

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia

**SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
ZA 2013 ROK**

Warszawa, czerwiec 2014

Spis treści

I. Podstawy prawne działalności Funduszu	7
II. Ogólne informacje o Funduszu	8
II.1. Struktura organizacyjna	8
II.2. Zasoby kadrowe i szkolenia pracowników Funduszu	15
II.3. Informatyzacja	17
II.3.1. Infrastruktura	17
II.3.2. Systemy informatyczne	19
II.4. Kontrole wewnętrzne	22
II.5. Kontrole zewnętrzne	24
II.6. Audyt wewnętrzny	26
II.7. Sprawy sądowe	30
II.7.1. Postępowania prowadzone przez Centralę Funduszu	30
II.7.2. Postępowania prowadzone przez oddziały wojewódzkie Funduszu	31
II.8. Zarządzenia Prezesa Funduszu	34
II.9. Działania edukacyjne i informacyjne	34
III. Świadczenia opieki zdrowotnej	38
III.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2013 r.	38
III.1.1. Informacje o ogólnych warunkach umów	38
III.1.2. Zasady kontraktowania na 2013 rok	38
III.1.3. Walidacja i weryfikacja danych przekazanych przez świadczeniodawców	39
III.1.4. Projekty unijne realizowane przez Fundusz	40
III.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w 2013 r.	43
III.2.1. Umowy zawarte na 2013 rok	44
III.2.2. Monitorowanie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej	46
III.2.2.1. Podstawowa opieka zdrowotna	47
III.2.2.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	49
III.2.2.3. Lecznictwo szpitalne	56
III.2.2.3.1. Chemioterapia	63
III.2.2.3.1.1. Zgody indywidualne na chemioterapię niestandardową	64
III.2.2.3.1.2. Programy zdrowotne (lekowe)	65
III.2.2.4. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	67
III.2.2.5. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	71
III.2.2.6. Opieka paliatywna i hospicyjna	76
III.2.2.7. Rehabilitacja lecznicza	80

III.2.2.8. Świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	84
III.2.2.9. Pomoc doraźna i transport sanitarny	90
III.2.2.10. Ratownictwo medyczne	91
III.2.2.11. Leczenie stomatologiczne	94
III.2.2.12. Programy profilaktyczne	99
III.2.2.13. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	102
III.2.2.14. Lecznictwo uzdrowiskowe	103
III.3. Kontrola realizacji umów	105
III.3.1. Nieprawidłowości w realizacji umów	106
III.3.2. Kontrole koordynowane przeprowadzone przez oddziały wojewódzkie Funduszu	106
III.4. Zażalenia na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu i wnioski o ponowne ich rozpatrzenie złożone przez świadczeniodawców w trybie art. 160 i 161 ustawy o świadczeniach	107
III.4.1. Odwołania od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczących rozstrzygnięć postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wniesionych do Prezesa Funduszu w trybie art. 154 ust. 4 ustawy o świadczeniach	108
III.5. Refundacja leków	109
III.6. Kontrole w zakresie refundacji leków	112
III.6.1. Kontrola aptek	112
III.6.2. Kontrola ordynacji lekarskiej	115
III.7. Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2013 rok	118
IV. Sprawy świadczeniobiorców	130
IV.1. Centralny Wykaz Ubezpieczonych	130
IV.2. Decyzje indywidualne	132
IV.3. Kolejki oczekujących	136
IV.4. Skargi i wnioski składane przez świadczeniobiorców	159
V. Realizacja zadań wynikających z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego	165
V.1. Charakterystyka ogólna	165
V.2. Uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji	167
V.2.1. Zaświadczenia wydane przez Fundusz osobom ubezpieczonym	167
V.2.2. Poświadczenia wydane na podstawie zarejestrowanych formularzy przedstawionych przez osoby uprawnione	169
V.3. Świadczenia zrealizowane na podstawie przepisów o koordynacji	170
V.3.1. Struktura roszczeń zgłoszonych przez państwa członkowskie UE i EFTA w związku z leczeniem osób ubezpieczonych w Funduszu oraz stan zobowiązań RP na dzień 31.12.2013 r.	170
V.3.2. Struktura roszczeń przekazanych przez Fundusz państwom członkowskim UE i EFTA w związku z leczeniem osób uprawnionych na terenie Polski oraz stan wierzytelności Polski na dzień 31.12.2013 r.	175
V.3.3 Refundacja kosztów świadczeń osobom ubezpieczonym w Funduszu na podstawie art. 25 rozporządzenia Rady (EWG) 987/2009	179
V.4. Decyzje Prezesa Funduszu dotyczące zgód na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych oraz pokrycie kosztów transportu na podstawie art. 25, 26 i 26a ustawy o świadczeniach	180

VI. Gospodarka finansowa	184
VI.1. Plan finansowy Funduszu na 2013 r. i jego zmiany	184
VI.2. Przychody	186
VI.3. Koszty	187
VI.4. Wynik finansowy Funduszu za 2012 rok	187
VI.2. Sprawozdanie finansowe Funduszu za 2012 r. na podstawie ustawy o rachunkowości	189
VI.2.1. Aktywa i ich struktura	192
VI.2.2. Pasywa i ich struktura	193
VI.3 Informacja o realizacji w 2013 roku zadania związanego z weryfikacją wyceny niektórych świadczeń opieki zdrowotnej	195

Zasady funkcjonowania, organizację oraz zadania Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej Funduszem lub NFZ, określają przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanej dalej ustawą o świadczeniach, oraz wydane na podstawie art. 96 ust. 8 tej ustawy, rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 września 2004 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. Nr 213, poz. 2161, z późn. zm.).

Wewnętrzna organizacja Funduszu została szczegółowo określona w regulaminach organizacyjnych Centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Niniejsze sprawozdanie zostało przygotowane na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 11 oraz art. 187 ust.1 ustawy o świadczeniach. Prezes Funduszu sporządza roczne sprawozdanie z działalności Funduszu, zawierające w szczególności informację o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Po uprzednim przyjęciu przez Radę Funduszu, przedstawia sprawozdanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych do dnia 30 czerwca roku następnego. Zgodnie z art. 104 ust. 1 sprawozdanie roczne z działalności Funduszu jest publikowane, w formie komunikatu, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” oraz na stronie internetowej Funduszu.

I. Podstawy prawne działalności Funduszu

Podstawowym aktem prawnym określającym działanie Funduszu jest ustawa o świadczeniach, która statuuje Fundusz jako państwową jednostkę organizacyjną posiadającą osobowość prawną oraz określa organizację, zadania i zasady sprawowania nadzoru nad Funduszem. Ponadto, ustawa o świadczeniach określa warunki udzielania, zakres, zasady i tryb finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a także reguluje zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu.

W 2013 r. ustawa o świadczeniach była nowelizowana następującymi aktami prawnymi:

- ustawą z dnia 13 czerwca 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 879) rozszerzone zostały prawa osób pochodzenia polskiego w rozumieniu przepisów o repatriacji lub posiadających Kartę Polaka do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej poza tzw. przypadki nagłe (zmiana dotyczy studentów i uczestników studiów doktoranckich).

Ustawa weszła w życie w dniu 1 października 2013 r.

- ustawą z dnia 26 lipca 2013 r. o zmianie ustawy o systemie ubezpieczeń społecznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 983) w zakresie zasad podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu przez osoby sprawujące osobistą opiekę nad dzieckiem.

Ustawa weszła w życie w dniu 1 września 2013 r.

- ustawą z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1290) dokonano zmian dotyczących w szczególności zwiększenia gwarancji jakości i kompleksowości świadczeń opieki zdrowotnej, usprawnienia postępowania odwoławczego od rozstrzygnięć komisji konkursowych w postępowaniach o zawarcie umów o udzielanie świadczeń, wprowadzenia możliwości przedłużenia okresu obowiązywania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w przypadku ryzyka braku zabezpieczenia udzielania tych świadczeń, dookreślenia sposobu realizacji zasady jawności umów i postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń oraz usprawnienia kontroli realizacji tych umów.

Ustawa weszła w życie w dniu 21 listopada 2013 r.

- ustawą z dnia 8 listopada 2013 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrożeniem Systemu Elektronicznej Wymiany Informacji dotyczących Zabezpieczenia Społecznego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (Dz. U. poz. 1623) mającą na celu dostosowanie przepisów ww. ustawy do prawa Unii Europejskiej.

Ustawa weszła w życie w dniu 1 stycznia 2014 r.

- ustawą z dnia 8 listopada 2013 r. o zmianie ustawy o finansach publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1646) w zakresie zasad prowadzenia gospodarki finansowej płatnika publicznego.

Ustawa weszła w życie w dniu 28 grudnia 2013 r.

- ustawą z dnia 12 grudnia 2013 r. cudzoziemcach (Dz. U. poz. 1650) wprowadzono zmiany mające na celu dostosowanie przepisów obu tych aktów normatywnych.

Ponadto, kwestie związane z organizacją Funduszu zostały szczegółowo określone w regulaminach organizacyjnych Centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu.

W 2013 r. Regulamin organizacyjny Centrali został przyjęty zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 36/2013/GPF z dnia 2 lipca 2013 r.

II. Ogólne informacje o Funduszu

II.1. Struktura organizacyjna

Fundusz jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną, którego organami są:

- Rada Funduszu,
- Prezes Funduszu,
- rady oddziałów wojewódzkich Funduszu,
- dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu.

W strukturze Funduszu, wyodrębnia się Centralę oraz 16 oddziałów wojewódzkich (obejmujących swoim zasięgiem każde z 16 województw).

Szczegółowe dane dotyczące struktury organizacyjnej Funduszu zawarte są w sprawozdaniach okresowych, sporządzanych zgodnie z zakresem danych określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 lipca 2005 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych w systemie informatycznym Funduszu oraz zakresu i sposobu ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodom i sejmikom województw (Dz. U. Nr.152 poz. 1271, z późn. zm.). Sprawozdania są dostępne na stronie www.nfz.gov.pl w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ.

Ustawa o świadczeniach określa zadania i kompetencje poszczególnych organów Funduszu.

Rada Narodowego Funduszu Zdrowia, zwana dalej Radą Funduszu, działa na podstawie ustawy o świadczeniach, jak również na podstawie uchwalonego przez siebie Regulaminu działania Rady Narodowego Funduszu Zdrowia (tekst jednolity regulaminu stanowi załącznik do uchwały Nr 30/2007/I Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2007 r.).

W świetle obecnego brzmienia art. 100 ust. 1 ustawy o świadczeniach, do zadań Rady Funduszu należy:

- kontrolowanie bieżącej działalności Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności,
- uchwalanie:
 - planu pracy Funduszu na dany rok,
 - rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych,
- opiniowanie:
 - projektu planu finansowego na dany rok,
 - systemu wynagradzania pracowników Funduszu,
- przyjmowanie:
 - sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu,
 - okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu,

- podejmowanie uchwał w sprawach dotyczących majątku Funduszu i inwestycji przekraczających zakres upoważnienia statutowego dla Prezesa Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu, a także podejmowanie uchwał w sprawach, przeznaczenia zysku netto lub pokrycia straty netto za dany rok obrotowy,
- kontrola prawidłowej realizacji planu finansowego Funduszu,
- dokonywanie wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdania finansowego Funduszu,
- wnioskowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ich realizacji,
- wyrażanie opinii w sprawie kandydata na Prezesa Funduszu lub kandydatów na jego zastępców,
- wyrażanie opinii w sprawie odwołania Prezesa Funduszu lub jego zastępców.

Rada Funduszu, obecnej, II kadencji, została powołana przez Prezesa Rady Ministrów RP w dniu 22 marca 2010 r. na podstawie art. 99 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

Rada Funduszu w 2013 r. obradowała na 9 posiedzeniach, podjęła łącznie 39 uchwał, w tym 3 w trybie korespondencyjnego uzgodnienia stanowisk przez członków Rady Funduszu (tryb obiegowy).

Ponadto w 2013 r. odbyły się również posiedzenia Zespołu Problemowego Rady NFZ do spraw świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju leczenie szpitalne, udzielanych na podstawie umów zawartych z Narodowym Funduszem Zdrowia (powołanego uchwałą Nr 14/2010/II Rady NFZ z dnia 17 czerwca 2010 r.), którego celem jest wypracowanie rekomendacji dla systemu finansowania świadczeń szpitalnych opartym na zasadzie *pay for performance* dla wybranych świadczeń ortopedycznych, tj. płacenia za efekty. Zespół w szczególności analizuje problem wskaźników pomiaru efektów w endoprotezoplastyce.

W trakcie posiedzeń Rada Funduszu między innymi:

- przyjęła:
 - sprawozdanie z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 r.,
 - okresowe sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2012 r. oraz I, II i III kwartał 2013 r.,
 - roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 r.,
- uchwaliła:
 - plan pracy Funduszu na 2013 r.,
 - rzeczowy plan wydatków inwestycyjnych NFZ na 2013 r.,
- wyraziła pozytywną opinię w sprawach:
 - odwołania Prezesa NFZ,
 - projektu zmiany planu finansowego NFZ na 2013 r.,
 - projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2014 r.,
 - zasad wynagradzania osób kierujących oddziałami wojewódzkimi Funduszu, przewidzianymi w przedstawionym przez Prezesa Funduszu projekcie Zarządzenia z dnia 2 września 2013 r.,
- wyraziła zgodę na:
 - zawarcie przez Prezesa Funduszu umów o świadczenie usług konserwacji systemu informatycznego wspomagania działalności NFZ oraz umów subskrypcji,
 - zawarcie przez Prezesa Funduszu umowy licencji, zapewnienia wsparcia technicznego, aktualizacji i poprawek oraz subskrypcji oprogramowania Microsoft,
 - zawarcie przez Prezesa Funduszu dwóch umów o świadczenie usług asysty technicznej i konserwacji oprogramowania Oracle,

- zawarcie przez Prezesa Funduszu umów o świadczenie usług serwisowych środowiska serwerów HP,
- na nabycie udziału w nieruchomości na potrzeby Mazowieckiego OW NFZ – Delegatury w Płocku,
- na nabycie nieruchomości na potrzeby Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ,
- uchyliła uchwałę Nr 7/2013/II z dnia 3 kwietnia 2013 r. w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie przez Prezesa NFZ umowy o świadczenie usług serwisowych,
- wystąpiła do Ministra Finansów oraz Ministra Zdrowia z wnioskiem o zaopiniowanie przeznaczenia zysku netto NFZ za 2012 r.,
- kontrolowała realizację rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2013 r.,
- udzieliła Zastępcy Prezesa NFZ ds. medycznych upoważnienia do zastępowania Prezesa Funduszu, w pełnym zakresie kompetencji wynikających z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (na podstawie art. 100 ust. 6 ustawy),
- powierzyła Zastępcy Prezesa NFZ ds. finansowych oznaczone czynności związane z udzieleniem zamówienia publicznego na badanie sprawozdania finansowego NFZ za 2013 r.,
- zatwierdziła specyfikację istotnych warunków zamówienia publicznego na badanie sprawozdania finansowego NFZ za 2013 r.,
- dokonała:
 - wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2013 rok,
 - ośmiu zmian rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2013 r., w związku z wnioskami Prezesa Funduszu,
 - dwóch zmian w Planie pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 r., w związku z wnioskami Prezesa Funduszu,
 - przeglądu prac zespołów problemowych Rady Funduszu, w wyniku którego uaktualniła i skorygowała zakres zadania Zespołu Problemowego Rady NFZ do spraw świadczeń opieki zdrowotnej, powołanego uchwałą Nr 14/2010/II Rady NFZ z dnia 17 czerwca 2010 r. oraz rozwiązała Zespół Problemowy Rady NFZ do spraw świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny wieku rozwojowego, powołany uchwałą nr 8/2012/II z dnia 27 maja 2010 r.,
 - przeznaczenia zatwierdzonego zysku netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 r. na fundusz zapasowy,
- zapoznała się z informacją Prezesa Funduszu na temat:
 - realizacji zadań w I i II kwartale 2013 r. ujętych w Planie pracy Centrali Funduszu na 2013r.,
 - wykonania rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ za 2012 r.,
 - zakończonego badania sprawozdania finansowego NFZ za 2012 r.,
 - sytuacji finansowej NFZ w 2013 r., w tym spływu składki na ubezpieczenie zdrowotne za poszczególne kwartały 2013 r.,
 - efektów wdrożenia Systemu Dodatkowej Weryfikacji Świadczeń Zdrowotnych (SDWSZ),
 - wdrożenia przez Fundusz systemu Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniodawców (e-WUS) oraz Zintegrowanego Informatora Pacjenta (ZIP),
 - wyników kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za 2011 r., w zakresie świadczeń opieki psychiatrycznej stacjonarnej dla dzieci i młodzieży przeprowadzonej przez Fundusz,

- procesu aneksowania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej na 2014 r.,
- zmiany w kryteriach oceny ofert świadczeniodawców przy kontraktowaniu,
- dyskutowała na temat;
 - propozycji spotkań rad oddziałów wojewódzkich Funduszu z Radą Funduszu i Kierownictwem Funduszu,
 - przedstawionej przez Prezesa Funduszu prognozy przychodów i kosztów Funduszu na kolejne trzy lata (2014-2016),
 - założeń do budowy Strategii IT NFZ na lata 2014-2019.

Rada Funduszu w 2013 r. podjęła następujące uchwały:

- Uchwała Nr 1/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 stycznia 2013 r. w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie przez Prezesa NFZ umów o świadczenie usług konserwacji systemu informatycznego wspomagania działalności NFZ oraz umów subskrypcji,
- Uchwała Nr 2/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 stycznia 2013 r. w sprawie przyjęcia Planu pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 r.,
- Uchwała Nr 3/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 stycznia 2013 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 r.,
- Uchwała Nr 4/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 stycznia 2013 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności NFZ za IV kwartał 2012 r.,
- Uchwała Nr 5/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 stycznia 2013 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 r.,
- Uchwała Nr 6/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 15 stycznia 2013 r. w sprawie wyrażenia zgody na nabycie udziału w nieruchomości na potrzeby Mazowieckiego OW NFZ – Delegatury w Płocku,
- Uchwała Nr 7/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 kwietnia 2013 r. w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie przez Prezesa NFZ umowy o świadczenie usług serwisowych,
- Uchwała Nr 8/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 kwietnia 2013 r. w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie przez Prezesa NFZ umowy o świadczenie usług serwisowych,
- Uchwała Nr 9/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 czerwca 2013 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności NFZ za I kwartał 2013 r.,
- Uchwała Nr 10/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 czerwca 2013 r. w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności NFZ za 2012 r.,
- Uchwała Nr 11/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 czerwca 2013 r. w sprawie przyjęcia sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ za 2012 r.,
- Uchwała Nr 12/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 czerwca 2013 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2013 r.,
- Uchwała Nr 13/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 lipca 2013 r. w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie przez Prezesa NFZ umowy licencji, zapewnienia wsparcia technicznego, aktualizacji i poprawek oraz subskrypcji oprogramowania,
- Uchwała Nr 14/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 lipca 2013 r. w sprawie wyrażenia opinii do projektu planu finansowego NFZ na 2014 r.,

- Uchwała Nr 15/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 lipca 2013 r. w sprawie wystąpienia do Ministra Finansów oraz Ministra Zdrowia o zaopiniowanie przeznaczenia zysku netto NFZ za 2012 r.,
- Uchwała Nr 16/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 lipca 2013 r. w sprawie powierzenia czynności związanych z udzieleniem zamówienia publicznego na badanie sprawozdania finansowego NFZ za 2013 r.,
- Uchwała Nr 17/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 lipca 2013 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2013 r.,
- Uchwała Nr 18/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 lipca 2013 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia Planu pracy NFZ na 2013 r.,
- Uchwała Nr 19/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 września 2013 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności NFZ za II kwartał 2013 r.,
- Uchwała Nr 20/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 września 2013 r. w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie przez Prezesa NFZ umowy o świadczenie usług asysty technicznej i konserwacji oprogramowania,
- Uchwała Nr 21/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 września 2013 r. w sprawie zatwierdzenia specyfikacji istotnych warunków zamówienia publicznego na badanie sprawozdania finansowego NFZ za 2013 r.,
- Uchwała Nr 22/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 września 2013 r. w sprawie wyrażenia opinii o zasadach wynagradzania osób kierujących oddziałami wojewódzkimi NFZ,
- Uchwała Nr 23/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 września 2013 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2013 r.,
- Uchwała Nr 24/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 9 września 2013 r. w sprawie zespołów problemowych Rady NFZ,
- Uchwała Nr 25/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2013 r. w sprawie przeznaczenia zysku netto NFZ za 2012 r.,
- Uchwała Nr 26/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2013 r. w sprawie wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdania finansowego NFZ za 2013 rok,
- Uchwała Nr 27/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2013 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2013 r.,
- Uchwała Nr 28/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 listopada 2013 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia w sprawie przyjęcia Planu pracy NFZ na 2013 r.,
- Uchwała Nr 29/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 listopada 2013 r. w sprawie wyrażenia opinii do projektu zmiany planu finansowego NFZ na 2013 r.,
- Uchwała Nr 30/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 listopada 2013 r. w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie przez Prezesa NFZ umów o świadczenie usług serwisowych środowiska serwerów HP,
- Uchwała Nr 31/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 listopada 2013 r. w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie przez Prezesa NFZ umów o świadczenie usług utrzymania systemu informatycznego wspomagania działalności NFZ,
- Uchwała Nr 32/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 listopada 2013 r. w sprawie wyrażenia zgody na nabycie nieruchomości na potrzeby kujawsko-pomorskiego OW NFZ,

- Uchwała Nr 33/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 listopada 2013 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2013 r.,
- Uchwała Nr 34/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w przedmiocie wyrażenia opinii w sprawie odwołania Prezesa NFZ,
- Uchwała Nr 35/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności NFZ za III kwartał 2013 r.,
- Uchwała Nr 36/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2013 r.,
- Uchwała Nr 37/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2014 r.,
- Uchwała Nr 38/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2013 r. w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie umowy o świadczenie usług asysty technicznej i konserwacji oprogramowania,
- Uchwała Nr 39/2013/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2013 r. w sprawie udzielenia upoważnienia Zastępcy Prezesa NFZ.

Prezes Funduszu kieruje działalnością Funduszu i reprezentuje go na zewnątrz. Prezesa Funduszu powołuje Prezes Rady Ministrów, spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Prezes Rady Ministrów odwołuje Prezesa Funduszu na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. W przypadku rażącego naruszenia obowiązków ustawowych Prezes Rady Ministrów, na wniosek ministra właściwego do spraw zdrowia, może odwołać Prezesa Funduszu bez zasięgnięcia opinii Rady. W takim przypadku Prezes Rady Ministrów powierza kierowanie Funduszem jednemu z zastępców Prezesa Funduszu i niezwłocznie informuje o odwołaniu Radę Funduszu, przedstawiając jej uzasadnienie.

Zadania Prezesa Funduszu zostały określone w art. 102 ustawy o świadczeniach i w większości wiążą się z prowadzeniem publicznej gospodarki finansowej Funduszu, na które składają się:

- dochody i wydatki Funduszu w sensie ścisłym,
- wyznaczenie (w formie wzorców, norm lub planów) gospodarki finansowej, obejmujące w szczególności ustalenie polityki finansowej, rozumianej jako zespół celów i środków właściwych do ich osiągnięcia, tworzenie prawa regulującego działalność finansową, planowanie finansowe,
- realizacja działalności finansowej, w szczególności podejmowanie decyzji na podstawie przepisów prawa i planów finansowych oraz wykonywanie tych decyzji w formie obsługi kasowej i rozliczeniowej,
- ewidencja działalności finansowej – prowadzenie rachunkowości i sprawozdawczości finansowej, statystyka finansowa,
- nadzorowanie rozliczeń dokonywanych w ramach wykonywania przepisów o koordynacji.

