

Rola i funkcjonowanie NFZ w systemie ochrony zdrowia

Piotr Bromber*

Streszczenie: W niniejszym artykule dokonano analizy i oceny instrumentów działania Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: *Funduszu*). W szerszym aspekcie autor zwraca uwagę na rozproszenie i rozmycie odpowiedzialności w obszarze ochrony zdrowia. Jego zdaniem, percepcja roli *Funduszu* w dużym stopniu jest zdeterminowana brakiem równowagi pomiędzy podmiotami uczestniczącymi w systemie ochrony zdrowia. W ocenie autora nie powinno się *Funduszowi* przypisywać funkcji koordynatora systemu ochrony zdrowia, a w konsekwencji odpowiedzialności za ochronę zdrowia.

Słowa kluczowe: Narodowy Fundusz Zdrowia, kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej, rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej, wycena świadczeń opieki zdrowotnej

Wprowadzenie

Praktycznie od początku działania *Funduszu* toczy się dyskusja o jego roli i zmianach w funkcjonowaniu, łącznie z deklaracją lub oczekiwaniem likwidacji. Ogólna konkluzja z tej dyskusji sprowadza się do przekonania, że gdyby nie *Fundusz*, to służba zdrowia byłaby co najmniej bliższa ideałowi.

Zdaniem autora, percepcja roli *Funduszu* w dużym stopniu jest zdeterminowana brakiem równowagi pomiędzy podmiotami uczestniczącymi w systemie ochrony zdrowia. To skutkuje przede wszystkim rozproszeniem i rozmyciem odpowiedzialności. Szerzej, wpisuje się to w zjawisko określane przez autora „decentralizacją problemów”, czyli wycofywaniem się państwa z „określonych” obszarów działania i w ten sposób pozbywaniem się „problemów”, a w konsekwencji odpowiedzialności.

Na problem wycofania się państwa z odpowiedzialności za funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia zwraca uwagę G. Magnuszewska-Otulak. Jako jeden z przykładów wskazuje przeniesienie na JST odpowiedzialności za niewydolność i niedofinansowanie systemu poprzez wymuszenie likwidacji podmiotów leczniczych, dla których podmiotami tworzącym są JST (Magnuszewska-Otulak).

Inni autorzy wskazują rozproszoną i rozmytą odpowiedzialność organów w sektorze zdrowia jako jedno ze źródeł nierównowagi i nieefektywności finansowej systemu (Golinska i in. 2012: 9).

* mgr Piotr Bromber, Uniwersytet Zielonogórski, Podgórna 50, 65-246 Zielona Góra, e-mail: brom2@tlen.pl.

E. Nojszewska wskazuje, że to *Fundusz* realizuje politykę zdrowotną przy okazji wykonywania swych ustawowych zadań jako płatnik, a tak być nie powinno (Nojszewska).

Podobnego zdania są autorzy raportu „Co trzeba zmienić w systemie ochrony zdrowia”. Ich zdaniem, *Fundusz*, finansując udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i ustalając zasady podziału środków, tworzy realną politykę zdrowotną, ale w oderwaniu od kryteriów merytorycznych (*Co trzeba zmienić...* 2010: 12).

Dla odmiany, I. Kowalska analizując problem decentralizacji funkcji zdrowotnych państwa, postuluje powierzenie funkcji koordynatora polityki zdrowotnej właśnie *Funduszowi*. Twierdzi, iż jest to jedyna, „w miarę profesjonalna instytucja”, która realizuje cele polityki zdrowotnej na poziomie regionalnym i lokalnym. W jej ocenie nie można od JST i lokalnych władz centralnych wymagać profesjonalizmu w sprawach zdrowotnych (Kowalska 2009: 47).

Ministerstwo Zdrowia jako nieefektywne ocenia centralne zarządzanie przez *Fundusz* polityką zdrowotną w regionach. Ale tym samym potwierdza istnienie dwóch ośrodków kreowania polityki zdrowotnej: Centrali *Funduszu* i Ministerstwa Zdrowia (*Reforma NFZ...*).

Następstwem takiego rozwiązania jest potencjalny konflikt pomiędzy Ministrem Zdrowia a *Funduszem* (Dychalska 2010: 14). Pojawiają się też pytania o zasadność istnienia Ministerstwa Zdrowia¹.

W ocenie Autora niniejszego artykułu, nie powinno się *Funduszowi* przypisywać funkcji koordynatora systemu ochrony zdrowia, a w konsekwencji odpowiedzialności za ochronę zdrowia. Niestety, w dyskusji o jego funkcjonowaniu często zapomina się, iż płatnik jest tylko jednym z podmiotów systemu ochrony zdrowia. Rola *Funduszu*, zdaniem Autora, powinna ograniczyć się do finansowania systemu ochrony zdrowia².

W praktyce oznacza to pobór składki i zakup w imieniu świadczeniobiorców świadczeń opieki zdrowotnej o ustalonym standardzie, realizowanych na uzgodnionych zasadach dostępności. W tym zakresie *Fundusz* powinien być wyposażony w adekwatne zadania i instrumenty działania dające zapewnienie realizacji założonych celów.

W niniejszym artykule zaprezentowano obecną organizację i zadania *Funduszu*. Ponadto dokonano analizy i oceny instrumentów działania *Funduszu*.

1. Organizacja i zadania *Funduszu*

Fundusz jest państwową jednostką organizacyjną, mającą osobowość prawną. Działa na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finan-

¹ Autor podziela pogląd co do rozważenia połączenia ministerstw odpowiedzialnych za ochronę zdrowia i politykę społeczną (zob. Biardzki 2010: 12–18).

² W literaturze wskazuje się na cztery funkcje narodowych systemów zdrowia:

- funkcja nadzoru/kierowania,
- funkcja kreowania zasobów,
- funkcja dostarczania usług,
- funkcja finansowania systemu (zob. *Wyzwania w systemie...* 2009: 31).

sowanych ze środków publicznych (dalej: *ustawa o świadczeniach*) i statutu nadanego rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 września 2004 roku w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia.

W skład *Funduszu* wchodzi centrala *Funduszu* i szesnaście oddziałów wojewódzkich utworzonych zgodnie z podziałem terytorialnym kraju.

Organami *Funduszu* są:

- Rada *Funduszu*,
- Prezes *Funduszu*,
- rady oddziałów wojewódzkich *Funduszu*,
- dyrektorzy oddziałów wojewódzkich *Funduszu*.

