

Bartosz Wanot, Polonia University, Institute of Health and Nursing

Małgorzata Wilk, Polonia University, Institute of Health and Nursing

Katarzyna Cichoń, Polonia University, Institute of Health and Nursing

Marzena Morawska, Polonia University, Institute of Health and Nursing

Dorota Turska, Polonia University, Institute of Health and Nursing

Jolanta Szczerba, Polonia University, Institute of Health and Nursing

Anna Wieczorek, Polonia University, Institute of Health and Nursing

Jacek Wiatrowski, Polonia University, Institute of Law and Administration

Helena Burunowa, Polonia University, Institute of Economics and Management

FINANCING OF HEALTH SERVICES IN POLAND

Abstract: *Health care is an extremely important and at the same time very difficult element of the social policy of the state. Both in Poland and in many other countries, the issue of sources and ways of financing health care is an important element of effective state policy and at the same time one of the largest socio-economic problems.*

Organizational units of the health financing system in Poland are primarily health care institutions: the Ministry of Health and the National Health Fund. The source of funding for the Polish health care system is the state budget, health insurance (voluntary or compulsory) and patients' own funds. In Poland, universal health insurance is compulsory.

Key words: *financing of health care, NFZ, organization of the ZOZ.*

Bartosz Wanot, Akademia Polonijna, Instytut Zdrowia i Pielęgniarstwa
Małgorzata Wilk, Akademia Polonijna, Instytut Zdrowia i Pielęgniarstwa
Katarzyna Cichoń, Akademia Polonijna, Instytut Zdrowia i Pielęgniarstwa
Marzena Morawska, Akademia Polonijna, Instytut Zdrowia i Pielęgniarstwa
Dorota Turska, Akademia Polonijna, Instytut Zdrowia i Pielęgniarstwa
Jolanta Szczerba, Akademia Polonijna, Instytut Zdrowia i Pielęgniarstwa
Anna Wieczorek, Akademia Polonijna, Instytut Zdrowia i Pielęgniarstwa
Jacek Wiatrowski, Akademia Polonijna, Instytut Prawa i Administracji
Helena Burunowa, Akademia Polonijna, Instytut Ekonomii i Zarządzania

FINANSOWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POLSCE

Wstęp

Opieka zdrowotna jest niebywale istotnym, a jednocześnie bardzo trudnym elementem polityki społecznej państwa. Opinia publiczna nie tylko z uwagą obserwuje decyzje podejmowane w tej kwestii, ale również – ulegając silnym emocjom – szeroko je komentuje. Zdecydowanie jest to jeden z bardziej drażliwych tematów na forum dyskusji społecznej [Malinowska-Misiąg 2008].

Zarówno w Polsce, jak i w wielu innych krajach, kwestia źródeł i sposobu finansowania opieki zdrowotnej to ważny element efektywnej polityki państwa, a jednocześnie jeden z bardziej nabrzmiałych problemów społeczno-ekonomicznych. U podstaw kłopotów z dostępnością usług i ich jakością, niedostatku zasobów rzeczowych i kadrowych, leży model finansowania opieki zdrowotnej [Standardy kontroli w administracji rządowej 2012].

Jednostkami organizacyjnymi systemu finansowania opieki zdrowotnej w Polsce są przede wszystkim instytucje udzielające świadczeń zdrowotnych: Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Zgodnie z legislacją obowiązującą w naszym kraju, świadczeń zdrowotnych udzielają publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz grupowe i indywidualne praktyki lekarskie, pielęgniarские i położnicze [Hady 2011].

Zakład Opieki Zdrowotnej (ZOZ), jest odrębnym organizacyjnie zespołem osób i środków majątkowych, utworzonym i utrzymywanym w celu udzielania świadczeń zdrowotnych oraz promocji zdrowia. Podział Zakładów Opieki Zdrowotnej określany jest według ich organu założycielskiego, stąd wyodrębniamy ZOZ publiczne i niepubliczne. Udzielają one świadczeń zdrowotnych bezpłatnie, odpłatnie lub za częściową odpłatnością. Szczegóły kwestii organizacyjnych i ustrojowych zawiera statut nadawany im przez organ założycielski [Dz.U. 2008 nr 81, poz. 484].

