

Uchwała nr II/2019/MOW
Rady
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 4 czerwca 2019 roku

w sprawie zaopiniowania oraz zatwierdzenia rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2018

Na podstawie art. 106 ust. 10 pkt 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.) Rada Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia uchwala, co następuje:

§ 1.

Opiniuje pozytywnie roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2018.

§ 2.

Zatwierdza się roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2018.

§ 3.

Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2018 stanowi załącznik do niniejszej uchwały.


§ 4.

Uchwałę podjęto w głosowaniu jawnym:

- głosów „za” oddano **5**
- głosów „przeciw” oddano **0**
- głosów „wstrzymujących” oddano **0**

§ 5.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

PRZEWODNICZĄCY RADY
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Sylwester Dąbrowski

Sprawozdanie z wykonania planu finansowego Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 rok

Tytułem wstępu

Przedstawioną w niniejszym opracowaniu informację o wykonaniu planu finansowego Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia za okres od 1 stycznia 2018 roku do 31 grudnia 2018 roku odniesiono do planu finansowego Funduszu na 2018 rok, zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 11 stycznia 2018 roku, z uwzględnieniem zmiany planu finansowego z dnia 31 grudnia 2018 roku dokonanej na podstawie art. 124 ust. 4 i 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm. – dalej jako ustawa).

Przychody ogółem (pozycja J planu finansowego)

W badanym okresie Oddział Funduszu uzyskał przychody ogółem w kwocie 12 121 411,14 tys. zł. Największy udział procentowy w strukturze uzyskanych przychodów, tj. 95,39 pkt %, stanowiły przychody brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne zrealizowane w wysokości 11 561 000,00 tys. zł.

Wartość należnej MOW NFZ dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego wyniosła 253 778,27 tys. zł, natomiast wartość środków z tytułu dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a-2c, 3 i 3b ustawy wyniosła łącznie 291 378,63 tys. zł. Przychody z tytułu realizacji zadań zleconych wyniosły 458,51 tys. zł i dotyczyły środków z tytułu programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie.

| L.p. | Przychody wg rodzaju | Kwota (w tys. zł) | Struktura |
|------|---|----------------------|----------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1 | Przychody brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne | 11 561 000,00 | 95,39% |
| 2 | Dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 ustawy, w tym: | 291 378,63 | 2,40% |
| 2.1 | art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3, 3b | 54 197,00 | 0,45% |
| 2.2 | art. 97 ust. 3 pkt 2b | 141 274,28 | 1,17% |
| 2.3 | art. 97 ust. 3 pkt 2c | 95 907,35 | 0,79% |
| 3 | Dotacje z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego | 253 778,27 | 2,09% |
| 4 | Przychody z tytułu realizacji zadań zleconych | 458,51 | 0,00% |
| 5 | Pozostałe przychody | 11 346,30 | 0,09% |
| 6 | Przychody finansowe | 3 449,43 | 0,03% |
| | Przychody ogółem | 12 121 411,14 | 100,00% |

W ujęciu narastającym od stycznia do grudnia 2018 roku pozostałe przychody MOW NFZ wyniosły łącznie 11 346,30 tys. zł i objęły:

- dotację z budżetu państwa na finansowanie świadczeń gwarantowanych udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów w wysokości 4 188,22 tys. zł;
- przychody z regresów w wysokości 1 535,99 tys. zł;

- przychody z tytułu opłat ustawowych w wysokości 603,11 tys. zł, na które złożyły się:
 - opłata dodatkowa za ubezpieczenie dobrowolne w kwocie 584,85 tys. zł;
 - opłata za zmianę lekarza poz w kwocie 1,44 tys. zł;
 - pozostałe tytuły w kwocie 16,82 tys. zł;
- przychody ze sprzedaży towarów i materiałów w wysokości 5,53 tys. zł;
- zmiana stanu produktów w kwocie in minus 250,50 tys. zł;
- pozostałe przychody operacyjne w wysokości 5 263,95 tys. zł, na które złożyły się:
 - przychody z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów trwałych w kwocie 56,42 tys. zł,
 - dotacje z budżetu państwa na refundację leków wynikające z treści rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2005 roku w sprawie leków związanych z chorobami wywołanymi pracą przy azbestie (Dz. U. Nr 189, poz. 1603) w kwocie 8,03 tys. zł,
 - dotacja UE na realizację programu „Otwarte dane” w kwocie 17,25 tys. zł,
 - dotacja UE na realizację programu „POZ plus” w kwocie 1 454,74 tys. zł,
 - inne przychody operacyjne w kwocie 3 727,51 tys. zł.

Kwota 3 727,51 tys. zł innych przychodów operacyjnych dotyczy m.in.:

- otrzymanych odszkodowań, kar i grzywien od kontrahentów (świadczeniodawców, aptek, lekarzy) w wysokości 2 482,55 tys. zł;
- rozwiązanych rezerw w wysokości 945,70 tys. zł;
- przychodów korygujących koszty lat ubiegłych w wysokości in minus 0,06 tys. zł.

Odnutowane w badanym okresie przychody finansowe w łącznej wysokości 3 449,43 tys. zł objęły:

- kwotę 1,52 tys. zł z tytułu odsetek bankowych;
- kwotę 2 436,83 tys. zł pozostałych odsetek dotyczącą odsetek z tytułu nieterminowego regulowania przez kontrahentów należności wynikających z postępowań kontrolnych świadczeniodawców i aptek oraz nieterminowego regulowania przez świadczeniobiorców należności wynikających z regresów i decyzji administracyjnych;
- kwotę 970,49 tys. zł z tytułu rozwiązanych rezerw na odsetki;
- kwotę 4,21 tys. zł z tytułu dodatnich różnic kursowych;
- kwotę 36,38 tys. zł pozostałych przychodów finansowych.

Koszty ogółem (pozycja K planu finansowego)

W okresie od stycznia do grudnia 2018 roku Oddział Funduszu poniósł koszty ogółem w kwocie 12 194 939,42 tys. zł, tj. o 177 935,58 tys. zł niższe od kosztów planowanych. Wskaźnik % realizacji planu wyniósł 98,56%.

dane w tys. zł

| L.p. | Koszty wg rodzaju | Plan I-XII 2018r. | Wykonanie I-XII 2018r. | Wskaźnik realizacji planu | Struktura |
|------|---|-------------------|------------------------|---------------------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Koszty świadczeń opieki zdrowotnej | 11 923 453,00 | 11 755 057,88 | 98,59% | 96,40% |
| 2 | Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego | 254 306,00 | 253 778,27 | 99,79% | 2,08% |
| 3 | Koszty finansowania leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy | 99 910,00 | 98 378,33 | 98,47% | 0,81% |
| 4 | Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie | 1 237,00 | 458,51 | 37,07% | 0,00% |

| | | | | | |
|---|------------------------|----------------------|----------------------|---------------|----------------|
| 5 | Koszty administracyjne | 71 880,00 | 68 496,95 | 95,29% | 0,56% |
| 6 | Pozostałe koszty | 16 689,00 | 13 516,36 | 80,99% | 0,11% |
| 7 | Koszty finansowe | 5 400,00 | 5 253,12 | 97,28% | 0,04% |
| | Koszty ogółem | 12 372 875,00 | 12 194 939,42 | 98,56% | 100,00% |

W strukturze kosztów poniesionych na koniec grudnia 2018 roku największy udział procentowy (96,40%) mają koszty świadczeń opieki zdrowotnej. Drugą pozycją kosztową Oddziału Funduszu (2,08%) są koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego, które wyniosły 253 778,27 tys. zł i w stosunku do kwoty planowanej były niższe o 527,73 tys. zł, tj. o 0,21%. Dynamika realizacji planu finansowego Oddziału Funduszu w tej pozycji kosztów wyniosła 99,79%.

Pozostałe koszty wygenerowane przez Oddział Funduszu stanowią poniżej 2% kosztów ogółem. W grupie tej występują:

- koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy, które poniesione zostały w kwocie 98 378,33 tys. zł i w stosunku do planu były niższe o 1 531,67 tys. zł, tj. o 1,53%,
- koszty administracyjne, które poniesione zostały w kwocie 68 496,95 tys. zł i w stosunku do planu były niższe o 3 383,05 tys. zł, tj. o 4,71%,
- koszty finansowe, które poniesione zostały w kwocie 5 253,12 tys. zł i w stosunku do planu były niższe o 146,88 tys. zł, tj. o 2,72%,
- pozostałe koszty, które poniesione zostały w kwocie 13 516,36 tys. zł i w stosunku do planu były niższe o 3 172,64 tys. zł, tj. o 19,01%.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej (poz. B2 planu finansowego)

Poniesione w badanym okresie koszty świadczeń opieki zdrowotnej w wysokości 11 755 057,88 tys. zł były niższe od planowanych o 168 395,12 tys. zł, tj. o 1,41%, a uzyskany wskaźnik % realizacji planu wyniósł 98,59% i w poszczególnych rodzajach kosztów wahał się od 63,49% (w przypadku kosztów refundacji leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy) do 99,99% (w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej).

