



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VI kadencja
Prezes Rady Ministrów
DSPA-44060-3(4)/08

Druk nr 176
Warszawa, 23 stycznia 2008 r.

Pan
Bronisław Komorowski
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Przekazuję przyjęty przez Radę Ministrów dokument:

**- Informacja Rządu na temat obecnej
sytuacji ochrony zdrowia w Polsce.**

Jednocześnie informuję, że Rada Ministrów upoważniła Ministra Zdrowia do reprezentowania Rządu w tej sprawie w toku prac parlamentarnych.

Z wyrazami szacunku

(-) Donald Tusk

INFORMACJA RZĄDU

**NA TEMAT OBECNEJ SYTUACJI
OCHRONY ZDROWIA W POLSCE**

22 STYCZNIA, 2008 R.

INFORMACJA RZĄDU

NA TEMAT OBECNEJ SYTUACJI OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

17 STYCZNIA, 2008 R.

SPIS TREŚCI

1. Ogólne dane o systemie ochrony zdrowia	2
2. Finansowanie systemu ochrony zdrowia	3
3. Informacja o sytuacji związanej ze zmianą organizacji czasu pracy po wejściu w życie nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej	6
4. Informacja o przebiegu kontraktowania świadczeń na rok 2008	8
5. Informacja o sytuacji finansowej (zobowiązaniach wymagalnych) oraz restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej	8
6. Wyzwania i przykłady dysfunkcji systemu ochrony zdrowia	17
7. Kierunki działań Ministra Zdrowia	18
Wnioski	30
Załączniki	31

Wycedowano -
22.01.2008. (1730)
Minister - Członek Rady Ministrów
Zbigniew Berdźwiłł

AKceptuję
MINISTER ZDROWIA
Ewa Kopacz

SPIS TREŚCI

1. Ogólne dane o systemie ochrony zdrowia	3
2. Finansowanie systemu ochrony zdrowia	4
3. Informacja o sytuacji związanej ze zmianą organizacji czasu pracy po wejściu w życie nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej	7
4. Informacja o przebiegu kontraktowania świadczeń na rok 2008	9
5. Informacja o sytuacji finansowej (zobowiązaniach wymagalnych) oraz restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej	9
6. Wyzwania i przykłady dysfunkcji systemu ochrony zdrowia	18
7. Kierunki działań Ministra Zdrowia	19
Wnioski	20
Załączniki	21

INFORMACJA RZĄDU

NA TEMAT OBECNEJ SYTUACJI OCHRONY ZDROWIA W POLSCE

22 STYCZNIA, 2008 R.

1. **Ogólne dane o systemie ochrony zdrowia**

System ochrony zdrowia w Polsce opiera się na trzech poziomach udzielania świadczeń zdrowotnych, tj. podstawowa, ambulatoryjna i stacjonarna opieka zdrowotna. Świadczeniodawcy działający na każdym z tych poziomów to podmioty publiczne i niepubliczne. Podmioty te działają w formie zakładów opieki zdrowotnej oraz praktyk medycznych. Zarejestrowano 48 223 indywidualnych praktyk lekarskich oraz 479 grupowych praktyk lekarskich. Na dzień 17 stycznia 2008 r. było zarejestrowanych 16 995 zakładów opieki zdrowotnej, w tym 2 633 to jednostki publiczne.

Podstawowa opieka zdrowotna realizowana jest w większości przypadków przez indywidualne i grupowe praktyki lekarskie wspierane w zakresie zadań pielęgnacyjnych przez indywidualne bądź grupowe praktyki pielęgniarek i położnych. Często też wybieraną do organizowania i udzielania tego rodzaju świadczeń zdrowotnych formą organizacyjno prawną jest zakład opieki zdrowotnej, przy czym spośród 7 482 zakładów opieki zdrowotnej udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej tylko 1 937 to podmioty publiczne.

W przypadku specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych opiekę zdrowotną w tym zakresie udziela w Polsce 9 897 zakładów opieki zdrowotnej, z tego 2 064 publicznych.

W przypadku stacjonarnej opieki zdrowotnej w przeważającej większości świadczeń z tego zakresu udzielają publiczne zakłady opieki zdrowotnej, co potwierdza analiza liczby i struktury szpitali. Zgodnie z aktualnymi danymi, publikowanymi przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, zarejestrowane są 742 szpitale ogólne, w tym 153 niepubliczne podmioty. Łączna liczba łóżek w szpitalach ogólnych wynosi 176 673, w tym 9 318 to łóżka w jednostkach niepublicznych.

W placówkach ochrony zdrowia pracuje 77 749 lekarzy, 179 269 pielęgniarek oraz 20 919 położnych. W publicznych jednostkach zatrudnionych 53 762 lekarzy, 140 877 pielęgniarek i 16 614 położnych.

Obecnie głównym źródłem finansowania systemu ochrony zdrowia w Polsce jest składka zdrowotna. Środki te gromadzone są przez Narodowy Fundusz Zdrowia, który następnie zawiera ze świadczeniodawcami umowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych. Inne źródła to: budżet państwa, wydatki jednostek samorządu terytorialnego oraz prywatne wydatki społeczeństwa na opiekę zdrowotną.

Analiza danych za 2007 r. wskazuje, iż ok. 87 % wydatków publicznych na ochronę zdrowia pokrywanych jest ze środków w ramach systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, ok. 9 % to środki pochodzące z budżetu państwa, a ok. 4 % wydatków publicznych stanowią wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia.

Z budżetu państwa finansowane są w szczególności wysokospecjalistyczne procedury medyczne, programy polityki zdrowotnej, ratownictwo medyczne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego. Natomiast wydatki jednostki samorządu terytorialnego skupiają się na zadaniach wynikających z roli organu założycielskiego.

2. Finansowanie systemu ochrony zdrowia

Od kilkunastu lat niepokoi społeczne wśród pracowników ochrony zdrowia wywołują sytuacje kryzysowe i wymuszają na władzach publicznych podejmowanie doraźnych i z reguły nie do końca przygotowanych działań. Skutkiem tych działań był m.in. transfer dodatkowych środków finansowych do systemu ochrony zdrowia z bardzo nikłymi pozytywnymi skutkami dla pacjentów. System ochrony zdrowia w Polsce ma charakter ubezpieczeniowo – budżetowy i finansowany jest głównie ze składek zdrowotnych obywateli. Ich suma zależy od procentowej wysokości składki, poziomu aktywności zawodowej oraz poziomu wynagrodzeń. Wynikające z dobrej koniunktury korzystne zmiany na rynku pracy oraz wzrost wynagrodzeń skutkują wzrostem środków na ochronę zdrowia. W wyniku tych zmian wzrasta wpływ ze składki zdrowotnej, który, obciążając dochody netto obywateli, nie został dotychczas wykorzystany do przeprowadzenia konstruktywnych zmian w systemie ochrony zdrowia, lecz w znacznej mierze został przeznaczony na skutkowe utrwalenie wielu nieprawidłowości. Przykładem może być realizacja postulatów płacowych dla pracowników ochrony zdrowia, gdzie przyjęcie przez poprzednią ekipę rządzącą w tzw. ustawie podwyżkowej z dnia 22 lipca 2007 r. procentowej skali podwyżek spowodowało, iż najwyższe podwyżki otrzymali pracownicy najlepiej zarabiający, podczas gdy problem niskich wynagrodzeń pracowników najniżej wynagradzanych nie został rozwiązany. Ponadto wysokość środków na podwyżki uzależniono od wysokości kontraktów z NFZ, preferując w ten sposób zakłady opieki zdrowotnej realizujące programy lekowe (świadczenie polegające

na wydawaniu pacjentom drogich leków, gdzie koszt pracy stanowi niewielki odsetek) i dyskryminując w ten sposób większość pracowników szpitali powiatowych i wojewódzkich. W rezultacie niektóre szpitale stać było na podwyżki w maksymalnie dopuszczonej ustawą wysokości 40% dla wszystkich zatrudnionych (zgodnie z ustawą przekroczenie tego wskaźnika obligowało do zwrotu nadwyżki do NFZ), podczas gdy większość szpitali miała problemy, by zrealizować podwyżki 15-20% dla wybranych grup pracowniczych. Sposób wdrożenia ustawy podwyżkowej wprowadził ponadto niezależny od opłaty za świadczenia strumień zobowiązań płacowych, który pogłębił problemy znacznej części szpitali powiatowych i wojewódzkich. Pomimo faktu, iż ustawę podwyżkową przeprowadzano pod hasłem konieczności zatrzymywania wykwalifikowanych kadr medycznych w Polsce, to w planie podwyżek dla pracowników ochrony zdrowia nie przewidziano środków dla stażystów i rezydentów, czyli tych osób, których decyzja o opuszczeniu Polski w poszukiwaniu lepszych warunków pracy była najbardziej prawdopodobna. Z tego względu Rząd PO – PSL będzie stanowczo wspierał działania mające na celu poprawę sytuacji młodych lekarzy. Na rok 2008 zaplanowano 30% podwyżkę od 1 stycznia dla lekarzy odbywających staż podyplomowy oraz lekarzy odbywających specjalizację w trybie rezydentury. Wynagrodzenie zasadnicze brutto dla lekarzy stażystów wzrośnie od 1 stycznia 2008 roku z 1403 zł do 1824 zł, natomiast wynagrodzenie zasadnicze rezydentów wzrośnie z 1757 zł do 2285 zł. Należy tu podkreślić, że znacząco zwiększy się liczba rezydentur, która w roku 2008 będzie się zbliżała do ok. 2500, podczas gdy w roku 2007 zostało uruchomionych 1529 rezydentur.

WZROST SKŁADKI NA UBEZPIECZENIE ZDROWOTNE W LATACH 2003-2008

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Składki brutto* w mln zł	28 757,6	31 468,0	34 004,1	37 300,2	41 828,9	46 996,4
stopa składek	8%	8,25%	8,50%	8,75%	9,00%	9,00%
PKB w cenach bieżących w mln zł**	843 156,2	924 537,6	983 302,3	1 060 194,0	1 156 900	1 252 500
średni w roku kurs USD ***	3,8889	3,654	3,2348	3,1025	2,7667	2,77
składki brutto w mln USD	7 397,3	8 611,9	10 512,0	11 977,3	15 118,7	16 966,2

*w latach 2003-2006 składki łącznie ze składkami z lat ubiegłych i z kosztami poboru wg sprawozdań NFZ

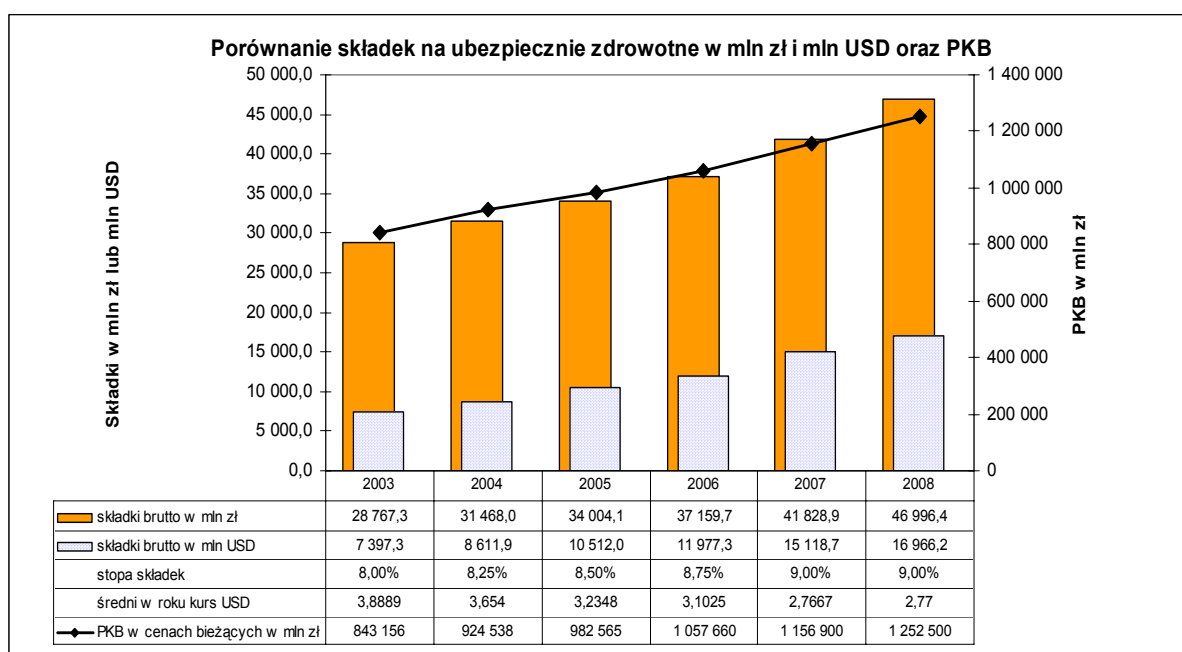
rok 2007 plan finansowy NFZ z 31 grudnia 2007

rok 2008 plan finansowy NFZ z 13 listopada 2007

** lata 2003- 2006 wg GUS, lata 2007-2008 wg założeń do ustawy budżetowej na 2008 rok

***lata 2003 -2007 wg NBP, rok 2008 wg założeń do ustawy budżetowej na 2008 rok

Rząd dostrzega fakt, iż pomimo zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia z NFZ z 29 mld zł w roku 2003 do 47 mld zł w roku 2008 a w przeliczeniu na dolary z 7, 4 mld USD do 17 mld USD (zastosowany przelicznik dolarowy jest istotny z punktu widzenia dostępności leków oraz nowoczesnej aparatury medycznej), Polska charakteryzowała się większym niż dwukrotny wzrostem nakładów na ochronę zdrowia i odnotowała w tym okresie najwyższą dynamikę wzrostu nakładów spośród wszystkich państw OECD, obywatele nie odczuli poprawy dostępności do świadczeń w publicznym systemie ochrony zdrowia.



Biorąc pod uwagę doświadczenia z przeszłości, rząd stoi na stanowisku, iż podjęcie ewentualnej decyzji o zwiększaniu poziomu obowiązkowej składki zdrowotnej musi być poprzedzone wykorzystaniem instrumentów racjonalizujących wydatkowanie środków publicznych oraz wprowadzeniem dodatkowych dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych, które nie spowodują obciążenia dla najbiedniejszych obywateli Polski.

Wyrazem nieefektywności wydatkowania środków na publiczny system ochrony zdrowia jest bezprecedensowy w latach 2005-2007 wzrost nakładów obywateli na ochronę zdrowia realizowaną w sektorze prywatnym. Podkreślić należy, że nie zapewniono synergii we współdziałaniu tych sektorów.