Świadczeń zdrowotnych udziela się również w ramach praktyk pielęgniarskich, położniczych i lekarskich – indywidualnych i grupowych. Lekarz ma prawo wykonywania specjalistycznej praktyki lekarskiej lub indywidualnej praktyki lekarskiej, którą może prowadzić po uzyskaniu stosownego wpisu do rejestru praktyk indywidualnych w okręgowej izbie lekarskiej. Lekarze wykonują swoje obowiązki także w ramach prywatnej praktyki grupowej, prowadzonej w formie spółki partnerskiej lub cywilnej. Podobnie jest w przypadku położnych i pielęgniarek [Hady 2011].

Źródła finansowania

Źródłem finansowania polskiego systemu opieki zdrowotnej są: budżet państwa, ubezpieczenia zdrowotne (dobrowolne lub obowiązkowe) oraz środki własne pacjentów. W Polsce obowiązuje system obowiązkowego, powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego regulowany ustawą z 24.08.2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. Nr 210, poz 2135 z późn. zm., Golinowska 2008].

Ochrona zdrowia finansowana jest z kilku źródeł publicznych i prywatnych. Największy przychód generują składki ubezpieczenia zdrowotnego o charakterze podatku celowego. Środki te kumuluje Narodowy Fundusz Zdrowia. Drugim, co do wielkości źródłem finansowania publicznego jest budżet państwa, zasilany głównie z podatków ogólnych [Ministerstwo Zdrowia 2004].

Systemowi ochrony zdrowia środków dostarczają również:

- jednostki samorządu terytorialnego, których wpływy do budżetu stanowią podatki i opłaty lokalne,
- transfery z budżetu państwa,
- Fundusz Pracy i Fundusz Ubezpieczeń Społecznych,
- organizacje społeczne (stowarzyszenia, fundacje) [Sokół 2010].

Istotne znaczenie w pozyskiwaniu zasobów finansowych na ochronę zdrowia mają także źródła prywatne:

- budżety gospodarstw domowych,
- fundusze pochodzące z zakładów pracy,
- prywatne ubezpieczenia zdrowotne,
- środki udostępniane przez organizacje charytatywne, które nie posiadają dotacji z funduszy publicznych [Zybała 2009].

Najmniejszą rolę odgrywają fundusze, które pochodzą z pomocy zagranicznej przeznaczonej na ochronę zdrowia [Pietraszewska-Macheta 2012].

Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) to jednostka organizacyjną posiadająca osobowość prawną i działająca na podstawie przepisów ustawy z dnia 27.08.2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych [Dz.U. 2004 nr 210, poz. 2135] oraz statutu określonego w rozporządzeniu Prezesa Rady Ministrów z dnia 29.09.2004 roku, w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia [Dz.U. 2008 nr 81, poz. 484].

Strukturę Funduszu stanowi centrala wraz z szesnastoma oddziałami wojewódzkimi, utworzonymi zgodnie z podziałem administracyjnym kraju. W skład NFZ wchodzi: Rada i Prezes Funduszu, Rady i Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich [Ministerstwo Zdrowia 2004].

Działania Funduszu obejmują:

- finansowanie świadczeń udzielanych osobom do nich uprawnionym na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej,
- rozliczenia w zakresie refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych,
- określanie dostępności, jakości i analiza kosztów świadczeń udzielanych w zakresie koniecznym do właściwego zawierania umów,
- zawieranie umów na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kuratela nad ich realizacją i rozliczanie, a także przeprowadzanie konkursów ofert,
- finansowanie medycznych czynności ratunkowych,
- realizacja programów zdrowotnych,
- inspekcja ordynacji lekarskich,
- propagowanie postaw prozdrowotnych,
- obsługa Centralnego Wykazu Ubezpieczonych,
- realizowanie działalności wydawniczej w zakresie informacji o ochronie zdrowia [Golinowska 2008].

Działalność Funduszu nadzoruje Minister Zdrowia stosując kryterium rzetelności, legalności i celowości. Minister Finansów posiada z kolei uprawnienia nadzorujące w zakresie zarządzania finansami Funduszu, także stosując wymienione wcześniej kryteria oraz dodatkowo kryterium gospodarności [Dz.U. 2014, poz. 1979].