W strukturze kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w okresie od stycznia do grudnia 2018 roku największy udział procentowy mają koszty:

1. leczenia szpitalnego (55,96%),
2. podstawowej opieki zdrowotnej (14,06%),
3. refundacji leków (9,70%).

Realizacja planu kosztów świadczeń zdrowotnych w okresie styczeń-grudzień 2018 roku kształtowała się następująco.

dane w tys. zł

| Poz. | Wyszczególnienie | Plan I-XII 2018r. | Koszty I-XII 2018r. | Wskaźnik realizacji planu | Struktura |
|----------|--|-------------------|---------------------|---------------------------|-----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5=4/3 | 6 |
| B2.1 | podstawowa opieka zdrowotna | 1 651 607,00 | 1 651 451,64 | 99,99% | 14,06% |
| B2.2 | ambulatoryjna opieka specjalistyczna | 592 971,00 | 590 179,70 | 99,53% | 5,02% |
| B2.3 | leczenie szpitalne, w tym: | 6 632 512,00 | 6 578 038,29 | 99,18% | 55,96% |
| B2.3.1 | programy terapeutyczne (lekowe), w tym: | 639 986,00 | 619 182,48 | 96,75% | 5,27% |
| B2.3.1.1 | leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi | 574 363,00 | 558 146,62 | 97,18% | 4,75% |
| B2.3.2 | chemioterapia, w tym: | 264 656,00 | 253 854,80 | 95,92% | 2,16% |

| | | | | | |
|---------------|---|----------------------|----------------------|---------------|----------------|
| B2.3.2.1 | leki stosowane w chemioterapii | 120 405,00 | 113 911,31 | 94,61% | 0,97% |
| B2.4 | opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień | 408 359,00 | 407 200,85 | 99,72% | 3,46% |
| B2.5 | rehabilitacja lecznicza | 447 989,00 | 445 879,07 | 99,53% | 3,79% |
| B2.6 | świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej | 210 390,00 | 209 470,01 | 99,56% | 1,78% |
| B2.7 | opieka paliatywna i hospicyjna | 86 504,00 | 83 920,74 | 97,01% | 0,71% |
| B2.8 | leczenie stomatologiczne | 216 359,00 | 215 326,68 | 99,52% | 1,83% |
| B2.9 | lecznictwo uzdrowiskowe | 95 950,00 | 95 225,78 | 99,25% | 0,81% |
| B2.10 | pomoc doraźna i transport sanitarny | 8 598,00 | 8 431,38 | 98,06% | 0,07% |
| B2.11 | koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu | 23 090,00 | 22 110,38 | 95,76% | 0,19% |
| B2.12 | świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie | 240 584,00 | 240 293,36 | 99,88% | 2,04% |
| B2.13 | zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji | 139 000,00 | 138 226,51 | 99,44% | 1,18% |
| B2.14 | refundacja, w tym: | 1 151 181,00 | 1 139 834,39 | 99,01% | 9,70% |
| B2.14.1 | refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę | 1 143 975,00 | 1 134 457,48 | 99,17% | 9,65% |
| B2.14.2 | refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy | 2 458,00 | 1 560,52 | 63,49% | 0,01% |
| B2.14.3 | refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy | 4 748,00 | 3 816,39 | 80,38% | 0,03% |
| B2.16 | rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oraz refundacji, w tym: | 0,00 | 0,00 | 0,00% | 0,00% |
| B2.16.1 | rezerwa, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 2 lit. c ustawy | 0,00 | 0,00 | 0,00% | 0,00% |
| B2.18 | koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych | 0,00 | -86 833,85 | 0,00% | -0,74% |
| B2.20 | rezerwa na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy | 228,00 | 227,86 | 99,94% | 0,00% |
| B2.21 | koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy | 18 131,00 | 16 075,09 | 88,66% | 0,14% |
| razem: | | 11 923 453,00 | 11 755 057,88 | 98,59% | 100,00% |

W 2018 roku koszty świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (poz. B2.1 planu finansowego) wyniosły 1 651 451,64 tys. zł i były niższe od planowanych o 155,36 tys. zł, wskaźnik % realizacji planu wyniósł 99,99%.

Koszty poniesione przez Oddział Funduszu w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji (poz. B2.13 planu finansowego) w badanym okresie wyniosły 138 226,51 tys. zł i były niższe od planowanych o 773,49 tys. zł, wskaźnik % realizacji planowanych kosztów wyniósł 99,44%.

Poziom realizacji w w/w pozycjach kosztowych niemal w pełni pokrywa się z wartością zaplanowaną, co jest wynikiem stałego monitorowania przez Oddział Funduszu kosztów w rodzajach podstawowa opieka zdrowotna i zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa oraz dostosowania planu finansowego do przewidywanego wykonania.

W przypadku kosztów refundacji leków (poz. B2.14 planu finansowego) koszty badanego okresu wyniosły 1 139 834,39 tys. zł i były niższe od planowanych o 11 346,61 tys. zł, tj. o 0,99% punktu procentowego. Przyczyną niewykonania planowanych kosztów w tej pozycji są niższe od prognozowanych koszty poniesione w miesiącu grudniu. W przypadku poszczególnych składowych kosztów refundacji leków (poz. B2.14.1, B2.14.2 oraz B2.14.3 planu finansowego), odchylenie pomiędzy wykonaniem a planowanymi kosztami wynosi odpowiednio 9 517,52 tys. zł (0,83%), 897,48 tys. zł (36,51%) oraz 931,61 tys. zł (19,62%).

Dynamika realizacji kosztów w rodzaju leczenie uzdrowiskowe (poz. B2.9 planu finansowego) wyniosła w badanym okresie 99,25%, co oznacza niewykonanie planu na kwotę 724,22 tys. zł. Odchylenie realizacji od planu wynika z tzw. „niedojazdów” pacjentów na leczenie uzdrowiskowe. Koszty Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w tym rodzaju świadczeń wynikają głównie z otrzymanych od pozostałych oddziałów Funduszu not obciążeniowych.

Realizacja planu finansowego za okres styczeń – grudzień 2018 roku w pozycji B2.18 „koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych” zamyka się kwotą in minus 86 833,85 tys. zł i były niższe od planowanych o 86 833,85 tys. zł. Na kwotę in minus 86 833,85 tys. zł składają się:

- wartość not rozliczeń międzyoddziałowych z tytułu migracji ubezpieczonych w latach poprzednich (22 420,88 tys. zł – noty otrzymane z innych oddziałów NFZ, 108 446,46 tys. zł – noty przekazane do innych oddziałów NFZ) – zaistniała sytuacja jest wynikiem opóźnień świadczeniodawców w sprawozdawczości za IV kwartał 2017 roku, dotyczącej świadczeń rozliczanych ryczałtem w ramach „PSZ” udzielonych pacjentom migracyjnym. Sprawozdawczość za IV kwartał 2017 roku pojawiła się dopiero w marcu 2018 roku i wówczas MOW NFZ mógł obciążyć kosztami tych świadczeń pozostałe oddziały wojewódzkie,
- rachunki złożone przez świadczeniodawców (in minus 10 319,78 tys. zł),
- ugody sądowe w sprawach o zapłatę za świadczenia ponadlimitowe (3 026,94 tys. zł),
- ugody pozasądowe dotyczące świadczeń ponadlimitowych (2 980,33 tys. zł),
- wyroki sądowe (3 504,24 tys. zł).

