

The logo for the National Health Fund (NFZ) in Poland, featuring the letters 'NFZ' in a stylized, bold, blue font. The 'N' and 'F' are connected, and the 'Z' is separate. The logo is set against a background of vertical bars in various shades of blue and white.

Narodowy Fundusz Zdrowia

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
W 2003 R.

Warszawa 30 kwietnia 2004 r.

SPIS TREŚCI

I.	PODSTAWY DZIAŁANIA NFZ.....	5
1.	Podstawy prawne powstania i działalności Narodowego Funduszu Zdrowia.....	5
2.	Podstawowe zadania NFZ.....	5
3.	Struktura organizacyjna NFZ.....	5
4.	Ubezpieczeni w NFZ - Centralny Wykaz Ubezpieczonych.....	7
II.	BILANS OTWARCIA I PIERWSZE MIESIĄCE DZIAŁALNOŚCI NFZ....	10
1.	Finanse.....	10
1.1.	Wyniki finansowe kas chorych za rok 2002 i I kwartał 2003 r.	10
1.2.	Zobowiązania kas chorych.....	11
1.3.	Przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne kas chorych w I kwartale 2003 r.	12
1.4.	Plan finansowy na rok 2003 r.	13
	• Procedura tworzenia	13
	• Główne założenia.....	14
2.	Inwentaryzacja i przejęcia majątku	14
3.	Działania organizacyjne.....	14
3.1.	Ujednoczenie struktur organizacyjnych.....	14
3.2.	Ujednoczenie systemu informatycznego NFZ	15
4.	Polityka informacyjna.....	16
III.	ORGANIZACJA FUNDUSZU I DZIAŁALNOŚĆ JEGO ORGANÓW W 2003 R.	17
1.	Skład i działalność organów NFZ	17
1.1.	Zarząd Funduszu.....	17
	• Zadania Zarządu NFZ	17
	• Obszary odpowiedzialności poszczególnych członków Zarządu	18
	• Uchwały Zarządu NFZ.....	21
	• Udzielone pełnomocnictwa w 2003 r.	22
1.2.	Rada Funduszu.....	24
	• Skład i zmiany w składzie Rady Funduszu	24
	• Uchwały i najważniejsze tematy posiedzeń Rady	24
1.3.	Dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich NFZ:.....	29
	• Zakres kompetencji i samodzielności.....	30
1.4.	Rady społeczne przy oddziałach wojewódzkich NFZ	31
2.	Zatrudnienie.....	33
2.1.	Stan zatrudnienia i jego zmiany (centrala i oddziały)	33
2.2.	Wykształcenie pracowników NFZ	33
2.3.	Płynność kadr	34
3.	Kontrole, jakim NFZ został poddany w 2003 r. i ich wyniki	34
4.	Sprawy sądowe	35
4.1.	Wszczęte w okresie sprawozdawczym.....	35
4.2.	Przyjęte z kas chorych	36
4.3.	Zakończone prawomocnym orzeczeniem.....	36
5.	Skargi rozpatrywane przez NFZ	36
5.1.	Liczba i tematyka.....	36
5.2.	Czas rozpatrywania.....	38

IV.	ZABEZPIECZENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W 2003 R.....	39
1.	Realizacja umów zawartych przez kasy chorych	39
2.	Otwarcie systemu dla swobodnego wyboru świadczeniodawcy przez ubezpieczonego	41
3.	Ocena i wnioski dotyczące poziomu zabezpieczenia świadczeń w 2003 r.	41
V.	GOSPODARKA FINANSOWA NFZ W 2003	46
1.	Sprawozdanie z wykonania planu finansowego	46
1.1.	Przychody Funduszu	46
1.2.	Koszty Funduszu.....	48
•	Wartości świadczeń udzielonych ubezpieczonym na podstawie decyzji indywidualnych	51
1.3.	Koszty administracyjne, w tym wynagrodzenie pracowników NFZ	53
1.4.	Pozostała działalność operacyjna	54
1.5.	Działalność finansowa	55
1.6.	Wynik finansowy	56
2.	Informacje o finansowaniu wydatków inwestycyjnych.....	59
3.	Przedstawianie i omówienie wstępnego sprawozdania finansowego NFZ za rok 2003 sporządzonego na podstawie ustawy o rachunkowości	60
VI.	DZIAŁANIA PLANISTYCZNE I ORGANIZACYJNE DOTYCZĄCE ROKU 2004	63
1.	Sporządzenie planu finansowego NFZ na rok 2004	63
1.1.	Założenia	63
1.2.	Tryb przyjęcia.....	64
2.	Opracowanie i przyjęcie Krajowego planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych	65
3.	Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych	66
3.1.	Ujednolicenie zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych:	66
3.2.	Określenie cen maksymalnych.....	69
3.3.	Ogłoszenie i przebieg konkursu ofert.....	70
VII.	DZIAŁANIA DOSTOSOWAWCZE NFZ DO WYMOGÓW CZŁONKOSTWA POLSKI W UNII EUROPEJSKIEJ.....	72
VIII.	PODSUMOWANIE	73
1.	Główne wnioski wynikające z funkcjonowania Funduszu w roku 2003	73
2.	Zagrożenia dla systemu ubezpieczeń zdrowotnych w latach następnych	73

WPROWADZENIE

Wejście w życie ustawy z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, a tym samym powołanie Narodowego Funduszu Zdrowia było realizacją jednego z elementów przyjętego przez Radę Ministrów dokumentu Narodowa Ochrona Zdrowia - Strategiczne kierunki działania Ministerstwa Zdrowia w latach 2002 – 2003.

Zgodnie z przyjętymi założeniami z dniem 1 kwietnia 2003 r. zlikwidowane zostały wszystkie regionalne kasy chorych oraz Branżowa Kasa dla Służb Mundurowych. Zadania kas przejął Narodowy Fundusz Zdrowia. Jednym z podstawowych zadań Funduszu było ujednoczenie zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych, m.in. poprzez opracowanie i ustalenie maksymalnych cen za poszczególne procedury. Miało to doprowadzić do wyrównania szans ekonomicznych po stronie świadczeniodawców i zastosowanie jednolitych zasad finansowania przez państwo świadczeń zdrowotnych dla ogółu pacjentów.

Kolejnym ważnym zadaniem, jakie zostało nałożone na Narodowy Fundusz Zdrowia było określenie planów zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla poszczególnych województw oraz zakontraktowanie świadczeń, według ujednoczonych warunków i cen.

Istotną rolę przypadła Ministrowi Zdrowia, który zgodnie z kompetencjami określonymi w ustawie, ostatecznie decydował o alokacji środków finansowych poprzez zatwierdzanie planów zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych i planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia.

I. PODSTAWY DZIAŁANIA NFZ

1. Podstawy prawne powstania i działalności Narodowego Funduszu Zdrowia

Ustawa z dnia 23 stycznia 2003 roku o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45 poz. 391 z późn. zm.) – zwana dalej „ustawą o NFZ”, stanowi, że Narodowy Fundusz Zdrowia jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną.

Zadania i zakres działania NFZ, jego organizację określają przepisy:

- ww. ustawa o NFZ
- rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 marca 2003 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. Nr 55 poz. 481);
- Regulamin Organizacyjny Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Regulaminy Organizacyjne Oddziałów Wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia

2. Podstawowe zadania NFZ

Do podstawowych zadań Funduszu, zgodnie z przepisami ustawy o NFZ, należy:

- 1) zabezpieczenie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, udzielanych w przypadku choroby, urazu, ciąży, porodu i położu oraz w celu zapobiegania chorobom, a także promocja zdrowia;
- 2) przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- 3) określanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów świadczeń zdrowotnych w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów;
- 4) wykonywanie zadań zleconych i finansowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
- 5) prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia;
- 6) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.

3. Struktura organizacyjna NFZ

Struktura Organizacyjna Funduszu określona została w Statucie NFZ (rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 marca 2003 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia). Zgodnie z jego zapisami Narodowy Fundusz Zdrowia składa się z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz szesnastu Oddziałów Wojewódzkich Funduszu.

W skład struktury organizacyjnej centrali wchodzi następujące komórki organizacyjne:

- Gabinet Prezesa;
- Biuro Rady Funduszu;
- Biuro do Spraw Współpracy Międzynarodowej;
- Departament Organizacyjno-Prawny;

- Zespół Radców Prawnych;
- Departament Kontroli Wewnętrznej;
- Audytor Wewnętrzny;
- Departament Spraw Ubezpieczonych;
- Departament Zarządzania Strategicznego;
- Departament Gospodarki Lekami;
- Departament Ekonomiczno- Finansowy;
- Departament Księgowości;
- Departament Informatyki i Łączności;
- Departament Spraw Pracowniczych i Szkoleń,
- Departament Administracyjny;
- Departament Świadczeń Zdrowotnych;
- Departament do Spraw Służb Mundurowych;
- Pełnomocnik do Spraw Ochrony Informacji Niejawnych;
- Rzecznik Praw Pacjenta.

Statut NFZ określił również jakie komórki wchodziły w skład oddziałów wojewódzkich Funduszu. Są to:

- Biuro Dyrektora;
- Wydział Organizacyjno-Prawny;
- Zespół Radców Prawnych;
- Wydział Spraw Ubezpieczonych;
- Wydział Gospodarki Lekami;
- Wydział Ekonomiczno-Finansowy;
- Wydział Analiz Ekonomiczno-Medycznych;
- Wydział Księgowości;
- Wydział Informatyki i Łączności;
- Wydział Spraw Pracowniczych i Szkoleń;
- Wydział Administracyjny;
- Wydział Świadczeń Zdrowotnych;
- Wydział Kontroli Realizacji Umów ze Świadczeniodawcami;
- Wydział Monitorowania Świadczeń Zdrowotnych;
- Wydział do Spraw Służb Mundurowych;
- Rzecznik Praw Pacjenta.

W centrali Funduszu oraz oddziałach wojewódzkich Funduszu utworzone zostały komórki organizacyjne do spraw służb mundurowych. Schemat organizacyjny centrali Funduszu został przedstawiony w załączniku 1.

W celu poprawy dostępności Funduszu dla ubezpieczonych, ułatwienia współpracy ze świadczeniodawcami oraz ułatwienia monitorowania udzielania świadczeń zdrowotnych w oddziałach wojewódzkich Zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia utworzył następujące delegatury:

Dolnośląski OW NFZ w: Jeleniej Górze, Legnicy, Wałbrzychu,

Kujawsko-Pomorski OW NFZ w: Toruniu, Włocławku,

Lubelski OW NFZ w: Białej Podlaskiej, Chełmie, Zamościu,

Lubuski OW NFZ w: Gorzowie Wielkopolskim,

Łódzki OW NFZ w: Piotrkowie Trybunalskim, Sieradzu, Skierniewicach,

Małopolski OW NFZ w: Nowym Sączu, Nowym Targu, Tarnowie,

Podlaski OW NFZ w: Łomży, Suwałkach,

Pomorski OW NFZ w: Słupsku,

Śląski OW NFZ w: Bielsko-Białej, Częstochowie, Dąbrowie Górniczej, Gliwicach, Rybniku,

Warmińsko-Mazurski OW NFZ w: Elblągu, Ełku,

Wielkopolski OW NFZ w: Kaliszu, Koninie, Lesznie, Pile,

Zachodniopomorski OW NFZ w: Koszalinie.

4. Ubezpieczeni w NFZ - Centralny Wykaz Ubezpieczonych

Ustawa o NFZ przepisem art. 20, ust. 3 oraz art. 39 ust. 1 pkt 6 nałożyła obowiązek na Fundusz prowadzenia Centralnego Wykazu Ubezpieczonych - zwanego dalej „CWU”. Zgodnie z przepisami ustawy CWU został utworzony w celu:

1. potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;
2. gromadzenia danych o osobach ubezpieczonych w Funduszu.

Umocowanie prawne dla stworzenia elektronicznej bazy ubezpieczonych CWU, usytuowanego na poziomie Centrali NFZ, dało podstawy do zasilenia danymi z następujących źródeł:

3. Wykazy osób uznanych za ubezpieczone, pobrane z lokalnych systemów informatycznych Oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia, wg stanu na dzień 30 kwietnia 2003 r. - przyjęto jednorazowo.
4. Wykaz osób uznanych za ubezpieczone przez Branżową Kasę Chorych dla Służb Mundurowych wg stanu na dzień 31 marca 2003 r. – przyjęto jednorazowo.
5. Bieżące informacje o osobach ubezpieczonych przekazywane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych.
6. Bieżące informacje o osobach ubezpieczonych przekazywane przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego.
7. Informacje zgromadzone przez Oddziały NFZ pomiędzy 30 kwietnia 2003 r. a 31 grudnia 2003 r. - przyjęto jako dane uzupełniające.
8. Informacje przyjmowane na bieżąco od osób ubezpieczonych.
9. Umowy na ubezpieczenia dobrowolne.
10. Informacje z Departamentu Rejestrów Państwowych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji:
 - a) o zgonach osób zarejestrowanych i cofnięciu omyłkowo wprowadzonej informacji o zgonie;
 - b) o osobach, którym nowo nadano lub zmieniono numer ewidencyjny PESEL;
 - c) służące do zweryfikowania poprawności danych personalnych i adresowych.

Centralny Wykaz Ubezpieczonych stanowi bazę danych o osobach zgłoszonych do ubezpieczenia zarejestrowanych w ZUS i KRUS a nie bazę ewidencji ludności z „przypisanym” ubezpieczeniem zdrowotnym. Jest on systemem centralnym, w którym na serwerze umiejscowionym w Centrali NFZ znajduje się baza danych, a dostęp do niej mają użytkownicy Centrali, Oddziałów i delegatur NFZ za pośrednictwem sieci rozległej WAN.

Dane wprowadzone, albo zmodyfikowane w Centrali lub przez operatora w dowolnym Oddziale NFZ, są natychmiast po ich zapisaniu dostępne dla wszystkich innych uprawnionych użytkowników systemu.

Jednostką informacji opisującą osobę zarejestrowaną w CWU jest tzw. „karta ubezpieczonego” zawierająca następujące kategorie danych:

- 1) Dane personalne.
- 2) Dane adresowe.
- 3) Powiązanie osób utrzymujących z członkami rodzin będących na utrzymaniu.
- 4) Dane ubezpieczeniowe (rejestracja i wyrejestrowanie, „przypisanie” do oddziału wojewódzkiego NFZ).
- 5) Informacje o zarejestrowanych składkach.
- 6) Dane historyczne:
 - a) zarejestrowane źródła pochodzenia danych;
 - b) informacje jakie operacje, kiedy i przez kogo wykonane zmodyfikowały kartę ubezpieczonego.

W Centrali NFZ, w strukturze organizacyjnej Departamentu Informatyki i Łączności, utworzono Wydział pod nazwą Centralny Wykaz Ubezpieczonych, którego Naczelnik nadzoruje utrzymanie systemu informatycznego CWU w sprawności technicznej oraz dba o jego rozwój.

Do zadań Wydziału należy wykonywanie operacji o charakterze organizacyjno-technicznym, a w szczególności:

- 1) Odbiór informacji z ZUS, KRUS, MSWiA i zasilanie nimi systemu.
- 2) Przypisywanie składek na ubezpieczenie zdrowotne do poszczególnych ubezpieczonych.
- 3) Określanie statusu osób zarejestrowanych w CWU.
- 4) Wykonywanie replik okresowych CWU dla lokalnych systemów informatycznych Oddziałów NFZ oraz wykazu numerów ewidencyjnych PESEL, osób mających prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach ubezpieczenia zdrowotnego.
- 5) Generowanie raportów dla Wydziałów Merytorycznych NFZ.
- 6) Archiwizacja danych Centralnego Wykazu Ubezpieczonych.
- 7) Zarządzanie profilami operatorów.
- 8) Bieżące utrzymywanie systemu w sprawności technicznej oraz jego rozwój.

W ciągu 2003 roku, w Wydziale CWU poza wymienionymi powyżej zadaniami wykonano pracę związaną z weryfikacją danych osobowych i adresowych osób zgłoszonych do ubezpieczenia. Przede wszystkim:

1. Wyeliminowano tzw. powtórzenia numerów PESEL, po implementacji danych z systemów byłych kas chorych posiłkując się w przypadkach spornych danymi z Departamentu Rejestrów Państwowych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.
2. Zweryfikowano dane adresowe wg kodów pocztowych i kodów gmin.
3. Zweryfikowano błędy w numerach PESEL (np. błędne sumy kontrolne, błędy w ilości znaków (mniej niż 11), błędy w kodzie płci).
4. Poprawiono błędy literowe w danych personalnych i adresowych osób zgłoszonych do ubezpieczenia.

Na poziomie Oddziałów NFZ wykonywane są operacje:

- 1) Obsługa ubezpieczonych w zakresie weryfikacji danych zawartych w CWU, w tym potwierdzania prawa do świadczeń z ubezpieczenia.

- 2) Edycja zawartości informacyjnej Centralnego Wykazu Ubezpieczonych na podstawie danych dostępnych w Oddziale NFZ, pozyskiwanych spoza systemu elektronicznego:
 - rejestracja ręczna osoby na skutek udowodnienia faktu ubezpieczenia;
 - wnoszenie poprawek na podstawie dokumentów przedstawionych przez zainteresowane osoby.
- 3) Rejestrowanie umów na ubezpieczenia dobrowolne.
- 4) Zasilanie lokalnych systemów informatycznych danymi Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, poprzez implementację okresowych replik oraz pobieranie kart wybranych osób z CWU do systemu lokalnego.

Poniżej zostały przedstawione dane w ujęciu tabelarycznym z CWU dotyczące ubezpieczonych (w podziale na województwa) ewidencjonowanych na podstawie zgłoszeń do ubezpieczenia.

Województwo	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Płeć nieokreślona
DOLNOŚLĄSKIE	2 812 961	1 323 011	1 488 612	1 338
KUJAWSKO-POMORSKIE	2 063 791	999 546	1 060 946	3 299
LUBELSKIE	2 210 925	1 072 666	1 137 477	782
LUBUSKIE	996 528	486 233	509 697	598
ŁÓDZKIE	2 552 730	1 223 978	1 327 767	985
MAŁOPOLSKIE	3 138 699	1 523 104	1 614 277	1 318
MAZOWIECKIE	4 980 921	2 382 110	2 595 158	3 653
OPOLSKIE	962 109	466 021	495 777	311
PODKARPACKIE	2 068 985	1 025 774	1 042 430	781
PODLASKIE	1 189 767	580 385	607 714	1 668
POMORSKIE	2 134 285	1 037 731	1 095 939	615
ŚLĄSKIE	4 556 919	2 205 858	2 349 738	1 323
ŚWIĘTOKRZYSKIE	1 290 286	628 397	659 346	2 543
WARMIŃSKO - MAZURSKIE	1 427 947	700 481	726 260	1 206
WIELKOPOLSKIE	3 311 884	1 606 088	1 700 531	5 265
ZACHODNIOPOMORSKIE	1 686 024	820 284	860 514	5 226
bez kodu województwa	38 009	19 801	16 669	1 539
OGÓLEM	37 422 770	18 101 468	19 288 852	32 450

Dane wg stanu na dzień 4 grudnia 2003 r.

Główne koszty związane z utworzeniem CWU to zestawienie i eksploatacja sieci rozległej WAN umożliwiającej dostęp Oddziałom NFZ do serwera Centralnego Wykazu Ubezpieczonych. Koszty zależą od przyjętej przepustowości kanałów transmisyjnych oraz funkcjonalności wdrażanych aplikacji, możliwe, że wraz z rosnącą funkcjonalnością konieczna będzie modernizacja serwera centralnego.

II. BILANS OTWARCIA I PIERWSZE MIESIĄCE DZIAŁALNOŚCI NFZ**1. Finanse****1.1. Wyniki finansowe kas chorych za rok 2002 i I kwartał 2003 r.**

Zgodnie ze sprawozdaniami finansowymi kas chorych za rok 2002 kasy wykazały stratę na działalności w wysokości 654.062,42 tys. zł. Również wynik finansowy kas chorych za I kwartał 2003 roku zamknął się stratą w wysokości 133.167,11 tys. zł.

Wyniki finansowe kas chorych za rok 2002 i za I kwartał 2003 r. (dane w zł)

L.p.	Nazwa Kasy Chorych	Wynik finansowy na 31.12.2002 r.	Wynik finansowy na 31.03.2003 r.
1	Dolnośląska RKCH	-136.462.429,96	-9.735.859,70
2	Kujawsko – Pomorska RKCH	-49.800.742,29	+23.518.954,10
3	Lubelska RKCH	-11.076.847,46	-19.840.108,69
4	Lubuska RKCH	-4.497.432,89	+2.592.932,12
5	Łódzka RKCH	-16.676.418,09	-4.838.617,88
6	Małopolska RKCH	-15.072.782,11	+10.269.166,63
7	Mazowiecka RKCH	-98.945.225,42	-22.028.724,76
8	Opolska RKCH	-14.848.703,47	-8.972.514,66
9	Podkarpacka RKCH	+2.504.467,96	+1.328.615,27
10	Podlaska RKCH	+5.624.875,26	+396.018,08
11	Pomorska RKCH	-179.696.453,64	-17.175.152,48
12	Śląska RKCH	-163.338.936,90	+2.719.111,22
13	Świętokrzyska RKCH	-34.095.372,46	-11.531.347,32
14	Warmińsko- Mazurska RKCH	+7.063.022,88	-11.647.236,77
15	Wielkopolska RKCH	-34.134.270,35	-16.811.157,67
16	Zachodniopomorska RKCH	-45.671.446,40	-37.802.823,74
17	Branżowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych	+135.062.270,38	-13.608.364,41
	RAZEM	-654.062.424,96	-133.167.110,66

Największą stratę na działalności za rok 2002 poniosły kasy: Pomorska, Śląska, Dolnośląska i Mazowiecka. Natomiast za I kwartał 2003 r. największe straty na działalności wykazały kasy: Zachodniopomorska, Mazowiecka, Lubelska. Wobec takiej sytuacji centrala NFZ podjęła działania umożliwiające częściowe złagodzenie skutków utraty płynności finansowej w 13 kasach chorych. Do działań tych należy przede wszystkim zaliczyć:

- przekazanie środków finansowych (do rozliczenia) w wysokości 51 mln zł dla Oddziału Dolnośląskiego oraz 80 mln zł dla Oddziału Pomorskiego (konwencjonalnie określane mianem „pożyczki”),
- zasilenie środkami finansowymi bieżących potrzeb związanych z działalnością oddziałów.

W ramach NFZ były oddziały, które na dzień 1 kwietnia 2003 roku wykazywały stratę finansową z lat ubiegłych i posiadały salda debetowe na rachunkach bankowych, jak również oddziały, które posiadały środki na lokatach terminowych. I tak: Dolnośląski Oddział Wojewódzki NFZ w dniu 1 kwietnia 2003 roku posiadał saldo debetowe w wysokości 51 mln złotych, oraz stratę z lat ubiegłych w wysokości 141,89 mln zł. Natomiast Oddział Małopolski posiadał na lokatach środki finansowe w wysokości ok. 150 mln zł. W tej sytuacji Centrala NFZ zobowiązana była podjąć kroki zmierzające do zapewnienia świadczeń zdrowotnych, niezależnie od sytuacji oddziału, na terenie całego kraju. W celu uregulowania sytuacji w poszczególnych oddziałach i w celu poprawy ich gospodarki finansowej, dokonywane były przesunięcia środków.

