

**Uchwała nr I/2018/MOW
Rady Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
z dnia 22 maja 2018 roku**

w sprawie zaopiniowania oraz zatwierdzenia rocznego sprawozdania z wykonania planu finansowego Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2017.

Na podstawie art. 106 ust. 10 pkt 3 oraz art. 126 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r., poz. 1938, 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 2017.

§ 2.

Zatwierdza się roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2017.

§ 3.

Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2017 stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 4.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

§ 5.

Uchwałę podjęto w głosowaniu jawnym:

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

PRZEWODNICZĄCY RADY
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia

Sylwester Dąbrowski

Roczne sprawozdanie z wykonania planu finansowego Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Warszawie za 2017 rok

Tytułem wstępu

Przedstawioną w niniejszym opracowaniu informację o realizacji planu finansowego Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia z siedzibą w Warszawie za okres od 1 stycznia 2017 roku do 31 grudnia 2017 roku odniesiono do planu finansowego Funduszu na 2017 rok, zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 28 lipca 2016 roku, z uwzględnieniem zmiany planu finansowego z dnia 28 grudnia 2017 roku dokonanej w trybie art. 124 ust. 4, 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm. – dalej jako ustawa) oraz przesunięcia planowanych kosztów dokonanych w trybie art. 124 ust. 5 ustawy przez Dyrektora Mazowieckiego OW NFZ.

Przychody ogółem (pozycja J planu finansowego)

W okresie od stycznia do grudnia 2017 roku Oddział Funduszu uzyskał przychody ogółem w kwocie 11 531 770,48 tys. zł. Największy udział procentowy w strukturze uzyskanych przychodów, tj. 93,47 pkt %, stanowiły przychody brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne zrealizowane w wysokości 10 778 375,00 tys. zł.

Wartość należnej MOW NFZ dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego wyniosła 237 988,74 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 262 125,50 tys. zł.

Lp	Przychody wg rodzaju	Kwota (w tys. zł)	Struktura
1	2	3	4
1	Przychody brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne	10 778 375.00	93,47%
2	Dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 ustawy, w tym:	262 125.50	2,27%

2.1	art. 97 ust. 3 pkt 2a. 3. 3b	53 812.00	0.47%
2.2	art. 97 ust. 3 pkt 2b	138 304.27	1.20%
2.3	art. 97 ust. 3 pkt 2c	70 009.23	0.61%
3	Dotacje z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego	237 988.74	2.06%
4	Pozostałe przychody	242 266.19	2.10%
5	Przychody finansowe	11 012.95	0.10%
6	Przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	2.10	0.00%
7	Przychody ogółem	11 531 770,48	100,00%

W ujęciu narastającym od stycznia do grudnia 2017 roku pozostałe przychody MOW NFZ wyniosły łącznie 242 266,19 tys. zł i objęły głównie:

- dotacja z budżetu państwa na finansowanie świadczeń gwarantowanych udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z wyłączeniem świadczeń, o których mowa w art.15 ust. 2 pkt. 12 ustawy w wysokości 213 742,01 tys. zł;
- przychody z regresów w wysokości 307,79 tys. zł;
- przychody z tytułu opłat ustawowych w wysokości 614,21 tys. zł, na które złożyły się:
 - opłata dodatkowa za ubezpieczenie dobrowolne w kwocie 574,84 tys. zł;
 - opłata za zmianę lekarza POZ w kwocie 16,24 tys. zł;
 - pozostałe tytuły w kwocie 23,13 tys. zł;
- przychody ze sprzedaży towarów i materiałów w wysokości 15,73 tys. zł;
- zmiana stanu produktów w wysokości 456,64 tys. zł;
- pozostałe przychody operacyjne w wysokości 27 129,81 tys. zł, na które złożyły się:
 - 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 9,63 tys. zł;
 - inne przychody operacyjne w kwocie 27 120,18 tys. zł.

Kwota 27 062,84 tys. zł innych przychodów operacyjnych dotyczy m.in.:

- otrzymanych odszkodowań, kar i grzywien od kontrahentów (świadczeniodawców, aptek, lekarzy) w wysokości 2 104,39 tys. zł,
- rozwiązanych rezerw w wysokości 25 163,52 tys. zł,
- przychodów korygujących koszty lat ubiegłych w wysokości in minus 444,43 tys. zł.

Odnutowane od stycznia do grudnia 2017 roku przychody finansowe w łącznej wysokości 11 012,95 tys. zł objęły:

- kwotę 39,86 tys. zł z tytułu odsetek bankowych;
- kwotę 1 282,77 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 9 690,32 tys. zł innych przychodów finansowych, w tym:
 - rozwiązane rezerwy na odsetki w wysokości 10 039,02 tys. zł,
 - dodatnie różnice kursowe w kwocie in minus 369,62 tys. zł,
 - pozostałe w kwocie 20,92 tys. zł.

Koszty ogółem (pozycja K planu finansowego)

W okresie od stycznia do grudnia 2017 roku Oddział Funduszu poniósł koszty ogółem w kwocie 11 580 994,63 tys. zł, tj. o 148 636,37 tys. zł niższe od kosztów planowanych. Wskaźnik % realizacji planu wyniósł 98,73%.

dane w tys. zł					
Lp	Koszty wg rodzaju	Plan I-XII 2017r.	Wykonanie I-XII 2017r.	Dynamika realizacji planu	Struktura
1	2	3	4	5	6
1	Koszty świadczeń opieki zdrowotnej	11 296 982,00	11 193 593,53	99,08%	96,65%
2	Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	238 333,00	237 992,02	99,86%	2,06%
3	Koszty finansowania leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego w części finansowanej z budżetu państwa zgodnie z art. 43a ust. 3 ustawy	79 276,00	71 138,88	89,74%	0,61%
4	Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	284,00	2,10	0,74%	0,00%
5	Koszty administracyjne	70 562,00	67 842,08	96,15%	0,59%
6	Pozostałe koszty	34 108,00	6 773,70	19,86%	0,06%
7	Koszty finansowe	10 086,00	3 652,32	36,21%	0,03%
8	Koszty ogółem	11 729 631,00	11 580 994,63	98,73%	100,00%

W strukturze kosztów poniesionych na koniec grudnia 2017 roku największy udział procentowy (96,65%) mają koszty świadczeń opieki zdrowotnej. Drugą pozycją kosztową Oddziału Funduszu (2,06%) są koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego, które wyniosły 237 992,02 tys. zł i w stosunku do kwoty planowanej były niższe o 340,98 tys.

zł, tj. o 0,14%. Dynamika realizacji planu finansowego Oddziału Funduszu w tej pozycji kosztów wyniosła 99,86%.