W okresie od stycznia do grudnia 2018 roku Oddział Funduszu poniósł koszty w rodzaju rezerwa na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy (poz. B2.20 planu finansowego) w wysokości 227,86 tys. zł, co oznacza niewykonanie planu na kwotę 0,14 tys. zł. MOW NFZ dokonał oceny 26 wniosków złożonych przez jednostki samorządu terytorialnego o dofinansowanie programów polityki zdrowotnej oraz podjął decyzję o dofinansowaniu 19 programów na poziomie 40% (tj. na kwotę 304,62 tys. zł). Zbiorczą informację dotyczącą programów przedstawia poniższa tabela:

dane w tys. zł

| jednostka samorządu terytorialnego | nazwa programu | środki przewidziane do poniesienia przez Wnioskodawcę | planowane dofinansowanie MOW NFZ | przekazana refundacja |
|------------------------------------|---|---|----------------------------------|-----------------------|
| Gmina Garbatka-Letnisko | Program profilaktyki szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Garbatka - Letnisko po 65 roku życia na lata 2016-2018 | 15,80 | 10,53 | 1,85 |
| Gmina Garbatka-Letnisko | Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na lata 2017-2019 | 4,85 | 3,23 | 0,00 |
| Gmina Mała Wieś | Program szczepień profilaktycznych przeciw wirusowi HPV w Gminie Mała Wieś na lata 2018-2020 | 4,99 | 3,33 | 2,60 |
| Gmina Teresin | Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) | 13,44 | 8,96 | 6,04 |
| Gmina Teresin | Program szczepień ochronnych przeciwko grypie populacji z grupy szczególnego ryzyka (osób od 65 roku życia) pn. "Grypa 65+" na lata 2016-2020 | 7,56 | 5,04 | 5,04 |
| Gmina Nowy Duninów | Program profilaktycznych szczepień dzieci zamieszkałych na terenie gminy Nowy Duninów przeciw meningokokom serogrupy C w latach 2018 -2020 | 1,17 | 4,68 | 4,68 |
| Gmina Nowy Duninów | Program profilaktycznych szczepień przeciw grypie dla mieszkańców gminy Nowy Duninów w latach 2018-2020 | 1,42 | 5,66 | 5,66 |
| Gmina Brwinów | Program profilaktyki szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Brwinów po 65 roku życia na lata 2015-2019 | 7,29 | 4,86 | 4,86 |
| Gmina Brwinów | Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Brwinów 2014-2018 | 20,90 | 13,93 | 13,58 |

| | | | | |
|----------------------------|---|---------------|---------------|---------------|
| Gmina Małkinia Górna | Program profilaktyki i wczesnego wykrywania nadwagi i otyłości wśród dzieci klas I-III szkoły podstawowej w Gminie Małkinia Górna na lata 2018-2020 | 17,05 | 11,36 | 0,00 |
| Gmina Mińsk Mazowiecki | Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Mińsk Mazowiecki na lata 2016-2020 | 24,17 | 16,12 | 6,40 |
| Gmina Góra Kalwaria | Profilaktyka zakażeń brodawczakiem ludzkim (HPV) w Gminie Góra Kalwaria | 23,94 | 15,96 | 6,06 |
| Gmina Kałuszyn | Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego /HPV/ w gminie Kałuszyn na lata 2016-2020 | 4,06 | 2,70 | 0,00 |
| Miasto i Gmina Białobrzegi | Profilaktyczny program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Białobrzegi powyżej 60 roku życia na lata 2015-2018 | 8,40 | 5,60 | 2,63 |
| Województwo Mazowieckie | Zwiększenie efektywności rehabilitacji narządu ruchu u dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym przy użyciu zrobotyzowanej ortozy do rehabilitacji chodu | 117,99 | 78,66 | 78,66 |
| Miasto Józefów | Szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie osób powyżej 50 roku życia | 12,00 | 8,00 | 7,97 |
| Miasto Józefów | Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Józefów | 15,00 | 6,00 | 3,72 |
| Gmina Miasta Radomia | Stop grypie! Program szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców powyżej 65 roku życia | 60,00 | 40,00 | 39,98 |
| Gmina Miasta Radomia | Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w mieście Radom | 90,00 | 60,00 | 38,13 |
| | | 450,02 | 304,62 | 227,86 |

Koszty poniesione przez Oddział Funduszu w rodzaju koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy (poz. B2.21 planu finansowego) w badanym okresie wyniosły 16 075,09 tys. zł i były niższe od planowanych o 2 055,91 tys.

Głównymi powodami niepełnego wykonania planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej były:

- rozwiązanie rezerw utworzonych w kosztach roku 2017 na nierozliczone przez świadczeniodawców świadczenia opieki zdrowotnej,
- niepełna realizacja wartości upoważnień udzielonych przez Dyrektora MOW NFZ na zaciąganie zobowiązań przez dyrektorów pozostałych oddziałów wojewódzkich,
- niższa niż prognozowana przez Oddział Funduszu realizacja refundacji,
- wysokie ujemne wykonanie planu kosztów w pozycji B2.18 w kwocie in minus 86 833,85 tys. zł, wynikające z opóźnień w sprawozdawczości ryczałtu PSZ za IV kwartał 2017 roku (51,57% wartości niewykonania planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej),
- niepełne rozliczenie umów przez świadczeniodawców, a w szczególności niepełne wykonanie kontraktów oraz występowanie w sprawozdawczości świadczeń nierozliczonych, które oznaczone są problemem o wadze „błąd”.

Dane liczbowe dotyczące wartości niewykorzystanych kontraktów zawiera poniższa tabela.

| poz. | wyszczególnienie | wartość niewykonanych (w tys. zł) |
|----------|--|-----------------------------------|
| B2.2 | ambulatoryjna opieka specjalistyczna | 89,36 |
| B2.3 | leczenie szpitalne, w tym: | 493,35 |
| B2.3.1 | programy terapeutyczne (lekowe), w tym: | 133,81 |
| B2.3.1.1 | leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi | 16,59 |
| B2.3.2 | chemioterapia, w tym: | 12,24 |
| B2.3.2.1 | leki stosowane w chemioterapii | 4,51 |
| B2.4 | opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień | 198,55 |

| | | |
|---------------|--|-----------------|
| B2.5 | rehabilitacja lecznicza | 1 832,12 |
| B2.6 | świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej | 127,39 |
| B2.7 | opieka paliatywna i hospicyjna | 518,29 |
| B2.8 | leczenie stomatologiczne | 284,58 |
| B2.11 | koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu | 0,68 |
| B2.12 | świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie | 1,33 |
| razem: | | 3 545,63 |

Całkowity budżet na refundację – poz. Bn planu finansowego.

W miesiącach styczeń–grudzień 2018 roku realizacja całkowitego budżetu na refundację obejmującego:

- leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi,
- leki stosowane w chemioterapii,
- refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę,
- refundację leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy,
- refundację środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy,
- rezerwę, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 2 lit. c ustawy

wynosiła 1 811 892,32 tys. zł, tj. była niższa od planu z tego okresu o 34 056,68 tys. zł i stanowiła 98,16% rocznej wartości planowanego całkowitego budżetu na refundację wyznaczonego na 2018 rok.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych przez świadczeniodawców w zakresach nielimitowanych

Oddział Funduszu zobowiązany jest do zwiększenia kwoty zobowiązania Funduszu wobec świadczeniodawcy w zakresach nielimitowanych w przypadku, gdy wartość zrealizowanych świadczeń przez świadczeniodawcę przekroczyła kwotę kontraktu. Zwiększenie kwoty zobowiązania Funduszu następuje na wniosek świadczeniodawcy:

- a) po zakończonym kwartale – w przypadku umów w rodzaju leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz rehabilitacja lecznicza,
- b) po zakończonym miesiącu – w przypadku umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

Wartości liczbowe dotyczące świadczeń ponadlimitowych w zakresach nielimitowanych w badanym okresie przedstawia poniższa tabela.

| poz. | wyszczególnienie | wartość świadczeń ponadlimitowych w zakresach nielimitowanych (w tys. zł) |
|---------------|--|---|
| B2.2 | ambulatoryjna opieka specjalistyczna | 0,00 |
| B2.3 | leczenie szpitalne | 0,00 |
| B2.5 | rehabilitacja lecznicza | 89,12* |
| B2.11 | profilaktyczne programy zdrowotne finansowane ze środków własnych Funduszu | 0,00 |
| razem: | | 89,12 |

* świadczeniodawca odmówił podpisania protokołu zwiększającego kwotę zobowiązania umowy w zakresie nielimitowanym.

Wartość świadczeń zrealizowanych ponad limit określony w umowie

Pomimo niepełnej realizacji planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w badanym okresie, MOW NFZ odnotował świadczenia ponadumowne wykonane przez świadczeniodawców w tym okresie w łącznej wysokości 29 888,68 tys. zł, z czego 5 956,95 tys. zł (tj. 19,93%) dotyczy świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne.

| Poz. | Wyszczególnienie | liczba umów, w których występują świadczenia nadlimitowe | wartość świadczeń nadlimitowych (w tys. zł) | wartość świadczeń oznaczonych jako "ratujące życie" (w tys. zł) |
|---------------|--|--|---|---|
| B2.2 | ambulatoryjna opieka specjalistyczna | 10 | 9,04 | 0,00 |
| B2.3 | leczenie szpitalne, w tym: | 10 | 5 956,95 | 1 543,27 |
| B2.3.1 | programy terapeutyczne (lekowe), w tym: | 0 | 0,00 | 0,00 |
| B2.3.1.1 | leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi | 0 | 0,00 | 0,00 |
| B2.3.2 | chemioterapia, w tym: | 0 | 0,00 | 0,00 |
| B2.3.2.1 | leki stosowane w chemioterapii | 0 | 0,00 | 0,00 |
| B2.4 | opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień | 18 | 6 234,35 | 195,63 |
| B2.5 | rehabilitacja lecznicza | 266 | 13 778,51 | 0,00 |
| B2.6 | świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej | 100 | 2 531,45 | 0,00 |
| B2.7 | opieka paliatywna i hospicyjna | 0 | 0,00 | 0,00 |
| B2.8 | leczenie stomatologiczne | 202 | 1 378,38 | 0,00 |
| B2.11 | koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu | 0 | 0,00 | 0,00 |
| B2.12 | świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie | 0 | 0,00 | 0,00 |
| razem: | | 606 | 29 888,68 | 1 738,90 |

Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego

W okresie od stycznia do grudnia 2018 roku koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego wyniosły 253 778,27 tys. zł, co stanowiło 99,79% planowanych kosztów.

Koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy (poz. B5 planu finansowego)

Poniesione w badanym okresie koszty z tego tytułu wyniosły 98 378,33 tys. zł i były niższe od planowanych o 1 531,67 tys. zł, wskaźnik % realizacji planowanych kosztów wyniósł 98,47%.

Działania jakie Oddział Funduszu podejmował w celu zmniejszenia wartości świadczeń ponadlimitowych

I. W trybie §43 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 roku, poz. 1146 z późn. zm.) – dalej jako „ogólne warunki umów” – Mazowiecki Oddział Wojewódzki przeprowadził proces renegotjacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia, leczenie szpitalne – programy zdrowotne (lekowe) oraz leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne za miesiąc styczeń

2018 roku. Renegocjacje polegały na dostosowaniu wartości kontraktów do realizacji umów przez świadczeniodawców.

- II. W trybie §43 ogólnych warunków umów Mazowiecki Oddział Wojewódzki przeprowadził proces renegocjacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia, leczenie szpitalne – programy zdrowotne (lekowe) oraz leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne za pierwszy kwartał 2018 roku. Renegocjacje polegały na alokacji środków finansowych w celu poprawienia efektywności ich wykorzystania.
- III. MOW NFZ przeprowadził proces renegocjacji umów trwających. Proces polegał na alokacji środków finansowych pomiędzy zakresami świadczeń w umowie, zmniejszeniu kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu o pełną/częściową wartość pozostających niewykonanych w umowie, sfinansowaniu świadczeń nielimitowanych za I kwartał br. oraz sfinansowaniu nadwykonań w zakresach świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, z wyjątkiem nadwykonań w zakresach świadczeń badania rezonansu magnetycznego (RM) i badania tomografii komputerowej (TK).
- IV. Na podobnych zasadach jak dla umów trwających, prowadzony został proces dla umów zakończonych, w przypadku których wystąpiły nadwykonania i niewykonania, bądź wyłącznie nadwykonania w umowie. Dla umów zakończonych, w których wystąpiły wyłącznie niewykonania, Oddział Funduszu dokonał uwolnienia niewykorzystanych środków finansowych z umów poprzez zawieranie porozumień ze świadczeniodawcami. Oddział Funduszu w ramach planowanego procesu rozliczania umów zakończonych dokonał:
 1. zmniejszenia pełnej kwoty niewykonanych w zakresach świadczeń (punktach umowy), w których wystąpił niewykorzystany limit w umowie poprzez zawarcie porozumień ze świadczeniodawcami;
 2. pełnego bądź częściowego sfinansowania nadwykonań poprzez zawarcie ugód pozasądowych. Sfinansowanie nadwykonań wypracowanych w umowie następuje maksymalnie do kwoty środków uwolnionych z umowy w wyniku zawarcia porozumienia. Dodatkowe finansowanie nadwykonań nastąpiło jedynie dla:
 - a) zakresów nielimitowanych za okres obowiązywania umowy w 2018 roku
 - b) zakresu program badań prenatalnych za okres obowiązywania umowy w 2018 roku
 - c) zakresów świadczeń (punktów umowy) w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna za okres obowiązywania umowy w 2018 roku, za wyjątkiem nadwykonań w zakresach: badania rezonansu magnetycznego (RM) i badania tomografii komputerowej (TK), które nie były objęte dodatkowym finansowaniem ze środków Oddziału Funduszu.

Celem przeprowadzenia przedmiotowego procesu przed zakończeniem roku kalendarzowego było:

1. efektywniejsze wykorzystanie środków finansowych zaangażowanych w umowach świadczeniodawców;
 2. zwiększenie kwoty tzw. „wolnych” środków w planie finansowym Oddziału Funduszu na 2018 rok poprzez uwolnienie pozostałych niewykonanych z umów objętych procesem, a tym samym możliwość efektywniejszego dysponowania przez Oddział Funduszu tymi środkami przed zakończeniem roku kalendarzowego;
 3. zmniejszenie kwoty nadwykonań w umowach zakończonych i uzyskanie zrzeczenia się roszczeń co do poszczególnych zakresów świadczeń (punktów umowy), w których po przeprowadzeniu procesu nie będzie nadwykonań;
 4. pełne sfinansowanie świadczeń wykonanych w nielimitowanych zakresach świadczeń.
- V. Z inicjatywy Oddziału Funduszu, w trybie §43 ogólnych warunków umów został przeprowadzony proces renegocjacji umów obowiązujących w następujących rodzajach świadczeń:
1. ambulatoryjna opieka specjalistyczna,

2. leczenie szpitalne – oddziały szpitalne; teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, terapia protonowa,
3. profilaktyczne programy zdrowotne,

w tym umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Celem przeprowadzenia przedmiotowego procesu było:

1. wypełnienie zobowiązań Funduszu względem świadczeniodawców co do finansowania świadczeń w zakresach Nielimitowanych,
2. rozliczenie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie programu badań prenatalnych (badania prenatalne należy bowiem wykonywać w określonym wieku ciąży, nie jest więc możliwe tworzenie kolejek oczekujących w przypadku tych świadczeń).

VI. Oddział Funduszu przeprowadził wieloetapowy proces rozliczenia nadwykonań zrealizowanych w bieżącym roku. W ramach procesu sfinansowane zostały świadczenia Nielimitowane – głównie szpitalne świadczenia onkologiczne, ale również wszystkie porady ambulatoryjne - tzw. zakresy skojarzone, badania profilaktyki raka piersi i szyjki macicy. MOW NFZ sfinansował wykonane w I półroczu b.r. świadczenia udzielone w ramach programów lekowych i chemioterapii (finansowanie 100% kosztu leku i 70% hospitalizacji). Zapłacone zostały również wszystkie świadczenia rehabilitacji leczniczej, zrealizowane dla osób ze znacznym stopniem niepełnosprawności. W celu kontynuowania rozpoczętego w 2017 roku procesu skracania kolejek oczekujących, MOW NFZ sfinansował badania tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, co w całości pokryło nadwykonania z I półrocza b.r. Są to badania szczególnie istotne w diagnostyce chorób, w tym w diagnostyce onkologicznej. Sfinansowano porady pierwszorazowe w poradniach specjalistycznych – proces finansowania porad pierwszorazowych będzie kontynuowany w kolejnych miesiącach. Oddział Funduszu częściowo sfinansował nadwykonania w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane (hemodializoterapię, żywienie dojelitowe w warunkach domowych oraz dializoterapię otrzewnową), których realizacji nie można odroczyć w czasie (mogłoby to skutkować koniecznością hospitalizacji pacjenta lub stanowić zagrożenie zdrowia). Procesem objęte zostały także wykonane w I półroczu b.r. świadczenia w rodzaju opieki długoterminowej udzielone pacjentom wentylowanym mechanicznie.

VII. MOW NFZ przeprowadził proces renegotjacji obowiązujących umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za okres styczeń-wrzesień 2018 roku. Procesowi renegotjacji umów podlegały świadczenia opieki zdrowotnej:

1. dla umów z rocznym okresem rozliczeniowym - zrealizowane w okresie obejmującym styczeń-wrzesień 2018 r.
2. dla umów z półrocznym okresem rozliczeniowym – zrealizowane w okresie obejmującym lipiec-wrzesień 2018 r.

sprawozdane przez świadczeniodawcę w raportach statystycznych, które zostały pozytywnie zweryfikowane przez Oddział Funduszu na dzień sporządzania protokołu uzgodnień dla świadczeniodawcy.

