Spraw Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących,

¹⁰⁹ Kwota roszczeń w latach 2004 – 2007.

¹¹⁰ Po kursie waluty banku, z którego korzysta NFZ tj. Banku Gospodarstwa Krajowego.

¹¹¹ Wg kursu NBP Nr 252/A/NBP/2007 z dnia 31 grudnia 2007 r. i 52/B/NBP/2007 z dnia 24 grudnia 2007 r.

przedstawione zostały koszty średnie świadczeń rzeczowych udzielonych w Polsce w 2004 r. Zastosowana metodologia uwzględniała kryterium wieku i płci, nie brała pod uwagę wyznaczników wskazanych w art. 94 i 95 ww. rozporządzenia.

Miesięczny średni koszt netto wyliczony wg powyższej metodologii, dla osób poniżej 65 roku życia wyniósł 42,73 zł, zaś dla osób w wieku 65 lat lub starszych – 135,54 zł. W pozostałych państwach członkowskich UE, które zastosowały metodologię identyczną jak Polska, średni koszt w 2004 r. wyniósł od 33,69 zł (Litwa) do 395,99 zł (Holandia) dla osób poniżej 65 roku życia oraz od 87,99 zł (Litwa) do 2.092,17 zł (Holandia) dla osób powyżej 65 roku życia. W państwach, które stosowały metodologię w pełni odzwierciedlającą przepisy art. 94 i 95 rozporządzenia (EWG) Nr 574/72 wyniosły od 45,39 zł (Łotwa) do 564,20 zł (Luksemburg) z tytułu art. 94 (dotyczący członków rodzin) oraz od 48,52 zł (Łotwa) do 1.708,94 zł (Luksemburg) z tytułu art. 95 (dotyczący emerytów i rencistów). Występowały zatem duże dysproporcje pomiędzy średnimi kosztami leczenia obywateli polskich w krajach UE a średnimi kosztami leczenia osób uprawnionych w Polsce.

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

W 2007 r. na leczenie 5.487 osób nieubezpieczonych, spełniających kryterium dochodowe określone w art. 8 ustawy z dnia marca 2004 r. o pomocy społecznej¹¹², co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy¹¹³, wydatkowano 16.921,10 tys. zł, tj. 99,35% dotacji przekazanej przez Ministra Zdrowia (17.031,00 tys. zł). Liczba osób nieubezpieczonych, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w 2007 r., w porównaniu do 2006 r., wzrosła o 1.853 osoby, a kwota dotacji, wykorzystana na ich leczenie, była wyższa o 5.884,1 tys. zł.

Rozliczenie dotacji celowej na leczenie osób nieubezpieczonych, a spełniającym kryterium dochodowe, w poszczególnych miesiącach 2007 r. prezentuje poniższa tabela:

¹¹² Zgodnie z art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728) są to: osoby samotnie gospodarujące, których dochód nie przekracza 461 zł, osoby w rodzinie, w której dochód na osobę nie przekracza kwoty 316 zł, rodzina, której dochód nie przekracza sumy kwot po 316 zł na każdą osobę w rodzinie.

¹¹³ Art. 12 ustawy o pomocy społecznej stanowi: w przypadku stwierdzonych przez pracownika socjalnego dysproporcji między udokumentowaną wysokością dochodu a sytuacją majątkową osoby lub rodziny, wskazującą, że osoba ta lub rodzina jest w stanie przezwyciężyć trudną sytuację życiową, wykorzystując własne zasoby majątkowe, w szczególności w przypadku posiadania znacznych zasobów finansowych, wartościowych przedmiotów majątkowych lub nieruchomości, można odmówić świadczenia.

Ważniejsze wyniki kontroli

| L.p. | Miesiąc 2007r. | Dane wg zapotrzebowania | | | Kwota przekazana przez MZ | Dane wg sprawozdania z wydatkowanej dotacji po zakończeniu miesiąca sprawozdawczego | | | Liczba osób, którym udzielono świadczeń wg sprawozdania z wydatkowanych dotacji |
|--------|----------------|--------------------------|-----------|---|---------------------------|---|----------------------------------|---------------------------------|---|
| | | Data | Kwota | Liczba osób, którym udzielono świadczeń | | Kwota przekazana oddziałom | Kwota wydatkowana przez oddziały | Data złożenia sprawozdania w MZ | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | Styczeń | 19.02.2007 | 1 887,61 | 582 | 1 887,61 | 1 887,61 | 1 861,90 | 18.04.2007 | 607 |
| 2 | Luty | 16.03.2007 | 834,71 | 256 | 834,71 | 834,71 | 931,00 | 18.04.2007 | 318 |
| 3 | Marzec | 18.04.2007 | 1 256,45 | 452 | 1 256,45 | 1 256,45 | 1 212,94 | 14.06.2007 | 437 |
| 4 | Kwiecień | 17.05.2007 | 1 039,23 | 360 | 1 039,23 | 1 039,23 | 1 033,34 | 17.07.2007 | 353 |
| 5 | Maj | 14.06.2007 | 1 222,93 | 396 | 1 222,93 | 1 222,93 | 1 209,60 | 17.08.2007 | 382 |
| 6 | Czerwiec | 17.07.2007 | 1 482,03 | 471 | 1 482,03 | 1 482,03 | 1 502,88 | 17.09.2007 | 476 |
| 7 | Lipiec | 17.08.2007 | 1 169,93 | 397 | 1 169,93 | 1 169,93 | 1 195,23 | 17.10.2007 | 404 |
| 8 | Sierpień | 17.09.2007 | 1 536,61 | 462 | 1 536,61 | 1 536,61 | 1 555,43 | 17.10.2007 | 471 |
| 9 | Wrzesień | 17.10.2007 | 1 446,08 | 470 | 1 446,08 | 1 446,08 | 1 395,37 | 29.11.2007 | 463 |
| 10 | Październik | 16.11.2007 | 1 662,61 | 524 | 1 662,61 | 1 662,61 | 1 712,48 | 17.12.2007 | 540 |
| 11 | Listopad | 29.11.2007 | 1 821,93 | 558 | 1 821,93 | 1 821,93 | 1 536,18 | 22.01.2008 | 490 |
| 12 | Grudzień | 29.11.2007 22.01.2008 | 1 690,87 | 661 | 1 690,87 | 1 690,87 | 1 774,75 | 22.01.2008 | 546 |
| Razem: | | | 17 031,00 | 5 589 | 17 031,00 | 17 031,00 | 16 921,10 | X | 5 487 |

Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego

Do końca 2006 r. świadczenia opieki zdrowotnej realizowane przez zespoły ratownictwa medycznego finansowane były ze środków NFZ. Świadczenia te, na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: pomoc doraźna i transport sanitarny” były realizowane w poniższych zakresach:

- 1) świadczenia medyczne udzielane przez zespoły ratownictwa medycznego „W”;
- 2) świadczenia medyczne udzielane przez zespoły ratownictwa medycznego „R”;
- 3) świadczenia medyczne udzielane przez zespoły ratownictwa medycznego „N”¹¹⁴

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym, zwanej dalej również „ustawą o PRM”¹¹⁵, zmianie uległ sposób finansowania tych świadczeń. Od 1 stycznia 2007 r. zadania zespołów ratownictwa medycznego, specjalistycznych (reanimacyjnych) i podstawowych (wypadkowych) finansowane były z budżetu państwa, natomiast działalność zespołów neonatologicznych ze środków własnych Funduszu. Dwoisty system finansowania świadczeń pomocy doraźnej, i transportu sanitarnego, wynikał ze stanowiska Ministra Zdrowia¹¹⁶, zgodnie z którym zespoły „N” miały charakter transportowy, w związku z tym, w trakcie ustalania liczby zespołów ratownictwa medycznego, wojewodowie nie powinni uwzględniać tych zespołów („N”).

Na podstawie art. 49 ust. 1 ustawy o PRM, wojewodowie powierzyli dyrektorom oddziałów wojewódzkich Funduszu prowadzenie postępowań konkursowych o wykonywanie

¹¹⁴ Zarządzenie Nr 77/2005 z dnia 13 października 2005 r. Prezesa NFZ w sprawie przyjęcia „Szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: pomoc doraźna i transport sanitarny”.

¹¹⁵ Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.

¹¹⁶ Pismo MZ z dnia 16 listopada 2006 r. skierowane do wojewodów i z dnia 20 czerwca 2007 r. skierowane do Prezesa NFZ.

zadań zespołów ratownictwa medycznego, zawieranie umów z właściwymi dysponentami, ich rozliczanie i kontrolę wykonania. Środki finansowe na ich realizację przewidziano w budżecie państwa, w części, której dysponentami byli wojewodowie. Uwzględniono je także w planie finansowym NFZ na 2007 r.

Ustawodawca w przedmiotowej ustawie nie wskazał źródła finansowania i sposobu rozliczania kosztów administracyjnych ponoszonych przez Fundusz, w związku z realizacją ww. zadań. Z braku podstawy prawnej do finansowania tych kosztów z dotacji budżetu państwa, były one pokrywane ze składek na ubezpieczenie zdrowotne, co skutkowało uszczupleniem środków na zakup świadczeń zdrowotnych.

Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego w 2007 r. wyniosły 1.146.595,39 tys. zł, co stanowiło 99,92% planu po zmianach (1.147.504,00 tys. zł).

Minister Zdrowia nie wydał aktów wykonawczych, wynikających z delegacji zawartych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym:

- art. 29 ust. 5 – w sprawie określenia szczegółowego zakresu uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego;
- art. 38 ust. 3 – w sprawie określenia wzoru graficznego systemu, będącego jego oznaczeniem, sposobu oznakowania: jednostek systemu i centrów powiadamiania ratunkowego, lekarza koordynatora ratownictwa medycznego, kierującego, osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe oraz ratowników z jednostek współpracujących z systemem, o których mowa w art. 15 ust. 2, wymagań w zakresie umundurowania członków zespołów ratownictwa medycznego – uwzględniając zapewnienie możliwości rozpoznania rodzaju funkcji i zadań wykonywanych w systemie przez oznaczone osoby i jednostki.

Ponadto, nie ogłoszono, na podstawie art. 43 ustawy o PRM, obwieszczenia określającego standardy postępowania zespołu ratownictwa medycznego i kierującego, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną w zakresie medycyny ratunkowej.

3.3.1.3. Wybrane zagadnienia związane z podstawową opieką zdrowotną

Świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej (poz) udzielane były m.in. przez lekarzy bez odpowiednich kwalifikacji (m.in. specjalizacji) określonych w art. 5 pkt 13 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹⁷ oraz § 8 pkt 1 w związku z § 7 ust. 2 Informacji o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna na 2007 r.¹¹⁸

¹¹⁷ Dz. U z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.

¹¹⁸ Wprowadzonej zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 102/2006 z dnia 9 listopada 2006 r. – „Informacja o warunkach zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna” ze zm.

Wymaganych kwalifikacji nie posiadało 423 lekarzy poz, spośród 24.541 (tj. ok. 1,72%). Poniesione przez Fundusz koszty świadczeń, udzielonych przez tych lekarzy, wyniosły ok. 8.925,89 tys. zł¹¹⁹.

Ich zatrudnienie było możliwe, gdyż:

- świadczeniodawcy nieprzekazywali informacji m.in. o stażu pracy lekarza w poz;
- w systemie informatycznym w oddziałach wojewódzkich Funduszu brakowało funkcjonalności automatycznej weryfikacji kadry medycznej;
- oddziały wojewódzkie Funduszu nie miały dostępu do danych centralnego rejestru lekarzy, prowadzonego przez Naczelną Radę Lekarską, w którym odnotowywano ich kwalifikacje.

Najwyższa Izba Kontroli pozytywnie ocenia wyrównanie w 2007 r. przez NFZ rocznej bazowej stawki kapitałowej w opiece lekarskiej w poz. Jednakże w niektórych zakresach świadczeń poz nadal utrzymywały się znaczne, nieuzasadnione różnice między tymi stawkami w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ. W przypadku transportu sanitarnego w podstawowej opiece zdrowotnej roczna stawka kapitałowa¹²⁰ wahała się od 1,92 zł w Małopolskim Oddziale Wojewódzkim do 4,20 zł w Mazowieckim i Wielkopolskim Oddziałach Wojewódzkich (118,75%). W przypadku zaś wyjazdowej nocnej pomocy pielęgniarzkiej od 1,19 zł w Łódzkim Oddziale Wojewódzkim do 2,40 zł w Świętokrzyskim i Wielkopolskim Oddziałach Wojewódzkich (101,68%). W ocenie NIK, utrzymywanie tych dysproporcji było działaniem nierzetelnym.

3.3.1.4. Koszty poboru i ewidencjonowania składek na ubezpieczenie zdrowotne

Zgodnie z art. 88 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej koszty poboru i ewidencjonowania składek na ubezpieczenie zdrowotne potrącają się przez ZUS oraz KRUS, w wysokości 0,20% kwoty tej części składek przekazanych do Centrali Funduszu, które zostały zidentyfikowane (przypisane do konkretnego ubezpieczonego).

Planowane na 2007 r. ww. koszty określono na kwotę 74.803,00 tys. zł¹²¹, zaś poniesione przez NFZ wyniosły 83.423,87 tys. zł i były wyższe od planowanych o 8.620,87 tys. zł, tj. o 11,52% i wyższe o 11.657,28 tys. zł od wykonania w 2006 r. (71.766,59 tys. zł), tj. o 16,24%.

¹¹⁹ Departament Informatyki Centrali NFZ przekazał numery praw wykonywania zawodu lekarzy poz (bez lekarzy stomatologów), którzy przekazywali w 2007 r. listy osób objętych przez nich opieką zdrowotną (tzw. „listy aktywne”), stanowiące podstawę rozliczeń z NFZ i porównano je z numerami praw wykonywania zawodu lekarzy, którzy wg stanu na dzień 31 grudnia 2007 r. nie posiadali żadnej specjalizacji oraz uzyskali ograniczone prawo wykonywania zawodu po 1 stycznia 2002 r. (dane Naczelnej Izby Lekarskiej w Warszawie). Wyłączono również lekarzy, którzy w 2007 r. odbywali szkolenie specjalizacyjne z medycyny rodzinnej lub rozpoczęli je w tym roku (dane takie uzyskano z Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego w Warszawie).

¹²⁰ Przez kapitałową stawkę roczną - rozumie się kwotę przeznaczoną na objęcie opieką jednego świadczeniobiorcy w okresie jednego roku w ustalonym w umowie zakresie świadczeń opieki zdrowotnej.

¹²¹ W tym: ZUS – 69.115,00 tys. zł i KRUS – 5.688,00 tys. zł.

Przyczyną wzrostu tych kosztów były wyższe niż planowane przychody ze składki na ubezpieczenie zdrowotne, zrealizowane przez ZUS.

Koszty poboru i ewidencjonowania składek w latach 2006-2007 przedstawia poniższe zestawienie:

| [w tys. zł] | | | | | | |
|--|-------------------|--------------|-------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|
| Koszty poboru i ewidencjonowania składek, w tym: | Wykonanie 2006 r. | Plan 2007 r. | Wykonanie 2007 r. | Różnica (wyk.-plan) | % realizacji planu | Dynamika 2007/2006 r. |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5=4-3 | 6=4/3 | 7=4/2 |
| przez ZUS | 66.630,75 | 69.115,00 | 77.427,01 | 8.312,01 | 112,03 | 116,20 |
| przez KRUS | 5.135,84 | 5.688,00 | 5.996,86 | 308,86 | 105,43 | 116,76 |
| Razem | 71.66,59 | 74.803,00 | 83.423,87 | 8.620,87 | 111,52 | 116,24 |

3.2.1.5. Koszty administracyjne

Koszty administracyjne NFZ wyniosły 419.520,73 tys. zł i były niższe od ujętych w ostatecznym planie o 34.264,27 tys. zł, tj. o 7,55 %, (załącznik Nr 8).

W strukturze kosztów administracyjnych dominującą pozycję w 2007 r. stanowiły wynagrodzenia - 53,93 % (226.242,24 tys. zł).

Na koszty usług obcych złożyły się w szczególności koszty związane z utrzymaniem i rozwojem systemu informatycznego NFZ w 2007 r. - w kwocie 43.863,30 tys. zł, w tym m.in. koszty serwisu Konsorcjum Kamsoft-Spin - 18.760,70 tys. zł (subskrypcja oprogramowania¹²² - 12.383,00 tys. zł, usługi konsultacji i doradztwa w zakresie oprogramowania -1.952,00 tys. zł, usługi serwisu oprogramowania - 4.425,70 tys. zł), oraz koszty serwisu Sygnity S.A. - 15.677,00 tys. zł (subskrypcja oprogramowania -10.004,00 tys. zł, usługi konsultacji i doradztwa - 1.647,00 tys. zł, usługi serwisu oprogramowania - 4.026,00 tys. zł).

Koszty funkcjonowania Rady Funduszu wyniosły 139,42 tys. zł¹²³ i były niższe o 33,61% od wartości zaplanowanej.

Koszty amortyzacji środków trwałych i wartości niematerialnych i prawnych w 2007 r. wyniosły 49.510,78 tys. zł i były niższe o 23,25 % od wartości planowanej, z powodu m.in. przedłużających się procedur postępowań o zamówienie publiczne.

Pozostałe koszty administracyjne, obejmujące koszty podróży służbowych, ubezpieczenia mienia, reklamy i reprezentacji wyniosły w 2007 r. - 3.505,94 tys. zł i były niższe o 27,31 % od planowanych. Na koszty delegacji w wysokości 1.769,29 tys. zł złożyły się: 21.389 krajowe podróże służbowe - 1.585,15 tys. zł oraz 72 zagraniczne podróże służbowe - 184.14 tys. zł.

¹²² Subskrypcja oprogramowania obejmująca: a) aktualizację oprogramowania, b) przystosowanie oprogramowania, c) standaryzację oprogramowania, w tym w szczególności: przygotowanie i przekazywanie wersji oprogramowania, wzorców nośników dystrybucyjnych tych modułów oprogramowania, które przekazywane są świadczeniodawcom korzystającym z programów udostępnionych przez NFZ.

¹²³ W tym: diety – 123,10 tys. zł, podróże służbowe – 2,70 tys. zł, inne – 13,70 tys. zł.

Zatrudnienie i wynagrodzenia

Przeciętne zatrudnienie w 2007 r. wyniosło 4.319,30 etatu. W porównaniu do 2006 r. było wyższe o 124,25 etatu, tj. o 2,96 %.

Plan wynagrodzeń na 2007 r. zrealizowano w wysokości 226.242,24 tys. zł, tj. 99,14 % wartości planowanej. Wynagrodzenia osobowe w 2007 r. wyniosły ogółem 223.871,73 zł i w porównaniu do roku 2006 wzrosły o 37.399,16 tys., tj. o 20,06 %. Wynagrodzenia bezosobowe wyniosły 2.370,50 tys. zł.

Przeciętne miesięczne wynagrodzenie w 2007 r. wyniosło 4.319,21 zł na etat i w porównaniu do roku 2006 było wyższe o 614,99 zł, tj. o 16,60 %, (załącznik Nr 9).