1.2. Zobowiązania kas chorych

Zobowiązania finansowe kas chorych według stanu na dzień 31 grudnia 2002 r. oraz 31 marca 2003 r. zostały przedstawione w poniższej tabeli (dane w zł).

L.p.	Nazwa Kasy Chorych	Zobowiązania na 31.12.2002 r.	Zobowiązania na 31.03.2003 r.
1	Dolnośląska RKCH	252.323.760,21	270.258.676,80
2	Kujawsko – Pomorska RKCH	163.108.223,97	138.350.025,92
3	Lubelska RKCH	183.512.614,88	189.888.761,65
4	Lubuska RKCH	94.002.049,74	86.777.218,12
5	Łódzka RKCH	215.294.570,10	203.928.850,36
6	Małopolska RKCH	217.066.560,83	217.602.530,51
7	Mazowiecka RKCH	443.796.400,62	416.378.907,31
8	Opolska RKCH	78.972.432,39	79.357.901,69
9	Podkarpacka RKCH	123.248.619,36	112.320.020,93
10	Podlaska RKCH	95.151.730,46	98.402.642,88
11	Pomorska RKCH	280.587.224,10	305.526.728,20
12	Śląska RKCH	355.846.298,11	253.655.183,24
13	Świętokrzyska RKCH	109.684.234,67	111.602.998,92
14	Warmińsko- Mazurska RKCH	125.393.198,19	105.838.935,85
15	Wielkopolska RKCH	218.709.577,88	192.905.458,47
16	Zachodniopomorska RKCH	154.174.727,69	169.792.278,82
17	Branżowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych	301.713.631,36	292.074.977,86
	RAZEM	3.412.585.854,56	3.244.662.097,53

W/w tabela obrazuje stan zobowiązań na koniec grudnia 2002 r. i koniec marca 2003 r. Stan zobowiązań kształtuje się w tych dwóch okresach na porównywalnym poziomie.

Z analizy kwot wynika, że najwyższe zobowiązania występowały w Mazowieckiej RKCH, Pomorskiej RKCH, Branżowej KChSM i Dolnośląskiej RKCH. Było to związane głównie z wielkością tych Kas i dużą ilością obsługiwanych świadczeniodawców (w przypadku Branżowej Kasy świadczeniodawcy rozmieszczeni byli na terenie całego kraju), co powodowało, iż duża wartość faktur została zaewidencjonowana w tych kasach na koniec miesiąca sprawozdawczego. Zobowiązania te w terminie do około 25-go każdego miesiąca, po uregulowaniu płatności ulegały poważnemu zmniejszeniu, za wyjątkiem Pomorskiej RKCH, która jako jedyna Kasa posiadała istotne przeterminowane zobowiązania wobec świadczeniodawców w wysokości 141.120,16 tys. zł.

1.3. Przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne kas chorych w I kwartale 2003 r.

Wykonanie przychodów ze składek brutto w I kwartale 2003 roku wynosiło 6.984 mln zł. Plan finansowy na I kwartał 2003 roku zakładał, że przychody ze składek w omawianym okresie będą wynosiły 7.065mln zł. Oznacza to, że niedobór składki na ubezpieczenie zdrowotne za I kwartał 2003 roku w stosunku do planu finansowego wyniósł 151 mln zł (2,1%).

Przychody ze składek w I kwartale 2003 r. poszczególnych kasach chorych zostały przedstawione w poniższej tabeli (dane w zł):

L.p.	Nazwa Kasy Chorych	Przychody bilans I kw. 2003	Egzekucje za 1999 - 2002	Razem
1	Dolnośląska RKCH	486 247 649,26	3 101 733,50	489 349 382,76
2	Kujawsko – Pomorska RKCH	316 688 433,08	1 910 790,16	318 599 223,24
3	Lubelska RKCH	299 149 308,39	1 641 802,06	300 791 110,45
4	Lubuska RKCH	133 987 684,89	889 705,21	134 877 390,10
5	Łódzka RKCH	408 334 421,49	2 534 853,71	410 869 275,20
6	Małopolska RKCH	499 033 754,00	3 217 328,32	502 251 082,32
7	Mazowiecka RKCH	1 045 494 983,03	6 619 604,67	1 052 114 587,70
8	Opolska RKCH	158 040 651,48	992 138,07	159 032 789,55
9	Podkarpacka RKCH	278 293 378,08	1 779 927,64	280 073 305,72
10	Podlaska RKCH	163 226 250,64	923 767,84	164 150 018,48
11	Pomorska RKCH	356 161 802,06	2 302 964,84	358 464 766,90
12	Śląska RKCH	976 149 841,90	6 519 203,95	982 669 045,85
13	Świętokrzyska RKCH	183 876 382,44	1 137 621,61	185 014 004,05
14	Warmińsko- Mazurska RKCH	198 730 767,92	1 215 363,01	199 946 130,93
15	Wielkopolska RKCH	575 903 674,92	3 568 737,02	579 472 411,94
16	Zachodniopomorska RKCH	251 037 752,83	1 653 466,29	252 691 219,12
17	Branżowa Kasa Chorych dla Służb Mundurowych	609 659 193,97	4 200 473,68	613 859 667,65
	Razem	6 940 015 930,38	44 209 481,58	6 984 225 411,96

1.4. Plan finansowy na rok 2003 r.

• Procedura tworzenia

Zgodnie z przepisem art. 211 ustawy o NFZ obowiązek sporządzenia planu finansowego dla Funduszu na 2003 r., zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów, należał do ministra właściwego do spraw zdrowia.

W dniu 18 lipca 2003 r. Minister Zdrowia podpisał zarządzenie w sprawie planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia.

W dniu 24 lipca 2003 roku Narodowy Fundusz Zdrowia wystąpił z pismem do Wiceprezesa Rady Ministrów Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej i Ministra Zdrowia zawierającym memorandum na temat podwyższenia prognozy wpływu składek na ubezpieczenie zdrowotne, z tytułu podwyższenia podstawy wymiaru składki osób prowadzących działalność pozarolniczą. W ww. piśmie Fundusz wyszedł z propozycją umożliwienia wykorzystania środków gromadzonych w ramach rezerwy ogólnej w wysokości 1% do kontraktowania świadczeń zdrowotnych w 2003 roku.

Rada Ministrów w dniu 25 lipca 2003 r. podjęła decyzję dotyczącą możliwości przesunięcia środków w ramach planu finansowego tj. zawieszenia spłaty pożyczki udzielonej kasom chorych w 2000 r., wykorzystania rezerwy ogólnej NFZ, podwyższenia wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób prowadzących działalność pozarolniczą oraz zniesienia ograniczenia w naliczaniu składek na ubezpieczenie zdrowotne rolników.

W związku z decyzją Rady Ministrów Fundusz wystąpił w dniu 28 lipca 2003 r. do Ministra Zdrowia z wnioskiem o zmianę planu finansowego uwzględniającą podjęte przez Radę Ministrów decyzje.

Minister Zdrowia zarządzeniem z dnia 5 sierpnia 2003 r. zatwierdził nowy plan finansowy na 2003 r. uwzględniający decyzje Rady Ministrów i wnioski NFZ.

Zmieniony plan finansowy różnił się w stosunku do planu z 18 lipca 2003 r.:

- zmniejszeniem planowanego odpisu aktualizującego składkę o 300.000 tys. zł,
- zwiększeniem kosztów poboru i ewidencjonowania składek o 562 tys. zł,
- zwiększeniem przychodów i kosztów o otrzymane środki na profilaktyczne programy zdrowotne o 46.000 tys. zł,
- zaniechaniem odpisu na rezerwę ogólną tj. 213.545 tys. zł,
- zwiększeniem kosztów świadczeń zdrowotnych o 607.504 tys. zł w tym zmniejszenie refundacji cen leków o 84.248 tys. zł i utworzenie rezerwy na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych w wysokości 691.752 tys. zł,
- zwiększeniem kosztów administracyjnych o 6.000 tys. zł,
- zmniejszeniem utworzonej rezerwy na spłatę pożyczki w wysokości 100.000 tys. zł,
- zmniejszeniem kosztów finansowych na odsetki od pożyczki udzielonej przez budżet państwa o 522 tys. zł.

Zarząd NFZ uchwałą nr 171/2003 z 8 sierpnia 2003 r. dokonał podziału planu finansowego w części dotyczącej kosztów świadczeń zdrowotnych na oddziały. Podział planu finansowego na oddziały uwzględniał skutki agregacji umów, rozliczenia międzykasowe i wartości byłych promes oraz zawierał rezerwy na finansowanie nagłych przypadków i leczenie ubezpieczonych z innych województw.

Ostatecznie 31 grudnia 2003 r. NFZ wystąpił do Ministra Zdrowia o zmianę planowanej struktury kosztów świadczeń zdrowotnych w związku z uruchomieniem i rozdysponowaniem rezerw na świadczenia zdrowotne przewidziane w planie finansowym na 2003 rok.

Minister Zdrowia zarządzeniem z 31 grudnia 2003 roku zmienił plan finansowy Funduszu na 2003 rok uwzględniając wszystkie propozycje przedstawione przez NFZ.

Ostateczny plan finansowy NFZ obejmujący okres kwiecień – grudzień 2003 r. przedstawia załącznik 2.

• **Główne założenia**

Plan na rok 2003 sporządzony był w oparciu o prowizorium przygotowane przez Zespół ds. wdrożenia Narodowego Funduszu Zdrowia. Uwzględniał on przede wszystkim agregację umów o realizację świadczeń zdrowotnych wynikająca ze zmiany zasad finansowania świadczeń oraz likwidację Branżowej Kasy Chorych dla Służb Mundurowych, skutki finansowania byłych promes oraz przewidywaną wartość procedur ratujących życie. Ze względu na trudności w precyzyjnym określeniu skutków migracji pacjentów i przypadków nagłych utworzono w planie finansowym na 2003 rok rezerwę w wysokości 480.223 tys. zł, która do 31 grudnia 2003 roku została rozdysponowana na oddziały wojewódzkie zgodnie z ich wnioskami.

2. Inwentaryzacja i przejęcia majątku

Na podstawie art. 200 ust. 2 ustawy o NFZ Minister Zdrowia został zobowiązany do sporządzenia wykazów mienia kas chorych oraz wszystkich ich jednostek organizacyjnych w oparciu o przekazane spisy inwentaryzacyjne sporządzone na dzień 31 marca 2003 r. zgodnie z Zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 marca 2003 r. w sprawie przeprowadzenia inwentaryzacji w kasach chorych (Dz. Urz. MZ z dnia 24 marca 2003 r.).

Inwentaryzacja nakazana omawianym Zarządzeniem została przeprowadzona we wszystkich kasach chorych. W wyniku inwentaryzacji stwierdzono:

- a) 81.058,21 zł niedoborów i szkód w wartości brutto, które zostały rozliczone w następujący sposób:
 - 340,00 zł - przypisano do zwrotu,
 - 9.211,99 zł - odniesiono w koszty,
 - 71.506,22 zł - uwzględniono dotychczasowe umorzenie lub wcześniejsze (bezpośrednio po zakupie) zarachowanie w koszty,
- b) 18.348,88 nadwyżek, które zostały rozliczone w następujący sposób:
 - 17.361,90 zł - odniesiono w przychody,
 - 986,98 zł – odniesiono w umorzenie.

3. Działania organizacyjne

3.1. Ujednolicenie struktur organizacyjnych

W związku z różnorodnością struktur organizacyjnych kas chorych, zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych oraz finansowania świadczeń zdrowotnych, Narodowy Fundusz Zdrowia opracował i wdrożył wewnętrzne akty prawne mające na celu ujednolicenie struktur oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zasad ich funkcjonowania.

Wprowadzenie w życie dnia 1 kwietnia 2003 r. ustawy o NFZ spowodowało, że rozłożenie zadań w strukturach Funduszu różni się od rozkładu zadań w systemie kas chorych.

Centrala NFZ zorganizowana została do wypełniania następujących zadań:

- opracowywania strategii funkcjonowania,
- analizy,
- koordynacji funkcjonowania funduszu,
- monitorowania świadczeń.

Oddziały funduszu zostały obciążone zadaniami związanymi z:

- procedurami kontraktowania świadczeń,
- monitorowaniem świadczeń,
- informacją,
- obsługą ubezpieczonych.

Powyższa zadaniowa struktura stała się przyczynkiem do stałego ujednociania komórek organizacyjnych Funduszu, co pozwoliło na wyeliminowanie powtarzania się zadań na poszczególnych stanowiskach i poziomach zarządzania. Pionowy, merytoryczny nadzór centrali nad strukturami oddziałów zapewniony został poprzez odzwierciedlenie struktury zadaniowej w strukturze organizacyjnej funduszu.

(Struktura organizacyjna centrali Funduszu oraz oddziałów wojewódzkich została przedstawiona w pkt I 3. niniejszego materiału).

3.2. Ujednoczenie systemu informatycznego NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia podjął działania zmierzające do ujednoczenia systemów informatycznych w NFZ funkcjonujących w dawnych kasach chorych. Działania te miały na celu zapewnienie: dostępu do informacji z oddziałów NFZ, zapewnienie możliwości przeprowadzania syntetycznej analizy zarządczej a w następnej kolejności uzyskiwanie szczegółowych informacji od świadczeniodawców - w konsekwencji osiągnięcie bieżącego dostępu do informacji sprawozdawczej oraz obniżki kosztów funkcjonowania systemu.

W 2003 r. przeprowadzona została inwentaryzacja sprzętu komputerowego i oprogramowania, w tym stopnia wdrożenia Systemów Informatycznych Kas Chorych (SIKCh), jakimi dysponują oddziały wojewódzkie NFZ.

Celem tych działań była standaryzacja bazy sprzętowej oraz funkcjonalna unifikacja systemów SIKCH.

Kolejnym krokiem było opracowanie formatów wymiany danych między oddziałami NFZ a Centralą w zakresie przekazywania informacji:

- statystycznych na temat leków;
- refundacyjnych dotyczących leków;
- zaopatrzenia w środki ortopedyczne.

W roku 2003 zostało wykonanych szereg prac związanych z rozbudową i przystosowywaniem modułów systemów informatycznych oddziałów NFZ (dwóch różnych producentów) tak aby umożliwiały przesyłanie danych sprawozdawczych w określonych (uzgodnionych) formatach z oddziałów wojewódzkich do Centrali NFZ.

Zostały wykonane modyfikacje aplikacji klienckich dla świadczeniodawców tak aby mogli oni się rozliczać na nowych zasadach w 2004 roku.

Stworzone zostały jednolite w skali kraju katalogi usług kontraktowanych i szczegółowych oraz zapytania ofertowe wraz z ankietami wykorzystywane w ogólnopolskim konkursie ofert na rok 2004.

4. Polityka informacyjna

W celu realizacji zadań z zakresu komunikacji społecznej, określonych w ustawie o NFZ, ustawie – Prawo prasowe, ustawie o dostępie do informacji publicznej, powołano w strukturze organizacyjnej Gabinetu Prezesa Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia – Rzecznika Prasowego oraz Zespół Rzecznika Prasowego. Zgodnie z określonym w regulaminie organizacyjnym NFZ zakresem działania mają oni prowadzić bieżącą informację dla mediów, monitoring środków społecznego przekazu, biuletyn informacyjny dla ubezpieczonych oraz stronę internetową.

Rzecznik Prasowy w pierwszym okresie funkcjonowania NFZ zorganizował konferencje prasowe dotyczące zasad funkcjonowania nowego systemu w zakresie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego oraz spraw wynikających z bieżących problemów. W kwestiach spornych lub wymagających wyjaśnień niezwłocznie ogłaszał komunikaty w Polskiej Agencji Prasowej oraz na stronie internetowej NFZ.

Działania informacyjne zostały wzmocnione poprzez:

- uruchomienie infolinii dla ubezpieczonych w Centrali i Oddziałach Funduszu; dziennie pracownicy infolinii udzielają odpowiedzi na około 50 zapytań;
- biuletyn – w Redakcji Biuletynu NFZ został opracowany materiał p.t. „Sytuacja ubezpieczonego w świetle ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, w porównaniu z ustawą o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym”. Materiał ten stał się podstawą informacji udzielanych tak ubezpieczonym, jak i świadczeniodawcom oraz mediom. Jednocześnie przygotowano założenia programowe, edycyjne i kosztowe dla przyszłego Biuletynu NFZ. Pierwszy numer Biuletynu został wydany we wrześniu 2003 r. Wydawanie przez oddziały NFZ informatorów dla ubezpieczonych uniemożliwiła trudna sytuacja finansowa NFZ;
- stronę internetową – ze szczególnym uwzględnieniem informacji dla świadczeniodawcy; w ramach tej strony zgodnie z ustawą o dostępie do informacji funkcjonuje Biuletyn Informacji Publicznej; oddziały NFZ posiadają własne strony;
- telewizję publiczną – „Niedziela z NFZ w TVP2”, całodzienny program z udziałem Prezesa, Rzecznika Prasowego NFZ, połączony z dyżurem telefonicznym ekspertów;
- sieć lokalnych stacji radiowych – nagranie dla 32 stacji regionalnych o sytuacji ubezpieczonego w nowym systemie NFZ;
- wkładki informacyjne do dzienników regionalnych.

III. ORGANIZACJA FUNDUSZU I DZIAŁALNOŚĆ JEGO ORGANÓW W 2003 R.

1. Skład i działalność organów NFZ**1.1. Zarząd Funduszu**

W skład Zarządu Funduszu wchodzi:

- 1) Prezes Funduszu,
- 2) trzech zastępców Prezesa - zastępca Prezesa do spraw medycznych, zastępca Prezesa do spraw finansowych i zastępca Prezesa do spraw służb mundurowych.

Zmiany w składzie Zarządu w 2003 roku

<i>L.p.</i>	<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Funkcja pełniona w Zarządzie</i>	<i>Data powołania na daną funkcję w Zarządzie</i>	<i>Data odwołania</i>
1.	<i>Aleksander Nauman</i>	<i>Prezes</i>	<i>1.04.2003</i>	<i>23.05.2003</i>
2.	<i>Maciej Tokarczyk</i>	<i>Prezes</i>	<i>7.07.2003</i>	<i>4.10.2003</i>
3.	<i>Krzysztof Panas</i>	<i>Prezes</i>	<i>8.10.2003</i>	<i>06.03.2004 r.</i>
4.	<i>Mirosław Manicki</i>	<i>Z-ca Prezesa ds. Medycznych</i>	<i>23.05.2003</i>	<i>10.10.2003</i>
5.	<i>Andrzej Majewski</i>	<i>Z-ca Prezesa ds. Medycznych</i>	<i>10.10.2003</i>	<i>31.03.2004 r.</i>
6.	<i>Marek Mazur</i>	<i>Z-ca Prezesa ds. Finansowych</i>	<i>23.05.2003</i>	<i>Do nadal</i>
7.	<i>Marek Kondracki</i>	<i>Z-ca Prezesa ds. Służb Mundurowych</i>	<i>23.05.2003</i>	<i>24.03.2004 r. – odwołanie z dniem <u>31.01.2004 r.</u></i>

Zakres działania Zarządu i członków Zarządu określają:

- ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45 poz. 391 z późn. zm.);
- Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 marca 2003 roku w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. Nr 55 poz. 481).

- **Zadania Zarządu NFZ**

Do głównych zadań Zarządu NFZ należą:

- 1) kierowanie działalnością Funduszu w zakresie niezastrzeżonym do kompetencji Rady Funduszu i Prezesa Funduszu;
- 2) bieżące zarządzanie funduszami i mieniem Funduszu;

- 3) prowadzenie gospodarki finansowej Funduszu;
- 4) wykonywanie uchwał Rady Funduszu;
- 5) sporządzanie rocznych planów finansowych Funduszu i sprawozdań finansowych oraz przedkładanie ich ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych;
- 6) sporządzanie projektu Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych i sprawozdań z jego wykonania oraz przedkładanie ich, w terminie 7 dni od dnia przyjęcia przez Radę Funduszu, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
- 7) realizacja rocznego planu finansowego i planu pracy Funduszu;
- 8) sporządzanie projektów planu pracy Funduszu i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu i przedkładanie ich, w terminie 7 dni od dnia przyjęcia przez Radę Funduszu, ministrowi właściwemu do spraw zdrowia;
- 9) negocjowanie umów ze świadczeniodawcami, ich zawieranie i rozliczanie oraz kontrola wykonywania;
- 10) podejmowanie decyzji w sprawach określonych w ustawie;
- 11) nadzorowanie działalności oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 12) przekazywanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia uchwał Zarządu i Rady Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ich uchwalenia;
- 13) przygotowanie i przedstawianie Radzie Funduszu corocznych prognoz przychodów i kosztów;
- 14) przedstawianie Radzie Funduszu innych informacji o pracy Funduszu - w formie, zakresie i terminach określonych przez Radę Funduszu;
- 15) przedstawianie Radzie Funduszu propozycji w sprawie ustalenia i zmian systemu wynagradzania pracowników Funduszu.

Zarząd Funduszu może udzielić dyrektorom oddziałów wojewódzkich Funduszu i innym pracownikom Funduszu pełnomocnictw do dokonywania określonych czynności prawnych oraz upoważnień do dokonywania określonych czynności faktycznych.

- **Obszary odpowiedzialności poszczególnych członków Zarządu**

Zakres działania Prezesa Funduszu:

- 1) kierowanie pracami Zarządu;
- 2) koordynowanie współpracy Funduszu z organami administracji rządowej, jednostkami samorządu terytorialnego, innymi instytucjami działającymi na rzecz ochrony zdrowia, instytucjami ubezpieczeń społecznych, samorządami zawodów medycznych, związkami zawodowymi i związkami pracodawców;
- 3) powoływanie i odwoływanie dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz na ich wniosek zastępców dyrektorów oraz głównych księgowych;
- 4) powoływanie i odwoływanie rad społecznych przy oddziałach wojewódzkich Funduszu;
- 5) wykonywanie czynności wynikających ze stosunku pracy wobec pracowników Funduszu;

- 6) udzielanie pełnomocnictw zastępcom Prezesa, głównemu księgowemu i innym pracownikom Funduszu do dokonywania określonych czynności prawnych i upoważnień do dokonywania czynności faktycznych;
- 7) udzielanie dyrektorom lub innym pracownikom oddziałów wojewódzkich Funduszu pełnomocnictw do wykonywania czynności wynikających ze stosunku pracy wobec pracowników oddziałów wojewódzkich Funduszu;
- 8) wydawanie decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego;
- 9) Prezes Funduszu kieruje działalnością Funduszu i reprezentuje go na zewnątrz,
- 10) sprawowanie nadzoru nad:
 - a) Gabinetem Prezesa,
 - b) Biurem Rady Funduszu,
 - c) Biurem do Spraw Współpracy Międzynarodowej,
 - d) Audytorem Wewnętrznym,
 - e) Departamentem Kontroli Wewnętrznej,
 - f) Zespołem Radców Prawnych,
 - g) Departamentem Organizacyjno-Prawnym,
 - h) Departamentem Spraw Pracowniczych i Szkoleń,
 - i) Pełnomocnikiem do Spraw Ochrony Informacji Niejawnych,
 - j) Departamentem Informatyki i Łączności,
 - l) Departamentem Zarządzania Strategicznego.
- 11) powoływanie, w trybie art. 38 ust. 7 pkt 1 albo art. 38 ust. 9 pkt 1 ustawy, dyrektora Departamentu do Spraw Służb Mundurowych;
- 12) wnioskowanie do Rady Funduszu o powołanie i odwołanie zastępców Prezesa w trybie określonym w ustawie.