Celem przeprowadzenia procesu renegotjacji umów było:

1. efektywniejsze wykorzystanie środków finansowych będących w dyspozycji świadczeniodawców poprzez dokonanie alokacji środków finansowych pomiędzy zakresami świadczeń w umowie;
2. sfinansowanie nadwykonań w zakresach Nielimitowanych rozliczanych w ramach budżetów: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, rehabilitacji leczniczej i profilaktycznych programów zdrowotnych oraz w zakresach pierwszorazowych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna;

3. zwiększenie kwoty tzw. „wolnych” środków w planie finansowym Oddziału Funduszu na 2018 r. poprzez uwolnienie części niewykonanych z umów w których występują wyłącznie niewykonania w umowie.

Proces renegotjacji umów przeprowadzany został z inicjatywy Oddziału Funduszu w trybie §43 ogólnych warunków umów. Źródłem finansowania przedmiotowego procesu renegotjacji umów była kwota wolnego limitu w umowie świadczeniodawcy oraz tzw. „wolne” środki Oddziału Funduszu w planie finansowym Oddziału Funduszu na 2018 r.

W pierwszej kolejności Oddział Funduszu dokonał sfinansowania nadwykonań w zakresach pierwszorazowych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Finansowanie nastąpiło w całości ze środków Oddziału Funduszu. W dalszej kolejności Oddział Funduszu dokonał alokacji środków finansowych w umowie świadczeniodawcy, poprzez przesunięcie 90 % środków z zakresów świadczeń w których występowały niewykonania do zakresów świadczeń w których występowały nadwykonania. Po przeprowadzeniu alokacji środków, Oddział Funduszu dokonał pełnego sfinansowania nadwykonań w nielimitowanych zakresach świadczeń rozliczanych w ramach budżetów: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, rehabilitacji leczniczej i profilaktycznych programów zdrowotnych. Oddział Funduszu przedstawił świadczeniodawcom propozycje zmniejszenia wartości umów o kwotę stanowiącą 90% wartości niewykonanych za okres obejmujący zmianę. Zapis ten dotyczył umów w przypadku których występowały wyłącznie niewykonania (tj. w żadnym punkcie umowy nie występowały nadwykonania) oraz wartość niewykonanych w umowie wynosiła minimum 20 000 zł.

VIII. W trybie §43 ogólnych warunków umów Mazowiecki Oddział Wojewódzki prowadził proces renegotjacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia, leczenie szpitalne – programy zdrowotne (lekowe) oraz leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne. MOW NFZ sfinansował wykonane w okresie lipiec-październik 2018 roku świadczenia udzielone w ramach programów lekowych i chemioterapii (finansowanie 100% kosztu leku, 30% hospitalizacji w przypadku chemioterapii i 35% hospitalizacji w przypadku programów lekowych).

IX. Jednocześnie z inicjatywy MOW NFZ prowadzony został proces zawierania porozumień i ugód pozasądowych dla umów zakończonych do 30 listopada 2018 roku, w przypadku których występowały niewykonania i nadwykonania w umowie, bądź wyłącznie nadwykonania za 2018 rok. Proces ten przeprowadzony był na podobnych zasadach jak w przypadku renegotjacji umów trwających, z uwagi na zachowanie równego traktowania wszystkich świadczeniodawców, tj. tych których umowy trwają, z tymi których umowy zakończyły się w 2018 roku. Oddział Funduszu w ramach przedmiotowego procesu dokonał:

1. zmniejszenia pełnej kwoty niewykonanych w zakresach świadczeń (punktach umowy) w których występował niewykorzystany limit w umowie poprzez zawarcie porozumień ze świadczeniodawcami,
2. pełnego bądź częściowego sfinansowania nadwykonań poprzez zawarcie ugód pozasądowych. Sfinansowanie nadwykonań wypracowanych w umowie nastąpiło maksymalnie do kwoty środków uwolnionych z umowy w wyniku zawarcia porozumienia.

Dodatkowe finansowanie nadwykonań za cały okres obowiązywania umowy nastąpiło w zakresach świadczeń i % wymienionych poniżej:

1. nielimitowanych (100%) - zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa Oddział Funduszu zobowiązany jest do finansowania wszystkich świadczeń wypracowanych w nielimitowanych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej;
2. pierwszorazowych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (100%) - zgodnie z wytycznymi Prezesa NFZ istotne jest finansowanie nadwykonań wypracowanych w tych zakresach świadczeń

z własnych środków Oddziału Funduszu. Pokrycie kosztów nadwykonań w zakresach pierwszorazowych zapewni znaczącą poprawę dostępności w świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;

3. związanych z podaniem leku/substancji czynnej (100%) i nie związanych z podaniem leku/substancji czynnej (70%) w rodzaju leczenie szpitalne - chemioterapia, programy terapeutyczne (lekowe), programy zdrowotne. Charakterystyka programów lekowych oraz chemioterapii sprawia, iż przerwanie rozpoczętego procesu terapeutyczno-leczniczego pacjenta może nastąpić jedynie z następujących powodów: dyskwalifikacja pacjenta ze względów medycznych, samodzielna rezygnacja pacjenta z leczenia, śmierć pacjenta. Należy podkreślić, że przerwanie leczenia z powodów innych niż dyskwalifikacja ze względów medycznych lub zgonu pacjenta sprawi, że dotychczasowe pozytywne efekty terapeutyczno-lecznicze zostają zaprzeczane a efektywność wykorzystania publicznych środków finansowych utracona;
4. żywienie dojelitowe w warunkach domowych (100%) w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – z uwagi na charakter świadczeń dedykowanych pacjentom z zaburzeniami odżywiania, których nie można zaniechać ani opóźnić w czasie;
5. badania izotopowe (100%), terapia izotopowa (100%) w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie – z uwagi na wykonanie wysoce specjalistycznych świadczeń, dotyczących w szczególności pacjentów onkologicznych, w przypadku których nie można odmówić wykonania świadczenia, ponieważ wiąże się to z rozpoczęciem leczenia onkologicznego, gdzie czas odgrywa najważniejszą rolę, jak również z uwagi na to, że świadczenia onkologiczne są priorytetem do finansowania w pierwszej kolejności przez Oddział Funduszu;
6. świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży (100%) w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – zgodnie z założeniami Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego, ukierunkowanymi na działania ambulatoryjne i środowiskowe, zasadne jest sfinansowanie jak największej puli świadczeń udzielanych w tym trybie dla dzieci. Dodatkowo na terenie Mazowsza, mimo zakontraktowanych świadczeń stacjonarnych dla dzieci i młodzieży, po raz kolejny pojawiają się sygnały o możliwych ograniczeniach dostępności do świadczeń, wynikających z przepełnienia działających oddziałów powyżej stanu, który pozwalałby na prawidłowe prowadzenie procesu leczniczego przy istniejącej obsadzie personelu, do czego przyczynia się także wysoki odsetek pacjentów z sąsiednich województw. Zwiększenie finansowania opieki ambulatoryjnej może przyczynić się do zmniejszenia zapotrzebowania na opiekę szpitalną dla dzieci.
7. we wszystkich zakresach świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna (100%) (tj. porada w poradni medycyny paliatywnej, świadczenia w hospicjum domowym, świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci, perinatalna opieka paliatywna; świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym). Potrzeby wynikające z realizacji świadczeń paliatywnych i hospicyjnych przekroczyły możliwości określone w pierwotnym planie zakupu na opiekę paliatywną i hospicyjną, jednocześnie ze względu na specyfikę grupy pacjentów objętych tym rodzajem świadczeń, pomoc powinna być udzielana na bieżąco, bez oczekiwania w kolejce, niezależnie od limitu ustalonego w umowach ze świadczeniodawcami.
8. w zakresach świadczeń finansowanych ze środków pochodzących z dotacji budżetu państwa w umowach w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne – przedmiotowe świadczenia związane są z przeszczepem narządów i są zabiegami medycznymi ratującymi zdrowie lub życie pacjenta, których realizacji nie można odroczyć w czasie a na ich finansowanie przeznaczone są środki finansowe przekazywane z budżetu państwa.

Źródłem finansowania nadwykonań w ramach ugód pozasądowych były:

- a) kwota niewykonań uwolnionych z umowy świadczeniodawcy poprzez zawarcie porozumienia;
- b) tzw. „wolne” środki w poszczególnych pozycjach planu finansowego Oddziału Funduszu na 2018r.;
- c) środki celowane z dotacji budżetu państwa przeznaczone na finansowanie świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

Zrzeczenie roszczeń nastąpiło wyłącznie do zakresów świadczeń (punktów umowy) w których po przeprowadzeniu przedmiotowego procesu nie było nadwykonań.