Najwyższa Izba Kontroli jako działanie nierzetelne ocenia nieopracowanie przez Fundusz strategii personalnej i oceny pracowniczej oraz planu zatrudnienia nowych pracowników, co należało do zadań Biura Kadr i Szkoleń Centrali NFZ.

3.4 Inwestycje

Wartość zrealizowanych inwestycji wyniosła 64.578,96 tys. zł, tj. 71,71 % planu po zmianach (załącznik Nr 7).

Przyczyną tego było m.in. niższe wykonanie zadań w poz. „Budynki i lokale oraz obiekty inżynierii lądowej i wodnej” przez Centralę Funduszu i Oddziały Wojewódzkie: Łódzki i Świętokrzyski, o łącznej wartości szacunkowej 14.132,00 tys. zł¹²⁴. Świętokrzyski OW NFZ wykonał plan w 48,79 %, gdyż dopiero 20 grudnia 2007 r. zatwierdzono zwiększenie wydatków inwestycyjnych Oddziału¹²⁵ o 1.900,00 tys. zł, na wykonanie adaptacji strychu w siedzibie Oddziału, i środki te nie zostały wykorzystane. Przeprowadzona przez Centralę NFZ procedura o udzielenie zamówienia publicznego na wykonanie adaptacji lokali¹²⁶, została unieważniona. Opóźnienia w wykonaniu projektów technicznych i kosztorysów inwestycji - „Adaptacja pomieszczeń biurowych na nową serwerownię wraz z rozbudową infrastruktury informatyczno-energetycznej”, realizowanej przez Łódzki OW NFZ, o wartości 1.111,00 tys. zł, i unieważnienie postępowania o zamówienie publiczne, spowodowało, że zadanie to nie zostało wykonane.

3.5 Pozostała działalność

W 2007 r. „pozostałe przychody” wyniosły 200.839,68 tys. zł, co stanowiło 76,20% planu po zmianach (263.585,00 tys. zł) i 55,33% wykonania w 2006 r. (362.973,04 tys. zł). Najwyższy udział w „pozostałych przychodach” – 99,71 % stanowiły „inne przychody”

¹²⁴ W tym dostosowania lokali Nr.13,14 i 15 do potrzeb Centrali - 9.705 tys. zł.

¹²⁵ Uchwała nr 49/2007/I Rady NFZ.

¹²⁶ Lokale Nr. 13, 14, 15 zakupione przez Centralę NFZ w 2005 r.

(200.255,24 tys. zł), w tym m.in.: rozwiązane rezerwy - 99.808,97 tys. zł, przychody korygujące koszty lat ubiegłych - 64.796,06 tys. zł, otrzymane odszkodowania, kary i grzywny - 23.214,06 tys. zł, przychody z innych opłat ustawowych - 5.347,19 tys. zł.

„Pozostałe koszty” wyniosły 391.086,21 tys. zł i były niższe o 30,33 % od planowanych (266.849,00 tys. zł). Dominowały w nich rezerwy na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych – 374.150,35 tys. zł (95,67 %).

Pozostałe koszty w tej pozycji stanowiły koszty wydania i utrzymania kart ubezpieczenia (części stałych i zamiennych książeczek usług medycznych) oraz recept – 10.863,34 tys. zł i inne koszty – 6.072,52 tys. zł.

W pozycji koszty pozyskiwania informacji, o których mowa w art. 131a ust. 4 ustawy o świadczeniach zdrowotnych, ujęto szacowane koszty w wysokości 183 tys. zł. Z uwagi na fakt, że w 2007 r. policja nie przekazała powyższych informacji, Fundusz nie poniósł kosztów.

3.5.1. Realizacja tzw. „ustawy 203”

„Ustawa 203” nałożyła na samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (sp zoz) obowiązek wypłaty pracownikom podwyżek wynagrodzeń, nie wskazując jednocześnie źródła ich finansowania.

Zgodnie z uchwałą Sądu Najwyższego (SN), podjętą 30 marca 2006 r. (Sygn. Akt III CZP 130/05)¹²⁷ art. 4a „ustawy 203” - w związku z art. 56 k.c. – stanowi podstawę roszczenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (sp zoz) w stosunku do kasy chorych (obecnie NFZ) o zwrot kosztów zwiększonego wynagrodzenia pracowników, jeśli zakład ten, mimo prawidłowego gospodarowania środkami uzyskanymi na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, nie mógł tych kosztów pokryć w całości lub w części.

W sprawozdaniach z realizacji planu finansowego dziewięciu oddziałów wojewódzkich NFZ, w okresie styczeń-kwiecień 2007 r.¹²⁸, w poz. F3¹²⁹ „rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych” wykazano poniesione z tego tytułu koszty w łącznej wysokości 36.742,15 tys. zł, mimo że żaden z oddziałów nie miał ustalonego planu w tej pozycji, a cztery z nich¹³⁰ już w styczniu 2007 r. poniosły koszty z postępowań sądowych (m.in. z tytułu tzw. „ustawy 203”) w łącznej kwocie 10.151,30 tys. zł. Tymczasem Centrala Funduszu dopiero 5 kwietnia 2007 r. wystąpiła z projektem zmiany planu finansowego na rok 2007, polegającej na

¹²⁷ Przedmiotowa uchwała Sądu Najwyższego została omówiona w OSNC 2006/11/177.

¹²⁸ Dolnośląskim OW, Łódzkim OW, Małopolskim OW, Mazowieckim OW, Pomorskim OW, Śląskim OW, Świętokrzyskim OW, Wielkopolskim OW, Zachodniopomorskim OW.

¹²⁹ W wyniku nowelizacji rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, z dniem 23 listopada 2007 r. „rezerwę na zobowiązania sądowe wynikające z postępowań sądowych” z pozycji F3 przesunięto do pozycji F2.

¹³⁰ Dolnośląski OW, Pomorski OW, Śląski OW, Wielkopolski OW.

jego rozszerzeniu o pozycję (F3) „rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych”¹³¹ i przesunięciu środków z planu ogólnego do oddziałów, chociaż nowy wzór planu, uwzględniający ww. pozycję, obowiązywał już od 24 października 2006 r., co NIK oceniła jako działanie nierzetelne.

W opinii NIK, Fundusz powinien niezwłocznie zabezpieczyć środki finansowe bezpośrednio w planach oddziałów wojewódzkich, gdyż roszczenia z tytułu tzw. „ustawy 203” realizowali ich dyrektorzy¹³².

W 2007 r. koszty NFZ, wynikające z tytułu tzw. „ustawy 203” wyniosły ogółem 217.461,02 tys. zł i były wyższe niż w 2006 r. o 42.193,46 zł (24,07 %).

3.6 Działalność finansowa

Działalność finansowa NFZ w 2007 r. zamknęła się dodatnim wynikiem w wysokości 161.592,14 tys. zł, co stanowiło 196,43 % wielkości planowanej (82.266,00 tys. zł). Osiągnięty wynik był wyższy o 81.077,32 tys. zł, tj. o 100,7% w porównaniu do 2006 r.

Plan i wykonanie przychodów i kosztów finansowych NFZ w 2006 r. i 2007 r. przedstawia poniższe zestawienie:

| w tys. zł | | | | | | |
|----------------------------------|-------------------|--------------|-------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|
| Wyszczególnienie | Wykonanie 2006 r. | Plan 2007 r. | Wykonanie 2007 r. | Różnica (wyk. – plan) | % realizacji planu | Dynamika 2007/2006 |
| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> | <i>5=3-4</i> | <i>6=4/3</i> | <i>7=4/2</i> |
| Przychody finansowe | 112.703,72 | 129.286,00 | 196.878,40 | 67.592,40 | 152,28 | 174,69 |
| Koszty finansowe | 32.188,90 | 47.020,00 | 35.286,26 | -11.733,44 | 75,05 | 109,62 |
| Wynik na działalności finansowej | 80.514,82 | 82.266,00 | 161.592,14 | 79.326,14 | 196,43 | 200,70 |

Przychody finansowe w 2007 r. zostały zrealizowane w wysokości 196.878,40 tys. zł, co stanowiło 152,28% planu po zmianach (129.286 tys. zł). Główne ich pozycje stanowiły: odsetki bankowe – 135.394,20 tys. zł (68,77%), odsetki pozostałe – 14.272,54 tys. zł (7,25%), rozwiązanie rezerwy na odsetki 27.182,76 tys. zł (13,81%), dodatnie różnice kursowe – 20.108,48 tys. zł (10,21%).

Koszty finansowe wyniosły 35.286,26 tys. zł, co stanowiło 75,05% planu po zmianach (47.020,00 tys. zł). Główną ich pozycję stanowiły koszty z tytułu utworzenia rezerwy na odsetki, w wysokości 24.646,93 tys. zł (69,85%) oraz odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań, w kwocie 9.867,80 tys. zł (27,96%).

W rocznych sprawozdaniach z wykonania planu finansowego oddziałów wojewódzkich Funduszu za 2007 r., i w planach finansowych tych oddziałów, nie zamieszczono pozycji:

¹³¹ Z dniem 24 października 2006 r., rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 16 października 2006 r., zmieniającym rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 192, poz. 1418) wprowadzono nowy wzór planów finansowych OW NFZ.

¹³² Pkt 1.3 „Procedury przekazywania oddziałom wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia środków finansowych w celu bieżących regulowania zobowiązań” wprowadzonej zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 110/2005 z dnia 30 grudnia 2005 r.

G „Przychody finansowe” oraz pozycji H „Koszty finansowe”, choć oddziały w tych sprawozdaniach wykazały uzyskane przychody finansowe i koszty finansowe (odpowiednio: G „Przychody finansowe” w łącznej wysokości 31.203,94 tys. zł, z tego poz. G1 – 809,78 tys. zł, G2 – 30.394,16 tys. zł; oraz w pozycji H „Koszty finansowe” w łącznej wysokości 35.260,29 tys. zł).

NIK ocenia brak działań kierownictwa Funduszu zmierzających do zmiany wzorów planów finansowych Centrali i oddziałów wojewódzkich NFZ, polegających na ich rozszerzeniu o pozycję „Przychody finansowe” i „Koszty finansowe”¹³³, jako nierzetelne.

3.6.1. Stan środków na lokatach bankowych

Na dzień 31 grudnia 2007 r. stan środków pieniężnych NFZ (Centrali i OW Funduszu) wynosił 4.044.111,43 tys. zł, w tym na rachunkach lokat bankowych 4.035.676,16 tys. zł. W porównaniu do stanu środków pieniężnych na koniec 2006 r. był wyższy o 1.750.211,32 tys. zł, tj. o 76,3%.

Stan bieżących środków pieniężnych w kasie i na rachunkach bankowych NFZ (Centrali i OW Funduszu) na dzień 31.12.2006 r. i 31.12.2007 r. przedstawia załącznik Nr 12.

Stan środków finansowych na lokatach bankowych w 2007 r. wzrósł z 2.290.623,20 tys. zł (według stanu na dzień 31.12.2006 r.) do 3.882.318,63 tys. zł (według stanu na dzień 30.09.2007 r.). Stan środków na lokatach bankowych na dzień 31 października 2007 r. i 31 grudnia 2007 r. wynosił odpowiednio: 3.735.686,53 tys. zł i 4.035.676,16 tys. zł.

Dla porównania, w okresie od 31 grudnia 2005 r. do 30 czerwca 2006 r. kwota środków lokowanych na rachunkach bankowych wahała się od 1.661.575,98 tys. zł do 1.954.805,70 tys. zł, od 31 lipca do 30 września 2006 r. od 2.087.113,15 tys. zł do 2.640.816,75 tys. zł, a od 31 października do 31 grudnia 2006 r. od 2.603.723,21 tys. zł do 2.290.623,20 tys. zł.

3.7 Postępowania sądowe przeciwko NFZ

Według stanu na koniec 2007 r. przeciwko NFZ prowadzono łącznie 622 postępowania sądowe, o łącznej wartości roszczeń 1.537.861,24 tys. zł., w tym :

– 269 spraw z tytułu „ustawy 203”, kwota roszczeń – 1.215.119,74 tys. zł (w porównaniu do 2006 r. liczba postępowań zmniejszyła się o 222, tj. o 45,21 %, a kwota roszczeń o 1.023.357,06 tys. zł, tj. o 45,72 %),

¹³³ Określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 104, poz. 875 ze zm.). (Wzór załącznika Nr 1, tabela Nr 2, określającego plan finansowy „Koszty centrali/oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia”. Przychody i koszty uwzględnione w rocznym planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia (Przychody i koszty NFZ – łącznie) - Załącznik Nr 1, tabela Nr 1 do ww. rozporządzenia).

- 155 spraw z tytułu świadczeń zdrowotnych udzielonych ponad limity określone w umowach, kwota roszczeń – 301.984,88 tys. zł (w porównaniu do 2006 r. liczba postępowań zmniejszyła się o 78, tj. o 33,48 %, a kwota roszczeń o 238.695,00 tys. zł, tj. o 44,15 %),
- 66 pozwów o zapłatę wynikającą z wykonania umowy, kwota roszczeń – 19.176,46 tys. zł (w porównaniu do 2006 r. liczba postępowań zmniejszyła się o 37, tj. o 35,92 %, a kwota roszczeń o 63.311,40 tys. zł, tj. o 76,75 %),
- 47 spraw z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, ustalania prawa do świadczeń, kwota roszczeń – 534,63 tys. zł (w porównaniu do 2006 r. liczba postępowań zmniejszyła się o 66, tj. o 58,41 %, a kwota roszczeń o 657,28 tys. zł, tj. o 55,15 %),
- 85 innych postępowań sądowych, na kwotę – 1.045,54 tys. zł (w porównaniu do 2006 r. liczba postępowań zwiększyła się o 27, tj. o 46,55 %, zaś kwota roszczeń zmniejszyła się o 19.084,83 tys. zł, tj. o 94,81 %).

W porównaniu do 2006 r. łączna liczba postępowań zmniejszyła się o 376, tj. o 37,70%, zaś łączna kwota roszczeń o 1.345.105,58 tys. zł, tj. o 46,70 %.

3.8 Egzekucje komornicze

W 2007 r. łączna kwota zajęć wierzytelności świadczeniodawców wyniosła 883.722,78 tys. zł (niższe o 370.219,63 tys. zł niż w 2006 r., tj. o 29,52%). Fundusz zaś przekazał organom egzekucyjnym wierzytelności w kwocie 336.282,81 tys. zł, tj. o 2.360,38 tys. zł mniej niż w 2006 r.

Zestawienie egzekucji zajętych wierzytelności świadczeniodawców, prezentuje poniższe zestawienie:

| Zestawienie egzekucji zajętych wierzytelności świadczeniodawców w tys. zł | | | | | | | | | |
|---|---|---------------------------------|------------------------|---|------------|------------|---|-------|--|
| L.p. | NFZ Centrala | Forma prawna (kod wg opisu) [1] | Miejscowość (siedziba) | Zajęcia wierzytelności, które zostały do przekazania organom egzekucyjnym wg stanu na 31.12.2007 (zł) | | | Kwota przekazanych organom egzekucyjnym wierzytelności w okresie I-XII 2007 r. (zł) | Uwagi | Wartość świadczeń zdrowotnych z tytułu realizacji umów przyjętych do rozliczenia przez NFZ w 2007 r. w ujęciu narastającym (wartość obrotu na kontakach rozrachunkowych z jednostką) |
| | Nazwa własna Oddziału Wojewódzkiego / Świadczeniodawcy / Apteki wobec którego (-ej) zajęto wierzytelności | | | administracyjne | Sądowe | razem | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | (5+6) 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1 | DOLNOŚLĄSKI | 1,2,3,5,6 | Wrocław | 11 576,09 | 159 030,11 | 170 606,20 | 125 399,82 | | 658 246,93 |
| 2 | KUJAWSKO – POM. | 1,2,3,5,6 | Bydgoszcz | 0,25 | 19 341,40 | 19 341,65 | 11 055,68 | | 523 637,23 |
| 3 | LUBELSKI | 1,2,6 | Lublin | 0,00 | 1 075,05 | 1 075,05 | 1 932,70 | | 101 186,30 |
| 4 | LUBUSKI | 1,2,3,5,6 | Zielona Góra | 3 225,70 | 258 712,10 | 261 937,80 | 28 704,25 | | 154 053,39 |
| 5 | ŁÓDZKI | 1,2,5,6 | Łódź | 50 652,32 | 191 666,68 | 242 318,99 | 38 458,22 | | 888 856,28 |
| 6 | MAŁOPOLSKI | 1,2,5,6 | Kraków | 700,70 | 11 355,43 | 12 056,12 | 3 149,91 | | 61 157,53 |
| 7 | MAZOWIECKI | 1,2,3,5,6 | Warszawa | 2 326,20 | 28 205,28 | 30 531,48 | 10 910,56 | | 1 165 259,03 |
| 8 | OPOLSKI | 1,6 | Opole | 20 212,87 | 852,94 | 21 065,81 | 1 592,93 | | 73 431,97 |
| 9 | PODKARPACKI | 1,2,3,5,6 | Rzeszów | 1,89 | 841,24 | 843,13 | 598,12 | | 137 577,83 |
| 10 | PODLASKI | 1,2,6 | Białystok | 0,00 | 1 299,85 | 1 299,85 | 982,35 | | 64 536,09 |
| 11 | POMORSKI | 1,2,5,6 | Gdańsk | 10 045,10 | 65 239,56 | 75 284,66 | 58 024,59 | | 605 027,39 |
| 12 | ŚLĄSKI | 1,2,3,5,6 | Katowice | 1 506,05 | 11 423,71 | 12 929,76 | 11 577,46 | | 574 426,90 |
| 13 | ŚWIĘTOKRZYSKI | 1,2,3,5,6 | Kielce | 501,74 | 14 184,11 | 14 685,86 | 23 809,43 | | 399 649,09 |
| 14 | WARMIŃSKO – MAZUR. | 1,2,6 | Olsztyn | 241,54 | 10 636,86 | 10 878,39 | 16 874,55 | | 106 059,39 |

Ważniejsze wyniki kontroli

| Zestawienie egzekucji zajętych wierzytelności świadczeniodawców w tys. zł | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------|------------------------|---|------------|------------|---|-------|--|
| L.p. | NFZ Centrala | Forma prawna (kod wg opisu) [1] | Miejscowość (siedziba) | Zajęcia wierzytelności, które zostały do przekazania organom egzekucyjnym wg stanu na 31.12.2007 (zł) | | | Kwota przekazanych organom egzekucyjnym wierzytelności w okresie I-XII 2007 r. (zł) | Uwagi | Wartość świadczeń zdrowotnych z tytułu realizacji umów przyjętych do rozliczenia przez NFZ w 2007 r. w ujęciu narastającym (wartość obrotu na kontach rozrachunkowych z jednostką) |
| | Nazwa własna Oddziału Wojewódzkiego / Świadczeniodawcy / Apteki wobec którego (-ej) zajęto wierzytelności | | | administracyjne | Sądowe | razem | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | (5+6) 7 | 8 | 9 | 10 |
| 15 | WIELKOPOLSKI | 1,2,3,6 | Poznań | 1 013,40 | 4 683,75 | 5 697,16 | 2 650,55 | | 141 972,24 |
| 16 | ZACHODNIOPOMORSKI | 1,2,3,6 | Szczecin | 1 618,91 | 1 551,96 | 3 170,88 | 561,70 | | 23 327,21 |
| X | RAZEM ODDZIAŁY | X | X | 103 622,77 | 780 100,01 | 883 722,78 | 336 282,81 | X | 5 678 404,81 |
| <small>Forma prawna (kod wg opisu) : 1 – SP ZOZ; 2 - NZOZ; 3 - praktyka indywidualna; 4 - praktyka grupowa; 5 - inne (zakłady optyczne, dostawcy produktów ortopedycznych); 6 – apteka</small> | | | | | | | | | |

3.9 Zobowiązania Funduszu

Na dzień 31 grudnia 2007 r. zobowiązania Funduszu wyniosły 4.137.685,87 tys. zł, w tym: długoterminowe 114,09 tys. zł (obejmują depozyty i kaucje jako zabezpieczenie dobrego wykonania umów; termin ich zwrotu lub rozliczenia przypada na lata 2009-2010), krótkoterminowe 4.137.571,79 tys. zł (z tego 4.025.153,07 tys. zł z tytułu dostaw i usług od pozostałych jednostek; obejmują głównie zobowiązania z tytułu wykonanych usług zdrowotnych, rozliczeń z aptekami oraz wykonanych usług informatycznych). Na koniec 2006 r. zobowiązania Funduszu wyniosły 3.844.426,90 tys. zł, w tym zobowiązania długoterminowe – 207,64 tys. zł, zobowiązania krótkoterminowe – 3.844.219,27 tys. zł. Stan zobowiązań (krótkoterminowych i długoterminowych) na koniec 2007 r., w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2006 r., był wyższy o 293.258,97 tys. zł, tj. o 7,63%.