W Polsce finansowanie ochrony zdrowia ma charakter ubezpieczeniowy, a jego najważniejszym źródłem są środki pochodzące ze składek ubezpieczenia zdrowotnego. To one stanowią największy przychód ochrony zdrowia w naszym kraju [Hibner 2003].

Analiza zmian w strukturze i wielkości finansowania składkowego może być niewralgiczna przy określeniu zasobów finansowych służby zdrowia, leżących u podstaw decyzji alokacyjnych. Analiza wpływów ze składek, z uwzględnieniem źródeł ich finansowania, opiera się na danych statystycznych ze sprawozdań finansowych NFZ, danych podatkowych oraz sprawozdań z wykonania polskiego budżetu. Skalę obciążenia indywidualnych ubezpieczeń oszacowano na podstawie rozmiaru przychodów z ubezpieczenia zdrowotnego, państwowych wydatków budżetowych na składki oraz ich poziomu w odliczeniach od podatku dochodowego od osób fizycznych [Ministerstwo Zdrowia 2004].

Wielkość wpływów ze składek określają trzy elementy: stopy, podstawy wymiaru ich naliczenia oraz liczba ubezpieczonych. Cechuje je odmienny poziom elastyczności. Najbardziej elastyczny element to stopa składki, której poziom określa regulacja prawna. Ustalenie odpowiedniej stopy składki winno się opierać na miarodajnych analizach, uwzględniających możliwe wpływy z wszystkich źródeł kształtujących przychody ubezpieczenia zdrowotnego [Ministerstwo Zdrowia 2004]. Pozostałe elementy składki to wysokość podstawy jej naliczenia oraz ilość osób wnoszących tę należność. Uzależnione są one od zmian ogólnogospodarczych kraju. W przeciągu całego okresu funkcjonowania ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce, doszło do wielu zmian w przepisach określających wielkość podstawy obliczania składki. Zmiany te dotyczyły przede wszystkim ubezpieczonych, których składkę finansuje budżet państwa. Na przykład unormowania dotyczące obliczania składki za bezrobotnych, którzy nie korzystają z zasiłku.

W strukturze finansowania składkowego dominują środki przekazywane na Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), które sięgają 91% wpływów. Największy udział mają składki zdrowotne pochodzące od pracowników. Duży procent w przychodach mają także te naliczane z emerytur i rent ZUS [Ministerstwo Zdrowia 2004]. Składki są pobierane również przez Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). Pochodzą one od rodzin rolniczych prowadzących działalność rolną na gruntach do tego przeznaczonych, od emerytów lub rencistów KRUS, a także rolników w ramach działów specjalnych [Sokół 2010]. Składka od rolników uprawiających grunty rolne równa się cenie pół kwintala żyta z każdego, przeliczeniowego hektara użytku w danym gospodarstwie. Obowiązująca cena żyta jest więc ważnym elementem wpływającym na dotację budżetową składek, a zatem kształtującą przychód składkowy KRUS [Sokół 2010].

Kolejnym źródłem składek są finanse budżetu państwa. W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej określone zostały grupy, których składka pochodzi z kasy publicznej

[Ministerstwo Zdrowia 2004]. Największy udział w tych wydatkach mają dotacje do KRUS przeznaczone na zabezpieczenie składek rodzin rolniczych. Przekazywane są tu również pieniądze na składki emerytów i rencistów KRUS lub świadczeń przyznanych na podstawie przepisów o zaopatrzeniu inwalidów wojennych [Ministerstwo Zdrowia 2004]. Budżet państwa opłaca także składki osób bezrobotnych bez prawa do zasiłku. Są one przekazywane powiatom, jako dotacja celowa na realizację zadań z zakresu administracji rządowej. Około 7,5% środków budżetowych przeznacza się na pokrycie składek osób na urloпах wychowawczych, cywilnych ofiar działań wojennych oraz rencistów pobierających świadczenia według przepisów ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym inwalidów wojennych i wojskowych. Wszystkie te środki przekazywane są do ZUS [Smołkowska 2003].