Kolejna kategoria zadań wykonywanych przez Prezesa Funduszu wiąże się z uprawnieniami kontrolnymi względem świadczeniodawców i aptek oraz kierowniczymi względem oddziałów wojewódzkich Funduszu. Prezes Funduszu może więc prowadzić kontrolę świadczeniodawców i aptek, jeżeli z uzyskanych informacji wynika konieczność przeprowadzenia takiej kontroli. Kontrola ta ma charakter wyjątkowy i co do zasady ma weryfikować ustalenia kontroli prowadzonej przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich. W ramach uprawnień kierowniczych Prezes Funduszu sprawuje nadzór nad realizacją zadań oddziałów wojewódzkich oraz, co szczególnie ważne, ustala jednolite sposoby realizacji ustawowych zadań przez oddziały wojewódzkie Funduszu. Ustalanie jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań przez oddziały wojewódzkie Funduszu ma szczególne znaczenie przy określaniu przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców.

Obsada Kierownictwa Funduszu w 2013 r.

Do czasu odwołania, tj. do 20 grudnia 2013 r., stanowisko Prezesa Funduszu pełniła Pani Agnieszka Pachciarz. Z dniem 23 grudnia 2013 r. Rada Funduszu, uchwałą Nr 39/2013/II udzieliła upoważnienia Zastępcy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ds. Medycznych, Panu Marcinowi Pakulskiemu, do zastępowania Prezesa Funduszu, w pełnym zakresie kompetencji do czasu powołania nowego Prezesa.

Prezes Funduszu wykonuje swoje zadania przy pomocy trzech zastępców Prezesa.

Funkcję Zastępcy Prezesa ds. Służb Mundurowych pełnił Pan Zbigniew Teter (powołany przez Ministra Zdrowia z dniem 23 kwietnia 2008 r.).

Funkcję Zastępcy Prezesa ds. Finansowych pełniła Pani Wiesława Kłos, powołana przez Ministra Zdrowia z dniem 8 października 2012 r. (stanowisko pozostawało nieobsadzone od dnia 10 stycznia 2008 r.).

Funkcję Zastępcy Prezesa ds. Medycznych pełnił Pan Marcin Pakulski powołany na to stanowisko z dniem 17 września 2012 r. przez Ministra Zdrowia.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu kieruje oddziałem wojewódzkim i powoływany oraz odwoływany jest przez Prezesa Funduszu, po zasięgnięciu opinii rady oddziału wojewódzkiego. Dyrektorem oddziału może zostać osoba, która: posiada wykształcenie wyższe, wiedzę i doświadczenie dające rękojmię prawidłowego wykonywania obowiązków dyrektora oraz nie była prawomocnie skazana za przestępstwo popełnione umyślnie.

Zadania dyrektora oddziału wojewódzkiego, poza zadaniami dotyczącymi przeprowadzania postępowań o zawarcie umów ze świadczeniodawcami, rozliczania tych umów i monitorowania ordynacji lekarskiej oraz wydawania decyzji indywidualnych w sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, są *de facto* odzwierciedleniem kompetencji Prezesa, tyle że na szczeblu wojewódzkim. Zadania dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu zostały określone w art. 107 ustawy o świadczeniach. Należą do nich m.in:

- realizacja planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu i planu pracy oddziału wojewódzkiego Funduszu,
- sporządzanie sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok,
- sporządzanie okresowych i rocznych sprawozdań z działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu,
- przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych,
- przeprowadzanie kontroli świadczeniodawców i aptek,
- monitorowanie celowości, udzielanych w ramach umów, świadczeń opieki zdrowotnej,
- przeprowadzanie postępowań o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych, zawieranie, rozliczanie i kontrola realizacji tych umów, na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym,
- pełnienie funkcji pracodawcy w rozumieniu przepisów Kodeksu pracy w stosunku do osób zatrudnionych w oddziale wojewódzkim Funduszu.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu współpracuje z organami jednostek samorządu terytorialnego, organizacjami świadczeniodawców i ubezpieczonych działającymi w danym województwie, w celu stałego monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców na terenie danego województwa oraz prawidłowej realizacji zadań Funduszu.

W oddziałach wojewódzkich Funduszu działają rady oddziałów wojewódzkich Funduszu o charakterze opiniodawczo-nadzorczym. W skład rady oddziału wojewódzkiego Funduszu, zwanej dalej Radą oddziału, wchodzi dziewięciu członków będących ubezpieczonymi zamieszkujących na obszarze działania danego oddziału wojewódzkiego Funduszu, powoływanych przez sejmik województwa, w tym:

- dwóch członków powoływanych z własnej inicjatywy sejmiku,
- dwóch członków spośród kandydatów wskazanych przez właściwego wojewodę,
- jeden członek spośród kandydatów wskazanych przez konwent powiatów z danego województwa,
- dwóch członków spośród kandydatów wskazanych przez właściwą miejscowo wojewódzką komisję dialogu społecznego,
- jeden członek spośród kandydatów wskazanych przez Radę Działalności Pożytku Publicznego,
- jeden członek spośród kandydatów wskazanych wspólnie przez właściwego szefa wojewódzkiego sztabu wojskowego, właściwego komendanta wojewódzkiego Policji i właściwego komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej.

Kadencja rady oddziału trwa cztery lata, licząc od dnia jej pierwszego posiedzenia, które zwołuje marszałek województwa. Rada oddziału działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu.

Zadania rady oddziału zostały określone w art. 106 ustawy o świadczeniach. Do zadań rady oddziału należy między innymi:

- opiniowanie projektu planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu,
- opiniowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego oddziału wojewódzkiego Funduszu za dany rok,
- monitorowanie prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz realizacji tych umów,
- kontrolowanie bieżącej działalności oddziału wojewódzkiego Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności,
- dokonywanie okresowych analiz skarg i wniosków wnoszonych przez ubezpieczonych, z wyłączeniem spraw podlegających nadzorowi medycznemu,
- wydawanie opinii o kandydacie na stanowisko dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu,
- występowanie z wnioskiem do Prezesa Funduszu o odwołanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w przypadkach, o których mowa w art. 107 ust. 4 ustawy o świadczeniach.

II.2. Zasoby kadrowe i szkolenia pracowników Funduszu

Stan zatrudnienia i jego zmiany

Tabela nr II.1. Stan zatrudnienia w Funduszu w podziale na osoby i etaty w poszczególnych okresach.

lp	stan zatrudnienia na dzień	osoby			etaty		
		ogółem	centrala	oddziały	ogółem	centrala	oddziały
1	2	3	4	5	6	7	8
1	31 grudnia 2012 r.	5 141	372	4 769	5 071,29	367,36	4 703,93
2	31 marca 2013 r.	5 148	375	4 773	5 078,93	371,1	4 707,92
3	30 czerwca 2013 r.	5 140	374	4 766	5 070,12	371,11	4 699,01
4	30 września 2013 r.	5 149	376	4 773	5 080,33	372,36	4 707,97
5	31 grudnia 2013 r.	5 158	376	4 782	5 088,11	372,49	4 715,62

W trakcie 2013 r. stan osobowy pracowników Funduszu w stosunku do 2012 r. zwiększył się o 17 osób. Zwiększenie zatrudnienia było spowodowane głównie potrzebą zapewnienia prawidłowego procesu pracy w związku z przyjęciem do realizacji zadań nałożonych na Fundusz wynikających z art. 50 ust. 3 i 18 ustawy o świadczeniach dotyczących elektronicznej weryfikacji uprawnień świadczeniobiorców. Zwiększenie zatrudnienia w 2013 r. było podyktowane również koniecznością zawierania większej liczby umów o pracę na zastępstwa za osoby przebywające na długotrwałych zwolnieniach lekarskich, urlopowach macierzyńskich,

urlopach rodzicielskich oraz koniecznością uzupełnienia niedoborów kadrowych. Na zwiększenie zatrudnienia w Centrali Funduszu miała wpływ realizacja projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego pn. „Akademia NFZ”. Przeciętne zatrudnienie za 2013 rok wyniosło 5 083,10 etatu.

Wykształcenie pracowników Funduszu

W Funduszu według stanu na 31.12.2013 r. zatrudnionych było 5 158 pracowników. Wykształceniem wyższym legitymowało się 4 309 osób, tj. 83,54% ogółu zatrudnionych.

Tabela nr II.2. Wykształcenie pracowników Funduszu według stanu na dzień 31.12.2013 r.

	liczba pracowników	wykształcenie		
		wyższe	średnie	pozostałe
1	2	3	4	5
Centrala Funduszu	376	331	43	2
Oddziały Wojewódzkie Funduszu	4 782	3 978	761	43
Ogółem Fundusz	5 158	4 309	804	45

Fluktuacja zatrudnienia

W Funduszu, w trakcie 2013 r., rozwiązano umowy o pracę z pracownikami zatrudnionymi łącznie na 312,18 etatu, natomiast nawiązano umowy o pracę z osobami zatrudnionymi łącznie na 332,28 etatu.

Roczny wskaźnik fluktuacji zatrudnienia dla Funduszu ukształtował się na poziomie 6,54%.

Podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników Funduszu w 2013 r.

Działalność związana z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych pracowników Funduszu w 2013 r. obejmowała:

- bieżącą organizację, realizację, dokumentację oraz rozliczanie szkoleń i warsztatów;
- analizę i rozpatrywanie wniosków pracowników ubiegających się o dofinansowanie indywidualnego podnoszenia kwalifikacji zawodowych w ramach studiów, studiów podyplomowych i kursów, prowadzenie dokumentacji i rozliczeń;
- monitorowanie realizacji i opracowywanie sprawozdań z realizacji Planu szkoleń na 2013;
- organizację oraz prowadzenie procedur i dokumentacji związanych z przyjęciem i odbywaniem praktyk i staży studenckich (9 osób) oraz staży z Urzędu Pracy (13 osób) w Centrali Funduszu;
- przygotowywanie opracowań tematycznych i zestawień danych dotyczących szkoleń dla Kierownictwa Funduszu.

Podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników Funduszu odbywało się w oparciu o:

- plan szkoleń Centrali Funduszu zatwierdzony przez Prezesa Funduszu,
- plany szkoleń oddziałów wojewódzkich zatwierdzone przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich.

Realizowane były także szkolenia i kursy doraźne, nieuwzględnione w planie szkoleń, wynikające z bieżących potrzeb.

Zatwierdzony przez Prezesa Funduszu podział środków przeznaczonych na podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników Funduszu obejmował :

- kwotę przeznaczoną na szkolenia, kursy i kształcenie indywidualne pracowników oddziałów wojewódzkich, pozostającą w dyspozycji dyrektorów oddziałów wojewódzkich,
- kwotę przeznaczoną na tzw. szkolenia centralne czyli szkolenia w których uczestnikami byli pracownicy Centrali Funduszu i oddziałów wojewódzkich,
- kwotę przeznaczoną na szkolenia, kursy i kształcenie indywidualne pracowników poszczególnych pionów Centrali Funduszu: Prezesa Funduszu, Zastępcy Prezesa ds. Medycznych, Zastępcy Prezesa ds. Finansowych oraz Zastępcy Prezesa ds. Służb Mundurowych.

Szkolenia zrealizowane w 2013 r.

Zorganizowane w 2013 r. szkolenia, kursy, seminaria, warsztaty obejmowały szeroki zakres zagadnień związanych z zadaniami realizowanymi przez biura i departamenty.

Zrealizowane zostały szkolenia dotyczące: bezpieczeństwa informacji i danych, zarządzania ryzykiem, kontroli zarządczej, zarządzania jakością norm, obsługi klientów, skutecznej komunikacji, szkolenia podnoszące kompetencje kierownicze, szkolenia z zakresu aplikacji komputerowych MS Excel, MS Power Point, MS Access, Lotus Notes, Statistica, szkolenia IT, w tym szkolenia z administracji i zarządzania oprogramowaniem oraz warsztaty dotyczące nowych technologii, szkolenia z rachunkowości, finansów i księgowości, szkolenia kadrowe, z zakresu prawa pracy i nowelizacji prawa zamówień publicznych, szkolenia BHP, szkolenia poświęcone ustawie refundacyjnej, kontroli aptek, świadczeniobiorcom oraz kontraktowaniu świadczeń, a także kursy językowe.

Tabela nr II.3. Wykaz liczby szkoleń i przeszkolonych pracowników Centrali Funduszu w 2013 r. z podziałem na pionowy.

Centrala Funduszu	liczba szkoleń	liczba przeszkolonych pracowników Centrali
Pion Prezesa Funduszu	102	414
Pion Zastępcy Prezesa ds. Medycznych	18	152
Pion Zastępcy Prezesa ds. Finansowych	45	108
Pion ds. Służb Mundurowych	2	12
Razem	167	686

Tabela nr II.4. Wykaz liczby szkoleń centralnych i przeszkolonych pracowników Funduszu w 2013 r.

	liczba szkoleń	liczba przeszkolonych pracowników Centrali
Szkolenia centralne	28	771
		liczba przeszkolonych pracowników oddziałów
		307

Liczba przeszkolonych pracowników Centrali Funduszu wynika z faktu, że niektórzy z zatrudnionych uczestniczyli w 2013 r. w więcej niż jednym szkoleniu.

II.3. Informatyzacja

II.3.1. Infrastruktura

Opracowanie modelu współpracy pomiędzy systemami NFZ a Platformą P1

Na podstawie porozumienia o współpracy z grudnia 2012 r. pomiędzy Funduszem a Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ), Fundusz uczestniczył w regularnych spotkaniach uzgodnieniowych organizowanych wspólnie z przedstawicielami CSIOZ celem wypracowania modelu współpracy pomiędzy systemami NFZ a Platformą P1, zdefiniowania procesów obsługi elektronicznych dokumentów medycznych wystawianych przez lekarzy ubezpieczenia zdrowotnego oraz modelu interfejsów wymiany danych pomiędzy CSIOZ a Funduszem. Jednak przygotowanie docelowych interfejsów i rozwiązań mogących efektywnie oraz odpowiednio wydajnie funkcjonować w docelowym środowisku systemu P1 wymaga z jednej strony wprowadzenia nowych zapisów prawa, pozwalających na realizację nowoczesnych usług elektronicznych pomiędzy obydwoma instytucjami, z drugiej unowocześnienia i znaczącej przebudowy dotychczas funkcjonujących systemów NFZ. Z tego powodu Fundusz podjął działania o przyznanie dofinansowania ze środków Unii Europejskiej na budowę nowego rozwiązania centralnej części systemu NFZ, która zostałaby zaprojektowana w nowoczesnej architekturze IT pozwalającej spełnić wymagania współczesnej e-gospodarki i strategii „Państwo 2.0”. Fundusz złożył kwestionariusz projektu w ramach procesu preselekcji do Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa (PO PC) w perspektywie finansowej lat 2014-2020. Wypracowane do tej pory uzgodnienia między Funduszem a CSIOZ pozwolą na przygotowanie rozwiązania tymczasowego dla P1, które będzie mogło funkcjonować (zgodnie z aktualnymi możliwościami prawnymi i technologicznymi) do czasu uruchomienia rozwiązania docelowego.

Projekt Rejestru Usług Medycznych

Projekt Rejestru Usług Medycznych – RUM II powrócił do pierwotnej formuły (samodzielne wydanie Karty Specjalisty Medycznego – KSM, i Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego – KUZ) w 2012 r. na podstawie pisemnej decyzji Ministerstwa Zdrowia (pismo z dn. 2 października 2012 r., znak MZ-UZ-AK-400-28814-2/MM/12). W 2013 r. w zakresie działań związanych z projektem prace koncentrowały się w następujących obszarach:

- opracowania koncepcji wdrożenia KUZ oraz KSM. Dokument ten na ogólnym poziomie definiuje obszar oddziaływania projektu, zdarzenia nim objęte oraz komponenty, które zostaną wdrożone i wykorzystane. Szczegółowa koncepcja systemu RUM określająca m.in. szczegóły techniczne i organizacyjne zostanie stworzona w dalszym etapie projektu przy współudziale firmy doradczo-ekspertckiej,
- systemu Public Key Infrastructure (PKI), którego podstawową funkcją będzie wydawanie certyfikatów umieszczanych na KUZ, KSM oraz innych komponentach systemu RUM. Na bazie opracowania firmy doradczej przygotowano końcową specyfikację techniczną oraz wymagania funkcjonalne, które były podstawą do uruchomienia postępowania o zamówienie publiczne. Do końca 2013 r. postępowanie to nie zostało rozstrzygnięte,
- wyboru firmy doradczo-ekspertckiej, której zadaniem będzie przygotowanie specyfikacji kart kryptoprocessorowych, specyfikacji systemu CAMS (Cards Application Management System) oraz pomoc w zakresie przeprowadzenia postępowań o zamówienie publiczne. Dla tego postępowania określono szczegółowy zakres prac firmy doradczej oraz wymagania dotyczące jej potencjału, co pozwoliło na uruchomienie postępowania o zamówienie publiczne. Postępowanie to nie zostało rozstrzygnięte do końca 2013 r.,
- określenia wymaganych zmian prawnych, które pozwolą na wdrożenie oraz funkcjonowanie systemu RUM II. Prace te były prowadzone przez przedstawicieli Funduszu w ramach Zespołu ds. wdrożenia karty KUZ powołanego przez Ministra Zdrowia. W efekcie określono niezbędny zakres zmian prawnych, wskazano akty prawne wymagające modyfikacji oraz przygotowano założenia do zmiany ustawy o świadczeniach, które po wymaganych konsultacjach zostały przyjęte przez Komitet Rady Ministrów ds. Cyfryzacji (KRMC).

Przebudowa struktury domenowej Active Directory i Exchange

Zakończono wszystkie etapy projektu ADEXM, wdrożenia usługi katalogowej Active Directory, poczty elektronicznej i monitorowania w Centrali Funduszu i wszystkich oddziałów wojewódzkich. Z początkiem 2013 r. migrację rozpoczęły pozostałe oddziały wojewódzkie (kujawsko-pomorski, łódzki, mazowiecki), które z powodów m.in. zmian kadrowych, braku sprzętu, przedłużających się procesów zakupu sprzętu, rozpoczęły proces migracji w późniejszym terminie. Do końca III kwartału 2013 r. wszystkie oddziały wojewódzkie Funduszu przeniosły zasoby do nowej domeny i tym samym projekt został zakończony. W niektórych oddziałach wojewódzki pracują jeszcze kontrolery starej domeny, które wykorzystywane są przez inne systemy, wymagające dostosowania do nowej struktury przed wykonaniem procesu migracji. Nie ma to jednak żadnego wpływu na prawidłową pracę środowiska nowej domeny.

Projekty w zakresie infrastruktury sieciowej

W 2013 r. Dział Sieci Teleinformatycznych w Departamencie Informatyki Centrali Funduszu uruchomił sieć MAN na potrzeby transmisji danych między Centralą Funduszu na ul. Grójeckiej a Centrum Przetwarzania Danych (CPD) w kolokacji, a także do części pomieszczeń należących do NFZ na ul. Koszykowej (przeniesionych później na ul. Hankiewicza). W ramach sieci MAN zostało wybudowane połączenie światłowodowe między Grójecką a kolokacją, co umożliwi przesyłanie danych nawet z prędkością 10 Gb/s. Powyższe łącza pozwolą na przebudowę w kolejnych latach systemów informatycznych w celu zwiększenia ich wydajności i poziomu wysokiej dostępności (systemy active-active) poprzez replikację synchroniczną danych pomiędzy ośrodkami przetwarzania danych.

Telefonia IP

Zgodnie z wcześniej przyjętym kierunkiem, w 2013 r. kontynuowano rozbudowę systemu telefonii IP w Centrali i oddziałach wojewódzkich Funduszu. W ramach projektu dołączono do systemu kolejne oddziały: małopolski, mazowiecki i opolski oraz zakupiono dodatkowe telefony dla oddziału warmińsko-mazurskiego. Ponadto zakupiono terminale oraz mostek konferencyjny i na tej bazie wdrożono system wideokonferencji grupowej we wszystkich jednostkach organizacyjnych Funduszu, pozwalający również na zestawianie wideokonferencji z podmiotami zewnętrznymi. Została także wdrożona Centralna Książka Telefoniczna oraz system bilingowy dla środowiska telefonii IP.

Dokonano także dwóch istotnych modernizacji w zakresie sprzętu sieciowego. W ramach modernizacji Centrum przetwarzania danych uruchomiono nowe, wydajniejsze firewalles oraz wysokowydajne, dedykowane przełączniki sieciowe, które w przyszłości umożliwią wykorzystanie technologii unifikacji sieci LAN i SAN. Drugim zrealizowanym projektem była modernizacja węzła internetowego, która została podyktowana zwiększonym ruchem sieciowym oraz większym obciążeniem urządzeń brzegowych wynikającym m.in. z uruchomienia systemu eWUŚ.

II.3.2. Systemy informatyczne

Za prawidłową realizację poniższych zadań odpowiedzialny jest Departament Informatyki.

Stałym zadaniem Departamentu Informatyki w Centrali Funduszu jest utrzymanie w ruchu całego systemu informatycznego Funduszu. Wiąże się to z koniecznością administrowania i monitorowania wszystkich elementów składających się na ten system. Obejmuje to zarówno serwery z pamięciami masowymi, sieciowy sprzęt teleinformatyczny, oprogramowanie systemowe jak i warstwę aplikacji użytkowych. Konieczne przy tym jest nie tylko przeprowadzenie wielu postępowań na zakup poszczególnych składników systemu i towarzyszących im usług wsparcia, ale także ich regularne kontrolowanie i rozliczanie.

Niezależnie od działań związanych ze stałą pielęgnacją systemu odbywa się także ciągły proces jego rozwoju wywołany zmianami w ustawach, rozporządzeniach Ministra Zdrowia i zarządzeniach Prezesa Funduszu, ale także dążeniem do poprawy efektywności jego działania. Poniżej przedstawiono wykonane w NFZ w 2013 r. prace w postaci najważniejszych projektów i grup zadań:

Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców (eWUŚ)

Od początku 2013 r. system eWUŚ stał się podstawowym sposobem służącym świadczeniodawcom oraz lekarzom uprawnionym do wystawiania refundowanych recept lekarskich. Za pomocą tego systemu weryfikowane są prawa świadczeniobiorców do świadczeń opieki zdrowotnej. Obecnie ok. 99,9% świadczeniodawców, którzy powinni korzystać z eWUŚ, posiada odpowiednie upoważnienia do pracy z systemem. System obsługiwał średnio 2,9 mln zapytań w dni robocze i 770 tys. zapytań w dni wolne. Monitorowano ruch w systemie eWUŚ, dzięki czemu podjęto działania zmierzające do wymuszenia poprawy oprogramowania dostarczanego świadczeniodawcom w celu wyeliminowania wielokrotnego zapytania o ten sam PESEL. Podjęto również prace nad optymalizacją środowiska aplikacyjnego i sieciowego. W ciągu roku dokonywano modyfikacji w usłudze eWUŚ, mających na celu poprawę dostępności usługi oraz wprowadzono zmiany w zakresie jakości prezentowanych informacji.

Po przeprowadzonej kontroli system uzyskał pozytywną opinię GIODO.

Moduł eWUŚ wykorzystywany jest również w systemie ZIP, w celu przekazania informacji osobom posiadającym konto ZIP o ich statusie uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z wprowadzeniem nowych zasad weryfikacji uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej dokonano zmian w systemach dotyczących rozliczeń świadczeń jak również zbudowano moduł wspierający dochodzenie kosztów świadczeń od osób nieuprawnionych.