Do zakresu działania *Funduszu* należą w szczególności:

- finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom uprawnionym na podstawie ustawy o świadczeniach,
- prowadzenie rozliczeń w zakresie określonym w ustawie z dnia 12 maja 2011 roku o refundacji cen leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (dalej: ustawy o refundacji),
- określanie jakości, dostępności i analiza kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie niezbędnym dla prawidłowego zawierania umów,
- przeprowadzanie konkursów ofert, rokowań i zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także monitorowanie ich realizacji i rozliczanie,
- finansowanie medycznych czynności ratunkowych,
- wykonywanie zadań zleconych, w tym finansowanych przez Ministra Zdrowia, w szczególności realizacja programów zdrowotnych,
- monitorowanie ordynacji lekarskich,
- promocja zdrowia,
- prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych,
- prowadzenie wydawniczej działalności promocyjnej i informacyjnej w zakresie ochrony zdrowia.

Nadzór nad działalnością *Funduszu* sprawuje Minister Zdrowia, stosując kryterium legalności, rzetelności i celowości. Ponadto ustawodawca powierzył Ministrowi Finansów uprawnienia nadzorcze w zakresie gospodarki finansowej *Funduszu*. Sprawuje on nadzór z punktu widzenia kryterium legalności, rzetelności, celowości i gospodarności.

2. Planowanie finansowe

W Polsce finansowanie ochrony zdrowia ma charakter ubezpieczeniowo-budżetowy, finansowana jest głównie ze składek z ubezpieczenia zdrowotnego. Ich suma jest uzależniona od procentowej wysokości składki, podstawy wymiaru naliczenia oraz liczby ubezpieczonych opłacających składkę (*Finansowanie ochrony...* 2008).

J. Sobiech zwraca uwagę, iż tego typu rozwiązanie daje „gwarancję” środków na opiekę zdrowotną i wyłącza ją z corocznego „przetargu politycznego” w trakcie uchwalania ustawy budżetowej (Sobiech 2004: 449).

Obecnie wysokość składki wynosi 9% podstawy wymiaru. Warto zaznaczyć, iż od kilku lat trwa dyskusja o jej zwiększeniu. Autor, przyjmując tezę o ograniczonych nakładach finansowych, podziela pogląd o konieczności szerszych zmian. W jego ocenie nie można sprowadzać problemów w ochronie zdrowia tylko i wyłącznie do wysokości zasilania finansowego (zob. Kurowska, Szparkowska; Lisowska).

Składki są opłacane i ewidencjonowane w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych, a w przypadku rolników w Kasie Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego³.

Następnie przekazywane są do Centrali *Funduszu*, która dokonuje ich podziału pomiędzy oddziały wojewódzkie. Autorowi bliski jest pogląd o docelowym wyłączeniu ZUS i KRUS z poboru składki zdrowotnej i skierowanie jej bezpośrednio do *Funduszu*. W ocenie ekspertów oznaczałoby to oszczędności, a jednocześnie usprawniło proces poboru (*Łączenie ZUS z NFZ...*).

Mechanizm podziału składki jest bardzo skomplikowany i daleki od doskonałości. Sąd podlega nieustannej krytyce i kilkakrotnie był zmieniany. Problem jest tym większy, iż brak w tym zakresie optymalnych rozwiązań (zob. Wojteczek 2010: 18–22; Bączek; *Interpelacja nr 10760...*; *Pracodawcy...*; RPO; *Odpowiedź sekretarza...*).

Algorytmy stosowane w innych krajach opierają się na zróżnicowanych procedurach i uwzględniają różne czynniki ryzyka zdrowotnego (Czerska, Jasiak-Kaczmarek 2012: 571).

Najprościej byłoby zgromadzone środki finansowe podzielić przez liczbę ubezpieczonych ogółem, a następnie tak wyliczoną stawkę pomnożyć przez liczbę ubezpieczonych zamieszkujących w danym województwie (Pietraszewska-Macheta).

Jednak takie podejście oznaczałoby nierówny dostęp ubezpieczonych do świadczeń opieki zdrowotnej. A wszystko przez różnice w poziomie dochodów ubezpieczonych i różnej strukturze ryzyk zdrowotnych (Wasen, Marek 2001: 3).

Dlatego tak ważna jest konstrukcja algorytmu podziału. Obecnie, stosownie do *ustawy o świadczeniach*, przy podziale środków pomiędzy oddziały wojewódzkie *Funduszu* uwzględnia się⁴:

- liczbę ubezpieczonych zarejestrowanych w oddziale wojewódzkim *Funduszu*,
- wydzielone, według wieku i płci, grupy ubezpieczonych oraz wydzielone grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczenia wyspospecjalistyczne,

³ Zarówno ZUS, jak i KRUS mogą potrącić koszty związane z poborem i ewidencjonowaniem składek w wysokości 0,20% kwoty tej części składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazanych do Centrali *Funduszu*, które zostały zidentyfikowane, czyli przypisane do konkretnego ubezpieczonego.

⁴ Szczegółowe kryteria podziału, w tym grupy ubezpieczonych i grupy świadczeń opieki zdrowotnej, określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 roku w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych, DzU, nr 193, poz. 1495.

- ryzyko zdrowotne odpowiadające danej grupie ubezpieczonych, w zakresie danej grupy świadczeń opieki zdrowotnej, w porównaniu z grupą odniesienia.

W myśl generalnej zasady podziału, wysokość planowanych środków na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki nie może być niższa niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla danego oddziału w roku poprzednim, zaplanowanych w planie finansowym.

W. Misiąg i M. Tomalak wśród słabości obowiązującego algorytmu wymieniają między innymi użycie do obliczania limitów wydatków dla wszystkich województw takich samych ogólnopolskich wskaźników. To oznacza, że nie uwzględnia się stopnia urbanizacji, ich zdaniem istotnie wpływającego na koszty podstawowej opieki zdrowotnej i międzywojewódzkiego zróżnicowania stanu zdrowotnego ubezpieczonych. Autorzy zwracają też uwagę, iż przyjęty mechanizm podziału nie premiuje oddziałów *Funduszu* za oszczędność, nie powodując do tego negatywnych skutków finansowych w przypadku osiągania gorszych efektów działania, mierzonych wskaźnikami obrazującymi stan zdrowotności w województwie (Misiąg, Tomalak 2010: 29).