3. Informacja o sytuacji związanej ze zmianą organizacji czasu pracy po wejściu w życie nowelizacji ustawy o zakładach opieki zdrowotnej

Wzrostowi nakładów na ochronę zdrowia, który nie przekładał się adekwatnie na interes pacjentów, towarzyszył znacznie szybszy wzrost oczekiwań płacowych pracowników ochrony zdrowia. Ostatnie dwa lata były okresem narastających konfliktów w ochronie zdrowia, przeradzających się w fale akcji strajkowych. Zdecydowana większość zgłaszanych postulatów dotyczyła wzrostu wynagrodzeń. W trakcie ubiegłorocznych protestów pracowników ochrony zdrowia przez okres trzech i pół miesiąca strajki miały miejsce w ponad 100 szpitalach, dochodząc okresowo do niemal 240. Natomiast w roku 2005 akcje strajkowe prowadzone były przez dwa i pół miesiąca, przy czym w szczytowym momencie obejmowały one 82 szpitale. Implementacja unijnej Dyrektywy o czasie pracy stała się kolejnym pretekstem do wymuszenia większych transferów na płace w systemie ochrony zdrowia, głównie z przeznaczeniem dla lekarzy. Słuszną intencją Dyrektywy była, oprócz zapewnienia odpowiedniego poziomu ochrony zdrowia pracowników, również poprawa bezpieczeństwa ogółu obywateli poprzez ograniczenie liczby błędów popełnianych przez poszczególne grupy zawodowe wynikających z przemęczenia. Dyrektywa odnosi się w szczególności do lekarzy zatrudnionych na etatach. W praktyce, w odniesieniu do lekarzy, stosowanie Dyrektywy nie musi bezpośrednio przekładać się na zmniejszenie liczby godzin pracy konkretnego lekarza. Wynika to z określenia w Dyrektywie możliwości wydłużania czasu pracy lekarza powyżej 48 godzin na tydzień oraz z faktu, iż przepisy unijne nie dotyczą pracy wykonywanej w oparciu o umowy cywilnoprawne (tzw. kontrakty). W polskim systemie prawnym zawody medyczne są zawodami zaufania publicznego przynależącymi do grupy wolnych zawodów. Zatem w przypadku lekarzy umowa o pracę jest tylko jedną z form prawnych realizacji świadczeń. Poprzedni rząd pomimo świadomości konsekwencji (i wynikających z nich potrzeb) dostosowania przepisów krajowych do unijnych dokonał implementacji w sposób niekorzystny dla systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Minister Zdrowia prowadzi stały monitoring sytuacji w szpitalach na terenie całego kraju. Kluczową rolę odgrywają tutaj wojewodowie z uwagi na fakt, że zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych to właśnie do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej należy w szczególności ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa oraz ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego.

Informacje zbierane – z inicjatywy Ministra Zdrowia – przez urzędy wojewódzkie pozwalają wojewodom, jako organom odpowiedzialnym za zapewnienie współdziałania wszystkich

jednostek organizacyjnych administracji rządowej i samorządowej działających na obszarze województwa oraz kierującym ich działalnością w zakresie zapobiegania zagrożeniu zdrowia i życia, na zidentyfikowanie potencjalnych zagrożeń w zakresie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz podjęcie działań przygotowawczych na poziomie województwa na wypadek znacznych zakłóceń w funkcjonowaniu szpitali (np. czasowego zaprzestania działania szpitalnych oddziałów). Według informacji przekazanych przez Urzędy Wojewódzkie uwzględniających stan na dzień 14 stycznia 2008 r. najczęściej zgłoszeń dotyczących ewentualnych problemów z funkcjonowaniem oddziałów szpitalnych miało miejsce w woj. mazowieckim, śląskim i łódzkim. Na dzień 14 stycznia 2008 r. na terenie całego kraju wypowiedzenia umów o pracę złożyło 422 lekarzy (na ok. 34 tys. pełnozatrudnionych), natomiast umów cywilnoprawnych wszelkiego rodzaju – 514 lekarzy (na ok. 14 tys. lekarzy kontraktowych), co daje łączną liczbę 936 lekarzy, co stanowi ok. 1,95 proc. ogółu lekarzy. Dla porównania: w ramach prowadzonej w roku 2007 r. przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy akcji protestacyjnej, polegającej m.in. na masowym składaniu wypowiedzeń, łączna liczba wypowiedzeń umów o pracę oraz umów cywilnoprawnych przekraczała 4000.

Dane o sytuacji w szpitalach uzyskane z urzędów wojewódzkich przekazane za pośrednictwem wojewodów (liczba oddziałów, które zgłosiły realne zagrożenie zaprzestania działalności komórek organizacyjnych) stan na dzień 14 stycznia 2008 r.		
L.p.	Województwo	Liczba oddziałów
1	Dolnośląskie	3
2	Kujawsko-pomorskie	4
3	Lubelskie	2
4	Lubuskie	2
5	Łódzkie	14
6	Małopolskie	5
7	Mazowieckie	21
8	Opolskie	1
9	Podkarpackie	4
10	Podlaskie	5
11	Pomorskie	4
12	Śląskie	16
13	Świętokrzyskie	11
14	Warmińsko-mazurskie	9
15	Wielkopolskie	7
16	Zachodniopomorskie	4
suma		112

Urzędy Wojewódzkie raportują, iż według stanu na dzień 14 stycznia 2008 r. na terenie całego kraju nominalnie trwających akcji strajkowych było 16 (jednostki pozostają w stanie strajku, co jest kontynuacją przeprowadzonych procedur sporów zbiorowych jeszcze w

ramach ubiegłorocznej akcji strajkowej). Ponadto w części szpitali przeprowadzone jeszcze w ubiegłym roku procedury sporów zbiorowych umożliwiają szybkie odwieszenie czynnych akcji strajkowych.

4. Informacja o przebiegu kontraktowania świadczeń na rok 2008

Zgodnie z informacją przekazaną przez Prezesa NFZ z dnia 14 stycznia 2008 r. sytuacja przedstawia się następująco:

Leczenie szpitalne – poziom uzgodnień w większości województw wynosi 100% i trwają obecnie formalności podpisywania papierowej formy aneksów. W województwie śląskim po spotkaniu z dyrektorami szpitali częstochowskich w Centrali NFZ uzgodniono tymczasową formę porozumienia, które będzie negocjowane na okres od lutego 2008 r. przez Dyrektora OW NFZ. W części województw podpisano już aneksy do końca czerwca 2008 r. (m.in. pomorskie i zachodniopomorskie).

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – w 13 województwach uzgodniono prawie 100% umów. W województwach, gdzie nie udało się przeprowadzić postępowań konkursowych na cały rok (mazowieckie, pomorskie, śląskie), uzgodniono aneksowanie umów na dwa do czterech miesięcy, co pozwoli na ponowne przeprowadzenie konkursów na pozostałe miesiące roku i lata następne.

W pozostałych rodzajach świadczeń na końcowym etapie są procedury konkursowe, które pozwolą zabezpieczyć świadczenia. Szczegółowa informacja dotycząca poziomu zakontraktowania świadczeń na rok 2008 znajduje się w załączniku nr 2.

5. Informacja o sytuacji finansowej (zobowiązaniach wymagalnych) oraz restrukturyzacji samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej

W pierwszym kwartale 2008 roku większość zakładów opieki zdrowotnej zakończy proces restrukturyzacji związany z ustawą o pomocy publicznej i restrukturyzacji publicznych zakładów opieki zdrowotnej (do stycznia 2008 r. decyzję o zakończeniu uzyskało ponad 77% zakładów). Ponad połowa wszystkich publicznych zakładów opieki zdrowotnej nie generuje długów, jak również większość zakładów bilansuje się na bieżących działaniach. Wiele zakładów, które aktualnie równoważą przychody i koszty obciążonych jest jednak starym długiem z lat 2000-2004. Pozytywne działanie ustawy i wysiłek, jaki dyrektorzy zakładów włożyli w realizację procesu restrukturyzacji, widoczne są szczególnie, jeśli zanalizujemy wskaźniki i wysokość zadłużenia. Od 1999 roku, kiedy po raz ostatni dokonano „prostego” oddłużenia, do końca 2004 roku systematycznie narastały zobowiązania zakładów, zarówno całkowite, jak i wymagalne, które wynosiły wtedy 5,9 mld zł. Od momentu rozpoczęcia

procesu restrukturyzacji związanego z wejściem w życie ustawy obserwuje się stopniowy spadek zobowiązań wymagalnych do ok. 3,4 mld na koniec trzeciego kwartału 2007 roku przy utrzymujących się od 2 lat na tym samym poziomie zobowiązaniach całkowitych (wymagalnych i niewymagalnych) wynoszących aktualnie ok. 10 mld zł. Ministerstwo Zdrowia analizuje poziom zadłużenia samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej na podstawie danych uzyskiwanych od Wojewodów, uczelni medycznych, MON, MSWiA i jednostek nadzorowanych przez Ministra Zdrowia. Najbardziej aktualne informacje dotyczą września 2007 r.

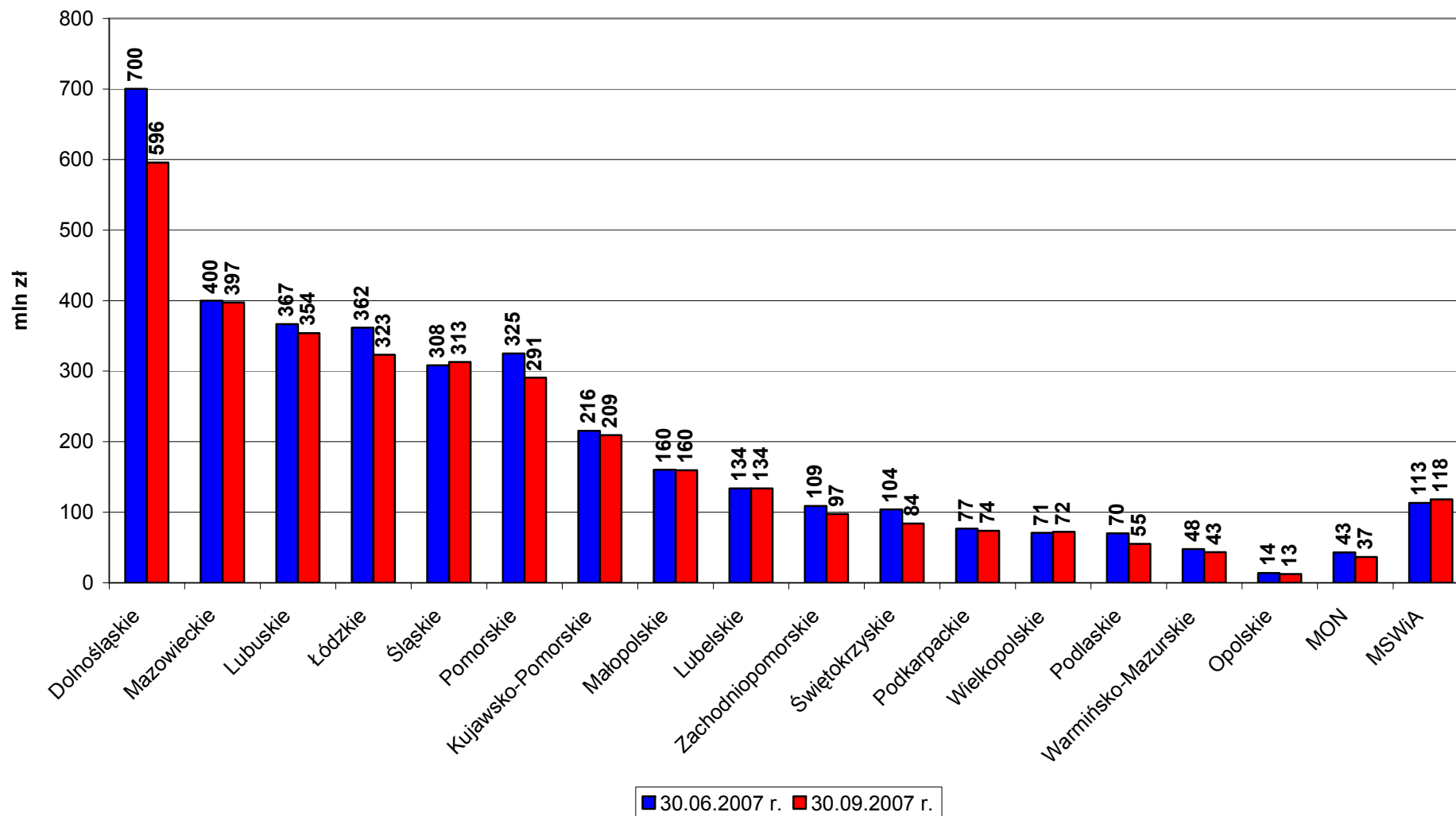
Łączna wartość zobowiązań wymagalnych w skali kraju wyniosła wg stanu na 30 września 2007 r. **3 370,6 mln zł** i nastąpił spadek wartości zobowiązań w porównaniu do poprzedniego kwartału o **6,9%**, kiedy wartość zobowiązań wymagalnych wyniosła **3 621,0 mln zł**.

Z łącznej kwoty zadłużenia wymagalnego sp zoz w wysokości **3 370,6 mln zł** (wg stanu na dzień 30 września 2007 r.) największe zobowiązania dotyczą:

- a) zobowiązań publicznoprawnych – 1 250,2 mln zł,
- b) zobowiązań wobec dostawców leków i wyrobów medycznych – 914,3 mln zł,
- c) zobowiązań z tytułu zakupu usług obcych – 345,7 mln zł,
- d) zobowiązań wobec dostawców sprzętu i aparatury medycznej – 206,4 mln zł.

Dynamikę zmian oraz strukturę zobowiązań w III kwartale 2007 r. przedstawiają tabele i wykresy oraz tabele z załącznika nr 4.