Na dzień 31 grudnia 2007 r. Fundusz nie miał zobowiązań przeterminowanych.

W 2007 r. Fundusz zapłacił ustawowe odsetki z tytułu nieterminowego regulowania zobowiązań w kwocie 13.574,68 tys. zł. Główną przyczyną płatności ww. odsetek były prawomocne i wykonalne wyroki sądowe, które dotyczyły w większości spraw o zapłatę za świadczenia zdrowotne wykonane przez świadczeniodawców w liczbie wykraczającej poza limity określone w zawartych umowach lub poza umowami oraz z tytułu tzw. „ustawy 203”.

W związku z zapłatą odsetek ustawowych od nieterminowego regulowania zobowiązań oraz kar i opłat przez Centralę i OW, Centrala NFZ przekazała do Rzecznika Dyscypliny Finansów Publicznych przy Ministrze Zdrowia 20 zawiadomień o naruszeniu dyscypliny finansów publicznych w 2007 r.

3.10 Wynik finansowy

W 2007 r. Fundusz osiągnął dodatni wynik finansowy, w wysokości 1.762.916,48 tys. zł, z tego OW NFZ - 560.856,40 tys. zł, Centrala Funduszu - 1.202.060,08 tys. zł. Cztery z 16 OW NFZ zakończyły 2007 r. ujemnym wynikiem finansowym (Kujawsko - Pomorski OW - 442,48

tys. zł, Lubuski OW - 688,90 tys. zł, Małopolski OW - 10.261,29 tys. zł, Opolski OW NFZ - 14.788,75 tys. zł).

Wyniki finansowe poszczególnych jednostek organizacyjnych NFZ w 2006 r. i 2007 r. oraz czynniki kształtujące ich poziom przedstawiono w załączniku Nr 10.

O wyniku finansowym NFZ za 2007 r. zadecydowały głównie: wyższe niż zakładano w planie finansowym przychody z tytułu składki brutto na ubezpieczenie zdrowotne - o 594.771,98 tys. zł, przychody ze składek z lat ubiegłych - o 3.527,92 tys. zł, niższa niż planowana realizacja kosztów świadczeń - o 1.494.448,81 tys. zł (w tym m.in. koszty: refundacji cen leków - o 183.424,91 tys. zł, zadań wynikających z przepisów o koordynacji - o 156.418,25 tys. zł oraz niewykorzystane środki rezerwy na koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy, w wysokości 169.475 tys. zł), niższe koszty realizacji programów polityki zdrowotnej, realizowanych na zlecenie - o 9.076,60 tys. zł i zespołów ratownictwa medycznego - o 908,61 tys. zł, wyższe niż planowano koszty ewidencjonowania i poboru składek - o 8.620,87 tys. zł, niższe niż planowano przychody, w tym: wynikające z przepisów o koordynacji - o 5.491 tys. zł, z tytułu realizacji zadań zleconych - o 9.141,87 tys. zł, z dotacji na realizację zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej - o 109,90 tys. zł, niższa realizacja planu kosztów administracyjnych - o 34.264,27 tys. zł.

3.11 Inne ustalenia kontroli

3.11.1 Wykonanie wniosków NIK z ubiegłego roku

Po kontroli NIK, dotyczącej gospodarki finansowej NFZ, z uwzględnieniem wydatków w ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w 2006 r., trzy spośród sześciu wniosków pokontrolnych zostały zrealizowane. Dwa wnioski dotyczące: - wdrożenia „Zasad prowadzenia list oczekujących i sprawozdawczości w tym zakresie”, - stałego monitorowania wykonania planu finansowego NFZ tak, aby nie dochodziło do jego przekroczeń, zostały zrealizowane częściowo.

Centrala NFZ nie zagospodarowała lokali użytkowych Nr: 13, 14 i 15 w Warszawie, przy ul. Grójeckiej Nr 186, co NIK oceniła jako działanie niegospodarne.

Lokale te, zakupione w grudniu 2005 r. za 4.464,46 tys. zł (brutto), do dnia zakończenia kontroli, tj. do 22 lipca 2008 r., nie zostały zagospodarowane. Jednakże w 2007 r. Fundusz poniósł koszty w łącznej wysokości 389,35 tys. zł, w tym: utrzymania tych lokali w wysokości 106,64 tys. zł, wynajmu dodatkowych 5 lokali - 216,83 tys. zł oraz kolokacji zestawu urządzeń serwerowych, zainstalowanych poza siedzibą Centrali NFZ - 65,88 tys. zł.

W 2007 r. Fundusz przeprowadził zamówienie o wyłonienie wykonawcy adaptacyjnych robót budowlanych, które z powodu złożonych protestów i odwołań zostało unieważnione i zakończyło się 28 stycznia 2008 r. prawomocnym wyrokiem Sądu Okręgowego w Warszawie. Przyczyną jego unieważnienia było złożenie ofert niezgodnych z treścią Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia. Dopiero w maju 2008 r. Prezes NFZ zatwierdził nową SIWZ.

3.11.2 Rejestr usług medycznych II

Rada NFZ uchwałą Nr 21/2007/I z dnia 31 maja 2007 r. przyjęła „Strategię wykorzystania zasobów informacyjnych przez NFZ oraz kierunki rozwoju systemu informatycznego na lata 2007- 2010”, w której określono m.in. konieczność wdrożenia w kraju nowego Rejestru Usług Medycznych („II generacji”, zwanego dalej RUM II), wykorzystującego karty ubezpieczenia zdrowotnego - typu elektronicznego, o szacowanych kosztach pierwszej fazy projektu w wysokości 400 mln zł.¹³⁴

Prezes NFZ, 2 października 2007 r., utworzył w Departamencie Informatyki Centrali NFZ Wydział Rejestru Usług Medycznych, do którego obowiązków należało m.in. opracowywanie propozycji zmian stanu prawnego, dotyczącego wdrożenia realizacji RUM II i współpraca z oddziałami wojewódzkimi Funduszu w zakresie funkcjonowania tego systemu.

Tymczasem, nie weszła w życie ustawa o systemie informacji w ochronie zdrowia¹³⁵, określająca m.in. ramy prawne i finansowanie tego systemu. Ponadto, ważne znaczenie dla przyjęcia ostatecznych rozstrzygnięć, co do koncepcji RUM, będą miały wyniki Studium Wykonalności dla Programu Informatyzacji Ochrony Zdrowia, finansowanego ze środków Unii Europejskiej, które umożliwią uzyskanie dalszych środków na informatyzację ochrony zdrowia.

W 2007 r. nie podjęto także ostatecznej decyzji odnośnie wykorzystania dokumentu tożsamości, w ramach realizowanego przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA) projektu pl. ID – Polska ID karta, którego jedną z rozważanych opcji było zastąpienie karty ubezpieczenia zdrowotnego dowodem tożsamości, uprawniającym do dostępu do systemu NFZ, z możliwością potwierdzenia wykonania świadczeń opieki zdrowotnej.

Prace te zostały zawieszono do czasu zakończenia prac nad reformą ochrony zdrowia i przyjęcia ostatecznej koncepcji systemu RUM. Dopiero po dokonaniu tych ustaleń będzie możliwe zakończenie prac nad rozwiązaniami dotyczącymi Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ).

¹³⁴ Karta elektroniczna – 8 zł x 40 mln ludności = 320 mln zł + 80 mln zł nakłady inwestycyjne na infrastrukturę informatyczną.

¹³⁵ Projekt ustawy z dnia 17 września 2007 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia otrzymał pozytywną opinię Rady Legislacyjnej Prezesa Rady Ministrów do dalszych prac legislacyjnych, pod koniec 2007 r. poddany był konsultacjom zewnętrznym, w dniu 27 marca 2008 r. uzyskał pozytywną opinię Komitetu Rady Ministrów do Spraw Informatyzacji i Łączności.

3.11.3 Lista osób oczekujących na udzielenie świadczenia zdrowotnego

W 2007 r. Fundusz nadal nie miał rzetelnej informacji o liczbie oczekujących i średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Przyczyną były m.in. niekompletne dane przekazywane przez świadczeniodawców lub ich brak.

Obowiązujące w 2007 r. przepisy o zakresie informacji przekazywanych przez świadczeniodawców, dotyczących osób oczekujących na udzielania świadczeń opieki zdrowotnej¹³⁶, powodowały, że NFZ pozyskiwał, a następnie przetwarzał jedynie wątpliwe dane statystyczne o liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania na realizację świadczeń opieki zdrowotnej. Nie dysponował natomiast informacjami o świadczeniach udzielanych poszczególnym pacjentom. Uniemożliwiało to prowadzenie rzetelnych analiz medyczno-finansowych, podejmowanie racjonalnych decyzji o finansowaniu świadczeń, a także weryfikację list osób oczekujących na świadczenie, którzy jednocześnie wpisywały się na ww. listy u różnych świadczeniodawców.

3.12 System kontroli

3.12.1 Audyt wewnętrzny oraz kontrola wewnętrzna (funkcjonalna)

W związku ze zmianą statutu¹³⁷ i regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ z dnia 21 marca 2007 r.¹³⁸, od 1 kwietnia 2007 r. w Centrali NFZ utworzono Zespół Auditorów Wewnętrznych (ZAW). Zatrudnieni dotychczas w OW audytorzy wewnętrzni zostali przeniesieni na etaty Centrali i oddelegowani do pracy w tych oddziałach.

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2007 r. w ZAW zatrudnionych było m.in. 18 audytorów, w tym 2 w Centrali NFZ i 16 w OW Funduszu. Wszyscy posiadali uprawnienia audytora wewnętrznego. W Świętokrzyskim OW NFZ nie było audytora w okresie od 1 stycznia do 20 sierpnia 2007 r.

Plan audytu wewnętrznego NFZ na 2007 r. został terminowo opracowany przez Audytora Wewnętrznego - Koordynatora i zatwierdzony przez Prezesa Funduszu oraz przesłany Głównemu Inspektorowi Audytu Wewnętrznego w Ministerstwie Finansów.

¹³⁶ Sposób obliczania średniego czasu oczekiwania na udzielenia świadczenia definiowało w 2007 r. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2006 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 114, poz. 780 ze zm.), wydane na podstawie art. 190 ust. 1.

¹³⁷ Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 8 lutego 2007 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. Nr 24, poz. 147).

¹³⁸ Zarządzenie Nr 12/2007 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 marca 2007 r. w sprawie nadania regulaminu organizacyjnego Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia – weszło w życie z dniem 29 marca 2007 r. Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 68/2006 z dnia 5 września 2006 r. w sprawie przyjęcia regulaminu audytu wewnętrznego w Narodowym Funduszu Zdrowia oraz zarządzenie Nr 45/2007/ZAW Prezesa NFZ z dnia 23 lipca 2007 r. w sprawie wprowadzenia regulaminu audytu wewnętrznego w Narodowym Funduszu Zdrowia.

W trzech oddziałach wojewódzkich NFZ nie były realizowane zadania audytowe, określone w planie audytu na 2007 r. (Mazowiecki OW, Łódzki OW i Świętokrzyski OW), co NIK ocenia jako działanie nierzetelne. W pozostałych oddziałach ww. zadań nie wykonywano w pełni, z powodu częstych zwolnień lekarskich i urlopów macierzyńskich.

3.12.2 Zadania realizowane przez Wydział Kontroli Centrali NFZ oraz komórki kontroli wewnętrznej oddziałów wojewódzkich Funduszu

Spośród pięciu skontrolowanych komórek organizacyjnych Centrali Funduszu, dwie (Biuro Kadr i Szkoleń oraz Departament Współpracy Międzynarodowej) nie podjęły realizacji zadań ujętych w „Planie kontroli wewnętrznej” Centrali Funduszu, a jedna (Departament Ekonomiczno-Finansowy) zrealizowała je w niepełnym zakresie, co NIK ocenia jako działanie nierzetelne. Przyczyną niewykonania lub niepełnego wykonania zadań był m.in. brak pełnej obsady pracowników Departamentów: Współpracy Międzynarodowej i Ekonomiczno-Finansowego.

3.12.3 Kontrole wykonania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz kontrole aptek

W 2007 r. komórki OW NFZ, nadzorowane przez Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej w zakresie merytorycznej właściwości, przeprowadziły łącznie 3.908 kontroli prawidłowości realizacji umów (tj. o 282 umowy mniej niż w 2006 r. – bez kontroli ordynacji lekarskiej i kontroli aptek), w tym 2.385 kontroli planowanych (61% wszystkich przeprowadzonych kontroli) i 1.523 doraźnych (ok. 39% wszystkich kontroli).

Najczęściej kontrolowano umowy w rodzaju: leczenie szpitalne (1296), ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne (598), podstawowa opieka zdrowotna (592), stomatologia (558). Najmniej kontroli przeprowadzono w rodzaju: leczenie uzdrowiskowe (27), świadczenia odrębnie kontraktowane (34), programy profilaktyczne (77), pomoc doraźna i transport sanitarny (82), psychiatria (87). W porównaniu do 2006 r. mniej było kontroli u świadczeniodawców realizujących świadczenia odrębnie kontraktowane o ponad 50% i w rodzajach: podstawowa opieka zdrowotna - o ok. 40%, leczenie stomatologiczne - o ok. 25%. Więcej zaś w rodzajach świadczeń: rehabilitacja - o ok. 15%, opieka długoterminowa - o ok. 12% oraz ratownictwo i transport medyczny - o ok. 8%.

Najwięcej kontroli przeprowadziły Oddziały: Śląski (484), Łódzki (419), Mazowiecki (357), Podkarpacki (351), najmniej zaś Świętokrzyski (113), Zachodniopomorski (117), Podlaski (128). W porównaniu do 2006 r. więcej kontroli przeprowadzono w Oddziałach: Łódzkim, Opolskim, Warmińsko-Mazurskim oraz Zachodniopomorskim (od 20 do 35%). W pozostałych OW liczba przeprowadzonych kontroli była mniejsza (od 1% w Małopolskim, Mazowieckim do prawie 37% w Lubuskim OW).

W 2007 r. łączna wartość umów poddanych kontroli wyniosła 8.424.198,5 tys. zł (bez umów zawartych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna i zaopatrzenie w środki ortopedyczne i pomocnicze). W ich wyniku naliczono do zwrotu 48.397,92 tys. zł, w tym z tytułu środków nienależnie wypłaconych - 36.710,13 tys. zł, a z tytułu nałożonych kar umownych – 11.687,79 tys. zł. W wyniku rozpatrzenia złożonych zastrzeżeń dyrektorzy OW NFZ obniżyli kwoty do zwrotu do 43.582,99 tys. zł, tj. o 9,95%.

Najwyższe kwoty¹³⁹, z tytułu zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych oraz z tytułu kar umownych, zostały nałożone przez OW NFZ: Wielkopolski – 8.049,79 tys. zł, Podkarpacki – 6.470,22 tys. zł, Mazowiecki – 5.727,03 tys. zł.

Najniższe zaś przez: Lubelski OW NFZ – 242,10 tys. zł, Zachodniopomorski OW – 598,84 tys. zł, Warmińsko–Mazurski OW NFZ – 1.061,97 tys. zł.

Głównymi przyczynami zakwestionowania świadczeń opieki zdrowotnej było m.in. prowadzenie dokumentacji medycznej niezgodnie z obowiązującymi przepisami, wykazywanie świadczeń niezgodnych ze szczegółowymi materiałami informacyjnymi, (niewłaściwa kwalifikacja udzielonych świadczeń do typów porad), nieprzestrzeganie harmonogramu pracy, niezamieszczanie wymaganych informacji dla ubezpieczonych, nierzetelne prowadzenie listy pacjentów oczekujących.

W wyniku kontroli 1.987 podmiotów realizujących recepty w 2007 r. zakwestionowano kwotę 2.593,48 tys. zł. Wpływy z tego tytułu wyniosły 2.527,68 tys. zł. Najczęściej stwierdzone nieprawidłowości to: realizacja recept zawierających błędy formalne, wydawanie leków niezgodnie z uprawnieniami dodatkowymi pacjenta, brak dokumentacji potwierdzającej realizację recept wykazanych do obciążeń OW NFZ. Kontrole ordynacji lekarskich wykazały w szczególności brak dokumentacji medycznej pacjentów, którym wystawiono leki refundowane.

3.13 Zadłużenie zakładów opieki zdrowotnej

Na koniec 2007 r. zobowiązania zakładów opieki zdrowotnej wyniosły 9.527,8 mln zł¹⁴⁰, w tym zobowiązania wymagalne 2.665,9 mln zł, tj. 28,0%.¹⁴¹ (załącznik Nr 11).

Stan zobowiązań zoz na 31 grudnia 2007 r., w porównaniu do stanu na 31.12.2006 r., był niższy o 820,9 mln zł, tj. o 7,9%. Stan zobowiązań wymagalnych uległ zmniejszeniu z 3.723,6 mln zł na koniec 2006 r. do 2.665,9 mln zł na koniec 2007 r.

¹³⁹ Po rozpatrzeniu zastrzeżeń.

¹⁴⁰ Zobowiązania obejmują zobowiązania z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych, zakupu sprzętu i aparatury medycznej, zużycia energii, gazu, wody, zakupu usług obcych.

