

РАЗДЕЛ III. ОБЗОРЫ

УДК 614.2(438)

NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA, JAKO PODMIOT OCHRONY ZDROWIA PUBLICZNEGO W POLSCE

¹*Wysociński P.,* ²*Bejga Sz.,* ²*Pihowicz N.,* ³*Zygo K.*

¹Uniwersytet Marii Cure-Skłodowskiej w Lublinie, Lublin,
Rzeczpospolita Polska

²Polskie Towarzystwo Medycyny Społecznej i Zdrowia Publicznego,
Rzeczpospolita Polska

³Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Lublin, Rzeczpospolita Polska

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ФОНД ЗДОРОВЬЯ КАК СУБЪЕКТ ОХРАНЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ В ПОЛЬШЕ

¹*Высоцыньски П.,* ²*Бейга Ш.,* ²*Пихович Н.,* ³*Жиго К.*

¹Люблинский университет имени Марии Склодовской-Кюри,
Люблин, Республика Польша

²Польское общество охраны здоровья и общественного
здравоохранения, Республика Польша

³Люблинский медицинский университет, Люблин, Республика
Польша

NATIONAL HEALTH FOUND AS A SUBJECT OF PUBLIC HEALTH PROTECTION IN POLAND

¹*Wysociński P.,* ²*Bejga Sz.,* ²*Pihowicz N.,* ³*Zygo K.*

¹University of Maria Cure-Skłodowska in Lublin, Lublin, Poland

²Polish Society of Social Medicine and Public Health, Poland

³Medical University in Lublin, Lublin, Poland

Streszczenie.

Niniejszy artykuł jest próbą przedstawienia Narodowego Funduszu Zdrowia jako podmiotu ochrony zdrowia publicznego w Polsce.

Pierwsza część artykułu przedstawia funkcjonujące na świecie modele systemów ochrony zdrowia publicznego oraz rozwój tego systemu w Polsce. Opisując jego funkcjonowanie od czasów II Rzeczypospolitej poprzez jego rozwój w Rzeczypospolitej Ludowej, aż do czasów współczesnych.

Opisano również modele systemu ochrony zdrowia tj. Model Bismarcka, model Siemaszki, model Beveridge'a oraz model systemu rynkowego.

Część historyczną zamyka Ustawa o powszechnym Ubezpieczeniu społecznym z roku 1997, a kończąc na jednej z najważniejszych Ustaw dotyczących zakresu zdrowia publicznego, Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych z 27 sierpnia 2004 roku.

W kolejnej części artykułu skupiono się na analizie funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia, jako elementu struktury ochrony zdrowia publicznego, gdzie omówiono podstawy prawne, które regulują jego działalność w Polsce. Przedstawiono w nim również założenia Narodowego Programu Zdrowia na lata 2007-2015. Ponadto istotną część pracy stanowi ukazanie struktury organizacyjnej i terytorialnej, a także opis zadań oraz funkcji funduszu.

Opracowanie nie byłoby kompletne, gdyby nie spojrzenie na sposób finansowania Narodowego Funduszu Zdrowia, gdzie analizie poddano tworzenie budżetu, planów finansowych, a także ukazano istotę przygotowania rocznych sprawozdań finansowych. Autorzy zwrócili również uwagę na planowane kierunki rozwoju NFZ na najbliższe lata, uwzględniając inicjatywy takie jak powołanie systemu EWUŚ, e-recepty, a także nowinki z zakresu rozwoju Telemedycyny.

Słowa kluczowe: Narodowy Fundusz Zdrowia, ochrona zdrowia publicznego.

Реферат.

Эта статья является попыткой осветить деятельность Национального фонда здоровья как организации, вносящей важный вклад в дело охраны общественного здоровья в Польше.

В первой части статьи представлены модели действующих в мире систем общественного здравоохранения (модель Бисмарка, модель Семашко, модель Бевериджа и рыночная модель), а также развитие системы здравоохранения в Польше: от Второй Речи Посполитой через Польскую Народную Республику до наших дней.

Историческая часть статьи завершается рассмотрением Законов о всеобщем социальном страховании от 1997 года и об

услугах здравоохранения, финансируемых из государственного бюджета, от 27 августа 2004 года.

Следующая часть статьи посвящена анализу функционирования Национального фонда здоровья как элемента системы здравоохранения. В ней обсуждаются правовые основы, регулирующие деятельность фонда в Польше, а также рассмотрены основные положения Национальной программы здравоохранения на 2007-2015 гг. Кроме того, значительная часть работы отведена описанию организационно-территориальной структуры, задач и функций фонда.