Zobowiązania wymagalne w podziale na województwa



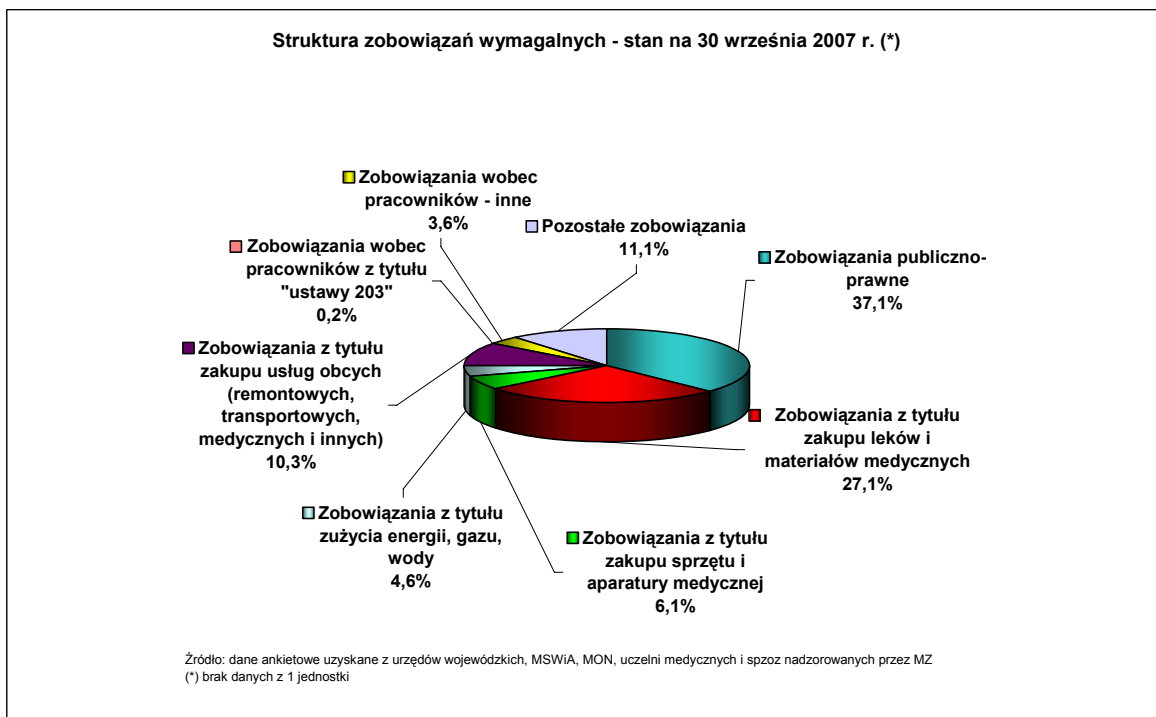
Zmiany w strukturze zobowiązań wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej
(w okresie od 31.12.2003 do 30.09.2007)

Wyszczególnienie		31.12.2003	31.12.2004	Dynamika (3/2)	31.12.2005	Dynamika (5/3)	31.12.2006 (**)	Dynamika (7/5)	30.06.2007 (**)	Dynamika (9/7)	30.09.2007 (**)	Dynamika (11/9)	
1		2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
Suma zobowiązań wymagalnych (w mln zł)		4 543,7	5 872,2	129,2%	4 933,6	84,0%	3 723,6	75,5%	3 621,0	97,2%	3 370,6	93,1%	
publicznoprawne		1 307,3	1 987,2	152,0%	2 131,9	107,3%	1 548,8	72,6%	1 394,9	90,1%	1 250,2	89,6%	
cywilnoprawne, w tym		3 236,4	3 885,0	120,0%	2 801,7	72,1%	2 174,8	77,6%	2 226,0	102,4%	2 120,4	95,3%	
	z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych	878,2	1 178,0	134,1%	945,3	80,2%	838,0	88,7%	909,4	108,5%	914,3	100,5%	
	z tytułu zakupu sprzętu i aparatury medycznej	185,1	230,7	124,6%	213,8	92,7%	201,7	94,3%	210,3	104,3%	206,4	98,2%	
	z tytułu zużycia energii, gazu, wody (*)	-	331,7	-	269,1	81,1%	178,4	66,3%	181,2	101,6%	153,7	84,8%	
	z tytułu zakupu usług obcych (remontowych, transportowych, medycznych i innych) (*)	-	527,2	-	403,5	76,5%	340,4	84,4%	362,4	106,5%	345,7	95,4%	
	wobec pracowników	949,2	966,7	101,8%	385,2	39,8%	160,2	41,6%	141,9	88,6%	126,7	89,3%	
	z tego	z tytułu tzw. "ustawy 203"(*)	949,2	637,6	-	156,3	24,5%	27,4	17,5%	12,2	44,7%	6,7	55,0%
		Inne		329,1	-	228,8	69,5%	132,9	58,1%	129,7	97,6%	119,9	92,5%
pozostałe zobowiązania		1 223,9	650,6	53,2%	584,9	89,9%	456,1	78,0%	420,9	92,3%	373,7	88,8%	

Źródło: dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, MSWiA, MON, uczelni medycznych i sp zoz nadzorowanych przez MZ

(*) brak wyszczególnienia w danych na dzień 31.12.2003

(**) brak danych z 1 jednostki



Na spadek wartości zobowiązań wymagalnych w porównaniu do I półrocza 2007 r. największy wpływ miało zmniejszenie się zobowiązań publicznoprawnych o 144,7 mln zł (o 10,4%). Jediną grupą zobowiązań wymagalnych, w której zanotowano wzrost wartości zobowiązań, są zobowiązania wobec dostawców leków i wyrobów medycznych – o 4,9 mln zł (o 0,5%).

Największe zadłużenie wymagalne publicznych zakładów opieki zdrowotnej występuje w województwach:

- a) dolnośląskim (595,8 mln zł),
- b) mazowieckim (397,4 mln zł),
- c) lubuskim (354,0 mln zł),
- d) łódzkim (323,3 mln zł),
- e) śląskim (312,9 mln zł).

Najmniejsze zadłużenie wymagalne sp zoz występuje w województwie opolskim (12,6 mln zł), warmińsko-mazurskim (43,4 mln zł) i podlaskim (55,3 mln zł), ale należy zwrócić uwagę, że w tych województwach znajduje się mniejsza liczba zoz.

Na przestrzeni III kwartału 2007 roku zobowiązania wymagalne uległy obniżeniu w skali całego kraju, a największy nominalny spadek wartości zobowiązań wymagalnych wystąpił w województwie dolnośląskim (o 104,7 mln zł), w województwie łódzkim (o 38,5 mln zł) i w województwie pomorskim (o 34,2 mln zł). W 2 województwach wystąpił wzrost zadłużenia wymagalnego – w województwie śląskim (o 4,7 mln zł, tj. o 1,5%) i w województwie wielkopolskim (o 1,3 mln zł, tj. o 1,9 %).

Analizując dynamikę zadłużenia wymagalnego samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003-2007, zauważyć można, że największy przyrost zadłużenia wymagalnego miał miejsce w pierwszej połowie 2004 r. Zobowiązania wymagalne wzrosły w tym okresie o ponad 1 mld zł. W drugiej połowie 2004 r. oraz w I kw. 2005 r. nastąpiło wyhamowanie tempa wzrostu zadłużenia wymagalnego, natomiast od drugiej połowy 2005 r. rozpoczął się systematyczny spadek wartości zobowiązań wymagalnych, które na przestrzeni 2 lat i 3 miesięcy (30.06.2005 r. - 30.09.2007 r.) spadły o 2,87 mld zł.

Jednocześnie dynamika zobowiązań ogółem (wymagalnych i niewymagalnych) samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, głównie ze względu na prowadzony od 2005 r. proces restrukturyzacji finansowej zakładów opieki zdrowotnej, kształtuje się w odmienny sposób. Zobowiązania ogółem od 2003 do końca 2005 r. stopniowo rosną z 7,5 mld zł do 10,3 mld zł i utrzymują ten poziom (10,1-10,3 mld zł) do końca II kwartału 2007 r. W trakcie III kw. 2007 r. zobowiązania ogółem uległy obniżeniu o około 300 mln zł. Dynamikę zmian zobowiązań ogółem i wymagalnych przedstawia poniższa tabela.

Dynamika zobowiązań ogółem samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w latach 2003 – 2007

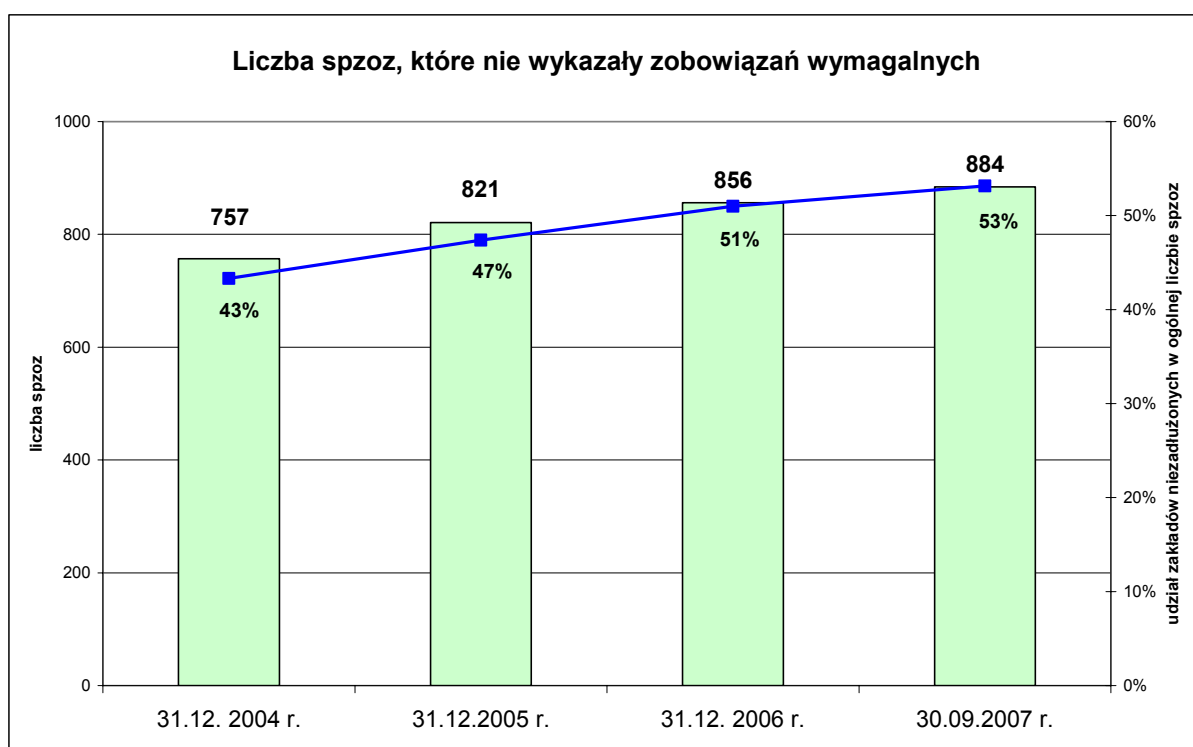
Wyszczególnienie	Wartość zobowiązań ogółem (w mln zł)	Dynamika zobowiązań ogółem w % (kw. poprzedni = 100)	Wartość zobowiązań wymagalnych (w mln zł)	Dynamika zobowiązań wymagalnych w % (kw. poprzedni = 100)
III 2003	7 501,6	-	4 589,4	-
IV 2003	7 327,7	97,7	4 543,7	99,0
I 2004	7 791,6	106,3	4 896,8	107,8
II 2004	8 624,5	110,7	5 555,1	113,4
III 2004	8 749,0	101,4	5 684,5	102,3
IV 2004	9 450,1	108,0	5 872,3	103,3
I 2005	9 348,4	98,9	5 917,2	100,8
II 2005	9 646,2	103,2	6 239,6	105,4
III 2005	9 908,2	102,7	6 086,7	97,5
IV 2005	10 273,6	103,7	4 933,6	81,1
I 2006	10 138,8	98,7	4 571,6	92,7
II 2006	10 067,6	99,3	4 344,7	95,0
III 2006	10 162,2	100,9	4 115,0	94,7
IV 2006 (*)	10 348,7	101,8	3 723,6	90,5
I 2007 (*)	10 198,1	98,5	3 728,1	100,1
II 2007 (*)	10 104,9	99,1	3 621,0	97,1
III 2007 (*)	9 778,0	96,8	3 370,6	93,1

Źródło: dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, MSWiA, MON, uczelni medycznych i sp zoz nadzorowanych przez MZ

(*) brak danych z 1 jednostki

Należy podkreślić, że omawiane powyżej dane obrazują łączny poziom zadłużenia wymagalnego w poszczególnych kategoriach, jednak poziom zobowiązań wymagalnych nie rozkłada się równomiernie na wszystkie jednostki. Z danych na dzień 30.09.2007 r. wynika, że 80% zobowiązań wymagalnych występujących we wszystkich badanych podmiotach, bez względu na podmiot tworzący, pochodziło od 8,1% zakładów (tj. 134 sp zoz), zaś połowa wymagalnego długu wykazywana była przez 2,2% ogólnej liczby zakładów (tj. 37 sp zoz). Należy również zauważyć, że systematycznie rośnie liczba jednostek niezadłużonych i wg stanu na 30.09.2007 r. jednostki bez zobowiązań wymagalnych stanowią 53,2% wszystkich samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej.

Poniższa tabela i wykres przedstawiają liczbę samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, które nie wykazały zobowiązań wymagalnych, a także ich udział w ogólnej liczbie zakładów.