Identyfikacja kosztów świadczeń do procesu wydawania decyzji administracyjnych

W związku z wejściem w życie nowelizacji ustawy o świadczeniach i potwierdzeniem przez Fundusz prawa do świadczeń z wykorzystaniem systemu eWUŚ, Fundusz ma obowiązek ustalania płatników świadczeń i dochodzenia kosztów świadczeń udzielonych osobom nieuprawnionym. W celu realizacji obowiązków ustawowych zostały zmodyfikowane systemy centralne i oddziałowe Funduszu. Stworzony został mechanizm generowania i udostępniania replik uprawnień osób, których okresy uprawnień i braku uprawnień są wypracowywane z półrocznym przesunięciem. Po stronie systemów oddziałowych stworzony

został mechanizm ponownej weryfikacji świadczeń względem przekazanej repliki uprawnień, który identyfikuje właściwych płatników kosztów świadczeń, dokonuje stosownych przebiegów kosztów i typuje okresy uprawnień, w stosunku do których, należy rozpocząć proces wyjaśnień. W przypadku świadczeń udzielonych osobom nieuprawnionym, uruchamiane są postępowania, mające na celu wydanie decyzji administracyjnych, na podstawie których, windykowane są koszty świadczeń. W ramach prac rozpoczętych w 2013 r. tworzone są funkcjonalności, które wspomogą oddziały wojewódzkie Funduszu w procesach wyjaśnień, obsługi postępowań i wydawaniu decyzji administracyjnych.

Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP)

W pierwszym i drugim kwartale 2013 roku trwały prace zmierzające do uruchomienia systemu Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP). W tym czasie zakończono prace nad aplikacją służącą do administrowania systemu i obsługi kont użytkowników oraz portalem składającym się z czterech zintegrowanych aplikacji „Twój portal”, „Gdzie się leczyć”, „Rejestr Usług Medycznych”, „Informacje o uprawnieniach” połączonych ze sobą za pomocą mechanizmu logowania oraz wspólnej warstwy prezentacyjnej portalu. Przygotowano moduł ustawień systemowych i wersję demonstracyjną portalu.

System ZIP został uruchomiony w trzecim kwartale 2013 r., tj. w dniu 1 lipca 2013 r. w 15 oddziałach wojewódzkich Funduszu oraz w dniu 23.07.2013 r. w oddziale wielkopolskim.

W tym czasie system pomyślnie przeszedł kontrole GODO oraz audyt bezpieczeństwa.

W IV kwartale 2013 r. uruchomiono kolejne funkcje systemu ZIP m.in.:

- 1) subkonta dla dzieci. Funkcja pozwalająca na wydanie danych dostępowych do konta dziecka osobom zgłaszającym dziecko do ubezpieczenia i posiadającym konto w systemie ZIP;
- 2) moduł raportowania. Rozwiązanie pozwalające na samodzielnie przygotowywanie przez pacjenta zestawień danych zawartych na jego koncie ZIP i ich drukowanie;
- 3) komunikat o statusie synchronizacji danych w ZIP. Po założeniu konta pacjent jest informowany o statusie wyświetlania danych;
- 4) zgłaszanie nieprawidłowości tj. umożliwienie użytkownikowi zgłaszania do NFZ świadczeń, które zostały wykazane przez świadczeniodawcę, a nie miały miejsca w rzeczywistości;”

System wspierający procesy elektronicznej wymiany informacji dotyczących zabezpieczenia społecznego dla sektora ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce (EESSI-PL).

Fundusz kontynuował prace związane z budową i wdrożeniem systemu wspierającego procesy elektronicznej wymiany informacji dotyczących zabezpieczenia społecznego dla sektora ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce (EESSI-PL). System ten jest częścią unijnego systemu EESSI w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych. Zadaniem systemu EESSI-PL jest efektywna wymiana danych dotyczących zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych z innymi państwami członkowskimi oraz prowadzenie rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, obowiązujących w państwach członkowskich Unii Europejskiej oraz państwach Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu. EESSI-PL będzie również wspierał przebieg wewnętrznych procesów biznesowych NFZ związanych z wymianą danych i rozliczeniami, umożliwiając tym samym realizację wymagań określonych przepisami prawa krajowego oraz regulacjami wewnętrznymi.

W oparciu o zapisy Umowy 86/2012 zawartej w dniu 11 października 2012 r. na budowę, wdrożenie i konserwację systemu wspierającego procesy elektronicznej wymiany informacji dotyczących zabezpieczenia społecznego dla sektora ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce (EESSI-PL) zakończono realizację jej pierwszego etapu, którego celem było przygotowanie projektu funkcjonalnego oraz projektu technicznego systemu.

Ponadto realizowano drugi etap umowy, w trakcie którego prowadzono prace analityczne oraz określono zakres informacyjny tworzonych interfejsów służących wymianie informacji pomiędzy istniejącymi systemami NFZ i systemem EESSI-PL. Jednocześnie kontynuowano utrzymanie obecnie wykorzystywanego systemu SOFU.

Wykonawcą systemu jest Państwowa Wytwórnia Papierów Wartościowych S.A. (PWPW S.A.) Ze strony Funduszu w realizację zaangażowane były: Departamenty Informatyki, Współpracy Międzynarodowej, Świadczeń Opieki Zdrowotnej i Biuro Księgowości.

Działania w zakresie spraw organizacyjnych:

- udział w pracach Komisji Technicznej ds. przetwarzania danych przy Dyrekcji DG EMPLOYMENT Komisji Europejskiej,
- przedstawiciel Funduszu uczestniczył w pracach Security Expert Forum, zgłoszone przez niego uwagi zostały uwzględnione w projekcie,
- ścisła współpraca ze służbami technicznymi Komisji Technicznej, EESSI SPOC (Single Point of Contact) – przedstawicielem Polski w MPiPS, partnerami z ZUS i MZ.

e-Faktura

Prowadzono prace analityczne w zakresie rozszerzenia funkcjonalności systemów informatycznych oddziałów wojewódzkich Funduszu mające na celu umożliwienie jednostkom organizacyjnym Funduszu przyjmowanie, księgowanie, udostępnianie i przechowywanie faktur w formie elektronicznej. Opracowano nowy komunikat XML (FAKT/RACH/NOTA) umożliwiający przekazywanie przez świadczeniodawców do Funduszu zarówno eDokumentów, jak i dokumentów w formie papierowej, wraz z załączoną ich formą elektroniczną. Zgodnie z wypracowanymi założeniami zaimportowane przez systemy oddziałów wojewódzkich Funduszu eDokumenty oznaczone podpisem elektronicznym ze znacznikiem czasu zapisywane są w repozytorium. Wszystkie operacje wykonywane podczas weryfikacji dokumentu, w tym działania kontrolne, oznaczane są podpisem elektronicznym operatora systemu dziedzinowego, posiadającego uprawnienia do wykonania operacji. Za pośrednictwem Portalu świadczeniodawcy udostępniono funkcję dołączania załączników do przekazanego przez świadczeniodawcę eDokumentu oraz możliwość podglądu informacji zwrotnej dla świadczeniodawcy o sposobie przekazania i statusie eDokumentu. Zgodnie z wymaganiami określonymi w zapisach ustawy o świadczeniach oraz na podstawie uregulowań wewnętrznych Funduszu funkcjonalność została udostępniona od 1 stycznia 2014 r. Poza dostosowaniem systemu księgowego, wdrożenie systemu e-Faktury wiązało się koniecznością wyposażenia wybranych pracowników Funduszu w karty procesorowe z umieszczonymi na nich kluczami przeznaczonymi do autoryzacji ich działań w systemie. W celu ograniczenia kosztów zdecydowano się na samodzielne wydanie certyfikatów. Dokonano także zakupu usługi znakowania czasem, gdyż infrastruktura PKI będąca w 2013 r. w dyspozycji Funduszu nie pozwalała na obsługę tej funkcjonalności. Wraz z uruchomieniem centrum PKI budowanego na potrzeby systemu RUM II, planowana jest migracja obu usług, co zapewni Funduszowi pełną samodzielność i zmniejszenie kosztów jednostkowych.

Szablon w POZ

W Funduszu trwają prace nad dostosowaniem systemów oddziałów wojewódzkich Funduszu do zmian w sposobie rozliczeń deklaracji POZ/KAOS. Głównym celem zmian było wprowadzenie szablonu rachunków/korekt rachunków do rozliczeń w POZ. Funkcjonalność udostępniona od 2014 r. polega na zmianie raportu zwrotnego dla rozliczeń na podstawie deklaracji tj. na wygenerowaniu szablonu rachunku/korekty dla świadczeń POZ, wynikających z zaewidencjonowanych danych deklaracji POZ/KAOS z dokładnością do kodu produktu jednostkowego. W miejsce komunikatu Z_RDP wprowadzono komunikat R_UMX. W bazach systemów oddziałów wojewódzkich Funduszu dodano struktury do przechowywania danych szablonów rachunków/korekt rachunków.

Moduł walidacji i weryfikacji

Rozszerzono proces walidacji i weryfikacji o nowe sprawdzenia w celu dopełnienia obowiązku efektywnego i bezpiecznego zarządzania środkami publicznymi przeznaczonymi na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej. Głównym celem sprawdzeń jest monitorowanie sprawozdawczości i kontrola poprawności przekazywania przez świadczeniodawców sprawozdań obejmujących wykonane świadczenia.

System dodatkowej weryfikacji świadczeń zdrowotnych

Wprowadzono funkcjonalności w systemie dodatkowej weryfikacji świadczeń zdrowotnych, mające na celu przygotowanie systemów oddziaływanych do weryfikacji danych świadczeń za 2013 r. Dostosowano również system SDWSZ do zaczytywania z systemów oddziaływanych statusów błędów pozycji rozliczeniowych, wygenerowanych po przeprowadzonej weryfikacji sprawdzeniami centralnymi. Wprowadzono mechanizmy umożliwiające testowanie reguł oraz symulację potencjalnych skutków, w tym również finansowych, po produkcyjnym wdrożeniu. Zmieniono system w zakresie ocen merytorycznych i prezentacji danych testowych.

Trwały również prace nad stworzeniem modułu analitycznego pozwalającego na dynamiczne tworzenie raportów na podstawie danych spływających do Centrali Funduszu z baz danych systemów SDWSZ.

Portal świadczeniodawcy

W związku ze zmianą definicji świadczeniodawcy wynikającej z wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654 ze zm.) został powołany zespół (grupa robocza na poziomie Centrali Funduszu), który miał na celu ostateczne uzgodnienie wypracowanego przez zespół ds. Rozwoju Portalu NFZ nowego zakresu gromadzonych danych o świadczeniodawcach. W wyniku prac zespołu został ostatecznie uzgodniony i zatwierdzony zakres gromadzonych danych o świadczeniodawcach. Na podstawie wypracowanego i uzgodnionego materiału przygotowano wnioski o zmianę SI NFZ w przedmiotowym zakresie, mające na celu dostosowanie SI NFZ do ustawy o działalności leczniczej.

II.4. Kontrole wewnętrzne

Celem kontroli wewnętrznej w Funduszu jest ustalanie stanu faktycznego w badanym zakresie, a następnie jego porównanie ze stanem wymaganym w oparciu o kryteria legalności, celowości, rzetelności oraz gospodarności. W przypadku stwierdzenia niezgodności między stanem faktycznym a wymaganym, zadaniem kontroli wewnętrznej jest ustalenie przyczyn i skutków tych rozbieżności, a także wskazywanie sposobów środków zmierzających do ich usunięcia oraz zapobiegania powstawania ich w przyszłości.

Kontrole zrealizowane przez uprawnione komórki Centrali Funduszu

W 2013 r. zrealizowano ogółem 74 kontroli, w tym 67 planowych oraz 7 doraźnych. Kontrole przeprowadzono w ramach:

- kontroli instytucjonalnej – przez Zespół Kontroli Wewnętrznej (ZKW) 22 kontrole (29,70%),
- kontroli funkcjonalnej – przez uprawnione komórki organizacyjne – 50 kontroli (67,60%).

Ponadto ZKW wspólnie z komórkami organizacyjnymi przeprowadził 2 kontrole (2,70%).

W ich wyniku sformułowano następujące oceny:

- pozytywną w 27 postępowaniach,
- pozytywną z uchybieniami w 17 postępowaniach,
- pozytywną z nieprawidłowościami w 11 postępowaniach,
- negatywną w 7 postępowaniach,
- w trakcie realizacji 7 kontroli,
- nie sformułowano oceny w 5 kontrolach.

Kontrole planowe w Funduszu realizowane były na podstawie Planu kontroli wewnętrznej zatwierdzonego przez Prezesa Funduszu. Kontrole przeprowadzane były przez następujące komórki organizacyjne:

Zespół Kontroli Wewnętrznej – 20 kontroli planowych, które dotyczyły następujących obszarów:

- wydatkowania środków publicznych na zakup usług obcych oraz środków trwałych o wartości nieprzekraczającej 14 tysięcy euro w latach 2011-2012,
- działalności oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie gospodarki powierzchnią użytkową w latach 2009-2012,

- realizacji wniosków o zwrot kosztów leczenia poniesionych w innym państwie członkowskim EU/EFTA na podstawie formularzy E126 PL w latach 2011-2012,
- przeprowadzenia kontroli aptek i ordynacji lekarskich oraz realizacji skutków finansowych kontroli w 2012 r.,
- realizacji zadań przez Zespół Kontroli Wewnętrznej oddziałów wojewódzkich Funduszu w latach 2010-2012.

Biuro Kadr i Szkoleń – 2 kontrole dotyczące oceny prawidłowości realizacji zadań określonych w Regulaminie organizacyjnym oraz prawidłowości prowadzenia dokumentów kadrowych przez właściwą komórkę organizacyjną ds. kadr.

Biuro Księgowości – 4 kontrole dotyczące oceny gospodarki finansowej, prowadzenia ksiąg rachunkowych, sporządzania sprawozdań finansowych oraz obiegu dowodów księgowych w oddziałach wojewódzkich Funduszu.

Departament Informatyki – 2 kontrole dotyczące przestrzegania standardów technicznych i bezpieczeństwa określonych w projektach centralnych i realizacja rzeczowego planu inwestycyjnego za 2012-2013 rok.

Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej, przeprowadził 15 kontroli, które obejmowały m.in.: prawidłowość przeprowadzenia przez oddziały wojewódzkie Funduszu postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Departament Gospodarki Lekami – 3 kontrole dotyczące efektywności ekonomicznej i prawidłowości prowadzonych przez Wydział Gospodarki Lekami postępowań kontrolnych u świadczeniodawców w wybranych oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2012 r.

Departament Spraw Świadczeniobiorców – 6 kontroli, które dotyczyły m.in.: prawidłowości realizacji zadań w zakresie rozpatrywania skarg i wniosków wynikających z regulaminów organizacyjnych oddziałów wojewódzkich Funduszu za 2013 r.

Departament do spraw Służb Mundurowych – łącznie 9 kontroli, które dotyczyły m.in.: zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny oraz ratownictwo medyczne.

Departament Współpracy Międzynarodowej – 3 kontrole dotyczące wydawania formularzy E121 i dokumentów przenośnych S1 dla emerytów i rencistów zamieszkujących w innym niż Polska państwie członkowskim UE/EFTA oraz dot. realizacji zadań na podstawie przepisów o koordynacji przez oddziały wojewódzkie Funduszu.

Departament Ekonomiczno-Finansowy – 4 kontrole dotyczące wykonania planu finansowego przez oddziały wojewódzkie za 2012 r.

Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych – 2 kontrole, które swoim zakresem obejmowały realizację postanowień ustawy o ochronie danych osobowych (ODO) za 2012 r.

W wyniku części przeprowadzonych kontroli stwierdzono nieprawidłowości lub uchybienia. Dotyczyły one m.in.:

- naruszenia przepisów wewnętrznych regulacji prawnych w zakresie udzielania zamówień publicznych w Funduszu,
- uchybień formalnych przy przeprowadzaniu kontroli,
- nierzetelnego prowadzenia dokumentacji w sprawie najmu powierzchni użytkowych,
- nieinformowania Centrali Funduszu o przeprowadzonych w oddziale kontrolach zewnętrznych,
- nieprzestrzegania obowiązujących terminów.

Kontrole zrealizowane przez Zespoły Kontroli Wewnętrznej w oddziałach wojewódzkich Funduszu

Zespoły Kontroli Wewnętrznej w oddziałach wojewódzkich Funduszu przeprowadziły łącznie 140 kontroli, w tym: 113 kontroli planowych; 27 kontroli doraźnych. Kontrole doraźne zostały zlecone przez dyrektorów oddziałów. W wyniku przeprowadzonych kontroli:

- w 56 przypadkach wydano ocenę pozytywną,
- w 49 przypadkach wydano ocenę pozytywną z uchybieniami,
- w 21 przypadkach wydano ocenę pozytywną z nieprawidłowościami,
- w 2 przypadkach wydano ocenę negatywną,
- w 12 przypadkach nie wydano oceny.

Komórkami organizacyjnymi, w których stwierdzono najwięcej nieprawidłowości oraz uchybień były:

- Wydziały Świadczeń Opieki Zdrowotnej,
- Wydziały Administracyjno-Gospodarcze,
- Wydziały Gospodarki Lekami,
- Wydziały Organizacyjne,
- Wydziały Informatyki.

Stwierdzone w trakcie kontroli uchybienia i nieprawidłowości dotyczyły m.in.:

- nieprzestrzegania wewnętrznych procedur w zakresie zawierania umów ze świadczeniodawcami,
- nieprzestrzegania terminów przy rozpatrywaniu odwołań i przygotowaniu projektów decyzji administracyjnych,
- braku realizacji niektórych elementów określonych zarządzeniem Prezesa Funduszu przy sporządzaniu planu kontroli,
- braku numeru upoważnienia do przetwarzania danych osobowych na wniosku o odblokowanie konta użytkownika.

II.5. Kontrole zewnętrzne

Instytucje zewnętrzne w 2013 r. przeprowadziły w jednostkach organizacyjnych Funduszu łącznie 63 kontrole. Były one przeprowadzone lub zlecone przez siedem różnych instytucji. Najwięcej, bo 32 kontrole przeprowadził NIK.

W ich wyniku w: 66% przypadków wydano ocenę pozytywną, 31% pozytywną pomimo stwierdzonych uchybień czy nieprawidłowości, 3% przypadków wydano ocenę negatywną.

Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w Centrali Funduszu

Instytucje zewnętrzne przeprowadziły w Centrali Funduszu 9 kontroli.

Najwyższa Izba Kontroli (NIK) przeprowadziła 3 kontrole w następujących zakresach: kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej przez Fundusz oraz wykonania planu finansowego Funduszu w 2012 r. W wyniku kontroli wydano odpowiednio ocenę pozytywną mimo stwierdzonych nieprawidłowości i ocenę pozytywną. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły długiego terminu rozpatrywania przez Prezesa Funduszu – jako II organu instancji – odwołań świadczeniodawców od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich w sprawie rozstrzygnięć komisji konkursowych oraz braku aktualnej informacji o kosztach udzielania świadczeń przez świadczeniodawców, niezbędnej do dokonania przez Prezesa Funduszu wyceny poszczególnych świadczeń. Prezes Funduszu poinformowała NIK o realizacji wydanego zalecenia.

Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych (GIODO), przeprowadził 2 kontrole:

- w zakresie zgodności przetwarzania danych z przepisami ustawy o ochronie danych osobowych oraz rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 29 kwietnia 2004 r. w sprawie dokumentacji przetwarzania danych osobowych oraz warunków technicznych i organizacyjnych jakim powinny odpowiadać urządzenia i systemy informatyczne służące do przetwarzania danych osobowych,
- w zakresie przetwarzania danych osobowych w zbiorze o nazwie „ZIP”.

GIODO nie stwierdził naruszenia przepisów o ochronie danych osobowych.

Ministerstwo Zdrowia (MZ), przeprowadziło 3 kontrole dotyczące funkcjonowania Funduszu w zakresie wyceny i rozliczania procedur: m.in.: wszczęcie implantu ślimakowego (wraz z procedurą lek lub wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia) oraz funkcjonowania audytu wewnętrznego w Funduszu. W pierwszym przypadku nie przedstawiono ustaleń ani oceny przeprowadzonej kontroli, w drugim przypadku wydano ocenę negatywną.

Fundusz poinformował o podjęciu działań zmierzających do usunięcia nieprawidłowości.

Zakład Ubezpieczeń Społecznych (ZUS), przeprowadził 1 kontrolę w zakresie oceny prawidłowości i rzetelności obliczania składek na ubezpieczenia społeczne oraz innych składek, do których pobierania zobowiązany jest ZUS. W wyniku kontroli wydano ocenę pozytywną z uchybieniami. Poinformowano ZUS o wykonaniu wydanych zaleceń.

Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w oddziałach wojewódzkich Funduszu

Na podstawie analizy dokumentów przekazanych przez oddziały wojewódzkie do Zespołu Kontroli Wewnętrznej Centrali Funduszu ustalono, że w oddziałach w roku sprawozdawczym instytucje zewnętrzne przeprowadziły 54 kontrole. Najwięcej kontroli przeprowadziła NIK, MZ oraz Archiwum Państwowe (AP).

NIK przeprowadził 29 kontroli:

- w 7 oddziałach w zakresie realizacji zadań „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”,
- w 6 oddziałach w zakresie dostępności świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
- w 6 oddziałach badaniem objęto dostępność i finansowanie rehabilitacji leczniczej,
- w 5 oddziałach dokonano oceny programów terapeutycznych i lekowych finansowanych ze środków publicznych,
- w 3 oddziałach w zakresie kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej,
- w 1 oddziale w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych (leczenie uzdrowiskowe finansowane przez oddziały wojewódzkie Funduszu),
- w 1 oddziale zbadano system list oczekujących na potwierdzenie i realizację zaleceń na wybrane świadczenia zdrowotne.

W wyniku kontroli wydano ocenę pozytywną lub pozytywną pomimo stwierdzonych zastrzeżeń. Zastrzeżenia NIK dotyczyły m.in.:

- rzetelności sprawdzania poprawności formalnej składanych ofert oraz dokumentowania czynności wykonywanych w trakcie postępowań,
- niewłaściwego dokumentowania przez komisje konkursowe niektórych etapów postępowań mających na celu wyłonienie wykonawców programów: leczenie raka piersi i leczenie przewlekłej białaczki szpikowej,
- wyboru ośrodka niżej ocenionego, spośród dwóch miejsc udzielania świadczeń zaoferowanych przez świadczeniodawcę,
- podpisania umów ze świadczeniodawcami przed rozpatrzeniem odwołań od rozstrzygnięć postępowań konkursowych,

- niezapewnienia nieparzystej liczby członków komisji konkursowej oraz brak wymaganego kworum komisji przy prowadzeniu negocjacji z niektórymi oferentami,
- wyboru ofert konkursowych w przypadku postępowań o udzielenie świadczeń rehabilitacyjnych, niespełniających wymaganego warunku.

Podmioty kontrolowane poinformowały NIK o przyjęciu zaleceń do realizacji.

MZ przeprowadziło następujące kontrole:

- w 3 oddziałach kontrolą objęto działalność oddziału w zakresie realizacji zadań określonych w art. 108 i 139 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- w 4 oddziałach zbadano monitorowanie i kontrolowanie realizacji zawartych umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej,
- w 1 oddziale ocenie poddano funkcjonowanie oddziału w zakresie wyceny i rozliczania procedur: m.in.; wszczęcia implantu ślimakowego,
- w 1 oddziale zbadano działalność oddziału w zakresie planowania i przeprowadzania kontroli realizacji zawartych umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.