Pozostałe koszty wygenerowane przez Oddział Funduszu stanowią poniżej 1% 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 71 138,88 tys. zł i w stosunku do planu były niższe o 8 137,12 tys. zł, tj. o 10,26%,
- koszty administracyjne, które poniesione zostały w kwocie 67 842,08 tys. zł i w stosunku do planu były niższe o 2 719,92 tys. zł, tj. o 3,85%,
- koszty finansowe, które poniesione zostały w kwocie 3 652,32 tys. zł i w stosunku do planu były niższe o 6 433,68 tys. zł, tj. o 63,79%,
- pozostałe koszty, które poniesione zostały w kwocie 6 773,70 tys. zł i w stosunku do planu były niższe o 27 334,30 tys. zł, tj. o 80,14%.

Koszty świadczeń opieki zdrowotnej (poz. B2 planu finansowego)

Poniesione w badanym okresie koszty świadczeń opieki zdrowotnej w wysokości 11 193 593,53 tys. zł były niższe od planowanych o 103 388,47 tys. zł, tj. o 0,92%, a uzyskany wskaźnik % realizacji planu wyniósł 99,08% i w poszczególnych rodzajach kosztów wahał się od 64,76% (w przypadku kosztów refundacji leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy) do 99,92% (w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej).

W strukturze kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w okresie od stycznia do grudnia 2017 roku największy udział procentowy mają koszty:

1. leczenia szpitalnego (53,37%),
2. podstawowej opieki zdrowotnej (13,35%),
3. refundacji leków (9,93%).

Realizacja planu kosztów świadczeń zdrowotnych w okresie styczeń – grudzień 2017 roku kształtowała się następująco.

dane w tys. zł

Poz.	Wyszczególnienie	Plan I-XII 2017r.	Wykonanie I-XII 2017r.	Dynamika realizacji planu	Struktura
1	2	3	4	5=4/3	6
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	1 495 323,00	1 494 142,37	99,92%	13,35%
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	792 727,00	782 328,15	98,69%	6,99%
B2.3	leczenie szpitalne, w tym:	6 020 115,00	5 974 289,53	99,24%	53,37%

B2.3.1	programy terapeutyczne (lekowe), w tym:	609 841,00	578 598,71	94,88%	5,17%
B2.3.1.1	leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi	552 529,00	524 539,52	94,93%	4,69%
B2.3.2	chemioterapia, w tym:	226 989,00	224 791,39	99,03%	2,01%
B2.3.2.1	leki stosowane w chemioterapii	108 568,00	106 466,12	98,06%	0,95%
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	404 879,00	395 239,20	97,62%	3,53%
B2.5	rehabilitacja lecznicza	447 345,00	444 763,08	99,42%	3,97%
B2.6	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	190 328,00	186 426,76	97,95%	1,67%
B2.7	opieka paliatywna i hospicyjna	67 425,00	66 754,57	99,01%	0,60%
B2.8	leczenie stomatologiczne	214 517,00	210 247,03	98,01%	1,88%
B2.9	lecznictwo uzdrowiskowe	98 109,00	97 456,58	99,34%	0,87%
B2.10	pomoc doraźna i transport sanitarny	8 122,00	8 015,13	98,68%	0,07%
B2.11	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	21 460,00	19 265,38	89,77%	0,17%
B2.12	świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	262 302,00	261 828,91	99,82%	2,34%
B2.13	zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji	134 000,00	131 647,74	98,24%	1,18%
B2.14	refundacja, w tym:	1 128 984,00	1 111 994,95	98,50%	9,93%
B2.14.1	refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	1 121 278,00	1 106 638,48	98,69%	9,89%
B2.14.2	refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy	3 058,00	1 980,35	64,76%	0,02%
B2.14.3	refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy	4 648,00	3 376,12	72,64%	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	11 110,00	8 960,64	80,65%	0,08%
B2.20	rezerwa na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy	236,00	233,51	98,94%	0,00%
razem:		11 296 982,00	11 193 593,53	99,08%	100,00%

W 2017 roku koszty świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (poz. B2.1 planu finansowego) wyniosły 1 494 142,37 tys. zł i były niższe od planowanych o 1 180,63 tys. zł, wskaźnik % realizacji planu wyniósł 99,92%. Poziom realizacji w tej pozycji kosztowej niemal w pełni pokrywa się z wartością zaplanowaną, co jest wynikiem stałego monitorowania przez Oddział Funduszu kosztów w podstawowej opiece zdrowotnej oraz dostosowania planu finansowego do przewidywanego wykonania.

W okresie od stycznia do grudnia dynamika realizacji kosztów zaopatrzenia w wyroby medyczne (poz. B2.13 planu finansowego) wyniosła 98,24%, poniesione koszty były niższe od planowanych o 1,76%, tj. o 2 352,26 tys. zł. Prognozując koszty w tym rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej, Oddział Funduszu brał pod uwagę możliwość bezterminowej realizacji zleceń, która mogła spowodować, że po zakończeniu 2017 roku świadczeniodawcy złożą rachunki za ubiegłe miesiące w celu rocznego rozliczenia umów.

W 2017 roku koszty refundacji (poz. B2.14 planu finansowego) wyniosły 1 111 994,95 tys. zł i były niższe od planowanych o 16 989,05 tys. zł, wskaźnik % realizacji planu wyniósł 98,50%. Główną przyczyną niewykonania planowanych kosztów w tej pozycji są znacznie niższe od prognozowanych koszty poniesione w miesiącu grudniu. Prognozując wykonanie planu finansowego na 2017 rok w tej pozycji planu, Oddział Funduszu zakładał, że koszty grudnia 2017 roku będą wyższe w stosunku do listopada o co najmniej 8% (średnia dynamika kosztów XII/XI w latach 2014-2016 wyniosła 107,53%). Tymczasem koszty refundacji w grudniu wyniosły 93 216,33 tys. zł i były niższe od kosztów poniesionych w listopadzie o 2 017,03 tys. zł, tj. o 2,12%. Dane dotyczące kosztów refundacji (poz. B2.14 planu finansowego) poniesionych w miesiącu grudniu w stosunku do listopada w latach 2014-2017 przedstawia poniższa tabela:

rok	koszty XI	koszty XII	dynamika XII/XI
2014	85 668,29	94 262,46	110,03%
2015	88 206,38	94 759,13	107,43%
2016	90 275,87	94 918,15	105,14%
2017	95 233,36	93 216,33	97,88%

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 14 639,52 tys. zł (1,31%), 1 077,65 tys. zł (35,24%) oraz 1 271,88 tys. zł (27,36%).