Исследование не было бы полным, если в нем не были бы оценены методы финансирования Национального фонда здоровья, в том числе бюджетного, а также его финансовые планы. Кроме того, в статье рассмотрены вопросы подготовки годовой финансовой отчетности фонда. Авторами статьи также обращено внимание на перспективные направления развития Национального фонда здоровья в ближайшие годы, в том числе такие инициативы, как создание системы электронного контроля прав бенефициаров, выдачи электронных рецептов, а также вопросы развития телемедицины.

Ключевые слова: Национальный фонд здоровья, охрана общественного здоровья.

Abstract.

This paper is to present the National Health Found (NFZ) as a subject of public health protection in Poland.

The first part of this article presents the types of public health protection systems around the world and the development of this system in Poland. The following part focuses on analysis of the National Health Found as an element of the public health protection structure. The legal framework concerning its functioning in the area of Poland were discussed as well.

Moreover, the crucial part of the paper is dedicated to show the organizational and territorial structure as well as to describe tasks and functions of the Fund.

The article would not be completed if there were no financial issues discussed.

Creating a budget, financial plans and the importance of preparing the annual financial reports concerning National Health Found were described. The authors also draw attention to directions of NFZ development for the coming years, including plans such as creating EWUŚ system or e-prescriptions.

Key words: National Health Found, protection of public health.

Funkcjonujący obecnie system ochrony zdrowia w Polsce oraz odgrywający w nim zasadniczą rolę Narodowy Fundusz Zdrowia, powstawał na przestrzeni wielu lat. Jest on owocem długotrwałej ewolucji i wymagał przeprowadzenia licznych reform. Pomimo tego, wciąż nie jest on jednak doskonały i pozostaje częstym przedmiotem licznych dyskusji nad potrzebą dokonania kolejnych zmian.

Aby mieć więc pełen obraz obecnie działającego w Polsce systemu ochrony zdrowia publicznego, warto przeanalizować jego genezę i ewolucję. Początki tego systemu sięgają jeszcze czasów II Rzeczypospolitej. Zarówno wówczas, jak i w okresie Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej, tak i dziś większość koncepcji dotyczących formy jego funkcjonowania, opiera się na założeniach jednego z czterech najbardziej rozpowszechnionych na świecie modeli systemu ochrony zdrowia. Do tych podstawowych rozwiązań zaliczyć należy tzw.: model Bismarcka, model Siemaszki, model Beveridge'a i model systemu rynkowego. Pierwszy z nich, nazywany też modelem ubezpieczeniowym, powstał jeszcze w drugiej połowie XIX wieku. Wprowadzony został przez kanclerza Rzeszy Niemieckiej, Ottona von Bismarcka, w ramach prowadzonej przez niego polityki socjalnej, mającej za zadanie objęcie opieką państwa przede wszystkim członków klasy robotniczej, która stanowiła poważny odsetek społeczeństwa ówczesnych, silnie uprzemysłowionych Niemiec. Podstawą działania modelu stworzonego przez Bismarcka, był system polegający na objęciu pracodawców oraz pracowników obowiązkiem wpłat składek społecznego ubezpieczenia zdrowotnego do specjalnie powołanych, niezależnych od administracji państwowej instytucji. Instytucje te miały za zadanie finansować świadczenia zdrowotne dla uprawnionych do nich osób. W tym celu wyposażone były w kompetencje zawierania umów o świadczenie usług zdrowotnych z wykonywującymi je, wyspecjalizowanymi podmiotami¹.

¹ E. Nojszewska, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2011, s. 98.