W wyniku przeprowadzonych kontroli nie wydano ocen. Zalecenia sformułowano w 1 przypadku, które są w trakcie realizacji.

AP przeprowadziło kontrole w 5 oddziałach wojewódzkich, w części kontroli stwierdzono niewielkie uchybienia i nieprawidłowości.

Pozostałe kontrole zostały przeprowadzone przez: urzędy wojewódzkie, ZUS oraz Państwową Inspekcję Pracy (PIP).

W wyniku kontroli ZUS stwierdził niewielkie uchybienia i nieprawidłowości.

II.6. Audyt wewnętrzny

Planowe zadania audytowe

Na podstawie przeprowadzonej analizy ryzyka w planie audytu wewnętrznego na 2013 r. zostały zaplanowane i zrealizowane następujące zadania audytowe w Centrali Funduszu i w oddziałach wojewódzkich:

- *Proces przygotowania i realizacji decyzji administracyjnych wydawanych przez Prezesa Funduszu/Dyrektora OW NFZ w zakresie uprawnień do świadczeń* (zadanie zaplanowane w Centrali i 16 oddziałach wojewódzkich Funduszu);
- *Ustanowienie i wdrożenie w Narodowym Funduszu Zdrowia Zintegrowanego Systemu Zarządzania Ryzykiem Korporacyjnym, Bezpieczeństwem Informacji oraz Ciągłością Działania* (zadanie zaplanowane w Centrali Funduszu);
- *Kontraktowanie i rozliczanie świadczeń w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi* (zadanie zaplanowane w 16 oddziałach wojewódzkich Funduszu);
- *Ocena procesu przestrzegania obowiązujących regulacji dotyczących kolejek oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej* (zadanie zaplanowane w Centrali i 16 oddziałach wojewódzkich Funduszu);
- *Ocena systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji* (zadanie zaplanowane w Centrali i 16 oddziałach wojewódzkich Funduszu).

Wybrane zalecenia w ramach zadań audytowych zrealizowanych w 2013 r. przedstawiono w poniższych tabelach.

Tabela Nr II.5. Decyzje administracyjne w zakresie uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej

	Zidentyfikowane istotne ryzyka i słabości kontroli zarządczej	Zalecenia w sprawie wyeliminowania słabości kontroli zarządczej lub wprowadzenia usprawnień
Centrala Funduszu	1. Niezapewnienie stronom czynnego udziału w sprawie na każdym stadium postępowania przez organ I instancji.	1. Rozważenie wprowadzenia dla oddziałów wojewódzkich Funduszu wytycznych oraz wzoru pisma w sprawie informowania stron o wszczęciu postępowania oraz prawie czynnego udziału w sprawie na każdym stadium postępowania w indywidualnych sprawach dotyczących ubezpieczeń zdrowotnych. W przedmiotowych wytycznych należy zawrzeć bezwzględny obowiązek informowania stron przez organ I instancji o wniesionym odwołaniu.
	2. Nieuznanie płatnika składek w prowadzonych postępowaniach o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym jako strony postępowania.	2. Podjęcie skutecznych działań, które umożliwią dotrzymanie ustawowych terminów wydawania decyzji administracyjnych.
		3. Rzetelne dokumentowanie prowadzonych postępowań administracyjnych.
Oddziały Wojewódzkie Funduszu	1. Przekroczenie 30 dniowego terminu załatwiania spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego.	1. Przestrzeganie terminowości wydawania decyzji administracyjnych poprzez podjęcie działań zmierzających do wzmocnienia kadrowego komórki prowadzącej postępowania administracyjne.
	2. Nieprowadzenie metryk spraw dotyczących wydawanych decyzji administracyjnych i generowanie metryk przez system e-sod w sposób nieczytelny bez możliwości zidentyfikowania w aktach sprawy dokumentów których dotyczą.	2. Prowadzenie metryki spraw dotyczących wydawanych decyzji w sposób adekwatny do obowiązujących regulacji prawnych w tym zakresie oraz podjęcie działań w celu optymalizacji wykorzystania w tym zakresie elektronicznego systemu obiegu korespondencji

Tabela Nr II.6. Zawieranie umów i rozliczanie świadczeń w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi

	Zidentyfikowane istotne ryzyka i słabości kontroli zarządczej	Zalecenia w sprawie wyeliminowania słabości kontroli zarządczej lub wprowadzenia usprawnień
Oddziały Wojewódzkie Funduszu	1. Brak upoważnień dla wszystkich pracowników wskazanych do dokonywania kontroli merytorycznej dowodów księgowych.	1. Pełne przestrzeganie Procedury postępowania w sprawie zawarcia umów w rodzaju zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
	2. Nieprzestrzeganie zasad postępowania wynikających z Procedury postępowania w sprawie zawarcia umów w rodzaju zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Odstępstwa dotyczą między innymi sposobu dokumentowania pracy zespołu i przekazywania/publikowania informacji o wynikach oceny wniosków, sposobu przeprowadzania wizytacji wnioskodawców, rozpatrywania więcej niż jednego wniosku podmiotu w tym samym zakresie świadczeń.	2. Podjęcie działań mających na celu doprowadzenie do zgodności zapisów regulaminu organizacyjnego OW NFZ i zakresów obowiązków pracowników biorących udział w procesie kontraktowania i rozliczania świadczeń w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi z wykonywanymi przez ww. pracowników zadaniami.
	3. Odstąpienie od cyklicznego corocznego monitorowania posiadania przez świadczeniodawców polis odpowiedzialności cywilnej.	3. Rozważenie wprowadzenia imiennych upoważnień dla pracowników do dokonywania kontroli merytorycznej dowodów księgowych.
	4. Wykazywanie przez świadczeniodawców w przekazywanych raportach statystycznych odmiennych kwot dopłat do pacjenta, niż wynikające z papierowej wersji realizowanego zlecenia.	4. Egzekwowanie wymogu składania przez świadczeniodawców polis OC przy okazji oceny wniosku aktualizacyjnego.
		5. Weryfikowanie przekazywania w wersji elektronicznej danych dot. realizowanych przez świadczeniobiorców zleceń (przy raportach statystycznych) w zakresie kwot dopłat pacjentów.

Tabela Nr II. 7. Zintegrowany System Zarządzania Ryzykiem Korporacyjnym, Bezpieczeństwem Informacji oraz Ciągłością Działania

	Ryzyka	Rekomendacje
Centrala Funduszu	1. Proces kalkulacji oszacowania wartości zamówienia nie został należycie udokumentowany oraz nie odzwierciedla przyjętej metodologii do jego oszacowania.	1. Należyte szacowanie przedmiotu zamówienia.
	2. Niepowołanie biegłego do czynności związanych z wyborem trybu postępowania, dokonania opisu przedmiotu zamówienia, doradztwa przy ustalaniu warunków udziału w postępowaniu, kryteriów oraz sposobu oceny ofert, udziału w przygotowaniu SIWZ.	2. Należyte dokumentowanie prac Komisji Przetargowej.
	3. Nienależyte dokumentowanie prac Komisji Przetargowej.	
	4. Zaangażowanie w proces opracowywania konstrukcji SIWZ i projektu umowy wykonawców dopuszczonych do udziału w postępowaniu.	

Tabela Nr II.8. Kolejki oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej

	Zidentyfikowane istotne ryzyka i słabości kontroli zarządczej	Zalecenia w sprawie wyeliminowania słabości kontroli zarządczej lub wprowadzenia usprawnień
Oddziały Wojewódzkie Funduszu	1. Wprowadzanie przez świadczeniodawców błędnych dat skreślenia z listy oczekujących, błędnych dat wpisu pacjenta na listę oczekujących.	1. Podjęcie działań mających na celu doprowadzenie do pełnej zgodności zadań realizowanych przez komórki ds. monitorowania, analiz i planowania świadczeń funkcjonującą w strukturze Wydziału Świadczeń Opieki Zdrowotnej z zadaniami wymienionymi w Regulaminie Organizacyjnym OW NFZ.
	2. Niska „czytelność” danych publikowanych na stronie internetowej Funduszu w serwisie „listy oczekujących”, odnośnie średniego czasu oczekiwania na świadczenia u poszczególnych świadczeniodawców.	2. Podjęcie działań mających na celu doprecyzowanie w Regulaminie Organizacyjnym OW NFZ przez komórki ds. monitorowania i analiz list oczekujących zadań dotyczących list oczekujących na wybrane świadczenia prowadzonych przez świadczeniodawców w aplikacji udostępnionej przez oddział wojewódzki NFZ.
	3. Brak możliwości bezpośredniego wykorzystania danych o kolejkach w procesie planowania zakupu świadczeń.	3. W celu wzmocnienia nadzoru nad prowadzeniem przez świadczeniodawców list oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, należy rozważyć opracowanie procedury określającej zasady monitorowania, weryfikowania i wykorzystania przetwarzanych informacji o liczbie osób oczekujących i czasie oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej.
Centrala Funduszu	1. Rosnąca tendencja liczby osób oczekujących, a także wydłużający się średni czas oczekiwania na dane świadczenia, przy jednoczesnym ograniczeniu środków finansowych jakimi dysponuje NFZ.	1. Kontynuowanie zadań mających na celu egzekwowanie od świadczeniodawców realizacji ich ustawowych obowiązków w zakresie rzetelnego prowadzenia list osób oczekujących na świadczenia oraz terminowego przekazywania komunikatów sprawozdawczych w tym zakresie do Narodowego Funduszu Zdrowia.
	2. Nieprawidłowości po stronie świadczeniodawców w przekazywaniu danych do Funduszu o listach oczekujących. Błędy w przekazywanych informacjach o listach oczekujących dotyczą w szczególności: - nieaktualizowania przez świadczeniodawców na listach oczekujących planowanych terminów udzielenia świadczenia, - błędów popełnianych przez świadczeniodawców przy wprowadzaniu do systemu planowanych terminów udzielenia świadczenia, - wielokrotnego wpisywania się osób na listy oczekujących na to samo świadczenie, - dużej liczby osób rezygnujących z udzielenia świadczenia u danego świadczeniodawcy.	2. Kontynuowanie zadań związanych z definiowaniem i wdrażaniem w systemach informatycznych oddziałów wojewódzkich NFZ warunków walidacji i weryfikacji danych wprowadzanych przez świadczeniodawców o listach oczekujących.
	3. Brak pełnej skuteczności dokonywanej w systemach informatycznych oddziałów wojewódzkich Funduszu automatycznej weryfikacji i walidacji danych wprowadzanych do systemu przez świadczeniodawców, co zwiększa ryzyko oraz podważa wiarygodność danych o kolejkach oczekujących.	

Tabela Nr II.9. Bezpieczeństwo informacji

	Zidentyfikowane istotne ryzyka i słabości kontroli zarządczej	Zalecenia w sprawie wyeliminowania słabości kontroli zarządczej lub wprowadzenia usprawnień
Centrala i Oddziały wojewódzkie Funduszu	1. Nieprecyzyjna delegacja uprawnień oraz przydzielona odpowiedzialność.	1. Kontynuowanie wcześniej podjętych działań zmierzających do opracowania ujednoliconego systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji w NFZ, w celu zapewnienia zgodności badanego obszaru z przepisami rozporządzenia KRI i rozporządzenia RUM oraz Normami, tj.: PN-ISO/IEC 27001, PN-ISO/IEC 17799, PN-ISO/IEC 27005, PN-ISO/IEC 24762, a dla systemu RUM-NFZ także Norm PN-EN 13606:1-4:2009 oraz PN-EN ISO 13606-5:2010.
	2. Brak wdrożenia systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji obejmującego wszystkie systemy informatyczne w NFZ.	2. Zapewnienie pełnej zgodności Polityki Bezpieczeństwa z obowiązującymi przepisami prawa powszechnie obowiązującego, a także w/w Normami.
	3. Obowiązująca w Funduszu Polityka bezpieczeństwa wdrożona na mocy zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 12/2010/POIN z dnia 29 stycznia 2010 r. w sprawie bezpieczeństwa danych przetwarzanych w Narodowym Funduszu Zdrowia jest nieprecyzyjna oraz nie obejmuje swym zakresem wszystkich wymaganych aspektów.	3. Ujęcie szczegółowo sprecyzowanego zakresu odpowiedzialności związanej z wdrażaniem SZBI.
	4. Brak opracowania w formie udokumentowanej planów odtwarzania techniki teleinformatycznej po katastrofie lub awarii (dokonano wdrożenia pewnych rozwiązań składających się na elementy takich planów.	4. Zapewnienie szkoleń w celu podwyższenia świadomości zagrożeń, a także odpowiedzialności związanej z badanym obszarem bezpieczeństwa informacji.
	5. Brak uregulowania obowiązku rozdzielenia urzędzeń rozwojowych, testowych i eksploatacyjnych. Stwierdzone słabości mechanizmów kontrolnych nad zmianami w środowiskach przetwarzania informacji i systemach, tj. ich rejestracji, planowania i testowania oraz szacowania zmian mogą powodować ryzyko naruszenia bezpieczeństwa.	

Pozaplanowe zadania audytowe

W ramach pozaplanowych czynności doradczych przeprowadzonych w Centrali Funduszu *Prawidłowość przekazywania Ministrowi Obrony Narodowej oraz Ministrowi właściwemu do spraw wewnętrznych przez Narodowy Fundusz Zdrowia danych osobowych weteranów poszkodowanych żołnierzy i funkcjonariuszy* zidentyfikowano następujące istotne ryzyko i słabość kontroli zarządczej:

- nieprecyzyjne zapisy ustawy dot. brzmienia przepisu z art. 44 pkt.12 ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. *o weteranach działań poza granicami państwa* (Dz. U. z 2011 r. Nr 205, poz. 1203), która dokonała zmiany w art.188 ustawy o świadczeniach, poprzez dodanie pkt. 15 w brzmieniu – *rodzaj uprawnień oraz numer i termin ważności dokumentu potwierdzającego uprawnienia osób, o których mowa w art. 43 ust. 1, art. 44 ust. 1, art. 45 ust. 1, art. 46 ust. 1 i art. 47, a także osób posiadających na podstawie odrębnych przepisów szersze uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej niż wynikające z ustawy.*

W ramach audytu wewnętrznego zleconego w Funduszu *Zarządzanie bezpieczeństwem systemów teleinformatycznych w wybranych urzędach administracji rządowej* przygotowano 3 ankiety przesłane do Ministra Finansów.

Czynności sprawdzające realizację zaleceń z zadań audytowych

Czynności sprawdzające realizację zaleceń z zadań audytowych zostały przeprowadzone w Funduszu zgodnie z rocznym planem audytu wewnętrznego w Funduszu na 2013 r. Poniżej przedstawiono obszary, w zakresie których przeprowadzono czynności sprawdzające:

- *Ocena procesu planowania zakupu świadczeń na 2011 r.* (czynności planowe zrealizowane w Centrali i 12 oddziałach wojewódzkich Funduszu);
- *Prawidłowość przeprowadzanych kontroli aptek i ordynacji lekarskich* (czynności planowe zrealizowane w Centrali Funduszu);

- *Realizacja procesu zarządzania zasobami ludzkimi, polityka kadrowa* (czynności planowe zrealizowane w mazowieckim i lubelskim oddziale Funduszu);
- *Ocena sprawowania nadzoru nad procesem zakupu środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych ze szczególnym uwzględnieniem infrastruktury teleinformatycznej* (czynności planowe zrealizowane w Centrali i 14 oddziałach wojewódzkich Funduszu);
- *Zawieranie ugód z tytułu nadwykonań ze świadczeniodawcami* (czynności planowe zrealizowane w Centrali i 15 oddziałach wojewódzkich Funduszu);
- *Rozliczanie wyników finansowych postępowań kontrolnych świadczeniodawców* (czynności planowe zrealizowane w 16 oddziałach wojewódzkich Funduszu).

Zespół Audytorów Wewnętrznych przygotował i przekazał Prezesowi Funduszu następujące dokumenty:

- dnia 31 stycznia 2013 r. – sprawozdanie z wykonania planu audytu wewnętrznego za 2012 r. w NFZ;
- dnia 19 marca 2013 r. – sprawozdanie z wykonania planu działalności za 2012 r., które następnie zostało przekazane Ministrowi Zdrowia i zostało opublikowane w BIP NFZ;
- dnia 24 grudnia 2013 r. – plan audytu wewnętrznego na 2014 r.;
- dnia 12 października 2012 r. – plan działalności na 2013 r., który został przekazany Ministrowi Zdrowia i opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ.
- dnia 19 marca 2013 r. – oświadczenie o stanie kontroli zarządczej za 2012 r. Prezes Funduszu podpisał dnia 22 marca 2013 r. Oświadczenie zostało przekazane Ministrowi Zdrowia i opublikowane w BIP NFZ.

II.7. Sprawy sądowe

II.7.1. Postępowania prowadzone przez Centralę Funduszu

W 2013 r. w Centrali Funduszu prowadzone były postępowania sądowe, które obejmowały:

Postępowania przed sądami powszechnymi – 16 postępowań, które dotyczyły:

- spraw pracowniczych (7 spraw prowadzone, 3 zakończone, pozostałe w toku),
- spraw antymonopolowych (3 sprawy prowadzone, 1 zakończona, pozostałe w toku),
- spraw przeciwko Funduszowi z powództwa cywilnego (2 sprawy prowadzone, obie w toku),
- sporu marżowo-cenowego, z powództwa Funduszu (4 sprawy prowadzone, z czego jedna sprawa zakończona została zawarciem ugody).

Postępowania przed Wojewódzkim Sądem Administracyjnym (WSA) – Centrala Funduszu prowadziła 1 005 postępowań przed WSA, z czego 583 sprawy zostały wszczęte w 2013 r. Postępowania dotyczyły:

- ustalenia prawa do świadczeń (skargi na decyzje Prezesa Funduszu w zakresie ustalenia prawa do świadczeń) – 19 prowadzonych spraw (z czego 9 spraw zostało zainicjowanych w 2013 r.). W omawianym okresie sprawozdawczym ostatecznie zakończyło się 14 spraw: uchylone zostały 3 decyzje, 10 skarg zostało oddalonych, a 1 skarga odrzucona. Dodatkowo, w przedmiotowym okresie sprawozdawczym, toczyło się 8 postępowań przed NSA, w których od niekorzystnych dla siebie wyroków skargi kasacyjne wnieśli skarżący.

Na koniec 2013 r. 5 spraw pozostawało w toku (przed wyrokiem WSA);

- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym (skargi na decyzje Prezesa Funduszu w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym) – 560 prowadzonych spraw (z czego 395 spraw zostało wniesionych w 2013 r.). W omawianym okresie sprawozdawczym ostatecznie zakończyły się 253 sprawy: uchylonych zostało 55 decyzji Prezesa Funduszu, oddalono 102 skargi świadczeniobiorców, 85 skarg odrzucono, a 7 postępowań zakończyło się umorzeniem oraz stwierdzono nieważność 2 postanowień Prezesa Funduszu. Dodatkowo, w przedmiotowym okresie sprawozdawczym, toczyło się 121 postępowań przed NSA, w których Fundusz wniósł w 2013 r. 5 skarg kasacyjnych od niekorzystnych dla niego wyroków WSA.

Na koniec 2013 r. 307 spraw pozostawało w toku (przed wyrokiem WSA);

- odwołań od wyników konkursu ofert (skargi na decyzje Prezesa Funduszu w zakresie odwołań od wyników konkursów ofert) – 371 prowadzonych spraw (z czego 150 spraw wniesionych w 2013 r.). W omawianym okresie sprawozdawczym ostatecznie zakończyły się 145 spraw: uchylonych zostało 96 decyzji Prezesa Funduszu oraz oddalono 35 skarg świadczeniodawców, kolejnych 12 zostało odrzuconych, a 2 postępowania zostały umorzone. Dodatkowo, w przedmiotowym okresie sprawozdawczym, toczyło się 161 postępowań przed NSA, w których Fundusz wniósł w 2013 r. 64 skargi kasacyjne od niekorzystnych dla niego wyroków WSA.

Na koniec 2013 r. 226 spraw pozostawało w toku (przed wyrokiem WSA);

- leczenia poza granicami kraju (skargi na decyzje Prezesa Funduszu w zakresie wydawania zgody na leczenie poza granicami kraju) – 23 prowadzone sprawy (z czego 12 spraw wniesionych w 2013 r.). W omawianym okresie sprawozdawczym ostatecznie zakończyły się 13 spraw: 6 decyzji Prezesa Funduszu zostało uchylonych, a 6 skarg zostało oddalonych i jedna odrzucona. Dodatkowo, w przedmiotowym okresie sprawozdawczym, toczyło się 8 postępowań przed NSA, w których od niekorzystnych dla siebie wyroków skargi kasacyjne wnieśli skarżący.

Na koniec 2013 r. 10 spraw pozostawało w toku (przed wyrokiem WSA);

- inne (m.in. skargi na bezczynność Prezesa Funduszu, na odmowę udostępnienia informacji publicznej, na odmowę przeglądania akt sprawy, odmowę wszczęcia postępowania administracyjnego, postępowania związane ze złożonymi zażaleniami na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, skargi na decyzje Ministra Zdrowia) – 32 prowadzonych spraw (z czego 17 spraw wniesionych w 2013 r.). W omawianym okresie sprawozdawczym ostatecznie zakończyły się 22 sprawy: 10 skarg odrzucono a 3 oddalono, 7 decyzji Prezesa Funduszu zostało uchylonych oraz 1 postępowanie zostało umorzone. Dodatkowo WSA w jednej sprawie zobowiązał Prezesa Funduszu do udzielenia informacji publicznej.

Na koniec 2013 r. 10 spraw pozostawało w toku (przed wyrokiem WSA – 9 oraz NSA – 1).

Podsumowując, z ogółu spraw sądowno-administracyjnych prowadzonych przez Centralę Funduszu w 2013 r. ostatecznie zakończyły się 447 spraw. 250 spraw (56% ogółu) zakończyły się korzystnie dla Prezesa Funduszu: WSA oddalił 141 skarg, a kolejne 109 odrzucił. Dodatkowo 10 spraw zostało umorzonych. W omawianym okresie sprawozdawczym WSA uchylił łącznie 167 decyzji Prezesa Funduszu, stwierdził nieważność 3 postanowień i 1 decyzji oraz w jednej sprawie zobowiązał Prezesa Funduszu do udzielenia informacji publicznej. Dodatkowo, przed NSA toczyło się 305 postępowań, w których, w 2013 r., Fundusz wniósł 72 skargi kasacyjne od nieprawomocnych wyroków. Na koniec 2013 r. 169 spraw pozostawało w toku. W 2013 r. Centrala Funduszu prowadziła ogółem 5,5% więcej spraw sądowno-administracyjnych niż w 2012 r.

II.7.2. Postępowania prowadzone przez oddziały wojewódzkie Funduszu

Prowadzone postępowania ogółem

W 2013 r. oddziały wojewódzkie Funduszu prowadziły łącznie 2 049 postępowań sądowych, czyli 16% więcej niż w 2012 r.

Większość toczących się postępowań stanowiły sprawy przeciwko Funduszowi. W danym okresie sprawozdawczym oddziały wojewódzkie Funduszu prowadziły 1 070 takich spraw, przy czym łączna kwota roszczeń wynosiła około 1,5 mld zł. Wśród spraw przeciwko Funduszowi najliczniejszą grupę stanowiły postępowania z tytułu „nadwykonań”. W omawianym okresie toczyło się 708 tego typu spraw

(tj. 66% wszystkich spraw toczących się przeciwko Funduszowi), przy czym łączna kwota roszczeń z tego tytułu wynosiła blisko 1,4 mld zł. W samym 2013 r. wniesiono przeciwko Funduszowi 386 spraw z tytułu „nadwykonań” (kwota roszczeń wynosiła ponad 624 mln zł.).