Dynamika realizacji kosztów w rodzaju leczenie uzdrowiskowe (poz. B2.9 planu finansowego) wyniosła w badanym okresie 99,34%, co oznacza niewykonanie planu na kwotę 652,42 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 2017 roku w pozycji B2.18 „koszty świadczeń z lat ubiegłych” zamyka się kwotą 8 960,64 tys. zł, co stanowi 80,65% planowanych kosztów. Na kwotę 8 960,64 tys. zł składają się:

- wartość not rozliczeń międzyoddziałowych z tytułu migracji ubezpieczonych w latach poprzednich (26 160,71 tys. zł – noty otrzymane z innych oddziałów NFZ, 46 635,58 tys. zł noty przekazane do innych oddziałów NFZ),
- rachunki złożone przez świadczeniodawców (in minus 10 044,56 tys. zł),
- ugody sądowe w sprawach o zapłatę za świadczenia ponadlimitowe (3 666,36 tys. zł),
- ugody pozasądowe dotyczące świadczeń ponadlimitowych (34 203,63 tys. zł),
- wyroki sądowe (1 610,08 tys. zł).

W okresie od stycznia do grudnia 2017 roku Oddział Funduszu poniósł koszty w rodzaju rezerwa na dofinansowanie programów polityki zdrowotnej na podstawie art. 48d ustawy (poz. B2.20 planu finansowego) w kwocie 233,51 tys. zł, co oznacza niewykonanie planu na kwotę 2,49 tys. zł. Zbiorczą informację dotyczącą programów przedstawia poniższa tabela:

dane w tys. zł

Jednostka samorządu terytorialnego	Nazwa programu	Koszt programu	Planowane dofinansowanie MOW NFZ	Przekazana refundacja
Gmina Brwinów	Program profilaktyki szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Brwinów po 65 roku życia na lata 2015-2019	9,45	3,78	3,78
	Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Brwinów 2014-2018	34,83	13,93	11,26
Gmina Garbatka-Letnisko	Program profilaktyki szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Garbatka - Letnisko po 65 roku życia na lata 2016-2018	25,45	8,22	0,98
	Program profilaktyki zakażeń pneumokokowych wśród dzieci do 2 roku życia w oparciu o szczepienia przeciwko pneumokokom w Gminie Garbatka – Letnisko na lata 2017 – 2019 z zastosowaniem szczepionki skoniugowanej 13 walentnej	68,85	22,44	3,61
	Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) na lata 2017-2019	12,48	4,99	1,66
Gmina Góra Kalwaria	Profilaktyka zakażeń brodawczakiem ludzkim (HPV) w Gminie Góra Kalwaria	37,00	14,80	5,46
Miasto Płock	Program profilaktycznych szczepień przeciw grypie w latach 2015-2017	132,75	53,10	53,10
	Program profilaktycznych szczepień przeciw HPV w latach 2016-2018	135,17	54,07	18,91
	Program profilaktycznych szczepień przeciw meningokokom w latach 2015-2017	76,23	30,49	26,59
	Program profilaktycznych szczepień przeciw pneumokokom w latach 2016-2018	378,56	151,42	92,53
	Program profilaktyki zakażeń HCV wśród mieszkańców miasta Płocka w latach 2015-2017	27,48	10,99	2,33
Miasto Józefów	Program profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Gminie Józefów	18,75	6,00	5,53
	Szczepienia profilaktyczne przeciwko grypie osób powyżej 50 roku życia	20,00	8,00	7,77
razem:		977,00	382,24	233,51

Głównymi powodami niepełnego wykonania planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej były:

- rozwiązanie rezerw utworzonych w kosztach roku 2016 na nierozliczone przez świadczeniodawców świadczenia opieki zdrowotnej,
- niepełna realizacja wartości upoważnień udzielonych przez Dyrektora Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ na zaciąganie zobowiązań przez dyrektorów pozostałych oddziałów wojewódzkich,
- niższa niż prognozowana przez Oddział Funduszu realizacja świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, refundacja, zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji,
- 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.

dane w tys. zł

Poz.	Wyszczególnienie	wartość niewykonanych
1	2	3
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	525,79
B2.3	leczenie szpitalne, w tym:	524,81
B2.3.1	programy terapeutyczne (lekowe), w tym:	29,36
B2.3.1.1	leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi	16,93
B2.3.2	chemioterapia, w tym:	18,06
B2.3.2.1	leki stosowane w chemioterapii	9,14
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	424,31
B2.5	rehabilitacja lecznicza	810,64
B2.6	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	281,11
B2.7	opieka paliatywna i hospicyjna	220,93
B2.8	leczenie stomatologiczne	663,07
B2.11	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	11,53
B2.12	świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	868,59
razem:		4 330,78

Całkowity budżet na refundację – poz. Bn planu finansowego.

W okresie od stycznia do grudnia 2017 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 1 743 000,59 tys. zł, tj. była niższa od planu z tego okresu o 47 080,41 tys. zł i stanowiła 97,37% rocznej wartości planowanego całkowitego budżetu na refundację wyznaczonego na 2017 rok.