Podstawowym zadaniem **każdego z zastępców Prezesa** do spraw:

- 1) finansowych - w zakresie gospodarki finansowej,
- 2) medycznych - w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych i monitorowania ich realizacji,
- 3) służb mundurowych - w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla służb mundurowych,

jest zapewnienie sprawnej i efektywnej realizacji zadań określonych dla podległych mu komórek organizacyjnych.

Do zakresu obowiązków **każdego z zastępców Prezesa** należy:

- 1) ustalanie wewnętrznej struktury organizacyjnej podległych mu bezpośrednio podstawowych komórek organizacyjnych centrali;

- 2) ustalanie regulaminów wewnętrznych komórek, o których mowa w pkt 1;
- 3) planowanie i organizowanie realizacji zadań podległych komórek organizacyjnych;
- 4) koordynacja działalności podległych mu komórek organizacyjnych;
- 5) rozstrzyganie o sposobie załatwiania spraw przez podległe mu komórki organizacyjne;
- 6) reprezentowanie na zewnątrz Funduszu w sprawach należących do zakresu działania podległych mu komórek, o ile nie są zastrzeżone dla Prezesa Funduszu, za zgodą Prezesa Funduszu;
- 7) podpisywanie w granicach swych uprawnień korespondencji wynikającej z zakresu działania podległych mu komórek organizacyjnych;
- 8) parafowanie projektów pism zastrzeżonych do podpisu Prezesa Funduszu, przygotowanych przez podległe mu komórki organizacyjne;
- 9) występowanie z wnioskami w sprawach personalnych pracowników podległych komórek organizacyjnych;
- 10) przygotowywanie sprawozdań i informacji dotyczących prac podległych komórek organizacyjnych w zakresie i terminach określonych przez Prezesa Funduszu;
- 11) wykonywanie innych poleceń Prezesa Funduszu.

Zastępcy Prezesa Funduszu podejmują decyzje w zakresie powierzonych im spraw.

Do szczegółowego zakresu obowiązków **zastępcy Prezesa do spraw finansowych** należy:

- 1) sprawowanie nadzoru nad Departamentami:
 - a) Ekonomiczno-Finansowym,
 - b) Księgowości,
 - c) Administracyjnym.
- 2) nadzór nad wykonywaniem czynności związanych z:
 - a) projektowaniem założeń polityki ekonomiczno-finansowej Funduszu,
 - b) opracowywaniem projektu rocznego planu finansowego Funduszu;
- 3) nadzór nad działającymi w strukturze oddziałów wojewódzkich Wydziałami:
 - a) Ekonomiczno-Finansowym,
 - b) Księgowości,
 - c) Administracyjnym.
- 4) przedstawianie Radzie Funduszu corocznych prognoz przychodów i kosztów Funduszu.

Do szczegółowego zakresu obowiązków **zastępcy Prezesa do spraw medycznych** należy:

- 1) sprawowanie nadzoru nad Departamentami:
 - a) Świadczeń Zdrowotnych,

- b) Spraw Ubezpieczonych,
- c) Gospodarki Lekami
oraz Rzecznikiem Praw Pacjenta;
- 2) bezpośredni nadzór nad sporządzaniem projektu Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych i sprawozdań z jego wykonania;
- 3) nadzór nad działającymi w strukturze oddziałów wojewódzkich Funduszu Wydziałami:
 - a) Świadczeń Zdrowotnych,
 - b) Kontroli Realizacji Umów ze Świadczeniodawcami,
 - c) Monitorowania Świadczeń Zdrowotnych,
 - d) Spraw Ubezpieczonych,
 - e) Gospodarki Lekami
 - f) oraz Rzecznikami Praw Pacjenta.

Do szczegółowego zakresu obowiązków **zastępcy Prezesa do spraw służb mundurowych** należy:

- 1) nadzorowanie i koordynowanie działań Departamentu do Spraw Służb Mundurowych i Wydziałów do Spraw Służb Mundurowych w oddziałach wojewódzkich Funduszu;
- 2) nadzór nad opracowaniem projektu planu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych dla służb mundurowych i realizacją tego planu;
- 3) koordynacja współpracy z Ministrem Obrony Narodowej, Ministrem Sprawiedliwości i ministrem właściwym do spraw wewnętrznych;
- 4) czuwanie nad prawidłowością realizacji umów w zakresie świadczeń zdrowotnych udzielanych przez zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości oraz ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz informowanie ministra właściwego do spraw zdrowia, za pośrednictwem Prezesa Funduszu, o stwierdzonych nieprawidłowościach.

- **Uchwały Zarządu NFZ**

Zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia podjął 351 uchwał na 80 posiedzeniach, głównie były to sprawy:

- organizacyjne – regulaminy, pełnomocnictwa dla dyrektorów OW;
- finansowe – dotyczące przepływu środków, gospodarki finansowej;
- medyczne – kontraktowanie świadczeń, określenie przedmiotu postępowania;
- administracyjne – zarządzanie mieniem funduszu, zamówienia publiczne.

Spis uchwał podjętych przez Zarząd NFZ w 2003 r. stanowi załącznik 3

- **Udzielone pełnomocnictwa w 2003 r.**

Zarząd NFZ w 2003 r. wydał upoważnienia dla dyrektorów oddziałów wojewódzkich do:

- 1) aneksowania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych przed dniem wejścia w życie ustawy o NFZ, a także dokonywania wszelkich niezbędnych czynności prawnych w procesie agregacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- 2) dokonywania wszelkich czynności prawnych i faktycznych w ramach konkursów ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych, wszczętych przed dniem wejścia w życie ustawy, oraz zawierania umów ze świadczeniodawcami wybranymi w tych konkursach; w przypadku gdy odrębne przepisy, w tym przepisy wewnętrzne byłej kasy chorych, zastrzegły pewne kompetencje dla zarządu kasy chorych – dyrektor oddziału upoważniony jest do działania w zakresie tych kompetencji, a w szczególności do zatwierdzania protokołów z postępowań konkursowych;
- 3) dokonywania czynności związanych z prowadzeniem postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w szczególności do:
 - a) powoływania komisji konkursowych,
 - b) podejmowania decyzji o wyborze trybu postępowania;
 - c) ogłaszania o postępowaniu w trybie konkursu ofert lub rokowań;
 - d) rozpatrywania odwołań;
 - e) unieważniania postępowań w przypadkach określonych w ustawie;
 - f) określania wzoru lub formularza oferty;
 - g) zawierania umów z podmiotami wybranymi w wyniku postępowania;
 - z zastrzeżeniem, iż przedmiot postępowania, kryteria oceny spełniania warunków i warunki wymagane od świadczeniodawców określa Zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 4) rozliczania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- 5) dokonywania refundacji ceny leku lub wyrobu medycznego na zasadach określonych w art. 125 i 126 ustawy o NFZ;
- 6) wyrażania zgody na przeniesienie praw i obowiązków wynikających z umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych na nowego świadczeniodawcę, z zachowaniem wymagań określonych odrębnymi przepisami, w tym w ustawie o NFZ i przepisach wydanych na jej podstawie; upoważnienie dotyczy zarówno umów zawartych przed dniem wejścia w życie ustawy o NFZ jak i po tym dniu;
- 7) podejmowania decyzji o refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia wydatków poniesionych w związku z uzyskaniem świadczeń zdrowotnych w przypadkach i na warunkach określonych w art. 123 ustawy o NFZ;
- 8) obciążania płatnika składki kosztami świadczeń zdrowotnych udzielonych ubezpieczonemu, zgodnie z art. 71 ust. 5 ustawy o NFZ;
- 9) podejmowania decyzji w kwestiach spornych dotyczących umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;

- 10) zawierania umów o dobrowolne ubezpieczenie w Narodowym Funduszu Zdrowia, według wzoru ustalonego przez Zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia, oraz podejmowania decyzji o odstąpieniu od pobrania opłaty dodatkowej lub rozłożeniu jej na raty miesięczne, w trybie określonym w art. 11 ust. 9 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia;
- 11) przeprowadzania kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców z danego województwa, zgodnie z zasadami, o których mowa art. 127, art. 156 ust. 2-6 oraz art. 157-170 ustawy o NFZ, w związku z art. 127 ust. 4 ustawy o NFZ, a także przeprowadzania kontroli aptek zgodnie z art. 142 ustawy o NFZ;
- 12) zlecenia kontroli jakości i zasadności udzielanych świadczeń zdrowotnych konsultantowi wojewódzkiemu z właściwej dziedziny medycyny lub innej osobie posiadającej wykształcenie medyczne we właściwej dziedzinie medycyny zgodnie z art. 127 ust. 3 ustawy o NFZ;
- 13) zawierania umów upoważniających lekarzy lub felczerów niebędących lekarzami lub felczerami ubezpieczenia zdrowotnego do wystawiania recept refundowanych;
- 14) podejmowania samodzielnych decyzji dotyczących nabycia prawa lub zaciągnięcia zobowiązania do wartości szacunkowej 30 000 EURO;
- 15) dokonywania czynności, o których mowa w pkt 18, powyżej wartości szacunkowej 30 000 EURO po uprzednim otrzymaniu zgody Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 16) prowadzenia postępowań o udzielanie zamówień publicznych oraz udzielania zamówień publicznych, z zastrzeżeniem ograniczeń, o których mowa w pkt 15 i 16;
- 17) prowadzenia rachunkowości oddziału wojewódzkiego zgodnie z ustawą z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości oraz ustalonymi zasadami rachunkowości;
- 18) reprezentowania Narodowego Funduszu Zdrowia przed sądami, organami administracji rządowej i samorządowej, organami ścigania i innymi organami państwowymi, organami organizacji społecznych oraz innymi podmiotami, w szczególności instytucjami społecznymi, przedsiębiorcami i bankami;
- 19) występowania przed naczelnym organem władzy, ministrem lub centralnym organem administracji rządowej, z zastrzeżeniem, że na te wystąpienia wymagana jest odrębna zgoda Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia; ograniczenie powyższe nie dotyczy występowania w indywidualnych sprawach świadczeniodawców lub ubezpieczonych;
- 20) występowania przed Najwyższą Izbą Kontroli z zastrzeżeniem, że na te wystąpienia wymagana jest odrębna zgoda Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 21) dokonywania innych czynności prawnych i faktycznych w sprawach zastrzeżonych w odrębnych przepisach, w tym przepisach wewnętrznych Funduszu (uchwałach, regulaminach, instrukcjach – wydawanych przez organy Funduszu), do zadań lub kompetencji dyrektora oddziału lub oddziału;
- 22) dokonywania wszelkich czynności prawnych i czynności faktycznych związanych z funkcjonowaniem oddziału wojewódzkiego w zakresie niezbędnym do realizacji upoważnień wynikających z pkt 1-20;

Ponadto Prezes NFZ udzielił dyrektorom oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia pełnomocnictw do:

- 1) wykonywania czynności z zakresu prawa pracy w stosunku do pracowników właściwego oddziału wojewódzkiego;
- 2) rozpatrywania i wydawania decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z właściwością miejscową.

1.2. Rada Funduszu

• Skład i zmiany w składzie Rady Funduszu

W skład Rady Narodowego Funduszu Zdrowia w 2003 r. wchodziły niżej podane osoby, powołane przez Prezesa Rady Ministrów.

- 1) Elżbieta CHOJNA – DUCH (Przewodnicząca Rady Funduszu) – powołana na wniosek Ministra Finansów i Ministra Zdrowia w dniu 15 maja 2003 r., złożyła rezygnację w dniu 10 października 2003 r.,
- 2) Janusz ZALESKI (Przewodniczący Rady Funduszu) - powołany na wniosek Ministra Finansów i Ministra Zdrowia w dniu 11 października 2003 r.,
- 3) Rudolf BORUSIEWICZ (Wiceprzewodniczący Rady Funduszu) – powołany na wniosek Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego w dniu 22 maja 2003 r.,
- 4) Katarzyna ZIMMER-DRABCZYK - powołana na wniosek Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno- Gospodarczych w dniu 15 maja 2003 r.,
- 5) Józef KUSIAK - powołany na wniosek Ministra Zdrowia w dniu 15 maja 2003 r.,
- 6) Andrzej MALINOWSKI - powołany na wniosek Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno- Gospodarczych w dniu 15 maja 2003 r.,
- 7) Dariusz NEJMAN - powołany na wniosek Ministra Zdrowia w dniu 15 maja 2003 r.,
- 8) Jakub PINKOWSKI - powołany na wniosek Ministra Obrony Narodowej w dniu 15 maja 2003 r.,
- 9) Jan PYRCAK - powołany na wniosek Ministra Sprawiedliwości w dniu 15 maja 2003 r.,
- 10) Zenon RAJSKI - powołany na wniosek Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji w dniu 15 maja 2003 r.,
- 11) Paweł SZTWIERTNIA - powołany na wniosek Ministra Finansów w dniu 15 maja 2003 r.,
- 12) Janusz TOMIDAJEWICZ - powołany na wniosek Ministra Zdrowia w dniu 15 maja 2003 r.,
- 13) Stefan Jan JAWORSKI – powołany na wniosek Ministra Zdrowia w dniu 15 maja 2003 r., złożył rezygnację na ręce Ministra Zdrowia w dniu 3 listopada 2003 r.
- 14) Janusz WESOŁOWSKI - powołany na wniosek Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej w dniu 15 maja 2003 r.

• Uchwały i najważniejsze tematy posiedzeń Rady

Od czasu ukonstytuowania się Rady Funduszu – Rada w 2003 roku zebrała się na dziesięciu posiedzeniach i podjęła w tym czasie dwadzieścia pięć uchwał.

Na I posiedzeniu Rady NFZ w dniu 23 maja 2003 r. Rada dokonała wyboru Zastępcy Przewodniczącego Rady Narodowego Funduszu Zdrowia (uchwała Nr 1/2003), powołała trzech Zastępców Prezesa Funduszu – do spraw finansowych, do spraw służb mundurowych oraz do spraw medycznych, ustaliła ich wynagrodzenie (uchwały Nr 2/2003, 3/2003 i 4/2003) a także zapoznała się z sytuacją finansową Funduszu.

Na II posiedzeniu w dniu 12 czerwca 2003 r. Rada:

1. przyjęła Regulamin Działania Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia (uchwała Nr 5/2003),
2. podjęła uchwały: w sprawie wyrażenia opinii o Systemie wynagradzania pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia (uchwała Nr 6/2003) oraz w sprawie wyrażenia opinii o Regulaminie wynagradzania pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia (uchwała Nr 7/2003). Zgodnie z, wymienionymi w pkt. 2, uchwałami Rada Funduszu zobowiązała Zarząd NFZ do:
 - 1) obniżenia wysokości wynagrodzeń pracowników Funduszu, dostosowując wysokość wynagrodzeń do trudnej sytuacji finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - 2) odstąpienia od indeksacji wynagrodzeń oraz dodatków związanych z efektami pracy (dodatek stażowy i nagroda jubileuszowa),
 - 3) zbliżenia poziomu wynagrodzeń pracowników Funduszu między Centralą Funduszu a jego oddziałami,
 - 4) wyrównania poziomu wynagrodzeń pracowników Funduszu między oddziałami Funduszu,
 - 5) dostosowania Regulaminu do obowiązującego prawa, w tym do ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Ponadto Rada omówiła sytuację finansową Funduszu, w szczególności w zakresie aktualnego wykonania planu finansowego po stronie przychodów i kosztów oraz zapoznała się ze stanem prac nad Krajowym Planem Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych na rok 2004.

Rada Funduszu na III posiedzeniu, w dniach 11 i 17 lipca 2003 r. powołała Zespół Rady Funduszu do spraw Gospodarki Lekami w celu oceny kosztów refundacji leków oraz zobowiązała Zarząd do przedstawienia na następne posiedzenie Rady wstępnego projektu Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych.

Ponadto Rada zapoznała się ze skutkami finansowymi dla Funduszu, wynikającymi z przyznania ubezpieczonym prawa swobodnego wyboru miejsca leczenia poza miejscem zamieszkania, z wprowadzenia zmian na listach leków refundowanych i omówiła zasady kontraktowania świadczeń zdrowotnych w roku 2003 i na rok 2004 oraz zasady współpracy Rady i Zarządu.

Na IV posiedzeniu Rady Funduszu w dniu 1 sierpnia 2003 r. Rada podjęła następujące uchwały:

1. w sprawie wydania opinii o rocznych sprawozdaniach finansowych kas chorych za okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2002 roku oraz o przeznaczeniu zysków (nadwyżki przychodów nad kosztami) i strat (nadwyżki kosztów nad przychodami) osiągniętych przez kasy chorych (uchwała Nr 8/2003) oraz jednocześnie upoważniła Przewodniczącą Rady Funduszu do przedstawienia Ministrowi Zdrowia i Ministrowi Finansów opinii o pracy biegłych rewidentów, wyrażonych przez członków Rady,
2. w sprawie przyjęcia Regulaminu pracy komisji prowadzącej postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych (uchwała Nr 9/2003). Jednocześnie Rada powołała Zespół Rady Funduszu, który wraz z pracownikami Centrali Funduszu ma przygotować projekt zmiany powyższego regulaminu, kierując się zgłoszonymi przez Członków Rady uwagami do tego regulaminu. W szczególności zgłoszono następujące zastrzeżenia:
 - brak podstaw do powoływania zespołów negocjacyjnych oraz ekspertów,
 - brak podstaw do utworzenia w komisji stanowiska wiceprzewodniczącego
 - zapisy dotyczące badania protestu wykraczają poza regulacje ustawowe,

- brak upoważnienia do wielokrotnego zwoływania posiedzeń komisji,
- kwalifikacje przynajmniej części członków komisji powinny uwzględniać rodzaj kontraktowanych świadczeń.

Ponadto Rada zapoznała się i zaakceptowała, opracowane przez Zespół Rady Funduszu do spraw Gospodarki Lekami, stanowisko dotyczące postulatów, skierowanych do Ministra Zdrowia, zmierzających do racjonalizacji kosztów refundacji leków. Zespół zarekomendował:

- wprowadzenie cen urzędowych na leki objęte statusem LZ (przeznaczone wyłącznie do lecznictwa zamkniętego),
- ustalenie dla nazwy międzynarodowej jednego limitu ceny w oparciu o cenę najtańszego odpowiednika dopuszczonego do obrotu na terenie RP,
- nowelizację art. 60 ust. 1 i 4 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia w celu wyeliminowania możliwości wprowadzenia więcej niż jednego limitu w ramach jednej nazwy międzynarodowej,
- praktycznego stosowania rozporządzenia ministra w zakresie tzw. terapeutycznych limitów ceny,
- podjęcie renegocjacji cenowych z producentami leków celem obniżenia cen urzędowych leków ujętych w wykazach leków refundowanych,
- weryfikację wykazów leków refundowanych pod kątem bezpieczeństwa i skuteczności działania.

Rada upoważniła Przewodniczącą do przedstawienia w imieniu Rady Ministrowi Zdrowia stanowiska Rady w tej sprawie.

Na V posiedzeniu Rady Funduszu w dniu 22 sierpnia 2003 r. Rada dyskutowała nad projektem Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych na rok 2004 oraz nad Planem Finansowym na 2004 rok. W stosunku do Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych zwrócono m.in. uwagę na fakt, iż Plan ten jest niezgodny z art. 108 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ, gdyż nie określa on prognozowanych środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń zdrowotnych oraz maksymalnych cen za poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych. Rada zobowiązała Zarząd do zajęcia stanowiska wobec uwag i opinii do tych Planów, zgłoszonych przez Członków Rady i osoby uczestniczące w posiedzeniach.

Rada omówiła kwestię wyboru biegłego rewidenta do przeprowadzenia badania sprawozdań finansowych kas chorych za I kwartał 2003 r. oraz oddziałów i Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2003. Członkowie Rady zgłosili szereg wątpliwości odnośnie przetargu. Zdaniem Członków Rady, Rada nie miała jakiegokolwiek wpływu na treść Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia – w szczególności na określenie warunków, którym winni odpowiadać oferenci oraz kryteria wyboru oferty. Zastrzeżenie budzi fakt, iż jedynym kryterium brany pod uwagę przy dokonywaniu wyboru była cena. W związku z tym Rada nie podjęła uchwały zatwierdzającej wybór biegłego rewidenta.

Na VI posiedzeniu Rady Funduszu w dniu 29 sierpnia 2003 r. Rada powróciła do wyboru biegłego rewidenta.

Rada uznała, że:

- nie może dokonać zgodnego z ustawą wyboru biegłego rewidenta, gdy nie ma wpływu na treść specyfikacji istotnych warunków zamówienia, a w szczególności dobór kryteriów oceny ofert i dlatego przeprowadzone postępowanie w sprawie wyboru biegłego rewidenta jest dotknięte nieważnością,
- należy przeprowadzić nowe postępowanie przetargowe, w trakcie którego Rada zaakceptuje specyfikację istotnych warunków zamówienia oraz kryteria oceny ofert.

Rada podjęła następujące uchwały:

1. w sprawie wyrażenia zgody na obciążenie nieruchomości Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach (uchwała Nr 10/2003),
2. w sprawie uchwalenia planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2004 (uchwała Nr 11/2003),
3. w sprawie rozpatrzenia i przyjęcia projektu Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych na rok 2004 (uchwała Nr 12/2003),
4. w sprawie upoważnienia Przewodniczącej Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do przekazania Ministrowi Zdrowia uwag zgłoszonych przez Członków Rady Funduszu i przedstawicieli samorządów zawodowych uczestniczących w posiedzeniach Rady do planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2004 (uchwała Nr 13/2003),
5. w sprawie upoważnienia Przewodniczącej Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do przekazania Ministrowi Zdrowia uwag zgłoszonych przez Członków Rady Funduszu i przedstawicieli samorządów zawodowych uczestniczących w posiedzeniach Rady do projektu Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych na rok 2004 (uchwała Nr 14/2003).

W miesiącu wrześniu 2003 r., odbyły się dwa posiedzenia Rady Narodowego Funduszu Zdrowia, które zostały zwołane na wniosek Zarządu, w trybie § 5 ust. 4 regulaminu działania Rady Funduszu.

VII posiedzenie Rady Funduszu w dniu 22 września 2003 r. zostało zwołane na wniosek Zarządu, w związku z pismem Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2003r. (Nr UZ-18514-076-01/ES/03) odmawiającym zatwierdzenia uchwały nr 11/2003 Rady NFZ z dnia 29 sierpnia 2003 r. w sprawie uchwalenia planu finansowego NFZ na rok 2004.

Na posiedzeniu tym Rada podjęła następujące uchwały:

1. Nr 15/2003 z dnia 22 września 2003 r. o zmianie uchwały w sprawie wyrażenia zgody na obciążenie nieruchomości Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Katowicach, przy ul. Kossutha 13,
2. Nr 16/2003 z dnia 22 września 2003r., w której Rada, upoważnia Przewodniczącą do wykonywania uprawnień kierownika jednostki, w rozumieniu ustawy z dnia 10 czerwca 1994 r. (Dz. U. Z 2002 r. Nr 72, poz. 664, z późn. zm) oraz do prowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na wybór biegłego rewidenta badającego sprawozdanie finansowe kas chorych za I kwartał, bilansu otwarcia NFZ na dzień 1 kwiecień 2003 r. oraz oddziałów i Centrali NFZ za 2003.