Podstawowe zasady tworzenia planu finansowego *Funduszu*, w tym etapy związane z przygotowaniem projektu planu, a także jego zmian określa *ustawa o świadczeniach*⁵. Prezes *Funduszu* coroczną prognozę przychodów na trzy lata sporządza w oparciu o liczbę płacących składki i przypisie składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz wskaźniki makroekonomiczne przekazywane przez Ministra Finansów, wykorzystywane przy tworzeniu ustawy budżetowej na rok następny (*Prognoza 2012...*; *Odpowiedź podsekretarza...*).

Na podstawie prognozy przychodów i prognozy kosztów, opracowanej na podstawie informacji przekazanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich, sporządzany jest projekt planu finansowego na rok następny. Stanowi on podstawę prowadzenia gospodarki finansowej *Funduszu*. Co do zasady, powinien być zrównoważony w zakresie przychodów i kosztów.

Zmiany w planie finansowym *Funduszu* można dokonać tylko w przypadku zaistnienia sytuacji, których nie można było przewidzieć w momencie zatwierdzenia lub ustalenia planu. Uprawnienia do dokonywania zmian zostały przyznane Prezesowi *Funduszu*. Ustalony tryb zmiany planu zakłada konieczność opiniowania i zatwierdzenia, podobnie jak na etapie opracowania planu. Nie dotyczy to przesunięcia kosztów w planie finansowym Centrali *Funduszu*, przesunięcia kosztów w ramach kosztów administracyjnych w planie finansowym *Funduszu*, a także zmiany planu finansowego w zakresie środków przekazywanych Funduszowi z dotacji budżetu państwa. W tym zakresie Prezes *Funduszu* ma jedynie obowiązek uprzedniego poinformowania Ministra Zdrowia i Ministra Finansów o planowanych zmianach.

⁵ Szczegółowe zasady określa rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 roku w sprawie szczególnych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia, DzU, nr 104, poz. 875 z późn. zm.

Uprawnienie do zmiany planu finansowego ma również dyrektor oddziału wojewódzkiego, który po poinformowaniu Prezesa *Funduszu*, może dokonać przesunięcia kosztów w ramach kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w planie finansowym oddziału wojewódzkiego. Tego typu zmiany służą najczęściej optymalizacji alokacji środków finansowych.

Plan finansowy sporządzany jest w podziale na:

1. Planowane koszty dla Centrali, w tym:
 - koszty finansowania działalności Centrali,
 - rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji.
2. Planowane koszty poszczególnych oddziałów wojewódzkich *Funduszu*, w tym:
 - koszty finansowania działalności poszczególnych oddziałów,
 - rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych,
 - rezerwa, o której mowa w *ustawie o refundacji*.

Odrębną pozycję stanowią łączne przychody i koszty *Funduszu*.

Do źródeł przychodów *Funduszu* zalicza się przede wszystkim należne składki na ubezpieczenie zdrowotne. W dalszej kolejności są to:

- odsetki od nieopłaconych w terminie składek na ubezpieczenie zdrowotne,
- darowizny i zapisy,
- dotacje, w tym dotacje celowe przeznaczone na zadania wskazane w ustawie o świadczeniach,
- środki przekazane na realizację zadań zleconych w zakresie określonym w ustawie o świadczeniach,
- środki uzyskane z tytułu roszczeń regresowych,
- przychody z lokat,
- kwoty w zakresie określonym w ustawie o refundacji,
- inne przychody.

Środki finansowe *Funduszu* mogą pochodzić również z kredytów i pożyczek.

Do katalogu kosztów *Funduszu* zalicza się w szczególności koszty świadczeń opieki zdrowotnej dla uprawnionych na podstawie ustawy o świadczeniach, gdzie największą pozycję stanowi lecznictwo szpitalne⁶. W dalszej kolejności do kosztów *Funduszu* zaliczamy:

- koszty refundacji określone ustawą o refundacji,
- koszty zadań zleconych, w zakresie określonym w ustawie o świadczeniach,
- koszty działalności *Funduszu*, w szczególności koszty amortyzacji, koszty związane z utrzymaniem nieruchomości, koszty wynagrodzeń wraz z pochodnymi, diet i zwroty kosztów podróży,
- koszty poboru i ewidencji składek na ubezpieczenie zdrowotne,

⁶ Od lat trwa dyskusja o zbyt dużym udziale procentowym kosztów leczenia szpitalnego. Dlatego też podejmowane są przez *Fundusz* działania mające na celu wykonywanie większego zakresu świadczeń w trybie ambulatoryjnym.

- koszt wypłaty odszkodowań,
- inne koszty wynikające z odrębnych przepisów.

Środki finansowe *Funduszu* mogą być przeznaczone również na spłatę kredytów i pożyczek.

3. Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej

Jednym z podstawowych celów *Funduszu* jest zapewnienie świadczeniobiorcom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, niezależnie od miejsca zamieszkania (por.: *Plan 2013...*; *Plan 2014...*).

Cel ten realizowany jest przede wszystkim poprzez podpisywanie umów ze świadczeniodawcami. Proces prowadzący do zawarcia umowy określa się „kontraktowaniem świadczeń opieki zdrowotnej”.

Fundusz ma obowiązek zapewnić równe traktowanie świadczeniodawców ubiegających się o zawarcie umowy i prowadzić postępowanie w sposób gwarantujący zachowanie uczciwej konkurencji. Tym samym, wszystkie wymagania, wyjaśnienia i informacje, jak też dokumenty związane z postępowaniem powinny być udostępniane świadczeniodawcom na takich samych zasadach.

Kontraktowanie jest procesem bardzo sformalizowanym i skomplikowanym (Pietraszewska-Macheta 2012: 183), opartym przede wszystkim o *ustawę o świadczeniach* (dział VI) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia, zarządzenia Prezesa *Funduszu* i procedury wewnętrzne *Funduszu*.

Tabela 1

Regulacje prawne w zakresie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej

Minister Zdrowia	Prezes <i>Funduszu</i>
Rozporządzenie z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, DzU, nr 81, poz. 484.	Zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej.
Rozporządzenie z dnia 15 grudnia 2004 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu, w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań, DzU, nr 274, poz. 2719.	Zarządzenie nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 roku w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późn. zm.
Rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych (tzw. rozporządzenia koszykowe, określające zakres świadczeń gwarantowanych).	Zarządzenie nr 46/2011/DSOZ z dnia 16 września 2011 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późn. zm. Procedury wewnętrzne Funduszu.