Wartość świadczeń zrealizowanych ponad limit określony w umowie

Pomimo niepełnej realizacji planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w 2017 roku Mazowiecki OW NFZ odnotował świadczenia ponadumowne wykonane przez świadczeniodawców w tym okresie w łącznej wysokości 14 789,95 tys. zł, z czego 14 438,95 tys. zł (tj. 97,63%) dotyczy świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne.

		dane w tys. zł
Poz.	Wyszczególnienie	wartość świadczeń nadlimitowych
1	2	3
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	21,54
B2.3	leczenie szpitalne, w tym:	14 438,95
B2.3.1	programy terapeutyczne (lekowe), w tym:	0,00
B2.3.1.1	leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi	0,00
B2.3.2	chemioterapia, w tym:	2 332,02
B2.3.2.1	leki stosowane w chemioterapii	0,00
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	0,41
B2.5	rehabilitacja lecznicza	308,01
B2.6	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	10,56
B2.7	opieka paliatywna i hospicyjna	0,00
B2.8	leczenie stomatologiczne	10,48
B2.11	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	0,00
B2.12	świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	0,00
razem:		14 789,95

Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego

W okresie od stycznia do grudnia 2017 roku koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego wyniosły 237 992,02 tys. zł, co stanowiło 99,86% 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 71 138,88 tys. zł, co stanowiło 89,74% planowanych kosztów.

Działania jakie Oddział Funduszu podjął w celu zmniejszenia wartości świadczeń ponadlimitowych

1. 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 r. poz. 1146 – dalej jako ogólne warunki umów) Mazowiecki Oddział Wojewódzki przeprowadził procesy renegocjacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – chemioterapia, leczenie szpitalne – programy zdrowotne (lekowe) oraz leczenie szpitalne – terapeutyczne programy zdrowotne za miesiąc styczeń, za okres styczeń-marzec, styczeń-maj oraz za okres styczeń-czerwiec 2017 roku. Renegocjacje polegały na dostosowaniu wartości kontraktów do realizacji umów przez świadczeniodawców.
2. Oddział Funduszu przeprowadził proces renegocjacji niezakończonych umów w rodzajach świadczeń:
 - 1) ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
 - 2) leczenie szpitalne – oddziały szpitalne, teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, terapia protonowa, świadczenia wysokospecjalistyczne,
 - 3) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
 - 4) rehabilitacja lecznicza,
 - 5) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,
 - 6) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,
 - 7) opieka paliatywna i hospicyjna.

Proces polegał na dokonaniu alokacji środków finansowych pomiędzy zakresami limitowanymi, pomiędzy zakresami Nielimitowanymi oraz na sfinansowaniu pozostałych świadczeń w zakresach Nielimitowanych ze środków własnych Funduszu.

3. MOW NFZ przeprowadził proces zawierania porozumień, którym objęte zostały umowy zakończone (z ustalonym okresem finansowania do dnia 30 czerwca 2017 roku), w następujących rodzajach świadczeń:

- 1) ambulatoryjna opieka specjalistyczna
- 2) leczenie szpitalne – oddziały szpitalne, teleradioterapia, brachyterapia, terapia izotopowa, terapia protonowa, świadczenia wysokospecjalistyczne
- 3) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień
- 4) rehabilitacja lecznicza
- 5) leczenie stomatologiczne
- 6) profilaktyczne programy zdrowotne
- 7) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie
- 8) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej
- 9) opieka paliatywna i hospicyjna,

które wykazywały wyłącznie kwotę wolnego limitu w umowie świadczeniodawcy.

Oba procesy renegotjacji umów przeprowadzone zostały z inicjatywy Oddziału Funduszu w trybie §43 ogólnych warunków umów. Celem przeprowadzenia procesów było efektywniejsze wykorzystanie środków finansowych będących w dyspozycji świadczeniodawców oraz sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w zakresach Nielimitowanych poprzez zwiększenie kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu do wysokości faktycznej realizacji tych świadczeń za okres styczeń-czerwiec 2017 roku.

4. W związku z Zarządzeniem Nr 70/2017/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 sierpnia 2017 roku w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2017 rok oraz Zarządzeniem Nr 86/2017/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 września 2017 roku w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2017 rok Oddział Funduszu przeprowadził proces renegotjacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna oraz w rodzaju leczenie szpitalne. Proces renegotjacji umów przeprowadzony został z inicjatywy Oddziału Funduszu w trybie §43 ogólnych warunków umów.

Stosując się do wytycznych Centrali NFZ, Mazowiecki OW NFZ przekazał część pozyskanych dodatkowych środków na sfinansowanie świadczeń wykonanych przez świadczeniodawców w III kwartale 2017 roku ponad limit umowy:

- a) w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne dotyczących diagnostyki obrazowej (w szczególności diagnostyki onkologicznej),

- b) w rodzaju leczenie szpitalne dotyczących leczenia zaćmy, endoprotezoplastyki stawu kolanowego lub biodrowego, udzielonych w specjalistycznych oddziałach dziecięcych, oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, oddziałach neurologicznych związanych z leczeniem udarów,
 - c) w rodzaju leczenie szpitalne w zakresach nielimitowanych (w tym onkologicznych).
5. Mazowiecki OW NFZ przeprowadził (z inicjatywy Oddziału Funduszu w trybie §43 ogólnych warunków umów) proces zawierania aneksów rozliczających, ugód pozasądowych i porozumień. Celem procesu rozliczenia umów było optymalne wykorzystanie środków finansowych zakontraktowanych w umowach, zminimalizowanie wartości nadwykonań oraz sfinansowanie wszystkich wykonanych świadczeń nielimitowanych za okres objęty procesem, w tym:
- a) celem procesu zawierania aneksów rozliczających było efektywne wykorzystanie środków finansowych zakontraktowanych w umowach, w których okres rozliczeniowy zakończył się z dniem 30 września 2017 roku, poprzez dokonanie alokacji środków pomiędzy zakresami świadczeń w umowie, zwiększenie kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu do wartości sprawozdanych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach nielimitowanych za okres styczeń-wrzesień 2017 roku oraz zmniejszenie kwoty zobowiązania w zakresach świadczeń podlegających zmniejszeniu,
 - b) celem procesu zawierania ugód pozasądowych do umów zakończonych było sfinansowanie nadwykonań w kwocie nieprzekraczającej wartości niewykonań przewidzianych do alokacji w umowie/umowach świadczeniodawcy rozliczanych w tej samej pozycji planu finansowego oraz sfinansowanie nadwykonań w zakresach nielimitowanych,
 - c) celem procesu zawierania porozumień było zmniejszenie kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu o kwotę niewykonań w poszczególnych zakresach świadczeń (punktach umowy) w umowach zakończonych.