Z państwowego budżetu pochodzą również składki żołnierzy zasadniczej służby wojskowej, studentów i doktorantów niepodlegających obowiązkowemu ubezpieczeniu z innego tytułu, osób duchownych, z wyłączeniem tych, którzy płacą podatek od osób fizycznych lub zryczałtowany podatek od przychodów osób duchownych [Zybała 2009].

Dotację na bieżące zadania z zakresu administracji rządowej otrzymują gminne jednostki samorządu terytorialnego. Środki przeznaczone zostają na opłacenie przez pomoc społeczną składek na ubezpieczenie zdrowotne osób pobierających zasiłki stałe wyrównawcze, zasiłki stałe, gwarantowane zasiłki okresowe, a także renty socjalne oraz świadczenia rodzinne: pielęgnacyjne, dodatek do zasiłku rodzinnego z tytułu samotnego wychowywania dziecka i utraty prawa do zasiłku dla bezrobotnych. Na podstawie ustawowych przepisów o pomocy społecznej, z pieniędzy otrzymanych z budżetu państwa gminy opłacają także składki: uchodźców objętych programem integracji, a także bezdomnych z indywidualnego programu wychodzenia z bezdomności [Hibner 2003].

Podział funduszy

Mechanizm podziału składki podlega nieustannej krytyce i był kilkakrotnie zmieniany. Wciąż brak jest idealnych rozwiązań. W innych krajach stosuje się algorytmy opierające się na wielorakich procedurach, uwzględniające różnorodne ryzyka zdrowotne [Fedorowski 2002]. Najlepiej byłoby podzielić finanse przez ilość ubezpieczonych, a następnie wyliczony w ten sposób dochód pomnożyć przez liczbę ubezpieczonych – mieszkańców konkretnego województwa. Takie podejście oznaczałoby jednak nierówny dostęp do opieki zdrowotnej, wynikający z różnic poziomu dochodów i struktury ryzyka zdrowotnego osób ubezpieczonych. Z tego względu niezwykle istotne jest skonstruowanie właściwego algorytmu podziału [Bromber 2014].

Podział środków między oddziały wojewódzkie Funduszu uzależniony jest od ilości zarejestrowanych osób ubezpieczonych (według kryterium płci i wieku, grup ubezpieczonych oraz przynależnych świadczeń wysokospecjalistycznych) oraz ryzyka zdrowotnego odpowiadającego określonej grupie (w zakresie grupy, w porównaniu z grupą odniesienia). Generalną zasadą podziału jest to, że wysokość planowanych kosztów na świadczenia finansowane z danego oddziału wojewódzkiego, nie może być mniejsza niż ilość środków na ten cel określonych w planie finansowym roku poprzedniego [Malinowska-Misiąg 2004]. Prognozę przychodów każdego roku opracowuje Prezes Funduszu, w oparciu o: liczbę opłacających składki i wskaźniki makroekonomiczne wydawane przez Ministerstwo Finansów [Bromber 2014]. Plan finansowy na kolejny rok projektowany jest na podstawie przewidywanych przychodów i kosztów, według informacji opracowanych przez szefów oddziałów wojewódzkich. Plan – będący podstawą gospodarki Funduszu – powinien być zrównoważoną wypadkową przychodów i kosztów [Bromber 2014].

Zmiany w finansowaniu Funduszu są możliwe tylko w sytuacji, której nie dało się przewidzieć w chwili zatwierdzania lub ustalania planu. Zmian może dokonywać tylko Prezes Funduszu, ale może to uczynić po zasięgnięciu opinii i zatwierdzeniu – tak jak podczas wcześniejszej pracy nad planem [Malinowska-Misiąg 2004]. Przepis ten nie ma zastosowania jedynie w sytuacji przesunięcia środków w planie finansowym Centrali Funduszu, przesunięć w zakresie kosztów administracyjnych określonych w planie Funduszu oraz zmian w planie dotacji przekazywanych Funduszowi przez budżet państwa. W wymienionych przypadkach Prezes ma jedynie obowiązek wcześniejszego informowania o planowanych zmianach resorty: zdrowia i finansów [Dz.U. 2008 nr 81, poz. 484].

Korekt w planie finansowym mają prawo dokonać także dyrektorzy oddziałów wojewódzkich. Informując o tym wcześniej Prezesa Funduszu, mogą przesunąć środki na świadczenia zdrowotne w ramach planu finansowego właściwego dla zarządzanego przez nich oddziału wojewódzkiego. Zmiany takie służą przede wszystkim optymalizacji alokacji środków finansowych [Hibner 2003].