Źródło: opracowanie własne.

Kontraktowanie w dużym stopniu jest wspomagane przez system informatyczny *Funduszu*, który umożliwia realizację praktycznie wszystkich etapów kontraktowania, w tym rankingowanie ofert⁷.

Takie rozwiązanie, przy wspomnianej już złożoności samego procesu, zdecydowanie ogranicza wpływ czynnika ludzkiego na wynik postępowania. W ramach procesu kontraktowania wyodrębnia się trzy etapy:

- sporządzenie planu zakupu świadczeń,
- przeprowadzenie postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej,
- zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Jak podkreśla ustawodawca, warunkiem koniecznym finansowania w całości lub współfinansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych jest umowa. Zawierana jest pomiędzy dyrektorem oddziału wojewódzkiego *Funduszu* a świadczeniodawcą i określa w szczególności kwotę zobowiązania *Funduszu* wobec świadczeniodawcy, rodzaj i zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunki udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.

W literaturze przedmiotu zwraca się uwagę przede wszystkim na problem limitów. Z punktu widzenia płatnika limity stanowią skuteczny sposób zarządzania płynnością finansową. Dla pacjentów na ogół oznaczają dłuższy czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej⁸, a dla świadczeniodawców problemy finansowe i zadłużenie. Dlatego limity są źródłem licznych konfliktów, protestów (zob. *Szpitala szykują...*; *Szpital...*; *Rośnie...*; Interpelacja nr 10065...; *Radni...*; *Szefowa NFZ...*).

W ocenie E. Malinowskiej-Misiąg, W. Misiąga i M. Tomalaka, limity mogą utrudniać ubezpieczonym dostęp do świadczeń. Ich zniesienie miałyby wzmocnić mechanizmy wymuszające dbałość o jakość świadczeń zdrowotnych, przy założeniu wprowadzenia ścisłej kontroli świadczeniodawców (zob. Malinowska-Misiąg i in. 2008a; Malinowska-Misiąg i in. 2008b).

Odrębnym problemem kontraktowania jest zwiększająca się liczba świadczeniodawców. Tego typu tendencja może spowodować duże rozdrobnienie kontraktów i jeszcze większe problemy z przestrzeganiem limitów.

4. Techniki rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej

Zasady rozliczania przez *Fundusz* świadczeń zostały określone w *ustawie o świadczeniach*, rozporządzeniu Ministra Zdrowia i zarządzeniach Prezesa *Funduszu*.

⁷ System Informatyczny Wspomagania Działalności Narodowego Funduszu Zdrowia.

⁸ W ocenie Autora instytucja kolejki oczekujących jest niczym innym, jak sposobem zarządzania dostępnością do świadczeń opieki zdrowotnej.

Tabela 2

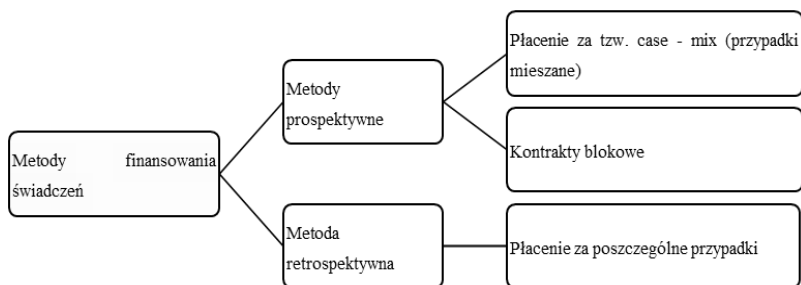
Regulacje prawne w zakresie rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej

Minister Zdrowia	Prezes Funduszu
Rozporządzenie z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, DzU, nr 81, poz.484.	Zarządzenie nr 71/2013/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2013 roku w sprawie szczegółowego komunikatu XML, dotyczącego przekazywania dokumentów rozliczeniowych w postaci dokumentu elektronicznego. Zarządzenie nr 70/2013/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2013 roku w sprawie szczegółowych komunikatów XML, dotyczących przekazywania w formie elektronicznej danych zawartych w fakturze, rachunku lub notcie oraz rozliczania świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie oraz deklaracji POZ/KAOS. Zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej.

Źródło: opracowanie własne.

Fundusz jest zobowiązany do sfinansowania świadczeń udzielonych w okresie rozliczeniowym do kwoty zobowiązania wobec świadczeniodawcy określonej w umowie⁹.

W umowie zawartej na więcej niż jeden zakres świadczeń dla danego rodzaju świadczeń kwota zobowiązania stanowi sumę kwot zobowiązania w poszczególnych zakresach, po uwzględnieniu korekty wynikającej ze stosowania współczynników korygujących. W literaturze przedmiotu wymienia się trzy metody finansowania świadczeń opieki zdrowotnej.

**Rysunek 1.** Metody finansowania świadczeń opieki zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne na podstawie Cygańska, Gierusz: 21–22; Jaworzyńska (2012): 278.

⁹ W trakcie obowiązywania umowy Fundusz jest zobowiązany do przedkładania świadczeniodawcom propozycji finansowych na kolejny okres rozliczeniowy. Najczęściej okresem rozliczeniowym jest rok kalendarzowy.

Wyceny poszczególnych świadczeń opieki zdrowotnej dokonuje Prezes *Funduszu*. Teoretycznie, dokonując jej powinien brać pod uwagę wzajemne relacje kosztowe udzielanych świadczeń, uwzględniając koszty ich udzielania przez świadczeniodawców, a w wybranych zakresach świadczeń także koszty zapewnienia gotowości ich udzielania. Może w tym zakresie korzystać z danych otrzymanych od wybranych świadczeniodawców i innych podmiotów. Niestety nie dysponuje odpowiednimi narzędziami pozyskiwania niezbędnych danych (*IX Forum...*).

Obecnie w *Funduszu* trwają prace nad aplikacją programu informatycznego, która dopiero umożliwi przekazywanie tego typu informacji przez wybranych świadczeniodawców (*Ile rzeczywiście...*).

Z badań ankietowych przeprowadzanych wśród oddziałów wojewódzkich *Funduszu* wynika, iż podstawą wyceny świadczeń nie są wyceny przedstawione przez szpitale, ani też informacje pozyskane od innych podmiotów. Jako podstawę wyceny wskazano własne wyliczenia, analizy danych historycznych i ograniczenia finansowe (*Koncepcja sprawozdawczości... 2011: 133*).