Powyższa uchwała została podjęta po zapoznaniu się ze stanowiskiem Wiceprezesa Urzędu Zamówień Publicznych wyrażonym w piśmie z dnia 9 września 2003r. (Nr UZP/DP/O-JSA/33209/03), zgodnie z którym do zadań Rady Funduszu należy wybór biegłego rewidenta wykonującego badanie rocznego sprawozdania finansowego Funduszu.

VIII posiedzenie Rady Funduszu w dniu 30 września 2003 r. zostało zwołane na wniosek Zarządu, w związku z pismem z dnia 26 września 2003r. Ministra Zdrowia (Nr GM-076/143/03) o zwołanie posiedzenia Rady Funduszu oraz umożliwienie uczestnictwa w tym spotkaniu Ministrowi Zdrowia.

Członkowie Rady spotkali się z Ministrem Zdrowia w celu wysłuchania argumentów przemawiających za odmową zatwierdzenia uchwały Nr 11/2003 Rady NFZ z dnia 29 sierpnia 2003 r. w sprawie uchwalenia planu finansowego NFZ na rok 2004.

Członkowie Rady, odnosząc się do kwestii możliwości modyfikacji przedmiotowego planu podnieśli, iż to Minister Zdrowia ustalił ostatecznie plan finansowy Funduszu na 2004 r. W związku z powyższym Rada nie ma już kompetencji do dokonywania korekt w tym planie. Pan Leszek Sikorski – Minister Zdrowia stwierdził, że plan finansowy musi określać podział środków na Oddziały Wojewódzkie NFZ.

Rada Funduszu przyjęła do wiadomości informację Ministra Zdrowia o zatwierdzeniu Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych na 2004 r.

Rada na VIII posiedzeniu podjęła dwie uchwały:

1. uchwałę Nr 17/2003 z dnia 30 września 2003 r., dotyczącą przyjęcia do akceptującej wiadomości informacji Ministra Zdrowia i przedstawiciela Ministra Finansów w sprawie ustalenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych planu finansowego NFZ na 2004 rok,
2. uchwałę Nr 18/2003 z dnia 30 września 2003r. o wyrażenie zgody na zmianę siedziby Delegatury Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Dąbrowie Górniczej.

W miesiącu październiku 2003 r., odbyło się jedno posiedzenie Rady Narodowego Funduszu Zdrowia.

Przewodnicząca Rady poinformowała, że w dniu 9 października 2003r. złożyła na ręce Prezesa Rady Ministrów rezygnację z pełnienia funkcji Przewodniczącej Rady NFZ z dniem 10 października 2003r. Na Stanowisko Przewodniczącego Rady Narodowego Funduszu został powołany od dnia 11 października 2003r. Pan Profesor Janusz Zaleski.

Przewodnicząca Rady Funduszu, Zarządzeniem Nr 1/2003 z dnia 9 października 2003r., ustanowiła Regulamin pracy Komisji Przetargowej powołanej do przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na przeprowadzenie badania sprawozdań finansowych kas chorych za I kwartał 2003r. oraz oddziałów i Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia za 2003r., zaś pismem z tej samej daty powołała Komisję Przetargową.

Na IX posiedzeniu Rady Funduszu w dniu 10 października 2003r. Rada dyskutowała nad propozycją Zarządu dotyczącą zmiany planu finansowego NFZ na 2004 rok. Następnie Rada podjęła następujące uchwały:

1. w sprawie poparcia stanowiska Zarządu NFZ dotyczącego zmiany planu finansowego Funduszu na 2004 rok, przyjętego przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów (uchwała Nr 19/2003),
2. w sprawie odwołania Pana Mirosława Manickiego ze stanowiska Zastępcy Prezesa NFZ ds. medycznych (uchwała Nr 20/2003),
3. w sprawie powołania Pana Andrzeja Majewskiego na stanowisko Zastępcy Prezesa NFZ ds. medycznych (uchwała Nr 21/2003),
4. w sprawie upoważnienia Przewodniczącego Rady do wykonywania uprawnień kierownika jednostki do przeprowadzenia postępowania o udzielenie zamówienia publicznego na wybór biegłego rewidenta badającego sprawozdanie finansowe kas chorych za I kwartał 2003 roku oraz oddziałów i Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2003 r. (uchwała Nr 22/2003).

Ponadto Rada przyjęła do wiadomości informację Zarządu NFZ w sprawie kwartalnego sprawozdania z działalności Funduszu.

Na X posiedzeniu Rady Funduszu w dniu 27 listopada 2003r. Rada wysłuchała informacji Prezesa Funduszu na temat bieżącej działalności NFZ.

Rada podjęła uchwały:

1. w sprawie wyrażenia zgody na odpłatne zbycie nieruchomości Narodowego Funduszu Zdrowia położonej w Wałbrzychu przy ul. Reja 1 (uchwała Nr 23/2003),
2. w sprawie wyrażenia zgody na odpłatne zbycie nieruchomości Narodowego Funduszu Zdrowia położonej w Koszalinie przy ul. Monte Cassino 9 (uchwała Nr 24/2003).

Ponadto Rada, po dyskusji nad Planem pracy Rady Funduszu na 2004 rok, podjęła uchwałę o jego przyjęciu (uchwała Nr 25/2003).

Rada przyjęła do wiadomości informację Zarządu NFZ na temat systemu kontraktowania świadczeń zdrowotnych i jego ujednolicenia.

Rada zapoznała się z informacją o podejmowanych przez Zarząd Funduszu samodzielnych decyzjach dotyczących nabywania praw do papierów Skarbu Państwa do kwoty 5 mln zł, zaciągania zobowiązań w postaci salda debetowego oraz działaniach w zakresie wyboru banku obsługującego rachunki bankowe Narodowego Funduszu Zdrowia oraz prowadzonej przez NFZ polityki lokacyjnej.

Następnie Rada wysłuchała informacji Komisji przetargowej na temat zaawansowania prac nad postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego na wybór biegłego rewidenta badającego sprawozdanie finansowe kas chorych za I kwartał 2003 roku oraz oddziałów i Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2003 r.

W miesiącu grudniu 2003 r. nie odbyło się żadne posiedzenie Rady Narodowego Funduszu Zdrowia.

1.3. Dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich NFZ:

Do głównych działań Oddziałów Wojewódzkich NFZ należą w szczególności:

- 1) zabezpieczenie ubezpieczonym świadczeń zdrowotnych, służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia, poprzez przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz ich rozliczanie;
- 2) monitorowanie jakości i dostępności oraz analiza kosztów udzielanych świadczeń zdrowotnych;
- 3) gromadzenie oraz kontrola danych statystycznych z wykonanych świadczeń zdrowotnych;
- 4) prowadzenie rejestrów ubezpieczonych oczekujących na udzielenie świadczeń zdrowotnych;
- 5) przygotowywanie, na podstawie planów zdrowotnych opracowywanych przez samorządy wojewódzkie, wojewódzkich planów zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych stanowiących podstawę do sporządzania Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych;
- 6) realizacja planów i strategii działania NFZ;
- 7) wykonywanie innych zadań zleconych przez Zarząd NFZ.

Zakres kompetencji Dyrektorów Oddziałów Wojewódzkich NFZ określają:

- ustawa z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia;

- statut Narodowego Funduszu Zdrowia stanowiący załącznik do rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 marca 2003 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia;
- Regulamin Organizacyjny Narodowego Funduszu Zdrowia;
- regulaminy organizacyjne poszczególnych Oddziałów Wojewódzkich, oraz
- pełnomocnictwa udzielone Dyrektorom OW przez Zarząd NFZ oraz przez Prezesa NFZ.

- **Zakres kompetencji i samodzielności**

Do zadań Dyrektorów OW należy:

- 1) kierowanie działalnością OW oraz reprezentowanie go na zewnątrz;
- 2) dokonywanie wszelkich czynności faktycznych i prawnych związanych z funkcjonowaniem OW;
- 3) wydawanie przepisów wewnętrznych, w zakresie nie zastrzeżonym dla Zarządu NFZ oraz Prezesa NFZ;
- 4) koordynowanie współpracy OW z Centralą NFZ;
- 5) koordynowanie współpracy OW z organami administracji publicznej, instytucjami działającymi na rzecz ochrony zdrowia, w tym samorządami zawodów medycznych, związkami zawodowymi i związkami pracodawców;
- 6) wnioskowanie do Prezesa NFZ o powołanie i odwołanie zastępców dyrektora, oraz Głównego Księgowego;
- 7) występowanie do Zarządu NFZ z wnioskiem o powołanie Delegatur OW;
- 8) powoływanie i odwoływanie Dyrektorów Delegatur;
- 9) ustalanie zasad polityki kadrowej OW;
- 10) występowanie w sprawie zmiany Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych, w części dotyczącej danego województwa;
- 11) rozstrzyganie sporów kompetencyjnych między komórkami organizacyjnymi OW, jak również między Delegaturami.

Do zakresu kompetencji Dyrektorów OW wynikających z udzielonych im pełnomocnictw i upoważnień w szczególności należy:

- 1) prowadzenie konkursów ofert oraz rokowań w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- 2) rozliczanie oraz bieżąca kontrola umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- 3) wyrażanie zgody na cesję wierzytelności przysługujących od NFZ świadczeniodawcom;
- 4) zawieranie umów dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego;
- 5) zawieranie umów upoważniających do wystawiania recept refundowanych;
- 6) wykonywanie czynności wynikających ze stosunku pracy wobec pracowników OW;

- 7) rozpatrywanie indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego ubezpieczonych;
- 8) potwierdzanie konieczności sprowadzenia z zagranicy oraz refundacji leków niewpisanych do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium RP;
- 9) podejmowanie decyzji o indywidualnej refundacji kosztów terapii lekami, niepodlegającymi refundacji na zasadach określonych w ustawie o NFZ;
- 10) udzielanie zamówień publicznych o wartości do 30000 Euro, a powyżej tej kwoty za uprzednią zgodą Zarządu NFZ (obecnie kwota ta stanowi 60000 Euro) ;
- 11) występowanie przed wszelkimi sądami oraz udzielanie dalszych pełnomocnictw procesowych;
- 12) występowanie przed naczelnymi organami władzy, ministrami lub centralnymi organami administracji rządowej, z zastrzeżeniem, że na te wystąpienia wymagana jest odrębna zgoda Prezesa NFZ, ograniczenie powyższe nie dotyczy występowania w indywidualnych sprawach świadczeniodawców lub ubezpieczonych.

1.4. Rady społeczne przy oddziałach wojewódzkich NFZ

Powołanie rad społecznych przy oddziałach wojewódzkich NFZ, tryb zgłaszania kandydatów na członków rady społecznej oraz regulamin działania rady społecznej wraz z terminem zgłaszania członków i określającego formę zgłoszeń oraz zakres zadań rady społecznej określa:

- art. 46 ustawa o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 45 poz. 391 z późn. zm.);
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 marca 2003 r. w sprawie trybu zgłaszania kandydatów na członków rady społecznej oraz regulaminu działania rady społecznej (Dz.U. 03.55.494 z dnia 31 marca 2003 r.).

Rady społeczne powołuje Prezes Funduszu na wniosek podmiotów wymienionych w ustawie.

Informację o powołaniu rad społecznych, nr decyzji Prezesa w sprawie powołania rad społecznych, data powołania i data wyznaczonego przez Prezesa zwołania pierwszego posiedzenia - przedstawia tabela stanowiąca załącznik 4.

Do zadań Prezesa należy też powoływanie i odwoływanie członków rad społecznych w trakcie trwania kadencji. Ustawa określa tryb i zasady powoływania i odwoływania jej członków.

Rada społeczna składa się z 14 osób spełniających określone wymagania i jest powoływana na pięcioletnią kadencję. W skład rady społecznej mogą wchodzić wyłącznie osoby, które: korzystają z pełni praw publicznych, posiadają wykształcenie wyższe, nie zostały poprzednio skazane za przestępstwo umyślne. Ustawa wymienia enumeratywnie podmioty, które wnioskuje o powołanie członków rady społecznej.

Do zadań rady społecznej należy:

- 1) opiniowanie wojewódzkiego planu;
- 2) opiniowanie projektu Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych w części odnoszącej się do danego województwa;

- 3) dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu.

Regulamin Działania Rady określa sposób zwoływania posiedzeń, tryb pracy i podejmowania uchwał Rady. Pracami Rady kieruje Przewodniczący Rady. Przewodniczącego oraz jego zastępcę wybierają członkowie Rady ze swojego składu na pierwszym posiedzeniu. Posiedzenia Rady odbywają się nie rzadziej niż raz na dwa miesiące. Zwołuje je Przewodniczący z własnej inicjatywy lub na pisemny wniosek, co najmniej pięciu członków Rady. Rada podejmuje uchwały w trybie jawnym, zwykłą większością głosów, przy obecności, co najmniej połowy ustawowej liczby członków Rady.

Do najważniejszych zagadnień poruszanych w trakcie posiedzeń przez rady społeczne należy zaliczyć:

- 1) zapoznanie rad społecznych z Wojewódzkimi Planami Zabezpieczenia Świadczeń – dyskusja nad Planami pod kątem zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczności lokalnej,
- 2) omówienie realizacji Wojewódzkiego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych,
- 3) omówienie Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych w części odnoszącej się do danego województwa,
- 4) omówienie zasad i przebiegu procesu kontraktowania świadczeń zdrowotnych na rok 2004,
- 5) monitorowanie skarg i wniosków wpływających do oddziałów wojewódzkich NFZ,
- 6) sytuację finansową oddziałów wojewódzkich NFZ, w tym wysokość nakładów finansowych przeznaczonych na świadczenia zdrowotne dla poszczególnych placówek medycznych,
- 7) proces agregacji umów,
- 8) omówienie Katalogu Świadczeń Zdrowotnych,

Podczas posiedzeń członkowie rad społecznych podnosili kwestie dotyczące problemów lokalnych. Znalazły też wyraz w podejmowanych uchwałach i dotyczyły m.in.: medycyny szkolnej uznając, iż nie wydzielenie jej jako odrębnego rodzaju może prowadzić do likwidacji opieki medycznej w szkołach; niedostateczne uwzględnienie profilaktyki i promocji zdrowia; sytuację finansową poszczególnych placówek ochrony zdrowia na terenie danego województwa; zobligowanie Zarządu OW NFZ do należytego informowania ubezpieczonych o należnych im prawach oraz do procentowego określenia środków na badania diagnostyczne; wystąpienia do Centrali NFZ np. o refundację kosztów zakupu pomp insulinowych; niewłączenia do grupy świadczeń zdrowotnych rezerwy na tzw. promesy dla pacjentów spoza regionu; przyjęto stanowisko wyrażające zaniepokojenie sytuacją pomiędzy NFZ a lekarzami rodzinnymi – skierowano apel do Centrali NFZ o podjęcie rozmów i współpracy z lekarzami rodzinnymi.

2. Zatrudnienie

2.1. Stan zatrudnienia i jego zmiany (centrala i oddziały)

Stan zatrudnienia w Narodowym Funduszu Zdrowia w roku 2003 przedstawia poniższa tabela:

Lp.	Stan zatrudnienia na dzień	Osoby			Etaty		
		ogółem	centrala	oddziały	Ogółem	centrala	oddziały
1.	31 marca 2003 r. ¹	4 536	x	x	4 430,55	x	x
2.	30 czerwca 2003 r.	4 590	264	4 326	4 470,83	259,45	4 211,38
3.	30 września 2003 r.	4 114	236	3 878	4 034,42	231,85	3 802,57
4.	31 grudnia 2003 r.	4 103	241	3 862	4 025,78	236,85	3 788,93

Według stanu na dzień 31 grudnia 2003 r. w Narodowym Funduszu Zdrowia zatrudnione były 4 103 osoby na 4 025,78 etatach (plan etatów wykonano w 96,58%), w tym pracownicy:

- Centrali Funduszu 241 osób (236,85 etatu),
- Oddziałów Wojewódzkich NFZ 3 862 osoby (3 788,93 etatu),

w tym w komórkach do spraw służb mundurowych zatrudnione były na dzień 31 grudnia 2003 r. 194 osoby (tj. ok. 4,7% ogółu pracowników zatrudnionych w Funduszu) odpowiednio:

- w Centrali Funduszu 21 osób,
- w oddziałach wojewódzkich 173 osoby.

Według podziału na grupy pracownicze stan zatrudnienia na dzień 31 grudnia 2003 r. przedstawia się następująco:

- Zarząd Funduszu 4 osoby,
- kadra kierownicza 762 osoby,
- pracownicy administracyjni 3 225 osób,
- pracownicy obsługi technicznej 112 osób.

2.2. Wykształcenie pracowników NFZ

Według stanu na dzień 31 grudnia 2003 r. na 4 103 zatrudnionych pracowników wykształcenie wyższe posiada 2 827 osób, tj. 68,9% ogółu zatrudnionych, w tym wykształcenie:

- prawnicze 286 osób,
- medyczne 700 osób,

¹ ostatni dzień funkcjonowania kas chorych

- ekonomiczne **630** osób.
- inne **1 211** osób.

Wykształcenie średnie posiada 1 214 pracowników, w tym wykształcenie :

- ekonomiczne **344** osoby,
- medyczne **139** osób,
- ogólnokształcące **293** osoby,
- inne **438** osób.

2.3. Płynność kadr

W okresie funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia w 2003 r. fluktuacja kadr przedstawiała się następująco:

1. zatrudniono **363** osoby,
2. zwolniono **796** osób.

W Centrali Funduszu zwolniono 69 osób a zatrudniono 88 osób. Natomiast w oddziałach wojewódzkich ogółem zwolniono 727 osób a zatrudniono 275 pracowników.

Największą fluktuację odnotowano w:

- Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim Funduszu, gdzie zwolniono 165 pracowników (w tym kadra kierownicza 36 osób, pracownicy administracyjni 117 osób, pracownicy techniczni 12 osób) a zatrudniono 42 pracowników (w tym kadra kierownicza 7 osób, pracownicy administracyjni 33 osoby, pracownicy techniczni 2 osoby), oraz
- Śląskim Oddziale Wojewódzkim Funduszu, gdzie zwolniono 127 pracowników (w tym kadra kierownicza 20 osób, pracownicy administracyjni 81 osób, pracownicy techniczni 26 osób) a zatrudniono 44 pracowników (w tym kadra kierownicza 7 osób, pracownicy administracyjni 33 osoby, pracownicy techniczni 4 osoby).

Największa fluktuacja wśród grup pracowniczych nastąpiła w grupie pracowników administracyjnych, w której zwolniono 589 pracowników a zatrudniono 220 pracowników.

3. Kontrole, jakim NFZ został poddany w 2003 r. i ich wyniki

Działalność ustawowa NFZ w 2003 r. była kontrolowana wyłącznie przez Ministra Zdrowia.

Pierwsza kontrola została przeprowadzona przez Ministra Zdrowia w dniach od 9 czerwca do 5 lipca 2003 r. Zakres kontroli obejmował działalność NFZ w okresie do dnia 1 kwietnia do dnia 5 lipca 2003 r. Kontrole prowadziło 12 pracowników Ministerstwa Zdrowia.

W wyniku przeprowadzonej kontroli Ministerstwo Zdrowia w „Wystąpieniu pokontrolnym” sformułowało 22 zalecenia. Prezes NFZ w ustawowym terminie złożył „Odwołanie,, od powyższego „Wystąpienia”.

Zasadnicze zalecenia pokontrolne były małej wagi i dotyczyły m.in.:

- poprawności formalno – prawnej w przypadku udzielanych pracownikom Funduszu pełnomocnictw,
- dostosowania struktury organizacyjnej Centrali NFZ do postanowień Statutu,
- Wyłonienia w trybie ustawy o zamówieniach publicznych banku lub banków, których zadaniem będzie obsługa finansowa NFZ,
- opracowania i wdrożenia instrukcji kancelaryjnej,
- zakończenia procesu agregacji umów ze świadczeniodawcami.

Ponieważ ustalenia kontroli dotyczyły dwóch pierwszych miesięcy funkcjonowania NFZ, to w dacie otrzymania ostatecznego stanowiska Ministra Zdrowia, tj. w dniu 13 listopada 2003 r. większość zaleceń była już nieaktualna.

W grudniu 2003 r. w dniach od 1 do 5 grudnia 2003 r. Minister Zdrowia przeprowadził drugą kontrolę. Kontrola dotyczyła działań Centrali w sprawie wypowiedzenia przez Lubelski Oddział NFZ umowy z Instytutem Medycyny Wsi w Lublinie. Przeprowadzała ją dwóch pracowników Ministerstwa Zdrowia.²

Poza kontrolami Ministra Zdrowia były przeprowadzone dwie kontrole w wyniku których nie sformułowano zastrzeżeń i wniosków pokontrolnych:

1. W dniu 22 czerwca 2003 r. Okręgowa Inspekcja Pracy przeprowadziła kontrolę, której tematem była: „Prawna ochrona pracy”;
2. W dniu 9 grudnia 2003 r. I/O ZUS przeprowadził kontrolę, której temat brzmiał: „Kapitał początkowy. Prawdliwość kompletowania KP-1”.

4. Sprawy sądowe

4.1. Wszczęte w okresie sprawozdawczym

W 2003 roku toczyło się tysiąc spraw sądowych których stroną był Narodowy Fundusz Zdrowia. Sprawy te można podzielić na pięć głównych kategorii:

- sprawy z tytułu tzw. „ustawy 203” – 141 spraw,
- roszczenia związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity – 182 sprawy
- pozwy o zapłatę wynikające z wykonania umowy – 183 sprawy
- sprawy z zakresu prawa pracy - 96 spraw,
- sprawy z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, ustalenia prawa do świadczeń 398 spraw.

Zestawienie spraw sądowych rozpoczętych w okresie od 1 stycznia 2003 r. 31 grudnia 2003 r. stało przedstawione w załączniku 5.

² Ze względu na to, że kontrola ta nie została zakończona przed 31 grudnia 2003 r. (protokół z tej kontroli wpłynął do Centrali NFZ dopiero w styczniu 2004 r.) informacje na ten temat nie została uwzględniona w niniejszym opracowaniu.

4.2. Przyjęte z kas chorych

Spraw sądowych w 2003 r., których stroną stał się Narodowy Fundusz Zdrowia, jako następcą prawnym kas chorych było 409.