Przychody i koszty NFZ

Źródłami przychodów Funduszu oprócz składek ubezpieczenia zdrowotnego są:

- darowizny i zapisy,
- odsetki od nieopłaconych w terminie składek,
- dotacje – w tym celowe, z których finansowane są zadania wymienione w ustawie o świadczeniach,

- środki pozyskane w ramach roszczeń regresowych,
- wpływy z lokat,
- kwoty w zakresie określonym w ustawie o refundacji,
- sumy przekazane na zadania zlecone, w ramach przepisów ustawy o świadczeniach,
- inne przychody, w tym środki z pożyczek i kredytów [Pietraszewska-Macheta 2012].

Do wydatków Funduszu zaliczane są szczególnie koszty świadczeń dla uprawnionych w myśl przepisów ustawy o świadczeniach, a więc w większości lecznictwo szpitalne.

Świadczenia te obejmują:

- hospitalizację – udzielanie świadczeń całodobowo, zarówno w trybie nagłym jak i planowym, obejmującym diagnostykę i działania terapeutyczne od chwili zarejestrowania pacjenta na oddziale szpitalnym, aż do wypisu lub zgonu. Hospitalizacja obejmuje kwalifikację do przyjęcia, badania w ramach diagnostyki, terapię zleconą, niezbędną w leczeniu rehabilitację i pielęgnację oraz świadczenia związane z pobytem w szpitalu, jak np. transport sanitarny.
- świadczenia jednodniowe – planowe, udzielane również całą dobę, obejmujące diagnostykę lub terapię trwającą od momentu przyjęcia pacjenta na oddział. Maksymalny czas tego świadczenia określony został na 72 godziny.
- świadczenia ambulatoryjne – według procedury z katalogu świadczeń szpitalnych, onkologicznych oraz terapeutycznych, ale bez potrzeby hospitalizacji;
- świadczenia w Izbie Przyjęć – gotowość do udzielania pomocy przez całą dobę, w trybie nagłym oraz porada i świadczenia diagnostyczno-terapeutyczne bez konieczności hospitalizacji. Świadczenia w Izbie Przyjęć mogą obejmować procedury medyczne właściwe dla Szpitalnego Oddziału Ratunkowego. Warunkiem sprawnego działania Izby Przyjęć jest 24-godzinny dyżur lekarski oraz 24-godzinny, swobodny dostęp do diagnostyki obrazowej i laboratoryjnej.
- świadczenia w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym – udzielane z przypadku zagrożenia życia i zdrowia, przez całą dobę, wraz z procedurami diagnostyczno – terapeutycznymi. Pobyt na takim oddziale kończy się wypisem lub zgonem [Pietraszewska-Macheta 2012].

Koszty Funduszu to również:

- refundacje określone odpowiednią ustawą,
- wydatki związane z amortyzacją, utrzymaniem nieruchomości, wynagrodzenia oraz diety i zwroty kosztów podróży,

- zadania zlecone w zakresie określonym w ustawie o świadczeniach,
- wypłaty odszkodowań,
- koszt ewidencji i poboru składek ubezpieczenia zdrowotnego,
- inne, wynikające z obowiązujących przepisów [Fedorowski 2002].

Fundusz może również przeznaczać swoje zasoby finansowe na spłatę kredytów i pożyczek [Malinowska-Misiąg 2008].

Kontraktowanie świadczeń

Jednym z wielu dążeń Funduszu jest zagwarantowanie pacjentom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, bez względu na ich miejsce zamieszkania. Cel ten jest realizowany przede wszystkim za pośrednictwem umów z podmiotami realizującymi świadczenia. Tok przygotowania i podpisania takiej umowy określa się mianem „kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej” [Pietraszewska-Macheta 2012]. Na Funduszu spoczywa obowiązek, aby zapewnić równorzędne traktowanie oferentom świadczeń, podejmującym współpracę w celu zawarcia umowy oraz prowadzić postępowanie tak, aby zagwarantować uczciwą konkurencję. Wszystkie wymagania, informacje i oświadczenia oraz dokumentacja postępowania winny być udostępnione świadczeniodawcom według tych samych reguł.