Brak w *Funduszu* prawidłowych danych o rzeczywistych kosztach większości kontraktowanych świadczeń potwierdziła kontrola Najwyższej Izby Kontroli. W ocenie Izby nieumożliwiało to rzetelne dokonanie ich wyceny (*Informacja... 2013: 7 i 16*).

Ograniczone działania w tym zakresie podjęto we wrześniu 2011 roku. Wówczas *Fundusz* wprowadził procedurę umożliwiającą zmianę wyceny świadczeń na wniosek świadczeniodawcy. Zobowiązywała ona świadczeniodawcę do podania rzeczywistego kosztu wytworzenia i udzielenia świadczenia. Okazało się jednak, iż przekazywane dane często dotyczą zbyt małej liczby przypadków, co utrudniało oszacowanie uśrednionych kosztów. Pomimo tych trudności, w ten sposób dokonano zmiany wyceny części świadczeń z zakresu kardiologii i pediatrii (*Informacja... 2013: 6 i 16*).

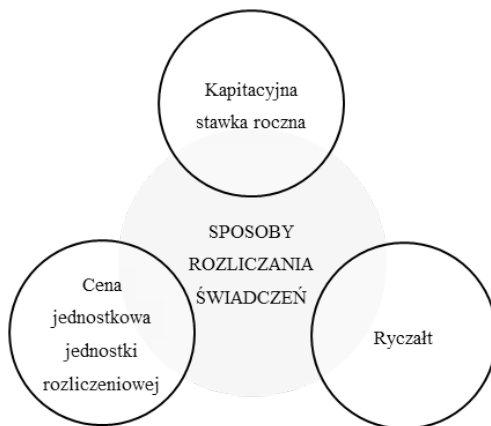
W kontekście niniejszych rozważań należy też zwrócić uwagę na zależność pomiędzy ilością wykonywanych procedur a ich wyceną, w tym na zjawisko selekcji pacjentów przez niektórych świadczeniodawców (*Strzesak 2010: 20–22; Raport...*).

Konkludując powyższe, autor artykułu w pełni popiera koncepcję utworzenia odrębnej instytucji, której zadaniem będzie tylko wycena świadczeń opieki zdrowotnej (Kaczmarek).

Jednostki rozliczeniowe dla poszczególnych zakresów świadczeń określa Prezes *Funduszu*¹⁰.

Podstawą rozliczeń i płatności za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone w okresie sprawozdawczym jest rachunek wraz z raportem statystycznym, określane mianem „dokumentacji rozliczeniowej”. Rozliczenie następuje w formie elektronicznej (*Likwidacja...; Komunikat...*).

¹⁰ W zarządzeniach określających warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej.



Rysunek 2. Sposoby rozliczania świadczeń

Źródło: opracowanie własne.

W trakcie procesu uznawania świadczeń do zapłaty, świadczenia są kwalifikowane w następującej kolejności¹¹:

- świadczenia ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia innym niż ubezpieczony,
- świadczenia inne niż ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia innym niż ubezpieczony,
- świadczenia ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia ubezpieczony,
- świadczenia inne niż ratujące życie dla świadczeniobiorców z tytułem uprawnienia ubezpieczony.

5. Funkcja kontrolna Funduszu

Kontrole przeprowadzane przez *Fundusz* stanowią bardzo istotny element finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce. Często też implikują duże emocje i kontrowersje (Fortak-Karasińska, Bogusiak; *Interpelacja nr 2292...*; Sienkiewicz 2011: 9–12).

Zasadnicze kwestie mające wpływ na zakres funkcji kontrolnej *Funduszu* zostały uregulowane w *ustawie o świadczeniach* i *ustawie o refundacji*. Ponadto, zagadnienia proceduralne i metodologiczne zostały doprecyzowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i zarządzeniach Prezesa *Funduszu*.

¹¹ W ocenie świadczeniodawców, Fundusz narzucił szpitalom niekorzystny system rozliczeń i wykorzystuje w ten sposób swoją dominującą pozycję. Placąc w pierwszej kolejności za świadczenia ratujące życie, nie płaci za część świadczeń planowych (zob. UOKiK...; *Szpitala wnioskują...*).

Tabela 3Regulacje prawne określające procedurę i metodologię kontroli realizowanych przez *Fundusz*

Minister Zdrowia	Prezes <i>Funduszu</i>
Rozporządzenie z dnia 15 grudnia 2004 roku w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych DzU, nr 274, poz. 2723.	Zarządzenie nr 23/2009/DSOZ z dnia 13 maja 2009 roku w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli z późn. zm. Zarządzenie nr 50/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 sierpnia 2012 roku w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia kontroli wystawiania i realizacji recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne.

Źródło: opracowanie własne.

Zakres przedmiotowy kontroli obejmuje:

1. Realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności:
 - organizację i sposób udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępność,
 - udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymaganiami określonymi w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
 - dokumentację medyczną.
2. Wystawianie i realizację recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, w tym przykładowo kontrolę:
 - spełniania przez wypisywane recepty wymogów formalnych, stanowiących podstawę wydania refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, jak też sprawdzenie prawidłowości użytych druków recept i danych naniesionych na receptach,
 - czytelności danych na recepcie i prawidłowości dokonanych poprawek,
 - kompletności i poprawności danych niezbędnych do wystawienia recepty.

W procesie kontroli realizowanych przez *Fundusz* występują etapy charakterystyczne, jak dla każdego procesu kontrolnego (por. *Standardy kontroli...* 2012; *Standardy i wytyczne...* 2009).

Z kolei identyfikowane w trakcie kontroli nieprawidłowości w dużym stopniu dotyczą kwestii formalnych, najczęściej realizacji umów/recept i prawidłowości ich rozliczania (zob. *Informacja (a); Informacja (b)*).

Bardzo krytycznie działania kontrolne *Funduszu* zostały ocenione przez Najwyższą Izbę Kontroli. Wprawdzie ocena dotyczyła tylko kontroli świadczeniodawców, ale miała charakter systemowy (*Informacja...* 2012). Izba oceniła system kontroli *Funduszu* jako nieefektywny i nieskuteczny, gdyż nie gwarantuje właściwego nadzoru nad wykonywaniem kontraktów. Jej zdaniem, poza nadzorem *Funduszu* pozostaje znaczna liczba świadcze-

niodawców o niskich kwotowo kontraktach oraz jakość i dostępność świadczonych usług (*Informacja...* 2012: 6–7). Autor niniejszego artykułu dostrzega jednak możliwości zwiększenia potencjału *Funduszu* w tym zakresie. Tym bardziej, iż skutki finansowe w postaci zwrotu nienależnie pobranych środków i nałożonych kar finansowych w wyniku przeprowadzanych przez *Fundusz* w latach 2010–2011 kontroli były ponad trzykrotnie wyższe niż koszty ich przeprowadzenia (*Informacja...* 2012).