W porównaniu do minionego roku liczba spraw z tytułu „nadwykonań” zwiększyła się, w 2012 r. toczyło się 663 sprawy z tytułu „nadwykonań”, na łączną kwotę roszczeń 1 490 mln zł.

W 2013 r. przeciwko Funduszowi toczyły się także 164 sprawy o zapłatę wynikające z wykonania umowy, 36 spraw z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i 16 spraw z tytułu „ustawy 203” oraz 193 innych postępowań.

Tabela nr II.10. Prowadzone postępowania ogółem.

Oddział Wojewódzki NFZ	Sprawy prowadzone w 2013 r.		Sprawy ostatecznie zakończone w 2013 r.		Sprawy niezakończone w 2013 r.	
	liczba	kwota roszczeń (zł)	liczba	kwota zasądzona (zł)	liczba	kwota roszczeń (zł)
sprawy ogółem	2 049	1 427 341 380	1 150	354 667 379	854	782 870 538
w tym						
sprawy z powództwa NFZ	979	33 865 229	584	2 690 053	350	30 184 007
sprawy przeciwko NFZ	1 070	1 393 476 151	566	351 977 326	504	752 686 532

Sprawy ostatecznie zakończone

W 2013 r. ze wszystkich spraw prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu ostatecznie zakończyło się 1 150 postępowań.¹

Postępowania z powództwa Funduszu, to 584 spraw, przy czym łączna kwota zasądzona na rzecz Funduszu to blisko 2,7 mln zł. Pozostałe 566 spraw to postępowania przeciwko Funduszowi, gdzie łączna kwota zasądzona od Funduszu wynosiła ponad 352 mln zł.

Z ogółu spraw przeciwko Funduszowi zakończonych w 2013 r. największą grupę stanowiły „nadwykonania”. W omawianym okresie ostatecznie zakończyły się 420 tego typu sprawy, przy czym łączna kwota, którą Fundusz obowiązany został z tego tytułu zapłacić świadczeniodawcom kształtowała się na poziomie ponad 335 mln zł (przy kwocie roszczeń ponad 840 mln zł).

Dla porównania, w minionym roku zakończyło się 334 spraw związanych ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity umowne, przy czym łączna kwota którą Fundusz obowiązany został z tego tytułu zapłacić wynosiła ponad 290 mln zł.

W przypadku spraw sądowych z tytułu „nadwykonań” zakończonych w 2013 r. większość zakończyła się ugodą (zawarto 259 ugód na łączną kwotę ugodzoną ponad 230 mln zł). Wyrok zasądzający od Funduszu na rzecz świadczeniodawców zapadł w 50 sprawach na łączną kwotę 130 mln zł.

Dodatkowo 111 spraw z tytułu „nadwykonań” zakończyło się umorzeniem postępowań.

Następną grupą spraw przeciwko Funduszu, które zakończyły się w 2013 r. są postępowania o zapłatę wynikające z wykonania umowy. Sprawy te dotyczyły m.in. z kwestionowania przez świadczeniodawców, u których przeprowadzono kontrolę, sposobu rozliczania świadczeń wykonanych w ramach zawartych z Funduszem umów oraz zasadności dokonanych przez Fundusz potrąceń, bądź odmowy zapłaty za nienależyte świadczenia. W danym okresie zakończyło się 49 tego typu spraw.

W 2012 r. zakończyło się także 7 spraw przeciwko Funduszowi z tytułu „ustawy 203”, a także 27 spraw z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, ustalenia prawa do świadczeń. W omawianym okresie sprawozdawczym zakończyły się również 110 inne postępowania sądowe przeciwko Funduszowi.

¹ Dane zawarte w sprawozdaniu rocznym stanowią finalne zestawienie spraw ostatecznie zakończonych prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu, a ewentualne rozbieżności w stosunku do danych zawartych w Okresowym sprawozdaniu z działalności za IV kwartał 2013 r. wynikają z ujednoczenia kategorii pojęciowych zawartych w tabelach wykorzystywanych do celów sprawozdawczych Funduszu.

Tabela nr II.11. Sprawy ostatecznie zakończone.

Ip.	Wojewódzki Oddział	z tytułu "ustawy 203"		związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity		o zapłatę wynikające z wykonania umowy		z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, ustalenia prawa do świadczeń		Inne postępowania sądowe	
		liczba spraw	kwota zasądzona (zł)	liczba spraw	kwota zasądzona (zł)	liczba spraw	kwota zasądzona (zł)	liczba spraw	kwota zasądzona (zł)	liczba spraw	kwota zasądzona (zł)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	dolnośląski	1	0	47	19030297,42	2	459555,2	0	0	13	1334636,68
2	kujawsko-pomorski	0	0	12	313719	9	4990918	0	0	1	0,00
3	lubelski	0	0	31	48845683,46	2	1266,4	0	0	6	215246,00
4	lubuski	0	0	3	0	0	0	0	0	3	14247,00
5	łódzki	1	0	56	1 985 301	3	20937	0	0	2	0,00
6	małopolski	0	0	2	3700049	7	0	0	0	0	0,00
7	mazowiecki	1	2351599	5	5152796	5	1352222	1	0	19	127524,00
8	opolski	0	0	11	2268148,37	0	0	0	0	1*	0,00
9	podkarpacki	0	0	48	90873482	2	0	2	0	1	0,00
10	podlaski	0	0	4	924936	1	0	0	0	4	0,00
11	pomorski	2	0	36	12663568,36	9	801949,78	0	0	0	0,00
12	śląski	1	1113193,26	52	39762540,8	2	502695,17	17	0	7	53722,00
13	świętokrzyski	0	0	23	38771013,48	1	0	0	0	5	2006056,32
14	warmińsko-mazurski	0	0	63	60217105,15	0	0	0	0	1	4075,52
15	wielkopolski	1	827946,98	27	11161489,11	6	129406,91	7	0	48	254279,25
16	zachodniopomorski	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,00
	Suma	7	4292739,24	420	335670129,2	49	8258950,46	27	0	110	4009786,77

Sprawy niezakończone

Z ogółu spraw sądowych prowadzonych w 2013 r., w toku na koniec grudnia pozostawało 854 spraw. Z powództwa Funduszu toczyło się 350 spraw na łączną kwotę roszczeń wynoszącą ponad 30 mln zł. Pozostałych 504 postępowań to sprawy przeciwko Funduszowi, przy czym łączna kwota roszczeń wynosi ponad 782 mln zł.

Dla porównania, na koniec minionego roku, w toku pozostawały 854 sprawy, w tym 526 spraw przeciwko Funduszowi na łączną kwotę roszczeń blisko 947 mln zł.

Tabela nr II.12. Sprawy niezakończone.

Ip.	Wojewódzki Oddział	z tytułu "ustawy 203"		związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity		o zapłatę wynikające z wykonania umowy		z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, ustalenia prawa do świadczeń		Inne postępowania sądowe	
		liczba spraw	kwota roszczeń (zł)	liczba spraw	kwota roszczeń (zł)	liczba spraw	kwota roszczeń (zł)	liczba spraw	kwota roszczeń (zł)	liczba spraw	kwota roszczeń (zł)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	dolnośląski	1	3 219 232,97 zł	41	40 310 930,33 zł	5	2 032 920,09 zł	0	0,00 zł	8	9 916 460,61 zł
2	kujawsko-pomorski	1	45 787 351,82 zł	68	130 575 940,00 zł	11	21 212 284,56 zł	4	93 120,00 zł	9	2 709 781,17 zł
3	lubelski	0	0,00 zł	35	142 484 796,03 zł	6	758 611,88 zł	0	0,00 zł	3	189 379,02 zł
4	lubuski	0	0,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł
5	łódzki	0	0,00 zł	31	43 936 153,00 zł	3	63 529,23 zł	0	0,00 zł	6	2 225 097,42 zł
6	małopolski	1	5 120 910,75 zł	6	16 925 268,20 zł	29	13 303 110,70 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł
7	mazowiecki	4	19 886 288,40 zł	38	75 703 641,52 zł	31	5 676 124,68 zł	0	0,00 zł	26	24 206 977,99 zł
8	opolski	0	0,00 zł	4	2 148 906,00 zł	3	2 532 578,56 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł
9	podkarpacki	0	0,00 zł	9	11 938 438,90 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł
10	podlaski	0	0,00 zł	1	64 576,00 zł	3	1 388 767,64 zł	0	0,00 zł	2	50 332,94 zł
11	pomorski	0	0,00 zł	22	14 389 954,01 zł	10	1 082 368,07 zł	0	0,00 zł	4	1 623 135,38 zł
12	śląski	1	2 695 726,00 zł	7	11 708 273,56 zł	3	9 174 503,03 zł	0	0,00 zł	13	4 487 960,38 zł
13	świętokrzyski	0	0,00 zł	4	6 999 219,38 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł	3	7 960 310,00 zł
14	warmińsko-mazurski	0	0,00 zł	2	7 152 230,19 zł	0	0,00 zł	0	0,00 zł	4	687 233,00 zł
15	wielkopolski	1	3 279 883,38 zł	19	50 047 691,31 zł	9	4 257 625,00 zł	5	0,00 zł	3	1 946 505,16 zł
16	zachodniopomorski	0	0,00 zł	1	657 917,00 zł	2	54 755,12 zł	0	0,00 zł	2	19 730,80 zł
	Suma	9	79 989 393,32 zł	288	555 043 935,43 zł	115	61 537 178,56 zł	9	93 120,00 zł	83	56 022 903,87 zł

Wśród spraw przeciwko Funduszowi niezakończonych w 2013 r. najwięcej postępowań to sprawy z tytułu „nadwykoniań”. Na koniec grudnia 2013 r. w toku znajdowało się 288 spraw na łączną kwotę roszczeń wynoszącą blisko 555 mln zł. Natomiast w minionym roku, w toku pozostawało 329 spraw z tytułu „nadwykoniań” przy łącznej kwocie roszczeń wynoszącej ponad 760 mln zł.

Kolejną grupę spraw stanowiły postępowania z tytułu „ustawy 203”. W toku na koniec grudnia 2013 r. znajdowało się 9 takich spraw, przy czym kwota roszczeń wynosiła blisko 80 mln zł.

Ponadto w 2013 r. niezakończonych zostało: 115 spraw o zapłatę wynikających z wykonania umowy (kwota roszczeń ponad 61 mln zł), 9 spraw z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, ustalenia prawa do świadczeń (kwota roszczeń ponad 93 tys. zł) oraz 83 innych postępowań sądowych na łączną kwotę roszczeń ponad 56 mln zł.

Sprawy sądowe z tytułu nadwykoniań zaprezentowane zostały w tabeli nr 1 w załączniku do sprawozdania.

II.8. Zarządzenia Prezesa Funduszu

W roku sprawozdawczym Prezes Funduszu wydał 94 zarządzenia, z czego największą liczbę stanowiły zarządzenia dotyczące: warunków zawierania umów (55 zarządzeń), określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML (4 zarządzenia), „Zakładowej Instrukcji obiegu dokumentów księgowych (2 zarządzenia), wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Rozliczeń Indywidualnych (2 zarządzenia), regulaminu organizacyjnego NFZ (2 zarządzenia), wewnętrznych uregulowań w Centrali Funduszu oraz w oddziałach wojewódzkich Funduszu (29 zarządzeń).

Pozostałe zarządzenia zawierają regulacje dotyczące: powołania zespołu roboczego ds. analizy świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych przez świadczeniodawców w latach 2010-2012 ponad limit wynikający z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, powołania zespołu ds. koordynacji procesu wdrożenia systemu Zintegrowanego Informatora Pacjenta – ZIP, w Centrali i oddziałach wojewódzkich Funduszu, powołania w Centrali Funduszu Inspektora do spraw inwentaryzacji, udostępniania informacji publicznej na wniosek w Centrali Funduszu, zasad windykacji należności Funduszu, regulaminu udzielania zamówień publicznych w Funduszu oraz regulaminu pracy komisji przetargowych w Centrali Funduszu, regulaminu audytu wewnętrznego w Funduszu, ustalenia zasad rachunkowości w Funduszu, zasad wynagradzania osób kierujących oddziałami wojewódzkimi Funduszu, obsługi wniosku o zmianę oraz realizacji zmiany w systemach informatycznych Funduszu, uruchomienia i realizacji Projektu budowy Platformy Informacji Analitycznej, utraty mocy zarządzenia w sprawie zasad realizacji kontroli zarządczej w Funduszu, powołania Zespołu do spraw opracowania dokumentów dotyczących projektu rozbudowy systemu informatycznego w Funduszu, powołania Komisji Socjalnej w Centrali Funduszu, przeprowadzenia w 2013 r. inwentaryzacji wybranych składników majątkowych Centrali Funduszu, uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 rok, ustalenia zasad rachunkowości w Narodowym Funduszu Zdrowia, Kodeksu dobrych praktyk i zasad etycznego postępowania w Narodowym Funduszu Zdrowia, zasad funkcjonowania kontroli zarządczej w Narodowym Funduszu Zdrowia, wprowadzenia „Zakładowej instrukcji obiegu dowodów księgowych”, „Zakładowego schematu obiegu dowodów księgowych” oraz „Zakładowego schematu obiegu dowodów księgowych dotyczących programu lub projektu finansowanego lub współfinansowanego ze środków pochodzących z funduszy europejskich i innych środków pomocowych”, w sprawie powołania zespołu do spraw analizy funkcjonowania usługi Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców, udostępniania na stronach Biuletynu Informacji Publicznej Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o wynikach kontroli, procedury rozpatrywania zażaleń składanych do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu dotyczące kontroli w zakresie monitorowania ordynacji lekarskiej, powołania Zespołu do spraw ustalania kryteriów oceny jakościowej ofert, wzorów dokumentów dotyczących dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, stosowanych w Narodowym Funduszu Zdrowia, utworzenia Samodzielnej Drużyny Ratownictwa Ogólnego w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Powyższe dane zostały przedstawione w tabeli nr 2 w załączniku do sprawozdania.

II.9. Działania edukacyjne i informacyjne

Fundusz realizuje zadania z zakresu edukacji i informacji, określone w ustawie o świadczeniach, ustawie o dostępie do informacji publicznej oraz ustawie Prawo prasowe, poprzez środki społecznego przekazu, publikacje własne, serwis internetowy, patronaty oraz wydarzenia specjalne.

Środki społecznego przekazu

Fundusz współpracuje ze wszystkimi środkami przekazu poprzez:

- bieżące kontakty – codzienna obsługa dziennikarzy, dostarczanie materiałów prasowych, udzielanie odpowiedzi na pytania, nagrania radiowo-telewizyjne, tzw. setki, przekazywanie informacji prasowych, komunikatów prasowych na temat działalności Funduszu,
- briefingi prasowe, konferencje prasowe, śniadania prasowe – inauguracja Zintegrowanego Informatora Pacjenta (ZIP), prezentacja informacji i danych dotyczących bieżącej działalności, kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, porad patronażowych oraz badań bilansowych dzieci, realizacji świadczeń z zakresu programów profilaktycznych i innych informacji o działalności Funduszu,

- udział w audycjach radiowych i programach telewizyjnych (media regionalne i ogólnokrajowe) – przedstawiciele Funduszu uczestniczyli w audycjach radiowych i programach telewizyjnych, których tematem były m.in.: zasady korzystania z opieki zdrowotnej, programy profilaktyczne, dostęp do świadczeń medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce i na terenie państw UE i EFTA, prawa pacjenta, kolejki oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej – w czasie których przedstawiciele Funduszu pełnili dyżury eksperckie,
- dyżury w redakcjach prasowych (gazety ogólnopolskie i regionalne) – przedstawiciele Funduszu pełnili dyżury przy telefonie i udzielali informacji na temat zasad korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, w tym m.in. leczenia uzdrowiskowego, zaopatrzenia w środki ortopedyczne i pomocnicze, programów profilaktycznych, ubezpieczenia zdrowotnego, pomocy w nagłych przypadkach, opieki hospicyjnej i paliatywnej, praw pacjenta, zasad udzielania nocnej pomocy,
- cykliczne artykuły prasowe – oddziały wojewódzkie Funduszu nawiązały stałą współpracę z prasą regionalną, w ramach której były publikowane cyklicznie artykuły dotyczące działalności Funduszu, zasad korzystania z opieki zdrowotnej, programów profilaktycznych finansowanych przez Fundusz, np. publikacje artykułów w „Gazecie Wyborczej” i „Dzienniku Zachodnim” (oddział śląski), rubryka poradnikowa w dzienniku „Echo Dnia” (oddział świętokrzyski), poradnik „Jesteś chory? Zaczynaj od podstawowej opieki zdrowotnej” w „Gazecie Wyborczej” (oddział dolnośląski), cykl „Nasze zdrowie w sieci” i „Pacjencie, poznaj swoje prawa” w dzienniku „Nowa Trybuna Opolska” (oddział opolski), poradnik „Twoje Zdrowie” w Szczecińskim Informatorze Medycznym oraz w koszalińskim dzienniku (oddział zachodniopomorski), informator „Lekarz domowy” w „Gazecie Krakowskiej” (oddział małopolski),
- współpracę z portalami internetowymi.

Publikacje

- plakaty, ulotki i banery dotyczące systemu ZIP, dystrybuowane do: świadczeniodawców, placówek ZUS, KRUS, urzędów, jednostek administracji rządowej i samorządowej, lokalnej prasy,
- ulotki i plakaty, dotyczące finansowanych przez Fundusz programów profilaktycznych, dystrybuowane do świadczeniodawców POZ, spółdzielni mieszkaniowych, galerii handlowych, szpitali i urzędów,
- broszury i plakaty adresowane do pacjentów w akcjach organizowanych przez stowarzyszenia pacjenckie oraz kolportaż wśród świadczeniodawców,
- periodycznie ukazujący się na stronach internetowych biuletyn informacyjny „Nasz Fundusz”, zgodnie z art. 105 ustawy o świadczeniach, przygotowywany w Centrali Funduszu na podstawie materiałów własnych, jak również przekazywanych przez oddziały wojewódzkie,
- foldery informacyjne dotyczące praw pacjenta, zasad leczenia w UE oraz refundacji leków, środków ortopedycznych i pomocniczych, dystrybuowane do redakcji prasowych, radiowych i telewizyjnych oraz umieszczane na stronach internetowych,
- informatory zawierające wykaz świadczeniodawców, którzy zawarli umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2013 r.,
- informatory i broszury na temat zasad korzystania z opieki zdrowotnej w krajach UE, praw pacjenta, zasadach ubezpieczenia, działalności Funduszu.

Wydarzenia specjalne

Przedstawiciele Funduszu udzielali informacji m.in. na temat zasad korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, programów profilaktycznych finansowanych przez Fundusz, koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Uczestniczyli również w konferencjach, sympozjach, szkoleniach, seminariach; organizowali lub brali udział w wydarzeniach specjalnych, m.in. takich jak:

- akcje informacyjne na temat systemu ZIP,
- mobilne stanowiska ZIP – w urzędach, starostwach, gminach, placówkach medycznych, uczelniach wyższych, firmach, zakładach pracy, galeriach, sądach, komendach Policji i straży pożarnej, spółdzielniach mieszkaniowych, jednostkach wojskowych – wydawanie haseł dostępu,

- „Dzień otwarty z ZIP” w dniu 13 lipca i 7 grudnia z udziałem Krystyny Kłosin, poseł na Sejm RP (oddział pomorski),
- akcje promujące portal ZIP, m.in. w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, resortach cyfryzacji, gospodarki, nauki i szkolnictwa wyższego, TVP, ZUS, PZU i stołecznych szpitalach (oddział mazowiecki),
- akcja „Studencie! eWUŚ radzi” – promująca ZIP oraz wiedzę na temat ubezpieczenia zdrowotnego wśród studentów. W ramach przedsięwzięcia dystrybuowano ulotki informacyjne, plakaty oraz zakładano konta w ZIP na terenie szkół wyższych. W akcję zaangażowały się największe uczelnie Mazowsza: Uniwersytet Warszawski, Szkoła Główna Handlowa, Warszawski Uniwersytet Medyczny, Uniwersytet Kardynała Stefana Wyszyńskiego, Polsko-Japońska Wyższa Szkoła Technik Komputerowych (oddział mazowiecki),
- akcje informacyjne na temat systemu eWUŚ,
- „Dni otwarte” w oddziałach wojewódzkich Funduszu - możliwość sprawdzenia statusu ubezpieczenia w systemie eWUŚ; założenia konta w systemie ZIP; odebrania karty EKUZ; rejestracji wniosków na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- akcje informacyjne na temat karty EKUZ (oddziały: lubelski, lubuski),
- „Wspólnie pomagamy ubezpieczonym. ZUS w siedzibie NFZ” (oddział dolnośląski),
- Tydzień Zdrowia w Żychlinie – zasady bezpłatnego leczenia (oddział łódzki),
- prawa pacjenta – informacje dla studentów prawa Uniwersytetu Łódzkiego (oddział łódzki),
- akcje promujące badania profilaktyczne w związku z: Światowym Dniem Walki z Rakiem, Dniem Kobiet, Dniem Walki z Gruźlicą, Dniem Matki, Światowym Dniem Serca, Miesiącem Profilaktyki Raka Piersi, Światowym Dniem Astmy, Światowym Dniem bez Tytoniu, Światowym Dniem Spirometrii, światowym Dniem POCHP (oddziały: lubelski, lubuski, podkarpacki, podlaski, świętokrzyski, warmińsko-mazurski),
- „Walka z nowotworem prostaty” (oddział świętokrzyski),
- „Rok bezpiecznej szkoły” – konkurs na scenariusz lekcji dotyczącej programów profilaktycznych finansowanych przez NFZ - program organizowany przez Ministerstwo Edukacji Narodowej (oddział warmińsko-mazurski),
- „Gdzie należy się udać po pomoc medyczną w nocy i święta” (oddział lubelski),
- „Ważna rzecz, zdrowe zęby mieć” – konkurs plastyczny dla dzieci ze szkół podstawowych, promowanie profilaktyki stomatologicznej w ramach NFZ dla dzieci i młodzieży do 18. roku życia (oddział lubuski),
- „Do zdrowia dobrego trzeba przedszkolaka mądrego” – popularyzacja zdrowego stylu życia wśród przedszkolaków (oddział lubuski),
- „Majówka z Funduszem” (oddziały: dolnośląski, opolski, zachodniopomorski),
- „Kwiecień miesiącem pacjenta” (oddział warmińsko-mazurski),
- Dzień Osób Niepełnosprawnych (oddziały: lubelski, lubuski, zachodniopomorski),
- Tydzień Przedsiębiorcy (oddziały: lubelski, lubuski),
- „Tony Zdrowia” (oddział opolski),
- akcja „Mamo, jesteś potrzebna” (oddział podlaski),
- druk 60 tysięcy laurek „Badajcie się Drogie Mamy, bo my dzieci Was kochamy” – zachęcające do badań profilaktycznych (oddział dolnośląski),
- szkolenia pielęgniarek w zakresie opieki nad pacjentem hematologicznym i szpiczaka mnogiego, we współpracy z Okręgową Izbą Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur i Polskiego Stowarzyszenia Pomocy Chorym na Szpiczaka (oddział warmińsko-mazurski),

- plebiscyty: „Lekarz Roku 2013”, „Nasz Doktor” – wybór najpopularniejszego wśród pacjentów zakładu opieki zdrowotnej, apteki, lekarza, fizjoterapeuty i pielęgniarki (oddziały: lubuski, łódzki, pomorski, świętokrzyski); „Nasze Zdrowie” (oddział łódzki); „Zdrowie 2013” (oddział lubuski).