Źródłem finansowania nadwykonań w umowie świadczeniodawcy była kwota wolnego limitu w umowie świadczeniodawcy, a następnie tzw. „wolne” środki finansowe w planie finansowym Oddziału Funduszu z 2017 roku przeznaczone na finansowanie świadczeń nielimitowanych. W pierwszej kolejności Oddział Funduszu dokonał rozliczenia umowy w zakresach świadczeń (punktach umowy) poprzez alokację środków finansowych w umowie. W dalszej kolejności Oddział Funduszu dokonał sfinansowania świadczeń ponadlimitowych w nielimitowanych zakresach świadczeń do wysokości wartości sprawozdanych świadczeń opieki zdrowotnej, jeżeli po przeprowadzeniu alokacji środków

finansowych (limitowanych i Nielimitowanych) pomiędzy zakresami świadczeń opieki zdrowotnej pozostaną nadwykonania w Nielimitowanych zakresach świadczeń w umowie świadczeniodawcy. Zmniejszenie kwoty kontraktu o pełną wartość niewykonanych w poszczególnych punktach umowy, jeśli po przeprowadzeniu alokacji występował niewykorzystany limit w umowach zakończonych. Zmniejszenie kwoty kontraktu w umowach zakończonych i umowach obowiązujących z trwającym okresem rozliczeniowym o wartość niewykonanych w poszczególnych punktach umowy w przypadku umów w których występowały wyłącznie niewykonania, tj. w żadnym punkcie umowy nie występowały nadwykonania.

6. W związku z wejściem w życie przepisów art. 15a ustawy z dnia 2 grudnia 2016 roku o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2017 (przyznaniu NFZ środków z budżetu państwa przez Ministra Zdrowia) oraz dokonaniem zmiany planu finansowego MOW NFZ na 2017 rok, Oddział Funduszu realizował proces zawarcia ze świadczeniodawcami ugód pozasądowych dotyczących sfinansowania świadczeń niesfinansowanych i niezreczonych w rodzaju leczenie szpitalne. Procesem finansowania w cenie za punkt rozliczeniowy stanowiącej 100% ceny jednostkowej zakontraktowanej w umowie objęte zostały świadczenia wykonane w zakresach związanych z leczeniem udarów, udzielonych w specjalistycznych oddziałach dziecięcych, oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii, transplantologii oraz w zakresach Nielimitowanych. Procesem objęte były również świadczenia wysokospecjalistyczne, udzielone w roku 2017 a niesfinansowane i niezręczone. Celem tej części procesu było optymalne wykorzystanie środków finansowych zakontraktowanych w umowach świadczeniodawców oraz sfinansowanie świadczeń udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów (w części dotowanej z budżetu państwa wykorzystanie w 2017 roku środków finansowych pochodzących z dotacji budżetu państwa na rozliczenie świadczeń wysokospecjalistycznych).
7. Po dokonanej analizie stanu środków finansowych w planie finansowym na 2017 rok w pozycji planu B2.18 (koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych) oraz wartości niesfinansowanych i niezreczonych świadczeń ponadlimitowych wykonanych przez świadczeniodawców, Oddział Funduszu przeprowadził proces finansowania części świadczeń ponadlimitowych wykonanych przez świadczeniodawców w latach 2014-2016 w następujących rodzajach i zakresach świadczeń opieki zdrowotnej oraz procencie ich finansowania:

- a) ambulatoryjna opieka specjalistyczna – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne
 - badania echokardiograficzne płodu (100%)
 - badania endoskopowe przewodu pokarmowego – gastroscopia (100%)
 - badania endoskopowe przewodu pokarmowego – kolonoskopia (100%)
 - badania medycyny nuklearnej (100%)
 - badania rezonansu magnetycznego (RM) (80 %)
 - badania tomografii komputerowej (TK) (80%)
- b) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej
 - świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno- opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym (70%).

8. Mazowiecki Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadził ostateczny proces rocznego rozliczenia umów za 2017 rok. Przygotowując zasady, według których rozliczane były umowy obowiązujące w 2017 roku, Oddział Funduszu uwzględnił wytyczne zawarte w pismach Z-cy Prezesa ds. Finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 listopada 2017 roku (znak: DEF.4300.2.3.2017 2017.68761.BE) uaktualnione pismem z dnia 11 stycznia 2018 roku (znak: DEF.4300.2.3.2017 2018.2231.BE) dotyczące rozliczenia umów za 2017 rok.

Celem procesu rozliczenia umów było optymalne wykorzystanie środków finansowych zakontraktowanych w umowach świadczeniodawców w poszczególnych okresach rozliczeniowych oraz zminimalizowanie wartości nadwykonań, w celu uniknięcia w przyszłości spraw sądowych i związanych z tym kosztów Oddziału Funduszu. Ponadto celem procesu było sfinansowanie wszystkich wykonanych świadczeń nielimitowanych za okres objęty procesem oraz nadwykonań w wybranych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej. Proces rocznego rozliczenia umów za 2017 rok składał się z trzech etapów: zawierania aneksów rozliczających, ugód pozasądowych i porozumień.

Celem procesu zawierania aneksów rozliczających było:

- a) zmniejszenie kwoty zobowiązania w zakresach świadczeń, w których występują niewykonania;
- b) zwiększenie kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu do wartości sprawozdanych świadczeń opieki zdrowotnej w zakresach nielimitowanych za 2017 rok;
- c) zwiększenie kwoty zobowiązania w wybranych zakresach świadczeń opieki zdrowotnej.

Celem procesu zawierania ugód pozasądowych do umów było:

- a) sfinansowanie części lub całości nadwykonań w zakresach limitowanych występujących w umowie/umowach świadczeniodawcy rozliczanych w tej samej pozycji planu finansowego zgodnie z przyjętymi zasadami;
- b) sfinansowanie pełnej kwoty nadwykonań w zakresach nielimitowanych.

Celem procesu zawierania porozumień było zmniejszenie kwoty zobowiązania Oddziału Funduszu o kwotę niewykonań w poszczególnych zakresach świadczeń (punktach umowy) w umowach zakończonych.

Procesy zawierania aneksów rozliczających, ugód pozasądowych i porozumień przeprowadzone zostały z inicjatywy Oddziału Funduszu w trybie §43 ogólnych warunków umów, dotyczyły umów zakwalifikowanych do procesu w oparciu o przyjęte zasady, w następujących rodzajach świadczeń:

- a) ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
- b) leczenie szpitalne,
- c) opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień,
- d) rehabilitacja lecznicza,
- e) leczenie stomatologiczne,
- f) profilaktyczne programy zdrowotne,
- g) świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie,
- h) świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej,
- i) opieka paliatywna i hospicyjna.