- X. Oddział Funduszu przeprowadził proces rocznego rozliczenia umów obowiązujących i zakończonych za 2018 rok. Zasady przeprowadzenia procesu przygotowane zostały z uwzględnieniem wytycznych Centrali NFZ, przesłanych pismem z dnia 22 stycznia 2019 roku (znak: DEF.4300.2.1.2019, 2019.3505.DAJ) i zgodą Prezesa NFZ na podwyższenie wskaźnika finansowania dla dwóch zakresów świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – pismo z dnia 14 lutego 2019 roku (znak: DEF.4300.1.11.2019, 2019.9459.BE). Proces rocznego rozliczenia umów przeprowadzony został z inicjatywy Oddziału Funduszu. Proces rocznego rozliczenia umów obejmował dwa etapy.

Celem pierwszego etapu procesu było:

- a) optymalne wykorzystanie środków finansowych zakontraktowanych w umowie/umowach świadczeniodawców rozliczanych w tej samej pozycji planu finansowego;
- b) uwolnienie niewykorzystanych przez świadczeniodawców środków finansowych z umów;
- c) pełne sfinansowanie nadwykonań w zakresach nielimitowanych, zakresach pierwszorazowych (AOS) oraz w innych wybranych zakresach świadczeń.

W pierwszej kolejności Oddział Funduszu rozpoczął zawieranie aneksów rozliczających do umów trwających oraz porozumień do umów zakończonych, w przypadku których w umowie występowały wyłącznie niewykonania. W przypadku umów zakończonych, w których występowały wyłącznie nadwykonania lub nadwykonania i niewykonania etap pierwszy procesu rozpoczął się łącznie z etapem drugim.

Celem drugiego etapu procesu jest sfinansowanie nadwykonań w wybranych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej w formie zawarcia ze świadczeniodawcami ugód pozasądowych do umów zakończonych i obowiązujących. W przypadku umów obowiązujących przedstawiono świadczeniodawcom propozycje (w formie protokołów uzgodnień stanowiących podstawę do zawarcia ugód pozasądowych) pełnego lub degresywnego sfinansowania nadwykonań w wytypowanych do finansowania zakresach świadczeń opieki zdrowotnej. Dla umów zakończonych, w pierwszej kolejności przyjęto zasady rozliczania umów i finansowania świadczeń ponadlimitowych analogiczne do zasad jakie obowiązywały w procesie aneksowania niezakończonych umów, a następnie zastosowano zasady finansowania świadczeń ponadlimitowych analogiczne jak dla umów obowiązujących w przedmiotowym procesie zawierania ugód pozasądowych. W przypadku zakończonych umów przedstawiono świadczeniodawcom do podpisu: porozumienia (zmniejszające wartość umów o kwotę niewykonań) oraz propozycje zawarcia ugód pozasądowych (finansujących nadwykonania) w formie protokołów uzgodnień stanowiących podstawę do zawarcia ugód pozasądowych. Skutki finansowe zaakceptowanych przez świadczeniodawców propozycji zawarcia ugód pozasądowych zostały ujęte w księgach rachunkowych 2018 roku w biernych rozliczeniach międzykresowych kosztów. Ostateczne podpisanie ugód pozasądowych na podstawie zawartych ze świadczeniodawcami protokołów uzgodnień Oddział Funduszu będzie realizował począwszy od miesiąca marca br.

Koszty administracyjne

W 2018 roku koszty administracyjne zostały poniesione w łącznej kwocie 68 496,95 tys. zł i były niższe od wartości planowanej o 3 383,05 tys. zł (tj. o 4,71%). Wskaźnik % realizacji planu wyniósł 95,29% i w poszczególnych rodzajach kosztów wahał się od 21,21% (w przypadku pozostałych kosztów administracyjnych) do 99,96% (w przypadku wynagrodzeń).

Realizacja planu kosztów administracyjnych w badanym okresie kształtowała się następująco:

| Poz. | Wyszczególnienie | Plan I-XII 2018r. (w tys. zł) | Koszty I-XII 2018r. (w tys. zł) | Wskaźnik realizacji planu | Struktura |
|--------|--|-------------------------------|---------------------------------|---------------------------|----------------|
| D1 | zużycie materiałów i energii | 2 073,00 | 1 697,03 | 81,86% | 2,48% |
| D2 | usługi obce | 12 436,00 | 11 040,30 | 88,78% | 16,12% |
| D3 | podatki i opłaty, w tym: | 238,00 | 83,53 | 35,10% | 0,12% |
| D3.1 | podatki stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego, w tym: | 20,00 | 19,52 | 97,60% | 0,03% |
| D3.1.1 | podatek od nieruchomości | 20,00 | 19,52 | 97,60% | 0,03% |
| D3.2 | opłaty stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego | 12,00 | 10,40 | 86,67% | 0,02% |
| D3.3 | VAT | 0,00 | 0,00 | - | - |
| D3.4 | podatek akcyzowy | 0,00 | 0,00 | - | - |
| D3.5 | wpłaty na PFRON | 203,00 | 52,76 | 25,99% | 0,08% |
| D3.6 | inne | 3,00 | 0,85 | 28,33% | 0,00% |
| D4 | wynagrodzenia | 44 273,00 | 44 256,62 | 99,96% | 64,61% |
| D4.1 | wynagrodzenia bezosobowe | 0,00 | 0,00 | 0,00% | 0,00% |
| D5 | ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia, w tym: | 9 917,00 | 8 988,62 | 90,64% | 13,12% |
| D5.1 | składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych | 7 602,00 | 7 157,41 | 94,15% | 10,45% |
| D5.2 | składki na Fundusz Pracy | 1 085,00 | 794,04 | 73,18% | 1,16% |
| D5.3 | składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych | 0,00 | 0,00 | - | - |
| D5.4 | pozostałe świadczenia | 1 230,00 | 1 037,17 | 84,32% | 1,51% |
| D6 | koszty funkcjonowania Rady Funduszu | 0,00 | 0,00 | - | - |
| D7 | amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych | 2 539,00 | 2 345,17 | 92,37% | 3,42% |
| D8 | pozostałe koszty administracyjne | 404,00 | 85,68 | 21,21% | 0,13% |
| | razem: | 71 880,00 | 68 496,95 | 95,29% | 100,00% |

W każdej pozycji planu koszty są niższe od wartości zaplanowanej. Przyczyną takiego stanu rzeczy były głównie ceny dostaw i usług oferowanych przez wykonawców, które były niejednokrotnie niższe niż ceny wynikające z szacunków prowadzonych w związku z realizacją postępowań przetargowych/procedur o udzielanie zamówień publicznych.

Wysokość kosztów poniesionych w badanym okresie przez Oddział Funduszu w rodzaju D3 (podatki i opłaty) wynosi 83,53 tys. zł i jest niższa od planowanej o 154,47 tys. zł, tj. o 64,90%. Niewykonanie planu kosztów w tej pozycji wynika z niskiej wartości realizacji wpłat na PFRON (poz. D3.5 planu finansowego). Poniesione w 2018 roku koszty w tej pozycji planu w wysokości 52,76 tys. zł były niższe od planowanych o 150,24 tys. zł, tj. o 74,01%, a uzyskany wskaźnik % realizacji planu wyniósł 25,99%. Oszacowanie wykonania planu finansowego w pozycji podatki i opłaty jest bardzo trudne, gdyż wynika m.in. z obowiązujących przepisów prawa, wysokości wynagrodzeń oraz struktury zatrudnienia, które są zmienne. W okresie od stycznia do grudnia wartość realizacji kosztów wynagrodzeń (poz. D4 planu finansowego) wyniosła 44 256,62 tys. i była niższa od planowanej o 16,38 tys. zł, tj. o 0,04%. Poziom realizacji w tej pozycji kosztowej niemal w pełni pokrywa się z wartością zaplanowaną.

Poniesione w badanym okresie koszty ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń (pozycja D5 planu finansowego) w wysokości 8 988,62 tys. zł były niższe od planowanych o 928,38 tys. zł, tj. o 9,36%. W okresie od stycznia do grudnia wartość kosztów amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych (poz. D7 planu finansowego) wyniosła 2 345,17 tys. zł i była niższa od zaplanowanej o 193,83 tys. zł, tj. o 7,63%.

Pozostałe koszty

W 2018 roku pozostałe koszty (poz. F planu finansowego) poniesione zostały w łącznej kwocie 13 516,36 tys. zł i dotyczyły:

- utworzonych rezerw na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych w wysokości 6 019,09 tys. zł. Plan w pozycji F2 planu finansowego (rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych) jest realizowany w przypadku niekorzystnego rozstrzygnięcia spraw sądowych toczących się przeciwko Mazowieckiemu OW NFZ przed sądem pierwszej instancji,
- innych kosztów w wysokości 7 497,27 tys. zł, na które złożyły się: wartość zbytych niefinansowych aktywów trwałych w kwocie 3,05 tys. zł, odpisy aktualizujące należności w kwocie 2 563,58 tys. zł, koszty sądowe w kwocie 538,10 tys. zł oraz pozostałe w kwocie 4 329,54 tys. zł.