4.3. Zakończone prawomocnym orzeczeniem

Prawomocnym orzeczeniem sądu w 2003 r. zakończyło się 157 spraw sądowych. W poszczególnych oddziałach wojewódzkich przedstawiało się to następująco:

Oddział wojewódzki	Liczba spraw zakończona prawomocnym wyrokiem
Dolnośląski	25
Kujawsko-Pomorski	5
Lubelski	4
Lubuski	5
Łódzki	29
Małopolski	22
Mazowiecki	5
Opolski	6
Podkarpacki	10
Podlaski	3
Pomorski	9
Śląski	14
Świętokrzyski	5
Warmińsko-Mazurski	5
Wielkopolski	6
Zachodniopomorski	4
suma	157

5. Skargi rozpatrywane przez NFZ

5.1. Liczba i tematyka

W 2003 r. ogółem do NFZ wpłynęło 22 333 skarg, w tym:

W zakresie świadczeń zdrowotnych: 21 667 skarg

- podstawowej opieki zdrowotnej: 4 514
- ambulatoryjnego leczenia specjalistycznego: 6 404
- leczenia szpitalnego: 3 743
- zaopatrzenia ortopedycznego i środków pomocniczych: 978
- pomocy doraźnej: 449
- opieki długoterminowej: 435
- leczenia uzdrowiskowego: 1 670
- gospodarki lekami: 388
- stomatologii: 1 751
- inne: 1 335

Oraz w zakresie funkcjonowania systemu: 666 skarg

W załączniku 6 została przedstawiona tabela uwzględniająca podział liczby skarg na poszczególne OW NFZ.

Poniższa tabela przedstawia podział skarg, które wpłynęły do poszczególnych oddziałów:

Oddział	Skargi	% ogółu
Dolnośląski	2468	11,05%
Kujawsko-Pomorski	375	1,67%
Lubelski	324	3,36%
Lubuski	189	0,82%
Łódzki	4262	19,80%
Małopolski	3703	16,58%
Mazowiecki	5026	22,50%
Opolski	62	0,27%
Podkarpacki	676	3,02%
Podlaski	932	4,17%
Pomorski	418	1,87%
Śląski	1339	5,99%
Świętokrzyski	339	1,51%
Warmińsko-Mazurski	174	0,77%
Wielkopolski	316	1,41%
Zachodniopomorski	88	0,39%
Centrala NFZ	1202	5,38%

Najczęstsze problemy zgłaszane przez ubezpieczonych do Centrali NFZ to:

- a. Długie terminy oczekiwania na wykonanie niektórych badań diagnostycznych – np. tomografii komputerowe, tomografii komputerowej PET, rezonansu magnetycznego.
- b. Trudny dostęp i długie terminy oczekiwania do kardiologów, ortopedów, okulistów.
- c. Brak możliwości wykonania zabiegów witrektomii u dorosłych.
- d. Brak możliwości wykonania zabiegów witrektomii wcześniejszej.
- e. Długie terminy oczekiwania na skierowanie leczenia uzdrowiskowego.
- f. Długie terminy na zabiegi rehabilitacyjne.
- g. Długie terminy oczekiwania na niektóre zabiegi chirurgiczne (chirurgia nadwagi).
- h. Prośby o refundację leczenia w prywatnych Klinikach – brak kontraktów.
- i. Odmowa planowanych zabiegów – warunkowanie potwierdzeniem finansowania przez Oddziały.
- j. Dofinansowanie przedmiotów ortopedycznych w większym stopniu i skrócenie czasu użytkowania.
- k. Dofinansowanie oprzyrządowania do pomp insulinowych.
- l. Intensywna opieka domowa – respiratory domowe.
- m. Brak dyscypliny pracy pracowników Służby Zdrowia.

- n. Pobieranie opłat za usługi medyczne.
- o. Problemy leczenia ortodontycznego powyżej 12-teg roku życia (roszczypty podniebienia, nabyte urazy twarzo-czaszki).
- p. Pompy baklofenowe dla dzieci z porażeniem mózgowym.

5.2. Czas rozpatrywania

Zasady rozpatrywania skarg są zgodne z Rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002r. (Dz.U z dnia 22 stycznia 2002 r.) i Regulaminem przyjmowania i rozpatrywania oraz załatwiania skarg i wniosków NFZ, Prawach pacjenta określonych w ustawie o zawodzie lekarza (Dz.U Nr 28 z 1997r., poz 152 z późn. zm) i innymi rozporządzeniami dotyczącymi praw pacjenta i zasad działania Służby Zdrowia.

Skargi, które wpływają do NFZ rozpatrywane są w terminie najpóźniej do 30 dni. Jedynie w przypadkach konieczności wystąpienia do Konsultanta Krajowego w celu zebrania szczegółowych informacji okres załatwiania sprawy może przedłużyć się do dwóch miesięcy. W przypadkach odwołań ubezpieczonego od negatywnej decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ i skierowania sprawy do sądu - okres załatwienia skargi jest niezależny od NFZ.

IV. ZABEZPIECZENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W 2003 R.

1. Realizacja umów zawartych przez kasy chorych

W 2003 roku realizacja świadczeń zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia przedstawiała się następująco:

W ośmiu rodzajach świadczeń, zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do przyjętego planu finansowego oscylowało w granicach od 97% do 101%, zaś w przypadku rehabilitacji leczniczej wartość podpisanych kontraktów była wyższa w odniesieniu do planu o 5%. Pełne zabezpieczenie w odniesieniu do przyjętego planu miało miejsce w następujących rodzajów świadczeń:

- Ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- Lecznictwo szpitalne,
- Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- Opieka długoterminowa,
- Leczenie stomatologiczne,
- Lecznictwo uzdrowiskowe,
- Pomoc doraźna i transport sanitarny,
- Świadczenia zdrowotne kontraktowane oddzielnie.

W podstawowej opiece zdrowotnej, zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych wyrażające się relacją wartości zawartych kontraktów w odniesieniu do planu finansowego wyniosło 90%.

W dwóch rodzajach świadczeń zdrowotnych wartość zawartych kontraktów w odniesieniu do planu finansowego oscylowała w granicach 70%. Dotyczy to profilaktycznych programów zdrowotnych (72%) oraz zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze 70%.

W przypadku „innych świadczeń zdrowotnych” przekroczenie wartości zawartych kontraktów w odniesieniu do planu finansowego aż o 496% było spowodowane trudnościami wynikającymi z agregacji umów, które miały miejsce po 1 kwietnia 2004 roku. Ta pozycja stała się bowiem miejscem do którego przypisywano wszelkie budzące wątpliwości co do metodyki kontraktowania i rozliczania świadczenia.

Jak wynika z prezentowanej w załączeniu tabeli (załącznik 7) koszty związane z realizacją zawartych kontraktów do wartości wskazanych w planie finansowym w zdecydowanej większości rodzajów świadczeń zbliżone były do 100% (w dziesięciu rodzajach świadczeń zawierało się w przedziale od 97% do 102%). Niskie wykonanie w stosunku do planu finansowego odnotowane zostało natomiast w profilaktycznych programach zdrowotnych i programach polityki zdrowotnej - 82%.

Porównując wykonanie kosztowe świadczeń w stosunku do wartości zawartych kontraktów stwierdzamy, że najwyższe przekroczenia wystąpiły w zaopatrzeniu w sprzęt ortopedyczny (140%), w profilaktycznych programach (114%) oraz w podstawowej opiece zdrowotnej (113%). Dodać należy, że w przypadku innych świadczeń zdrowotnych wykonanie stanowiło zaledwie 14% zawartych kontraktów, zaś 71% planu finansowego.

Ze względu na występowanie znacznych różnic w sposobach kontraktowania oraz finansowania świadczeń zdrowotnych w poszczególnych kasach chorych jednym z pierwszych zadań jakie zostało podjęte w 2003 roku było ujednoczenie zasad kontraktowania świadczeń.

W Narodowym Funduszu Zdrowia w 2003 r. przygotowano zasady zakupu świadczeń (usług) zdrowotnych jednakowe dla całego kraju. Stanowiło to istotną zmianą w zasadach realizowanych przez byłe kasy chorych, z których każda posiadała własne zasady. Ujednolicone zasady dotyczyły przede wszystkim zawartości poszczególnych rodzajów świadczeń zdrowotnych. Oznaczało to, że dla każdego ubezpieczonego na terenie Polski Narodowy Fundusz Zdrowia zakupi świadczenia o takiej samej zawartości. Była to niezwykle ważna zmiana wobec systemu „kasowego”, w którym poszczególne województwa różniły się pod względem zawartości, np. porady. W niektórych województwach wskazane były np. konkretne badania jakie przysługiwały badanemu w ramach kosztów zakupionej porady, a w innych takie określenie nie występowało.

Narodowy Fundusz Zdrowia w ujednoliconych zasadach kontraktowania określił świadczenia, które będą przedmiotem zakupu w ramach posiadanych środków finansowych. W tzw. katalogach świadczeń zdrowotnych zostały opisane, po szerokiej dyskusji ze środowiskiem medycznym, usługi, które będą udzielane ubezpieczonym. Ponadto, poprzez wprowadzenie właściwych jednolitych standardów tj.:

- jednolitych standardów wykonywania świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (np.: standardy dotyczące kwalifikacji personelu pracującego w poradniach, posiadanego sprzętu medycznego, zakresu badań do wykonania) oraz
- jednolitych standardów wykonywania świadczeń w lecznictwie szpitalnym (np. standardy oddziałów szpitalnych dotyczące ilości i kwalifikacji personelu, sprzętu medycznego w oddziale i dostępności do diagnostyki)

Stworzone zostały warunki dla zrealizowania zasady „równości w chorobie”. Równocześnie, dało to gwarancje realizacji porównywalnych świadczeń zdrowotnych na terenie całej Polski. Ubezpieczony realizując swoje ustawowe prawo do swobodnego wyboru miejsca wykonania świadczenia będzie mógł dokonywać wyboru z pełnym przekonaniem o porównywalności warunków.

Jednym z elementów prac przygotowawczych dla wprowadzenia jednolitego sposobu kontraktowania świadczeń oraz ich finansowania była agregacja umów, która została zakończona w 2003 r. Ze względu na znaczne różnice w sposobach kontraktowania oraz finansowania świadczeń zdrowotnych w poszczególnych kasach chorych w 2003 roku, w Narodowym Funduszu Zdrowia występowały trudności związane z ujednoliceniem zasad kontraktowania świadczeń. Trudności te dotyczyły szczególnie agregacji umów i możliwości zbierania danych w wersji elektronicznej, w systemach informatycznych KS-SIKCH lub SIKCH -ComputerLand oddziałów wojewódzkich Funduszu. Wymagało to wprowadzenia od kwietnia 2003 roku modyfikacji w każdym systemie informatycznym na poziomie między innymi takich Modułów jak: Słowniki, Umowy zawarte ze świadczeniodawcami, Raporty Statystyczne, Refundacja usług oraz Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych. Zmiany dotyczyły również konieczności wprowadzenia dużych zmian w programach informatycznych świadczeniodawców: KS-SWD i w Pakiecie Świadczeniodawcy (PS).

Podczas agregacji ze względu na różne sposoby kontraktowania oraz stosowane jednostki rozliczeniowe czy ceny za poszczególne usługi dochodziło do częstych problemów ze stworzeniem jednorodnego kontraktu dla każdego ze świadczeniodawców. Szczególne trudności w tym względzie odnotowano w odniesieniu do świadczeniodawców posiadających umowy z wieloma kasami chorych np. instytuty czy szpitale kliniczne. Fakt posiadania różnych kontraktów z odmiennym systemem rozliczania świadczeń u tych świadczeniodawców oraz wynikająca z potrzeby stworzenia jednorodnego w obrębie każdego województwa systemu kontraktowania i finansowania świadczeń konieczność agregacji umów spowodowały trudności w funkcjonowaniu tych jednostek. Powyższe zmiany związane z agregacją budziły opór również innych grup świadczeniodawców, szczególnie w sytuacji, gdy proponowane im warunki umów były dla nich mniej korzystne.

2. Otwarcie systemu dla swobodnego wyboru świadczeniodawcy przez ubezpieczonego

Zgodnie z zapisami art. 51 i 119 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w NFZ ubezpieczony uzyskał prawo wyboru świadczeniodawcy spośród tych, którzy podpisali umowy z NFZ. Oznacza to, że każdy z pacjentów swobodnie może wybrać świadczeniodawcę. W roku 2003 – przejściowym – skala migracji pacjentów i jej skutki finansowe były trudne do pełnego uchwycenia m.in. ze względu na brak ujednoczonego, scalonego systemu informatycznego. Swobodny wybór świadczeniodawcy przez pacjenta kształtował nową strukturę wydatków, która była rozpoznawana przez NFZ.

W związku z „otwarcie” systemu, koncepcja rozliczania świadczeń pomiędzy regionami według kryterium liczby ubezpieczonych dezaktualizowała się. Zasadniczym kryterium stała się liczba udzielanych świadczeń na danym terenie – „pieniądz idzie za pacjentem”. W związku z tym Fundusz w 2003 r. prowadził prace nad ujednoczeniem systemu informatycznego, którego wdrożenie umożliwiłoby uzyskiwanie danych o koncentracji usług w poszczególnych jednostkach oraz monitorowanie kolejek.

Ze względu na specyfikę systemu oraz zmieniające się sposoby kontraktowania świadczeń medycznych, zmiany sposobów rozliczania oraz inne wynikające np. ze zmiany odpowiednich przepisów prawnych prowadzone prace mają charakter ciągły. Nowe rozwiązania oraz regulacje prawne zwłaszcza dotyczące zakresu niezbędnych danych gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania Narodowemu Funduszowi Zdrowia, wojewodom i sejmikom województw, a także w sprawie rodzajów wykorzystywanych nośników informacji oraz wzorów dokumentów muszą znaleźć swoje odbicie w zmianach systemu NFZ. Zmiany systemu nie wpływają jednak na ograniczenie swobody wyboru miejsca leczenia, która to decyzja pozostaje w gestii pacjenta, jest elementem jego wyboru.

3. Ocena i wnioski dotyczące poziomu zabezpieczenia świadczeń w 2003 r.

Wypełniając swoje zadania ustawowe Narodowy Fundusz Zdrowia realizował w 2003 roku ponad 36 tys. umów zawartych ze świadczeniodawcami. Pomimo dużych problemów związanych ze zmianą systemu planowania i kontraktowania świadczeń zdrowotnych w 2003 roku oraz przejściowych konfliktów na styku płatnik-swiadczeniodawca, zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych, a tym bardziej faktyczną ich realizację w tym okresie należy uznać za zadawalające. Wyjątkiem są takie rodzaje świadczeń jak profilaktyczne programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej oraz zaopatrzenie ortopedyczne i w środki pomocnicze, a także w pewnym stopniu podstawowa opieka zdrowotna, w której wprowadzenie wartości zawartych kontraktów stanowiła tylko 90% planu finansowego, jednak wykonanie przekroczyło o 2 punkty procentowe wartość określoną w planie.

Przekroczenie wartości zakontraktowanych świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do planu finansowego było głównie spowodowane agregacją umów i dotyczyło następujących rodzajów świadczeń:

- a) rehabilitacja lecznicza (105%),
- b) opieka długoterminowa (101%),
- c) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (102%),
- d) inne świadczenia zdrowotne (496%).

Przekroczenie wykonania kosztów w odniesieniu do wartości zawartych kontraktów również wynikało z agregacji umów świadczeniodawców, a także faktycznych potrzeb ubezpieczonych i dotyczyło następujących rodzajów świadczeń:

- e) podstawowa opieka zdrowotna (113%),

- f) leczenie szpitalne (102%),
- g) leczenie uzdrowiskowe (101%),
- h) profilaktyczne programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej (114%),

W wyniku prowadzonego w poszczególnych oddziałach NFZ postępowania konkursowego na 2004 r. do dnia 31 grudnia 2003 r. zabezpieczono świadczenia na poziomie wskazanym w załączniku 8:

W poszczególnych rodzajach świadczeń sytuacja na dzień 31 grudnia 2003 roku przedstawiała się następująco:

AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA

W 100% zostały podpisane porozumienia zabezpieczające świadczenia zdrowotne w 10 województwach:

- łódzkim
- warmińsko-mazurskim;
- kujawsko-pomorskim;
- lubelskim;
- podkarpackim;
- wielkopolskim;
- opolskim;
- zachodniopomorskim;
- małopolskim;
- śląskim.

W pozostałych oddziałach do 31 grudnia 2003 r. podpisano protokołów uzgodnień w stosunku do liczby ofert zakwalifikowanych do negocjacji na następującym poziomie:

- lubuskim – 99%
- mazowieckim - 98%;
- pomorskim - 98%;
- dolnośląskim - 94%;
- podlaskim – 94%
- świętokrzyskim – 93%.

LECZNICTWO SZPITALNE

W 100% zostały podpisane porozumienia zabezpieczające świadczenia zdrowotne w 7 województwach:

- warmińsko-mazurskim;
- łódzkim;
- opolskim;
- podkarpackim;
- lubuskim
- śląskim;
- małopolskim;

W pozostałych oddziałach do 31 grudnia 2003 r. podpisano protokołów uzgodnień w stosunku do liczby ofert zakwalifikowanych do negocjacji na następującym poziomie:

- dolnośląskim - 97%;
- lubelskim - 93%;
- mazowieckim - 93%;
- pomorskim – 89%;

- kujawsko-pomorskim – 88%;
- wielkopolskim - 86%;
- świętokrzyskim – 86%;
- podlaskim – 85%

Najmniej protokołów uzgodnień w stosunku do liczby ofert zakwalifikowanych do negocjacji podpisano w Zachodniopomorskim OOWNFZ - 41%%;

OPIEKA STOMATOLOGICZNA

W 100% zostały podpisane porozumienia zabezpieczające świadczenia zdrowotne 10 województwach:

- warmińsko-mazurskim;
- łódzkim;
- kujawsko-pomorskim;
- lubelskim;
- lubuskim;
- pomorski;
- opolskim;
- zachodniopomorskim;
- podkarpackim;
- małopolskim

W pozostałych oddziałach do 31 grudnia 2003 r. podpisano protokołów uzgodnień w stosunku do liczby ofert zakwalifikowanych do negocjacji na następującym poziomie:

- podlaskim - 99%;
- dolnośląskim – 99%;
- mazowieckim – 99%;
- śląskim – 98%
- wielkopolskim – 91%

Najmniej protokołów uzgodnień w stosunku do liczby ofert zakwalifikowanych do negocjacji podpisano w świętokrzyski OW NFZ - 78%.

OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ

W 100% zostały podpisane porozumienia zabezpieczające świadczenia zdrowotne w 12 województwach:

- podkarpackim;
- łódzkim
- kujawsko-pomorskim;
- podlaskim;
- mazowieckim;
- warmińsko-mazurskim;
- lubelskim;
- opolskim;
- lubuskim;
- śląskim;
- małopolskim;
- świętokrzyskim.

W pozostałych oddziałach do 31 grudnia 2003 r. podpisano protokołów uzgodnień w stosunku do liczby ofert zakwalifikowanych do negocjacji na następującym poziomie:

- pomorski - 99%;
- dolnośląski - 97%
- wielkopolski - 95%;
- zachodniopomorski – 94%

OPIEKA DŁUGOTERMINOWA

1. Poziom zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych jest równomierny.

W 100% zostały podpisane porozumienia zabezpieczające świadczenia zdrowotne w 15 województwach.

REHABILITACJA LECZNICZA

W 100% zostały podpisane porozumienia zabezpieczające świadczenia zdrowotne w 12 województwach.

W pozostałych oddziałach do 31 grudnia 2003 r. podpisano protokołów uzgodnień w stosunku do liczby ofert zakwalifikowanych do negocjacji na następującym poziomie:

- mazowieckim - 99% podpisanych;
- wielkopolskim - 97%;
- dolnośląskim - 95%;
- świętokrzyskim - 89%.

POMOC DORAŻNA

W 100% zostały podpisane porozumienia zabezpieczające świadczenia zdrowotne w 12 województwach.

W pozostałych oddziałach do 31 grudnia 2003 r. podpisano protokołów uzgodnień w stosunku do liczby ofert zakwalifikowanych do negocjacji na następującym poziomie:

- dolnośląskim - 43%
- zachodniopomorskim 17%;

ŚWIADCZENIA KONTRAKTOWANE ODREBNI

W 100% zostały podpisane porozumienia zabezpieczające świadczenia zdrowotne w 12 województwach.

W pozostałych oddziałach do 31 grudnia 2003 r. podpisano protokołów uzgodnień w stosunku do liczby ofert zakwalifikowanych do negocjacji na następującym poziomie:

- zachodniopomorski 97% podpisanych;
- dolnośląski 90%;
- świętokrzyski - 89%;
- mazowiecki – 87%

PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA

W 100% zostały podpisane porozumienia zabezpieczające świadczenia zdrowotne w 8 województwach.

2. Sytuacja w pozostałych OW NFZ przedstawia się następująco:

- śląski 75 % podpisanych;
- świętokrzyski - 68%;
- dolnośląski – 60%;
- lubuski – 50%;
- podkarpacki – 50%;
- opolski – 47%;
- wielkopolski – 20%

Brak zabezpieczenia świadczeń dotyczył głównie podstawowej opieki zdrowotnej. W wymienionych oddziałach populacja nie zabezpieczona na dzień 31 grudnia 2003 r. wynosiła

7.840 tyś osób. W systemie brakowało około 2.850 lekarzy - przy 2.750 podopiecznych na 1 lekarza, 3.130 lekarzy - przy 2.500 podopiecznych na 1 lekarza.

Ze względu na niezabezpieczone świadczenia w poszczególnych zakresach proces kontraktowania w wskazanych oddziałach Narodowego Funduszu Zdrowia był kontynuowany w pierwszych miesiącach 2004 r. zarówno w postaci nowych konkursów ofert jak i w trybie rokowań.

Równocześnie należy wspomnieć, że fakt braku pełnego zabezpieczenia świadczeń w 2003 r. wynikał z różnych czynników m. in. z braku zainteresowania realizacją danego świadczenia przez świadczeniodawców. Sytuacja taka miała miejsce w przypadku realizacji świadczeń z zakresu opieki długoterminowej w Małopolskim Oddziale Wojewódzkim NFZ, gdzie świadczenia zostały, ze względu na brak zainteresowanego ich realizacją świadczeniodawcy, zabezpieczone w formie opieki szpitalnej.

Narodowy Fundusz Zdrowia zetknął się również z nadużywaniem monopolistycznej pozycji niektóre zakłady opieki zdrowotnej działające na danym terenie, które ze względu na swoją pozycję nie chciały zawrzeć kontraktów na warunkach proponowanych przez NFZ.

Nie można również przy ocenie dostępności do świadczeń pominąć faktu posiadania ograniczonych środków finansowych, co uniemożliwiało zakup takiej ilości procedur, jaka wynikałaby z oceny zapotrzebowania.

Analiza faktycznego wykonania planu finansowego oraz problemów, jakie pojawiły się w trakcie realizacji umów w 2003r czy zawierania kontraktów na rok 2004 będzie stanowiła podstawę planowania i kontraktowania świadczeń zdrowotnych na 2005 rok.

V. GOSPODARKA FINANSOWA NFZ W 2003

1. Sprawozdanie z wykonania planu finansowego

Zbiorcze zestawienie z realizacji planu finansowego NFZ za II-IV kw. 2003 r. stanowi załącznik 9.

1.1. Przychody Funduszu

o Przychody brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne

Planowane przychody brutto ze składek (tj. składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki pomniejszona o odpis aktualizujący składkę) w okresie od kwietnia do grudnia 2003r. wyniosły 21.654.483 tys. zł., zaś rzeczywiste przychody brutto ze składek w tym okresie ukształtowały się na poziomie 21.688.498 tys. zł i stanowiły 100,16% planowanych.