Koszty administracyjne

W badanym okresie koszty administracyjne zostały poniesione w łącznej kwocie 67 842,08 tys. zł i były niższe od wartości planowanej o 2 719,92 tys. zł (tj. o 3,85%). Wskaźnik % realizacji planu wyniósł 96,15% i w poszczególnych rodzajach kosztów wahał się od 31,65% (pozostałe koszty administracyjne) do 99,70% (wynagrodzenia).

Realizacja planu kosztów administracyjnych w 2017 roku kształtowała się następująco:

dane w tys. zł					
Poz.	Wyszczególnienie	Plan I-XII 2017r.	Koszty I-XII 2017r.	Dynamika realizacji planu	Struktura
1	2	3	4	5=4/3	6
D1	zużycie materiałów i energii	1 926,00	1 601,39	83,15%	2,36%
D2	usługi obce	12 156,00	11 095,90	91,28%	16,36%
D3	podatki i opłaty, w tym:	163,00	90,57	55,56%	0,13%
D3.1	podatki stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego, w tym:	20,00	19,53	97,65%	0,03%

D3.1.1	podatek od nieruchomości	20,00	19,53	97,65%	0,03%
D3.2	opłaty stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego	12,00	11,33	94,42%	0,02%
D3.3	VAT	0,00	0,00	-	-
D3.4	podatek akcyzowy	0,00	0,00	-	-
D3.5	wpłaty na PFRON	128,00	58,36	45,59%	0,09%
D3.6	inne	3,00	1,35	45,00%	0,00%
D4	wynagrodzenia	43 733,00	43 600,21	99,70%	64,26%
D4.1	wynagrodzenia bezosobowe	0,00	0,00	-	-
D5	ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia, w tym:	9 753,00	8 871,74	90,96%	13,08%
D5.1	składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych	7 466,00	7 081,84	94,85%	10,44%
D5.2	składki na Fundusz Pracy	1 066,00	786,83	73,81%	1,16%
D5.3	składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	0,00	0,00	-	-
D5.4	pozostałe świadczenia	1 221,00	1 003,07	82,15%	1,48%
D6	koszty funkcjonowania Rady Funduszu	0,00	0,00	-	-
D7	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych	2 498,00	2 476,86	99,15%	3,65%
D8	pozostałe koszty administracyjne	333,00	105,41	31,65%	0,16%
razem:		70 562,00	67 842,08	96,15%	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 90,57 tys. zł i jest niższa od planowanej o 72,43 tys. zł, tj. o 44,44%. 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 (wpłaty na PFRON), które są zmienne.

W okresie od stycznia do grudnia wartość realizacji kosztów wynagrodzeń (poz. D4 planu finansowego) wyniosła 43 600,21 tys. i była niższa od planowanej o 132,79 tys. zł, tj. o 0,30%. Niepełne wykorzystanie puli przeznaczonej na wynagrodzenia wynika przede wszystkim z niewykorzystania środków, które zabezpieczone były na wzmocnienie realizacji zadań NFZ związanych z działalnością kontrolną i informatyzacją oraz zadań dotyczących art. 50 ust. 3 i 18 ustawy.

Poniesione w badanym okresie koszty ubezpieczeń społecznych i innych świadczeń (pozycja D5 planu finansowego) w wysokości 8 871,74 tys. zł były niższe od planowanych o 881,26 tys. zł, tj. o 9,04%. Koszty ubezpieczeń społecznych są pochodną kosztów

wynagrodzeń, więc niewykonanie planu finansowego w tej pozycji jest ściśle związane z niepełnym wykonaniem planu finansowego w pozycji wynagrodzenia.

W okresie od stycznia do grudnia wartość kosztów amortyzacji środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych (poz. D7 planu finansowego) wyniosła 2 476,86 tys. zł i była niższa od zaplanowanej o 21,14 tys. zł, tj. o 0,85%.

Pozostałe koszty

Pozostałe koszty poniesione zostały w łącznej kwocie 6 773,70 tys. zł, i objęły:

- rezerwy na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych w wysokości 159,61 tys. zł;
- inne koszty w wysokości 6 614,09 tys. zł, z tego:
 - 6 157,36 tys. zł stanowiły odpisy aktualizujące należności;
 - 112,08 tys. zł stanowiły koszty sądowe;
 - 43,40 tys. zł stanowiły zapłacone kary, grzywny i odszkodowania;
 - 301,25 tys. zł stanowiły pozostałe koszty.

Poniesione w badanym okresie koszty w pozycji F2 planu finansowego (rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych) w wysokości 159,61 tys. zł były niższe od planowanych o 26 891,39 tys. zł, tj. o 99,41%, a uzyskany wskaźnik % realizacji planu wyniósł 0,59%. Niewykonanie planu w tej pozycji kosztów wynika z braku niekorzystnych dla MOW NFZ wyroków przed sądem I instancji, które w opinii Zespołu Radców Prawnych z dużym prawdopodobieństwem miały zapaść do dnia ostatecznego zamknięcia ksiąg rachunkowych za 2017 rok. Wpływ na taki stan rzeczy miało m. in. wejście w życie art. 15a ustawy z dnia 2 grudnia 2016 roku o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2017 (przyznaniu NFZ środków z budżetu państwa przez Ministra Zdrowia).

Koszty finansowe

W 2017 roku Oddział Funduszu odnotował koszty finansowe w łącznej wysokości 3 652,32 tys. zł, które objęły:

- utworzone rezerwy na odsetki w wysokości 843,32 tys. zł;
- odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań wynikających z prawomocnych wyroków sądowych w wysokości 1 115,50 tys. zł;
- koszty wynikające z ujemnych różnic kursowych w wysokości in minus 479,49 tys. zł;
- pozostałe koszty w wysokości 1 214,01 tys. zł.

Poniesione w badanym okresie koszty finansowe były niższe od planowanych o 6 433,68 tys. zł, tj. o 63,79%, a uzyskany wskaźnik % realizacji planu wyniósł 36,21%.