Ponadto we współpracy z urzędami miejskimi, instytucjami i organizacjami, działającymi w ramach systemu opieki zdrowotnej, organizowano festyny i plenerowe imprezy prozdrowotne, z udziałem przedstawicieli Funduszu.

Oddziały wojewódzkie Funduszu stale współpracują z Wojewódzkimi Ośrodkami Koordynującymi Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy oraz Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi.

Internet

Biuro Komunikacji Społecznej prowadziło serwis internetowy Centrali Funduszu, w którym zamieszczono następujące komunikaty prasowe:

- „Twój portal” - Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP) – serwis informacyjny dla pacjenta,
- ABC pacjenta – informator o zasadach korzystania z opieki zdrowotnej,
- serwis informacyjny na temat bieżącej działalności Funduszu w ramach Biuletynu Informacji Publicznej NFZ,
- zakładka eWUŚ – serwis zawierający informacje na temat systemu Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców,
- biuletyn „Nasz Fundusz”,
- „Statystyka JGP” – serwis umożliwiający dokonanie kompleksowej analizy systemu Jednorodnych Grup Pacjentów od 2009 r.

Ponadto:

- obsługa komunikatora internetowego Skype w formie komunikacji tekstowej poprzez stronę internetową,
- udostępnianie na stronie internetowej informacji dla osób uprawnionych o możliwości skorzystania z bezpłatnej pomocy tłumacza polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo-migowego (SJM) i sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

Oddziały wojewódzkie Funduszu prowadziły serwisy internetowe, w których zamieszczano informacje dla pacjentów i świadczeniodawców.

Patronaty w 2013 r.

Prezes Funduszu objął patronatem następujące przedsięwzięcia:

- XII edycja kampanii społecznej „Ogólnopolski Tydzień Mukowiscydozy”,
- Konferencja „Zdrowie Kości 2013”,
- „Małopolskie Forum Zdrowia – Myśl Zdrowo”,
- Święto Rowerów
- IV Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Otolaryngologia 2013”,
- I Ogólnopolski Kongres Ratowników Medycznych,
- Aukcja charytatywna dla nieuleczalnie chorych dzieci.

Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu objęli patronatem następujące przedsięwzięcia:

- projekt Laurka pod hasłem „Bądź zdrowa mam. Zbadaj się!” organizowany przez posłanki na Sejm RP; akcja promowała profilaktyczne badania dla kobiet; laurki rysowane przez dzieci dla swoich mam miały zachęcić je do wykonywania regularnych badań profilaktycznych (oddział lubelski),
- II Gorzowski Marsz Seniora (oddział lubuski),

- IV edycja kampanii „Muszkietierowie dla Polek” (oddział lubuski),
- „Przeszczep darem serca. Transplantacja, jestem na tak”, „Przeszczep to drugie życie”, „Partnerstwo dla transplantacji”, „Lubię się dzielić” organizowany we współpracy z Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Osób Dializowanych i Polską Unią Medycyny Transplantacyjnej (oddziały: lubuski, małopolski, świętokrzyski, zachodniopomorski),
- II Światowy Dzień Spirometrii w Polsce (oddział opolski),
- patronat honorowy – Medyczny Dzień Nauki, organizowany przez Gdański Uniwersytet Medyczny (oddział pomorski),
- IV edycja Salonu Kobiet w Ełku (oddział warmińsko-mazurski),
- „Zdrowy krok w nowy rok” – badania profilaktyczne dla dzieci szkół podstawowych, zorganizowany przez szczecińską Fundację Akademii Zdrowia i Rozwoju (oddział zachodniopomorski),
- patronat honorowy i stoisko informacyjne na Top Medical Trends (oddział wielkopolski),
- NFZ dla Seniorów – współpraca z Uniwersytetami Trzeciego Wieku (oddział małopolski),
- Targi prozdrowotne (oddział dolnośląski),
- Targi „Mamy dziecko” (oddział zachodniopomorski).

III. Świadczenia opieki zdrowotnej

III.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2013 r.

III.1.1. Informacje o ogólnych warunkach umów

W 2013 r. obowiązywały ogólne warunki umów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 81, poz. 484 z dnia 13 maja 2008 r.).

III.1.2. Zasady kontraktowania na 2013 rok

W porównaniu do 2012 r. we wszystkich rodzajach świadczeń sposób zawierania umów na 2013 r. nie uległ znaczącym zmianom.

W rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, doprecyzowano oraz wprowadzono przepisy dotyczące, m.in.:

- wydłużenia wieku do jakiego mogą być rozliczane niektóre świadczenia,
- kryteriów dodatkowo ocenianych w trakcie postępowania o zawarcie umów,
- włączenia do rozliczania nowych świadczeń wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 111, poz. 653 z późn. zm.),
- modyfikacji wyceny grup zabiegowych i zachowawczych.

Proponowane zmiany powodują bardziej racjonalne finansowanie grup świadczeń ambulatoryjnych, jak również dłuższy czas objęcia opieką w wybranych specjalnościach co pozwoli zagwarantować większe bezpieczeństwo zdrowotne dla ubezpieczonych.

W rodzaju świadczeń leczenie szpitalne Fundusz w 2013 r. kontynuował działania zmierzające do poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów oraz wycenę świadczeń kontraktowanych przez Fundusz zgodnie z opracowaną metodologią.

Podejmowane działania zmierzające do poprawy dostępu do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów dotyczyły:

- harmonizacji wycen procedur zabiegowych możliwych do realizacji w trybie ambulatoryjnym i hospitalizacji,
- promowania w rodzaju AOS świadczeniodawców, którzy realizują więcej świadczeń zabiegowych.

Celem tych działań było przesunięcie realizacji części procedur z trybu hospitalizacji do trybu ambulatoryjnego. Powody i efekty prowadzenia powyższych działań to zwiększanie dostępności do świadczeń szpitalnych poprzez:

- spadek liczby pacjentów oczekujących na wykonanie w szpitalu drobnego zabiegu, który może i powinien zostać wykonany w warunkach ambulatoryjnych,
- mniejszy poziom realizacji drobnych zabiegów w warunkach szpitalnych umożliwia wykorzystanie tych środków na sfinansowanie poważniejszych operacji,
- zwiększanie dostępności do procedur zabiegowych w trybie ambulatoryjnym – pacjenci uzyskują te świadczenia w poradni bez konieczności oczekiwania na ich wykonanie w szpitalu,
- zmiana struktury udzielanych świadczeń w AOS (więcej porad zabiegowych, a mniej „zwykłych” i „recepturowych”),
- większe bezpieczeństwo epidemiologiczne – pacjent nie przebywa w warunkach szpitalnych i nie jest narażony na ryzyko zakażeń wewnątrzszpitalnych.

W rodzaju świadczeń odrębnie kontraktowanych od 1 stycznia 2013 r., wprowadzono nowe zakresy: teleradioterapii protonowej oraz domowej antybiotykoterapii dożylniej.

III.1.3. Walidacja i weryfikacja danych przekazanych przez świadczeniodawców

Zadania dotyczące prowadzenia walidacji i weryfikacji danych sprawozdawczych o świadczeniach, przekazywanych do oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz Bazy Rozliczeń Indywidualnych (BRI) realizowano w 2013 r. przy współudziale wyznaczonych pracowników wszystkich oddziałów wojewódzkich Funduszu, pracujących w ramach Zespołu ds. Walidacji i Weryfikacji, którego pracę w Centrali Funduszu koordynowała Sekcja Standardów Walidacji i Weryfikacji (od 2 października 2013 r. Dział Standaryzacji i Weryfikacji).

W ramach realizacji projektu w zakresie Centralnych Warunków Walidacji i Centralnych Reguł Weryfikacji (CWW i CRW) wykonano następujące zadania:

- rozszerzono o nowe sprawdzenia walidacyjne i weryfikacyjne oraz dostosowano do bieżących zasad realizacji świadczeń wykaz CWW i CRW oraz katalog błędów i ostrzeżeń generowanych przez systemy informatyczne w odniesieniu do obsługi komunikatów otwartych oraz ich walidacji i weryfikacji (na koniec 2013 r. wykorzystywano 231 warunków walidacji oraz 189 reguł weryfikacji),
- realizowano obowiązek bieżącego prowadzenia przez oddziały wojewódzkie walidacji i weryfikacji danych sprawozdawczych o świadczeniach,
- realizowano kwartalny obowiązek prowadzenia przez oddziały wojewódzkie weryfikacji wstecznych danych o świadczeniach przekazanych przez świadczeniodawców, w oparciu o CWW,
- dostosowywano aplikację CWA w Centrali Funduszu do tworzenia i publikowania procesów walidacyjnych i weryfikacyjnych, zgłaszania błędów algorytmów sprawdzeń i reakcji dostawców oprogramowania na zgłoszenia.

W ramach dostosowania systemów informatycznych obsługujących składanie wniosków o indywidualne rozliczanie świadczeń, zakończono obsługę Bazy Zgód Indywidualnych i na podstawie zarządzenia 16/2013/DSOZ wdrożono Bazę Rozliczeń Indywidualnych, co umożliwiło dyrektorom oddziałów wojewódzkich Funduszu sprawne stwierdzanie zasadności złożonych wniosków, zapoznanie się z rzeczywistymi kosztami świadczeń udzielanych w rodzaju leczenia szpitalne, o których rozliczenie wnioskują świadczeniodawcy, oraz rozważenie możliwości finansowania świadczeń objętych treścią wniosków.

W ramach realizacji projektu w zakresie Systemu Dodatkowej Weryfikacji Świadczeń Zdrowotnych wdrożono mechanizmy obsługujące integrację systemów CRW z Systemem Dodatkowej Weryfikacji Świadczeń Zdrowotnych, na bazie którego zbudowano w Centrali Funduszu system analityczno-testowy ESSAN.

III.1.4. Projekty unijne realizowane przez Fundusz

Fundusz jest beneficjentem systemowym realizującym projekt „Akademia NFZ”, na podstawie umowy zawartej pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Funduszem w dniu 14 listopada 2011 r. Projekt realizowany będzie do 30 czerwca 2015 r.

Projekt obejmuje swoim zasięgiem całą Polskę. Współfinansowany jest przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Projekt „Akademia NFZ” realizowany jest w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki i wchodzi w skład:

- Priorytetu II: Rozwój zasobów ludzkich i potencjału adaptacyjnego przedsiębiorstw oraz poprawa stanu zdrowia osób pracujących,
- Działania 2.3: Wzmocnienie potencjału zdrowia osób pracujących oraz poprawa jakości funkcjonowania systemu ochrony zdrowia,
- Poddziałania 2.3.3: Podniesienie jakości w ochronie zdrowia.

Głównym celem projektu jest poprawa jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia poprzez poprawę polityki informacyjnej prowadzonej przez Fundusz w stosunku do świadczeniodawców (podmioty prowadzące działalność leczniczą w oparciu o kontrakt z Funduszem) oraz w stosunku do świadczeniobiorców (pacjentów) poprzez podjęcie działań edukacyjnych i informacyjnych.

W 2013 r. zostały zrealizowane następujące zadania:

- uruchomiono i moderowano Platformę e-learningową i Portal Informacyjny Akademii NFZ dla świadczeniodawców i pacjentów,
- objęto wsparciem przez e-opiekunów 1 645 zarejestrowanych uczestników szkoleń na Platformie e-learningowej,
- zorganizowano ogólnopolską konferencję poświęconą tematyce praw pacjenta „Zrozumieć prawa pacjenta”, połączoną z prezentacją nowo wydanej podręcznika pod tym samym tytułem,
- przeprowadzono postępowanie przetargowe na druk i dystrybucję materiałów edukacyjnych dla koderów JGP-rehabilitacja,
- rozpoczęto przygotowanie koncepcji treści poradnikowych oraz dostosowanie do urządzeń mobilnych (aplikacje na urządzenia mobilne związane z tematami profilaktyki zdrowotnej i zdrowego trybu życia),
- przeprowadzono postępowanie przetargowe zakończone wyborem wykonawcy usługi druku i dystrybucji publikacji i materiałów edukacyjnych w ramach projektu,
- przeprowadzono postępowanie przetargowe zakończone wyborem wykonawcy materiałów informacyjno-promocyjnych,
- zorganizowano i wybrano laureatów konkursu dla dzieci dot. praw pacjenta,

- przeprowadzono 23 edycje szkoleniowe z zakresów objętych projektem („Zasady udzielania informacji o świadczeniach zdrowotnych realizowanych przez świadczeniodawców oraz prawach przysługujących pacjentom”, „Zasady funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce”, „Zasady kontraktowania świadczeń zdrowotnych w Polsce”, „Zasady prawidłowego przygotowania ofert w ramach konkursów na świadczenia medyczne finansowane ze środków publicznych” i „Zasady raportowania i sprawozdawczości z realizacji usług medycznych finansowanych ze środków publicznych”). Łącznie przeszkolono w 2013 r. 833 osoby (stacjonarnie) i 412 osób (e-learningowo),
- rozpoczęto procedurę przetargową na realizację usługi hotelarsko-gastronomicznej podczas III konferencji ogólnopolskiej pt.: "Jednorodne Grupy Pacjentów w Europie. W stronę przejrzystości, efektywności i jakości w szpitalach (marzec 2014),
- rozpoczęto procedurę przetargową na realizację usługi hotelarsko-gastronomicznej na szkolenia stacjonarne (22 edycje) na 2014 r.,
- przeprowadzono postępowanie przetargowe zakończone wyborem wykonawcy usługi badania ewaluacyjnego pt.: „Badanie ewaluacyjne zorientowane na analizę relacji pomiędzy wzrostem nakładów na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej a dostępnością do świadczeń w kontekście rozwiązań systemowych warunkujących kwalifikowanie świadczeń szpitalnych do realizacji w warunkach ambulatoryjnych”,
- przez cały okres podejmowano współpracę z Instytucją Pośredniczącą (Ministerstwo Zdrowia) w zakresie rozliczeń oraz sprawozdawczości,
- przez cały okres prowadzone były działania kontrolne dotyczące organizowanych szkoleń oraz konferencji.

Fundusz od 2011 r. współpracuje z organizacją AIM zrzeszającą instytucje non-profit finansujące opiekę zdrowotną głównie w krajach europejskich. W 2013 r., jako aktywni członkowie, pracownicy Funduszu uczestniczyli w grupach roboczych powołanych w ramach działalności AIM, w szczególności w ramach grupy, której Fundusz jest inicjatorem i liderem, poświęconej edukacji i e-learningowi w zakresie szkolenia kadry płatnika, personel świadczeniodawców, pacjentów z zasad funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej.

W okresie od stycznia do grudnia 2013 r. zrealizowano następujące działania:

- uczestnictwo w spotkaniu grupy roboczej w zakresach tematycznych: nowa dyrektywa KE dotycząca ochrony danych, dyrektywa o transgranicznej opiece zdrowotnej oraz możliwości uczestnictwa AIM i jego członków w projektach współfinansowanych ze środków UE,
- uczestnictwo w spotkaniu Resilience of an health system vis-a-vis austerity measures: example of Portugal (Odporność systemu zdrowotnego vis-a-vis konieczności wprowadzenia środków oszczędnościowych: przykład Portugalii),
- udział w pierwszych warsztatach w ramach grupy roboczej AIM ds. edukacji i e-learningu. Przedstawiono e-learning w ochronie zdrowia w Europie oraz doświadczenia praktyczne krajów – pionierów w e-learningu, m.in. Wielkiej Brytanii, Francji, Niemiec i Polski. Przedstawiciele Funduszu przedstawili działania edukacyjne w formie e-learningu dla przedstawicieli ochrony zdrowia na przykładzie projektu JGP i Akademii NFZ, zaprezentowano najnowsze formy i trendy w e-learning oraz wstępne założenia nowego projektu dotyczącego utworzenia międzynarodowej bazy instytucji e-learningowych w sektorze zdrowia w ramach prac grupy AIM edukacja & e-learning,
- udział w warsztatach dotyczących transgranicznej opieki zdrowotnej.

Dodatkowo materiały udostępnione przez poszczególnych członków grup roboczych stały się podstawą do umieszczenia interesujących fragmentów w Biuletynie UE udostępnionym w wersji polskiej dla pracowników Centrali Funduszu oraz do Newslettera wydawanego elektronicznie. Pozostałe raporty służą również do tworzenia bazy i porównywania informacji dot. ochrony zdrowia w poszczególnych krajach.

Program Operacyjny PL13 „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu”

Fundusz jest Partnerem projektu predefiniowanego w ramach Programu Operacyjnego „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu” na podstawie umowy zawartej pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Funduszem w dniu 12 grudnia 2013 r. Projekt realizowany będzie do 30 kwietnia 2016 r. Projekt obejmuje swoim zasięgiem całą Polskę i współfinansowany jest ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego.

Program operacyjny p.n. „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu” ma na celu poprawę stanu zdrowia społeczeństwa i ograniczenie nierówności w zdrowiu poprzez analizę zarządzania w systemie ochrony zdrowia oraz wypracowanie narzędzi, które ten system usprawnią. Prowadzone działania obejmują:

- opracowanie narzędzi, które przyczynią się do ograniczenia społecznych nierówności w zdrowiu,
- opracowanie międzysektorowej strategii ograniczania społecznych nierówności w zdrowiu,
- opracowanie 2 programów szkoleniowych, na podstawie których zostaną przeprowadzone szkolenia z zakresu zdrowia publicznego dla 3 000 osób.

Ponadto powstanie baza materiałów opracowanych w ramach projektu, w której znajdą się także inne materiały dotyczące nierówności w zdrowiu (np. dane epidemiologiczne, materiały dotyczące stanu zdrowia i społecznych nierówności w zdrowiu przygotowywane okresowo, linki do najważniejszych baz danych dotyczących zdrowia publicznego). Baza będzie służyła adresatom poszczególnych części projektu – m.in. podmiotom odpowiedzialnym za politykę zdrowotną na szczeblach centralnym, regionalnym i lokalnym oraz tym, które przygotowują, realizują lub oceniają programy zdrowia publicznego (głównie na terenie powiatów).

Projekt zakłada opracowanie m.in.:

- nowych rozwiązań dotyczących organizacji i funkcjonowania systemu zdrowia publicznego, które będą miały na celu poprawę skuteczności działania systemu i będą mogły wpływać na wieloletnie planowanie (moduł Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016+ dotyczący nierówności w zdrowiu) oraz na zapewnienie wsparcia eksperckiego w pracach związanych z projektem i ustawami zdrowotnymi,
- nowych wzorów analiz okresowych, które umożliwiają monitorowanie różnych aspektów społecznych nierówności w zdrowiu, czynników powodujących te nierówności oraz dynamiki zachodzących zmian,
- narzędzi umożliwiających ocenę wpływu różnych czynników na stan zdrowia ludności,
- narzędzi umożliwiających określenie potrzeb zdrowotnych ludności, związanych głównie ze społecznymi nierównościami w zdrowiu,
- wzorów programów zdrowia publicznego o udowodnionej skuteczności, adresowanych do grup społecznych o podwyższonym ryzyku zdrowotnym (palenie tytoniu, nadciśnienie, cholesterol, wypadki),
- wzorów nowych programów dydaktycznych, które przyczynią się do podniesienia kwalifikacji ludzi zajmujących się ograniczaniem społecznych nierówności w zdrowiu.

Opracowanie tych narzędzi będzie możliwe m.in. dzięki transferowi know how, głównie z Norwegii.

Projekt predefiniowany jest adresowany do wszystkich podmiotów, które powinny uczestniczyć w opracowywaniu i wprowadzaniu wielosektorowych, kompleksowych strategii skupiających się na zmniejszaniu społecznych nierówności w zdrowiu. Są to przede wszystkim:

- Ministerstwo Zdrowia – odpowiedzialne za tworzenie ram krajowej polityki zdrowotnej,
- inne ministerstwa (w szczególności Ministerstwo Rozwoju Regionalnego, Ministerstwo Edukacji, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej) – kluczowe z punktu widzenia realizacji zasady health in all policies (zdrowie we wszystkich politykach),
- instytucje samorządowe (wojewódzkie, powiatowe, gminne) – odpowiedzialne za realizację zadań związanych z zarządzaniem zdrowiem publicznym,
- organizacje pozarządowe – zajmujące się zdrowiem publicznym,

Beneficjentem projektu jest Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego Ministerstwa Zdrowia. Wartość przedsięwzięcia wynosi 14 176 239 zł, przy czym jest ono współfinansowane przez Norweski Mechanizm Finansowy na lata 2009-2014 (kwota dofinansowania – 12 049 803 zł, środki krajowe – 2 126 436 zł).

Partnerzy projektu:

- Norweski Dyrektoriat do Spraw Zdrowia,
- Konsorcjum „Nauka i Zdrowie” w składzie; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Instytut Zdrowia Publicznego w Krakowie, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego w Warszawie oraz Instytut Zdrowia Publicznego Wydziału Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego,
- Departament Zdrowia Publicznego Ministerstwa Zdrowia,
- Narodowy Fundusz Zdrowia.

W 2013 r. Partnerzy projektu prowadzili prace koncepcyjno-organizacyjne mające na celu złożenie wniosku aplikacyjnego. Dnia 29.01.2014 r. Minister Zdrowia wydał decyzję o rozpoczęciu realizacji projektu.

III.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w 2013 r.

Przedmiotowa analiza obejmuje informacje dotyczące dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w 2013 r. w następujących rodzajach świadczeń:

- podstawowa opieka zdrowotna (POZ),
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS),
- leczenie szpitalne (SZP),
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (PSY),
- świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (SPO),
- opieka paliatywna i hospicyjna (OPH),
- rehabilitacja lecznicza (REH),
- świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK),
- leczenie stomatologiczne (STM),
- profilaktyczne programy zdrowotne (PRO),
- zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne (ZSP),
- lecznictwo uzdrowiskowe UZD),
- pomoc doraźna i transport sanitarny (PDT),
- ratownictwo medyczne (RTM).

W sprawozdaniu wykorzystano dane o świadczeniach zakontraktowanych przez Fundusz i świadczeniach wykonanych przez świadczeniodawców. Dla potrzeb statystyk przyjęto liczbę uprawnionych do świadczeń według CWU prowadzonego przez Fundusz wg stanu na 7 stycznia 2014 r. Wartości umów podanych w tabelach nie zawierają wartości pełnomocnictw zarówno otrzymanych jak i udzielonych, a koszty realizacji umów zawierają: koszty poniesione na realizację świadczeń dotyczących pacjentów migrujących, ugody, porozumienia i inne koszty wynikające z indywidualnych zgód Dyrektorów (stąd możliwe różnice na poziomie oddziału). Pełnomocnictwa te dotyczą kosztów leczenia pacjentów wyjeżdżających z własnego województwa w celu podjęcia leczenia w innym województwie oraz pokrycie kosztów leczenia przyjeżdżających pacjentów. Dane dotyczące umów pochodzą z systemu informatycznego Centrali NFZ z dnia 19 maja 2014 r., natomiast informacja o realizacji planu finansowego z Departamentu Ekonomiczno-Finansowego w Centrali Funduszu.

III.2.1. Umowy zawarte na 2013 rok

Dla wartości umów w podstawowej opiece zdrowotnej i zaopatrzeniu w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze podano wartość obowiązującego planu finansowego.