Liczba (udział) sp zoz, które nie wykazały zobowiązań wymagalnych

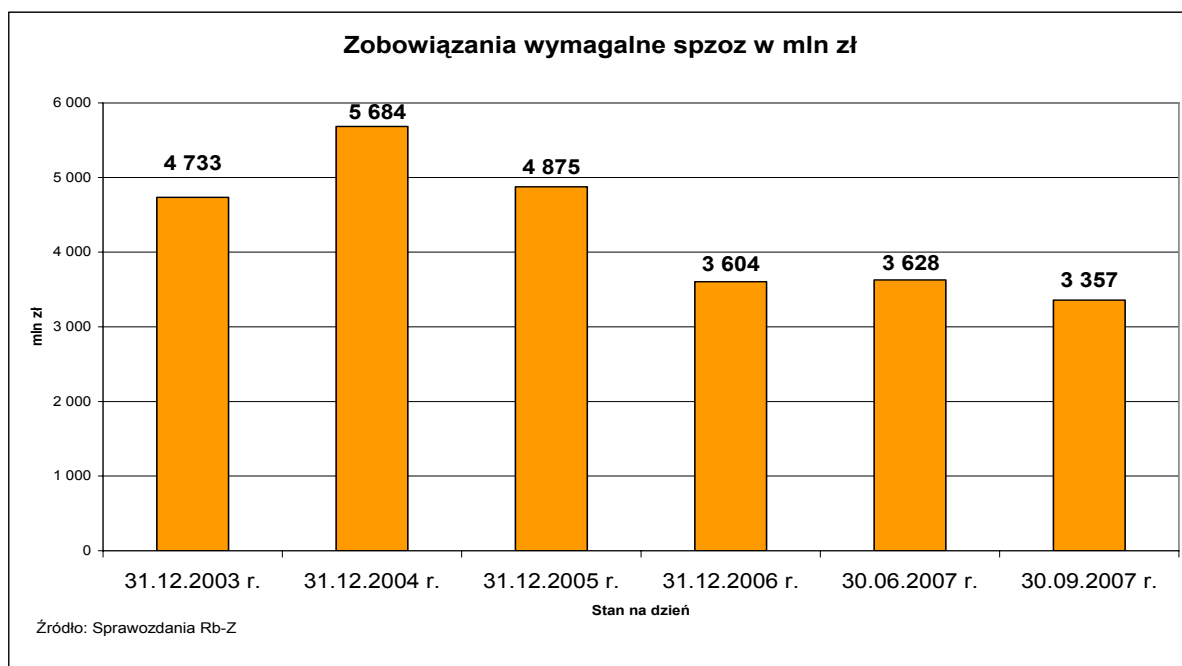
Lp.	Województwo	31.12. 2001	% sp zoz	31.12 2002	% sp zoz	30.06 2003	% sp zoz	31.12 2004	% sp zoz	30.06 2005	% sp zoz	31.12 2005	% sp zoz	30.06 2006	% sp zoz	30.09 2006	% sp zoz	31.12 2006	% sp zoz	31.03 2007	% sp zoz	30.06 2007	% sp zoz	30.09 2007	% sp zoz
1	Dolnośląskie	55	30,4	47	26	36	19,9	46	27,9	56	34,4	60	36,8	61	38,4	64	40,3	69	43,7	67	42,4	72	45,3	74	46,3
2	Kujawsko-Pomorskie	77	54,2	74	52,1	69	48,6	70	57,4	72	61,0	77	64,7	74	64,3	76	66,7	79	68,7	77	68,1	78	69,0	76	69,1
3	Lubelskie	32	38,1	24	28,6	22	26,2	32	38,1	33	39,8	40	47,6	38	45,2	41	48,8	44	52,4	44	52,4	46	54,1	49	57,6
4	Lubuskie	11	27,5	8	20	7	17,5	9	25	11	30,6	12	33,3	14	38,9	14	40,0	14	40,0	14	40,0	16	45,7	15	42,9
5	Łódzkie	53	44,2	45	37,5	39	32,5	43	37,1	42	35,9	40	33,6	48	40,3	47	39,5	51	43,6	54	46,2	54	46,6	55	47,4
6	Małopolskie	104	59,8	95	54,6	82	47,1	98	56	100	58,5	97	61,0	97	62,2	101	64,7	102	65,8	103	66,9	111	72,1	101	65,6
7	Mazowieckie	108	47,4	107	46,9	100	43,9	112	49,1	117	50,6	113	48,9	118	50,6	128	55,2	118	51,8	120	52,6	126	55,3	126	55,3
8	Opolskie	18	38,3	17	36,2	15	31,9	20	47,6	16	41,0	21	53,8	20	51,3	23	62,2	21	58,3	22	61,1	21	58,3	21	58,3
9	Podkarpackie	43	50	37	43	32	37,2	45	51,7	43	49,4	45	51,7	43	49,4	44	50,6	43	49,4	45	52,3	43	50,0	47	56,0
10	Podlaskie	17	36,2	13	27,7	9	19,1	15	36,6	16	40,0	18	45,0	18	45,0	17	42,5	18	45,0	16	40,0	16	40,0	15	37,5
11	Pomorskie	16	25,4	14	22,2	15	23,8	10	20	12	24,5	13	26,5	13	27,1	12	25,0	11	22,9	12	25,0	12	25,0	12	25,0
12	Śląskie	115	49,1	108	46,2	93	39,7	87	42,4	103	49,3	100	48,3	88	46,6	89	47,3	86	45,5	85	45,5	91	48,7	90	48,9
13	Świętokrzyskie	45	35,2	47	36,7	35	27,3	58	49,2	54	46,6	57	51,4	54	50,0	56	52,8	62	59,0	61	58,1	64	61,0	63	60,6
14	Warmińsko-Mazurskie	35	42,2	33	39,8	29	34,9	25	42,4	25	43,1	35	53,0	31	47,0	32	48,5	33	50,0	30	45,5	33	50,0	34	51,5
15	Wielkopolskie	42	51,2	38	46,3	37	45,1	41	45,1	37	40,7	40	44,0	43	48,3	44	51,2	45	52,9	41	49,4	44	53,0	44	53,0
16	Zachodniopomorskie	19	32,8	17	29,3	20	34,5	12	25	12	25,5	13	27,7	13	27,7	14	29,8	14	29,8	15	32,6	15	32,6	14	30,4
17	MON [*]							24	44,4	27	50,0	29	52,7	27	49,1	29	52,7	32	58,2	35	63,6	33	60,0	34	61,8
18	MSWiA [*]							10	35,7	11	39,3	11	37,9	11	37,9	12	41,4	14	48,3	13	44,8	11	37,9	14	48,3
Razem:		790	44	724	40,3	640	35,6	757	43,3	787	45,3	821	47,4	811	47,7	843	49,9	856	51,0	854	51,1	886	53,0	884	53,2

[*] w ankiecie MZ za okres 31.12.2001 - 30.06.2003 zobowiązania zakładów podległych MON i MSWiA zostały uwzględnione w poszczególnych województwach

Jednocześnie, z uwagi na fakt, że jednostki badawczo-rozwojowe nie są samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej, ich zadłużenie nie jest uwzględniane w prezentowanych wyżej danych o zadłużeniu sp zoz w Polsce. Wartość zobowiązań wymagalnych 16 jednostek badawczo-rozwojowych nadzorowanych przez Ministra Zdrowia na dzień 30.09.2007 r. wyniosła 199,5 mln zł, w tym 199,2 mln zł w 14 jednostkach, które prowadzą publiczne zakłady opieki zdrowotnej. Jest to o 15,6% więcej niż zadłużenie wymagalne tych jednostek wykazane na koniec I półrocza 2007 r., kiedy zobowiązania wymagalne wyniosły 172,6 mln zł. W porównaniu do końca 2006 r., gdy zadłużenie wymagalne jednostek badawczo-rozwojowych wynosiło 168,2 mln zł, wzrost wyniósł 18,6%. Wartość całego długu instytutów generują praktycznie cztery jednostki, których zobowiązania wymagalne na koniec III kw. 2007 r. wyniosły 187,6 mln zł, co stanowiło 94,1% zobowiązań wymagalnych wszystkich jednostek badawczo-rozwojowych.

Ponadto, Ministerstwo Zdrowia dysponuje danymi o zobowiązaniach wymagalnych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, pochodzącymi ze sprawozdań o stanie zobowiązań wg tytułów dłużnych oraz gwarancji i poręczeń Rb-Z. W wartościach zobowiązań wymagalnych sp zoz między sprawozdaniami Rb-Z a danymi omawianymi na wstępie występuje różnica wynikająca z prezentowania w sprawozdaniach Rb-Z zobowiązań wymagalnych w wartości nominalnej, zaś w danych zbieranych przez Ministerstwo Zdrowia wartość zobowiązań wymagalnych prezentowana jest w kwocie wymagającej zapłaty (łącznie z odsetkami).

Wartość zobowiązań wymagalnych wg sprawozdania Rb-Z przedstawia poniższy wykres:



Dane powyższe są zbliżone do danych ankietowych, na koniec trzeciego kwartału są niższe jedynie o 13, 5 mln zł.

6. Wyzwania i przykłady dysfunkcji systemu ochrony zdrowia:

- a) niedopuszczalnie długi okres oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej o charakterze podstawowym;
- b) nieracjonalne wydatkowanie środków publicznych – zbyt niskie finansowanie profilaktyki i diagnostyki (pacjent trafia do lekarza specjalisty zbyt późno, co znacznie podraża koszt leczenia);
- c) niedostosowanie struktury szpitali do potrzeb zdrowotnych populacji;
- d) niedostosowanie liczby specjalistów w wielu dziedzinach medycyny do potrzeb zdrowotnych obywateli;
- e) niedostosowanie liczby pielęgniarek i położnych do potrzeb w zakresie opieki pielęgniarskiej w systemie ochrony zdrowia (znaczne obniżenie liczby nowych kadr w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa spowodowane zostało radykalną zmianą systemu kształcenia, odchodzenie na emerytury pielęgniarek i położnych, migracja zawodowa, zmiana zawodu).
- f) brak od wielu lat strategii w zakresie wynagradzania pielęgniarek i położnej (podstawowego) oraz wzrostu wynagrodzeń powiązanych z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych np. specjalistek.
- g) niezrozumiała polityka lekowa, brak jasnych kryteriów tworzenia list leków refundowanych;
- h) znaczne opóźnienia w procesie uzupełniania dokumentacji produktów leczniczych, zgodnie z wymogami UE, co może skutkować od 1 stycznia 2009 r. wycofaniem z obrotu znaczącej liczby produktów;
- i) zaległości w wydawaniu aktów wykonawczych (32 rozporządzenia);
- j) brak zabezpieczenia pilnych potrzeb zdrowotnych niektórych grup chorych (np. brak środków finansowych na czynniki krzepnięcia krwi);
- k) nierozstrzygnięty przetarg na śmigłowce dla Lotniczego Pogotowia Ratunkowego - mimo uchwalenia ustawy jeszcze w roku 2005 r., istnieje realne zagrożenie dla pacjentów, wynikające z faktu, iż większość helikopterów powinna już dziś być wycofana z użytku;
- l) brak systemu informatycznego umożliwiającego pełną identyfikację i kontrolę faktycznie wykonywanych świadczeń zdrowotnych;

- m) ograniczenia administracyjne związane z wykonywaniem zawodu lekarza (oczekiwanie na termin LEP po zakończeniu stażu podyplomowego bez możliwości wykonywania zawodu lekarza);
- n) brak pełnego dostosowania prawa polskiego w dziedzinie ochrony zdrowia do prawa Unii Europejskiej;
- o) brak regulacji ustawowych zasad wykonywania wielu zawodów medycznych;
- p) występowanie w systemie prawa regulującego ochronę zdrowia szeregu przepisów nieadekwatnych do obowiązującego stanu prawnego, na przykład:
 - art. 18c ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej dotyczący zasad działania Rady Akredytacyjnej – w obecnym stanie prawnym upoważnienie jest niekonstytucyjne z uwagi na brak wytycznych i wydanie rozporządzenia nie jest możliwe, a tym samym nie może funkcjonować zinstytucjonalizowany system akredytacji w ochronie zdrowia;
 - art. 62 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej dotyczący szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej - w obecnym stanie prawnym upoważnienie jest niekonstytucyjne z uwagi na brak wytycznych;
 - art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej dotyczący kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej – z uwagi na transformację systemu kształcenia w zawodach medycznych, określone w taryfikatorze kwalifikacyjnym kwalifikacje wymagane na poszczególnych stanowiskach pracy wymagają aktualizacji.

7. Kierunki działań Ministra Zdrowia

Biorąc powyższe pod uwagę działania Rządu być powinny skoncentrowane na długofalowych, planowych działaniach mających na celu stabilizację oraz poprawę sytuacji w systemie ochrony zdrowia poprzez:

- a) poprawę dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (informacja o stanie dostępności na koniec roku 2006 zawarta jest w załączniku nr 5)
- b) racjonalizację wydatkowania środków publicznych;
- c) zwiększenie poziomu ochrony praw pacjenta;

- d) dialog i współpracę ze środowiskami zawodowymi działającymi w ochronie zdrowia w taki sposób, aby podejmowane działania możliwie pełnie łączyły interes pacjenta z interesem tych środowisk;
- e) lepszą kontrolę wydatkowania środków publicznych poprzez wzmocnienie działań kontrolnych NFZ oraz przyspieszenie prac nad rejestrem usług medycznych;
- f) podział NFZ na fundusze regionalne oraz stworzenie Urzędu Nadzoru Ubezpieczeń Zdrowotnych;
- g) dokonanie inwentaryzacji infrastruktury ochrony zdrowia w celu stworzenia podstaw właściwego planowania i alokacji środków;
- h) wzmocnienie roli samorządów terytorialnych w kształtowaniu polityki zdrowotnej w regionie;
- i) synergiczne, w stosunku do planowanych reform, wykorzystanie środków UE;
- j) dostosowanie wydatkowania środków publicznych i kierunków kształcenia zgodnie z potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa;
- k) racjonalizację polityki lekowej.

WNIOSKI:

1. Wprowadzenie reform proponowanych przez rząd w postaci działań uszczelniających przepływ środków finansowych jest konieczne. Gdy nakłady na ochronę nie będą marnotrawione i będą znane ewentualne niedobory w systemie będzie można podjąć działania zmierzające do ich zwiększenia.
2. Podnoszenie nakładów na ochronę zdrowia poprzez zwiększanie obowiązkowej składki zdrowotnej negatywnie wpłynie na sytuację makroekonomiczną i w efekcie może prowadzić do ograniczenia poziomu wzrostu gospodarczego a tym samym nastąpić może spadek realnych wpływów ze składek zdrowotnych.
3. Aktualnie, źródłem wzrostu nakładów na system ochrony zdrowia w Polsce powinny być dobrowolne dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne oraz racjonalizacja wydatkowania środków publicznych. Procesy te powinny przebiegać w sposób zabezpieczający system przed niekontrolowanym zadłużaniem się zakładów opieki zdrowotnej.
4. W ocenie rządu obecnie zgłaszane roszczenia płacowe mogą być obecnie zrealizowane wyłącznie kosztem pacjentów. Kwestia ta powinna być rozwiązywana w dłuższej perspektywie czasowej.
5. Środkiem poszukiwania konsensusu pomiędzy interesami pacjenta a interesami pracowników ochrony zdrowia w ocenie rządu jest dialog społeczny.