Głównymi pozycjami kosztów finansowych są odsetki oraz rezerwy na odsetki. Niewykonanie planu w okresie styczeń – grudzień 2017 roku wynika z faktu poniesienia przez Oddział Funduszu niższych od prognozowanych pozostałych kosztów (poz. F2 planu finansowego – rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych).

Wynik finansowy ogółem netto (pozycja I planu finansowego)

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2017 roku Oddział Funduszu odnotował nadwyżkę kosztów nad przychodami w kwocie 49 224,15 tys. zł.

Noty dodatkowe

Tabela 1.5. - Sprawozdanie o stanie zobowiązań Narodowego Funduszu Zdrowia na koniec 12/17

Na dzień 31.12.2017 r. zobowiązania ogółem wynosiły 1.091.456,79 tys. zł, w tym:

1. wobec świadczeniodawców 1.018.030,30 tys. zł,
2. wobec aptek 68.962,52 tys. zł,
3. z tytułu przepisów o koordynacji 25,32 tys. zł,
4. z tytułu wynagrodzeń 1.131,63 tys. zł,
5. z tytułu rozrachunków publiczno-prawnych 2.177,86 tys. zł,
6. pozostałe 1.129,16 tys. zł, w tym:
 - a) zobowiązania z tytułu dostaw, robót i usług 338,14 tys. zł,
 - b) zobowiązania wobec pracowników 4,25 tys. zł,
 - c) zobowiązania wobec członków Rady Mazowieckiego OW NFZ 0,08 tys. zł,
 - d) zobowiązania z tytułu dochodzenia wierzytelności 0,19 tys. zł,
 - e) zobowiązania z tytułu wpłaconych kaucji i depozytów 93,87 tys. zł,
 - f) zobowiązania z tytułu nienależnie wpłaconych środków pieniężnych 4,14 tys. zł,
 - g) zobowiązania z tytułu niewykorzystanej dotacji RTM od Wojewody 303,38 tys. zł,
 - h) zobowiązania w okresie przedawnienia 5,30 tys. zł,
 - i) zobowiązania z tytułu leczenia poza granicami kraju w trybie art. 42J ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych 379,81 tys. zł.

Tabela 1.6. – Sprawozdanie o stanie należności Narodowego Funduszu Zdrowia na koniec 12/17

Na dzień 31.12.2017 r. należności ogółem wynosiły 50.146,15 tys. zł, w tym:

1. od świadczeniodawców 47.635,97 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 107,44 tys. zł (nienależnie przekazane środki finansowe określone w wyniku postępowań kontrolnych oraz należności powstałe wskutek składania przez świadczeniodawców dokumentów korygujących)
3. pozostałe 2.402,74 tys. zł, w tym:
 - a) należności z tytułu roszczeń regresowych 11,19 tys. zł,
 - b) należności z tytułu opłat za zmianę lekarza POZ 0,43 tys. zł,
 - c) należności z tytułu niewydatkowanych środków na programy zdrowotne realizowane przez samorzady 1,97 tys. zł,
 - d) należności z tytułu korekty kosztów za niewykonane doręczenia pocztowe 0,01 tys. zł,
 - e) należności z tytułu odsetek 0,66 tys. zł,
 - f) pozostałe tytuły 2.388,48 tys. zł, w tym:
 - należności z tytułu sprzedaży usług i towarów 0,80 tys. zł,
 - należności z tytułu rozrachunków z pracownikami 198,49 tys. zł,
 - należności z tytułu upomnień d. decyzji administracyjnych 0,13 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) 0,74 tys. zł,
 - należności z tytułu odszkodowań 0,92 tys. zł,
 - należności z tytułu dotacji od Min. Zdrowia na leki azbestowe 0,72 tys. zł,
 - należności z tytułu leczenia poza granicami kraju w trybie art. 42J ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – przedpłaty 2.007,45 tys. zł,
 - należności z tytułu nałożonych kar – ordynacja lekarska 0,74 tys. zł,
 - należności z tytułu zwrotu kosztów zastępstwa procesowego oraz zwrotu kosztów procesu 0,26 tys. zł,
 - należności z tytułu zwrotu opłaty skarbowej 0,02 tys. zł,
 - należności z tytułu zasądzonych zwrotów kosztów sądowych 1,08 tys. zł.

Na dzień 31.12.2017 r. należności wymagalne wynosiły ogółem 210,79 tys. zł, w tym:

1. od świadczeniodawców 182,27 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 22,09 tys. zł (nienależnie przekazane środki finansowe określone w wyniku postępowań kontrolnych)
3. pozostałe 6,43 tys. zł, w tym:
 - a) należności z tytułu roszczeń regresowych 4,56 tys. zł,
 - b) należności z tytułu opłat za zmianę lekarza POZ 0,42 tys. zł,
 - c) należności z tytułu odszkodowań za niewykonane doręczenia pocztowe 0,01 tys. zł,
 - d) należności z tytułu kar - ordynacja lekarska 0,74 tys. zł,
 - e) należności z tytułu odsetek 0,02 tys. zł,
 - f) pozostałe tytuły 0,68 tys. zł, w tym:
 - należności z tytułu upomnień d. decyzji administracyjnych 0,05 tys. zł,
 - należności z tytułu sprzedaży usług 0,40 tys. zł,
 - należności z tytułu odszkodowań – wyroki karne 0,23 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 01.01-31.12.2017 roku Mazowiecki OW NFZ nie dokonywał sprzedaży składników aktywów trwałych.

BYREKTOR
Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
Narodowego Funduszu Zdrowia
Filip Nowak

Załącznik:

Sprawozdanie z realizacji planu finansowego MOW NFZ za okres 01.01 – 31.12.2017 r.