Koszty finansowe

Odnotowane w okresie od stycznia do grudnia 2018 roku koszty finansowe w łącznej wysokości 5 253,12 tys. zł objęły:

- kwotę 692,30 tys. zł z tytułu odsetek za zwłokę w spłacie zobowiązań,;
- kwotę 2 304,46 tys. zł z tytułu utworzonych rezerw na odsetki;
- kwotę in minus 133,17 tys. zł z tytułu ujemnych różnic kursowych;
- kwotę 2 389,53 tys. zł z tytułu innych kosztów finansowych.

Wynik finansowy ogółem netto (pozycja I planu finansowego)

W okresie od 1 stycznia 2018 roku do 31 grudnia 2018 roku Oddział Funduszu odnotował nadwyżkę kosztów nad przychodami w kwocie 73 528,28 tys. zł.

Tabela 1.5. - Sprawozdanie o stanie zobowiązań Narodowego Funduszu Zdrowia na koniec 12/18

Na dzień 31.12.2018 r. zobowiązania ogółem wynosiły 1.297.841,11 tys. zł, w tym:

1. wobec świadczeniodawców 1.206.474,69 tys. zł,
2. wobec aptek 87.039,99 tys. zł,
3. z tytułu przepisów o koordynacji 43,87 tys. zł,
4. z tytułu wynagrodzeń 1.052,08 tys. zł,
5. z tytułu rozrachunków publiczno-prawnych 2.182,51 tys. zł,
6. pozostałe 1.047,97 tys. zł, w tym:
 - a) zobowiązania z tytułu dostaw, robót i usług 357,22 tys. zł,
 - b) zobowiązania z tytułu dostaw, robót i usług – działalność inwestycyjna 10,95 tys. zł,
 - c) zobowiązania wobec pracowników 3,60 tys. zł,
 - d) zobowiązania z tytułu egzekucji komorniczej – pracownicy 0,66 tys. zł,
 - e) zobowiązania z tytułu wpłaconych kaucji i depozytów 8,43 tys. zł,

- f) zobowiązania z tytułu prawomocnych wyroków sądowych 0,35 tys. zł,
- g) zobowiązania z tytułu nienależnie wpłaconych środków pieniężnych 9,32 tys. zł,
- h) zobowiązania wobec Wojewody z tytułu należnych odsetek 1,45 tys. zł,
- i) zobowiązania wobec Wojewody z tytułu niewykorzystanej dotacji na RTM 526,31 tys. zł,
- j) zobowiązania z tytułu korekty nałożonych kar administracyjnych 0,02 tys. zł,
- k) zobowiązania z tytułu leczenia poza granicami kraju w trybie art. 42J ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 104,99 tys. zł,
- l) zobowiązania w okresie przedawnienia 5,30 tys. zł,
- m) zobowiązania wobec osób fizycznych 19,37 tys. zł.

Tabela 1.6. – Sprawozdanie o stanie należności Narodowego Funduszu Zdrowia na koniec 12/18

Na dzień 31.12.2018 r. należności ogółem wynosiły 95.788,33 tys. zł, w tym:

1. od świadczeniodawców 92.390,73 tys. zł (kary umowne oraz nienależnie przekazane środki finansowe określone w wyniku postępowań kontrolnych, weryfikacji raportów sprawozdawczych oraz należności powstałe wskutek składania przez świadczeniodawców dokumentów korygujących, (rozliczanych na bieżąco w ramach podpisanej umowy))
2. od aptek 152,40 tys. zł (nienależnie przekazane środki finansowe określone w wyniku postępowań kontrolnych oraz należności powstałe wskutek składania przez świadczeniodawców dokumentów korygujących)
3. pozostałe 3.245,20 tys. zł, w tym:
 - a) należności z tytułu roszczeń regresowych 44,12 tys. zł,
 - b) należności z tytułu odsetek 1,10 tys. zł,
 - c) pozostałe tytuły 3.199,98 tys. zł, w tym:
 - należności z tytułu opłaty za zmianę lekarza 0,23 tys. zł,
 - należności z tytułu dotacji od Min. Zdrowia na leki azbestowe 0,60 tys. zł,
 - należności z tytułu rozrachunków z pracownikami 190,69 tys. zł,
 - należności z tytułu nałożonych kar administracyjnych 11,24 tys. zł
 - należności z tytułu sprzedaży towarów i usług 1,68 tys. zł,
 - należności z tytułu upomnień d. decyzji administracyjnych 0,44 tys. zł,
 - należności z tytułu prawomocnych wyroków sądowych 0,22 tys. zł,
 - należności z tytułu depozytu złożonego u Ministra Finansów – zabezpieczenia roszczeń świadczeniodawcy dochodzonych na drodze postępowania sądowego 177,13 tys. zł,
 - należności z tytułu wypłaconych zaliczek dla komornika (VAT) 0,60 tys. zł,
 - należności z tytułu odszkodowań 0,40 zł,
 - należności z tytułu zwrotu składki ubezpieczeniowej w zw. ze sprzedażą samochodów 1,55 tys. zł,
 - należności z tytułu zwrotu niewykorzystanej zaliczki na czynności komornika 0,10 tys. zł,
 - należności z tytułu leczenia poza granicami kraju w trybie art. 42J ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – przedpłaty 2.815,10 tys. zł.

Na dzień 31.12.2018 r. należności wymagalne wynosiły ogółem 450,95 tys. zł, w tym:

1. od świadczeniodawców 319,52 tys. zł (kary umowne oraz nienależnie przekazane środki finansowe określone w wyniku postępowań kontrolnych, weryfikacji raportów sprawozdawczych oraz

należności powstałych wskutek składania przez świadczeniodawców dokumentów korygujących, (rozliczanych na bieżąco w ramach podpisanej umowy))

2. od aptek 101,03 tys. zł (nienależnie przekazane środki finansowe określone w wyniku postępowań kontrolnych)
3. pozostałe 30,40 tys. zł, w tym:
 - a) należności z tytułu roszczeń regresowych 26,39 tys. zł,
 - b) pozostałe tytuły 4,01 tys. zł, w tym:
 - należności z tytułu odszkodowań 0,41 tys. zł,
 - należności z tytułu odsetek 0,02 tys. zł,
 - należności z tytułu nałożonych kar 3,15 tys. zł,
 - należności z tytułu sprzedaży towarów i usług 0,06 tys. zł,
 - należności z tytułu upomnień d. decyzji administracyjnych 0,37 tys. zł.

W celu zwindykowania powyższej kwoty Mazowiecki OW NFZ będzie dokonywał tam gdzie to możliwe kompensaty wzajemnych wierzytelności poprzez potrącenia z bieżących płatności przysługujących świadczeniodawcom, aptekom i pozostałym kontrahentom na zasadach określonych w art. 498 i 499 Kodeksu Cywilnego, a w przypadku nieskuteczności tej formy dochodzenia roszczeń lub braku możliwości skorzystania z niej skieruje windykację na drogę postępowania sądowego.

Tabela t4 – Informacja o sprzedaży składników aktywów trwałych

W okresie 01.01-31.12.2018 roku Mazowiecki OW NFZ dokonał:

1. wyceny środków transportu przeznaczonych do sprzedaży- koszt w kwocie 1,33 tys. zł,
2. likwidacji drukarki częściowo zamortyzowanej - koszt w kwocie 1,72 tys. zł,
3. sprzedaży samochodów osobowych – przychód w kwocie 56,42 tys. zł.

Załącznik:

Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego MOW NFZ na 2018 rok – 2 strony.