ZAŁĄCZNIK NR 1

SZCZEGÓŁOWY WYKAZ POTENCJALNYCH ZAGROŻEŃ ZWIĄZANYCH Z KONFLIKTAMI SPOŁECZNYMI

1. województwo dolnośląskie:

realne niebezpieczeństwo zaprzestania działalności komórek organizacyjnych zakładu zgłosiły 3 szpitale:

1. Zespół Opieki Zdrowotnej w Głogowie
2. 23 Wojskowy Szpital Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łądku Zdroju
3. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Lwówku Śląskim

2. województwo kujawsko-pomorskie

realne niebezpieczeństwo zaprzestania działalności komórek organizacyjnych zakładu zgłosiły 3 szpitale:

1. Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej "Szpital Powiatowy w Aleksandrowie Kujawskim"
2. Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im dr. Emila Warmińskiego - Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bydgoszczy
3. ZOZ Szpital Powiatowy w Golubiu-Dobrzyniu

3. województwo lubelskie

realne niebezpieczeństwo zaprzestania działalności komórek organizacyjnych zakładu zgłosiły 4 szpitale:

1. 1 Szpital Wojskowy z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lublinie
2. SP ZOZ w Szczebrzeszynie
3. Dziecięcy Szpital Kliniczny w Lublinie
4. SP ZOZ w Hrubieszowie

4. województwo lubuskie

realne niebezpieczeństwo zaprzestania działalności komórek organizacyjnych zakładu zgłosiły 2 szpitale:

1. Wielospecjalistyczny Szpital SP ZOZ w Nowej Soli
2. NZOZ "Szpital na Wyspie" w Żarach

5. województwo łódzkie

realne niebezpieczeństwo zaprzestania działalności komórek organizacyjnych zakładu zgłosiło 15 szpitali:

1. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. dr Wł. Biegańskiego w Łodzi
2. Wojewódzki Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej Centrum Leczenia Chorób Płuc i Rehabilitacji w Łodzi
3. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. M. Kopernika w Łodzi
4. Samodzielny Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Piotrkowie Trybunalskim
5. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. Kardynała Wyszyńskiego w Sieradzu
6. Wojewódzki Szpital Psychiatryczny w Warcie
7. IV Szpital Miejski im. dr H. Jordana 10-00410 w Łodzi
8. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej im. dr A. Troczewskiego w Kutnie
9. Szpital Rejonowy w Piotrkowie Trybunalskim
10. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Poddębicach
11. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieluniu

12. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Wieruszowie
13. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 2 im. Wojskowej Akademii Medycznej – Centralny Szpital Weteranów w Łodzi
14. Uniwersytecki Szpital Kliniczny Nr 4 im. M. Konopnickiej w Łodzi
15. Instytut Medycyny Pracy im. prof. dr med. J. Nofera w Łodzi

6. województwo małopolskie:

realne niebezpieczeństwo zaprzestania działalności komórek organizacyjnych zakładu zgłosiły 4 szpitale:

1. 5 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie
2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie
3. Szpital Św. Anny w Miechowie
4. Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Oświęcimiu

7. województwo mazowieckie:

realne niebezpieczeństwo zaprzestania działalności komórek organizacyjnych zakładu zgłosiło 19 szpitali:

1. Warszawski Szpital dla Dzieci w Warszawie
2. Mazowieckie Centrum Neuropsychiatrii i Rehabilitacji Dzieci i Młodzieży w Zagórz k/Warszawy
3. Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Szpital Zachodni im. Jana Pawła II w Grodzisku Mazowieckim
4. Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej w Otwocku
5. Wojewódzki Szpital Chirurgii Urazowej św. Anny Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Warszawie
6. Instytut "Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka" w Warszawie
7. Samodzielny Publiczny Kliniczny Szpital Okulistyczny w Warszawie
8. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Mińsku Mazowieckim
9. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łosicach
10. Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im.dr Józefa Psarskiego w Ostrołęce
11. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Wyszakowie
12. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gostyninie z siedzibą w Gorzewie
13. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Sierpcu
14. Radomski Szpital Specjalistyczny im. Dr Tytusa Chałubińskiego w Radomiu
15. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Grójcu
16. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Przysusze
17. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Pułtusku
18. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Płońsku
19. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Żurominie

8. województwo opolskie:

realne niebezpieczeństwo zaprzestania działalności komórek organizacyjnych zakładu zgłosiły 2 szpitale:

1. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Głubczycach
2. Publiczny Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu

9. województwo podkarpackie:

realne niebezpieczeństwo zaprzestania działalności komórek organizacyjnych zakładu zgłosiły **4** szpitale:

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kolbuszowej
2. SPZZOZ w Nisku
3. Szpital Wojewódzki Nr 2 w Rzeszowie
4. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku

10. województwo podlaskie:

realne niebezpieczeństwo zaprzestania działalności komórek organizacyjnych zakładu zgłosiły **5** szpitale:

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie
2. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Bielsku Podlaskim
3. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Mońkach
4. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sokółce
5. Samodzielny Publiczny Szpital Wojewódzki w Suwałkach

11. województwo pomorskie:

realne niebezpieczeństwo zaprzestania działalności komórek organizacyjnych zakładu zgłosiły **8** szpitale:

1. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. J. Korczaka w Słupsku
2. Szpital Powiatu Bytowskiego w Bytowie
3. Szpital Rehabilitacyjny i Opieki Długoterminowej SP ZOZ w Tczewie
4. Zespół Opieki Zdrowotnej w Tczewie
5. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Nowym Dworze Gdańskim
6. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Malborku
7. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Sztumie
8. NZOZ Zdrowie w Kwidzynie

12. województwo śląskie:

realne niebezpieczeństwo zaprzestania działalności komórek organizacyjnych zakładu zgłosiło **13** szpitali:

1. Szpital Ogólny im. dr Edmunda Wojtyły w Bielsku-Białej
2. Szpital Wojewódzki w Bielsku-Białej
3. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie
4. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Najświętszej Maryi Panny w
5. Wojewódzki Szpital Zespolony im. prof. dr. Witolda Orłowskiego w Częstochowie
6. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju
7. Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,
Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. Jana Pawła II w Katowicach
8. Szpital im. Ludwika Rydygiera w Katowicach
9. Szpital Miejski Murcki w Katowicach
10. Szpital Chorób Płuc w Orzeszu
11. Szpital Miejski w Piekarach Śląskich
12. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku
13. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Szpital Rejonowy w Zabrze

13. województwo świętokrzyskie:

realne niebezpieczeństwo zaprzestania działalności komórek organizacyjnych zakładu zgłosiło **11** szpitali:

1. Zespół Opieki Zdrowotnej w Busku-Zdroju
2. Wojewódzki Specjalistyczny ZOZ Gruźlicy i Chorób Płuc w Kielcach z siedzibą w Chęcinach
3. Zespół Opieki Zdrowotnej w Jędrzejowie
4. Świętokrzyskie Centrum Matki i Noworodka Szpital Specjalistyczny w Kielcach
5. Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach
6. Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach
7. Wojewódzki Specjalistyczny Zespół Opieki Neuropsychiatrycznej w Kielcach
8. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im Władysława Buszkowskiego w Kielcach
9. Zespół Opieki Zdrowotnej w Skarżysku-Kamiennej
10. Powiatowy Zakład Opieki Zdrowotnej w Starachowicach
11. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Staszowie

14. województwo warmińsko-mazurskie:

realne niebezpieczeństwo zaprzestania działalności komórek organizacyjnych zakładu zgłosiło **9** szpitali:

1. Wojewódzki Specjalistyczny Szpital Dziecięcy im. prof. dr Stanisława Popowskiego w Olsztynie
2. Szpital Powiatowy im. Michała Kajki w Mrągowie
3. Samodzielny Publiczny Zespół Gruźlicy i Chorób Płuc w Olsztynie
4. Szpital Powiatowy w Kętrzynie
5. Centrum Medyczne Zakład Opieki Zdrowotnej w Olecku "Olmedica" w Olecku
6. Zespół Opieki Zdrowotnej w Szczytno
7. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Braniewie
8. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Piszcu
9. Mazurskie Centrum Zdrowia Zakład Opieki Zdrowotnej "Pro-Medica" w Elku

15. województwo wielkopolskie:

realne niebezpieczeństwo zaprzestania działalności komórek organizacyjnych zakładu zgłosiły **7** szpitali:

1. ZZOZ w Ostrowie Wielkopolskim
2. Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Rawiczu
3. Szpital Specjalistyczny w Pile
4. Zakład Opiekuńczo-Leczniczy w Poznaniu
5. Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu
6. Zakład Opieki Zdrowotnej Poznań - Jeżyce w Poznaniu
7. 111 Szpital Wojskowy z Przychodnią w Poznaniu

16. województwo zachodniopomorskie:

realne niebezpieczeństwo zaprzestania działalności komórek organizacyjnych zakładu zgłosiły **4** szpitale:

1. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryficach
2. Szpital Wojewódzki im. M. Kopernika w Koszalinie
3. Zespół Opieki Zdrowotnej w Szczecinku
4. Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Stargardzie Szczecińskim

ZAŁĄCZNIK NR 2

INFORMACJA NFZ DOTYCZĄCA POZIOMU KONTAKTACJI ŚWIADCZEŃ

W pozostałych rodzajach na końcowym etapie są procedury konkursowe, które pozwolą zabezpieczyć świadczenia w dostatecznym stopniu. Nie mamy sygnałów poza Podstawową Opieką Zdrowotną aby posiadacze umów wieloletnich sprzeciwiali się aneksowaniu tych umów na rok 2008.

Zabezpieczenie świadczeń na rok 2008

Rodzaj świadczenia według kategorii planu finansowego NFZ - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna komunikat Nr 1, stan na: 03.01.2008										
Lp.	OW NFZ	Plan finansowy 2008 (w tys.zł) z dnia 3.12.007	Umowy uzgodnione (na rok i krótsze)			Liczba i wartość zawartych na 2008 rok umów/aneksów				Uwagi
			Liczba umów	Wartość zakończonych świadczeń	Udział procentowy	Umowy zawarte na rok (podpisane)		Umowy zawarte na okres krótszy niż rok [1]		
						Liczba umów/a neksów	Wartość zakończonych świadczeń	Liczba umów/ane ksów	Wartość zakończonych świadczeń	
1	2	3	4=7+9	5= 8+10	6=(5/3)	7	8	9	10	11
1	Dolnośląski	287 880,00	528	208 253,82	72,34%	0	0,00	0	0,00	zakończono w dniu 28.12 i 31.12.2007 roku procedurę konkursową oraz rokowań
2	Kujawsko-Pomorski	197 460,00	414	187 591,18	95,00%	0	0,00	0	0,00	umowy uzgodnione - planowane do podpisania
3	Lubelski	177 639,00	325	177 725,06	100,05%	0	0,00	0	0,00	
4	Lubuski	80 025,00	189	64 244,00	80,28%	0	0,00	0	0,00	W rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne obowiązują umowy wieloletnie. Na dzień dzisiejszy nie są jeszcze podpisane umowy z powodu błędów w ankietach ofertowych oraz błędów w systemie informatycznym. Świadczenia zostały zabezpieczone w ramach renegotjacji umów wieloletnich.
5	Łódzki	214 288,00	472	171 432,67	80,00%	0	0,00	0	0,00	umowy uzgodnione - planowane do podpisania
6	Małopolski	281 761,00	499	226 374,13	80,34%	499	226 374,13	0	0,00	
7	Mazowiecki	573 500,00	587	276 728,09	48,25%	0	0,00	0	0,00	Aneksy zawarte na I kwartał 2008 roku

Zabezpieczenie świadczeń na rok 2008 – c.d.

Rodzaj świadczenia według kategorii planu finansowego NFZ - Ambulatoryjna opieka specjalistyczna komunikat Nr 1, stan na: 03.01.2008										
Lp.	OW NFZ	Plan finansowy 2008 (w tys.zł) z dnia 3.12.2007	Umowy uzgodnione (na rok i krótsze)			Liczba i wartość zawartych na 2008 rok umów/aneksów				Uwagi
			Liczba umów	Wartość zakontrakt owanych świadczeń	Udział procentowy	Umowy zawarte na rok (podpisane)		Umowy zawarte na okres krótszy niż rok [1]		
						Liczba umów/a neksów	Wartość zakontraktowan ych świadczeń	Liczba umów/ane ksów	Wartość zakontraktowan ych świadczeń	
1	2	3	4=7+9	5= 8+10	6=(5/3)	7	8	9	10	11
8	Opolski	83 394,00	277	68 456,07	82,09%	0	0,00	0	0,00	wieloletnie
9	Podkarpacki	154 739,00	313	25 450,40	16,45%	0	0,00	0	0,00	aneksami przedłużone umowy z roku 2007 na okres od 1 stycznia do 29 lutego 2008r., w wartości zawarte podwyżki
10	Podlaski	117 935,00	192	108 029,49	91,60%	60	40 520,14	0	0,00	
11	Pomorski	218 167,00	429	78 326,56	35,90%	0	0,00	0	0,00	umowy ASDK na okres 01.01.2008-31.12.2009, umowy AOS przedłużono na okres I-IV 2008
12	Śląski	516 601,00	1 054	148 555,16	32,29%	0	0,00	0	0,00	Aneksy zawarte na okres od 1.01-30.04.2008r. Do dnia 3.01.2007 brak zwrotu uzgodnień 3 świadczeniodawców na kwotę 9085,5
13	Świętokrzyski	98 098,00	285	90 989,67	92,75%	0	0,00	0	0,00	rezygnacja 2 świadczeniodawców
14	Warmińsko-Mazurski	124 600,00	82	31 156,50	25,01%	82	31 156,50	0	0,00	pozostały środki do zabezpieczenia ogłoszenia dodatkowych postępowań konkursowych w zakresach, w których istnieje potrzeba zabezpieczenia świadczeń oraz na realizację KAOS-cukrzyca i programu przesiewowego badania cytologicznego
15	Wielkopolski	360 210,00	1 011	342 740,41	95,15%	0	0,00	0	0,00	nie podpisano żadnych kontraktów i aneksów na 2008 rok, trwają prace związane ze sporządzaniem elektronicznych wersji umów/aneksów, ich wydrukiem i kompletowaniem dokumentów oraz przygotowaniem wysyłki listownej do świadczeniodawców
16	Zachodniopomorski	159 940,00	314	153 050,00	95,69%	0	0,00	0	0,00	umowy wieloletnie obowiązujące od 01.01.2007-31.12.2009

[1] Proszę w kolumnie uwagi podać na jakie okresy zawarte są umowy/aneksy . W przypadku gdy umowy na czas krótszy niż rok obejmują różne okresy krótsze niż rok (tj. np. część umów zawarto na 3 miesiące, część na 6 miesięcy) należy dołączyć dodatkową tabelę według schematu:

Zabezpieczenie świadczeń na rok 2008

Rodzaj świadczenia według kategorii planu finansowego NFZ - Leczenie szpitalne
komunikat Nr 1, stan na: 03.01.2008

Lp.	OW NFZ	Plan finansowy 2008 (w tys.zł) z dnia 3.12.007	Umowy uzgodnione (na rok i krótsze)			Liczba i wartość zawartych na 2008 rok umów/aneksów				
			Liczba umów	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Udział procentowy	Umowy zawarte na rok (podpisane)		Umowy zawarte na okres krótszy niż rok [1]		Uwagi
						Liczba umów/aneksów	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Liczba umów/aneksów w	Wartość zakontraktowanych świadczeń	
1	2	3	4	5	6=(5/3)	7	8	9	10	11
1	Dolnośląski	1 487 483,00	115	414 448,44	27,86%	0	0,00	0	0,00	zakończono w dniu 28.12 i 31.12.2007 roku procedurę konkursową, rokowań oraz aneksowanie umów, umowy na 4 miesiące
2	Kujawsko-Pomorski	1 033 429,00	79	316 162,91	30,59%	0	0,00	79	316 162,91	na 4 miesiąc
3	Lubelski	988 672,00	85	362 708,94	36,69%	0	0,00	0	0,00	na 4 miesiące; podana wartość umów uzgodnionych zawiera podwyżki
4	Lubuski	469 849,00	37	124 888,30	26,58%	0	0	0	0,00	umowy wieloletnie
5	Łódzki	1 369 245,00	135	378 544,74	27,65%	0	0	0	0,00	umowy uzgodnione - planowane do podpisania; umowy wieloletnie
6	Małopolski	1 584 357,00	134	518 219,33	32,71%	28	54 060,27	106	464 159,06	pozycja plan dla 12 m-cy, wartość umów dotyczy okresu 4 miesięcy (01.01.-30.04.2008); w przypadku Izb Przyjęć i SOR 12 miesięcy (01.01. - 31.12.2008 r.)
7	Mazowiecki	3 192 746,00	144	878 324,35	27,51%	0	0,00	0	0,00	1 umowa na zakres Leśniowskiego- Crohna u dorosłych w szpitalu bielańskim na 3 miesiące
8	Opolski	503 973,00	53	141 497,36	28,08%	0	0,00	0	0,00	
9	Podkarpacki	957 928,00	67	316 418,42	33,03%	0	0,00	0	0,00	aneksowano umowy z 2007 do 30.04.2007; podana wartość umów uzgodnionych zawiera podwyżki

Zabezpieczenie świadczeń na rok 2008 – c. d.