Przedstawiając genezę i zarys dziejów obecnego systemu ochrony zdrowia w Polsce, analizę należy zacząć od momentu powstania pierwszego polskiego systemu opieki zdrowotnej, utworzonego w czasach II Rzeczypospolitej. Z chwilą odzyskania niepodległości 11 listopada 1918 r., władze odrodzonego państwa polskiego stanęły przed poważnym wyzwaniem scalenia gospodarczo i legislacyjnie obszarów rozwijających się przez 123 lata w całkowicie odmiennych organizmach państwowych. Jednym z istotnych zagadnień, z którym musiano się wówczas zmierzyć było zintegrowanie i stworzenie jednolitego systemu opieki zdrowotnej dla całego kraju. Pierwszym aktem prawnym, za pomocą którego dokonano regulacji prawa w tej dziedzinie, był podpisany w dniu 11 stycznia 1919 r. przez Naczelnika Państwa Józefa Piłsudskiego, Prezesa Rady Ministrów Jędrzeja Moraczewskiego oraz Ministra Pracy i Opieki Społecznej Bronisława Ziemięckiego dekret o obowiązkowym ubezpieczeniu na wypadek choroby². Dekret ten powoływał do istnienia powszechny, obowiązkowy system opieki zdrowotnej wzorowany na modelu ubezpieczeniowym Bismarcka. System ten obowiązywał na prawie całym terenie Polski, za wyjątkiem autonomicznego Województwa Śląskiego, na którego terytorium utrzymano w mocy przepisy niemieckiej ustawy z ubezpieczeniowej z 1911 r.³ Zasadniczym elementem nowoutworzonego systemu ubezpieczeń zdrowotnych było powołanie sieci terytorialnych i samorządnych Kas Chorych – po jednej w każdym powiecie, oraz w miastach posiadających ponad 50 000 mieszkańców. Obowiązkowi ubezpieczenia w Kasach podlegali zarówno pracownicy (2/5 składki, wynoszącej 6,5% płacy ustawowej) jak i pracodawcy (3/5 składki). W ramach świadczeń udzielanych przez Kasy Chorych, pracownik miał zagwarantowaną pomoc lekarską oraz zasiłki pieniężne, przysługujące za każdy dzień nieobecności w pracy, spowodowanej przez chorobę⁴.

Po zakończeniu drugiej wojny światowej, odrzucono regulacje prawne okresu Polski międzywojennej i zgodnie z doktryną socjalistyczną, zaczęto budować system opieki zdrowia publicznego od podstaw, oparty na modelu Siemaszki. Nowy system został więc zcentralizowany i podporządkowany administracji państwowej, a

² J. Sadowska, *Kasy Chorych w Polsce w latach 1920–1933*, Akademia Medyczna w Łodzi, Łódź 2002, s. 7–9.

³ Tamże, s. 21.

⁴ Tamże, s. 13.

dystrybucja świadczeń zdrowotnych dokonywana była przez Skarb Państwa. Pomimo prób, nie wszystkie jednak założenia modelu Siemaszki udało się wówczas wprowadzić w życie – nie zakazano chociażby całkowicie prowadzenia indywidualnych praktyk lekarskich⁵.

Wraz z upadkiem Polskiej Rzeczypospolitej Ludowej w 1989 r. i rozpoczęciem przemian gospodarczych, zmierzających do transformacji ustroju socjalistycznego w ustrój wolnorynkowy, na pierwszy plan wysunęła się potrzeba przeprowadzenia reformy niewydolnego, siemaszkowskiego systemu ochrony zdrowia publicznego. Złożoność reform koniecznych do przeprowadzenia, a także liczne względy polityczne powodowały, że kolejne rządy przez 10 lat nie podejmowały się tego zadania. Do pierwszych prób przebudowy sektora zdrowia doszło dopiero w 1997 r. Dnia 6 lutego 1997 r. uchwalono Ustawę o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym, która weszła w życie 1 stycznia 1999 r. Ustawa ta stworzyła w Polsce nowy system ochrony zdrowia, oparty na mieszanym modelu ubezpieczeniowo-budżetowym. Istotą reformy była decentralizacja systemu, przeprowadzona poprzez utworzenie niezależnych od administracji rządowej jednostek organizacyjnych, których zakres kompetencji koncentrował się na zarządzaniu składkami ubezpieczeń zdrowotnych, wycenie świadczeń opieki zdrowotnej i negocjacji kontraktów oraz ich zawieraniu ze świadczeniodawcami. Zadania te powierzono szesnastu Kasom Chorych, przypadającym po jednej na każde województwo, oraz dodatkowo jednej, przeznaczonej dla służb mundurowych⁶. Reforma z 1997r. oddzieliła wyraźnie od siebie funkcję płatnika, którą pełniły Kasy Chorych, od funkcji świadczeniodawców, pełnionej przez specjalnie utworzone samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (SPZOZ), niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej (NZOZ) oraz podmioty prowadzące specjalistyczną bądź indywidualną praktykę lekarza, a także innych pracowników medycznych. Wymienione podmioty, spośród których jedną część stanowią świadczeniodawcy publiczni (zakłady), a pozostałą

⁵ *Zarys systemu ochrony zdrowia Polska 2012*, S. Golinowska (red.), Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2012, s. 46.