¹⁴¹ Dane dotyczące zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej zostały przekazane przez Ministra Zdrowia w trybie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

4. Informacje dodatkowe o przeprowadzonej kontroli

4.1. Przygotowanie kontroli

Kontrole NIK wykonania planu finansowego NFZ w latach 2004-2005 oraz kontrola gospodarki finansowej NFZ, z uwzględnieniem wydatków w ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w 2006 r., stanowiły podstawę do określenia obszarów wystąpienia nieprawidłowości w zakresie objętym kontrolą. Tematyka kontroli doraźnej „Wykonanie planu finansowego przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2007 r. z uwzględnieniem kosztów związanych z zawieraniem ugód na świadczenia zdrowotne wykonane ponad limit określony w umowach zawartych ze świadczeniodawcami w latach 2003-2006” została zatwierdzona przez dyrektora Departamentu Pracy, Spraw Socjalnych i Zdrowia 18 lutego 2008 r.

4.2. Postępowanie kontrolne i działania podjęte po zakończeniu kontroli

Kontrolę prowadzono w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia w okresie od 7 kwietnia do 22 lipca 2008 r. Protokół z kontroli podpisał Prezes Funduszu, w dniu 5 sierpnia 2008 r., nie wnosząc zastrzeżeń.

Kontrolerzy, zasięgaliby informacji¹⁴² w Ministerstwie Zdrowia, Ministerstwie Finansów, Naczelnej Radzie Lekarskiej, Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego w Warszawie.

W celu usunięcia nieprawidłowości ujawnionych w wyniku kontroli, Najwyższa Izba Kontroli przedstawiła w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 3 września 2008 r., skierowanym do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, wnioski dotyczące m.in.:

- 1) rozszerzenia zakresu danych zbieranych przez NFZ od świadczeniodawców o informacje dotyczące stażu pracy lekarzy w podstawowej opiece zdrowotnej;
- 2) poprawy funkcjonalności systemu informatycznego w oddziałach wojewódzkich Funduszu, pozwalającą na automatyczną weryfikację kwalifikacji kadry medycznej w podstawowej opiece zdrowotnej;
- 3) podjęcia działań zmierzających do wyrównania rocznych stawek kapitacyjnych w transporcie sanitarnym w poz oraz wyjazdowej nocnej pomocy pielęgniarskiej w oddziałach wojewódzkich Funduszu;
- 4) wykorzystania środków przekazanych przez zakłady ubezpieczeniowe i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny zgodnie z ich przeznaczeniem;

¹⁴² Na podstawie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy o NIK.

- 5) wystąpienia do Ministra Finansów i Ministra Zdrowia o wprowadzenia brakujących wzorów oraz metodologii sporządzania sprawozdań, o których mowa w § 7 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 6) przeprowadzenia analiz dotyczących ustalenia kwot podwyżki wynagrodzeń, przekazanych świadczeniodawcom, którzy nie wykonali świadczeń opieki zdrowotnej w 2007 r. oraz nieuwzględnienia w kosztach świadczeń opieki zdrowotnej, udzielonych obywatelom UE i EOG na podstawie przepisów o koordynacji, ww. podwyżki, i rozważenie zmiany koncepcji przekazywania środków na wzrost wynagrodzeń personelu medycznego na podstawie ustawy z dnia 22 lipca 2006 r., pozwalającej na ograniczenie jej negatywnych skutków;
- 7) monitorowania wykonania planu finansowego NFZ, tak aby nie dochodziło do jego przekroczeń oraz kontynuowania działań zmierzających do elastycznego dysponowania środkami finansowymi;
- 8) przeprowadzenia analizy przyczyn i okoliczności przekroczenia planowanych kosztów w poszczególnych rodzajach świadczeń w oddziałach wojewódzkich Funduszu;
- 9) uwzględnienia w procesie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej poziomu ich wykonania w poprzednim okresie sprawozdawczym;
- 10) wystąpienia do Ministra Finansów o zmianę wzoru planu finansowego „Koszty centrali/oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia” i sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziałów wojewódzkich i Centrali Funduszu, polegającą na ich dostosowaniu do wzoru rocznego planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia i rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ, określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 11) opracowania przez Fundusz strategii personalnej i oceny pracowniczej oraz planu zatrudnienia nowych pracowników zgodnie z § 28 Regulaminu Organizacyjnego Centrali Funduszu;
- 12) zapewnienia obsady audytorów w oddziałach wojewódzkich NFZ, umożliwiającej realizację planowanych zadań,

Po wystąpieniu pokontrolnym Prezes NFZ przedstawił dodatkowe wyjaśnienia w piśmie znak: W/1626 z dnia 16 września 2008 r., po czym w piśmie z dnia 20 października 2008 r. zwrócił się do Prezesa NIK o potraktowanie poprzedniego pisma jako umotywowanych zastrzeżeń. Kierownictwo NIK podjęło decyzję o jego rozpatrzeniu przez Kolegium NIK.

Kolegium NIK, na posiedzeniu w dniu 26 listopada 2008 r., podjęło uchwałę Nr 29/2008, w której postanowiono: uwzględnić w całości 2 zastrzeżenia, częściowo 3, a pozostałe oddalić w całości.

W piśmie z dnia 6 stycznia 2009 r. Prezes NFZ poinformował NIK o sposobie wykorzystania uwag, ocen i wniosków pokontrolnych¹⁴³. Z udzielonych odpowiedzi wynika, że 7 z 14 wniosków zostało zrealizowanych natomiast 6 jest w trakcie realizacji. W przypadku wniosku dotyczącego wystąpienia do Ministra Finansów i Ministra Zdrowia o wprowadzenia brakujących wzorów oraz metodologii sporządzania sprawozdań, o których mowa w § 7 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, Prezes poinformował, że Fundusz uzyskał stanowisko Departamentu Legislacyjnego Ministerstwa Finansów, zgodnie z którym w świetle art. 131 ust. 2 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych minister właściwy do spraw finansów publicznych jest upoważniony do określenia w formie rozporządzenia tylko wzorów: planu finansowego oraz rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia.

Najwyższa Izba Kontroli formułując ww. wniosek pokontrolny uwzględniła fakt, iż wprowadzenie brakujących wzorów sprawozdań wymagać będzie rozszerzenia upoważnienia dla Ministra Finansów i podjęcie przez Ministra Zdrowia działań zmierzających do zmiany art. 131 ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej.

¹⁴³ Pismo z dnia 6 stycznia 2009 r. znak: NFZ/CF/DEF/2009/BE/075/0001/W/001000.

5. Załączniki

| | |
|-----------------|--|
| Załącznik Nr 1 | Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli. |
| Załącznik Nr 2 | Wykonanie planu finansowego NFZ w latach 2005 – 2007. |
| Załącznik Nr 3 | Zmiany planu finansowego NFZ w 2007 r. |
| Załącznik Nr 4 | Liczba świadczeniodawców według statusu prawnego, z którymi NFZ podpisał umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2006 – 2007. |
| Załącznik Nr 5 | Wartość umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych ze świadczeniodawcami na lata 2006 – 2007 oraz ich wykonanie w latach 2006 – 2007. |
| Załącznik Nr 6 | Średni koszt leczenia w poszczególnych rodzajach świadczeń w latach 2006 – 2007 w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia (iloraz wykonania planów i liczby ubezpieczonych objętych opieką). |
| Załącznik Nr 7 | Realizacja wydatków inwestycyjnych NFZ w latach 2005 – 2007. |
| Załącznik Nr 8 | Koszty administracyjne Funduszu w latach 2005 – 2007. |
| Załącznik Nr 9 | Przeciętne zatrudnienie i wynagrodzenia w NFZ w latach 2006 – 2007. |
| Załącznik Nr 10 | Wyniki finansowe osiągnięte przez poszczególne jednostki organizacyjne NFZ w 2006 r. i 2007 r. |
| Załącznik Nr 11 | Stan zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej na koniec 2006 r. i 2007 r. |
| Załącznik Nr 12 | Stan bieżących środków pieniężnych w kasie i na rachunkach bankowych NFZ. |
| Załącznik Nr 13 | Wykaz aktów prawnych dotyczących badanej tematyki. |

Wykaz organów, którym przekazano informację o wynikach kontroli

1. Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej
2. Marszałek Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej
3. Marszałek Senatu Rzeczypospolitej Polskiej
4. Prezes Rady Ministrów
5. Sejmowa Komisja Finansów Publicznych
6. Sejmowa Komisja do Spraw Kontroli Państwowej
7. Sejmowa Komisja Zdrowia
8. Minister Finansów
9. Minister Zdrowia
10. Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik Nr 2

Wykonanie planu finansowego NFZ w latach 2005 - 2007 r.

[w tys. zł.]

| Poz. | Wyszczególnienie | Wykonanie planu finansowego NFZ w 2005 r. | Wykonanie planu finansowego NFZ w 2006 r. | 2007 r. | | | | | % | % |
|--------|---|---|---|--|---|---|---------------|---------------|--------|--------|
| | | | | Plan finansowy NFZ zatwierdzony w dniu 30.08.2006 r. (pierwotny) | Plan finansowy NFZ zatwierdzony w dniu 31.12.2007 r. (ostateczny) | Wykonanie planu finansowego NFZ w 2007 r. | Różnica (6-5) | Różnica (6-4) | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 1. | Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki (1.1+1.2), w tym: | 33.792.090,91 | 37.071.559,46 | 40.111.223,00 | 41.628.934,00 | 42.223.705,98 | 594.771,98 | 2.112.482,98 | 124,9 | 113,90 |
| 1.1 | Od ZUS | 31.051.022,09 | 34.503.566,09 | 37.267.89,00 | 38.784.900,00 | 39.225.274,70 | 440.374,70 | 1.958.085,70 | 126,33 | 113,68 |
| 1.2 | Od KRUS | 2.741.068,82 | 2.567.993,37 | 2.844.034,00 | 2.844.034,00 | 2.998.431,28 | 154.397,28 | 154.397,28 | 109,39 | 116,76 |
| 2. | Planowany odpis aktualizujący składkę należną (2.1+2.2), w tym: | 0,00 | 0,00 | 745.344,00 | 387.849,00 | 45.987,93 | -341.861,07 | -699.356,07 | - | - |
| 2.1 | w stosunku do ZUS | 0,00 | 0,00 | 745.344,00 | 387.849,00 | 45.987,93 | -341.861,07 | -699.356,07 | - | - |
| 2.2 | w stosunku do KRUS | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - |
| 3. | Przychody ze składek z lat ubiegłych (3.1+3.2) * | - | - | - | 200.000,00 | 203.527,92 | 3.527,92 | - | - | - |
| 3.1 | Od ZUS | - | - | - | 200.000,00 | 203.527,92 | 3.527,92 | - | - | - |
| 3.2 | Od KRUS | - | - | - | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - | - |
| 4. | Koszt poboru i ewidencjonowania składek (4.1+4.2) | 62.861,48 | 71.766,59 | 71.427,00 | 74.803,00 | 83.423,87 | 8.620,87 | 11.996,87 | 132,71 | 116,24 |
| 4.1 | koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS | 57.379,59 | 66.630,75 | 65.739,00 | 69.115,00 | 77.427,01 | 8.312,01 | 11.688,01 | 134,94 | 116,20 |
| 4.2 | koszty poboru i ewidencjonowania składek przez KRUS | 5.481,89 | 5.135,84 | 5.688,00 | 5.688,00 | 5.996,86 | 308,86 | 308,86 | 109,39 | 116,76 |
| A. | Przychody netto z działalności (1 - 2 + 3 - 4)+A1+A2+A3+A4+A5 | 33.769.248,39 | 37.029.976,30 | 40.470.296,00 | 42.746.803,00 | 43.493.101,58 | 746.298,58 | 3.022.805,58 | 128,79 | 117,45 |
| A1 | przychody wynikające z przepisów o koordynacji | 12.883,31 | 14.837,92 | 25.000,00 | 25.000,00 | 19.509,00 | -5.491,00 | -5.491,00 | 151,43 | 131,48 |
| A2 | przychody z tytułu realizacji zadań zleconych | 27.135,65 | 4.308,52 | 1.145.844,00 | 21.511,00 | 12.369,13 | -9.141,87 | -1.133.474,87 | 45,58 | 287,09 |
| A3 | Dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy, uwzględniające koszty administracyjne ¹⁾ | - | 11.036,99 | 5.000,00 | 17.031,00 | 16.921,10 | -109,90 | 11.921,10 | - | 153,31 |
| A4 | Dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołu ratownictwa medycznego | - | - | - | 1.147.504,00 | 1.146.480,25 | -1.023,75 | - | - | - |
| A5 | środki przekazane przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych | - | - | - | 169.475,00 | 0,00 | -169.475,00 | - | - | - |
| B. | Koszty realizacji zadań (B1+B2+B3+B4) | 33.030.028,91 | 35.970.148,12 | 39.952.064,00 | 42.786.444,00 | 41.282.009,98 | -1.504.434,02 | 1.329.945,98 | 124,98 | 114,77 |
| B1 | Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną | 0,00 | 0,00 | 415.051,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | -415.051,00 | - | - |
| B2 | Koszty świadczeń zdrowotnych (B2.1+...+B2.18), w tym: | 33.003.940,84 | 35.965.839,60 | 39.537.013,00 | 41.617.429,00 | 40.122.980,19 | -1.494.448,81 | 585.967,19 | 121,57 | 111,56 |
| B2.n.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (B2.1.1+...+B2.11.1) | - | 989.215,80 | - | 4.588.344,00 | 4.567.572,79 | -20.771,21 | - | - | 461,74 |
| B2.n.2 | Koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy (B2.1.2+...+B2.13.2) | - | - | - | 0,00 | 2,51 | 2,51 | - | - | - |
| | Różnica: B2-B2n.1 | 33.003.940,84 | 34.976.623,80 | 39.537.013,00 | 37.029.085,00 | 35.555.407,40 | -1.473.677,60 | -3.981.605,60 | 107,73 | 101,65 |
| B2.1 | podstawowa opieka zdrowotna, w tym: | 3.619.323,79 | 3.988.042,23 | 4.456.278,00 | 4.689.043,00 | 4.674.631,77 | -14.411,23 | 218.353,77 | 129,16 | 117,22 |
| B2.1.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | - | - | - | 724.937,00 | 718.661,04 | -6.275,96 | - | - | - |
| B2.1.2 | Koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | - | - | - | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - | - |
| B2.2 | ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w tym: | 2.341.600,12 | 2.672.447,38 | 3.047.197,00 | 3.319.734,00 | 3.141.952,98 | -177.781,02 | 94.755,98 | 134,18 | 117,57 |
| B2.2.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | - | 109.949,74 | - | 440.334,00 | 438.136,98 | -2.197,02 | - | - | 398,49 |

| Poz. | Wyszczególnienie | Wykonanie planu finansowego NFZ w 2005 r. | Wykonanie planu finansowego NFZ w 2006 r. | 2007 r. | | | | | % | % |
|---------|---|---|---|--|---|---|-------------|---------------|--------|--------|
| | | | | Plan finansowy NFZ zatwierdzony w dniu 30.08.2006 r. (pierwotny) | Plan finansowy NFZ zatwierdzony w dniu 31.12.2007 r. (ostateczny) | Wykonanie planu finansowego NFZ w 2007 r. | Różnica | Różnica | | |
| | | | | (6-5) | (6-4) | (6/2) | (6/3) | | | |
| B2.2.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | - | - | - | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - | - |
| B2.3 | leczenie szpitalne, w tym: | 14.569.644,41 | 15.688.120,55 | 16.957.063,00 | 18.958.447,00 | 18.623.125,91 | -335.321,09 | 1.666.062,91 | 127,82 | 118,71 |
| B2.3.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych/ świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | - | 613.357,47 | - | 2.555.456,00 | 2.550.805,26 | -4.650,74 | - | - | 415,88 |
| B2.3.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | - | - | - | 0,00 | 2,51 | 2,51 | - | - | - |
| B2.3.3 | Programy terapeutyczne (lekowe) | - | - | - | 842.898,00 | 735.422,99 | -107.475,01 | - | - | - |
| B2.4 | opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w tym: | 1.081.227,89 | 1.169.877,06 | 1.370.170,00 | 1.430.439,00 | 1.362.627,90 | -67.811,10 | -7.542,10 | 126,03 | 116,48 |
| B2.4.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | - | 57.725,43 | - | 231.175,00 | 230.718,62 | -456,38 | - | - | 399,68 |
| B2.4.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | - | - | - | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - | - |
| B2.5 | rehabilitacja lecznicza, w tym: | 914.674,43 | 1.035.827,17 | 1.155.929,00 | 1.305.656,00 | 1.255.027,69 | -50.628,31 | 99.098,69 | 137,21 | 121,16 |
| B2.5.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | - | 46.010,35 | - | 184.308,00 | 183.189,00 | -1.119,00 | - | - | 398,15 |
| B2.5.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | - | - | - | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - | - |
| B2.6 | opieka długoterminowa, w tym: | 515.949,88 | 578.042,77 | 683.603,00 | 731.998,00 | 702.290,88 | -29.707,12 | 18.687,88 | 136,12 | 121,49 |
| B2.6.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | - | 28.775,77 | - | 115.340,00 | 113.523,96 | -1.816,04 | - | - | 394,51 |
| B2.6.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | - | - | - | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - | - |
| B2.7 | leczenie stomatologiczne, w tym: | 951.681,61 | 1.058.123,29 | 1.243.758,00 | 1.307.167,00 | 1.255.098,57 | -52.068,43 | 11.340,57 | 131,88 | 118,62 |
| B2.7.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | - | 53.314,37 | - | 212.900,00 | 209.981,54 | -2.918,46 | - | - | 393,86 |
| B2.7.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | - | - | - | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - | - |
| B2.8 | lecnictwo uzdrowiskowe, w tym: | 340.402,01 | 346.362,80 | 379.813,00 | 389.391,00 | 375.324,84 | -14.066,16 | -4.488,16 | 110,26 | 108,36 |
| B2.8.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | - | 7.260,29 | - | 32.421,00 | 32.103,61 | -317,39 | - | - | 442,18 |
| B2.8.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | - | - | - | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - | - |
| B2.9 | pomoc doraźna i transport sanitarny, w tym: ** | 932.613,73 | 1.015.510,12 | 1.177.592,00 | 27.000,00 | 26.128,95 | -871,05 | -1.151.463,05 | 2,80 | 2,57 |
| B2.9.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | - | 51.171,30 | - | 4.580,00 | 4.562,25 | -17,75 | - | - | 8,92 |
| B2.9.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | - | - | - | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - | - |
| B2.10 | koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu, w tym: | 53.377,89 | 103.266,81 | 242.870,00 | 220.221,00 | 162.337,63 | -57.883,37 | -80.532,37 | 304,13 | 157,20 |
| B2.10.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | - | 3.929,31 | - | 15.847,00 | 15.136,44 | -710,56 | - | - | 385,22 |
| B2.10.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | - | - | - | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - | - |
| B2.11 | świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w tym: | 871.967,41 | 957.846,25 | 1.002.130,00 | 1.142.427,00 | 1.085.515,71 | -56.911,29 | 83.385,71 | 124,49 | 113,33 |