DYREKTOR
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Filip Nowak

Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ na 2018 rok
MAZOWIECKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

w tys. zł

| Poz | Wyszczególnienie | Obowiązujący plan finansowy NFZ na 2018 r. | Wykonanie planu finansowego NFZ za 2018 r. | Różnica (poz. 3 - poz. 4) | Udział wykonania (poz. 4 / poz. 3) (w %) |
|----------|---|--|--|---------------------------|--|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki (1.1+1.2) | | 11 561 000,00 | | |
| 1.1 | od ZUS | | - | | |
| 1.2 | od KRUS | | - | | |
| 2 | Planowany odpis aktualizujący składkę należną (2.1+2.2) | | 0,00 | | |
| 2.1 | w stosunku do ZUS | | 0,00 | | |
| 2.2 | w stosunku do KRUS | | 0,00 | | |
| 3 | Przychody ze składek z lat ubiegłych (3.1+3.2) | | 0,00 | | |
| 3.1 | od ZUS | | 0,00 | | |
| 3.2 | od KRUS | | 0,00 | | |
| 4 | Koszt poboru i ewidencjonowania składek (4.1+4.2) | | 0,00 | | |
| 4.1 | koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS | | 0,00 | | |
| 4.2 | koszty poboru i ewidencjonowania składek przez KRUS | | 0,00 | | |
| 5 | Odpis dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o którym mowa w art. 31t ust. 5-9 ustawy | | 0,00 | | |
| A | Przychody netto z działalności (1 - 2 + 3 - 4 - 5)+A1+A2+A3+A4 | | 12 106 615,41 | | |
| A1 | przychody wynikające z przepisów o koordynacji | | 0,00 | | |
| A2 | przychody z tytułu realizacji zadań zleconych | | 458,51 | | |
| A3 | dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a - 2c, 3 i 3b ustawy | | 291 378,63 | | |
| A4 | dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego | | 253 778,27 | | |
| B | Koszty realizacji zadań (B1 + B2 + B3 + B4 + B5 + B6) | | 12 107 672,99 | | |
| B1 | Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną | | | | |
| B2 | Koszty świadczeń opieki zdrowotnej (B2.1+...+B2.21) | 11 923 453,00 | 11 755 057,88 | 168 395,12 | 98,59% |
| B2.1 | podstawowa opieka zdrowotna | 1 651 607,00 | 1 651 451,64 | 155,36 | 99,99% |
| B2.2 | ambulatoryjna opieka specjalistyczna | 592 971,00 | 590 179,70 | 2 791,30 | 99,53% |
| B2.3 | leczenie szpitalne, w tym: | 6 632 512,00 | 6 578 038,29 | 54 473,71 | 99,18% |
| B2.3.1 | programy lekowe, w tym: | 639 986,00 | 619 182,48 | 20 803,52 | 96,75% |
| B2.3.1.1 | leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi | 574 363,00 | 558 146,62 | 16 216,38 | 97,18% |
| B2.3.2 | chemioterapia, w tym: | 264 656,00 | 253 854,80 | 10 801,20 | 95,92% |
| B2.3.2.1 | leki stosowane w chemioterapii | 120 405,00 | 113 911,31 | 6 493,69 | 94,61% |
| B2.4 | opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień | 408 359,00 | 407 200,85 | 1 158,15 | 99,72% |
| B2.5 | rehabilitacja lecznicza | 447 989,00 | 445 879,07 | 2 109,93 | 99,53% |
| B2.6 | świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej | 210 390,00 | 209 470,01 | 919,99 | 99,56% |
| B2.7 | opieka paliatywna i hospicyjna | 86 504,00 | 83 920,74 | 2 583,26 | 97,01% |
| B2.8 | leczenie stomatologiczne | 216 359,00 | 215 326,68 | 1 032,32 | 99,52% |
| B2.9 | lecznictwo uzdrowskowe | 95 950,00 | 95 225,78 | 724,22 | 99,25% |
| B2.10 | pomoc doraźna i transport sanitarny | 8 598,00 | 8 431,38 | 166,62 | 98,06% |
| B2.11 | koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu | 23 090,00 | 22 110,38 | 979,62 | 95,76% |
| B2.12 | świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie | 240 584,00 | 240 293,36 | 290,64 | 99,88% |
| B2.13 | zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji | 139 000,00 | 138 226,51 | 773,49 | 99,44% |
| B2.14 | refundacja, z tego: | 1 151 181,00 | 1 139 834,39 | 11 346,61 | 99,01% |
| B2.14.1 | refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę | 1 143 975,00 | 1 134 457,48 | 9 517,52 | 99,17% |
| B2.14.2 | refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy | 2 458,00 | 1 560,52 | 897,48 | 63,49% |
| B2.14.3 | refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy | 4 748,00 | 3 816,39 | 931,61 | 80,38% |
| B2.15 | rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - |
| B2.16 | rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz refundacji leków, w tym: | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - |
| B2.16.1 | rezerwa, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 2 lit. c ustawy | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - |
| B2.17 | rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - |
| B2.18 | koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych | 0,00 | -86 833,85 | 86 833,85 | - |
| B2.19 | rezerwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielone w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - |
| B2.20 | rezerwa na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy | 228,00 | 227,86 | 0,14 | 99,94% |
| B2.21 | koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programów pilotażowych, o których mowa w art. 48e ustawy | 18 131,00 | 16 075,09 | 2 055,91 | 88,66% |
| B3 | Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie | 1 237,00 | 458,51 | 778,49 | 37,07% |
| B4 | Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego | 254 306,00 | 253 778,27 | 527,73 | 99,79% |
| B5 | Koszty finansowania leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy | 99 910,00 | 98 378,33 | 1 531,67 | 98,47% |
| B6 | koszt zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4c ustawy | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - |

Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ na 2018 rok
MAZOWIECKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

w tys. zł

| Poz | Wyszczególnienie | Obowiązujący plan finansowy NFZ na 2018 r. | Wykonanie planu finansowego NFZ za 2018 r. | Różnica (poz. 3 - poz. 4) | Udział wykonania (poz. 4/ poz. 3) (w %) |
|--------|---|--|--|---------------------------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Bn | Całkowity budżet na refundację (B2.3.1.1 + B2.3.2.1 + B2.14 + B2.16.1) | 1 845 949,00 | 1 811 892,32 | 34 056,68 | 98,16% |
| C | WYNIK NA DZIAŁALNOŚCI (A - B) | | -1 057,58 | | |
| D | Koszty administracyjne (D1+...+D8) | 71 880,00 | 68 496,95 | 3 383,05 | 95,29% |
| D1 | zużycie materiałów i energii | 2 073,00 | 1 697,03 | 375,97 | 81,86% |
| D2 | usługi obce | 12 436,00 | 11 040,30 | 1 395,70 | 88,78% |
| D3 | podatki i opłaty, w tym: | 238,00 | 83,53 | 154,47 | 35,10% |
| D3.1 | podatki stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego, w tym: | 20,00 | 19,52 | 0,48 | 97,60% |
| D3.1.1 | podatek od nieruchomości | 20,00 | 19,52 | 0,48 | 97,60% |
| D3.2 | opłaty stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego | 12,00 | 10,40 | 1,60 | 86,67% |
| D3.3 | VAT | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - |
| D3.4 | podatek akcyzowy | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - |
| D3.5 | wpłaty na PFRON | 203,00 | 52,76 | 150,24 | 25,99% |
| D3.6 | inne | 3,00 | 0,85 | 2,15 | 28,33% |
| D4 | wynagrodzenia, w tym: | 44 273,00 | 44 256,62 | 16,38 | 99,96% |
| D4.1 | wynagrodzenia bezosobowe | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - |
| D5 | ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia, z tego: | 9 917,00 | 8 988,62 | 928,38 | 90,64% |
| D5.1 | składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych | 7 602,00 | 7 157,41 | 444,59 | 94,15% |
| D5.2 | składki na Fundusz Pracy | 1 085,00 | 794,04 | 290,96 | 73,18% |
| D5.3 | składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - |
| D5.4 | pozostałe świadczenia | 1 230,00 | 1 037,17 | 192,83 | 84,32% |
| D6 | koszty funkcjonowania Rady Funduszu | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - |
| D7 | amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych | 2 539,00 | 2 345,17 | 193,83 | 92,37% |
| D8 | pozostałe koszty administracyjne | 404,00 | 85,68 | 318,32 | 21,21% |
| E | Pozostałe przychody | | 11 346,30 | | |
| F | Pozostałe koszty (F1+...+F4) | 16 689,00 | 13 516,36 | 3 172,64 | 80,99% |
| F1 | wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia (w tym części stałych i zamiennych książeczek usług medycznych) oraz recept | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - |
| F2 | rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych | 7 050,00 | 6 019,09 | 1 030,91 | 85,38% |
| F3 | inne rezerwy | 0,00 | 0,00 | 0,00 | - |
| F4 | inne koszty | 9 639,00 | 7 497,27 | 2 141,73 | 77,78% |
| G | Przychody finansowe (G1+G2) | | 3 449,43 | | |
| G1 | odsetki uzyskane z lokat | | 1,52 | | |
| G2 | inne przychody finansowe | | 3 447,91 | | |
| H | Koszty finansowe | 5 400,00 | 5 253,12 | 146,88 | 97,28% |
| I | WYNIK FINANSOWY OGÓLEM NETTO (C - D + E - F + G - H) | | -73 528,28 | | |
| J | PRZYCHODY - ogółem | | 12 121 411,14 | | |
| K | KOSZTY - ogółem | | 12 194 939,42 | | |

data sporządzenia: 16-05-2019 r.

sporządził: OW NFZ

kontakt

zatwierdził: Dyrektor OW NFZ

kontakt

Omówienie: w części opisowej do rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ na 2018 r.



DYREKTOR
 Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
 Narodowego Funduszu Zdrowia
Filip Nowak