W 2013 r. najwięcej umów zawarto w rodzajach świadczeń: podstawowa opieka zdrowotna (11 255), leczenie stomatologiczne (8 415), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (7 934). Wartość zawartych umów na 2013 r. wyniosła 56 110 122,95 tys. zł. Jest to wartość wyższa o ok. 3,5% w porównaniu do 2012 r. Różnice w liczbie umów pomiędzy rokiem 2012 i 2013 są wynikiem podpisywania umów na okres krótszy niż 1 rok przez oddziały wojewódzkie Funduszu co skutkuje ich zdublowaniem w systemie informatycznym Centrali Funduszu.

Tabela nr III.1. Liczba i wartość umów obowiązujących w latach 2012-2013.

Lp.	Rodzaj świadczenia	liczba umów 2012 *	wartość umów 2012	liczba umów 2013	wartość umów 2013	dynamika wartości umów 2012=100%
1	podstawowa opieka zdrowotna	10 779	7 564 974,00	11 255	7 653 832,00	101,17%
2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	8 317	5 048 620,46	7 934	5 267 196,54	104,33%
3	lecznictwo szpitalne	2 783	29 397 184,77	2 044	30 594 783,38	104,07%
4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 512	2 158 458,88	1 558	2 245 011,26	104,01%
5	rehabilitacja lecznicza	2 743	1 996 747,14	2 867	2 077 984,46	104,07%
6	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	2 044	1 020 341,29	1 866	1 077 374,49	105,59%
7	opieka paliatywna i hospicyjna	458	328 015,01	463	355 860,05	108,49%
8	leczenie stomatologiczne	8 216	1 779 500,53	8 415	1 782 793,57	100,19%
9	lecznictwo uzdrowiskowe	154	592 423,07	150	608 130,54	102,65%
10	ratownictwo medyczne	252	1 824 229,30	232	1 834 515,85	100,56%
11	pomoc doraźna i transport sanitarny	32	42 621,63	32	42 937,46	100,74%
12	profilaktyczne programy zdrowotne	772	179 372,44	738	179 528,25	100,09%
13	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	472	1 564 670,35	476	1 663 814,10	106,34%
14	zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	3 169	685 040,00	3 286	726 361,00	106,03%
	Razem	41 703	54 182 198,89	41 316	56 110 122,95	103,56%

* liczba umów została skorygowana ze względu na niepełne dane wygenerowane w chwili sporządzania sprawozdania za 2012 rok.

Na wykresach zbiorczych dotyczących migracji pacjentów oraz informacji o wydatkach z podziałem na płeć i wiek ze względu na sposób kontraktowania i rozliczania świadczeń nie uwzględniono danych z rodzajów podstawowej opieki zdrowotnej, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze, pomocy doraźnej i transportu sanitarnego, ratownictwa medycznego oraz uzdrowisk.

Wykres nr III.1. Wartość poniesionych wydatków w 2013 r. w podziale na wiek i płeć pacjenta (tys. zł)

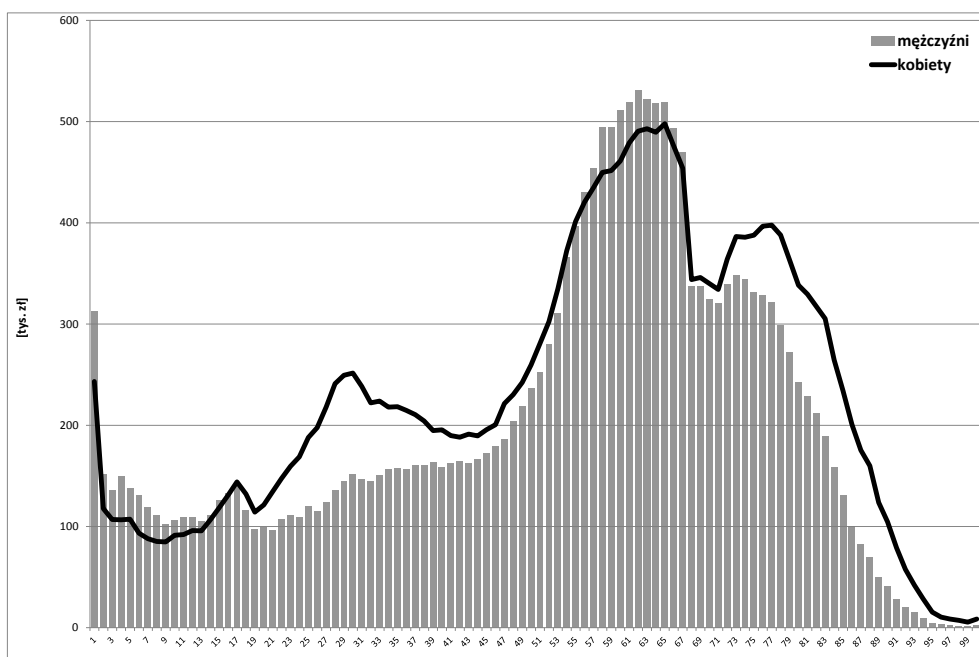


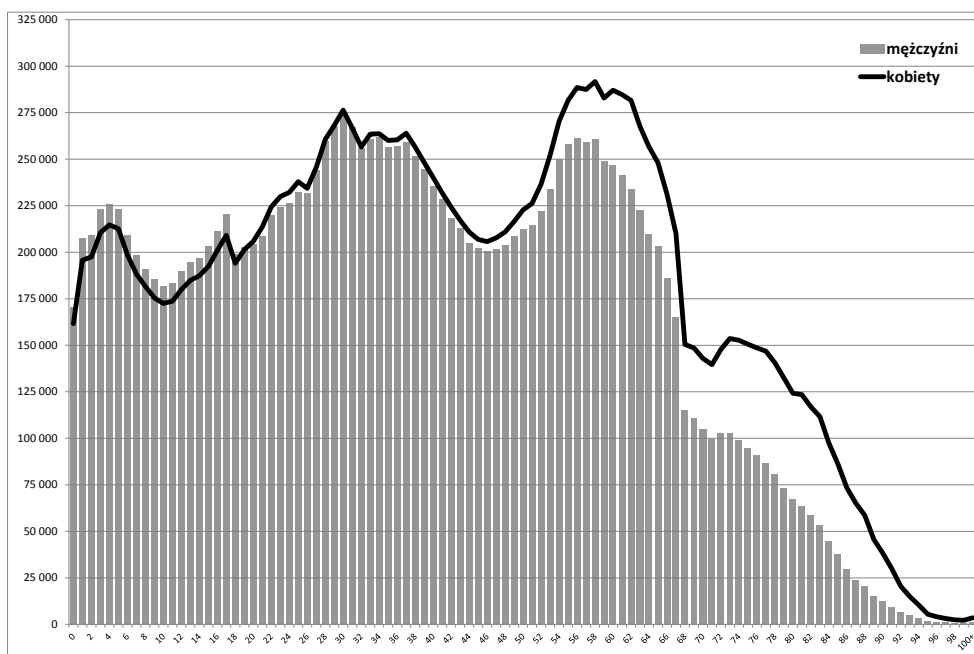
Tabela nr III.2. Liczba świadczeniodawców w latach 2012-2013. Dane z systemu informatycznego Centrali Funduszu z dnia 13 maja 2014 r. (bez UZD, RTM, PDT, ZSP)

Kod OW NFZ	OW NFZ	Liczba świadczeniodawców 2012 *	Liczba świadczeniodawców 2013
1	Dolnośląski	1 854	1 790
2	Kujawsko-Pomorski	1 044	1 048
3	Lubelski	1 419	1 387
4	Lubuski	882	884
5	Łódzki	1 217	1 198
6	Małopolski	1 460	1 481
7	Mazowiecki	1 860	1 861
8	Opolski	738	730
9	Podkarpacki	1 772	1 762
10	Podlaski	853	842
11	Pomorski	1 135	1 138
12	Śląski	2 678	2 646
13	Świętokrzyski	774	784
14	Warmińsko-Mazurski	1 234	1 200
15	Wielkopolski	3 078	3 061
16	Zachodniopomorski	1 165	1 139
Razem		23 163	22 951

* korekta w odniesieniu do 2012 r. – przyjęto inny sposób zliczania liczby unikalnych świadczeniodawców.

Ogólna liczba unikalnych świadczeniodawców mających siedzibę na terenie danego oddziału (bez podziału na rodzaj świadczeń) i realizujących świadczenia na podstawie umów z Funduszem w 2013 r. wynosiła 22 951.

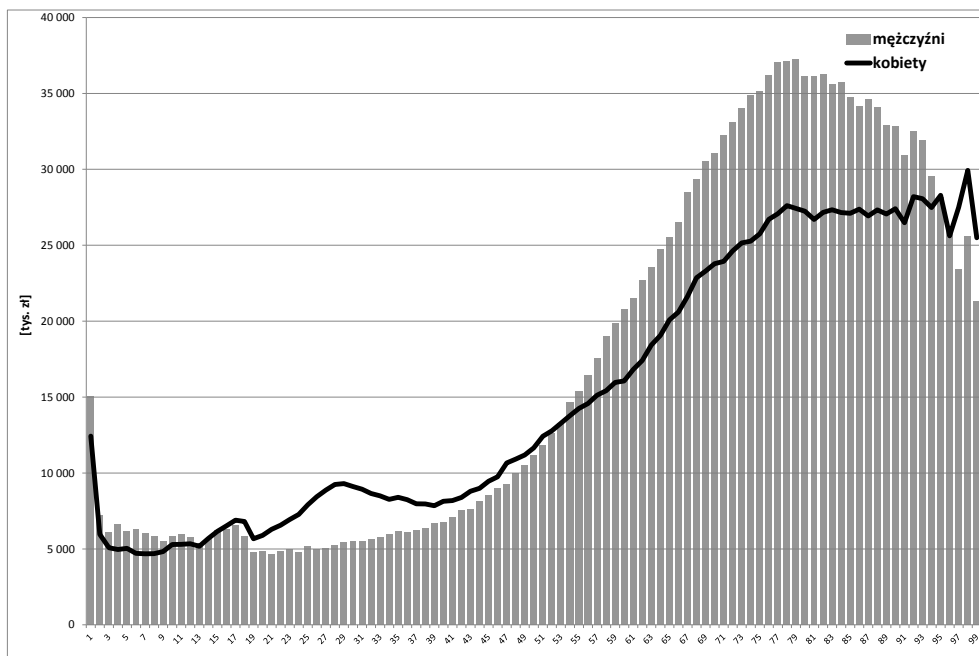
Wykres nr III.2. Wykres przedstawiający rozkład demograficzny uprawnionych do świadczeń w 2013 r. z podziałem na płeć i wiek.



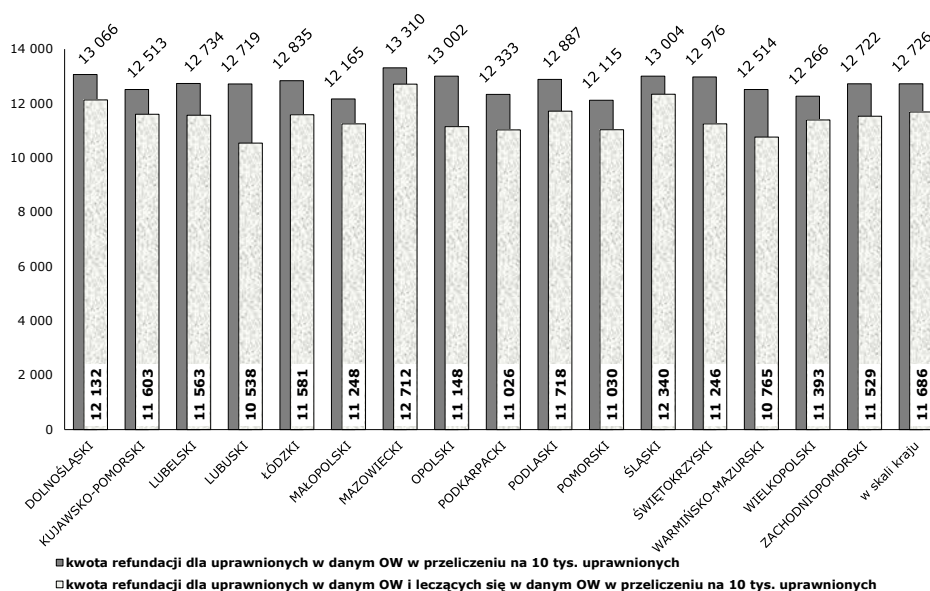
III.2.2. Monitorowanie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej

Całość opracowań dotyczących migracji i kosztów z nią związanych obejmuje wszystkie rodzaje świadczeń z wyłączeniem: podstawowej opieki zdrowotnej, leczenia uzdrowskiego, ratownictwa medycznego i transportu sanitarnego oraz zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze.

Wykres nr III.3. Wartość poniesionych wydatków na świadczenia w 2013 r. w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych do świadczeń z podziałem na wiek i płeć pacjenta.

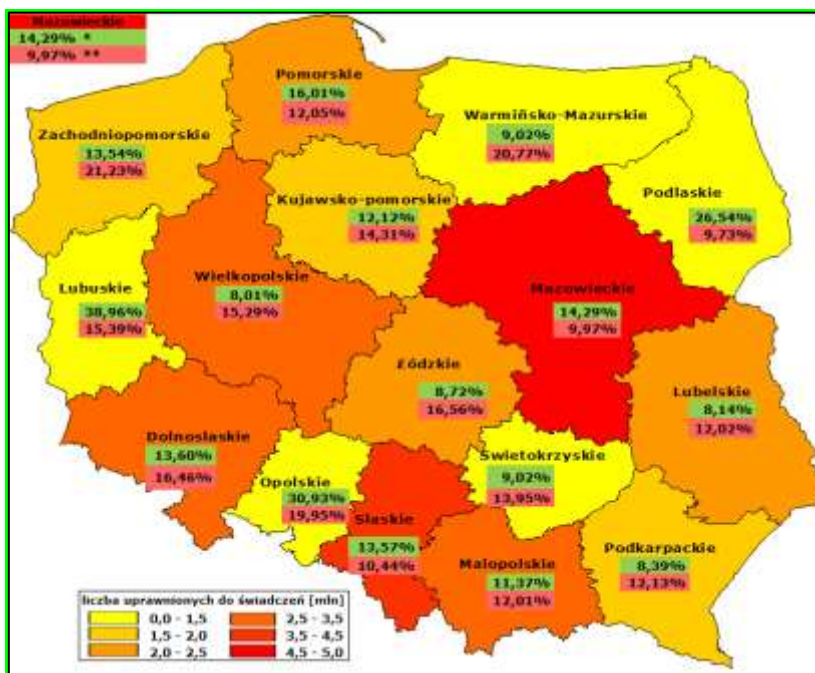


Wykres nr III.4. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddział wojewódzki Funduszu na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających [tys. zł]



Na powyższym wykresie przedstawiono zsumowane koszty wszystkich rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej (z wyłączeniem POZ, UZD, RTM, PDT, ZSP) w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych, jakie poniosły poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu na leczenie wszystkich swoich pacjentów na terenie całego kraju (wyższy słupek) oraz koszty świadczeń jakie dane oddziały wojewódzkie Funduszu poniosły na leczenie swoich pacjentów w obrębie swojego oddziału.

Wykres nr III.5. Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń udzielonych migrującym uprawnionym w 2013 r. w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu.



Na mapie gradientem kolorów przedstawiono liczbę uprawionych do świadczeń w 2013 r. w każdym z oddziałów wojewódzkich Funduszu.

* Udział wartości świadczeń poniesionych na leczenie pacjentów spoza danego oddziału (przyjeżdżających) w ogólnej wartości wydatków poniesionych przez oddział.

** Udział wartości kosztów świadczeń poniesionych na leczenie swoich pacjentów poza oddziałem (wyjeżdżających) w ogólnej wartości wydatków w danym oddziale.

Wspólny mianownik służący do wyliczenia udziałów procentowych stanowiła łączna kwota refundacji z uwzględnieniem wszystkich międzyoddziałowych (otrzymanych i udzielonych) pełnomocnictw każdego z oddziałów.

III.2.2.1. Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia udzielane są osobom, które dokonały wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej, a w sytuacjach nagłego pogorszenia stanu zdrowia również osobom niezadeklarowanym. Świadczenia realizowane są w warunkach ambulatoryjnych, w domu pacjenta lub w domu pomocy społecznej, placówkach socjalizacyjnych, opiekuńczych, interwencyjnych oraz resocjalizacyjnych, w dni powszednie od poniedziałku do piątku (w godzinach od 8.00 do 18.00).

W świadczeniach gwarantowanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej wyodrębnia się następujące przedmioty umowy:

- świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej,
- świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej,
- świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielane w środowisku nauczania i wychowania zwane dalej świadczeniami pielęgniarki szkolnej,
- świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ (realizowane w dni powszednie w godzinach od 18.00 do 8.00 a w soboty, niedziele i dni świąteczne – całodobowo),
- transport sanitarny w POZ (finansowany kapitałowo).

Świadczenia gwarantowane w zakresie POZ ukierunkowane są na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnianie i pielęgnację świadczeniobiorcy w chorobie. Udzielanie świadczeń gwarantowanych, stosownie do przedmiotu umowy, zapewnia realizację zadań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1 816). Świadczenia gwarantowane w zakresie POZ udzielane są świadczeniobiorcom, którzy dokonali wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ poprzez złożenie odpowiedniej deklaracji wyboru. Zalecane liczby osób objętych opieką przez lekarza, pielęgniarkę i położną POZ pozostają bez zmian i wynoszą w odniesieniu do lekarza i pielęgniarki POZ – 2 750, a w odniesieniu do położnej POZ – 6 600.

Tabela nr III.3 Liczba podmiotów oraz liczba miejsc udzielania świadczeń w 2013 r. (POZ).

liczba umów zawartych na 2013 r. = liczba podmiotów / liczba miejsc udzielania świadczeń	lekarz w POZ		pielęgniarka w POZ		położna w POZ		pielęgniarka szkolna w POZ		transport sanitarny w POZ		nocna i świąteczna opieka zdrowotna w POZ		
	podmioty	miejsca	podmioty	miejsca	podmioty	miejsca	podmioty	miejsca	podmioty	miejsca	podmioty	liczba obszarów zabezpieczenia	miejsca
Dolnośląski	486	1 139	526	680	432	509	253	822	33	39	30	33	64
Kujawsko-Pomorski	298	480	317	403	301	335	245	473	153	157	25	28	53
Lubelski	411	694	433	549	374	451	254	559	38	47	24	24	54
Lubuski	189	379	209	255	104	112	148	457	43	44	16	18	26
Łódzki	437	768	440	588	368	439	227	640	66	75	23	26	64
Małopolski	461	703	465	618	312	360	311	847	72	75	34	47	86
Mazowiecki	661	1 031	654	974	573	726	384	1 324	99	109	55	69	122
Opolski	186	244	155	210	61	64	74	503	28	30	13	13	25
Podkarpacki	340	712	439	615	198	233	162	456	44	44	24	26	55
Podlaski	236	313	234	292	185	225	102	303	11	19	14	18	31
Pomorski	283	356	274	362	167	294	177	760	101	101	23	27	52
Śląski	747	1 127	734	941	658	798	271	1 908	70	80	42	54	114
Świętokrzyski	181	378	232	312	97	97	138	382	24	33	7	18	29
Warmińsko-Mazurski	274	366	257	299	161	182	146	564	26	29	21	25	38
Wielkopolski	617	754	591	637	307	321	357	1 802	51	61	41	43	91
Zachodniopomorski	298	405	285	328	199	227	101	524	143	146	20	25	43
OW NFZ razem	6 105	9 849	6 245	8 063	4 497	5 373	3 350	12 324	1 002	1 089	412	494	947

Dane zebrane z oddziałów wojewódzkich wg. stanu na 12 marca 2013.

Tabela nr III.4. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w latach 2012-2013 i ich wykonanie.

Nazwa Oddziału	POZ 2012		POZ 2013		% realizacji 2013	Dynamika planu 2012=100%
	plan (tys. zł)	realizacja (tys. zł)	plan (tys. zł)	realizacja (tys. zł)		
Dolnośląski	570 329,00	569 930,19	577 015,00	576 163,18	99,85%	101,17%
Kujawsko-Pomorski	418 658,00	417 074,35	422 608,00	421 752,35	99,80%	100,94%
Lubelski	445 400,00	445 228,35	449 100,00	448 568,81	99,88%	100,83%
Lubuski	202 110,00	201 880,51	206 950,00	206 006,08	99,54%	102,39%
Łódzki	511 899,00	511 686,95	515 199,00	514 762,10	99,92%	100,64%
Małopolski	643 927,00	643 709,28	655 600,00	654 129,64	99,78%	101,81%
Mazowiecki	1 048 000,00	1 045 374,70	1 067 000,00	1 064 087,37	99,73%	101,81%
Opolski	186 300,00	185 814,42	187 231,00	186 760,91	99,75%	100,50%
Podkarpacki	411 269,00	411 205,77	416 044,00	415 146,06	99,78%	101,16%
Podlaski	226 150,00	225 788,90	228 800,00	228 589,00	99,91%	101,17%
Pomorski	437 900,00	437 489,37	446 286,00	445 751,04	99,88%	101,92%
Śląski	894 414,00	891 870,13	900 414,00	898 765,06	99,82%	100,67%
Świętokrzyski	244 880,00	244 504,11	244 680,00	242 616,59	99,16%	99,92%
Warmińsko-Mazurski	278 203,00	277 624,34	280 220,00	279 647,15	99,80%	100,73%
Wielkopolski	708 000,00	707 996,56	717 000,00	716 989,61	100,00%	101,27%
Zachodniopomorski	337 535,00	337 319,62	339 685,00	338 674,02	99,70%	100,64%
RAZEM:	7 564 974,00	7 554 497,55	7 653 832,00	7 638 408,97	99,80%	101,17%

Realizacja planu finansowego – dane z DEF

Realizacja planu finansowego za 2013 r. wynosi 99,80% wartości planu, tj. 7 638 408,97 tys. zł.

Tabela nr III.5. Realizacja wybranych badań diagnostycznych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ) w latach 2012-2013 (dane uzyskane z oddziałów wojewódzkich Funduszu).

Nazwa badania	2012	2013	dynamika wzrostu 2012=100%
Badania hematologiczne	17 615 997	18 637 363	105,80%
Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi	46 523 554	50 603 559	108,77%
Badania moczu	8 334 924	8 797 542	105,55%
Badania kału	888 213	952 476	107,24%
Badania układu krzepnięcia	3 628 844	3 896 837	107,39%
Badania mikrobiologiczne	523 231	551 001	105,31%
Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku	4 021 029	4 292 625	106,75%
Badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej	1 553 090	1 589 125	102,32%
Zdjęcia rentgenowskie	3 844 010	3 962 088	103,07%
Razem dla wszystkich zrealizowanych badań	86 932 892	93 282 616	107,30%

W powyższej tabeli podano liczbę badań wykonywanych w ramach kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W 2012 r. liczba badań sprawozdanych przez świadczeniodawców POZ wyniosła 86 932 892. W 2013 r. odnotowuje się wzrost sprawozdanego wykonania badań ogółem o ok. 7,3% w porównaniu z 2012 r. W 2013 r. lekarze poz wykonali u pacjentów 93 282 616 badania diagnostyczne.

III.2.2.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W rodzaju świadczeń ambulatoryjna opieka specjalistyczna, zawierane umowy ze świadczeniodawcą, obejmują świadczenia w poradniach specjalistycznych, ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK) i kompleksową ambulatoryjną opiekę specjalistyczną (KAOS).