– 2 strony

Poz	Wyszczególnienie	Obowiązujący plan finansowy NFZ na 2017 r.	Wykonanie planu finansowego NFZ za 2017 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]		10 778 375,00		
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 na taryfikację świadczeń, o którym mowa w art. 31 t ust. 5-8 ustawy		0,00		
A	Przychody netto z działalności [1 - 2 + 3 - 4 - 5]+A1+A2+A3+A4		11 278 491,34		
A1	przychody wynikające z przepisów o koordynacji		0,00		
A2	przychody z tytułu realizacji zadań zleconych		2,10		
A3	dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a - 2c, 3 i 3b ustawy		262 125,50		
A4	dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego		237 988,74		
B	Koszty realizacji zadań [B1+B2+B3+B4+B5]		11 502 726,53		
B1	Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną				
B2	Koszty świadczeń opieki zdrowotnej [B2.1+...+B2.20]	11 296 982,00	11 193 593,53	103 388,47	99,08%
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	1 495 323,00	1 494 142,37	1 180,63	99,92%
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	792 727,00	782 328,15	10 398,85	98,69%
B2.3	leczenie szpitalne, w tym:	6 020 115,00	5 974 289,53	45 825,47	99,24%
B2.3.1	programy terapeutyczne (lekowe), w tym:	609 841,00	578 598,71	31 242,29	94,88%
B2.3.1.1	leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi	552 529,00	524 539,52	27 989,48	94,93%
B2.3.2	chemioterapia, w tym:	226 989,00	224 791,39	2 197,61	99,03%
B2.3.2.1	leki stosowane w chemioterapii	108 568,00	106 466,12	2 101,88	98,06%
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	404 879,00	395 239,20	9 639,80	97,62%
B2.5	rehabilitacja lecznicza	447 345,00	444 763,08	2 581,92	99,42%
B2.6	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	190 328,00	186 426,76	3 901,24	97,95%
B2.7	opieka paliatywna i hospicyjna	67 425,00	66 754,57	670,43	99,01%
B2.8	leczenie stomatologiczne	214 517,00	210 247,03	4 269,97	98,01%
B2.9	lecnictwo uzdrowiskowe	98 109,00	97 456,58	652,42	99,34%
B2.10	pomoc doraźna i transport sanitarny	8 122,00	8 015,13	106,87	98,68%
B2.11	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	21 460,00	19 265,38	2 194,62	89,77%
B2.12	świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	262 302,00	261 828,91	473,09	99,82%
B2.13	zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji	134 000,00	131 647,74	2 352,26	98,24%
B2.14	refundacja, z tego:	1 128 984,00	1 111 994,95	16 989,05	98,50%
B2.14.1	refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	1 121 278,00	1 106 638,48	14 639,52	98,69%
B2.14.2	refundacja leków, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17 ustawy	3 058,00	1 980,35	1 077,65	64,76%
B2.14.3	refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 18 ustawy	4 648,00	3 376,12	1 271,88	72,64%
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	11 110,00	8 960,64	2 149,36	80,65%
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	236,00	233,51	2,49	98,94%
B3	Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	284,00	2,10	281,90	0,74%
B4	Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	238 333,00	237 992,02	340,98	99,86%
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	79 276,00	71 138,88	8 137,12	89,74%
Bn	Całkowity budżet na refundację [B2.3.1.1 + B2.3.2.1 + B2.14 + B2.16.1]	1 790 081,00	1 743 000,59	47 080,41	97,37%
C	WYNIK NA DZIAŁALNOŚCI (A - B)		-224 235,19		-

Wstępne sprawozdanie roczne z wykonania planu finansowego NFZ na 2017 rok
MAZOWIECKIEGO ODDZIAŁU WOJEWÓDZKIEGO NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

w tys. zł

Poz	Wyszczególnienie	Obowiązujący plan finansowy NFZ na 2017 r.	Wykonanie planu finansowego NFZ za 2017 r.	Różnica (poz. 3 - poz.4)	Udział wykonania (poz. 4/ poz. 3) (w %)
1	2	3	4	5	6
D	Koszty administracyjne (D1+...+D8)	70 562,00	67 842,08	2 719,92	96,15%
D1	zużycie materiałów i energii	1 926,00	1 601,39	324,61	83,15%
D2	usługi obce	12 156,00	11 095,90	1 060,10	91,28%
D3	podatki i opłaty, z tego:	163,00	90,57	72,43	55,56%
D3.1	podatki stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego, w tym:	20,00	19,53	0,47	97,65%
D3.1.1	podatek od nieruchomości	20,00	19,53	0,47	97,65%
D3.2	opłaty stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego	12,00	11,33	0,67	94,42%
D3.3	VAT	0,00	0,00	0,00	-
D3.4	podatek akcyzowy	0,00	0,00	0,00	-
D3.5	wpłaty na PFRON	128,00	58,36	69,64	45,59%
D3.6	inne	3,00	1,35	1,65	45,00%
D4	wynagrodzenia, w tym:	43 733,00	43 600,21	132,79	99,70%
D4.1	wynagrodzenia bezosobowe	0,00	0,00	0,00	-
D5	ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia, z tego:	9 753,00	8 871,74	881,26	90,96%
D5.1	składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych	7 466,00	7 081,84	384,16	94,85%
D5.2	składki na Fundusz Pracy	1 066,00	786,83	279,17	73,81%
D5.3	składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	0,00	0,00	0,00	-
D5.4	pozostałe świadczenia	1 221,00	1 003,07	217,93	82,15%
D6	koszty funkcjonowania Rady Funduszu	0,00	0,00	0,00	-
D7	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych	2 498,00	2 476,86	21,14	99,15%
D8	pozostałe koszty administracyjne	333,00	105,41	227,59	31,65%
E	Pozostałe przychody		242 266,19		
F	Pozostałe koszty (F1+...+F4)	34 108,00	6 773,70	27 334,30	19,86%
F1	wydatki 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	27 051,00	159,61	26 891,39	0,59%
F3	inne rezerwy	0,00	0,00	0,00	-
F4	inne koszty	7 057,00	6 614,09	442,91	93,72%
G	Przychody finansowe (G1+G2)		11 012,95		
G1	odsetki uzyskane z lokat		39,86		
G2	inne przychody finansowe		10 973,09		
H	Koszty finansowe	10 086,00	3 652,32	6 433,68	36,21%
I	WYNIK FINANSOWY OGÓLEM NETTO (C - D + E - F + G - H)		-49 224,15		
J	PRZYCHODY - ogółem		11 531 770,48		
K	KOSZTY - ogółem		11 580 994,63		

data sporządzenia: 23-03-2018 r.

sporządził: OW NFZ

zatwierdził: Dyrektor OW NFZ

kontakt

kontakt

Omówienie: w części opisowej do wstępnego sprawozdania rocznego z wykonania planu finansowego NFZ na 2017 r.


 DYREKTOR
 Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego
 Narodowego Funduszu Zdrowia
 Filip Nowak