Rodzaj świadczenia według kategorii planu finansowego NFZ - Leczenie szpitalne
komunikat Nr 1, stan na: 03.01.2008

Lp.	OW NFZ	Plan finansowy 2008 (w tys.zł) z dnia 3.12.007	Umowy uzgodnione (na rok i krótsze)			Liczbę i wartość zawartych na 2008 rok umów/aneksów				
			Liczba umów	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Udział procentowy	Umowy zawarte na rok (podpisane)		Umowy zawarte na okres krótszy niż rok [1]		Uwagi
						Liczba umów/aneksów	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Liczba umów/aneksów w	Wartość zakontraktowanych świadczeń	
1	2	3	4	5	6=(5/3)	7	8	9	10	11
10	Podlaski	632 085,00	46	137 001,51	21,67%	0	0,00	28	51 606,49	okres na jaki uzgodniono warunki finansowe 01.01.2008-30.04.2008; umowy wieloletnie
11	Pomorski	1 109 539,00	71	480 449,51	43,30%	0	0,00	0	0,00	styczeń-czerwiec 2008
12	Śląski	2 516 070,00	276	698 623,12	62,09%	0	0,00	0	0,00	
13	Świętokrzyski	664 228,00	44	204 376,33	30,77%	0	0,00	0	0,00	uzgodnione wszystkie umowy; warunki finansowe uzgodnione na okres styczeń - kwiecień 2008; podana wartość umów uzgodnionych zawiera podwyżki
14	Warmińsko-Mazurski	635 721,00	32	63 743,54	10,03%	0	0,00	32	63 743,54	styczeń-kwiecień 2008, brak pełnych danych; podano wartość umów podpisanych
15	Wielkopolski	1 678 951,00	198	564 037,88	33,59%	0	0,00	0	0,00	nie podpisano żadnych kontraktów i aneksów na 2008 rok, trwają prace związane ze sporządzaniem elektronicznych wersji umów/aneksów, ich wydrukiem i kompletowaniem dokumentów oraz przygotowaniem wysyłki listownej do świadczeniodawców
16	Zachodniopomorski	847 387,00	68	370 691,00	43,75%	0	0,00	0	0,00	umowy zawarte na okres od 01.01.2008-30.06.2008

[1] Proszę w kolumnie uwagi podać na jakie okresy zawarte są umowy/aneksy. W przypadku gdy umowy na czas krótszy niż rok obejmują różne okresy krótsze niż rok (tj. np. część umów zawarto na 3 miesiące, część na 6 miesięcy) należy dołączyć dodatkową tabelę według schematu:

Zabezpieczenie świadczeń na rok 2008

Rodzaj świadczenia według kategorii planu finansowego NFZ - Świadczenia odrębnie kontraktowane										
komunikat , stan na: 3.01.2008										
Lp.	OW NFZ	Plan finansowy 2008 (w tys.zł)	Ogółem			Liczba i wartość zawartych na 2008 rok umów/aneksów				Uwagi
						Umowy zawarte na rok		Umowy zawarte na okres krótszy niż rok [1]		
			Liczba umów	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Udział procentowy	Liczba umów/aneksów	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Liczba umów/aneksów	Wartość zakontraktowanych świadczeń	
1	2	3	4=7+9	5= 8+10	6=(5/3)	7	8	9	10	11
1	Dolnośląski	81 184,70	0	0,00	0,00%	0	0,00	0	0,00	zakończono w dniu 28.12 i 31.12.2007 roku procedurę konkursową oraz rokowań
2	Kujawsko-Pomorski	63 700,00	7	31 196,43	48,97%	7	31 196,43	0	0,00	
3	Lubelski	85 555,00	16	85 125,42	99,50%	16	85 125,42	0	0,00	
4	Lubuski	24 641,30	0	0,00	0,00%	0	0,00	0	0,00	W rodzaju Świadczenia Odrębnie Kontraktowane obowiązują umowy wieloletnie. Na dzień dzisiejszy nie są jeszcze podpisane umowy z powodu błędów w ankietach ofertowych oraz błędów w systemie informatycznym. Świadczenia zostały zabezpieczone w ramach renegotjacji umów wieloletnich.
5	Łódzki	70 940,00	0	0,00	0,00%	0	0,00	0	0,00	umowy uzgodnione - planowane do podpisania
6	Małopolski	97 144,69	22	28 266,79	29,09%	22	28 266,79	0	0,00	na nie zaneksowane świadczenia (hemodializy po 01.03.2008 r. u 8 świadczeniodawców) planowany konkurs uzupełniający
7	Mazowiecki	193 147,00	42	15 057,14	7,80%	42	150 571,35	0	0,00	
8	Opolski	24 119,39	12	23 047,61	95,56%	12	23 047,61	0	0,00	
9	Podkarpacki	54 579,00	19	48 003,07	87,95%	18	47 964,92	1	38 150,10	18 umów zawarto na okres od 01.01.2008 do 31.12.2010, 1 aneks zawarto na okres od 01.01.2008r.do 29.02.2008r.

Zabezpieczenie świadczeń na rok 2008 – c. d.

Rodzaj świadczenia według kategorii planu finansowego NFZ - Świadczenia odrębnie kontraktowane										
komunikat , stan na: 3.01.2008										
Lp.	OW NFZ	Plan finansowy 2008 (w tys.zł)	Ogółem			Liczba i wartość zawartych na 2008 rok umów/aneksów				Uwagi
			Liczba umów	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Udział procentowy	Umowy zawarte na rok		Umowy zawarte na okres krótszy niż rok [1]		
						Liczba umów/aneksów	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Liczba umów/aneksów	Wartość zakontraktowanych świadczeń	
1	2	3	4=7+9	5= 8+10	6=(5/3)	7	8	9	10	11
10	Podlaski	27 768,19	7	10 696,80	38,52%	7	10 696,80	0	0,00	
11	Pomorski	68 611,11	19	11 048,71	16,10%	1	916,86	18	10 131,85	umowy zawarte na okres 01.01.2008-29.02.2008. 31 stycznia zostanie zakończone postępowanie konkursowe na udzielanie świadczeń od 01.03.2008-31.12.2009
12	Śląski	131 093,00	38	39 589,80	30,20%	0	0,00	38	39 589,80	Aneksy zawarte na okres od 1.01.2008-30.04.2008
13	Świętokrzyski	29 991,72	11	20 558,01	68,55%	11	20 558,01	0	0,00	nie zostały uzgodnione 2 umowy
14	Warmińsko-Mazurski	33 366,00	7	11 707,77	35,09%	7	11 707,77	0	0,00	
15	Wielkopolski	92 299,47	0	0,00	0,00%	0	0,00	0	0,00	nie podpisano żadnych kontraktów i aneksów na 2008 rok, trwają prace związane ze sporządzaniem elektronicznych wersji umów/aneksów, ich wydrukiem i kompletowaniem dokumentów oraz przygotowaniem wysyłki listownej do świadczeniodawców
16	Zachodniopomorski	46 117,00	16	41 033,00	88,98%	0	0,00	0	0,00	umowy wieloletnie obowiązujące od 01.01.2007-31.12.2009

[1] Proszę w kolumnie uwagi podać na jakie okresy zawarte są umowy/aneksy . W przypadku gdy umowy na czas krótszy niż rok obejmują różne okresy krótsze niż rok (tj. np. część umów zawarto na 3 miesiące, część na 6 miesięcy) należy dołączyć dodatkową tabelę

ZAŁĄCZNIK NR 3

WYKAZ ROZPORZĄDZEŃ, KTÓRYCH USTAWOWY TERMIN WYDANIA MINĄŁ – ROZPORZĄDZENIA ZALEGŁE

Stan na 14.01.08

Lp	Podstawa prawna	Treść upoważnienia	Termin ustawy do wydania	Departament właściwy
1	2	3	4	8
1.	art. 22 ust. 6 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411)	Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wzory legitymacji i odznaki oraz sposób i tryb nadawania odznaki „Dawca Przeszczepu” i „Zasłużony Dawca Przeszczepu” wraz ze sposobem dokumentowania ilości pobrań dla celów nadania tej odznaki, uwzględniając dane gromadzone przez Centrum Organizacyjno – Koordynacyjne do Spraw Transplantacji „Poltransplant” oraz propagowanie dawstwa tkanek, komórek, i narządów.	1 stycznia 2007 r..	Departament Polityki Zdrowotnej
2.	art. 29 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411)	Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wymagania, jakie powinien spełniać system zapewnienia jakości, o którym mowa w ust. 1, w szczególności wymagania dla przechowywania tkanek i komórek, rejestrowania danych dawców oraz konieczność utworzenia standardowych procedur operacyjnych, uwzględniając dokumenty, o których mowa w ust. 2.	7 kwietnia 2007r.	Departament Polityki Zdrowotnej
3.	art. 30 ust. 3 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411)	Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób tworzenia niepowtarzalnego oznakowania umożliwiającego identyfikację dawcy tkanek lub komórek za pomocą tego oznakowania, uwzględniając konieczność zapewnienia bezpieczeństwa biorców.	7 kwietnia 2007r.	Departament Polityki Zdrowotnej
4.	art. 33 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. Nr 169, poz. 1411)	Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowe warunki postępowania z tkankami i komórkami w bankach tkanek i komórek, uwzględniając aktualne przepisy prawa wspólnotowego w tym zakresie oraz dobro biorców.	7 kwietnia 2007r.	Departament Polityki Zdrowotnej
5.	art. 29 ust. 5 – ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.)	Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw wewnętrznych, kierując się koniecznością zapewnienia realizacji zadań, o których mowa w ustawie, określi, w drodze rozporządzenia, szczegółowy zakres uprawnień i obowiązków lekarza koordynatora ratownictwa medycznego	1 stycznia 2007 r.	Departament Polityki Zdrowotnej
6.	art. 38 ust. 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410).	Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia: 1) wzór graficzny systemu, będący jego oznaczeniem; 2) sposób oznakowania: a) kierującego, osób wykonujących medyczne czynności ratunkowe oraz ratowników z jednostek współpracujących z systemem, o których mowa	1 stycznia 2007 r.	Departament Polityki Zdrowotnej

Lp	Podstawa prawna	Treść upoważnienia	Termin ustawy do wydania	Departament właściwy
1	2	3	4	8
		w art. 15, b) jednostek systemu, centrów powiadamiania ratunkowego i centrów koordynacji; 3) wymagania w zakresie umundurowania członków zespołu ratownictwa medycznego - uwzględniając zapewnienie możliwości rozpoznania rodzaju funkcji i zadań wykonywanych w systemie przez oznaczone osoby i jednostki.		
7.	art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.)	Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób oraz terminy przekazywania informacji o programach zdrowotnych oraz wzór dokumentu zawierającego te informacje, biorąc pod uwagę zakres danych określonych w ust. 2	29 września 2007 r.	Departament Polityki Zdrowotnej
8.	Art. 21 ust. 15 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410).	Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia: 1) zakres danych objętych planem oraz poziom ich szczegółowości; 2) ramowy wzór planu - mając na względzie potrzebę zapewnienia sprawnego planowania i nadzoru nad systemem oraz utrzymania przejrzystości i jednolitej konstrukcji planów tworzonych w poszczególnych województwach; 3) kryteria kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego, z uwzględnieniem kosztów bezpośrednich i pośrednich, związanych z utrzymaniem zespołów	1 stycznia 2008 r	Departament Polityki Zdrowotnej
9.	art. 17 ust. 14 - ustawy z dnia 5.12.1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry – art. 17 ust. 3 (Dz.U. 2006 nr 226 poz, 1943)	Minister właściwy do spraw zdrowia po zasięgnięciu opinii Naczelnej Rady Lekarskiej oraz Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych określa, w drodze rozporządzenia, wykaz umiejętności uprawniających do samodzielnego wykonywania czynności diagnostyki laboratoryjnej w laboratorium Zm.Dz.U.2006 Nr 220, poz. 1600	30 czerwca 2006 r.	Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego
10.	art. 33k ust. 3 ustawy z dnia 29 listopada 2000 r.-Prawo atomowe (Dz.U. z 2004 r. Nr 161, poz. 1689, z późn. zm.)	Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, organizację bazy danych urządzeń radiologicznych, a także zakres informacji, o których mowa w ust. 2, i sposób ich przekazywania, z uwzględnieniem konieczności prowadzenia właściwej polityki w zakresie zapewnienia dostępności usług diagnostycznych i terapeutycznych oraz gospodarki i wymiany urządzeń radiologicznych.	1 maja 2004 r. Termin wydania określony Harmonogramem wydawania aktów wykonawczych do ustaw dostosowujących prawo polskie do prawa UE na rok 2004 – grudzień 2004	Departament Zdrowia Publicznego
11.	art. 4 ust. 4 ustawy z dnia 8.06.2001 r. o	Minister właściwy do spraw Zdrowia, po zasięgnięciu opinii Krajowej	1 stycznia 2006 r.	Departament Zdrowia

Lp	Podstawa prawna	Treść upoważnienia	Termin ustawy do wydania	Departament właściwy
1	2	3	4	8
	zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz.U. 2001 nr 73 Poz. 783)	Rady Psychologów, określi, w drodze rozporządzenia, standardy stosowania psychoterapii przez psychologów wobec osób z chorobami i problemami zdrowotnymi określonymi w obowiązującej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ogłaszanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO)		Publicznego
12.	art. 8a ust. 1 ustawy z dnia 13 września 2002 r. o produktach biobójczych (Dz. U. Nr 175, poz. 1433, z późn. zm.)	Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem środowiska, określi, w drodze rozporządzenia: wzory wniosków, o których mowa w art. 8 ust. 1, sposób przedstawienia dokumentacji, o której mowa w art. 8 ust. 2 i 3, wymagania jakim powinna odpowiadać dokumentacja niezbędna do oceny substancji czynnej i produktu biobójczego - mając na względzie zapewnienie sprawności postępowania.	do 5 października 2006 r. Dotychczasowe przepisy wykonawcze zachowują moc do czasu wydania przepisów wykonawczych na podstawie art. 8a, jednak nie dłużej niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy (ustawa weszła w życie w dniu 5 października 2005r.)	Departament Zdrowia Publicznego
13.	art. 8a ust. 2 ustawy z dnia 13 września 2002 r. o produktach biobójczych (Dz. U. Nr 175, poz. 1433, z późn. zm.)	Minister właściwy do spraw zdrowia, w porozumieniu z ministrem środowiska, określi, w drodze rozporządzenia, jednolite procedury oceny dokumentacji produktu biobójczego oraz kryteria postępowania przy ocenie produktu biobójczego, z uwzględnieniem procedur dotyczących badań toksykologicznych i ekotoksykologicznych, niezbędnych do oceny ryzyka dla ludzi, zwierząt i środowiska.	do 5 października 2006 r. Dotychczasowe przepisy wykonawcze zachowują moc do czasu wydania przepisów wykonawczych na podstawie art. 8a, jednak nie dłużej niż przez 12 miesięcy od dnia wejścia w życie niniejszej ustawy (ustawa weszła w życie w dniu 5 października 2005 r.)	Departament Zdrowia Publicznego
14.	art. 33e ust. 6 - ustawy z dnia 29.11.2000 r. – Prawo atomowe – (Dz.U 2004 Nr 161 poz. 1689)	Minister właściwy do spraw Zdrowia określi w drodze rozporządzenia dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej, diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych, minimalne wymagania dotyczące wyposażenia w urządzenia radiologiczne, wyposażenia	2005-11-01	Departament Zdrowia Publicznego