| Poz. | Wyszczególnienie | Wykonanie planu finansowego NFZ w 2005 r. | Wykonanie planu finansowego NFZ w 2006 r. | 2007 r. | | | | | % | % |
|---------|--|---|---|--|---|---|--------------|--------------|--------|--------|
| | | | | Plan finansowy NFZ zatwierdzony w dniu 30.08.2006 r. (pierwotny) | Plan finansowy NFZ zatwierdzony w dniu 31.12.2007 r. (ostateczny) | Wykonanie planu finansowego NFZ w 2007 r. | Różnica | Różnica | | |
| | | | | (6-5) | (6-4) | (6/2) | (6/3) | | | |
| B2.11.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | - | 17.721,77 | - | 71.046,00 | 70.754,09 | -291,91 | - | - | 399,25 |
| B2.11.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | - | - | - | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - | - |
| B2.12 | zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne | 452.041,85 | 495.296,57 | 468.944,00 | 578.674,00 | 540.345,70 | -38.328,30 | 71.401,70 | 119,53 | 109,10 |
| B2.12.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | - | - | - | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - | - |
| B2.13 | refundacja cen leków | 6.323.263,84 | 6.695.760,88 | 7.044.366,00 | 6.910.749,00 | 6.727.324,09 | -183.424,91 | -317.041,91 | 106,39 | 100,47 |
| B2.13.1 | refundacja cen leków, o których mowa w art. 36 ust. 4 ustawy | - | - | - | 20.725,00 | 16.454,30 | -4.270,70 | - | - | - |
| B2.13.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | - | - | - | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - | - |
| B2.14 | rezerva na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji | 36.171,98 | 161.315,72 | 307.300,00 | 307.300,00 | 150.881,75 | -156.418,25 | -156.418,25 | 417,12 | 93,53 |
| B2.15 | rezerva na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - |
| B2.16 | rezerva na koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | - | - | - | 169.475,00 | 0,00 | -169.475,00 | - | - | - |
| B2.17 | rezerva na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych | - | - | - | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - | - |
| B2.18 | koszty świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych | - | - | - | 129.708,00 | 40.365,82 | -89.342,18 | - | - | - |
| B3 | Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie | 26.088,07 | 4.308,52 | 0,00 | 21.511,00 | 12.434,40 | -9.076,60 | 12.434,40 | 47,66 | 288,60 |
| B4 | Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego | - | - | - | 1.147.504,00 | 1.146.595,39 | -908,61 | - | - | - |
| C. | WYNIK NA DZIAŁALNOŚCI (A - B) | 739.219,48 | 1.059.828,18 | 518.232,00 | -39.641,00 | 2.211.091,60 | 2.250.732,60 | 1.692.859,60 | 299,11 | 208,63 |
| D. | Koszty administracyjne (D1+...+D9), w tym | 332.240,83 | 358.575,29 | 421.681,00 | 453.785,00 | 419.520,73 | -34.264,27 | -2.160,27 | 126,27 | 117,00 |
| D1 | zużycie materiałów i energii | 12.458,00 | 12.311,34 | 16.500,00 | 16.885,00 | 13.533,10 | -3.351,90 | -2.966,90 | 108,63 | 109,92 |
| D2 | usługi obce | 66.742,18 | 64.450,91 | 83.444,00 | 84.960,00 | 77.574,45 | -7.385,55 | -5.869,55 | 116,23 | 120,36 |
| D3 | podatki i opłaty, w tym: | 2.351,71 | 2.293,68 | 3.229,00 | 3.119,00 | 2.366,25 | -752,75 | -862,75 | 100,62 | 103,16 |
| D3.1 | podatki stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego, w tym: | 0,00 | 378,15 | 450,00 | 449,00 | 380,53 | -68,47 | -69,47 | - | 100,63 |
| D3.1.1 | podatek od nieruchomości | 0,00 | 368,62 | 419,00 | 416,00 | 371,01 | -44,99 | -47,99 | - | 100,65 |
| D3.2 | opłaty stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego | 0,00 | 59,09 | 92,00 | 90,00 | 45,37 | -44,63 | -46,63 | - | 76,78 |
| D3.3 | VAT | 0,00 | 4,72 | 94,00 | 84,00 | 6,52 | -77,48 | -87,48 | - | 138,14 |
| D3.4 | podatek akcyzowy | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - |
| D3.5 | wpłaty na PFRON | 0,00 | 1.757,93 | 2.410,00 | 2.313,00 | 1.821,77 | -491,23 | -588,23 | - | 103,63 |
| D3.6 | Inne | 0,00 | 93,79 | 183,00 | 183,00 | 112,06 | -70,94 | -70,94 | - | 119,48 |
| D4 | Wynagrodzenia | 175.439,27 | 188.760,38 | 201.836,00 | 228.211,00 | 226.242,24 | -1.968,76 | 24.406,24 | 128,96 | 119,86 |
| D5 | ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia, w tym: | 36.982,09 | 39.737,27 | 45.462,00 | 50.878,00 | 46.648,55 | -4.229,45 | 1.186,55 | 126,14 | 117,39 |
| D5.1 | składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych | 0,00 | 30.107,60 | 33.833,00 | 37.647,00 | 35.973,26 | -1.673,74 | 2.140,26 | - | 119,48 |
| D5.2 | składki na Fundusz Pracy | 0,00 | 4.477,86 | 4.753,00 | 5.371,00 | 5.389,37 | 18,37 | 636,37 | - | 120,36 |
| D5.3 | składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych | 0,00 | 0,67 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | 0,00 |
| D5.4 | Pozostałe świadczenia | 0,00 | 5.151,14 | 6.876,00 | 7.860,00 | 5.285,92 | -2.574,08 | -1.590,08 | - | 102,62 |
| D6 | koszty funkcjonowania Rady Funduszu | 155,32 | 142,85 | 210,00 | 210,00 | 139,42 | -70,58 | -70,58 | 89,76 | 97,60 |
| D7 | amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych zakupionych ze środków własnych Funduszu | 27.775,18 | 40.654,09 | 60.164,00 | 58.664,00 | 44.061,18 | -14.602,82 | -16.102,82 | 158,64 | 108,38 |
| D8 | amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych otrzymanych nieodpłatnie | 6.714,99 | 6.347,46 | 6.036,00 | 5.843,00 | 5.449,60 | -393,40 | -586,40 | 81,16 | 85,85 |
| D9 | Pozostałe koszty administracyjne | 3.622,09 | 3.877,31 | 4.800,00 | 5.015,00 | 3.505,94 | -1.509,06 | -1.294,06 | 96,79 | 90,42 |
| E. | Pozostałe przychody (E1+...+E3) | 338.810,64 | 362.973,04 | 202.200,00 | 263.585,00 | 200.839,68 | -62.745,32 | -1.360,32 | 59,28 | 55,33 |

| Poz. | Wyszczególnienie | Wykonanie planu finansowego NFZ w 2005 r. | Wykonanie planu finansowego NFZ w 2006 r. | 2007 r. | | | | | % | % |
|------|---|---|---|--|---|---|---------------|--------------|---------|--------|
| | | | | Plan finansowy NFZ zatwierdzony w dniu 30.08.2006 r. (pierwotny) | Plan finansowy NFZ zatwierdzony w dniu 31.12.2007 r. (ostateczny) | Wykonanie planu finansowego NFZ w 2007 r. | Różnica | Różnica | | |
| | | | | | | | (6-5) | (6-4) | | |
| E1 | darowizny i zapisy otrzymane, w tym kwota umorzenia majątku otrzymanego nieodpłatnie wynikająca z rozliczeń międzyokresowych przypadająca na rok planowania | 436,23 | 567,75 | 0,00 | 0,00 | 584,44 | 584,44 | 584,44 | 133,98 | 102,94 |
| E2 | przychody z tytułu zwrotu poniesionych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w związku z art. 14a ust. 1 ustawy | - | - | - | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - | - |
| E3 | inne przychody | 338.374,41 | 362.405,29 | 202.200,00 | 263.585,00 | 200.255,24 | -63.329,76 | -1.944,76 | 59,18 | 55,26 |
| F. | Pozostałe koszty (F1+...+F5) | 90.520,21 | 276.796,18 | 294.521,00 | 561.370,00 | 391.086,21 | -170.283,79 | 96.565,21 | 432,04 | 141,29 |
| F1 | wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia (w tym części stałych i zamiennych książeczek usług medycznych) oraz recept | 541,75 | 10.129,93 | 56.497,00 | 56.670,00 | 10.863,34 | -45.806,66 | -45.633,66 | 2005,23 | 107,24 |
| F2 | rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych | 50.628,49 | 227.590,75 | 208.024,00 | 494.481,00 | 374.150,35 | -120.330,65 | 166.126,35 | 739,01 | 164,40 |
| F3 | koszty pozyskiwania informacji, o których mowa w art. 131a ust. 4 ustawy | - | - | - | 183,00 | 0,00 | -183,00 | - | - | - |
| F4 | inne rezerwy | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - |
| F5 | inne koszty | 39.349,97 | 39.075,50 | 30.000,00 | 10.036,00 | 6.072,52 | -3.963,48 | -23.927,48 | 15,43 | 15,54 |
| G. | Przychody finansowe (G1+G2) | 86.747,29 | 112.703,72 | 15.790,00 | 129.286,00 | 196.878,40 | 67.592,40 | 181.088,40 | 226,96 | 174,69 |
| G1 | odsetki uzyskane z lokat i papierów wartościowych | 71.962,48 | 78.648,74 | 15.790,00 | 129.286,00 | 135.304,20 | 6.018,20 | 119.514,20 | 188,02 | 172,04 |
| G2 | inne przychody finansowe | - | 34.054,98 | 0,00 | 0,00 | 61.574,20 | 61.574,20 | 61.574,20 | - | 180,81 |
| H. | Koszty finansowe | 18.401,65 | 32.188,90 | 20.020,00 | 47.020,00 | 35.286,26 | -11.733,74 | 15.266,26 | 191,76 | 109,62 |
| I. | WYNIK BRUTTO NA CAŁOKSZTAŁCIE DZIAŁALNOŚCI(C – D + E - F + G - H) | 723.614,72 | 867.944,57 | 0,00 | -708.945,00 | 1.762.916,48 | 2.471.861,48 | 1.762.916,48 | 243,63 | 203,11 |
| J. | Zyski i straty nadzwyczajne (J1-J2) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - |
| J1 | zyski nadzwyczajne - wielkość dodatnia | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - |
| J2 | Straty nadzwyczajne - wielkość ujemna | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - |
| K. | WYNIK FINANSOWY OGÓŁEM BRUTTO (I + J) | 723.614,72 | 867.944,57 | 0,00 | -708.945,00 | 1.762.916,48 | 2.471.861,48 | 1.762.916,48 | 243,63 | 203,11 |
| L. | Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego (w tym CIT) | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - | - |
| M. | WYNIK FINANSOWY OGÓŁEM NETTO(K -L) | 723.614,72 | 867.944,57 | 0,00 | -708.945,00 | 1.762.916,48 | 2.471.861,48 | 1.762.916,48 | 243,63 | 203,11 |
| P. | PRZYCHODY – ogółem | 34.257.667,80 | 37.577.419,65 | 41.505.057,00 | 43.602.326,00 | 44.020.231,46 | 417.905,46 | 2.515.174,46 | 128,50 | 117,15 |
| R. | KOSZTY – ogółem | 33.534.053,08 | 36.709.475,08 | 41.505.057,00 | 44.311.271,00 | 42.257.314,98 | -2.053.956,02 | 752.257,98 | 126,01 | 115,11 |

* przychody ze składek z lat ubiegłych w roku 2005 i 2006 prezentowane były w pozycji E3 (inne przychody) i wyniosły w roku 2005 - 211.981,16 tys. zł., w roku 2006 - 228.654,74 tys. zł. Ponadto w pierwotnym planie finansowym na 2007 r. przychody ze składek z lat ubiegłych w wysokości 200.000,00 tys. zł. ujęte były w pozycji E3 (inne przychody).

** począwszy od roku 2007 w pozycji B2.9 (po stronie planu ostatecznego i wykonania) prezentowane są koszty pomocy doraźnej i transportu sanitarnego finansowane ze środków własnych Funduszu, natomiast koszty związane z realizacją zadań zespołów ratownictwa medycznego ujmowane są w pozycji B4.

Załącznik Nr 3

Zmiany planu finansowego NFZ w 2007 r.

[w tys. z]

| Poz. Planu | Wyszczególnienie | Plan pierwotny na 30.08.2006 r. | Plan ostateczny na 31.12.2007 r. | Różnica | Dynamika % |
|------------|---|---------------------------------|----------------------------------|------------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5=4-3 | 6=4/3 |
| 1. | SKŁADKA NALEŻNA BRUTTO W ROKU PLANOWANIA RÓWNA PRZYSPISOWI SKŁADKI, W TYM: | 40.111.223 | 41.628.934 | 1.517.711 | 103,78 |
| 1.1 | Od ZUS | 37.267.189 | 38.784.900 | 1.517.711 | 104,07 |
| 1.2 | od KRUS | 2.844.034 | 2.844.034 | 0 | 100,00 |
| 2. | PLANOWANY ODPIS AKTUALIZUJĄCY SKŁADKĘ NALEŻNĄ, W TYM: | 745.344 | 387.849 | -357.495 | 52,04 |
| 2.1 | W stosunku do ZUS | 745.344 | 387.849 | -357.495 | 52,04 |
| 2.2 | W stosunku do KRUS | 0 | 0 | 0 | - |
| 3. | PRZYCHODY ZE SKŁADEK Z LAT UBIEGŁYCH W TYM: | 0 | 200.000 | 200.000 | - |
| 3.1 | od ZUS | 0 | 200.000 | 200.000 | - |
| 3.2 | od KRUS | 0 | 0 | 0 | - |
| 4. | KOSZT POBORU I EWIDENCJONOWANIA SKŁADEK, W TYM: | 71.427 | 74.803 | 3.376 | 104,73 |
| 4.1 | koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS | 65.739 | 69.115 | 3.376 | 105,14 |
| 4.2 | koszty poboru i ewidencjonowania składek przez KRUS | 5.688 | 5.688 | 0 | 100,00 |
| A. | Przychody netto z działalności (1-2+3-4) + A1 + A2 + A3 + A4 + A5 | 40.470.296 | 42.746.803 | 2.276.507 | 105,63 |
| A1 | przychody wynikające z przepisów o koordynacji | 25.000 | 25.000 | 0 | 100,00 |
| A2 | przychody z tytułu realizacji zadań zleconych | 1.145.844 | 21.511 | -1.124.333 | 1,88 |
| A3 | dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy, uwzględniające koszty administracyjne*) | 5.000 | 17.031 | 12.031 | 340,62 |
| A4 | dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego | 0 | 1.147.504 | 1.147.504 | - |
| A5 | środki przekazane przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych | 0 | 169.475 | 169.475 | - |
| B. | KOSZTY REALIZACJI ZADAŃ (B1+B2+B3+B4) | 39.952.064 | 42.786.444 | 2.834.380 | 107,09 |
| B1 | Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną | 415.051 | 0 | -415.051 | 0,00 |
| B2 | Koszty świadczeń zdrowotnych (B2.1+...+B2.18), w tym: | 38.391.169 | 41.617.429 | 3.226.260 | 108,40 |
| B2.n.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (B2.1.1+...+B2.11.1) | 0 | 4.588.344 | 4.588.344 | - |
| B2.n.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy (B2.1.2+...+B2.13.2) | 0 | 0 | 0 | - |
| B2.1 | podstawowa opieka zdrowotna, w tym: | 4.456.278 | 4.689.043 | 232.765 | 105,22 |
| B2.1.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | 0 | 724.937 | 724.937 | - |
| B2.1.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | 0 | 0 | 0 | - |
| B2.2 | ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w tym | 3.047.197 | 3.319.734 | 272.537 | 108,94 |
| B2.2.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | 0 | 440.334 | 440.334 | - |
| B2.2.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | 0 | 0 | 0 | - |
| B2.3 | Leczenie szpitalne, w tym: | 16.957.063 | 18.958.447 | 2.001.384 | 111,80 |
| B2.3.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | 0 | 2.555.456 | 2.555.456 | - |
| B2.3.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | 0 | 0 | 0 | - |
| B2.3.3 | Programy terapeutyczne (lekowe) | 0 | 842.898 | 842.898 | - |
| B2.4 | opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, w tym: | 1.370.170 | 1.430.439 | 60.269 | 104,40 |
| B2.4.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | 0 | 231.175 | 231.175 | - |
| B2.4.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | 0 | 0 | 0 | - |
| B2.5 | rehabilitacja lecznicza, w tym: | 1.155.929 | 1.305.656 | 149.727 | 112,95 |
| B2.5.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | 0 | 184.308 | 184.308 | - |
| B2.5.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | 0 | 0 | 0 | - |
| B2.6 | opieka długoterminowa, w tym: | 683.603 | 731.998 | 48.395 | 107,08 |
| B2.6.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | 0 | 115.340 | 115.340 | - |
| B2.6.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | 0 | 0 | 0 | - |
| B2.7 | Leczenie stomatologiczne, w tym: | 1.243.758 | 1.307.167 | 63.409 | 105,10 |
| B2.7.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | 0 | 212.900 | 212.900 | - |
| B2.7.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | 0 | 0 | 0 | - |
| B2.8 | lecznictwo uzdrowiskowe, w tym: | 379.813 | 389.391 | 9.578 | 102,52 |
| B2.8.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | 0 | 32.421 | 32.421 | - |
| B2.8.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | 0 | 0 | 0 | - |
| B2.9* | pomoc doraźna i transport sanitarny, w tym: | 31.748 | 27.000 | -4.748 | 85,04 |
| B2.9.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | 0 | 4.580 | 4.580 | - |
| B2.9.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | 0 | 0 | 0 | - |
| B2.10 | koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu, w tym: | 242.870 | 220.221 | -22.649 | 90,67 |
| B2.10.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | 0 | 15.847 | 15.847 | - |
| B2.10.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | 0 | 0 | 0 | - |
| B2.11 | świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w tym: | 1.002.130 | 1.142.427 | 140.297 | 114,00 |
| B2.11.1 | wzrost kosztów świadczeń zdrowotnych z tytułu ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń | 0 | 71.046 | 71.046 | - |