⁶ M. Kolwiz, *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, „Annales Academiae Medicae Stetinesis Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie”, Szczecin 2010, 56,3, s. 135–136.

prywatni, zostały poddani w pewnym stopniu wolnorynkowej rywalizacji o pozyskiwanie funduszy, którymi dysponował płatnik reprezentujący ubezpieczonych⁷.

Trudna sytuacja gospodarcza kraju oraz pewne wady zreformowanego systemu, takie jak limitowanie świadczeń, czy różnice w zamożności poszczególnych Kas, powodujące powstawanie dysproporcji w dostępie do świadczeń lekarskich w różnych województwach, przyczyniły się w krótkim czasie do wzrostu niezadowolenia społecznego ze sposobu funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce⁸. Odpowiedzią na ten stan rzeczy była kolejna próba gruntownej reformy systemu. Ustawą z dnia 23 stycznia 2003 r. o powszechnym ubezpieczeniu w Narodowym Funduszu Zdrowia dokonano istotnej zmiany, polegającej na zastąpieniu funkcjonującego systemu niezależnych i samorządnych Kas Chorych przez jedną centralną instytucję płatnika, jaką został NFZ. Fundusz oparto na szesnastu oddziałach terenowych, po jednym dla każdego województwa. Za pomocą nowych przepisów ustawodawca podjął próbę przeciwdziałania różnicom w dostępie do świadczeń zdrowotnych, występującym na obszarach różnych województw. Z tego powodu wprowadzono więc jednolite procedury kontraktowania i kontyngentowania świadczeń, poprzez ustanowienie limitów punktowych na kontraktowane usługi. Zasadnicze zręby systemu stworzonego ustawą z 1997 r., m.in. opierające się na rozdzieleniu funkcji płatnika i świadczeniodawcy, a także uniezależnienie publicznych świadczeniodawców, pozostawiono jednak bez zmian⁹.

Próba reformy systemu ochrony zdrowia publicznego z 2003 r., nie zakończyła się jednak sukcesem. Licznie występujące poważne uchybienia i wady ustawy wprowadzającej Narodowy Fundusz Zdrowia spowodowały, że jej zgodność z konstytucją została zakwestionowana przez Trybunał Konstytucyjny w wyroku z 7 stycznia 2004 r. W orzeczeniu tym stwierdzono, że przepisy ustawy dotyczące „organizacji i zasad działania Narodowego Funduszu Zdrowia, zasad zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych i organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych, gospodarki finansowej, zasad nadzoru i kontroli wykonywania zadań Narodowego Funduszu Zdrowia są niezgodne z art. 68 w związku z art. 2 Konstytucji

⁷ E. Nojszewska, *System...*, s. 180.

⁸ M. Kolwicz, *Polski...*, s. 136.

⁹ *Zarys...*, s. 48.

Rzeczypospolitej Polskiej (...) przez to, że naruszają zasady państwa prawnego w zakresie konstytucyjnego prawa obywateli do równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych¹⁰». Jedną z zasadniczych kwestii, którą wytknął Trybunał był brak regulacji zasad finansowania leczenia osób niepłacących składek oraz nie określenie zestawu świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych, co stanowiło naruszenie konstytucyjnej zasady równego prawa obywateli do ochrony zdrowia.

Narodowy Fundusz Zdrowia jest obecnie bardzo ważną częścią systemu ochrony zdrowia publicznego w Polsce. System ten jest rodzajem zorganizowanej struktury, w skład której wchodzi wiele oddziałujących na siebie podmiotów, i której podstawowym celem jest ochrona zdrowia obywateli państwa polskiego. Zgodnie z tzw. koncepcją trójkąta, uczestników tego systemu można sklasyfikować w trzy grupy¹¹. Pierwszą z nich stanowi grupa świadczeniobiorców, czyli pacjentów. Znaczna ich większość uiszcza składki ubezpieczenia zdrowotnego, otrzymując w zamian możliwość pobierania świadczeń zdrowotnych od podmiotów znajdujących się w drugiej grupie, czyli świadczeniodawców. Wśród świadczeniodawców rozróżnia się publiczne oraz niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. W zależności od tego, czy oprócz obowiązkowych składek świadczeniobiorca opłaca też ubezpieczenie komercyjne, ma on również możliwość uzyskiwania refundacji kosztów leczenia w zakładach niepublicznych, z którymi ich komercyjny ubezpieczyciel ma podpisaną umowę. Oczywiście, niezależnie od tego, świadczeniobiorcy mają możliwość korzystania z odpłatnych bezpośrednio usług, oferowanych przez prywatnego świadczeniodawcę. W grupie świadczeniodawców znajdują się również apteki, a także praktyki lekarskie i dentystyczne. Trzecią kategorią uczestników systemu ochrony zdrowia są płatnicy, z których najistotniejszą rolę odgrywa Narodowy Fundusz Zdrowia. Jego głównym zadaniem jest finansowanie świadczeń zdrowotnych dla uprawnionych do nich świadczeniobiorców. Do grona płatników, obok NFZ, należy również zaliczyć podmioty świadczące ubezpieczenia komercyjne¹². Poza uwzględnionymi w koncepcji trójkąta podmiotami, które są uczestnikami systemu opieki zdrowotnej sensu stricto, należy również wymienić funkcjonujące w tym systemie