Lp	Podstawa prawna	Treść upoważnienia	Termin ustawowy do wydania	Departament właściwy
1	2	3	4	8
		pomocniczego oraz kwalifikacji personelu, a także zakres dokumentacji niezbędnej do uzyskania zgody, o której mowa w ust. 1 i 2. Zm.Dz.U.2004 nr 70,poz. 032 i Dz.U.2006 nr 52, poz. 376.		
15.	art. 18c ust. 6 ustawy z dnia 31 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. z 91, poz. 408, z późn. zm.) (Dz. U. z 2007 Nr 14 poz. 89)	Minister Zdrowia i Opieki Społecznej określi, w drodze rozporządzenia: 1) szczegółowe zasady i tryb wyłaniania i odwołania członków Rady Akredytacyjnej oraz czas trwania ich kadencji, 2) zakres i zasady działania Rady Akredytacyjnej i ośrodka akredytacyjnego oraz zasady ich finansowania.	5 grudnia 1997r.	Departament Organizacji Ochrony Zdrowia
16.	art. 74 ustawy z 25 sierpnia 2006 o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz.U. nr 171 poz. 1225)	Minister właściwy do spraw zdrowia, a w odniesieniu do produktów pochodzenia zwierzęcego podlegających urzędowym kontrolom organów Inspekcji Weterynaryjnej - minister właściwy do spraw rolnictwa, określa, w drodze rozporządzenia 1) procedury urzędowych kontroli żywności uwzględniające szczegółowy sposób i tryb przeprowadzania urzędowych kontroli w produkcji i w obrocie, w tym zakres czynności kontrolnych, obejmujących kontrolę: a) dokumentacji, b) obowiązujących w zakładzie wewnętrznych systemów kontroli jakości żywności i przestrzegania zasad higieny, w tym systemu HACCP, c) higieny personelu, 2) procedury pobierania i analizy próbek, 3) wzór świadectwa potwierdzającego wyniki badanych próbek	28.10.2006 r. (rozporządzenie powinno wejść w życie razem z ustawą z dnia 25.08.2006 r.)	Główny Inspektorat Sanitarny
17.	art. 75 ust. 4 ustawy z 25 sierpnia 2006 o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz.U. nr 171 poz. 1225)	Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, wysokość opłat mających na celu pokrycie kosztów ponoszonych przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej za czynności wykonywane w ramach urzędowych kontroli żywności, w tym metody obliczania niektórych opłat, stawki opłat oraz sposób wnoszenia opłat, mając na względzie zasady ustalania opłat określone w art. 27-29 rozporządzenia nr 882/2004.	28.10.2006 r. (rozporządzenie powinno wejść w życie razem z ustawą z dnia 25.08.2006 r.)	Główny Inspektorat Sanitarny
18.	art. 78 ust. 4 ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. Nr 171, poz. 1225)	Minister właściwy do spraw zdrowia wyznacza, w drodze rozporządzenia, laboratoria referencyjne wykonujące badania środków spożywczych podlegających urzędowym kontrolom organów	28.10.2006 r.	Główny Inspektor Sanitarny

Lp	Podstawa prawna	Treść upoważnienia	Termin ustawy do wydania	Departament właściwy
1	2	3	4	8
		Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością dla celów urzędowych kontroli żywności i żywienia, mając na względzie zapewnienie bezpieczeństwa żywności oraz realizację zadań określonych w art. 33 rozporządzenia nr 882/2004.	(rozporządzenie powinno wejść w życie razem z ustawą z dnia 25.08.2006 r.)	
19.	art. 9 ust. 6 ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2000 r. Nr 23, poz. 295, z późn. zm)	Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, sposób przechowywania zwłok i szczątków, uwzględniając: 1) wymagania sanitarne, jakim powinna odpowiadać powierzchnia grzebalna cmentarza, 2) wymagania sanitarne, jakim powinny odpowiadać dom przedpogrzebowy lub kostnica na terenie cmentarza, 3) warunki i sposób przechowywania zwłok i szczątków, 4) warunki sanitarne przeprowadzania ekshumacji - mając na uwadze zapewnienie poszanowania zwłok i szczątków oraz bezpieczeństwo sanitarne	1 stycznia 2007 r.	Główny Inspektor Sanitarny
20.	art. 10 ust. 2a ustawy z dnia 31 stycznia 1959 r. o cmentarzach i chowaniu zmarłych (Dz. U. z 2000 r. Nr 23, poz. 295, z późn. zm)	Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, tryb i warunki przekazywania zwłok do celów naukowych, w tym: 1) warunki uzasadniające przekazanie zwłok do celów naukowych w przypadkach, o których mowa w ust. 2, 2) tryb przekazywania zwłok, 3) sposób ponoszenia kosztów transportu zwłok - kierując się koniecznością zachowania godności należyj zmarłemu oraz bezpieczeństwem sanitarnym	1 stycznia 2007 r.	Główny Inspektor Sanitarny
21.	art. 68 ust. 3a ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533, z późn. zm.)	Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia, warunki wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza oraz sposób dostarczania tych produktów do odbiorców, mając na względzie zapewnienie ich odpowiedniej jakości.	1 maja 2007 r.	Departament Polityki Lekowej i Farmacji
22.	art. 39c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.)	Minister właściwy do spraw zdrowia określi, w drodze rozporządzenia: 1) wzór zgłoszenia do Rejestru informacji, o których mowa w art. 39a ust. 3 i 4, 2) wzór oświadczenia, o którym mowa w art. 39b ust. 1, 3) sposób prowadzenia i wzór Rejestru	29 września 2007 r.	Departament Polityki Lekowej i Farmacji

Lp	Podstawa prawna	Treść upoważnienia	Termin ustawowy do wydania	Departament właściwy
1	2	3	4	8
		- mając na uwadze zakres niezbędnych danych zawartych w Rejestrze lub oświadczeniu		
23.	art. 43 ust. 4 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.)	Minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Prezesa Funduszu, Naczelnej Rady Lekarskiej i Naczelnej Rady Aptekarskiej, określi, w drodze rozporządzenia, wykaz leków, które świadczeniobiorca posiadający tytuł "Zasłużonego Honorowego Dawcy Krwi" lub "Zasłużonego Dawcy Przeszczepu" może stosować w związku z oddawaniem krwi lub w związku z oddawaniem szpiku lub innych regenerujących się komórek i tkanek albo narządów, uwzględniając w szczególności konieczność zapewnienia ochrony jego zdrowia, dostępność do leków, bezpieczeństwo ich stosowania oraz możliwości płatnicze podmiotu zobowiązanego dofinansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych	29 września 2007 r.	Departament Polityki Lekowej i Farmacji
24.	art. 49 ust. 9 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.)	Rada Ministrów określi, w drodze rozporządzenia: 1) wzór karty ubezpieczenia zdrowotnego oraz sposób jej wykonania, uwzględniając przepisy Unii Europejskiej w sprawie wzoru Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego, 2) wzór wniosku o wydanie karty ubezpieczenia zdrowotnego, 3) szczegółowy zakres danych zawartych na karcie ubezpieczenia zdrowotnego oraz ich format, 4) tryb wydawania i anulowania karty ubezpieczenia zdrowotnego - uwzględniając konieczność identyfikacji ubezpieczonych, potwierdzania prawa ubezpieczonych do świadczeń opieki zdrowotnej i elektronicznego potwierdzania wykonanych świadczeń, konieczność zapewnienia przejrzystości danych zawartych na karcie ubezpieczenia zdrowotnego oraz sprawność postępowania w sprawie wydawania i anulowania karty ubezpieczenia zdrowotnego.	29 września 2007 r.	Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego
25.	Art. 15 ust. 2 ustawy z dnia 8.06.2001 r. o zawodzie psychologa i samorządzie zawodowym psychologów (Dz.U Nr 73 poz. 763)	Rada Ministrów, w drodze rozporządzenia, określi szczegółowe zasady, tryb i warunki uzyskiwania specjalizacji zawodowych przez psychologów, w tym tryb przeprowadzenia egzaminu państwowego	1 stycznia 2006 r.	Zgodnie z zakresem przedmiotowym regulacji właściwym wydaje się Departament Nauki i Szkolnictwa Wyższego
26.	Art. 10 ust. 9 ustawy z dnia 5.09.2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. Nr 53 poz, 533)	Minister właściwy do spraw zdrowia, określi w drodze rozporządzenia, sposób badania czytelności ulotki oraz kryteria dla raportu z tego badania.	1 maja 2007 r.	Departament Polityki Lekowej i Farmacji
27.	Art. 19e ustawy z dnia 6.09.2001 Prawo	Minister właściwy do spraw zdrowia, określi w drodze rozporządzenia zakres i tryb postępowania w procedurze wyjaśniającej, o której mowa w	1 maja 2007 r.	Departament Polityki Lekowej i Farmacji

Lp	Podstawa prawna	Treść upoważnienia	Termin ustawy do wydania	Departament właściwy
1	2	3	4	8
	farmaceutyczne (Dz.U. Nr 52 poz. 533)	art. 18a ust. 6 i art. 19 ust. 4		
28.	Art. 42 ust. 3 ustawy z dnia 6.09.2001 Prawo farmaceutyczne (Dz.U. Nr 52 poz. 533)	Minister właściwy do spraw zdrowia, określi w drodze rozporządzenia, listę substancji uzupełniających, w odniesieniu do których stosuje się wymagania Dobrej Praktyki Wytwarzania, oraz zakres zastosowania tych wymagań	1 maja 2007 r	Departament Polityki Lekowej i Farmacji
29.	Art. 65 ust. 10 Ustawy z dnia 6.09.2001 Prawo farmaceutyczne (Dz.U. Nr 52 poz. 533)	Minister właściwy do spraw zdrowia, a w określeniu do produktów leczniczych weterynaryjnych w porozumieniu z ministrem do spraw rolnictwa, określa w drodze rozporządzenia: 2. 2) jednostki badawczo-rozwojowe oraz laboratoria kontroli jakości leków, w zakresie badań produktów leczniczych określonych w ust. 4 pkt. 1-3 i ust. 7 3. 2a) laboratoria kontroli jakości leków specjalizujące się w badaniach produktów o których mowa w ust. 4 pkt. 4	1 maja 2007	Departament Polityki Lekowej i Farmacji

ZAŁĄCZNIK NR 4

STRUKTURA ZOBOWIĄZAŃ SP ZOZ

Struktura zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wg stanu na dzień 30 września 2007 r. (w mln zł)

L P	Województwo	Zobowiązania																														
		z tego																														
		sp zoz ogółem suma kolumn (5+7+9+11 +13+15+17+1 9)	w tym		publiczn o -prawne		w tym		z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych		w tym		z tytułu zakupu sprzętu i aparatury medycznej		w tym		z tytułu zużyci a energii , gazu, wody		w tym		z tytułu zakupu usług obcych (remontowych, transportowych, medycznych i innych)		w tym		wobec pracowników				pozostałe zobowiązania		w tym	
			wymagalne suma kolumn (6+8+10+12+1 4+16+18+20)	publiczn o -prawne	wymagalne	z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych	wymagalne	z tytułu zakupu sprzętu i aparatury medycznej	wymagalne	z tytułu zużyci a energii , gazu, wody	wymagalne	z tytułu zakupu usług obcych (remontowych, transportowych, medycznych i innych)	wymagalne	z tytułu tzw. "ustawy 203"	wymagalne	inne	wymagalne	inne	wymagalne	inne	pozostałe zobowiązania	wymagalne										
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20															
1	Dolnośląskie	1 175,8	595,8	481,8	317,5	122,6	96,9	36,6	23,4	45,6	42,1	74,9	52,6	0,2	0,2	59,5	8,8	354,6	54,2													
2	Kujawsko-Pomorskie	478,4	209,3	150,0	56,2	128,1	84,2	27,1	13,0	11,6	6,4	46,7	15,1	1,1	0,3	33,9	9,5	79,8	24,7													
3	Lubelskie	511,0	133,8	120,5	21,5	73,6	45,0	25,0	12,8	11,3	8,4	38,2	18,7	0,2	0,0	36,0	12,6	206,3	14,8													
4	Lubuskie	663,8	354,0	317,4	249,1	44,0	37,5	9,7	7,4	8,7	7,3	14,6	6,9	0,7	0,2	27,7	7,6	240,9	38,0													
5	Łódzkie	951,4	323,3	359,2	163,7	90,3	54,5	31,5	18,2	9,0	6,7	64,7	39,2	0,1	0,0	57,0	15,2	339,4	25,8													
6	Małopolskie	666,7	159,6	155,0	12,8	141,6	84,9	14,5	6,5	11,8	8,2	58,0	26,7	0,1	0,1	50,9	4,3	234,8	16,0													
7	Mazowieckie	1 256,9	397,4	339,5	101,8	227,8	147,7	53,4	29,9	26,9	21,5	90,5	41,9	1,4	1,0	96,2	15,5	421,3	38,2													
8	Opolskie	111,4	12,6	36,9	2,0	16,0	2,9	4,1	0,9	1,0	0,2	11,7	3,0	0,3	0,1	15,1	0,0	26,2	3,5													
9	Podkarpackie	323,0	73,8	103,7	16,1	56,0	31,5	19,5	9,2	5,9	3,1	22,6	7,2	0,4	0,2	42,9	1,0	71,9	5,4													
10	Podlaskie	256,5	55,3	47,6	7,5	26,9	14,4	7,1	3,5	7,6	4,6	24,9	8,4	3,8	0,3	20,5	6,5	118,1	10,1													
11	Pomorskie	816,5	290,7	140,4	51,6	131,9	97,1	47,8	36,2	14,7	11,7	48,5	26,5	0,6	0,6	37,7	5,3	395,0	61,9													
12	Śląskie	1 031,8	312,9	330,2	86,3	161,9	106,4	46,2	18,6	25,2	18,3	75,4	40,9	4,0	1,0	107,2	9,2	281,7	32,2													
13	Świętokrzyskie	324,8	84,2	99,8	36,7	26,0	12,6	7,9	2,5	3,5	2,2	26,2	12,8	1,0	0,8	23,8	10,3	136,7	6,3													
14	Warmińsko-Mazurskie	190,3	43,4	45,7	16,1	29,9	10,3	6,7	2,2	2,7	1,3	19,6	6,0	0,0	0,0	15,1	3,8	70,7	3,6													
15	Wielkopolskie	363,2	72,2	78,4	2,8	64,0	31,2	26,7	11,3	6,7	2,7	44,6	16,0	0,4	0,2	34,9	0,6	107,5	7,4													
16	Zachodniopomorskie	288,4	97,5	75,0	37,2	35,5	16,3	16,9	5,6	5,6	3,8	33,5	9,7	3,7	1,8	17,6	2,6	100,4	20,6													
17	MON	138,1	36,7	46,4	9,0	29,4	12,5	6,2	1,1	3,5	2,1	15,1	5,5	0,0	0,0	14,3	3,1	23,2	3,4													
18	MSWiA	230,2	118,2	96,8	62,1	41,7	28,4	13,5	4,3	4,7	3,1	16,0	8,5	0,0	0,0	13,6	4,0	43,7	7,7													
	RAZEM	9 778,0	3 370,6	3 024,4	1 250,2	1 447,1	914,3	400,5	206,4	206,1	153,7	725,6	345,7	18,1	6,7	704,0	119,9	3 252,2	373,7													

Źródło: dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, MSWiA, MON, uczelni medycznych i sp zoz nadzorowanych przez MZ (brakdanych z 1 jednostki)

Struktura zobowiązań samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej wg stanu na dzień 30 czerwca 2007 r. (w mln zł) – c. d.