Kontraktowanie jest postępowaniem złożonym, opartym głównie na ustawie o świadczeniach i rozporządzeniu Ministra Zdrowia oraz zarządzeniu Prezesa Funduszu i procedurach wewnętrznych Funduszu [Bromber 2014]. Cały proces wspierany jest przez system informatyczny Funduszu, umożliwiający realizowanie kolejnych etapów kontraktowania, włącznie z rankingowaniem ofert. Taka strategia znacząco ogranicza możliwość jakiegokolwiek wpływu na wynik postępowania [Kancelaria Prezesa Rady Ministrów 2012].

Warunkiem niezbędnym do finansowania lub współfinansowania świadczeń z pieniędzy publicznych, jest umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrekcją oddziału wojewódzkiego Funduszu. Określa ona precyzyjnie kwotę, jaką Fundusz wypłaci świadczeniodawcy, ofertę i zakres świadczeń oraz warunki ich udzielania [Bromber 2014]. Zwraca uwagę przede wszystkim problem limitowania usług medycznych. Dla płatnika limity są sposobem na zarządzanie płynnością finansową, natomiast pacjentom wydłużają czas oczekiwania na pomoc medyczną, a świadczeniodawcom nastroczają problemów finansowych. Limity są więc źródłem sporów i protestów. Problemy generuje także rosnąca liczba świadczeniodawców, co powoduje duże rozbicie kontraktów i kolejne problemy z limitami [Bromber 2014].

Zasady rozliczania ustalają przepisy ustawy o świadczeniach, rozporządzenie Ministra Zdrowia oraz zarządzenie Prezesa Funduszu. Fundusz jest zobowiązany, aby sfinansować świadczenia udzielane w danym cyklu rozliczeniowym do sumy zobowiązania określonego w umowie ze świadczeniodawcą. Natomiast jeśli chodzi o umowę zawartą na większy zakres świadczeń, kwota należnych wypłat jest sumą zobowiązania wynikającego z poszczególnych zakresów, po wzięciu pod uwagę współczynników korygujących [Fedorowski 2002].

Wyceny świadczeń zdrowotnych dokonuje Prezes Funduszu, biorąc pod uwagę relacje kosztowe udzielanych świadczeń oraz po uwzględnieniu wartości ich udzielania przez świadczeniodawców. Może się posiłkować danymi od wybranych oferentów świadczeń i innych podmiotów. Niestety taka możliwość pojawia się rzadko, bowiem nie dysponuje instrumentami do pozyskiwania tego typu informacji [Hibner 2003].

Z badań ankietowych wynika, że źródłem wyceny świadczeń nie są szacunki szpitali ani innych podmiotów. Najczęściej Fundusz powołuje się na wyliczenia własne, analizę danych historycznych i finansowe ograniczenia. Na niedostatek poprawnych danych o rzeczywistej wartości kontraktowanych świadczeń zwróciła uwagę, w przeprowadzonym przez siebie postępowaniu kontrolnym, Najwyższa Izba Kontroli [NIK 2013].

System kontroli

Kontrola finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce, to ważny element działań Funduszu. Zasadnicze kwestie regulujące ich zakres zostały określone w ustawie o świadczeniach i o refundacji. Problematykę proceduralną i metodologiczną precyzują z kolei rozporządzenie Ministra Zdrowia i zarządzenie Prezesa Funduszu [NIK 2012].

Zakres działań kontrolnych obejmuje:

1. Realizowanie umów na udzielanie świadczeń, a w tym:
 - organizację i sposób w jaki są udzielane oraz ich dostępność,
 - udzielanie świadczeń w zgodzie z wymaganiami określonymi umową,
 - dokumentację medyczną.
2. Poprawność wystawiania i realizacji recept na leki refundowane, wyroby medyczne oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia. Kontroluje się: wymogi formalne wypisywanych recept, prawidłowość druków i danych na receptach, ich czytelność oraz poprawności i kompletności danych potrzebnych do wystawienia recepty.