¹⁰ Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004r., Dz.U. Nr 5, poz. 37.

¹¹ Tamże, s.132.

¹² E. Nojszewska, *System...*, s.202.

instytucje sprawujące kontrolę nad jego prawidłowym działaniem, takie jak Państwowa Inspekcja Sanitarna, Państwowa Inspekcja Farmaceutyczna, czy Rzecznik Praw Pacjenta.

Obecnie obowiązujący system ochrony zdrowia publicznego w Polsce, oraz funkcjonujący w jego ramach Narodowy Fundusz Zdrowia, jest realizacją konstytucyjnego prawa do ochrony zdrowia, wyrażonego w art. 68 Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej. Zgodnie z wymienionym artykułem ustawy zasadniczej, każdy w Polsce ma prawo do ochrony zdrowia. Dlatego też „obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa”¹³.

W kolejnym etapie niniejszego artykułu należy skupić się na głównych zadaniach Narodowego Funduszu Zdrowia. Podstawowym celem NFZ jest zarządzanie środkami finansowymi, pochodzącymi ze składek ubezpieczeniowych mającymi na celu realizację świadczeń z zakresu opieki zdrowotnej¹⁴. Środkami, jakimi dysponuje, rozporządza nie tylko w imieniu własnym, ale także działa w interesie i na rzecz osób ubezpieczonych. Fundusz, co roku poddaje analizie wszystkie ośrodki zajmujące się udzielaniem świadczeń zdrowotnych, przez kontrolę określa on, jakość, dostępność oraz koszty, co służyć ma prawidłowemu zawieraniu umów przez podmioty udzielające świadczeń, oraz refunduje koszty świadczeń udzielanych ubezpieczonym. Każdy ośrodek może zawrzeć kontrakt z NFZ maksymalnie na 3 lata. Po tym czasie musi stanąć do tzw. konkursu ofert, zwanym kontraktowaniem. Przed rozpoczęciem kontraktowania podmiot chcący udzielać świadczeń podlega kontroli ze strony Narodowego Funduszu Zdrowia. Po przeprowadzeniu kontroli NFZ wystawia tzw. wystąpienie pokontrolne. W każdym przypadku przedmiotem kontroli jest prawidłowa realizacja umowy w zakresie, jakim prowadzi je podmiot. W następnej kolejności sprawdzana jest legalność działania takiego podmiotu¹⁵. Kontroli poddaje się także statut oraz regulamin danej jednostki. W kolejnym etapie sprawdza się rzetelność oraz celować działań tj. czy jednostka spełnia kryteria

¹³ Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. Nr 78, poz. 483, art. 68 ust. 2.

¹⁴ Art. 97, Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484).

zgodnie z Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, Rozporządzeń Ministra zdrowia dotyczących ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania oraz w głównej mierze czy poprzedni kontrakt zawarty z NFZ jest prawidłowo realizowany. Po określeniu celów oraz ustaleń kontroli, weryfikacji poddaje się organizację i sposób udzielania świadczeń. Na koniec formułuje się wnioski oraz o ile zachodzi taka potrzebna zalecenia pokontrolne. NFZ stale nadzoruje i monitoruje realizację oraz rozliczanie umów z nim zawartych¹⁶.