W szczególności zwraca uwagę na wdrażane przez *Fundusz* centralne i oddziałowe reguły weryfikacyjne. Mechanizm ten został też pozytywnie oceniony przez Izbę (*Informacja...* 2012: 37). Nie jest to rozwiązanie, które zastąpi kontrolę instytucjonalną, ale może być pomocne nie tylko na etapie identyfikacji obszarów ryzyka, ale również znacząco wzmocnić mechanizm kontroli *ex ante*. Szczególnie poprzez rozszerzenie zakresu prowadzonych weryfikacji¹².

Resumując, funkcja kontrolna *Funduszu* wymaga wzmocnienia. Analizując zapisy regulacji prawnych i uwzględniając wagę funkcji kontrolnej *Funduszu*, zasadnym byłoby opracowanie jednolitej regulacji prawnej, określającej zakres i procedurę kontroli realizowanych przez *Fundusz*. Nie bez znaczenia jest ranga takiego aktu prawnego.

Tego typu rozwiązanie z jednej strony powinno wzmocnić *Fundusz* w relacjach z podmiotami kontrolowanymi, z drugiej – pozwoli na lepszą koordynację funkcji kontrolnej. Równocześnie należy podjąć działania edukacyjne w zakresie metod i technik kontroli. Ponadto koniecznym jest zwiększenie ilościowe potencjału kadrowego *Funduszu*, ze szczególnym uwzględnieniem osób z wykształceniem medycznym. Obecnie brak ze strony lekarzy i pielęgniarek zainteresowania pracą w *Funduszu*. Poniekąd wynika to z ograniczeń zawartych w *ustawie o świadczeniach*¹³ oraz możliwości finansowych *Funduszu*¹⁴.

Literatura

Bączek I., *Podział środków na leczenie: czy algorytm zabiera biednym, a daje bogatym*, www.rynekzdrowia.pl/Ubezpieczenia-zdrowotne/Podzial-srodkow-na-leczenie-czy-algorytm-zabiera-biednym-a-daje-bogatym,5569,4,drukuj.html.

Biardzki M. (2010), *Ministerstwo głupich kroków*, „Menedżer Zdrowia”, nr 1, s. 12–18.

Co trzeba zmienić w systemie ochrony zdrowia (2010), red. P. Krasucki, Instytut Sprawa Publicznych, Warszawa s. 12.

¹² Centrala *Funduszu* publikuje na stronie internetowej listę obowiązujących centralnych warunków walidacji i centralnych reguł weryfikacji (zob. Lista).

¹³ Ustawodawca szczegółowo zdefiniował katalog ograniczeń w tym zakresie. Między innymi pracownicy *Funduszu* nie mogą być jednocześnie właścicielami, pracownikami lub osobami współpracującymi ze świadczeniodawcami, którzy zawarli umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ubiegają się o zawarcie takich umów, członkami organów lub pracownikami podmiotów tworzących w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej oraz członkami organów lub pracownikami JST. Ponadto nie mogą bez zgody Prezesa *Funduszu* podejmować zatrudnienia u innego pracodawcy i wykonywać działalności gospodarczej.

¹⁴ Od kilku lat fundusz wynagrodzeń *Funduszu* jest na stałym poziomie. Z wyłączeniem nowych zadań, np.: związanych z wdrożeniem systemu elektronicznej weryfikacji uprawnień świadczeniodawców (eWUŚ) lub Zintegrowanego Informatora Pacjenta (ZIP).