L p	Województwo	z tego																													
		Zobowiązania sp zoz ogółem		w tym		w tym		z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych		w tym		z tytułu zakupu sprzętu i aparatury medycznej		w tym		z tytułu zużyci a energii , gazu, wody		w tym		z tytułu zakupu usług obcych (remontowych, transportowych , medycznych i innych)		w tym		wobec pracowników				pozostałe zobowiązani a		w tym	
		suma kolumn (5+7+9+11 +13+15+17+19)	wymagalne suma kolumn (6+8+10+12+1 4+16+18+20)	publiczn o -prawne	wymagal ne	z tytułu zakupu leków i materiałów medycznych	wymagaln e	z tytułu zakupu sprzętu i aparatury medycznej	wymaga lne	z tytułu zakupu sprzętu i aparatury medycznej	wymaga lne	z tytułu zużyci a energii , gazu, wody	wymaga lne	z tytułu zakupu usług obcych (remontowych, transportowych , medycznych i innych)	wymagaln e	z tytułu tw. "ustaw y 203"	wymagal ne	inne	wymagaln e	pozostałe zobowiązani a	wymagaln e										
3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20														
1	Dolnośląskie	1 272,9	700,5	529,1	368,5	140,3	115,5	39,7	24,5	53,7	49,5	75,2	55,4	0,8	0,8	62,5	12,7	371,7	73,8												
2	Kujawsko- Pomorskie	495,2	215,6	160,1	55,2	126,4	87,8	30,9	14,8	12,7	8,1	48,4	16,7	1,5	0,3	33,8	8,5	81,3	24,1												
3	Lubelskie	543,9	133,9	135,2	24,5	68,1	39,7	23,8	11,9	12,8	9,5	31,6	16,7	1,6	1,4	39,3	12,5	231,6	17,5												
4	Lubuskie	682,0	366,7	321,9	259,6	47,9	41,2	11,8	9,0	9,9	8,8	17,5	8,6	0,8	0,8	24,2	3,9	248,0	34,8												
5	Łódzkie	983,8	361,8	386,8	194,3	90,1	46,9	34,3	21,4	11,0	7,9	60,2	36,7	1,4	0,7	53,8	14,5	346,1	39,3												
6	Małopolskie	680,4	160,3	162,5	12,1	139,3	84,2	13,5	6,4	12,6	9,0	60,1	27,9	0,2	0,1	50,2	4,8	242,1	16,0												
7	Mazowieckie	1 230,5	399,7	369,5	115,0	223,0	134,6	43,0	26,0	26,5	21,5	90,1	43,9	1,8	1,2	103, 0	17,0	373,7	40,6												
8	Opolskie	109,2	14,0	37,0	2,4	15,4	3,6	3,8	1,2	1,2	0,4	13,1	4,1	0,4	0,4	15,6	0,3	22,7	1,6												
9	Podkarpackie	316,6	77,1	103,3	16,5	55,2	30,9	22,2	11,5	6,3	3,4	19,5	7,0	0,5	0,3	44,2	1,7	65,3	5,7												
10	Podlaskie	263,4	70,3	53,5	11,8	29,9	16,8	7,3	4,0	9,0	7,6	26,0	10,9	3,4	1,1	24,7	7,5	109,6	10,5												
11	Pomorskie	908,6	325,0	201,3	71,7	125,6	94,7	46,3	34,0	14,9	12,0	54,8	34,2	0,6	0,6	41,4	7,2	423,6	70,5												
12	Śląskie	1 037,7	308,2	357,2	85,3	157,6	99,1	40,5	17,7	30,0	23,1	77,3	38,4	1,3	0,9	109, 2	8,9	264,7	34,7												
13	Świętokrzyskie	324,8	104,0	119,5	44,2	26,4	15,6	5,4	2,6	4,8	3,7	24,5	14,9	1,5	1,2	24,5	13,0	118,1	8,9												
14	Warmińsko- Mazurskie	191,7	47,8	47,8	17,5	29,9	11,7	6,5	2,4	2,9	1,7	22,6	8,6	0,0	0,0	15,3	3,5	66,8	2,4												
15	Wielkopolskie	368,3	70,9	85,2	6,2	62,2	26,6	23,3	10,1	7,1	3,7	42,0	14,7	0,4	0,2	36,3	0,9	111,9	8,5												
16	Zachodniopomo rskie	315,6	109,0	91,0	38,8	40,1	19,4	23,0	8,5	6,0	4,3	33,8	10,4	4,0	2,1	20,2	4,4	97,4	21,1												
17	MON	161,9	43,0	57,0	10,2	32,6	15,9	6,1	0,7	4,0	2,8	16,0	5,7	0,0	0,0	14,2	3,8	32,1	3,9												
18	MSWiA	218,5	113,2	97,8	61,2	38,2	24,8	12,6	3,7	5,6	4,3	15,5	7,7	0,0	0,0	14,3	4,5	34,6	7,1												
RAZEM		10 104,9	3 621,0	3 315,7	1 394,9	1 448,2	909,4	393,7	210,3	231,2	181,2	728,0	362,4	20,2	12,2	726, 7	129,7	3 241,2	420,9												

Źródło: dane ankietowe uzyskane z urzędów wojewódzkich, MSWiA, MON, uczelni medycznych i sp zoz nadzorowanych przez MZ

(brak danych z 1 jednostki)

ZAŁĄCZNIK NR 5

LICZBA OSÓB OCZEKUJĄCYCH NA UDZIELENIE ŚWIADCZENIA ORAZ ŚREDNI CZAS OCZEKIWANIA – DANE PRZEKAZANE PRZEZ NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA NA PODSTAWIE INFORMACJI OD ŚWIADCZENIODAWCÓW

1. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna

Największa liczba świadczeniobiorców znajduje się na listach oczekujących do poradni okulistycznych¹. Pomimo dużej liczby oczekujących poradnie okulistyczne w przypadku większości oddziałów nie znalazły się na liście poradni specjalistycznych z najdłuższym średnim czasem oczekiwania². Wśród poradni z największą liczbą oczekujących należy również wymienić poradnie: kardiologiczne, kardiochirurgiczne, chorób naczyń oraz endokrynologiczne i osteoporozy. Wskazana powyżej grupa poradni charakteryzuje się jednym z najdłuższych średnich czasów oczekiwania³.

Ze względu na kryterium długości czasu oczekiwania należy jeszcze wymienić: poradnie endokrynologiczne, osteoporozy, alergologiczne i immunologiczne. Do poradni tych nie oczekuje co prawda tak duża liczba świadczeniobiorców ale ze względu na długi średni czas oczekiwania dochodzący do 48 dni, poradnie te znalazły się w ośmiu oddziałach⁴ na liście 5 najdłuższych kolejek oczekujących według średniego czasu oczekiwania.

2. Leczenie szpitalne

Największa liczba świadczeniobiorców oczekuje na udzielenie świadczeń w oddziałach okulistycznych i chirurgii urazowo-ortopedycznej⁵. Wymienione powyżej oddziały szpitalne charakteryzuje również długi średni czas oczekiwania: do 357 dni (Oddział Zachodniopomorski) w przypadku oddziałów okulistycznych i do 366 dni (Oddział Pomorski) – oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej.

Należy dodać, że na realizowane w oddziałach okulistycznych zabiegi w zakresie soczewki (usunięcie zaćmy) oczekuje aż 84 187 świadczeniobiorców ze średnim czasem oczekiwania

¹ W zależności od regionu Polski liczba ta waha się od 2 174 w Oddziale Podlaskim do ponad 32 000 w Oddziale Dolnośląskim.

² Wyjątkiem są Oddziały: Świętokrzyski (średni czas oczekiwania równy 21 dni), Warmińsko-Mazurski (43 dni) oraz Wielkopolski (61 dni).

³ Zawierającym się w przedziale od 23 dni (Oddział Lubelski i Opolski) do 83 dni (Oddział Pomorski).

⁴ Łódzkim, Małopolskim, Mazowieckim, Podkarpackim, Śląskim, Świętokrzyskim, Wielkopolskim, Zachodniopomorskim

⁵ W skali kraju na przyjęcie do oddziałów okulistycznych oczekuje łącznie 116 511 osób, a do oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej – 90 334.

wynoszącym 389 dni. Natomiast na listach oczekujących na procedury endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego, wykonywane głównie w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej, zapisanych jest odpowiednio 20 977 i 16 003 osób. Średni czas oczekiwania na endoprotezoplastykę stawu kolanowego wynosi 330 dni; na endoprotezoplastykę stawu biodrowego - 452 dni.

Ze względu na dużą liczbę oczekujących należy również wymienić grupę oddziałów chirurgii ogólnej, naczyniowej i plastycznej oraz oddziały kardiologiczne. Jedne z najdłuższych średnich czasów oczekiwania są natomiast na przyjęcie do oddziałów reumatologii⁶. Uwagę należy także zwrócić na oddziały otolaryngologiczne, które w przypadku większości Oddziałów znalazły się w wykazie oddziałów szpitalnych z najdłuższymi średnimi czasami oczekiwania.

3. Programy terapeutyczne (lekowe)

Największa liczba świadczeniobiorców oczekuje na leczenie WZW typu C lub B interferonem alfa pegylowanym. Średni czas oczekiwania na powyższy program terapeutyczny wynosi 427 dni. Długi okres oczekiwania jest również na leczenie stwardnienia rozsianego glatiramerem (około 9 miesięcy) oraz na leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (PBS) imatinibem (ponad 5 miesięcy).

4. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Największa liczba świadczeniobiorców oczekuje na świadczenia ambulatoryjne, tj. udzielane w poradniach psychiatrycznych, leczenia uzależnień (w woj. dolnośląskim około 6 000 osób czyli prawie tyle, ile do wszystkich w kraju oddziałów szpitalnych odwykowych, leczenia uzależnień).

Maksymalny czas oczekiwania na realizację świadczeń w poradniach psychiatrycznych, leczenia uzależnień są bardzo zróżnicowane w zależności od Oddziałów. Dla przykładu do poradni zdrowia psychicznego maksymalny czas oczekiwania wynosi od 1 miesiąca (Oddział Lubuski i Świętokrzyski) do 12 miesięcy (Oddział Łódzki i Podkarpacki).

⁶ W Oddziale Dolnośląskim wynosi on 265 dni, Pomorskim – 366, a Śląskim – 506.

5. Rehabilitacja lecznicza

Poradnie rehabilitacyjne oraz pracownie fizjoterapii charakteryzują się zarówno największą liczbą oczekujących, jak i długimi czasami oczekiwania.⁷

Średnie czasy oczekiwania na realizację świadczeń w oddziałach szpitalnych rehabilitacyjnych są jednymi z najdłuższych odnotowywanych średnich czasów oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej. Długie okresy oczekiwania na rehabilitację w oddziałach szpitalnych wynikają nie tylko z możliwości finansowych NFZ, ale także z ograniczonej liczby łóżek u świadczeniodawców na terenie województwa, ich nierównomiernego terytorialnego rozmieszczenia oraz specjalizowania się świadczeniodawców w wąskich zakresach rehabilitacji⁸.

6. Opieka długoterminowa i paliatywno – hospicyjna

Ze względu na postęp w medycynie, a co za tym idzie wzrost długości życia, liczba osób potrzebujących pomocy i opieki stale wzrasta. Wynikiem tego jest zwiększony czas oczekiwania na te świadczenia. W przypadku większości Oddziałów największa liczba świadczeniobiorców oczekuje na realizację świadczeń w zakładach lub oddziałach opiekuńczo-leczniczych (łącznie 2 744 osoby). Średni czas oczekiwania na te świadczenia w poszczególnych regionach kraju jest zróżnicowany i zawiera się w przedziale od 22 dni (Oddział Warmińsko-Mazurski) do 259 dni (Oddział Małopolski).

Do komórek organizacyjnych, do których liczba osób oczekujących jest największa a czas oczekiwania najdłuższy należą także: zakłady/oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze, zespoły domowego leczenia tlenem oraz pielęgniarstwa opiekę długoterminową.

7. Leczenie stomatologiczne

Najdłuższe czasy oczekiwania na realizację świadczeń występowały w poradni stomatologicznej, poradni ortodontycznej oraz poradni protetyki stomatologicznej.

⁷ Największa liczba świadczeniobiorców oczekuje na przyjęcie do poradni rehabilitacyjnych, fizjoterapii w Oddziałach Wojewódzkich: Łódzkim (31 663), Dolnośląskim (29 025) oraz Małopolskim (22 291). Średni czas oczekiwania na przyjęcie do ww. poradni jest natomiast najdłuższy w Oddziałach: Dolnośląskim (83 dni), Pomorskim (61 dni) oraz Wielkopolskim (45 dni).

⁸ Jeden z najdłuższych średnich czasów oczekiwania na te świadczenia odnotowywany w Oddziałach Dolnośląskim oraz Śląskim i przekracza on 350 dni. W przypadku Oddziału Śląskiego długi czas jest m. in. generowany przez jednego świadczeniodawcę, który jest jedynym podmiotem w województwie udzielającym stacjonarnych świadczeń rehabilitacyjnych dla kobiet po mastektomii i ginekologii onkologicznej; przy czym 53% leczonych pacjentek pochodzi spoza województwa śląskiego. W przypadku Oddziału Dolnośląskiego czas oczekiwania wynika z dużego zapotrzebowania na stacjonarną rehabilitację ogólnoustrojową - jest on wyraźnie dłuższy niż w innych Oddziałach, mimo iż koszty tych świadczeń są o 48% większe niż średnie koszty w kraju.