Odchylenia składki brutto od planu w kolejnych kwartałach 2003r. kształtowały się następująco:

- II kwartał 2003r. – niedobór składki w wysokości 106.133 tys. zł
- III kwartał 2003r – niedobór składki w wysokości 98.164 tys. zł
- IV kwartał 2003r – nadwyżka składki w wysokości 238.312 tys. zł

Łącznie w okresie od kwietnia do grudnia 2003 roku zrealizowane przychody z tytułu składki brutto były wyższe od zaplanowanych o 34.015 tys. zł.

Rekordowy spływ składki do NFZ odnotowano w grudniu 2003 r. kiedy to zrealizowane przychody ze składki brutto były wyższe od planowanych o 168.164 tys. zł.

o Ściągalność składek na ubezpieczenie zdrowotne

W planie Narodowego Funduszu Zdrowia na 2003 r., sporządzonym przez Ministerstwo Zdrowia, przyjęto założenie, że:

- ściągalność składek na ubezpieczenie zdrowotne kształtować się będzie na poziomie 98,5%. W związku z tym planowana wartość składki brutto przekazywanej przez ZUS w okresie 9 miesięcy 2003 r. (IV-XII 2003 r.) powinna wynieść 20.033.434 tys. zł, natomiast planowany odpis aktualizujący składkę 301.003 tys. zł.
- ściągalność składek przekazywanych z KRUS wyniesie 100%

Z podsumowania wyników okresu IV-XII 2003 r. wynika, że w zakresie składek otrzymywanych od ZUS uzyskano, wyższą niż planowana, ściągalność na poziomie 98,51%, zaś w zakresie składek otrzymywanych od KRUS, wyższy spływ składek niż zaplanowany o 32.028 tys. zł, tzn. na poziomie 101,67% planu.

o Przychody netto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne

Planowane, w okresie od kwietnia do grudnia 2003 r. przychody netto ze składek (tj. przychody uwzględniające odpis aktualizujący składkę, przychody ze składek z lat ubiegłych oraz koszty poboru i ewidencjonowania składek ZUS i KRUS) wyniosły 21.673.104 tys. zł.

Rzeczywiste przychody netto w tym okresie wyniosły 21.739.663 tys. zł, tj. stanowiły 100,31% planowanych.

Odchylenia składki netto od planu w kolejnych kwartałach 2003 r. kształtowały się następująco:

- II kwartał 2003 r. – niedobór składki w wysokości 127.612 tys. zł
- III kwartał 2003 r. – niedobór składki w wysokości 85.215 tys. zł
- IV kwartał 2003 r. – nadwyżka składki w wysokości 279.386 tys. zł

Łącznie w okresie od kwietnia do grudnia 2003 roku zrealizowane przychody z tytułu składki netto były wyższe od zaplanowanych o 66.559 tys. zł.

o **Struktura przychodów z tytułu składek**

Planowana struktura przychodów ze składek w okresie IV-XII 2003 r. (po uwzględnieniu odpisu aktualizującego) kształtowała się następująco:

ZUS	91,13%
KRUS	8,87%

Uzyskana struktura przychodów brutto ze składek w okresie IV-XII 2003 r. prezentuje się następująco:

ZUS	91,00%
KRUS	9,00%

o **Koszty poboru i ewidencjonowania składek**

W planie 9 m-cy 2003 r. Narodowego Funduszu Zdrowia, koszty poboru i ewidencjonowania składek przyjęto na poziomie 41.803 tys. zł.

Zrealizowane koszty ewidencjonowania i poboru składek w tym okresie wyniosły 43.394 tys. zł i stanowiły 103,81% planowanych. Tak znaczny wzrost kosztów poboru i ewidencjonowania składek spowodowany był wyższym niż przyjęto w planie NFZ wzrostem identyfikacji składek, kształtującym się średnio na poziomie 80,03%.

o **Przychody z tytułu składek z lat ubiegłych**

Planowane przychody z tytułu składek z lat ubiegłych w skali 9 miesięcy założono na poziomie 60.424 tys. zł.

Realizacja tej grupy przychodów wyniosła 94.559 tys. zł i jest wyższa od planowanej o 34.135 tys. zł i stanowi 156,49% przychodów planowanych.

1.2. Koszty Funduszu

o Koszty świadczeń zdrowotnych

Planowane na okres II-IV kwartał 2003r. koszty świadczeń zdrowotnych ogółem wyniosły 21.632.062 tys. zł. Zrealizowane koszty w badanym okresie wyniosły 22.113.120 tys. zł i stanowiły 102,22% planowanych.

Przekroczenia wartości planowanych wystąpiły w następujących pozycjach i wynoszą:

Rodzaj kosztu świadczeń zdrowotnych:	Plan IV-XII 2003r.	Wykonanie	Różnica (wyk.-plan)	% Wyk./plan
Podstawowa opieka zdrowotna	2.477.958	2.525.204	47.246	101,91%
Lecznictwo szpitalne	9.179.066	9.221.018	41.952	100,46%
Zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	266.036	276.356	10.320	103,88%
Refundacja cen leków	4.336.715	4.854.957	518.242	111,95%
Razem	16.259.775	16.877.535	617.760	X

* dane w zaokrągleniu do pełnych tys. zł.

W łącznej kwocie przekroczeń:

- 83,9% stanowi przekroczenie planowanej wielkości refundacji cen leków.
- 7,6% stanowi przekroczenie planowanej wielkości kosztów podstawowej opieki zdrowotnej.
- 6,8% stanowi przekroczenie planowanej wielkości kosztów leczenia szpitalnego i spowodowane było w większości wyższym niż zaplanowany wykonaniem procedur z zakresu chemioterapii, dializoterapii i kardiologii interwencyjnej tzn. procedur ratujących życie.
- 1,7% stanowi przekroczenie planowanej wielkości kosztów zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne.

Przekroczenie planowanych kosztów refundacji cen leków o kwotę 518.242 tys. zł, dotyczy wszystkich oddziałów wojewódzkich NFZ i spowodowane było podaniem, ze znacznym wyprzedzeniem, do publicznej wiadomości informacji o planowanej w końcu roku zmianie listy leków refundowanych. Fakt ten spowodował natychmiastową reakcję ubezpieczonych, w postaci wzmoczonego wykupu leków przed wprowadzeniem nowej listy. Zaznaczyć należy, że poziom finansowania kosztów z tytułu refundacji cen leków nie podlega żadnym ograniczeniom umownym ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia, zatem nadzór nad poziomem tych kosztów ogranicza się wyłącznie do ich ewidencji i kontroli wystawianych przez lekarzy recept.

Zestawienie poniżej prezentuje skalę przekroczeń planowanych kosztów refundacji cen leków w poszczególnych Oddziałach Wojewódzkich NFZ:

- o Dolnośląski – wykonanie 110,83% planu,

- Kujawsko-Pomorski – wykonanie 112,95 % planu,
- Lubelski - wykonanie 114,41% planu,
- Lubuski - wykonanie 115,37% planu,
- Łódzki - wykonanie 113,19% planu,
- Małopolski - wykonanie 112,76% planu,
- Mazowiecki - wykonanie 108,41% planu,
- Opolski - wykonanie 108,23% planu,
- Podkarpacki - wykonanie 118,29% planu,
- Podlaski - wykonanie 113,86% planu,
- Pomorski - wykonanie 120,41% planu,
- Śląski - wykonanie 105,82% planu,
- Świętokrzyski – wykonanie 108,88 % planu,
- Warmińsko-Mazurski - wykonanie 114,59% planu,
- Wielkopolski – wykonanie 116,57 % planu,
- Zachodniopomorski – wykonanie 115,22% planu.

Przekroczenie planowanych kosztów podstawowej opieki zdrowotnej o kwotę 47.246 tys. zł, dotyczy następujących oddziałów wojewódzkich NFZ:

- Dolnośląski – wykonanie 139,22% planu,
- Kujawsko-Pomorski – wykonanie 100,06% planu
- Łódzki - wykonanie 100,03% planu,
- Małopolski - wykonanie 100,12% planu,
- Mazowiecki - wykonanie 100,01% planu,
- Podkarpacki - wykonanie 100,02% planu,
- Pomorski - wykonanie 100,15% planu,
- Zachodniopomorski – wykonanie 100,03% planu.

Przekroczenie planowanych kosztów leczenia szpitalnego o kwotę 41.952 tys. zł, dotyczy następujących oddziałów wojewódzkich NFZ:

- Lubuski - wykonanie 102,58% planu,
- Małopolski – wykonanie 100,58 % planu,
- Mazowiecki - wykonanie 100,73% planu,
- Opolski - wykonanie 100,05% planu,
- Pomorski - wykonanie 101,31% planu,
- Zachodniopomorski - wykonanie 112,43% planu.

Przekroczenie planowanych kosztów zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne o kwotę 10.320 tys. zł dotyczy następujących

Oddziałów Wojewódzkich NFZ:

- Kujawsko-Pomorski - wykonanie 119,69% planu,
- Lubelski - wykonanie 101,23% planu,
- Małopolski - wykonanie 114,28% planu,
- Mazowiecki - wykonanie 102,75% planu,
- Opolski - wykonanie 100,61% planu,
- Podkarpacki - wykonanie 101,72% planu,
- Pomorski - wykonanie 109,02% planu,
- Śląski - wykonanie 113,58% planu,
- Świętokrzyski - wykonanie 105,34% planu,
- Zachodniopomorski - wykonanie 102,35% planu.

Wyższa od zakładanej dynamika realizacji w/w świadczeń zdrowotnych w stosunku do planowanych, wynika głównie z rozbieżności układu planu finansowego i zakresu realizowanych umów .

Przekroczenia planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych (łącznie z refundacją cen leków) dotyczą większości Oddziałów Wojewódzkich, poza Śląskim OW i Warmińsko-Mazurskim OW.

Po wyłączeniu z ogólnej kwoty świadczeń zdrowotnych kosztów refundacji cen leków, zrealizowane koszty świadczeń zdrowotnych w okresie od kwietnia do grudnia 2003r. wyniosły 17.258.163 tys. zł. i stanowiły 99,79% planowanych i dotyczą następujących Oddziałów Wojewódzkich NFZ:

- Dolnośląski – wykonanie 98,67 planu,
- Kujawsko-Pomorski – wykonanie 99,64 % planu,
- Lubelski - wykonanie 99,99% planu,
- Lubuski - wykonanie 98,88% planu,
- Łódzki - wykonanie 99,83% planu,
- Opolski - wykonanie 99,59% planu,
- Podkarpacki - wykonanie 99,50% planu,
- Podlaski - wykonanie 99,09% planu,
- Śląski - wykonanie 98,29% planu,
- Świętokrzyski – wykonanie 99,85 % planu,
- Warmińsko-Mazurski - wykonanie 96,61% planu,
- Wielkopolski – wykonanie 99,03 % planu.

W pozostałych Oddziałach Wojewódzkich, pomimo wyłączenia z ogólnej kwoty świadczeń zdrowotnych kosztów refundacji cen leków, zrealizowane koszty świadczeń zdrowotnych były wyższe niż zaplanowane i wynosiły :

- Małopolski - wykonanie 100,24% planu,
- Mazowiecki- wykonanie 100,84% planu,
- Pomorski - wykonanie 100,32% planu
- Zachodniopomorski- wykonanie 106,86% planu.

Pozostałe pozycje planu kosztów świadczeń zdrowotnych wykonane zostały poniżej wartości planowanych i są to:

Rodzaj kosztu świadczeń zdrowotnych:	Plan IV-IX 2003r.	Wykonanie	Różnica (wyk.-plan)	% Wyk./plan
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	1.486.553	1.402.628	-83.925	94,35%
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	593.522	581.678	-11.844	98,00%
Rehabilitacja lecznicza	400.712	396.352	-4.360	98,91%
Opieka długoterminowa	337.827	332.829	-4.998	98,52%
Leczenie stomatologiczne	708.229	698.903	-9.326	98,68%
Lecznictwo uzdrowiskowe	256.075	251.865	-4.210	98,36%
Pomoc doraźna i transport sanitarny	720.098	716.711	-3.387	99,53%
Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych	53.155	44.298	-8.857	83,34%
Świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane	795.310	795.233	-77	99,99%
Koszty nie wymienionych wyżej świadczeń	12.963	9.625	-3.338	74,25%
Inne koszty związane ze świadczeniami zdrowotnymi	7.843	5.464	-2.379	69,66%
Razem	5.372.287	5.235.586	-136.701	X

* dane w zaokrągleniu do pełnych tys. zł.

W załączniku 10 przedstawione zostały szczegółowe dane na temat realizacji kosztów świadczeń zdrowotnych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich i poszczególnych rodzajach świadczeń zdrowotnych.

- **Wartości świadczeń udzielonych ubezpieczonym na podstawie decyzji indywidualnych**

W 2003 r. do NFZ wpłynęło 7 030 wniosków o wydanie zgody na indywidualne leczenie. Pozytywnie zostało rozpatrzonych 5 593, natomiast w przypadku 1 438 nastąpiła odmowa. Poniższa tabela przedstawia liczbę wniosków w podziale na poszczególne oddziały.

wyszczególnienie	liczba ogółem	zgody	odmowy
Oddział Dolnośląski	189	42	147
Oddział Kujawsko-Pomorski	203	187	16
Oddział Lubelski	475	349	126
Oddział Lubuski	12	10	2
Oddział Łódzki	872	774	98
Oddział Małopolski	724	646	78
Oddział Mazowiecki	1 232	1 015	217
Oddział Opolski	268	159	109
Oddział Podkarpacki	442	384	58
Oddział Podlaski	213	170	43
Oddział Pomorski	398	248	150
Oddział Śląski	677	572	105
Oddział Świętokrzyski	183	134	49
Oddział Warmińsko-Mazurski	421	369	52
Oddział Wielkopolski	534	367	167
Oddział Zachodniopomorski	187	167	21
Ogółem	7 030	5 593	1 438

Poniżej zostały przedstawione wydatki poniesione przez oddziały wojewódzkie NFZ na realizację indywidualnych decyzji wydawanych przez Dyrektorów Oddziałów (dane w zł).

lp.	NAZWA ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO	KWOTA **
1	Dolnośląski	186 074,00
2	Kujawsko-Pomorski	5 271 155,38
3	Lubelski	3 904 949,74
4	Lubuski	40 315,00
5	Łódzki	2 425 074,11
6	Małopolski	4 639 105,91
7	Mazowiecki	25 682 650,90
8	Opolski	742 201,72
9	Podkarpacki	2 177 879,54
10	Podlaski	1 594 891,94
11	Pomorski	1 481 550,95
12	Śląski	3 063 287,44
13	Świętokrzyski	270 707,21
14	Warmińsko-Mazurski	2 271 013,02
15	Wielkopolski	3 972 836,27
16	Zachodniopomorski	1 188 840,36
	SUMA	58 912 533,49
** Dane przekazane przez Oddziały Wojewódzkie NFZ w sprawozdaniach dotyczących zgód indywidualnych w pierwszym roku działalności NFZ.		

1.3. Koszty administracyjne, w tym wynagrodzenie pracowników NFZ

o Koszty administracyjne.

Planowane koszty administracyjne w okresie od kwietnia do grudnia 2003 r., stanowiły 1,06% planowanych przychodów brutto Narodowego Funduszu Zdrowia. Rzeczywiste koszty administracyjne Narodowego Funduszu Zdrowia poniesione w tym okresie stanowią 1,0% zrealizowanych przychodów brutto ze składek. W okresie IV-XII 2003 r. koszty administracyjne wyniosły 217.922 tys. zł i stanowią 95,03% planowanych. Uzyskana oszczędność w realizacji planu kosztów administracyjnych wyniosła zatem 11.405 tys. zł i wystąpiła we wszystkich pozycjach planu:

Koszty administracyjne według rodzajów	Plan IV-XII 2003r.	Wykonanie IV-XII 2003r.	Różnica (wyk.-plan)	% Wyk./plan
Zużycie materiałów i energii	11.519	9.005	-2.514	78,18%
Usługi obce	36.363	34.784	-1.579	95,66%
Podatki i opłaty	1.715	1.232	-483	71,87%
Wynagrodzenia	122.037	120.867	-1.170	99,04%
Świadczenia na rzecz pracowników	25.582	24.698	-884	96,54%
Koszty funkcjonowania Rady Funduszu	264	131	-133	49,52%
Amortyzacja śr. trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych zakupionych ze środków własnych NFZ	16.484	14.883	-1.601	90,29%
Amortyzacja śr. trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych otrzymanych nieodpłatnie	7.645	7.211	-434	94,32%
Pozostałe koszty administracyjne	7.718	5.111	-2.607	66,22%
Razem:	229.327	217.922	-11.405	95,03%

* dane w zaokrągleniu do pełnych tys. zł

Struktura kosztów administracyjnych w okresie od kwietnia do grudnia 2003 r. kształtowała się następująco:

Koszty administracyjne:	Plan IV-XII 2003r.	Wykonanie IV-XII 2003r.
Zużycie materiałów i energii	5,02%	4,13%
Usługi obce	15,86%	15,96%
Podatki i opłaty	0,75%	0,57%
Wynagrodzenia	53,22%	55,46%
Świadczenia na rzecz pracowników	11,16%	11,33%
Koszty funkcjonowania Rady	0,11%	0,06%
Amortyzacja śr. trw. i wart. niemater. i prawnych	10,52%	10,14%
Pozostałe koszty administracyjne	3,36%	2,35%
Razem	100,00%	100,00%

Nieznaczne przekroczenia planowanej struktury kosztów administracyjnych w pozycjach: kosztów wynagrodzeń o 2,24 punkty % i świadczeń na rzecz pracowników o 0,17 punktów % spowodowane jest dostosowaniem poziomu zatrudnienia do nowej struktury organizacyjnej Funduszu.

Tabele prezentujące planowane i zrealizowane koszty administracyjne według rodzajów w poszczególnych Oddziałach Wojewódzkich stanowią załącznik 11.

1.4. Pozostała działalność operacyjna

Pozostała działalność operacyjna NFZ w okresie od kwietnia do grudnia 2003r. zamknęła się stratą w wysokości -36.588 tys. zł. i była rezultatem wyższych od planowanych kosztów operacyjnych o kwotę 135.263 tys. zł.

Wyszczególnienie:	Plan IV-XII 2003r.	Wykonanie IV-XII 2003r.	Różnica (wyk. – plan)
Pozostałe przychody	42.833	100.709	57.876
Pozostałe koszty	2.034	137.297	-135.263
Wynik na działalności operacyjnej	40.799	-36.588	X

* dane w zaokrągleniu do pełnych tys. zł

Kwotę kosztów działalności operacyjnej w wysokości 137.297 tys. zł stanowią:

- w 78,83% - rezerwy ,
- w 20,86% - inne koszty (w tym koszty usług medycznych z lat ubiegłych, koszty sądowe itp.),

Łącznie te dwa tytuły stanowią 99,69% ogółu kosztów działalności operacyjnej.

1.5. Działalność finansowa

Działalność finansowa NFZ w okresie IV-XII 2003 r. zamknęła się dodatnim wynikiem w wysokości 18.145 tys. zł co stanowi 112,89% wielkości planowanej.

Wyszczególnienie:	Plan IV-XII 2003r.	Wykonanie IV-XII 2003r.	Różnica (wyk. – plan)
Przychody finansowe	18.000	37.792	19.792
Koszty finansowe	1.927	19.647	17.720
Wynik na dział. finansowej	16.073	18.145	X

* dane w zaokrągleniu do pełnych tys. zł

Odsetki uzyskane z lokat i papierów wartościowych w wysokości 29.095 tys. zł stanowiły 76,99% kwoty przychodów finansowych zrealizowanych w tym okresie.

Poniższa tabela prezentuje udział procentowy Oddziałów Wojewódzkich i Centrali w osiągniętych przychodach finansowych w okresie od kwietnia do grudnia 2003r.:

Wyszczególnienie:	Udział % w przychodach finansowych
Oddziały Wojewódzkie łącznie	59,54%
Centrala NFZ	40,46%

Poniesione koszty finansowe w badanym okresie wyniosły 19.647 tys. zł i były wyższe od zaplanowanych o kwotę 17. 720 tys. zł.

W 99,87% kwotę kosztów finansowych w badanym okresie stanowiła suma następujących pozycji kosztów:

- Odsetki od zobowiązań za świadczenia zdrowotne w wysokości 9.221 tys. zł,
- Inne koszty finansowe (w tym: głównie utworzone rezerwy na odsetki) w wysokości 9.842 tys. zł,
- Odsetki od pożyczki udzielonej przez budżet państwa w wysokości 559 tys. zł.

1.6. Wynik finansowy

W okresie od kwietnia do grudnia 2003 r., Narodowy Fundusz Zdrowia zanotował stratę w wysokości -607.759 tys. zł.

Dodatni wynik finansowy na koniec 2003 roku uzyskały jedynie dwa oddziały wojewódzkie i są to:

- Śląski OW 1.501 tys. zł.
- Warmińsko-Mazurski OW 243 tys. zł.

Pozostałe OW uzyskały stratę:

- największą stratę uzyskał Mazowiecki OW – 113.946 tys. zł.
- najmniejszą stratę uzyskał Opolski OW – 8.213 tys. zł.

Poniższa tabela przedstawia czynniki działające in plus lub in minus, które miały wpływ na poziom uzyskanego przez Fundusz wyniku finansowego:

Wyszczególnienie:	Plan NFZ IV-XII 2003r.	Wykonanie IV - XII 2003r.	Wpływ na wynik (+, -)
Składka należna brutto pomniejszona o odpis aktualizujący	21 654 483	21 688 498	34 015
Przychody ze składek z lat ubiegłych	60 424	94 559	34 135
Koszty ewidencjonowania i poboru składek	41 803	43 394	-1 591
Łączna kwota z tytułu (suma poz. A1,A2,A3 planu):	177 475	48 974	-128 501
- nadwyżki przychodów nad kosztami z lat ubiegłych,	128 841	0	
- środków otrzymanych na programy zdrowotne i programy polityki zdrowotnej	46 000	46 900	
- innych przychodów	2 634	2 074	
Koszty świadczeń zdrowotnych	21 632 062	22 113 120	-481 058
w tym: koszty refundacji leków	4 336 715	4 854 957	-518 242
Koszty profilaktycznych programów zdrowotnych	46 000	46 911	-911
Koszty administracyjne	229 327	217 922	11 405
Pozostałe przychody	42 833	100 709	57 876
Pozostałe koszty	2 034	137 297	-135 263
Przychody Finansowe	18 000	37 792	19 792
Koszty finansowe	1 927	19 647	-17 720
Zyski i straty nadzwyczajne		0	0
Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego	62		62
Wynik finansowy	0	-607 759	-607 759

* dane w zaokrągleniu do pełnych tys. zł

Jak wynika z powyższej tabeli na uzyskanie ujemnego wyniku finansowego NFZ w badanym okresie wpływ miały min:

- **Wyższe niż planowane wykonanie:**
 1. kosztów świadczeń zdrowotnych, o kwotę 481.058 tys. zł (w tym refundacji cen leków o kwotę 518.242 tys. zł)
 2. pozostałych kosztów, o kwotę 135.263 tys. zł
 3. kosztów finansowych, o kwotę 17.720 tys. zł.
 4. kosztów ewidencjonowania i poboru składek, o kwotę 1.591 tys. zł
 5. kosztów profilaktycznych programów zdrowotnych, o kwotę 911 tys. zł.