Najwyższa Izba Kontroli bardzo krytycznie odniosła się do działań kontrolnych Funduszu. Uznano, że ten system jest nieefektywny i nieskuteczny, ponieważ nie daje możliwości właściwego

nadzorowania kontraktów. Poza kontrolą Funduszu jest znaczna grupa świadczeniodawców o mniejszych kontraktach oraz jakość i dostępność usług medycznych. Racjonalne byłoby wprowadzenie jednolitej regulacji prawnej, która precyzyjnie określi procedury i zakres kontroli. Jednocześnie nieodzowne byłoby zwiększenie działań edukacyjnych na temat metod i technik kontroli. Koniecznym jest rozszerzenie ilościowego potencjału kadrowego Funduszu [NIK 2012].

Bibliografia

1. Bromber, P. (2014). Rola i funkcjonowanie NFZ w systemie ochrony zdrowia. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Finanse. Rynki finansowe. Ubezpieczenia, (65 Zarządzanie finansami w przedsiębiorstwach i jednostkach samorządu terytorialnego), 541-557.
2. Dz.U. 2004 nr 210, poz. 2135. Ustawa z dnia 27.08.2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
3. Dz.U. 2008 nr 81, poz. 484. Rozporządzenie z dnia 6 maja 2008 roku w sprawie ogólnych warunków o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.
4. Dz.U. 2014, poz. 1979. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu i trybu finansowania z budżetu państwa świadczeń opieki zdrowotnej.
5. Fedorowski, J.J., Niżankowski, R. (2002) *Ekonomika medycyny*. Warszawa: PZWL
6. *Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce. Zielona Księga II (2008)*, red. S. Golinowska, Warszawa
7. Hady, J., & Leśniowska, M. (2011). Finansowanie polskiego systemu opieki zdrowotnej na tle wybranych krajów Unii Europejskiej. *Rozprawy Ubezpieczeniowe*, (1 (10)), 97-111.
8. Hibner, E. (2003) *Zarządzanie w systemie ochrony zdrowia*. Łódź: WSH-E
9. Informacja o wynikach kontroli „Prowadzenie kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacja wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej przez Narodowy Fundusz Zdrowia” (2012), Najwyższa Izba Kontroli, Delegatura w Krakowie
10. Informacja o wynikach kontroli „Wykonania w 2012 roku planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia” (2013), NIK, Warszawa
11. Malinowska-Misiąg, E., Misiąg, W., & Tomalak, M. (2008). *Centralne finansowanie ochrony zdrowia i edukacji w Polsce: analiza regionalna*. Inst. Badań nad Gospodarką Rynkową.
12. Sokół, P. (2010). *Finanse Publiczne*.
13. Pietraszewska-Macheta, A. (2012), *Nowe procedury kontraktowania i rozliczania z NFZ świadczeń medycznych*, ODDK, Gdańsk

14. Standardy kontroli w administracji rządowej (2012), Kancelaria Prezesa Rady Ministrów, Warszawa.
15. Smółkowska, U. (2003). Budżet wojewodów oraz finansowanie jednostek samorządu terytorialnego.
16. Zdrowia, M. (2004). Finansowanie ochrony zdrowia w Polsce – Zielona Księga.
17. Zybala, A. (2009). Wyzwania w systemie ochrony zdrowia – zasoby ludzkie i zasoby organizacyjne w centralnych instytucjach. Krajowa Szkoła Administracji Publicznej, Warszawa.

Streszczenie: *Opieka zdrowotna jest niebywale istotnym, a jednocześnie bardzo trudnym elementem polityki społecznej państwa. Zarówno w Polsce, jak i w wielu innych krajach, kwestia źródeł i sposobu finansowania opieki zdrowotnej to ważny element efektywnej polityki państwa, a jednocześnie jeden z największych problemów społeczno-ekonomicznych.*

Jednostkami organizacyjnymi systemu finansowania opieki zdrowotnej w Polsce są przede wszystkim instytucje udzielające świadczeń zdrowotnych: Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia. Źródłem finansowania polskiego systemu opieki zdrowotnej są: budżet państwa, ubezpieczenia zdrowotne (dobrowolne lub obowiązkowe) oraz środki własne pacjentów. W Polsce obowiązuje system obowiązkowego, powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego.

Słowa kluczowe: *finansowanie opieki zdrowotnej, NFZ, organizacja ZOZ.*