Kolejnym zadaniem Narodowego Funduszu Zdrowia jest finansowanie świadczeń zdrowotnych osobom innym niż ubezpieczeni¹⁷. Dotyczyć może to np. bezrobotnych, którzy aby móc korzystać ze świadczeń muszą być zarejestrowani w urzędzie pracy. Innym zadaniem jest tworzenie i realizowanie programów zdrowotnych¹⁸. Przykładem takiego programu może być program profilaktyki w leczeniu raka szyjki macicy. Założenia tego programu to przede wszystkim to zmniejszenie umieralności kobiet na raka szyjki macicy, do poziomu osiągniętego w innych rozwiniętych krajach Unii Europejskiej. Ukazana jest tutaj płaszczyzna współpracy pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia, a Ministerstwem Zdrowia. Idealnym przykładem takiej współpracy jest Narodowy Program Ochrony Zdrowia. Minister zdrowia zarządzeniem, z zakresu świadczeń gwarantowanych ustalił warunki i realizację umowy z zakresu programu zdrowotnego¹⁹. W tym przypadku podzielił ten program na etapy tzw. etap podstawowy oraz diagnostyczny. Opracowanie, wdrażanie, realizacja i finansowanie takiego programu leży w gestii Narodowego Funduszu Zdrowia, a także jak w przypadku powyżej wykonanie zadań zleconych przez ministra zdrowia.

Podstawą funkcjonowania Narodowego Funduszu Zdrowia jest gospodarka finansowa prowadzona do zasadach określonych w ustawie²⁰. Bez odpowiedniego pionu finansowania NFZ nie byłby w

¹⁶ Zarządzenie Nr 55/2014/DSOZ, w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia kontroli oraz realizacji wyników kontroli świadczeniodawców załącznik 9,

¹⁷ Art. 12, pkt 2–4, 6 i 9 oraz w art. 2 ust. 1 pkt 3; Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

¹⁸ Zarządzenie Prezesa NFZ, Nr 81/2013/DSOZ z dn. 17.12.2013 r. BIP NFZ, Zarządzenia Prezesa NFZ.

¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznych (Dz.U.13.1413).

²⁰ Art. 113, ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków

stanie samodzielnie działać i się utrzymywać. Trzeba pamiętać, że wszystkie środki, które posiada Fundusz to pieniądze publiczne, przez co całą jego obsługę finansową zajmują się Bank. Narodowy Fundusz Zdrowia posiada ścisły zakres źródeł finansowania główne źródła to składki na ubezpieczenie zdrowotne, odsetek od niepłaconych w terminie składek ubezpieczeniowych, darowizn i zapisów, czy też z branych kredytów i pożyczek. Wyodrębniono również koszty Narodowego Funduszu Zdrowia, które ponosi w związku z udzielaniem świadczeń z zakresu zdrowia publicznego²¹. Podstawowymi kosztami są świadczenia opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych. W głównej mierze wymienić należy finansowanie operacji, częściowej bądź całkowitej refundacji leków, rehabilitacji czy pobytu osoby ubezpieczonej w sanatorium. W skład finansów wchodzi jeszcze koszty działalności NFZ (amortyzacja, utrzymanie nieruchomości, wynagrodzenia, diety czy też zwrot kosztów podróży). Również prowadzenie bankowej ewidencji jest dużym wydatkiem NFZ. Na końcu kosztów doliczyć należy koszty niestałe wynikające z bieżącej działalności tj. wypłata odszkodowań czy też środki przeznaczone na spłatę zobowiązań w postaci kredytów lub pożyczek.

Podstawą finansów NFZ jest tzw. plan finansowy²². Tworzony jest raz w roku przez Prezesa NFZ, w którym to określone są przychody i koszty funkcjonowania NFZ. Plan finansowy wraz ze zmianami oraz załącznikami widnieje na stronie internetowej NFZ w Biuletynie Informacji Publicznej. Znaleźć w nim można, koszty poniesione z tytułu działalności, a także planowe wydatki związane z finansowaniem Narodowego Funduszu Zdrowia. Są w nim również rozdysponowane wydatki na każdy z szesnastu oddziałów wojewódzkich w tym koszty ich działalności, koszty rezerwowe, a także łączne przychody i inne koszty poniesione przez NFZ.

Wszystkie środki zostają podzielone w taki sposób by w równomierny sposób pokryć wydatki poszczególnych oddziałów wojewódzkich. Uwzględnia się w nich m.in. ilość osób ubezpieczonych w danym oddziale, ich płeć wiek, podział na grupy świadczeń opieki zdrowotnej, ryzyko zdrowotne w danej grupie oraz

publicznych.

²¹ Art. 117, pkt. 1-7 ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²² Art. 118, ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

przede wszystkim na świadczenia wysokospecjalistyczne. Każdy z szesnastu oddziałów nie ma obowiązku zużycia wszystkich kosztów pozostawionych dla nich w planie finansowym na następny rok²³. Fundusze planowe nie mogą być niższe niż wysokość kosztów z roku poprzedniego danego oddziału. Każdy plan finansowy musi posiadać tzw. rezerwę ogólną w wysokości 1% przychodów ze składek ubezpieczeniowych.