| Poz. Planu | Wyszczególnienie | Plan pierwotny na 30.08.2006 r. | Plan ostateczny na 31.12.2007 r. | Różnica | Dynamika % |
|------------|---|---------------------------------|----------------------------------|-----------|------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5=4-3 | 6=4/3 |
| B2.11.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | 0 | 0 | 0 | - |
| B2.12 | zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne | 468.944 | 578.674 | 109.730 | 123,40 |
| B2.12.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | 0 | 0 | 0 | - |
| B2.13 | refundacja cen leków | 7.044.366 | 6.910.749 | -133.617 | 98,10 |
| B2.13.1 | refundacja cen leków, o których mowa w art. 36 ust. 4 ustawy | 0 | 20.725 | 20.725 | - |
| B2.13.2 | koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | 0 | 0 | 0 | - |
| B2.14 | rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji | 307.300 | 307.300 | 0 | 100,00 |
| B2.15 | rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków | 0 | 0 | 0 | - |
| B2.16 | rezerwa na koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy | 0 | 169.475 | 169.475 | - |
| B2.17 | rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych | 0 | 0 | 0 | - |
| B2.18 | koszty świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych | 0 | 129.708 | 129.708 | - |
| B3 | Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie | 0 | 21.511 | 21.511 | - |
| B4 | Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego | 1.145.844 | 1.147.504 | 1.660 | 100,14 |
| C. | Wynik na działalności (A – B) | 518.232 | -39.641 | -557.873 | -7,65 |
| D. | KOSZTY ADMINISTRACYJNE, W TYM: | 421.681 | 453.785 | 32.104 | 107,61 |
| D1 | zużycie materiałów i energii | 16.500 | 16.885 | 385 | 102,33 |
| D2 | usługi obce | 83.444 | 84.960 | 1.516 | 101,82 |
| D3 | podatki i opłaty, w tym: | 3.229 | 3.119 | -110 | 96,59 |
| D3.1 | podatki stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego, w tym: | 450 | 449 | -1 | 99,78 |
| D3.1.1 | podatek od nieruchomości | 419 | 416 | -3 | 99,28 |
| D3.2 | opłaty stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego | 92 | 90 | -2 | 97,83 |
| D3.3 | VAT | 94 | 84 | -10 | 89,36 |
| D3.4 | podatek akcyzowy | 0 | 0 | 0 | - |
| D3.5 | wpłaty na PFRON | 2.410 | 2.313 | -97 | 95,98 |
| D3.6 | Inne | 183 | 183 | 0 | 100,00 |
| D4 | Wynagrodzenia | 201.836 | 228.211 | 26.375 | 113,07 |
| D5 | ubezpieczenie społeczne i inne świadczenia, w tym: | 45.462 | 50.878 | 5.416 | 111,91 |
| D5.1 | składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych | 33.833 | 37.647 | 3.814 | 111,27 |
| D5.2 | składki na Fundusz Pracy | 4.753 | 5.371 | 618 | 113,00 |
| D5.3 | składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych | 0 | 0 | 0 | - |
| D5.4 | Pozostałe świadczenia | 6.876 | 7.860 | 984 | 114,31 |
| D6 | koszty funkcjonowania Rady Funduszu | 210 | 210 | 0 | 100,00 |
| D7 | amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych zakupionych ze środków własnych Funduszu | 60.164 | 58.664 | -1.500 | 97,51 |
| D8 | amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych otrzymanych nieodpłatnie | 6.036 | 5.843 | -193 | 96,80 |
| D9 | Pozostałe koszty administracyjne | 4.800 | 5.015 | 215 | 104,48 |
| E. | Pozostałe przychody (E1 + ... + E3), w tym: | 202.200 | 263.585 | 61.385 | 130,36 |
| E1 | darowizny i zapisy otrzymane, w tym kwota umorzenia majątku otrzymanego nieodpłatnie wynikająca z rozliczeń międzyokresowych przypadająca na rok planowania | 0 | 0 | 0 | - |
| E2 | przychody z tytułu zwrotu poniesionych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w związku z art. 14a ust. 1 ustawy | 0 | 0 | 0 | - |
| E3 | inne przychody | 202.200 | 263.585 | 61.385 | 130,36 |
| F. | Pozostałe koszty (F1 + ... + F5), w tym: | 294.521 | 561.370 | 266.849 | 190,60 |
| F1 | wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia (w tym części stałych i zamiennych książeczek usług medycznych) oraz recept | 56.497 | 56.670 | 173 | 100,31 |
| F2 | rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych | 208.024 | 494.481 | 286.457 | 237,70 |
| F3 | koszty pozyskiwania informacji, o których mowa w art. 131a ust. 4 ustawy | 0 | 183 | 183 | - |
| F4 | inne rezerwy | 0 | 0 | 0 | - |
| F5 | inne koszty | 30.000 | 10.036 | -19.964 | 33,45 |
| G. | PRZYCHODY FINANSOWE, W TYM: | 15.790 | 129.286 | 113.496 | 818,78 |
| G1 | odsetki uzyskane z lokat | 15.790 | 129.286 | 113.496 | 818,78 |
| G2 | inne przychody finansowe | 0 | 0 | 0 | - |
| H. | KOSZTY FINANSOWE | 20.020 | 47.020 | 27.000 | 234,87 |
| I. | WYNIK BRUTTO NA CAŁOKSZTAŁCIE DZIAŁALNOŚCI | 0 | -708.945 | -708.945 | - |
| J. | ZYSKI I STRATY NADZWYCZAJNE (J1-J2) | 0 | 0 | 0 | - |
| J1 | zyski nadzwyczajne - wielkość dodatnia | 0 | 0 | 0 | - |
| J2 | straty nadzwyczajne - wielkość ujemna | 0 | 0 | 0 | - |
| K. | WYNIK FINANSOWY OGÓŁEM BRUTTO | 0 | -708.945 | -708.945 | - |
| L. | INNE OBOWIĄZKOWE OBCIĄŻENIA WYNIKU FINANSOWEGO (W TYM CIT) | 0 | 0 | 0 | - |
| M. | WYNIK FINANSOWY OGÓŁEM NETTO | 0 | -708.945 | -708.945 | - |
| P. | PRZYCHODY – OGÓŁEM | 41.505.057 | 43.602.326 | 2.097.269 | 105,05 |
| R. | KOSZTY – OGÓŁEM | 41.505.057 | 44.311.271 | 2.806.214 | 106,76 |

* w celu zachowania porównywalności danych w planie pierwotnym koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego przedstawiono w poz. B4

Załącznik Nr 4

Liczba świadczeniodawców według statusu prawnego, z którymi NFZ podpisał umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2006 r. i 2007 r.

| Nazwa rodzaju świadczeń | Działalność gospodarcza | | Grupowa praktyka lekarska / pielęgnarska | | Indywidualna praktyka lekarska / pielęgnarska | | Jednostka badawczo-rozwojowa | | Niepubliczny ZOZ | | SP ZOZ | | Ogółem | |
|---|-------------------------|------|--|-------|---|-------|------------------------------|------|------------------|--------|--------|-------|--------|--------|
| | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 |
| Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne | 114 | 163 | 325 | 365 | 714 | 1.073 | 1 | 2 | 2.447 | 3.503 | 898 | 1.178 | 4.499 | 6.284 |
| Leczenie stomatologiczne | 48 | 96 | 455 | 529 | 3.026 | 5.121 | 1 | 1 | 1.550 | 2.346 | 435 | 600 | 5.515 | 8.693 |
| Lecznictwo szpitalne | 26 | 28 | 21 | 26 | - | - | 1 | 1 | 277 | 374 | 534 | 598 | 859 | 1.027 |
| Opieka długoterminowa | 22 | 25 | 89 | 112 | 14 | 44 | - | 2 | 454 | 685 | 257 | 349 | 836 | 1.217 |
| Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień | 35 | 39 | 41 | 41 | 23 | 28 | - | 1 | 488 | 690 | 367 | 507 | 954 | 1.306 |
| Podstawowa Opieka Zdrowotna | 110 | 239 | 745 | 957 | 1.105 | 1.877 | - | - | 2.530 | 4.486 | 723 | 1.160 | 5.213 | 8.719 |
| Pomoc doraźna i transport sanitarny | 13 | 12 | 2 | 2 | - | - | - | 1 | 9 | 29 | 146 | 267 | 170 | 311 |
| Profilaktyczne programy zdrowotne | 31 | 44 | 170 | 212 | 73 | 129 | 1 | 1 | 1.051 | 1.628 | 450 | 605 | 1.776 | 2.619 |
| Rehabilitacja lecznicza | 121 | 162 | 137 | 151 | 16 | 25 | - | 1 | 797 | 1.090 | 588 | 811 | 1.659 | 2.240 |
| Świadczenia odrębnie kontraktowane | 8 | 10 | 10 | 14 | - | 1 | - | 2 | 71 | 105 | 151 | 214 | 240 | 346 |
| Suma końcowa | 528 | 818 | 1.995 | 2.409 | 4.971 | 8.298 | 4 | 12 | 9.674 | 14.936 | 4.549 | 6.289 | 21.721 | 32.762 |

Liczba umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawarta ze świadczeniodawcami na 2006 r. i 2007 r.

| Nazwa rodzaju świadczeń | Działalność gospodarcza | | Grupowa praktyka lekarska / pielęgnarska | | Indywidualna praktyka lekarska / pielęgnarska | | Jednostka badawczo-rozwojowa | | Niepubliczny ZOZ | | SP ZOZ | | Ogółem | |
|---|-------------------------|-------|--|-------|---|-------|------------------------------|------|------------------|--------|--------|-------|--------|--------|
| | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 |
| Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne | 151 | 236 | 337 | 471 | 732 | 1.112 | 2 | 3 | 2.763 | 4.149 | 1.299 | 1.764 | 5.284 | 7.735 |
| Leczenie stomatologiczne | 51 | 103 | 459 | 539 | 3.034 | 5.367 | 2 | 2 | 1.621 | 2.613 | 444 | 710 | 5.611 | 9.334 |
| Lecznictwo szpitalne | 49 | 60 | 22 | 36 | - | - | 2 | 3 | 313 | 425 | 1.012 | 1.272 | 1.398 | 1.796 |
| Opieka długoterminowa | 30 | 33 | 99 | 125 | 14 | 44 | - | 2 | 512 | 805 | 300 | 423 | 955 | 1.432 |
| Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień | 36 | 40 | 41 | 41 | 23 | 29 | - | 1 | 498 | 715 | 386 | 539 | 984 | 1.365 |
| Podstawowa Opieka Zdrowotna | 157 | 319 | 1.029 | 1.438 | 1.321 | 2.588 | - | - | 2.918 | 7.383 | 1.185 | 2.462 | 6.610 | 14.190 |
| Pomoc doraźna i transport sanitarny | 14 | 14 | 2 | 4 | - | - | - | 1 | 9 | 30 | 151 | 283 | 176 | 332 |
| Profilaktyczne programy zdrowotne | 43 | 47 | 180 | 214 | 74 | 129 | 1 | 1 | 1.058 | 1.683 | 458 | 647 | 1.814 | 2.721 |
| Rehabilitacja lecznicza | 123 | 173 | 140 | 153 | 16 | 25 | - | 1 | 830 | 1.229 | 635 | 952 | 1.744 | 2.533 |
| Świadczenia odrębnie kontraktowane | 8 | 11 | 10 | 15 | - | 1 | - | 2 | 73 | 108 | 156 | 223 | 247 | 360 |
| Suma końcowa | 662 | 1.037 | 2.319 | 3.036 | 5.214 | 9.295 | 7 | 16 | 10.595 | 19.177 | 6.026 | 9.288 | 24.823 | 41.849 |

Załącznik Nr 5

Wartość umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych ze świadczeniodawcami na 2006 r. i 2007 r.

[w tys. zł]

| Nazwa rodzaju świadczeń | Działalność gospodarcza | | Grupowa praktyka lekarska / pielęgniarska | | Indywidualna praktyka lekarska / pielęgniarska | | Jednostka badawczo-rozwojowa | | Niepubliczny ZOZ | | SP ZOZ | | Ogółem | |
|---|-------------------------|----------------|---|----------------|--|----------------|------------------------------|---------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | 2006 r. | 2007 r. | 2006 r. | 2007 r. | 2006 r. | 2007 r. | 2006 r. | 2007 r. | 2006 r. | 2007 r. | 2006 r. | 2007 r. | 2006 r. | 2007 r. |
| Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne | 53.620.723,95 | 66.660.583,14 | 81.742.135,80 | 108.211.542,22 | 82.798.806,09 | 146.863.606,77 | 4.312.507,69 | 5.435.257,77 | 785.010.239,77 | 1.271.646.247,63 | 1.087.620.759,55 | 1.625.246.045,43 | 2095105172,85 | 3224063282,96 |
| Leczenie stomatologiczne | 7.138.179,43 | 14.938.819,60 | 65.692.695,01 | 87.420.906,02 | 208.193.467,41 | 440.449.474,82 | 2.206.417,91 | 3.201.850,98 | 297.695.840,26 | 518.298.296,69 | 127.531.624,54 | 210.235.271,33 | 708458224,56 | 1274544619,43 |
| Lecznictwo szpitalne | 423.105.106,76 | 509.008.488,74 | 39.292.791,88 | 70.149.047,08 | | | 2.173.548,76 | 37.502.544,48 | 649.106.666,71 | 1.006.486.314,87 | 12.494.796.678,59 | 16.577.027.089,53 | 13.608.474.792,70 | 18.200.173.484,71 |
| Opieka długoterminowa | 12.493.170,35 | 16.290.760,27 | 26.427.907,49 | 37.937.703,48 | 632.974,07 | 2.187.594,81 | | 789.307,86 | 227.137.811,12 | 369.098.569,37 | 181.009.230,15 | 286.881.424,46 | 447.701.093,18 | 713.185.360,25 |
| Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień | 31.492.609,58 | 38.974.266,95 | 6.913.189,14 | 8.943.245,20 | 1.703.471,86 | 2.735.714,39 | | 164.002,77 | 109.750.063,92 | 173.443.067,55 | 824.318.882,93 | 1.150.871.925,67 | 974.178.217,43 | 1.375.132.222,54 |
| Podstawowa Opieka Zdrowotna | 16.390.720,46 | 7.716.220,22 | 88.240.927,77 | 4.734.056,60 | 29.685.475,88 | 16.214.009,54 | | | 554692405,01 | 518.065.090,18 | 316.469.064,70 | 380.380.233,33 | 1.005.478.593,82 | 927.109.609,87 |
| Pomoc doraźna i transport sanitarny | 24.546.121,92 | 35.691.879,68 | 5.391.362,96 | 7.885.547,44 | | | | | 8.510.612,32 | 13.390.680,04 | 404.902.569,94 | 527.450.051,23 | 443.350.667,14 | 584.418.158,39 |
| Profilaktyczne programy zdrowotne | 2.171.925,07 | 3.583.359,95 | 6.353.452,81 | 12.254.193,41 | 617.103,65 | 1.875.127,37 | 728.092,40 | 1.344.697,60 | 49.357.660,04 | 110.735.599,82 | 40.714.890,27 | 73.252.958,95 | 99.943.124,25 | 203.045.937,11 |
| Rehabilitacja lecznicza | 38.942.564,30 | 54.767.248,61 | 40.271.876,39 | 51.031.487,52 | 2.219.535,64 | 3.133.598,89 | | 314.652,43 | 241.512.520,04 | 405.364.451,91 | 470.240.100,78 | 750.656.260,79 | 793.186.597,15 | 1.265.267.700,15 |
| Świadczenia odrębnie kontraktowane | 22.914.203,84 | 25.417.039,47 | 18.886.190,65 | 24.727.789,40 | | 54.332,80 | | 896.160,00 | 265.534.506,92 | 379.674.910,00 | 405.130.321,53 | 646.057.866,64 | 712.465.222,94 | 1.076.828.098,31 |
| Suma końcowa | 632.821.886,66 | 773.052.122,64 | 379.212.529,90 | 413.339.185,20 | 325.850.834,60 | 613.513.459,39 | 9.420.566,76 | 49.648.473,89 | 3.188.703.649,87 | 4.766.703.388,99 | 16.353.139.602,85 | 22.228.412.446,52 | 20.889.149.070,65 | 28.844.669.076,63 |

Wartość wykonanych świadczeń zdrowotnych na podstawie umów o ich udzielanie zawartych pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami w 2006 r. i 2007 r.

[w tys. zł]

| Nazwa rodzaju świadczeń | Działalność gospodarcza | | Grupowa praktyka lekarska / pielęgniarska | | Indywidualna praktyka lekarska / pielęgniarska | | Jednostka badawczo-rozwojowa | | Niepubliczny ZOZ | | SP ZOZ | | Ogółem | |
|---|-------------------------|----------------|---|----------------|--|----------------|------------------------------|---------------|------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | 2006 r. | 2007 r. | 2006 r. | 2007 r. | 2006 r. | 2007 r. | 2006 r. | 2007 r. | 2006 r. | 2007 r. | 2006 r. | 2007 r. | 2006 r. | 2007 r. |
| Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne | 53.054.569,16 | 71.580.673,32 | 80.734.737,90 | 105.308.143,68 | 82.152.577,94 | 144.672.757,23 | 3882953,64 | 2.196.362,06 | 777.728.451,75 | 1.311.661.564,51 | 1.069.111.899,13 | 1.621.732.115,93 | 2.066.665.189,53 | 3.257.151.616,73 |
| Leczenie stomatologiczne | 6.592.915,54 | 13.701.866,65 | 63.981.975,85 | 86.217.021,48 | 203.164.910,13 | 402.108.522,31 | 136602,90 | 131.762,44 | 287.279.036,83 | 593.080.181,70 | 120.136.614,42 | 255.299.859,51 | 681.292.055,67 | 1.350.539.214,09 |
| Lecznictwo szpitalne | 418.337.374,87 | 503.274.988,20 | 38.551.503,78 | 69.093.177,01 | | | 1157985,66 | 31.565.723,04 | 644.199.425,35 | 941.586.603,51 | 12.034.664.329,14 | 16.438.125.878,89 | 13.136.910.618,80 | 17.983.646.370,66 |
| Opieka długoterminowa | 12.383.584,73 | 15.574.765,46 | 27.240.694,00 | 37.325.481,90 | 630.948,02 | 2.055.817,86 | | 558.671,82 | 222.922.546,80 | 364.750.578,56 | 171.953.289,09 | 259.584.403,08 | 435.131.062,63 | 679.849.718,68 |
| Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień | 31.810.082,83 | 37.980.847,44 | 6.968.471,68 | 8.491.616,03 | 1.694.683,64 | 2.580.529,14 | | 89.568,75 | 106.225.112,85 | 162.087.122,24 | 785.953.903,70 | 1.360.444.741,08 | 932.652.254,70 | 1.571.674.424,68 |
| Podstawowa Opieka Zdrowotna | 21.244.494,24 | 26.663.569,36 | 190.528.851,75 | 228.208.861,94 | 34635.718,81 | 50.613.760,75 | | | 633.362.677,82 | 1.111.849.391,54 | 391.890.497,86 | 621.835.960,63 | 1.271.662.240,49 | 2.039.171.544,21 |
| Pomoc doraźna i transport sanitarny | 24.317.019,36 | 32.756.178,80 | 5.391.362,96 | 7.636.667,44 | | | | | 6.056.168,58 | 13.390.680,04 | 156.501.607,29 | 424.585.994,05 | 192.266.158,19 | 478.369.520,33 |
| Profilaktyczne programy zdrowotne | 1.727.291,05 | 1.476.625,98 | 5.134.101,99 | 7.829.745,55 | 447.543,17 | 984.578,42 | 698135,00 | 355.330,00 | 37.305.264,60 | 65.376.253,50 | 26.543.816,49 | 29.948.283,21 | 71.856.152,30 | 105.970.816,66 |
| Rehabilitacja lecznicza | 39.038.918,89 | 51.696.545,82 | 41.082.887,23 | 48.884.383,51 | 2.557.983,84 | 3.025.092,52 | | 135.633,00 | 246.477.253,07 | 451.326.369,03 | 465.401.086,30 | 769.866.340,28 | 794.558.129,33 | 1.324.934.364,16 |
| Świadczenia odrębnie kontraktowane | 22.650.909,78 | 25.111.493,73 | 19.042.925,84 | 24.244.527,38 | | 49.280,00 | | 621.800,00 | 267.086.968,16 | 484.118.563,27 | 395.951.091,39 | 609.694.584,90 | 704.731.895,17 | 1.143.840.249,28 |
| Suma końcowa | 631.157.160,45 | 779.821.672,26 | 478.657.512,97 | 623.239.625,91 | 325.284.365,55 | 606.090.338,22 | 5.875.677,20 | 35.654.851,11 | 3.228.642.905,82 | 5.499.702.562,50 | 15.618.108.134,81 | 22.391.358.407,23 | 20.287.725.756,81 | 29.935.867.457,23 |