- Cygańska M., Gierusz J., *Ewolucja zasad kontraktowania usług zdrowotnych w Polsce na tle wybranych krajów*, http://zif.wzr.pl/pim/2007_4_2.pdf, s. 21–22.
- Czerska I., Jasiak-Kaczmarek B. (2012), *Algorytmy wyrównawcze Narodowego Funduszu Zdrowia jako modele podziału środków finansowych we współczesnej publicznej organizacji zdrowotnej w Polsce*, w: *Zarządzanie finansami. Upowszechnianie i transfer wyników badań*, Szczecin, s. 571.
- Dychalska P. (2010), *Narodowa Fikcja Zdrowia*, „Menedżer Zdrowia”, nr 1, s. 14.
- Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II* (2008), red. S. Golinowska, Warszawa.
- Fortak-Karasińska K., Bogusiak M., *Gdy płatnik kontroluje*, www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Gdy-platnik-kontroluje,104556,drukuj.html.
- Golinowska S., Sowada Ch., Tanbor M., Dubas K., Jurkiewicz-Świątek I., Kocot E., Seweryn M., Evetovits'a T. (2012), *Równowaga finansowa oraz efektywność w polskim systemie ochrony zdrowia. Problemy i wyzwania*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne VESALIUS, Kraków, s. 9.
- Ile rzeczywiście kosztują procedury? Trudno się doliczyć*, www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Ile-rzeczywiscie-kosztuja-procedury-Trudno-sie-doliczyc,136339,1.html.
- Informacja o wynikach kontroli „Prowadzenie kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacja wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia”* (2012), Najwyższa Izba Kontroli, Delegatura w Krakowie.
- Informacja o wynikach kontroli „Wykonania w 2012 roku planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia”* (2013), NIK, Warszawa, s. 7 i 16.
- Informacja o wynikach kontroli ordynacji lekarskiej przeprowadzonych przez oddziały wojewódzkie NFZ w II kwartale 2013 roku* (a), www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=22&artnr=5734&szukana=kontroli.
- Informacja o wynikach kontroli przeprowadzonych przez oddziały wojewódzkie NFZ w aptekach w II kwartale 2013 roku* (b), www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=22&artnr=5733&szukana=kontroli.
- Interpelacja nr 10065 w sprawie problemu tzw. nadwykonań w służbie zdrowia*, http://sejmometr.pl/sejm_interpelacje/12638.
- Interpelacja nr 10760 do ministra zdrowia w sprawie krzywdzącego dla Lubelszczyzny algorytmu podziału środków finansowych w NFZ*, <http://orka2.sejm.gov.pl/IZ6.nsf/main/5CC48F3E>.
- Interpelacja nr 2292 do Ministra Zdrowia w sprawie zasadności kontroli NFZ i nakładania kar na placówki medyczne*, [http://orka.sejm.gov.pl/izo7.nsf/www1/i02292/\\$File/i02292.pdf](http://orka.sejm.gov.pl/izo7.nsf/www1/i02292/$File/i02292.pdf).
- IX Forum Rynku Zdrowia: wycena procedur – dlaczego płatnik ma z tym problem?* www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/IX-Forum-Rynku-Zdrowia-wycena-procedur-dlaczego-platnik-ma-z-tym-problem,135141,1.html.
- Jaworzyńska M. (2012), *Metody finansowania świadczeń zdrowotnych*, w: *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska. Sectio H, Oeconomia*, vol. 46, s. 278.
- Kaczmarek A., *Rachunek kosztów szpitali na miarę. Rozmowa z prof. Gertrudą Świdorską, kierującą zespołem do przygotowania projektu rozporządzenia ministra zdrowia w sprawie rachunku kosztów u świadczeniodawców*, <http://m.onet.pl/biznes/prasa,vv57>.
- Komunikat dla osób rozliczających umowy w sprawie nowego sposobu rozliczania umów w związku z likwidacją II fazy rozliczeń*, ftp://ftp.nfz-poznan.pl/nfz/pliki/komunikat_szoj_19012011.pdf.
- Koncepcja sprawozdawczości szpitali na potrzeby zintegrowanego systemu oceny dokonań (2011), red. M. Hass-Symotiuk, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, s. 133.
- Kowalska I. (2009), *Odpowiedzialność samorządu lokalnego za zdrowie – podstawowa opieka zdrowotna. Oczekiwania a rzeczywistość*, „Polityka społeczna”, nr 11–12, s. 47.
- Kurowska A., Szparkowska S., *Uzdrowić system ochrony zdrowia*, www.rp.pl/artykul/424403.html?p=1.
- Likwidacja II fazy rozliczeń*, www.google.pl/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=12&ved=0CDsQFjABOAO&url=http%3A%2F%2Fwww.nfz-warszawa.pl%2Fdownload%2Fszzoj%2Fszkolenia%2Fmazowiecki_OW_NFZ_Likwidacja_II_fazy_rozliczen.ppt&ei=F8qVUuYHifbIA4ueglAP&usq=AFQjCNF3sXnKN8RKBaEB7LOLpQpILSWLLQ&bvm=bv.57155469,d.bGQ.
- Lisowska B., *Wyższa składka na ubezpieczenie zdrowotne nie uzdrowi pacjentów*, http://serwisy.gazetaprawna.pl/zdrowie/artykuly/628335_wyzsza_skladka_na_ubezpieczenie_zdrowotne_nie_uzdrowi_pacjentow.html.
- Lista obowiązujących Centralnych Warunków Walidacji i Centralnych Reguł Weryfikacji*, www.nfz.gov.pl/new/?Katnr=0&dzialnr=17.
- Łączenie ZUS z NFZ, czyli jak uzdrowić składkę na zdrowie*, http://serwisy.GazetaPrawna.pl/zdrowie/artykuly/565325_laczenie_zus_z_nfz_czyli_jak_uzdrowic_skladkenazdrowie.e.html.

- Magnuszewska-Otulak G., *Wybrane problemy polityki zdrowotnej w Polsce*, s. 13–14, http://recesja.icm.edu.pl/ips/problemyps/p21/Magnuszewska-Otulak_PPS21-13-8.pdf.
- Malinowska-Misiąg E., Misiąg W., Tomalak M. (2008a), *Centralne finansowanie ochrony zdrowia i edukacji w Polsce. Analiza Regionalna*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa.
- Malinowska-Misiąg E., Misiąg W., Tomalak M. (2008b) *Zarządzanie środkami publicznymi w polskich szpitalach*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa.
- Misiąg W., Tomalak M. (2010), *Analiza algorytmów podziału środków publicznych z punktu widzenia polityki regionalnej*, Instytut badań nad Gospodarką Rynkową, Warszawa, s. 29.
- Nojszewska E., *NFZ nie tylko płatnik publiczny, ale także kreator polityki zdrowotnej na poziomie regionalnym i lokalnym*, http://wartowiedziec.org/attachments/article/8697/Ekspertyza_E.Nojszewska_SGH.pdf.
- Odpowiedź podsekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia na interpelację nr 13467*, <http://orka2.sejm.gov.pl/IZ6.nsf/main/21A7B0BE>.
- Odpowiedź sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia na interpelację nr 7112 w sprawie zasad finansowania oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia*, www.sejm.gov.pl/sejm7.nsf/InterpelacjaTresc.xsp?key=17EA7B1D.
- Pietraszewska-Macheta A. (2012), *Nowe procedury kontraktowania i rozliczania z NFZ świadczeń medycznych*, ODDK, Gdańsk, s. 183.
- Pietraszewska-Macheta A., *Szczegółowy tryb i kryteria podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej*, www.zdrowie.abc.com.pl/ko/czytaj/-artykul/szczegolowy-tryb-i-kryteria-podzialu-srodkow-pomiedzy-centrale-i-oddzialy-woj-ewodzkie-narodowego-Funduszu-zdrowia-z-przeznaczeniem-na-finansowanie-swiadczen-opiek-i-zdrowotnej.
- Plan działalności Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 rok*, www.nfz.gov.pl/new/art/5160/2012_11_06_nfz_plan_dz_2013.pdf.
- Plan działalności Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 rok*, www.nfz.gov.pl/new/art/5812/2013_12_04_plan_dz_2014.pdf.
- Pracodawcy RP: konieczna zmiana sposobu podziału środków NFZ*, www.rynekapteki.pl/marketing-i-zarzadzanie/pracodawcy-rp-konieczna-zmia-na-sposobu-podzialu-srodkow-nfz,5203.html.
- Prognoza przychodów na lata 2013–2015* (2012), Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa, www.szpitale.org/images/stories/pliki/prognoza%20przychodow%20nfz%20na%20lata%202013-2015%20-%2015-06-2012.pdf, s. 4.
- Radni apelują do NFZ o wyższe finansowanie m.in. stołecznych szpitali*, http://wyborcza.pl/1,91446,14911775,Stolica_Radni_apeluja_do_NFZ_o_wyzsze_finansowanie.html#ixzz2m7j0Tcvq. Szefowa NFZ: kolejki zawsze będą istniały, www.wprost.pl/ar/388923/Szefowa-NFZ-kolejki-zawsze-beda-istniały/.
- Raport przygotowany przez Gdański Uniwersytet Medyczny*, www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Raport-GUMed-niepubliczne-szpitala-lec-za-039-oplacalnych-039-pacjentow,120326,14.html.
- Reforma NFZ*, prezentacja przygotowana przez Ministerstwo Zdrowia, www.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/prezent_decentnfz_20130322ppp.pdf.
- Rośnie liczba spraw o nadwykonania*, www.mp.pl/kurier/88087.
- Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 roku w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia*, DzU, nr 104, poz. 875 z późn. zm.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 roku w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych*, DzU, nr 193, poz. 1495.
- Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 września 2004 roku w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia*, DzU, nr 213, poz. 2161 z późn. zm.
- Rozporządzenie z dnia 15 grudnia 2004 roku w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia, zapraszania do udziału w rokowaniach, składania ofert, powoływania i odwoływania komisji konkursowej oraz jej zadań*, DzU, nr 274 poz. 2719.
- Rozporządzenie z dnia 15 grudnia 2004 roku w sprawie szczegółowego sposobu i trybu przeprowadzania kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych*, DzU, nr 274, poz. 2723.
- Rozporządzenie z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*, DzU, nr 81, poz. 484.