Aby plan finansowy wszedł w życie, pozytywnie zaopiniować musi go Rada Funduszu oraz komisja ds. finansów publicznych. Jeżeli w przeciągu 14 dni nie wydadzą oni opinii jest to równoznaczne z pozytywną oceną wydaną takiej opinii. Po pozytywnej weryfikacji, przekazują się go wraz z opiniami Ministrowi Zdrowia, który również ma czas do 14 sierpnia na zatwierdzenie planu finansowego. Wymienione wyżej przesłanki ustalają plan działania w przypadku jego akceptacji, natomiast wyodrębniono również postępowanie w przypadku niezatwierdzenia planu finansowego Funduszu oraz nieustalenia planu finansowego we właściwym trybie²⁴. Jeżeli zachodzą jakiegokolwiek nieprawidłowości Prezes Funduszu oraz Minister Finansów mają możliwość naniesienia zmian i ewentualnych poprawek w czasie nie dłuższym niż 7 dni. Po poprawieniu planu finansowego, zmiany należy przedstawić Ministrowi Zdrowia, przez co w takim przypadku dokonuje się zmian w przygotowanym wcześniej planie finansowym.

Zmian dokonać można również w chwili zatwierdzenia albo ustalenia planu finansowego NFZ²⁵. Może zrobić to Minister Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów Publicznych, na wniosek Prezesa NFZ. Do wniosku dołącza się opinię Rady Funduszu, komisji finansów oraz komisji do spraw zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej. Koszty zawarte w planie finansowym przesunąć można w ramach kosztów administracyjnych, a także dokonać zmian planu w zakresie środków przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia. Dyrektorzy wojewódzkich oddziałów NFZ również mogą, po poinformowaniu Prezesa o przesunięciu danych funduszy w ramach kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej.

²³ art. 121 ust. 3 i 5 oraz art. 123 ust. 3 ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²⁴ Art. 122 pkt 1–2. ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²⁵ Art. 124 pkt 1–9 ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Uruchomić wyżej wspomnianą 1% rezerwę ogólną może tylko Prezes NFZ po otrzymaniu pozytywnej opinii Ministra Zdrowia²⁶.

Istotnym novum w działalności Narodowego Funduszu Zdrowia był fakt, iż z początkiem roku 2013 została wprowadzona nowa możliwość potwierdzenia prawa pacjenta do świadczeń opieki zdrowotnej. Było to uruchomienie programu eWUŚ, czyli Elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców²⁷. Informacje, zawarte w systemie eWUŚ są aktualizowane codziennie z danych otrzymanych od Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS) oraz od Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) i przedstawiają one stan uprawnień danego pacjenta do otrzymania świadczeń finansowanych z NFZ. Świadczeniodawcy mogą z niego korzystać po zaakceptowaniu regulaminu korzystania z systemu eWUŚ. Jednakże, aby zrozumieć działanie tego systemu, należy przedstawić jego dokładne funkcjonowanie. W systemie można wyszukać pacjenta po wpisaniu jego numeru PESEL, weryfikacja trwa kilkanaście sekund, po czym pojawia się informacja o ubezpieczeniu pacjenta (kolor zielony) bądź braku takiego ubezpieczenia (kolor czerwony) jednakże często może zdarzyć się tak, że pomimo prawa do uprawnień system go nie potwierdza. Pomimo negatywnego komunikatu pacjent ma prawo skorzystać ze świadczenia, może to uczynić na dwa sposoby. Pierwszym jest przedstawienie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń, drugim natomiast złożenie pisemnego oświadczenia o przysługującym mu prawie do nich. Po potwierdzeniu tożsamości pacjenta i/lub złożeniu oświadczenia, podmiot wykonujący świadczenie otrzyma jego refundację w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Wraz z początkiem eWUŚ podstawą funkcjonowania NFZ staje się powszechna informatyzacja całego systemu opieki zdrowotnej. Tzw. e-zdrowie czyli wykorzystywanie technologii informacyjnych i telekomunikacyjnych w ochronie zdrowia²⁸. Technologia w ogromnym stopniu wpływa na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej. Pełny zakres informacji zawartych w systemie i usługach jest w stanie zweryfikować działalność wszystkich jednostek

²⁶ Art. 118 pkt 1-5, ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²⁷ Ustawa z dnia 27 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

²⁸ IANIS, „Podręcznik dobrych praktyk regionalnych e-Zdrowie. Wyzwania regionalne i ich oddziaływanie”, wrzesień 2007.