Średni koszt leczenia w poszczególnych rodzajach świadczeń w latach 2006 – 2007
w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia
(iloraz wykonania planów i liczby ubezpieczonych objętych opieką)

[w zł]

| Średni koszt leczenia na jednego ubezpieczonego | AOS | | LSZ | | OP | | REH | | OPD | | LS | | LU | | PD | | PR | | SOK | | SO | | RL | | RAZEM | RAZEM |
|---|-------|-------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|------|------|-------|-------|-------|-------|--------|--------|--------|----------|
| | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 | 2006 | 2007 |
| 01 - DOLNOŚLĄSKI OW | 68,86 | 81,59 | 407,36 | 482,35 | 28,15 | 34,65 | 27,54 | 32,66 | 15,35 | 18,33 | 25,23 | 29,64 | 10,57 | 11,35 | 27,89 | 0,51 | 3,29 | 5,15 | 26,52 | 30,24 | 11,66 | 13,85 | 182,81 | 182,65 | 758,05 | 1,045,09 |
| 02 - KUJAWSKO-POMORSKI OW | 70,32 | 83,86 | 403,64 | 485,79 | 27,68 | 31,58 | 24,73 | 29,40 | 15,63 | 19,37 | 30,76 | 36,02 | 8,63 | 9,29 | 25,34 | 0,67 | 3,29 | 4,55 | 27,84 | 32,24 | 12,36 | 15,49 | 181,10 | 185,67 | 758,14 | 1,057,83 |
| 03 - LUBELSKI ODDZIAŁ OW | 60,93 | 77,14 | 397,55 | 481,92 | 31,09 | 37,08 | 21,90 | 30,60 | 13,04 | 16,61 | 29,08 | 35,20 | 11,68 | 12,64 | 30,31 | 0,86 | 4,04 | 4,20 | 25,54 | 30,29 | 12,17 | 12,64 | 167,71 | 170,33 | 744,03 | 1,031,52 |
| 04 - LUBUSKI OW | 57,42 | 68,16 | 345,18 | 413,70 | 51,09 | 60,86 | 27,09 | 32,51 | 11,68 | 14,29 | 22,36 | 27,59 | 6,81 | 7,49 | 31,70 | 1,76 | 2,79 | 3,99 | 20,89 | 24,00 | 11,62 | 13,77 | 159,12 | 158,17 | 694,12 | 947,75 |
| 05 - ŁÓDZKI OW | 50,07 | 60,40 | 406,67 | 474,06 | 30,60 | 34,86 | 23,74 | 30,23 | 13,39 | 16,28 | 26,33 | 31,56 | 8,30 | 8,90 | 26,31 | 0,64 | 2,58 | 4,48 | 22,35 | 26,53 | 12,41 | 13,92 | 193,42 | 193,53 | 727,35 | 1,017,84 |
| 06 - MAŁOPOLSKI OW | 74,08 | 86,15 | 410,46 | 504,76 | 27,07 | 31,53 | 29,10 | 33,36 | 18,99 | 23,78 | 29,92 | 35,18 | 10,64 | 11,45 | 23,75 | 0,29 | 2,67 | 4,18 | 27,93 | 30,85 | 15,96 | 16,23 | 188,25 | 189,80 | 777,13 | 1,091,66 |
| 07 - MAZOWIECKI OW | 74,06 | 84,46 | 515,35 | 593,98 | 36,94 | 42,73 | 38,72 | 45,59 | 17,76 | 20,20 | 25,59 | 29,47 | 10,56 | 11,36 | 27,48 | 0,90 | 2,53 | 4,51 | 31,95 | 35,27 | 12,98 | 13,58 | 192,64 | 190,77 | 899,33 | 1,198,37 |
| 08 - OPOLSKI OW | 62,17 | 73,93 | 380,81 | 464,05 | 33,76 | 40,66 | 37,23 | 42,74 | 16,42 | 21,86 | 25,38 | 30,53 | 9,24 | 9,88 | 30,87 | 1,02 | 2,48 | 5,75 | 22,55 | 25,03 | 13,28 | 14,84 | 158,41 | 159,60 | 739,88 | 1,008,65 |
| 09 - PODKARPACKI OW | 63,34 | 72,74 | 355,30 | 421,29 | 25,92 | 30,57 | 28,38 | 34,11 | 17,38 | 22,25 | 30,00 | 35,99 | 9,17 | 9,76 | 29,75 | 0,49 | 2,35 | 3,50 | 20,17 | 23,63 | 13,73 | 13,78 | 154,36 | 152,61 | 700,89 | 942,23 |
| 10 - PODLASKI OW | 73,53 | 88,59 | 423,36 | 493,99 | 38,31 | 43,59 | 21,55 | 26,38 | 14,00 | 17,18 | 26,12 | 32,40 | 6,52 | 7,19 | 31,75 | 0,77 | 2,53 | 4,64 | 22,06 | 24,40 | 12,69 | 13,36 | 162,82 | 161,62 | 779,30 | 1,036,68 |
| 11 - POMORSKI OW | 77,22 | 89,35 | 351,02 | 414,61 | 28,85 | 33,57 | 21,75 | 26,99 | 11,24 | 14,09 | 31,34 | 36,42 | 5,10 | 6,05 | 22,93 | 0,44 | 3,17 | 4,78 | 25,75 | 28,06 | 11,54 | 13,89 | 185,95 | 187,77 | 692,36 | 975,31 |
| 12 - ŚLĄSKI OW | 84,43 | 98,04 | 438,87 | 521,88 | 30,29 | 34,61 | 25,98 | 32,51 | 19,94 | 24,06 | 32,09 | 38,50 | 10,76 | 11,31 | 23,79 | 0,60 | 1,95 | 3,84 | 24,46 | 28,41 | 15,74 | 16,09 | 181,61 | 181,14 | 811,57 | 1,110,44 |
| 13 - ŚWIĘTOKRZYSKI OW | 58,99 | 68,36 | 393,47 | 469,50 | 31,69 | 36,00 | 26,71 | 31,36 | 9,65 | 11,77 | 22,15 | 27,03 | 11,52 | 12,42 | 24,77 | 0,70 | 1,54 | 3,08 | 20,83 | 22,98 | 12,06 | 13,06 | 159,53 | 165,36 | 719,34 | 983,81 |
| 14 - WARMIŃSKO-MAZURSKI OW | 68,04 | 84,13 | 369,24 | 440,28 | 31,82 | 37,00 | 24,49 | 30,26 | 14,66 | 17,47 | 33,79 | 40,58 | 7,48 | 8,02 | 30,01 | 1,24 | 3,39 | 4,82 | 23,35 | 25,32 | 11,27 | 14,57 | 161,14 | 162,71 | 722,12 | 988,97 |
| 15 - WIELKOPOLSKI OW | 78,74 | 91,85 | 414,22 | 494,16 | 28,05 | 32,89 | 24,47 | 30,00 | 13,31 | 15,96 | 25,42 | 30,41 | 8,67 | 9,58 | 24,05 | 0,53 | 2,38 | 3,82 | 25,37 | 28,16 | 12,50 | 13,78 | 164,77 | 169,18 | 765,75 | 1,058,62 |
| 16 - ZACHODNIOPOMORSKI OW | 73,02 | 87,09 | 400,62 | 479,17 | 26,61 | 30,41 | 24,22 | 28,95 | 7,99 | 9,42 | 27,61 | 31,49 | 3,54 | 4,83 | 33,90 | 0,83 | 3,74 | 4,18 | 20,35 | 24,50 | 12,80 | 13,85 | 175,36 | 175,02 | 740,87 | 1,013,92 |
| RAZEM | 70,73 | 83,16 | 415,23 | 492,91 | 30,96 | 36,07 | 27,42 | 33,22 | 15,30 | 18,59 | 28,01 | 33,22 | 9,17 | 9,93 | 26,88 | 0,69 | 2,73 | 4,30 | 25,35 | 28,73 | 13,11 | 14,30 | 177,22 | 178,06 | 770,44 | 1,056,90 |

W 2007 PD nie zawiera kosztów finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego

Objaśnienia do tabeli:

AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna;

LSZ – leczenie szpitalne;

OP – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;

REH – rehabilitacja lecznicza;

OPD – opieka długoterminowa;

LS – leczenie stomatologiczne;

LU – leczenie uzdrowiskowe;

PD – pomoc doraźna i transport sanitarny;

PR – profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków własnych NFZ;

SOK – świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;

SO – zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne;

RL – refundacja cen leków.

W 2007 świadczenia zdrowotne w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny nie obejmowały kosztów realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego.

Załącznik Nr 7

Realizacja wydatków inwestycyjnych NFZ w latach 2005 – 2007.

[w tys. zł]

| Wyszczególnienie | Wykonanie 2005 r. | Wykonanie 2006 r. | 2007 r. | | Wykonanie 2007 r. | Różnica Kol. 6-5 | % Kol. 6 : 2 | % Kol. 6 : 3 | % Kol. 6 : 5 |
|---|----------------------|----------------------|---|---------------------|----------------------|---------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| | | | Plan uchwalony przez Radę Funduszu | Plan po zmianach | | | | | |
| <i>1</i> | <i>2</i> | <i>3</i> | <i>4</i> | <i>5</i> | <i>6</i> | <i>7</i> | <i>8</i> | <i>9</i> | <i>10</i> |
| 1. Nieruchomości (grunty, budynki, lokale) | 6.367,66 | 9.019,11 | 19.974,50 | 22.522,77 | 5.368,98 | -17.153,79 | 84,32 | 59,53 | 23,84 |
| a) Zakup, budowa | 3.930,72 | 4.158,15 | 1.030,00 | 519,00 | 317,25 | -201,75 | 8,07 | 50,39 | 61,13 |
| b) Adaptacja i wyposażenie pod nowe funkcje | 919,63 | 3.726,49 | 12.985,00 | 16.873,92 | 2.111,81 | -14.762,11 | 229,64 | 129,95 | 12,52 |
| c) Modernizacja | 1.517,31 | 1.134,47 | 5.959,50 | 5.129,85 | 2.939,92 | -2.189,93 | 193,76 | 86,08 | 57,31 |
| 2. Urządzenia techniczne, ruchomości i wyposażenie | 1.146,00 | 1.489,46 | 1.615,20 | 1.886,65 | 1.333,11 | -553,54 | 116,33 | 116,81 | 70,66 |
| a) Urządzenia techniczne, | 695,82 | 422,24 | 726,50 | 781,72 | 393,53 | -388,19 | 56,56 | 107,60 | 50,34 |
| b) Narzędzia, przyrządy, ruchomości i wyposażenie | 224,67 | 790,70 | 700,20 | 809,41 | 697,94 | -111,47 | 310,66 | 115,60 | 86,23 |
| c) Urządzenia telewizyjne i radiotechniczne, urządzenia i aparaty dla telefonii | 225,52 | 276,52 | 188,50 | 295,52 | 241,64 | -53,88 | 107,15 | 156,77 | 81,77 |
| 3. Środki transportu | | | 2.440,00 | 2.434,44 | 2.412,20 | -22,24 | | 99,77 | 99,09 |
| a) Samochód osobowy | | | 1.690,00 | 1.732,61 | 1.718,84 | -13,77 | | 102,52 | 99,21 |
| b) Samochód typu Bus | | | 750,00 | 701,82 | 693,36 | -8,46 | | 93,58 | 98,79 |
| 4. Zespoły komputerowe | 21.347,04 | 20.897,65 | 27.582,10 | 49.354,69 | 46.337,04 | -3.017,65 | 217,07 | 178,94 | 93,89 |
| a) Serwery | 14.030,60 | 14.643,14 | 14.865,00 | 32.792,99 | 30.813,99 | -1.979,00 | 219,62 | 220,61 | 93,97 |
| b) Maszyny do przetwarzania danych | 4.806,05 | 1.742,39 | 5.525,00 | 7.791,84 | 7.661,88 | -129,96 | 159,42 | 141,03 | 98,33 |
| c) Urządzenia komputerowe | 790,04 | 1.280,07 | 3.817,10 | 4.869,37 | 4.456,73 | -412,64 | 564,12 | 127,57 | 91,53 |
| d) Sieci | 1.720,36 | 3.232,05 | 3.375,00 | 3.900,49 | 3.404,44 | -496,05 | 197,89 | 115,57 | 87,28 |
| 5. Wartości niematerialne i prawne | 5.375,26 | 30.383,91 | 14.588,20 | 13.853,46 | 9.127,63 | -4.725,83 | 169,81 | 94,96 | 65,89 |
| a) Oprogramowanie komputerowe | 1.992,50 | 28.895,29 | 2.267,20 | 1.774,88 | 1.384,13 | -390,75 | 69,47 | 78,29 | 77,98 |
| b) Oprogramowanie zabezpieczające | | 447,69 | 2.005,00 | 1.309,08 | 1.234,08 | -75,00 | | 65,29 | 94,27 |
| c) Systemy komputerowe | 3.382,76 | 370,95 | 5.100,00 | 4.270,00 | 788,49 | -3.481,51 | 23,31 | 83,73 | 18,47 |
| d) Inne wartości niematerialne i prawne | | 669,98 | 5.216,00 | 6.499,50 | 5.720,93 | -778,57 | | 124,61 | 88,02 |
| Razem | 34.235,96 | 61.790,14 | 66.200,00 | 90.051,99 | 64.578,96 | -25.473,04 | 188,63 | 136,03 | 71,71 |
| Rezerwa w centralnym Funduszu Inwestycyjnym utworzona z zysku netto za 2005 rok (Uchwała Nr 25/2006/I z dnia 24 sierpnia 2006 roku) | | | 24.161,42 | 309,42 | | | | | |
| ŁĄCZNIE WYDATKI INWESTYCYJNE | | | 90.361,42 | 90.361,42 | | | | | |

Koszty administracyjne Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2005 – 2007

[w tys. zł]

| Poz. | Wyszczególnienie | Wykonanie planu finansowego NFZ w 2005 r. | Wykonanie planu finansowego NFZ w 2006 r. | 2007 r. | | | Różnica kol. 8 = 7 - 6 | % Kol. 9 = 7/3 | % Kol. 10 = 7/4 | % Kol. 11 = 7/6 |
|--------|--|---|---|------------------------------|---------------------------|-----------------------------|------------------------|----------------|-----------------|-----------------|
| | | | | Plan finansowy NFZ pierwotny | Plan finansowy ostateczny | Wykonanie planu finansowego | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 |
| D | Koszty administracyjne (D1+...+D9), w tym: | 332.240,83 | 358.575,29 | 421.681,00 | 453.785,00 | 419.520,73 | -34.264,27 | 126,27 | 117,00 | 92,45 |
| D1 | zużycie materiałów i energii, w tym m.in.: | 12.458,00 | 12.311,34 | 16.500,00 | 16.885,00 | 13.533,10 | -3.351,90 | 108,63 | 109,92 | 80,15 |
| | zużycie materiałów związanych z utrzymaniem i rozwojem systemu informatycznego | | 1.444,66 | | | 1.464,46 | | | | |
| | Zużycie materiałów pozostałych, w tym paliwo samochodowe | | 6.791,35 | | | 7.687,95 | | | | |
| | zużycie energii | | 4.075,36 | | | 4.380,73 | | | | |
| D2 | Usługi obce, w tym m.in.: | 66.742,18 | 64.450,91 | 83.444,00 | 84.960,00 | 77.574,45 | -7.385,55 | 116,23 | 120,36 | 91,31 |
| | Remontowe | | 2.290,34 | | | 2.667,57 | | | | |
| | telekomunikacyjne | | 7.212,61 | | | 6.443,49 | | | | |
| | Oplaty czynszowe i dzierżawne | | 6.952,49 | | | 7.664,56 | | | | |
| | Usługi związane z utrzymaniem i rozwojem systemu informatycznego | | 33.257,29 | | | 43.862,32 | | | | |
| | Pocztowe | | 5.570,50 | | | 6.957,57 | | | | |
| | Pozostałe | | 9.150,26 | | | 9.978,56 | | | | |
| D3 | podatki i opłaty, w tym m.in.: | 2.351,71 | 2.293,68 | 3.229,00 | 3.119,00 | 2.366,25 | -752,75 | 100,62 | 103,16 | 75,87 |
| D3.1 | podatki stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego, w tym: | | 378,15 | 450,00 | 449,00 | 380,53 | -68,47 | | 100,63 | 84,75 |
| D3.1.1 | podatek od nieruchomości | 356,96 | 368,62 | 419,00 | 416,00 | 371,01 | -44,99 | 103,94 | 100,65 | 89,19 |
| D3.2 | opłaty stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego | | 59,09 | 92,00 | 90,00 | 45,37 | -44,63 | | 76,78 | 50,41 |
| D3.3 | VAT | | 4,72 | 94,00 | 84,00 | 6,52 | -77,48 | | 138,14 | 7,76 |
| D3.4 | podatek akcyzowy | | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | | |
| D3.5 | wpłaty na PFRON | 1.784,59 | 1.757,93 | 2.410,00 | 2.313,00 | 1.821,77 | -491,23 | 102,08 | 103,63 | 78,76 |
| D3.6 | inne | 210,16 | 93,79 | 183,00 | 183,00 | 112,06 | -70,94 | 53,32 | 119,48 | 61,23 |
| D4 | wynagrodzenia, w tym m.in.: | 175.439,27 | 188.760,38 | 201.836,00 | 228.211,00 | 226.242,24 | -1.968,76 | 128,96 | 119,86 | 99,14 |
| | zatrudnionych na umowę o pracę | | 186.472,56 | | | 223.871,73 | | | 120,06 | |
| | wynagrodzenia bezosobowe | | 2.287,81 | | | 2.370,51 | | | 103,61 | |
| D5 | ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia, w tym m.in.: | 36.982,09 | 39.737,27 | 45.462,00 | 50.878,00 | 46.648,55 | -4.229,45 | 126,14 | 117,39 | 91,69 |
| D5.1 | składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych | 32.374,95 | 30.107,60 | 33.833,00 | 37.647,00 | 35.973,26 | -1.673,74 | 111,11 | 119,48 | 95,55 |
| D5.2 | składki na Fundusz Pracy | | 4.477,86 | 4.753,00 | 5.371,00 | 5.389,37 | 18,37 | | 120,36 | 100,34 |
| D5.3 | składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych | | 0,67 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | | |
| D5.4 | pozostałe świadczenia | 4.607,14 | 5.151,14 | 6.876,00 | 7.860,00 | 5.285,92 | -2.574,08 | 114,73 | 102,62 | 67,25 |
| D6 | koszty funkcjonowania Rady Funduszu | 155,32 | 142,85 | 210,00 | 210,00 | 139,42 | -70,58 | 89,76 | 97,60 | 66,39 |
| D7 | amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych zakupionych ze środków własnych Funduszu | 27.775,18 | 40.654,09 | 60.164,00 | 58.664,00 | 44.061,18 | -14.602,82 | 158,64 | 108,38 | 75,11 |
| D8 | amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych otrzymanych nieodpłatnie | 6.714,99 | 6.347,46 | 6.036,00 | 5.843,00 | 5.449,60 | -393,40 | 81,16 | 85,85 | 93,27 |
| D9 | Pozostałe koszty administracyjne, w tym m.in.: | 3.622,09 | 3.877,31 | 4.800,00 | 5.015,00 | 3.505,94 | -1.369,68 | 100,64 | 90,68 | 72,69 |
| | podróże służbowe | | 2.223,87 | | | 1.769,29 | | | | |
| | ryczałty na samochody | | 74,00 | | | 44,40 | | | | |
| | koszty reprezentacji i reklamy | | 350,20 | | | 346,74 | | | | |
| | pozostałe koszty | | 1.372,09 | | | 1.345,51 | | | | |