- RPO interweniuje w sprawie algorytmu NFZ*, <http://pulsmedycyny.pl/2657705,18614,rpo-interweniuje-w-sprawie-algorytmu-nfz>.
- Sienkiewicz T. (2011), *NFZ – wszechpotężny kontroler*, „Służba Zdrowia”, nr 17–25, s. 9–12.
- Sobiech J. (2004), *Składka na ubezpieczenie zdrowotne i bezpośrednie opłaty za usługi w systemie „mono kasy”*, w: *Nauki finansowe wobec współczesnych problemów gospodarki polskiej. Tom I. Finanse publiczne*, red. S. Owsiak, Akademia Ekonomiczna w Krakowie, s. 449.
- Standardy i wytyczne kontroli wykonania zadań na podstawie standardów kontroli INTOSAI i praktyki* (2009), Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa.
- Standardy kontroli w administracji rządowej* (2012), Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa.
- Strzesak E. (2010), *Choroby na życzenie NFZ*, „Menedżer Zdrowia”, nr 2, s. 20–22.
- Szefowa NFZ: kolejki zawsze będą istniały*, www.wprost.pl/ar/388923/Szefowa-NFZ-kolejki-zawsze-beda-istniały/.
- Szpital im. Kopernika przegrał z NFZ sprawę o nadwykonania*, www.rynekzdrowia.pl/Prawo/Lodz-Szpital-im-Kopernika-przegral-z-NFZ-sprawo-o-nadwykonania,127245,2.html.
- Szpitaly szykują zbiorowy pozew przeciwko NFZ ws. nadwykonan*, www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Wielkopolskie-szpitaly-szykują-zbiorowy-pozew-przeciwko-NFZ-ws-nadwykonan,13098,3,1.html.
- Szpitaly wnioskuje do MZ o ingerencję w system rozliczania świadczeń przez NFZ*, www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Szpitaly-wnioskują-do-MZ-o-ingerencje-w-system-rozliczania-swiadczen-przez-NFZ,127598,1.html.
- UOKiK bada skargę ponad 130 szpitali na NFZ*, www.rynekzdrowia.pl/Prawo/UOKiK-bada-skarge-ponad-130-szpitali-na-NFZ,135537,2.html.
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, DzU, nr 210, poz. 2135 z późn. zm.
- Wasen J., Marek M. (2001), *Wyrównanie finansowe między Kasami Chorych w polskim systemie ubezpieczeń zdrowotnych*, *Inicjatywy sektora prywatnego w zakresie ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce*, Projekt banku Światowego nr 3466 – POL TOR 3.4.14/A, Warszawa, s. 3.
- Wojteczek J. (2010), *Algorytm hipokryzji*, „Menedżer Zdrowia”, nr 8, s. 18–22.
- Wyzwania w systemie ochrony zdrowia – zasoby ludzkie i zasoby organizacyjne w centralnych instytucjach* (2009), red. A. Zybala, Krajowa Szkoła Administracji Publicznej, Warszawa, s. 31.
- Zarządzenie nr 23/2009/DSOZ z dnia 13 maja 2009 roku w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli z późn. zm.*
- Zarządzenie nr 46/2011/DSOZ z dnia 16 września 2011 roku w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późn. zm.*
- Zarządzenie nr 50/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 sierpnia 2012 roku w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia kontroli wystawiania i realizacji recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne.*
- Zarządzenie nr 54/2011/DSOZ z dnia 30 września 2011 roku w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z późn. zm.*
- Zarządzenie nr 70/2013/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2013 roku w sprawie szczegółowych komunikatów XML dotyczących przekazywania w formie elektronicznej danych zawartych w fakturze, rachunku lub nocie oraz rozliczania świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie oraz deklaracji POZ / KAOS.*
- Zarządzenie nr 71/2013/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2013 roku w sprawie szczegółowego komunikatu XML dotyczącego przekazywania dokumentów rozliczeniowych w postaci dokumentu elektronicznego.*

THE ROLE AND FUNCTIONING OF NFZ IN THE SYSTEM OF HEALTH PROTECTION

Abstract: The hereby paper contains the analysis and evaluation of the functional instruments of the National Health Protection Fund, hereinafter referred to as the Fund. In a wider context, the author focuses on the dispersion and blurredness of responsibility in the sphere of health protection. In the author's opinion the perception of the Fund to a large extent is determined by the lack of balance between the subjects participating in the system of health protection. In the author's opinion the function of the coordinator of the health protection system and hence the responsibility for health protection should not be ascribed to the Fund.

Keywords: the National Health Protection Fund, contracting health protection services, balancing health protection services, valuation of health protection services

Cytowanie

Bromber P. (2014), *Rola i funkcjonowanie NFZ w systemie ochrony zdrowia*, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego nr 802, „Finanse, Rynki Finansowe, Ubezpieczenia” nr 65, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin, s. 541–557; www.wneiz.pl/frfu.