świadczących usługi medyczne w Polsce. Za początek telemedycyny w Polsce można wziąć Ustawę z dnia 18 września 2001 roku o podpisie elektronicznym, która wyjaśnia pojęcie podpisu elektronicznego, jego skutki prawne, a także wprowadzenie go w życie, gdzie opisywane są urządzenia oraz technologie służące do składania, przechowywania, ochrony i kontroli podpisu. Ustawa z dnia 5 lipca 2002 r. o ochronie niektórych usług świadczonych drogą elektroniczną opartych lub polegających na dostępie warunkowym. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach Opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która pokazuje, w jaki sposób należy prowadzić dokumentację medyczną, a także porusza kwestię dostępności danych usług oraz czasu oczekiwania na usługę. Ustawa z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne. Ustawa z dnia 21 lipca 2006 r. o zmianie ustawy O ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych oraz ustawy o podpisie elektronicznym. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia, 2010 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania, określające w sposób dokumentacja medyczna ma być przekazywana, chroniona, kontrolowana, oraz przypisująca obowiązek prowadzenia dokumentacji medycznej w ustalonym zakresie.

Rozwój Zaawansowane prace dotyczą wprowadzenie e-recepty, elektronicznej książeczki zdrowia czy też opieki telemedycznej²⁹. Narodowy Fundusz Zdrowia wraz z Ministerstwem Zdrowia planuje w najbliższych latach rewolucję dotyczącą funkcjonowania systemu zdrowia publicznego. Chodzi tu o najnowsze technologie, które pomogą zapobiec, diagnozować i leczyć choroby, monitorować stan zdrowia czy odpowiedni tryb życia³⁰. Już od kilku lat (CliniNET od 2007 roku) w wielu przychodniach działają systemy informatyczne mające na celu usprawnienie pracy, chociażby system CliniNET, należący do grupy CompuGroup Medical, czy też livenet zainstalowany w niektórych karetkach, gdzie bezpośrednio można łączyć się z lekarzem w trakcie przewożenia pacjenta do szpitala. Ustawa z dnia 18 września 2001 roku o podpisie elektronicznym. Rozwój skutecznych sposobów nadzorowania finansowania ośrodków

²⁹ <http://www.americantelemed.org/about-telemedicine,ATA>.

³⁰ Sikorki L., „Perspektywy w e-zdrowiu – oczekiwania i rzeczywistość”, Top Medical Trends 2007.

przez Narodowy Fundusz Zdrowia jest podstawą znaczącej poprawy stanu zdrowia publicznego w Polsce.

Bibliografia

1. Nojszewska E., *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa 2011.
2. Sadowska J., *Kasy Chorych w Polsce w latach 1920–1933*, Akademia Medyczna w Łodzi, Łódź 2002.
3. *Zarys systemu ochrony zdrowia Polska 2012*, S. Golinowska Narodowy Fundusz Zdrowia, Warszawa 2012.
4. Kolwitz M., *Polski system ochrony zdrowia – perspektywy i możliwości zastosowania systemów ochrony zdrowia innych państw Unii Europejskiej*, „Annales Academiae Medicae Stetinesis Roczniki Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie”, Szczecin 2010, 56,3.
5. Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 7 stycznia 2004r., Dz.U. Nr 5, poz.37.
6. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.
7. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r., Dz.U. Nr 78, poz 483, art. 68, ust. 2.
8. Regulamin Organizacyjny Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, Załącznik Nr 1 do zarządzenia Nr 36/2012/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 lipca 2013 r.
9. Nowak-Kubiak J., Łukasik B., *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – Komentarz*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Łódź 2006.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 81, poz. 484).
11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznych (Dz.U.13.1413).
12. www.nfz.gov.pl, BIP, Kontrole, Kontrola ordynacji lekarskich III kwartał 2013 r.
13. Decyzja Nr 645/96/EC Parlamentu Europejskiego i Rady Europy z dnia 29 marca 1996 roku przyjmująca program działania Wspólnoty w zakresie promocji zdrowia.
14. IANIS, „Podręcznik dobrych praktyk regionalnych e-Zdrowie. Wyzwania regionalne i ich oddziaływanie”, wrzesień 2007.
15. <http://www.americantelemed.org/about-telemedicine>, ATA.
16. Sikorki L., «Perspektywy w e-zdrowiu – oczekiwania i rzeczywistość», Top Medical Trends 2007.