Załącznik Nr 9

Przeciętne zatrudnienie i wynagrodzenia w NFZ w latach 2006 – 2007

| Wyszczególnienie | Wykonanie 2006 | | | Wykonanie 2007 | | | | | 10:5 % | Wykonanie 2007 Bezosobowy fundusz płac tys. zł | |
|-------------------|--|--------------------------|--|-----------------------|--------------------------|--|--------------------------|--|----------------|--|----------------|
| | Przeciętne zatrudnienie w przeliczeniu na pełne etaty | Wynagrodzenie tys. zł | Przeciętne miesięczne wynagrodzenie przypadające na etat zł | Plan | | Wykonanie | | | | | |
| | | | | Zatrudnienie etaty | Wynagrodzenie tys. zł | Przeciętne zatrudnienie w przeliczeniu na pełne etaty etaty | Wynagrodzenie tys. zł | Przeciętne miesięczne wynagrodzenie przypadające na etat zł | | | |
| | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | | | 10 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | |
| Ogółem | Kierownictwo Funduszu Prezes NFZ i jego zastępcy | 4,4 | 860,8 | 16.119,5 | 4,0 | | 4,2 | 760,4 | 15.015,6 | 0,9 | |
| | Dyrektorzy oddziałów, zastępcy dyrektorów oddziałów | 64,3 | 7.643,2 | 9.902,6 | 62,0 | | 61,3 | 8.397,1 | 11.411,5 | 1,15 | |
| | Kadra kierownicza (dyrektorzy jedn. org. I ich zastępcy) | 649,6 | 48.163,8 | 6.178,4 | 796,7 | | 713,7 | 60.668,4 | 7.083,7 | 1,15 | |
| | Pozostali pracownicy (główni spec., specjaliści i referenci) | 3.476,7 | 129.804,8 | 3.111,4 | 3.889,7 | | 3.540,1 | 154.045,9 | 3.626,3 | 1,17 | |
| | Razem: | 4.195,1 | 186.472,6 | 3.704,2 | 4.752,4 | 228.211,0 | 4.319,3 | 223.871,7 | 4.319,2 | 1,17 | 2.370,5 |
| Centrala Funduszu | Kierownictwo Funduszu Prezes NFZ i jego zastępcy | 4,4 | 860,7 | 16.119,5 | 4,0 | | 4,2 | 760,4 | 15.015,6 | 0,9 | |
| | Kadra kierownicza (dyrektorzy jednostek org. i ich zastępcy) | 50,2 | 4.998,9 | 8.301,6 | 80,0 | | 65,2 | 7.406,4 | 9.463,4 | 1,1 | |
| | Pozostali pracownicy (główni spec., specjaliści i referenci) | 185,0 | 9.533,3 | 4.295,2 | 250,0 | | 196,0 | 10.475,8 | 4.454,2 | 1,0 | |
| | Razem: | 239,6 | 15.392,9 | 5.353,9 | 334,0 | 19.800,0 | 265,4 | 18.642,6 | 5.853,0 | 1,1 | 190,4 |
| Oddziały łącznie | Dyrektorzy oddziałów, zastępcy dyrektorów oddziałów | 64,3 | 7.643,2 | 9.902,6 | 62,0 | | 61,3 | 8.397,1 | 11.411,5 | 1,2 | |
| | Kadra kierownicza (dyrektorzy jedn. org. ich zastępcy) | 599,5 | 43.164,9 | 6.000,6 | 716,7 | | 648,5 | 53.262,0 | 6.844,4 | 1,1 | |
| | Pozostali pracownicy (główni spec., specjaliści i referenci) | 3.291,7 | 120.271,5 | 3.044,8 | 3.639,7 | | 3.344,1 | 143.570,1 | 3.577,7 | 1,2 | |
| | Razem: | 3.955,5 | 171.079,6 | 3.604,3 | 4.418,4 | 208.411,0 | 4.053,9 | 205.229,2 | 4.218,7 | 1,2 | 2.180,1 |

Wyniki finansowe osiągnięte przez poszczególne jednostki organizacyjne NFZ
w 2006 r. i 2007 r.

[w tys. zł]

| Jednostki organizacyjne NFZ | Wynik finansowy netto za 2006r. | Wynik finansowy netto za 2007r. |
|-----------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Dolnośląski | 1.764,98 | 51.722,15 |
| Kujawsko-Pomorski | 2.402,88 | -442,48 |
| Lubelski | 19.474,97 | 14.660,80 |
| Lubuski | 7.596,47 | -688,90 |
| Łódzki | 182,42 | 88.942,92 |
| Małopolski | 6.516,67 | -10.261,29 |
| Mazowiecki | 44.154,63 | 218.657,82 |
| Opolski | -3.194,35 | -14.788,75 |
| Podkarpacki | 130,58 | 15.532,31 |
| Podlaski | -7.014,25 | 19.576,92 |
| Pomorski | 6.506,91 | 16.266,95 |
| Śląski | 36.521,58 | 92.831,01 |
| Świętokrzyski | 6.978,62 | 23.509,43 |
| Warmińsko-Mazurski | 18,21 | 60,39 |
| Wielkopolski | 17.405,44 | 4.859,65 |
| Zachodniopomorski | 25.023,44 | 40.417,47 |
| OW NFZ | 164.469,20 | 560.856,40 |
| Centrala | 703.475,37 | 1.202.060,08 |
| Razem NFZ | 867.944,57 | 1.762.916,48 |

Czynniki kształtujące poziom wyniku finansowego Funduszu w 2007 r.

[w tys. zł]

| Wyszczególnienie | Plan 2007 r. | Wykonanie 2007 r. | Wpływ na wynik (+, -) |
|---|---------------|-------------------|-----------------------|
| Składka należna brutto | 41.628.934,00 | 42.223.705,98 | 594.771,98. |
| Odpis aktualizujący składkę należną | 387.849,00 | 45.987,93 | 341.861,07. |
| Przychody ze składek z lat ubiegłych | 200.000,00 | 203.527,92 | 3.527,92. |
| Koszty ewidencjonowania i poboru składek | 74.803,00 | 83.423,87 | -8.620,87. |
| Przychody wynikające z przepisów o koordynacji | 25.000,00 | 19.509,00 | -5.491,00. |
| Przychody z tytułu realizacji zadań zleconych | 21.511,00 | 12.369,13 | -9.141,87. |
| Dotacje z budżetu państwa na realizację zadań, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 2a, 3 i 3b ustawy, uwzględniające koszty administracyjne | 17.031,00 | 16.921,10 | -109,90. |
| Dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego | 1.147.504,00 | 1.146.480,25 | -1.023,75. |
| Środki przekazane przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych | 169.475,00 | 0,00 | -169.475,00. |
| Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną | 0,00 | 0,00 | 0,00. |
| Koszty świadczeń zdrowotnych | 41.617.429,00 | 40.122.980,19 | 1.494.448,81. |
| Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie | 21.511,00 | 12.434,40 | 9.076,60. |
| Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego | 1.147.504,00 | 1.146.595,39 | 908,61. |
| Koszty administracyjne | 453.785,00 | 419.520,73 | 34.264,27. |
| Pozostałe przychody | 263.585,00 | 200.839,68 | -62.745,32. |
| Pozostałe koszty | 561.370,00 | 391.086,21 | 170.283,79. |
| Przychody finansowe | 129.286,00 | 196.878,40 | 67.592,40. |
| Koszty finansowe | 47.020,00 | 35.286,26 | 11.733,74. |
| Zyski i straty nadzwyczajne | | | |
| Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego | | | |
| Wynik finansowy | -708.945,00 | 1.762.916,48 | 2.471.861,48. |

Załącznik Nr 11

Stan zadłużenia zakładów opieki zdrowotnej na dzień 31.12.2006 r. i 31.12.2007 r.

[w mln zł]

| Organ założycielski | | 31 grudnia 2006 r.* | | | 31 grudnia 2007 r.* | | | Kol. 5/2 % | Kol. 6/3 % |
|---------------------------------------|--|-----------------------|-----------|-------------------------------------|-----------------------|-----------|-------------------------------------|---------------|---------------|
| | | Zobowiązania, z tego: | | | Zobowiązania, z tego: | | | | |
| | | Ogółem | Wymagalne | Wymagalne z tytułu dostaw i usług** | Ogółem | Wymagalne | Wymagalne z tytułu dostaw i usług** | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | |
| Jednostki samorządu terytorialnego | Gmina | 298,3 | 109,6 | 37,4 | 248,3 | 74,1 | 21,7 | 83,2 | 67,6 |
| | Powiat (w tym miasta na prawach powiatu) | 4.069,5 | 1.344,2 | 392,4 | 3.668,8 | 883,1 | 326,5 | 90,2 | 65,7 |
| | Województwo | 4.065,0 | 1.335,2 | 584,4 | 3.741,0 | 892,6 | 545,7 | 92,0 | 66,9 |
| Akademia Medyczna | | 1 457,5 | 754,9 | 475,2 | 1.436,8 | 663,3 | 493,7 | 98,6 | 87,9 |
| Naczelne lub centralne organy państwa | | 458,3 | 179,7 | 69,1 | 433,0 | 152,8 | 67,9 | 94,5 | 85,0 |
| Razem: | | 10 348,7 | 3.723,6 | 1.558,5 | 9.527,8 | 2.665,9 | 1.455,6 | 92,1 | 71,6 |

Źródło: dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, MSWiA, MON, uczelni medycznych i szpoz nadzorowanych przez MZ

* brak danych z 1 jednostki (jednostka w likwidacji)

**zobowiązania obejmują zobowiązania wymagalne z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych, zakupu sprzętu i aparatury medycznej, zużycia energii, gazu, wody, zakupu usług obcych (remontowych, transportowych, medycznych i innych)

Załącznik Nr 12.

Stan bieżących środków pieniężnych w kasie i na rachunkach bankowych NFZ (Centrali i OW Funduszu)

na dzień 31.12.2006 r. i 31.12.2007 r.

[w tys. zł]

| WYSZCZEGÓLNIENIE | STAN BIEŻĄCYCH ŚRODKÓW PIENIĘŻNYCH NFZ | | | | | | | STAN BIEŻĄCYCH ŚRODKÓW PIENIĘŻNYCH NFZ | | | | | | |
|-----------------------|--|-------------------------|-------------------------------|--------------|-----------|----------|----------|--|-------------------------------|----------|--------------|-----------|--------|--------|
| | W TYM ŚRODKI PIENIĘŻNE: | | | | | | | W TYM ŚRODKI PIENIĘŻNE: | | | | | | |
| | W KASIE | NA RACHUNKACH BIEŻĄCYCH | NA RACHUNKACH LOKAT BANKOWYCH | | ZFŚS | INNE | W KASIE | NA RACHUNKACH BIEŻĄCYCH | NA RACHUNKACH LOKAT BANKOWYCH | | ZFŚS | INNE | | |
| | | | W TYM OVERNIGHT | | | | | | W TYM OVERNIGHT | | | | | |
| WG STANU NA DZIEŃ | 31.12.2007 R. | | | | | | | 31.12.2006 R. | | | | | | |
| CENTRALA | 4 006 304,64 | 14,02 | 276,09 | 4 002 916,16 | 59 295,04 | 124,03 | 2 974,34 | 2 277 560,27 | 16,15 | 42,33 | 2 276 583,20 | 71 817,34 | 122,31 | 796,28 |
| 1 DOLNOŚLĄSKI | 8 948,64 | 0,42 | 36,51 | 8 900,00 | 8 900,00 | 11,71 | 0,00 | 474,99 | 8,80 | 39,04 | 420,00 | 420,00 | 7,15 | 0,00 |
| 2 KUJAWSKO-POMORSKI | 688,11 | 8,55 | 488,71 | 0,00 | 0,00 | 190,85 | 0,00 | 560,40 | 3,95 | 485,74 | 0,00 | 0,00 | 70,71 | 0,00 |
| 3 LUBELSKI | 61,55 | 7,92 | 19,00 | 0,00 | 0,00 | 32,82 | 1,81 | 36,54 | 8,67 | 6,65 | 0,00 | 0,00 | 20,27 | 0,95 |
| 4 LUBUSKI | 128,36 | 3,43 | 89,98 | 0,00 | 0,00 | 34,95 | 0,00 | 117,10 | 3,25 | 59,38 | 0,00 | 0,00 | 54,47 | 0,00 |
| 5 ŁÓDZKI | 1 019,37 | 7,89 | 10,33 | 840,00 | 840,00 | 161,15 | 0,00 | 1 768,64 | 6,78 | 11,58 | 1 640,00 | 1 640,00 | 110,28 | 0,00 |
| 6 MAŁOPOLSKI | 4 612,62 | 5,83 | 120,98 | 4 470,00 | 4 470,00 | 15,81 | 0,00 | 3 076,86 | 19,04 | 250,65 | 2 790,00 | 2 790,00 | 17,17 | 0,00 |
| 7 MAZOWIECKI | 129,33 | 0,00 | 109,54 | 0,00 | 0,00 | 19,79 | 0,00 | 257,75 | 0,00 | 218,74 | 0,00 | 0,00 | 39,01 | 0,00 |
| 8 OPOLSKI | 15,17 | 1,20 | 2,08 | 0,00 | 0,00 | 11,89 | 0,00 | 650,08 | 1,34 | 4,42 | 580,00 | 580,00 | 64,15 | 0,17 |
| 9 PODKARPACKI | 2 627,57 | 3,67 | 10,04 | 2 610,00 | 2 610,00 | 3,86 | 0,00 | 3 223,72 | 5,47 | 7,53 | 3 210,00 | 3 210,00 | 0,72 | 0,00 |
| 10 PODLASKI | 23,68 | 1,56 | 2,97 | 0,00 | 0,00 | 19,15 | 0,00 | 227,14 | 3,58 | 202,63 | 0,00 | 0,00 | 20,93 | 0,00 |
| 11 POMORSKI | 177,18 | 2,93 | 146,11 | 0,00 | 0,00 | 28,14 | 0,00 | 130,12 | 9,65 | 100,44 | 0,00 | 0,00 | 20,03 | 0,00 |
| 12 ŚLĄSKI | 3 178,18 | 16,06 | 2 928,10 | 0,00 | 0,00 | 234,02 | 0,00 | 133,43 | 6,42 | 121,73 | 0,00 | 0,00 | 5,28 | 0,00 |
| 13 ŚWIĘTOKRZYSKI | 2 179,87 | 0,00 | 50,03 | 2 100,00 | 2 100,00 | 29,84 | 0,00 | 85,43 | 0,00 | 80,59 | 0,00 | 0,00 | 4,84 | 0,00 |
| 14 WARMIŃSKO-MAZURSKI | 82,95 | 1,22 | 49,80 | 0,00 | 0,00 | 31,93 | 0,00 | 40,11 | 2,19 | 12,16 | 0,00 | 0,00 | 25,76 | 0,00 |
| 15 WIELKOPOLSKI | 142,48 | 4,73 | 16,04 | 60,00 | 0,00 | 61,71 | 0,00 | 123,52 | 2,21 | 8,01 | 40,00 | 40,00 | 73,30 | 0,00 |
| 16 ZACHODNIO-POMORSKI | 13 791,73 | 3,69 | 7,27 | 13 780,00 | 0,00 | 0,77 | 0,00 | 5 434,01 | 7,83 | 0,17 | 5 360,00 | 0,00 | 64,42 | 1,59 |
| RAZEM OW | 37 806,79 | 69,10 | 4 087,49 | 32 760,00 | 18 920,00 | 888,39 | 1,81 | 16 339,84 | 89,18 | 1 609,46 | 14 040,00 | 8 680,00 | 598,49 | 2,71 |
| RAZEM NFZ | 4 044 111,43 | 83,12 | 4 363,58 | 4 035 676,16 | 78 215,04 | 1 012,42 | 2 976,15 | 2 293 900,11 | 105,33 | 1 651,79 | 2 290 623,20 | 80 497,34 | 720,80 | 798,99 |

Wykaz ważniejszych aktów prawnych dotyczących badanej tematyki

1. Ustawa z dnia 30 czerwca 2005 r. o finansach publicznych (Dz. U. Nr 249, poz. 2104 ze zm.).
2. Ustawa z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli (Dz. U. z 2007 r. Nr 231, poz. 1701).
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027 ze zm.).
4. Ustawa z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 8 września 2007 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 ze zm.).
6. Ustawa z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2002 r. Nr 76, poz. 694 ze zm.).
7. Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2008 r. Nr 115, poz. 728.).
8. Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89 ze zm.).
9. Ustawa z dnia 16 grudnia 1994 r. o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców oraz o zmianie niektórych ustaw (Dz. U. z 1995 r. Nr 1 poz. 2 ze zm.).
10. Ustawa z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 223, poz. 1655 ze zm.).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 164, poz. 1194 ze zm.).
12. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 września 2004 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. Nr 213, poz. 2161 ze zm.).
13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 sierpnia 2005 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 148, poz. 1232).
14. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 171, poz. 1210).
15. Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 104, poz. 875 ze zm.).
16. Rozporządzenie Rady (EWG) Nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L149 z 5.07.1971, str. 2 i n., ze zm.).
17. Rozporządzenie Rady (EWG) Nr 574/72 w sprawie wykonywania rozporządzenia (EWG) Nr 1408/71 w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego do pracowników najemnych, osób prowadzących działalność na własny rachunek i do członków ich rodzin przemieszczających się we Wspólnocie (Dz. Urz. WE L 74 z 27.03.1972, str. 1 i n., ze zm.).
18. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2005 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 197, poz. 1643).
19. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484).