- **Bezasadne ujęcie w planie finansowym Funduszu na 2003r. kwoty nadwyżki przychodów nad kosztami z lat ubiegłych w wysokości 128.841 tys. zł**

Powyższe działanie wynikało z uwzględnienia przez Ministerstwo Zdrowia w planie NFZ planowanego na I kwartał 2003r. dodatniego wyniku finansowego kas chorych jako przychodu Funduszu pomimo, iż w momencie tworzenia planu Funduszu wiadomym było, że kasy chorych zakończyły działalność tego okresu stratą. Kasy chorych zakończyły działalność za I-y kwartał 2003 r. stratą w wys. - 133.167 tys. zł.

- **Późne przyjęcie planu finansowego NFZ na 2003 r.**

Plan Narodowego Funduszu Zdrowia na 2003 r. (obejmujący okres od kwietnia do grudnia 2003 r.) został sporządzony i zatwierdzony przez Ministerstwo Zdrowia w dniu 5 sierpnia 2003 r. Do tego czasu NFZ realizował świadczenia zdrowotne w oparciu o projekt planu przygotowany przez Zespół ds. Wdrożenia Narodowego Funduszu Zdrowia.

- **Konstrukcja planu finansowego Funduszu, tzn.:**

- „sztywny” podział planu na Oddziały Wojewódzkie, który utrudniał sprawne zarządzanie finansami NFZ ,
- „sztywna” konstrukcja planu i długotrwała procedura wprowadzania zmian w planie NFZ, utrudniały sprawne funkcjonowanie Funduszu i odpowiednio szybkie reagowanie na zachodzące zmiany.
- planowane na 2003 r. przychody NFZ z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne nie zabezpieczyły bilansu gotówkowego bowiem plan kosztów świadczeń zdrowotnych i kosztów administracyjnych ustalany był dla Oddziałów Wojewódzkich jako wypadkowa :
 - przychodów ze składek,
 - wyniku na pozostałej działalności operacyjnej,
 - wyniku na działalności finansowej,
 - pozostałych elementów wchodzących w skład wyniku finansowego.

W związku z tym łączna planowana kwota kosztów świadczeń i kosztów administracyjnych była wyższa o kwotę **172.891 tys. zł**, niż generujące „gotówkę” zrealizowane przychody brutto ze składek.

Należy zatem stwierdzić, iż pomimo realizacji planu przychodów ze składek w roku 2003 na poziomie 100,16% planu, Oddziały Wojewódzkie otrzymały mniej środków pieniężnych, niż wynikałoby to z ich planów kosztów. W/w argument prezentuje poniższa tabela:

Oddziały Wojewódzkie:		Planowane k. św. i adm. w okresie IV-XII 2003r.	Zrealizowane przychody z tytułu składki brutto	Różnica
1		2	3	4=3-2
1	Dolnośląski	1 605 002,00	1 597 386,23	-7 615,77
2	Kujawsko-Pomorski	1 142 010,00	1 136 280,18	-5 729,82
3	Lubelski	1 167 721,00	1 161 541,27	-6 179,73
4	Lubuski	547 895,00	544 760,13	-3 134,87
5	Łódzki	1 432 864,00	1 424 973,16	-7 890,84
6	Małopolski	1 828 717,00	1 819 125,15	-9 591,85
7	Mazowiecki	3 523 229,00	3 481 240,37	-41 988,63
8	Opolski	522 418,00	519 392,59	-3 025,41
9	Podkarpacki	1 089 061,00	1 084 107,72	-4 953,28
10	Podlaski	662 477,00	659 068,72	-3 408,28
11	Pomorski	1 178 479,00	1 170 031,29	-8 447,71
12	Śląski	2 881 714,00	2 867 857,99	-13 856,01
13	Świętokrzyski	682 298,00	678 641,65	-3 656,35
14	Warmińsko-Mazurski	798 141,00	794 374,09	-3 766,91
15	Wielkopolski	1 882 667,00	1 873 238,07	-9 428,93
16	Zachodniopomorski	880 478,00	875 837,20	-4 640,80
Razem OW		21 825 171,00	21 687 855,81	-137 315,19
17	Centrala	36 218,00	641,69	-35 576,31
Łącznie w NFZ		21 861 389,00	21 688 497,50	-172 891,50

* dane w zaokrągleniu do tys. zł

- **Koszty refundacji cen leków.**

Podanie do publicznej wiadomości informacji o planowanej zmianie listy leków refundowanych, spowodowało natychmiastową reakcję ubezpieczonych, tj. wzmożony wykup leków przed wprowadzeniem nowej listy.

Podsumowując należy stwierdzić, że wyeliminowanie skutków:

- zaniżonego poziomu składki na ubezpieczenie zdrowotne w wysokości 172.891 tys. zł
- oraz przekroczenia planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych w pozycji „refundacja cen leków” o kwotę 518.242 tys. zł

powoduje, że wynik finansowy NFZ na koniec 2003 roku, ulega znaczącej poprawie i stanowi zysk w wysokości 83.374 tys. zł, co prezentuje poniższa tabela:

NR	Oddziały Wojewódzkie	Wynik finansowy netto	Przekroczenie k. ref. Leków	Niedobór składki	Wynik po eliminacjach
1	2	3	4	5	6=3+4+5
1	Dolnośląski	-30 367,67	37 331,79	7 615,77	14 579,89
2	Kujawsko-Pomorski	-36 859,93	30 514,53	5 729,82	-615,58
3	Lubelski	-38 100,92	33 676,82	6 179,73	1 755,63
4	Lubuski	-20 140,99	15 624,79	3 134,87	-1 381,33
5	Łódzki	-47 070,48	41 645,55	7 890,84	2 465,91
6	Małopolski	-54 832,85	47 992,89	9 591,85	2 751,89
7	Mazowiecki	-113 946,40	56 136,89	41 988,63	-15 820,88
8	Opolski	-8 212,66	8 357,72	3 025,41	3 170,47
9	Podkarpacki	-36 224,54	37 356,44	4 953,28	6 085,18
10	Podlaski	-14 614,63	16 530,90	3 408,28	5 324,55
11	Pomorski	-78 628,26	49 488,91	8 447,71	-20 691,64
12	Śląski	1 501,21	33 153,33	13 856,01	48 510,55
13	Świętokrzyski	-14 277,80	12 372,80	3 656,35	1 751,35
14	Warmińsko-Mazurski	242,88	20 428,18	3 766,91	24 437,97
15	Wielkopolski	-42 134,14	57 927,16	9 428,93	25 221,95
16	Zachodniopomorski	-78 599,91	28 523,41	4 640,80	-45 435,70
RAZEM ODDZIAŁY		-612 267,09	527 062,11	137 315,19	52 110,21
17	Centrala	4 507,94	-8 820,00	35 576,31	31 264,25
RAZEM		-607 759,15	518 242,11	172 891,50	83 374,46

* dane w zaokrągleniu do tys. zł.

2. Informacje o finansowaniu wydatków inwestycyjnych

Plan nakładów inwestycyjnych na 2003 r. skorygowany Uchwałą Nr 268/2003 z dnia 30 października 2003 r. zakładał realizację zadań na poziomie kosztów amortyzacji przyjętych w planie finansowym na 2003 r. i wynosił 28.730.000 zł. Do 31 grudnia 2003 r. zrealizowano zadania na kwotę 17.286.415 zł. Z uwagi na czas, jaki po zatwierdzeniu planu pozostał na jego realizację nie było możliwości przeprowadzić i zakończyć do końca roku postępowań na kwotę 11.443.585 zł. Sprawozdanie z realizacji planu nakładów inwestycyjnych za 2003 r. stanowi załącznik 12.

3. Przedstawianie i omówienie wstępnego sprawozdania finansowego NFZ za rok 2003 sporządzonego na podstawie ustawy o rachunkowości

❖ Bilans na dzień 31 grudnia 2003 r.

Kwota aktywów trwałych w wysokości 228.677,60 tys. zł w stosunku do kwoty na dzień 31 marca 2003 r. zmniejszyła się o 3.894,35 tys. zł.

Należności zewnętrzne wynoszą na dzień 31 grudnia 2003 r. 2.314.019,00 tys. zł w tym przeterminowane 839,49 tys. zł, z czego:

- należności od świadczeniodawców i aptek wynoszą 8.147,23 tys. zł, w tym przeterminowane 242,17 tys. zł,
- należności pozostałe wynoszą 2.305.888,49 tys. zł, w tym przeterminowane 597,32 tys. zł.

Tak znaczący poziom należności pozostałych spowodowany został głównie, zaewidencjonowaniem do miesiąca grudnia 2003 r. należnych składek od ZUS i KRUS, które wpłynęły na konto Centrali NFZ w miesiącu styczniu 2004 r.

Na kwotę 241.571,34 tys. zł inwestycji krótkoterminowych składają się środki pieniężne i inne aktywa pieniężne, w tym:

- środki pieniężne w kasie i na rachunkach w wysokości 52.493,94 tys. zł,
- inne środki pieniężne w wysokości 189.026,73 tys. zł,
- inne aktywa pieniężne w wysokości 50,66 tys. zł.

Kapitał podstawowy został utworzony 1 kwietnia 2003 r. i wynosi 141.544,18 tys. zł. Kapitał rezerwowy kas chorych został przekształcony z dniem 1 kwietnia 2003 r. w kapitał zapasowy i wynosi na dzień 31 grudnia 2003 r. 517.329,66 tys. zł.

Strata z lat ubiegłych wg stanu na dzień 31 grudnia 2003 r. wynosi -972.576,96 tys. zł i w stosunku do stanu z dnia 31 marca 2003 r. powiększyła się o 133.167,11 tys. zł.

Strata z roku sprawozdawczego na dzień 31 grudnia 2003 r. wynosi -607.759,19 tys. zł i jest rezultatem przekroczenia planu finansowego w pozycji refundacja leków o kwotę 518.242,10 tys. zł.

Rezerwy wraz z biernymi rozliczeniami międzyokresowymi kosztów stanowią wartość 264.856,73 tys. zł i dotyczą głównie toczących się spraw sądowych z tytułu świadczeń zdrowotnych.

Zobowiązania zewnętrzne wynoszą na dzień 31 grudnia 2003 r. 3.446.010,86 tys. zł, w tym przeterminowane 234.652,04 tys. zł, z czego:

- zobowiązania wobec świadczeniodawców i aptek wynoszą 2.566.471,64 tys. zł, w tym przeterminowane 223.798,89 tys. zł;
- zobowiązania pozostałe wynoszą 877.721,49 tys. zł, w tym przeterminowane 10.853,15 tys. zł.

Zobowiązania pozostałe stanowią głównie zobowiązanie NFZ wobec Ministra Finansów z tytułu zaciągniętej pożyczki z budżetu państwa w 2000 roku.

❖ Rachunek zysków i strat wg stanu na dzień 31 grudnia 2003 r.

Przychody netto ze sprzedaży wynoszą na dzień 31 grudnia 2003 r. 21.737.522,80 tys. zł, gdzie przychody z tytułu składek na puz bez windykacji z lat ubiegłych wynoszą 21.688.487,95 tys. zł. Przychody z lat ubiegłych wynoszą 94.559,47 tys. zł.

Koszty działalności operacyjnej wynoszą na dzień 31 grudnia 2003 r. 22.422.618,27 tys. zł. Najpoważniejszą pozycję stanowią usługi obce, a w ich ramach koszty świadczeń zdrowotnych na kwotę 22.108.278,73 tys. zł³:

<i>(dane w tys. zł)</i>	
a) podstawowa opieka zdrowotna	2 525 203,69
b) ambulatoryjna opieka specjalistyczna	1 402 627,60
c) lecznictwo szpitalne	9 221 018,27
d) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	581 678,40
e) rehabilitacja lecznicza	396 351,88
f) opieka długoterminowa	332 828,62
g) leczenie stomatologiczne	698 903,14
h) lecznictwo uzdrowiskowe	251 864,66
i) pomoc doraźna i transport sanitarny	716 711,39
j) koszty profilaktycznych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej, finansowanych ze środków Funduszu Zdrowia	44 298,17
k) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	795 232,65
l) zaopatrzenie w sprzęt ortop., środki pomoc.i lecznicze środki techniczne	276 356,06
ł) refundacja cen leków	4 854 957,09
m) koszty innych świadczeń zdrowotnych	9 624,97
n) inne koszty związane ze świadczeniami zdrowotnymi	622,07
Razem	22.108.278,73

Pozostałe przychody operacyjne wyniosły 195.243,32 tys. zł. Główne pozycje przychodów w omawianym okresie stanowiły:

- przychody z tytułu składek z lat ubiegłych 94.559,46 tys. zł;
- otrzymane odszkodowania, kary, grzywny 5.714,64 tys. zł;
- rozwiązane rezerwy 71.743,93 tys. zł;
- przychody korygujące koszty lat ubiegłych 10.911,10 tys. zł;
- pozostałe przychody 11.791,48 tys. zł.

Pozostałe koszty operacyjne kształtują się na poziomie 136.051,89 tys. zł. W omawianym okresie zasadniczy wpływ na kształtowanie się pozostałych kosztów operacyjnych miały następujące tytuły kosztowe:

- utworzone rezerwy na przyszłe zobowiązania 108.316,51 tys. zł;
- koszty usług medycznych z lat ubiegłych 24.694,74 tys. zł;
- koszty sądowe 613,67 tys. zł;
- pozostałe odpisy aktualizujące 651,83 tys. zł;

Przychody finansowe na dzień 31 grudnia 2003 r. wynoszą 37.791,83 tys. zł. Główne pozycje przychodów finansowych w omawianym okresie stanowią:

³ Rozbieżności w wysokości kwot kosztów świadczeń zdrowotnych za okres II-IV kwartał 2003r. wykazane w sprawozdaniu z realizacji planu finansowego NFZ na 2003r oraz rachunku zysków i strat wynikają z różnej struktury ww. sprawozdań.

- odsetki bankowe 30.448,37 tys. zł;
- rozwiązane rezerwy na odsetki 6.458,78 tys. zł.

Koszty finansowe na dzień 31 grudnia 2003 r. wynoszą 19.647,00 tys. zł. W omawianym okresie zasadniczy wpływ na kształtowanie się kosztów finansowych miały następujące tytuły:

- odsetki od pożyczek i kredytów 1.017,21 tys. zł;
- odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań (głównie Pomorski, Świętokrzyski i Zachodniopomorski OW) 8.384,11 tys. zł;
- utworzone rezerwy na odsetki 10.225,84 tys. zł.

Bilans oraz rachunek zysków i strat łącznie dla NFZ stanowi załącznik 13 i załącznik 14.

VI. DZIAŁANIA PLANISTYCZNE I ORGANIZACYJNE DOTYCZĄCE ROKU 2004

1. Sporządzenie planu finansowego NFZ na rok 2004

1.1. Założenia

Ogólnym założeniem planowania środków na realizację świadczeń zdrowotnych w 2004 roku, ustalonym przez Zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia, było finansowanie świadczeń na poziomie nie mniejszym niż w 2003 roku.

W przypadku Świadczeniodawców resortowych, poziom finansowania odniesiono do wartości uzyskanej po agregacji kontraktów zawartych przez Branżową Kasę Chorych dla Służb Mundurowych z kontraktami Regionalnych Kas Chorych⁴, zwiększonych o koszty leczenia żołnierzy, którzy nie byli poprzednio objęci systemem ubezpieczenia zdrowotnego. Koszt te określono zgodnie z realizacją umów zawieranych pomiędzy jednostkami wojskowymi a Świadczeniodawcami resortowymi. Uwzględniono również koszty świadczeń udzielanych przez komórki organizacyjne Świadczeniodawców resortowych, położonych poza obszarem województwa. Określone w ten sposób wartości kontraktów dla każdego województwa zawarto w załączniku do uchwały Nr 322/2003 z dnia 23 grudnia 2003 roku Zarządu NFZ w sprawie określenia środków finansowych na realizację w 2004 roku umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych zawartych ze świadczeniodawcami tworzonymi i nadzorowanymi przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministra Sprawiedliwości.

Wysokość przychodów rocznych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w planie finansowym na 2004 r. dla NFZ została określona na podstawie prognozy przychodów i kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia na 2004 r. z dnia 11 sierpnia 2003 r.

Prognozowane przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne dla Narodowego Funduszu Zdrowia na 2004 r. zostały wyliczone w oparciu o dane przekazane przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych według tytułów ubezpieczenia, dotyczące liczby płacących składkę i przypisu składek w poszczególnych kasach chorych za okres styczeń – marzec 2003 roku oraz w oparciu o dane przekazane przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Zdrowotnego według tytułów ubezpieczenia dotyczące liczby płacących składkę i przypisu składek w poszczególnych kasach chorych za okres styczeń – czerwiec 2003 roku.

Dane z ZUS i KRUS o liczbie płacących składkę oraz przypisów składki w poszczególnych grupach ubezpieczonych zostały przeliczone na warunki roku 2004. Do tego celu zastosowano pozyskane z Ministerstwa Finansów informacje o wskaźnikach makroekonomicznych wykorzystanych w konstruowaniu ustawy budżetowej na 2004 r., dane z Ministerstwa Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej, Instytutu Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej, Ministerstwa Rolnictwa i Rozwoju Wsi, Sztabu Generalnego WP i MSWiA. Powyższe informacje stanowiły podstawę dla przyjęcia wskaźników wzrostu liczby płacących składkę oraz przypisów składki w poszczególnych grupach ubezpieczonych dla prognozy przychodów ze składek dotyczącej 2004 r.

Podstawa wymiaru składki została, zgodnie z przepisem art. 199 pkt 2 ustawy o NFZ przyjęta na poziomie 8,25%.

⁴ W wyniku agregacji w ramach zawartych kontraktów na 2003 r. nastąpiło scalenie umów kontraktowych tak, aby płatnikiem był oddział, na terenie którego znajduje się świadczeniodawca.

Wysokość kosztów została dostosowana do wysokości planowanych przychodów na 2004 r. Do określenia struktury planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych na 2004 r. zostały wykorzystane dane z Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych, dane z procesu agregacji umów oraz dane z lat ubiegłych dotyczące struktury kosztów świadczeń zdrowotnych.

1.2. Tryb przyjęcia

Zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia Uchwałą nr 170/2003 z dnia 8 sierpnia 2003 roku przyjął projekt rocznego planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2004. Powyższy projekt planu finansowego Rada Narodowego Funduszu Zdrowia przyjęła Uchwałą Nr 11/2003 z dnia 29 sierpnia 2003 r.

Minister Finansów pismem FS12-032-69/03 z dnia 15 września 2003 roku skierowanym do Ministra Zdrowia przedstawił uwagi dotyczące planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na rok 2004. Uwagi dotyczyły między innymi:

- braku podziału planu finansowego na oddziały wojewódzkie,
- braku utworzenia rezerwy na pokrycie ewentualnych kosztów postępowań sądowych związanych z toczącymi się postępowaniami sądowymi,
- zmniejszenia kosztów leczenia szpitalnego w porównaniu do roku 2003.

Narodowy Fundusz Zdrowia pismem z 18 września 2003 roku przesłał do Ministerstwa Zdrowia wyjaśnienie do pisma Ministra Finansów i przedstawił argumenty co do zasadności planu przyjętego przez Radę Funduszu.

Ponadto Minister Zdrowia pismem z 15 września 2003 roku odmówił zatwierdzenia Uchwały Nr 11/2003 Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z 29 sierpnia 2003 r. w sprawie uchwalenia planu finansowego NFZ na rok 2004. Równocześnie zalecił:

- dokonać podziału planu finansowego Funduszu na 2004 r. na oddziały wojewódzkie NFZ,
- dokonać odpisu rezerwy ogólnej w kwocie 311.765,63 tys. zł,
- zwiększyć koszty finansowe w pozycji „odsetki od pożyczki udzielonej przez budżet państwa” do kwoty 1.159 tys. zł,
- zwiększyć koszty świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia uzdrowiskowego o kwotę 2.700 tys. zł,
- zwiększyć koszty świadczeń zdrowotnych w zakresie zaopatrzenia w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne o kwotę 5.600 tys. zł,
- zwiększyć koszty świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej o kwotę 108.664,72 tys. zł,
- zmniejszyć koszty świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego o kwotę 108.664,72 tys. zł,
- dostosować kwotę przeznaczoną na finansowanie kosztów profilaktycznych programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków Funduszu do poziomu 2003 r.,
- zmniejszyć środki przeznaczone na refundację leków o kwotę 1.071,59 tys. zł, zmniejszyć koszty administracyjne o kwotę 7.307 tys. zł,
- zwiększyć odsetki uzyskane z lokat i papierów wartościowych o kwotę 2.504,67 tys. zł.

Zgodnie z zapisem ustawy, jeżeli minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw finansów publicznych nie zatwierdzi planu finansowego do 15 września 2003 r., a organ uchwałodawczy nie ustosunkuje się w terminie do nieprawidłowości, to plan na 2004 rok ustala Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów.

W dniu 22 września 2003 roku pismem do Ministra Zdrowia zostało przedstawione stanowisko Zarządu NFZ dotyczące odmowy przyjęcia planu finansowego na 2004 rok. Główną kwestią sporną, z którą Zarząd nie chciał się zgodzić był podział planu finansowego na oddziały. Zarząd stał na stanowisku, że Fundusz jest jedną instytucją i o podziale planu z możliwością dokonywania korekt decyzje podejmować winna Centrala. Zarząd jednocześnie uwzględnił uwagi Ministra w części zwiększenia rezerwy ogólnej, zwiększenia przychodów finansowych oraz zwiększenia odsetek od pożyczki udzielonej przez budżet państwa. W ww. piśmie został przedstawiony nowy projekt planu finansowego Funduszu wraz z propozycją podziału kosztów świadczeń zdrowotnych i kosztów administracyjnych na oddziały.

Jednocześnie ze stanowiskiem Zarządu Rada Funduszu przedstawiła swoje stanowisko. Rada nie znalazła podstaw prawnych do podjęcia uchwały w sprawie zmiany planu finansowego innej niż przyjętej Uchwałą Rady Nr 11/2003. Stanowisko Ministra Zdrowia w sprawie odmowy przyjęcia planu finansowego nie zostało wyrażone w porozumieniu z Ministrem Finansów. Minister Zdrowia nie wskazał nieprawidłowości w uchwale Rady Funduszu, lecz imperatywnie nakazał przesunięcie środków finansowych w ramach planu na konkretnie wskazane cele. Zdaniem Rady Funduszu, Minister Zdrowia stanowi w istocie próbę ustalenia planu finansowego, z pominięciem kompetencji Rady Funduszu. W swoim piśmie Rada Funduszu podtrzymała swoje stanowisko, zawarte w Uchwale Nr 11/2003, nie widząc podstaw do dokonania zmian i zwróciła się do Ministra Zdrowia o usunięcie braków formalnych poprzez uzgodnienie stanowiska z Ministrem Finansów.

Odpowiedzią Ministra Zdrowia na pismo Zarządu i Rady Funduszu było przyjęcie zarządzeniem z 30 września 2003 planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2004 rok. Minister Zdrowia sam ustalił plan na 2004 r. dokonując zmian w strukturze przychodów i kosztów z jednoczesnym podziałem na Oddziały Wojewódzkie NFZ. Przyjęty przez Ministra Zdrowia plan finansowy zawierał, co było niezgodne ze stanowiskiem Funduszu, zbyt wysoką rezerwę w wysokości 700 tys. zł i sztywny podział na Oddziały Wojewódzkie NFZ. W związku z licznymi protestami Kierownictwa Oddziałów NFZ dotyczącymi wysokości kosztów świadczeń zdrowotnych, Narodowy Fundusz Zdrowia przedłożył Ministrowi Zdrowia 10 października 2003 korektę planu finansowego na 2004 rok, dotyczącą zmiany struktury i zmniejszenia rezerw na świadczenia tak, aby poziom zakontraktowanych świadczeń był nie mniejszy niż w 2003 roku. Zmiana planu finansowego uwzględniała wnioski oddziałów. Przedstawiona korekta planu została pozytywnie zaopiniowana przez Radę Narodowego Funduszu Zdrowia w dniu 10 października 2003 r. Minister Zdrowia zarządzeniem z 13 października 2003 r. uwzględnił przedstawioną przez Fundusz korektę i dokonał zmiany planu finansowego na 2004 rok z rozbiem na oddziały.

Plan finansowy zatwierdzony zarządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 października 2003 r. stanowi załącznik 15.

2. Opracowanie i przyjęcie Krajowego planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych

Zgodnie z trybem określonym w artykule 220b ustawy o NFZ, w dniu 29 sierpnia 2003 r. Rada Funduszu przyjęła projekt Krajowego Planu Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych na rok 2004.

Planowanie struktury i liczby świadczeń w poszczególnych województwach na rok 2004 miało charakter historyczny. Oznacza to, że utrzymane zostały istniejące trendy w liczbie kontraktowanych świadczeń. Drugą fazą było wdrażanie szczegółowych rozwiązań na rok 2004 w trakcie roku 2004 jako efekt dostosowywania się do zmian.

Krajowy Plan Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych na rok 2004 opierał się na następujących założeniach:

- A. wszystkie świadczenia zdrowotne mają ujednolicone definicje;
- B. warunki i zasady udzielania świadczeń zdrowotnych są identyczne dla wszystkich podmiotów realizujących świadczenia zdrowotne na rzecz ubezpieczonych na terenie całego kraju;
- C. pacjent ma prawo swobodnego wyboru realizatora świadczeń mających związek z jego problemami zdrowotnymi.

Celem planowanych świadczeń było w pierwszym rzędzie zapewnienie możliwie najlepszej dostępności do świadczeń zdrowotnych dla każdego ubezpieczonego oraz zmniejszenie różnic między stanem zdrowia populacji województw.

Skutkiem tak określonej strategii przygotowywania projektu KPZSZ była wszechstronna analiza realizacji świadczeń zdrowotnych na terenie Polski w latach 2001 i 2002. Przygotowując projekty Wojewódzkich Planów Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych na rok 2004, które stanowią integralną część Krajowego Planu, brane były pod uwagę przede wszystkim plany zakupu świadczeń przedstawione przez Oddziały Wojewódzkie NFZ. Należy jednocześnie uznać, że zgodnie z dyspozycją art. 220a ust. 3 ustawy o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia, Wojewódzki Plan Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych stanowi odzwierciedlenie możliwości zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ubezpieczonych na terenie danego województwa. Należy podkreślić, że przygotowane przez Oddziały Wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia Wojewódzkie Programy Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych na rok 2004 r. zawierały szczegółowy opis przesłanek, na podstawie których dokonywano wyborów, co do liczby planowanych świadczeń zdrowotnych. Ponadto, zgodnie z zaleceniem Zarządu Narodowego Funduszu Zdrowia w treści Wojewódzkich Planów Zabezpieczenia określono priorytety zdrowotne oraz wskazano strategię kontraktowania świadczeń na 2004 rok.

Plan Zabezpieczenia Świadczeń Zdrowotnych dla Służb Mundurowych powstał na podstawie przygotowanego przez resorty MON, MS i MSWiA Planu Zdrowotnego dla Służb Mundurowych oraz analizy danych statystycznych o wykonanych świadczeniach zdrowotnych w latach poprzednich.

3. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych

3.1. Ujednolicenie zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych:

Podstawowym krokiem pozwalającym na racjonalizację kontraktowania świadczeń zdrowotnych było ujednolicenie zasad zakupu świadczeń zdrowotnych. Zasady te obejmują zarówno określenie jednakowego sposobu kontraktowania świadczeń zdrowotnych, jak i wprowadzenie zdefiniowanych katalogów produktów wraz z nowymi sposobami ich rozliczania.

W celu opracowania ww. zasad i katalogów został powołany zespół, który wykorzystując wcześniejsze doświadczenia kas chorych przygotował niezbędne materiały.

Priorytetami nowych warunków kontraktowania mają być: pacjent, któremu nadano podmiotowość, oraz czytelne zasady kontroli świadczeń oparte na weryfikacji systemowej.

W założeniu ujednoczenie zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych miało służyć poprawie dostępności do świadczeń zdrowotnych we wszystkich zakresach. Wpływ na taką sytuację będą miały poniższe zasady:

- Jednolite standardy dotyczące zakresu obowiązku lekarza poz, pielęgniarki środowiskowej (np. czas pracy, zakres badań)
- Jednolite standardy wykonywania świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (np. standardy dotyczące kwalifikacji personelu, posiadanego sprzętu medycznego, zakresu badań do wykonania)
- Jednolite standardy wykonania świadczeń w lecznictwie szpitalnym (np. standardy oddziałów szpitalnych dotyczące ilości i kwalifikacji personelu, sprzętu medycznego w oddziale i dostępności do diagnostyki)

Wprowadzenie systemu wyceny punktowej miało na celu stworzenie warunków do porównywalności kosztów wykonywanych świadczeń w oparciu o stałe elementy w różnych jednostkach opieki zdrowotnej.

Zgodnie z powyższym założeniem przyjęto, że głównymi elementami kształtującymi wartość punktową świadczenia są:

- Czas hospitalizacji;
- Koszt diagnostyki;
- Koszt leków;
- Koszt środków technicznych;
- Płaca personelu;
- Koszt środków medycznych;
- Koszt zabiegu operacyjnego (między innymi: czas trwania zabiegu operacyjnego, ilość personelu medycznego uczestniczącego w operacji).

Celem tak przygotowanych zasad było stworzenie warunków do racjonalizacji wydatków.

Zakres prac, które zostały przeprowadzone w poszczególnych zakresach świadczeń w celu ujednoczenia systemu obejmował:

- zdefiniowanie świadczeń z zakresu lecznictwa stacjonarnego w katalogu świadczeń szpitalnych, świadczeń odrębnie kontraktowanych i świadczeń onkologicznych. Przyjęto zasadę wyłącznego stosowania poszczególnych świadczeń szpitalnych. Dopuszczono możliwość łączenia jedynie tych świadczeń ze świadczeniami odrębnie kontraktowanymi lub onkologicznymi. Podkreślony został fakt, że koszty wszystkich niezbędnych badań diagnostycznych, rehabilitacji medycznej, leków i materiałów biomedycznych oraz koszty transportu związane z hospitalizacją zawierają się w cenie jednostkowej świadczenia szpitalnego. Położono nacisk na świadczenia wykonywane w trybie jednodniowym.
- Świadczenia odrębnie kontraktowane zostały skatalogowane jako świadczenia terapeutyczno-diagnostyczne oraz świadczenia onkologiczne: chemioterapeutyczne i radioterapeutyczne. W związku z szybkim rozwojem nauk medycznych w tym zakresie ze skutkiem powstawania nowych procedur medycznych, katalogi te będą poddawane okresowym analizom i ewentualnym zmianom w celu dostosowania do

aktualnych potrzeb. Zmiany będą wprowadzane jeden raz w roku przed konkursem ofert na zakup świadczeń na rok następny.

- Generalną zasadą utrzymaną w podstawowej opiece zdrowotnej jest deklaracja wyboru lekarza POZ. Utrzymano kapitacyjny sposób finansowania świadczeń. Przyjęto wprowadzenie obowiązku przeznaczania 10 % stawki kapitacyjnej na realizację badań diagnostycznych. Zakres świadczeń jest realizowany na podstawie kompetencji lekarza POZ, pielęgniarki środowiskowej /rodzinnej, położnej środowiskowej/ rodzinnej oraz pielęgniarki środowiskowej w środowisku nauczania i wychowania.
- Pomoc wyjazdowa będzie realizowana we własnym zakresie lub wykupiona na podstawie umowy z innym świadczeniodawcą NFZ. Zapis ten ze względu na prowadzoną akcję protestacyjną lekarzy skupionych w Porozumieniu Zielonogórskim został zmieniony na początku 2004 r. w kierunku wyodrębnienia świadczeniodawców realizujących nocną i świąteczną wyjazdową i ambulatoryjną pomoc lekarską wraz z odpowiednim transportem sanitarnym.
- W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wprowadzono typy porad z ustaloną wyceną punktową. Wszystkie świadczenia z tego zakresu mogą być również wykonywane jedynie w placówkach posiadających umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia.
- Kontraktowanie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień polega na zakupie punktu rozliczeniowego oraz osobodnia zgodnie z jednolitymi katalogami. Usługą sprawozdawczą w tym zakresie jest porada określonego typu lub sesja psychoterapeutyczna. Rozróżniono świadczenia ambulatoryjne realizowane w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci, młodzieży i dorosłych, poradniach leczenia uzależnień i współuzależnień oraz interwencji kryzysowych w izbie przyjęć. Świadczenia całodobowe i dzienne są wykonywane w oddziałach psychiatrycznych i oddziałach uzależnień oraz psychiatrycznej opieki długoterminowej w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych.
- Tryb usług rehabilitacyjnych dotyczy leczenia stacjonarnego, dziennego, ambulatoryjnego i domowego. Utworzono dwa katalogi świadczeń: rehabilitacji medycznej oraz zabiegów rehabilitacyjnych w warunkach ambulatoryjnych.
- Opieka długoterminowa jest świadczona w warunkach stacjonarnych i domowych w ramach opieki paliatywnej/hospicyjnej, stacjonarnej opieki długoterminowej (ZPO, ZOL), domowej opieki nad pacjentem wentylowanym mechanicznie oraz pielęgniarstwa długoterminowej (domowej).
- Zakup świadczeń stomatologicznych odbywa się według przyjętego jednolitego katalogu w rozbiciu na umowy szczegółowe zgodnie z układem katalogu świadczeń stomatologicznych.
- Wprowadzono pięć form leczenia uzdrowiskowego: szpitalne dorosłych, szpitalne dzieci, sanatoryjne dorosłych, sanatoryjne dzieci oraz sanatoryjne dzieci z opiekunem. Kontrakty opierają się o turnusy z osobodniem jako jednostką rozliczeniową.
- Zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze jest realizowane zgodnie z obowiązującymi przepisami tj. rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

- Przygotowano standardy pracowni analitycznych, mikrobiologicznych i badań obrazowych z podziałem na kategorie pracowni i z zakresami możliwych do realizacji przez te pracownie badań.
- Przygotowano warunki do kategoryzacji oddziałów szpitalnych i poradni specjalistycznych, które określają ich standard wraz z wynikającymi z niej zakresami świadczeń możliwymi do realizacji.

We wszystkich prowadzonych pracach nad zasadami kontraktowania świadczeń na 2004 rok a w szczególności w pracach nad katalogami świadczeń oraz ich wycena punktowa brali udział przedstawiciele środowiska medycznego tj. konsultanci krajowi wraz z zespołami, przedstawiciele samorządów zawodowych, przedstawiciele pracodawców i pracowników ochrony zdrowia.

Równocześnie zaprezentowane nowe zasady kontraktowania oraz katalogi stały się przedmiotem ogólnej konsultacji tak środowisk menadżerów ochrony zdrowia jak i różnych środowisk politycznych.

Zakończenie prac nad powyższymi materiałami w 2003 r. oznaczało pełne przygotowanie merytoryczne do przeprowadzenia procedury konkursowej na zakup świadczeń zdrowotnych na rok 2004.

Wprowadzany system w założeniach miał charakter ewolucyjny, a nie rewolucyjny. Jak wspomniano powyżej jego celem była unifikacja systemu świadczenia usług zdrowotnych od strony zakupu świadczeń zdrowotnych. Informacje pozyskane z realizacji tych świadczeń umożliwią monitorowanie systemu oraz przygotowanie niezbędnych korekt w latach następnych.

3.2. Określenie cen maksymalnych

Przygotowując się do kontraktowania świadczeń na rok 2004 Zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia podjął Uchwałę Nr 276/2003 określającą dopuszczalne ceny maksymalne na poszczególne rodzaje świadczeń medycznych. Przyjęto następujące ceny maksymalne:

Maksymalne ceny poszczególnych rodzajów świadczeń w procesie kontraktacji na rok 2004

Lp.	Nazwa rodzaju świadczenia	Nazwa jednostki rozliczeniowej	Cena jednostki rozliczeniowej w złotych
1	Podstawowa opieka zdrowotna	Stawka wynikowa	85,00
2	Podstawowa opieka zdrowotna	Kapitacja w opiece pielęgniarki w środowisku nauczania i wychowania poz	22,80
3	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	Punkt rozliczeniowy	8,00
4	Lecznictwo szpitalne	Punkt rozliczeniowy	10,00
5	Opieka długoterminowa	Punkt rozliczeniowy	9,50
6	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Punkt rozliczeniowy w opiece ambulatoryjnej	7,50
7	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Punkt rozliczeniowy w opiece stacjonarnej	8,50
8	Rehabilitacja lecznicza	Punkt rozliczeniowy	1,00
9	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Punkt rozliczeniowy	10,00
10	Programy terapeutyczne - lekowe	Punkt rozliczeniowy	10,00
11	Leczenie stomatologiczne	Punkt rozliczeniowy	0,07
12	Ratownictwo medyczne	Dobokaretka „R”	2 150,00
13	Ratownictwo medyczne	Dobokaretka „W”	1 700,00
14	Ratownictwo medyczne	Dobokaretka „N”	2 000,00
15	Lecznictwo uzdrowiskowe	Uzdrowiskowe leczenie szpitalne – dorośli - osobodzień	72,00
16	Lecznictwo uzdrowiskowe	Uzdrowiskowe leczenie szpitalne – dzieci - osobodzień	65,00
17	Lecznictwo uzdrowiskowe	Uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne – dorośli - osobodzień	60,00
18	Lecznictwo uzdrowiskowe	Uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne – dzieci - osobodzień	62,00
19	Lecznictwo uzdrowiskowe	Uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne – dziec pod opieką - osobodzień	50,00
20	Lecznictwo uzdrowiskowe	Uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne – świadczenia ambulatoryjne - osobodzień	17,00

3.3. Ogłoszenie i przebieg konkursu ofert

Zgodnie z Uchwałą Zarządu NFZ Nr 220/2003 z dnia 25 września 2003 r. w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych od dnia 1 stycznia 2004 r. upoważniono dyrektorów oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie konkursu ofert, w następujących rodzajach świadczeń: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna - w zakresie: ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne współfinansowane, leczenie szpitalne, leczenie szpitalne - w zakresie: programy terapeutyczne (lekowe), leczenie psychiatryczne i uzależnień, rehabilitacja lecznicza, opieka długoterminowa, leczenie stomatologiczne, ratownictwo i transport medyczny - w zakresie ratownictwa medycznego, ratownictwo i transport medyczny - w zakresie transportu noworodkowego "N", ratownictwo i transport medyczny - w zakresie lotniczego transportu sanitarnego, świadczenia odrębnie kontraktowane, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Równocześnie ze względu na zmianę sposobu prowadzenie konkursu ofert z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego upoważniono Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia postępowania w

sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych z tego rodzaju dla całego obszaru Polski.

W uchwale dotyczącej konkursu ofert wskazano ponadto terminy dotyczące postępowań konkursu ofert tj.:

1. ogłoszenie konkursów ofert - nie później niż do dnia 2 października 2003 r.;
2. zamieszczenie materiałów konkursowych na stronie internetowej - nie później niż do dnia 2 października 2003 r.;
3. składanie ofert - nie później niż do dnia 31 października 2003 r.;
4. otwarcie ofert - nie później niż do dnia 3 listopada 2003 r.;
5. ogłoszenie rozstrzygnięcia konkursu ofert - nie później niż do dnia 23 grudnia 2003 r.

Na skutek licznych wniosków ww. terminy oraz zasady prowadzenia konkursu ofert stały się w późniejszych miesiącach przedmiotem prac zarówno Zarządu jak i Dyrekcji poszczególnych oddziałów NFZ. Prace te znalazły swoje odbicie w postaci licznych uchwał i nowelizacji materiałów konkursowych np. skorygowania pozycji i wyceny punktowej katalogów świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego, zmiany wymogów niezbędnych do prowadzenia praktyki pielęgniarstwa środowiskowej i rodzinnej oraz innych.

Zmieniono również zasady kontraktowania w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze. Zmiany te skutkowały otwarciem systemu dla wszystkich podmiotów zainteresowanych współpracą w tym zakresie.

Ze względu na nieprzystąpienie do konkursu ofert szeregu świadczeniodawców skupionych w tzw. Porozumieniu Zielonogórskim do dnia 31 grudnia 2003 roku nie zabezpieczono w pełni świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. Na skutek prowadzonych rozmów Minister Zdrowia podpisał z protestującymi porozumienie, zgodnie z którym m.in. wydzielone zostały z podstawowej opieki zdrowotnej świadczenia nocnej i świątecznej wyjazdowej i ambulatoryjnej pomocy lekarskiej wraz z transportem sanitarnym. Świadczenia te stały się przedmiotem odrębnego postępowania konkursowego jakie miało miejsce już w 2004 r.

VII. DZIAŁANIA DOSTOSOWAWCZE NFZ DO WYMOGÓW CZŁONKOSTWA POLSKI W UNII EUROPEJSKIEJ

W związku z przystąpieniem Polski do Unii Europejskiej i tym samym włączeniu się do wspólnotowej koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego z dniem 1 maja 2004 r., na Narodowy Fundusz Zdrowia zostało nałożone szereg zadań związanych z koordynacją rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

Od pierwszego dnia członkostwa Polski w UE także polskie instytucje ubezpieczenia zdrowotnego (Narodowy Fundusz Zdrowia i jego oddziały) będą wystawiać formularze wyjeżdżającym do innego kraju UE ubezpieczonym obywatelom polskim. Ponadto Narodowy Fundusz Zdrowia zapewnić będzie dostęp do świadczeń zdrowotnych (poświadczać uprawnienia do tych świadczeń) dla osób uprawnionych z państw członkowskich przebywających lub zamieszkujących na terenie Polski.

W ramach przygotowań przystąpienia Polski do Unii Europejskiej w Narodowym Funduszu Zdrowia w 2003 r. został opracowany szczegółowy harmonogram działań przygotowujących Narodowy Fundusz Zdrowia do pełnienia zadań wynikających z koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

Zarządzeniem Nr 64 Prezesa Rady Ministrów z dnia 1 sierpnia 2003 r. został powołany Międzyresortowy Zespół do spraw Przygotowania Propozycji Rozwiązań Systemowych w Zakresie Realizacji Zadań Wynikających z Przepisów Wspólnotowych o Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego Dotyczących Rzeczowych Świadczeń Leczniczych. W pracach Zespołu uczestniczyli przedstawiciele NFZ. W ramach Zespołu zostały wyodrębnione trzy grupy robocze:

- ds. rozwiązań organizacyjno technicznych zapewniających prawidłową realizację prawa do rzeczowych świadczeń zdrowotnych;
- ds. zabezpieczenia finansowania rzeczowych świadczeń zdrowotnych;
- ds. przygotowania zmian legislacyjnych w zakresie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Ponadto w 2003 r. zostały przygotowane wytyczne do zmian Regulaminu Organizacyjnego NFZ w celu dostosowania Biura ds. Współpracy Międzynarodowej do wymogów jakie stawia przed NFZ akcesja do UE, ze szczególnym uwzględnieniem wykonywania zadań instytucji łącznikowej oraz wytycznych do zmian Regulaminów Organizacyjnych Oddziałów NFZ, uwzględniając wykonanie zadań instytucji właściwej.

VIII. PODSUMOWANIE

1. Główne wnioski wynikające z funkcjonowania Funduszu w roku 2003

Narodowy Fundusz Zdrowia, jak wszystkie nowe jednostki w pierwszym okresie działalności, musiał uporać się z szeregiem problemów organizacyjnych.

Jednak pomimo wielu niesprzyjających warunków NFZ w pierwszym roku działalności opracował i wdrożył nowy system kontraktowania świadczeń zdrowotnych, stworzył regulacje wewnętrzne pozwalające ujednoczyć strukturę NFZ. Ponadto zostało podjęte szereg działań w celu ujednoczenia systemów informatycznych poszczególnych oddziałów wojewódzkich.

Jednym z niesprzyjających warunków działania Funduszu jest fakt, iż przez pierwsze 8 miesięcy działalności, Fundusz borykał się z utrzymującym niedoborem środków pieniężnych pochodzących ze składek na ubezpieczenie zdrowotne za rok bieżący oraz z lat ubiegłych w stosunku do przewidzianych w planie finansowym.

Niewątpliwie zdobyte doświadczenia w 2003 r. przez Fundusz posłużą przy realizowaniu kolejnych etapów reformy opieki zdrowotnej w Polsce.

2. Zagrożenia dla systemu ubezpieczeń zdrowotnych w latach następnych

Istotnym zagrożeniem dla płynnego i prawidłowego funkcjonowania systemu ubezpieczeń zdrowotnych jest wzrost wartości roszczeń pracowników służby zdrowia objętych rosnącą liczbą postępowań sądowych w sprawie nie wypłaconych podwyżek z tytułu tzw. „ustawy 203”. Jako podstawa prawna roszczeń wysuwanych wobec Funduszu wskazywana jest ustawa o negocjacyjnym systemie kształtowania przyrostu przeciętnych wynagrodzeń u przedsiębiorców (Dz. U. 95.1.2 z dnia 16 grudnia 1994 r. z późn. zm.), zgodnie z którą pracownikom samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej przysługuje od dnia 1 stycznia 2001 r. przyrost przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia, nie niższy niż 203 zł miesięcznie, w przeliczeniu na pełny wymiar czasu pracy łącznie ze skutkami wzrostu wszystkich składników wynagrodzenia. Niejednoznaczne orzecznictwo sądowe w tym zakresie wskazuje na możliwość wystąpienia sytuacji, w której Fundusz będzie musiał uregulować przedmiotowe roszczenia z własnych środków.

Realnym zagrożeniem dla bieżącego funkcjonowania NFZ, jak i jego przyszłości, jest również realizacja kosztów świadczeń zdrowotnych w wysokościach wyższych, od wynikających z planu finansowego na skutek roszczeń zakładów opieki zdrowotnej. Wspomniane żądania, pomimo faktu, iż spór dotyczy usług wykonanych ponad wartość umowy, stanowią wymierną groźbę, co w konsekwencji może prowadzić do osiągnięcia ujemnego wyniku finansowego przez Oddziały Funduszu.

Po wstąpieniu do Unii Europejskiej pacjenci z Polski będą mieli możliwość leczenia się w krajach Unii, a pacjenci z krajów unijnych będą mogli leczyć się w naszym kraju. Finansowanie leczenia naszych ubezpieczonych za granicą jak i obcokrajowców w placówkach na terenie Polski może spowodować znaczny wzrost wydatków z tytułu pokrycia kosztów świadczeń zdrowotnych.