Świadczenia w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej obejmują:

- świadczenia specjalistyczne (świadczenia z grupy świadczeń zabiegowych i zachowawczych),
- świadczenia specjalistyczne kompleksowe – świadczenie polegające na kompleksowej ocenie stanu zdrowia pacjenta (wywiad lekarski, badanie fizykalne, pozyskiwanie w drodze skierowania niezbędnych wyników badań dodatkowych, ocenę dostępnych i zleconych wyników badań dodatkowych),
- świadczenia pohospitalizacyjne – świadczenia realizowane w okresie do 30 dni od dnia zakończenia hospitalizacji przez podmiot, który udzielił świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego, związana z nim przyczyna, obejmująca ocenę przebiegu leczenia po zakończonej hospitalizacji.

Tabela nr III.6. Liczba świadczeniodawców w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (dane z systemu informatycznego Centrali NFZ z dnia 13 maja 2014 r.).

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2012	liczba świadczeniodawców 2013
01	Dolnośląski	588	523
02	Kujawsko-Pomorski	350	347
03	Lubelski	278	267
04	Lubuski	191	187
05	Łódzki	438	425
06	Małopolski	450	445
07	Mazowiecki	593	586
08	Opolski	187	186
09	Podkarpacki	363	366
10	Podlaski	243	237
11	Pomorski	391	387
12	Śląski	974	967
13	Świętokrzyski	287	283
14	Warmińsko-Mazurski	366	346
15	Wielkopolski	748	720
16	Zachodniopomorski	279	272
	Razem	6 726	6 544

Wykres nr III.6. Liczba osób korzystających ze świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w podziale na kobiety i mężczyzn w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

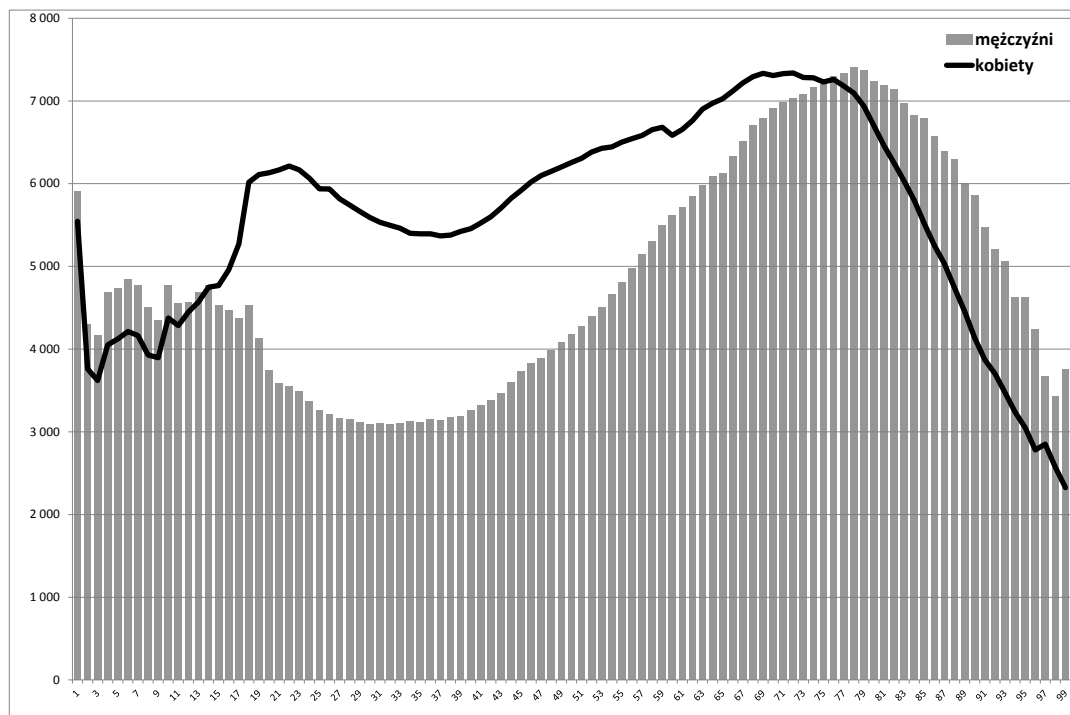
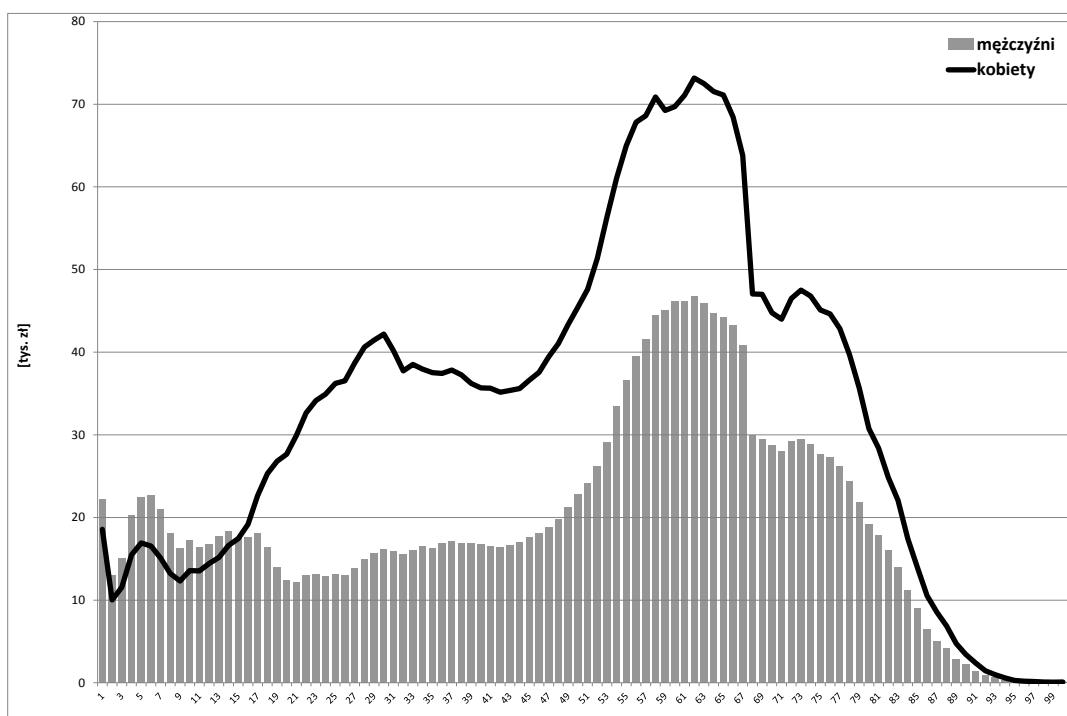


Tabela nr III.7. Wartość i wykonanie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2012 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2012 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2013 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2013 w tys. zł	Dynamika kontraktów 2012=100%
Dolnośląski	378 263,70	388 093,21	396 851,15	392 832,91	104,91%
Kujawsko-Pomorski	261 694,92	262 216,77	265 349,25	265 758,14	101,40%
Lubelski	246 187,42	253 592,76	263 235,23	271 161,47	106,92%
Lubuski	138 111,41	139 273,13	145 260,74	145 802,79	105,18%
Łódzki	302 284,52	305 811,45	310 255,49	315 994,54	102,64%
Małopolski	432 812,66	433 717,22	462 085,75	461 122,45	106,76%
Mazowiecki	741 537,83	714 087,93	771 248,47	745 117,16	104,01%
Opolski	122 793,85	122 728,45	128 263,26	126 756,07	104,45%
Podkarpacki	235 169,17	242 860,23	256 411,67	260 399,73	109,03%
Podlaski	178 275,27	178 641,57	186 177,02	185 689,31	104,43%
Pomorski	316 472,75	315 773,61	316 796,76	316 993,01	100,10%
Śląski	686 339,07	678 488,76	716 770,49	708 394,76	104,43%
Świętokrzyski	147 478,98	150 870,24	154 746,09	157 378,19	104,93%
Warmińsko-Mazurski	172 241,54	176 532,99	180 926,34	188 250,49	105,04%
Wielkopolski	470 091,84	462 839,19	484 626,93	479 633,42	103,09%
Zachodniopomorski	218 865,52	220 833,14	228 191,90	229 653,17	104,26%
RAZEM:	5 048 620,46	5 046 360,65	5 267 196,54	5 250 937,61	104,33%

Wartość zawartych umów w 2013 r. na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne wyniosła 5 267 196,54 tys. zł. Koszty realizacji świadczeń obejmują: wykonanie porad, badań kosztocłonnych oraz kompleksową ambulatoryjną opiekę nad pacjentem i wynoszą 5 250 937,61 tys. zł.

Wykres nr III.7. Wartość poniesionych wydatków w 2013 r. w podziale na wiek i płeć pacjenta (tys. zł) w AOS.



Od lipca 2011 r. wprowadzono zmianę zasad finansowania świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Przyjęto do stosowania w rozliczeniach z Funduszem grupy świadczeń specjalistycznych o charakterze zabiegowym (Z) lub zachowawczym (W). Grupy te zostały utworzone i wycenione z uwzględnieniem kryterium spójności postępowania medycznego, warunków ich wykonania oraz porównywalnego zużycia zasobów i czasu wykonania.

Grupy świadczeń o charakterze zachowawczym (W) obejmują świadczenia specjalistyczne typu 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11-ego, świadczenia kompleksowe typu 1,2,3,4,5-ego oraz inne świadczenia specjalistyczne typu W (W01 – świadczenia poshospitalizacyjne, W031 – porada udzielona w miejscu pobytu świadczeniodawcy).

Tabela nr III.8. Liczba ambulatoryjnych porad charakterze zachowawczym (W) o wykonanych w latach 2012-2013.

Nazwa Oddziału	2012			2013		
	świadczenia kompleksowe typu 1, 2, 3 i 4-go	świadczenia specjalistyczne typu 1, 2, 3 i 4-go	inne świadczenia specjalistyczne z grupy W	świadczenia kompleksowe typu 1, 2, 3, 4, 5-ego	świadczenia specjalistyczne typu 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11-go	inne świadczenia specjalistyczne z grupy W
Dolnośląski	615 756	4 358 306	68 741	704 646	4 385 524	75 567
Kujawsko-Pomorski	480 482	3 439 623	62 226	471 486	3 472 534	64 646
Lubelski	198 961	3 700 886	56 305	220 515	3 796 736	55 286
Lubuski	273 322	1 465 188	23 505	280 607	1 570 746	22 398
Łódzki	511 894	3 941 622	65 357	555 441	4 129 580	67 574
Małopolski	344 894	6 058 710	90 488	394 634	6 274 124	101 653
Mazowiecki	957 498	8 885 358	205 546	1 065 458	8 930 685	190 146
Opolski	121 455	1 475 635	33 119	140 281	1 492 053	35 669
Podkarpacki	153 622	3 757 757	37 720	187 986	3 953 885	43 386
Podlaski	133 944	2 377 676	48 115	146 562	2 492 440	49 392
Pomorski	472 618	3 677 557	37 464	588 377	3 641 396	37 423
Śląski	427 808	9 687 888	113 051	479 585	10 081 578	115 541
Świętokrzyski	165 998	2 043 385	28 421	176 295	2 090 529	27 627
Warmińsko-Mazurski	282 673	2 169 201	30 513	289 535	2 247 925	31 984
Wielkopolski	573 543	5 384 733	40 693	654 315	5 612 824	45 582
Zachodniopomorski	335 686	2 624 570	39 654	368 413	2 745 623	39 674
Razem	6 050 154	65 048 095	980 918	6 724 136	66 918 192	1 003 548
		72 079 167			74 645 876	

Pozostałe świadczenia specjalistyczne należą do kategorii porad grupy „Z” i dotyczą świadczeń zabiegowych. W tabeli poniżej przedstawiono zestawienie wszystkich porad (świadczeń) w latach 2012-2013 podzielonych na ww. kategorie.

Tabela nr III.9. Liczba ambulatoryjnych porad specjalistycznych wykonanych w latach 2012-2013 (Dane wygenerowane z systemu informatycznego Centali NFZ).

OW NFZ	łączna liczba porad w 2012		łączna liczba porad w 2013		średnia liczba porad przypadająca na 1 upraw. w 2012	średnia liczba świadczeń przypadająca na 1 upraw. w 2013
	kategoria porad z grup W (zachowawcze)	kategoria porad z grup Z (zabiegowe)	kategoria porad z grup W (zachowawcze)	kategoria porad z grup Z (zabiegowe)		
Dolnośląski	5 042 803	513 973	5 165 737	565 124	1,99	2,20
Kujawsko-Pomorski	3 982 331	385 940	4 008 666	407 023	2,14	2,29
Lubelski	3 956 152	420 119	4 072 537	450 255	2,07	2,26
Lubuski	1 762 015	219 815	1 873 751	228 563	2,00	2,29
Łódzki	4 518 873	450 474	4 752 595	508 079	2,01	2,24
Małopolski	6 494 092	638 518	6 770 411	709 586	2,24	2,44
Mazowiecki	10 048 402	921 224	10 186 289	954 262	2,14	2,24
Opolski	1 630 209	144 281	1 668 003	154 771	1,92	2,12
Podkarpacki	3 949 099	355 570	4 185 257	385 861	2,11	2,36
Podlaski	2 559 735	255 879	2 688 394	271 464	2,47	2,74
Pomorski	4 187 639	487 078	4 267 196	522 373	2,13	2,32
Śląski	10 228 747	1 142 892	10 676 704	1 257 147	2,55	2,83
Świętokrzyski	2 237 804	218 909	2 294 451	234 752	1,98	2,16
Warmińsko-Mazurski	2 482 387	346 567	2 569 444	367 020	2,01	2,25
Wielkopolski	5 998 969	889 708	6 312 731	972 102	2,04	2,24
Zachodniopomorski	2 999 910	343 947	3 153 710	368 626	2,03	2,30
Razem:	72 079 167	7 734 894	74 645 876	8 357 008	2,15	2,35
	79 814 061		83 002 884			

Łączna liczba wszystkich porad w 2013 r. wyniosła 83 002 884, gdzie średnio na jednego uprawnionego do świadczeń przypadło 2,35 porady (2,15 w 2012 r.). Do wyliczeń zsumowano wszystkie rodzaje porad realizowanych w 2013 r.

Tabela nr III.10. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne w 2013 r. w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w tys. zł. Realizacja planu – dane z Departamentu Ekonomiczno-Finansowego Centrali Funduszu.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2013 r. na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)	Wartość zapłaconych świadczeń w 2013 r. ogółem na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	1 523,17	116%	1 507,75	112%
Kujawsko-Pomorski	1 378,59	105%	1 380,71	103%
Lubelski	1 313,48	100%	1 353,03	101%
Lubuski	1 581,87	120%	1 587,78	118%
Łódzki	1 318,76	100%	1 343,16	100%
Małopolski	1 509,15	115%	1 506,01	112%
Mazowiecki	1 548,97	118%	1 496,49	111%
Opolski	1 492,73	114%	1 475,19	110%
Podkarpacki	1 322,94	101%	1 343,51	100%
Podlaski	1 721,75	131%	1 717,24	128%
Pomorski	1 534,17	117%	1 535,12	114%
Śląski	1 701,59	130%	1 681,70	125%
Świętokrzyski	1 320,35	101%	1 342,81	100%
Warmińsko-Mazurski	1 386,80	106%	1 442,94	107%
Wielkopolski	1 493,39	114%	1 478,00	110%
Zachodniopomorski	1 491,19	114%	1 500,74	112%
RAZEM:	1 494,06	114%	1 489,44	111%

Wykres nr III.8. Wartość poniesionych wydatków na świadczenia w 2013 r. w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych do świadczeń z podziałem na wiek i płeć pacjenta w rodzaju AOS.

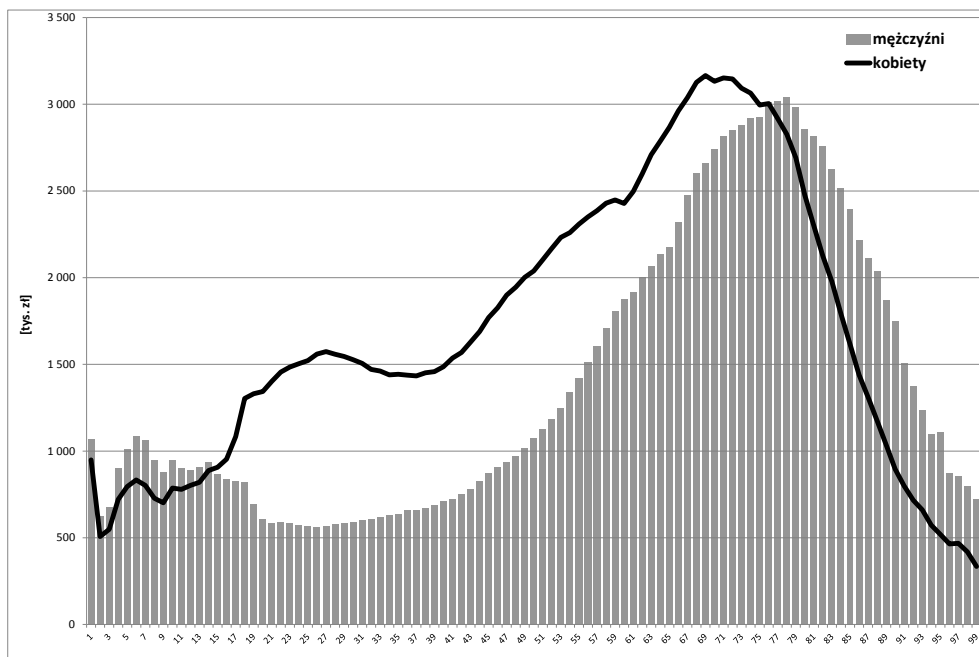


Tabela nr III.11 Kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna (KAOS).

Nazwa Oddziału	liczba umów 2012	wartość umów 2012 w tys. zł	wartość zapłaconych świadczeń 2012 w tys. zł	liczba umów 2013	wartość umów 2013 w tys. zł	wartość zapłaconych świadczeń 2013 w tys. zł
Dolnośląski	7	2 083,22	2 076,76	6	2 297,07	2 282,38
Kujawsko-Pomorski	7	2 877,00	2 876,00	7	3 008,90	2 930,88
Lubelski	4	595,87	591,39	3	495,53	489,87
Lubuski	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Łódzki	4	1 909,52	1 873,07	4	1 725,12	1 725,12
Małopolski	2	352,80	352,80	2	411,30	411,30
Mazowiecki	3	4 737,28	4 733,14	3	4 963,38	4 953,88
Opolski	6	954,58	952,49	3	961,07	958,10
Podkarpacki	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Podlaski	3	1 659,31	1 659,31	3	1 728,65	1 728,65
Pomorski	3	1 128,90	1 061,90	3	1 173,20	1 173,20
Śląski	9	4 941,84	4 929,51	9	5 027,72	5 014,72
Świętokrzyski	1	478,52	478,52	1	450,72	450,72
Warmińsko-Mazurski	5	2 104,08	2 047,68	4	2 052,18	2 052,18
Wielkopolski	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Zachodniopomorski	1	1 168,32	1 168,32	1	1 192,64	1 192,64
RAZEM	55	24 991,23	24 800,89	49	25 487,49	25 363,63

Kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna jest to opieka nad pacjentem z cukrzycą oraz opieka specjalistyczna nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV). W tabeli powyżej przedstawiona jest wartość umów i ich realizacja. W 2013 r. zawarto 49 umów na kwotę 25 487,49 tys. zł.

Celem wdrożenia kompleksowej opieki jest poprawa skuteczności leczenia pacjentów chorych na cukrzycę, prowadzonego w oparciu o aktualnie obowiązujące standardy opieki diabetologicznej a w następstwie zmniejszenie liczby hospitalizacji z powodu cukrzycy i jej powikłań.

Świadczenia w ramach kompleksowej opieki nad pacjentem z cukrzycą obejmują diagnostykę i terapię realizowaną na rzecz pacjenta (dzieci i dorosłych) w trakcie pracy poradni diabetologicznej, z intencją opuszczenia przez pacjenta placówki po godzinach funkcjonowania i ewentualne zgłoszenie się pacjenta celem dalszego postępowania w kolejnych dniach.

Świadczenia KAOS-cukrzyca finansowane są według rocznej stawki kapitałowej.

Świadczeniodawca realizujący program kompleksowej opieki nad pacjentem z cukrzycą, wykonuje także porady diabetologiczne, kontraktowane, rozliczane i finansowane na zasadach dotyczących realizacji świadczeń w poradniach specjalistycznych.

W ramach realizacji KAOS konieczne jest zapewnienie przez świadczeniodawcę realizującego KAOS konsultacji okulistycznych, kardiologicznych, neurologicznych, a w przypadku wskazań medycznych także chirurgicznych. Finansowanie tych świadczeń odbywa się ze środków świadczeniodawcy realizującego program.

Celem wdrożenia KAOS-HIV jest ciągła, regularna ocena stanu zdrowia, ze szczególnym uwzględnieniem monitorowania skuteczności leczenia pacjentów zakażonych HIV i chorych na AIDS leczonych lekami antyretrowirusowymi, finansowanymi przez Ministerstwo Zdrowia w ramach programów polityki zdrowotnej. Realizacja KAOS-HIV obejmuje wykonywanie kompleksowych porad specjalistycznych oraz regularnych badań laboratoryjnych i obrazowych.

Finansowanie KAOS-HIV odbywa się w ramach rocznej stawki kapitałowej. Finansowanie porad specjalistycznych wynikających z planu leczenia tych pacjentów odbywa się ze środków świadczeniodawcy realizującego program.

Tabela nr III.12. Ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK). Dane z oddziałów wojewódzkich Funduszu.

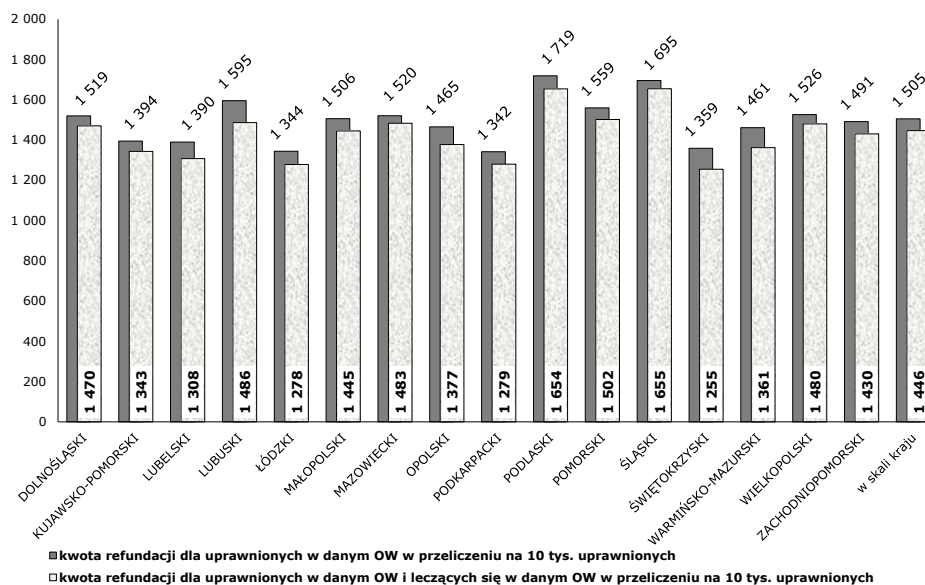
Nazwa Oddziału	liczba badań	wartość umów w tys. zł	wartość zapłaconych świadczeń w tys. zł	liczba badań	wartość umów w tys. zł	wartość zapłaconych świadczeń w tys. zł
Dolnośląski	188 416	69 359,76	68 264,96	199 665	72 942,26	72 795,47
Kujawsko-Pomorski	117 146	40 280,46	39 457,35	115 277	42 360,24	42 087,73
Lubelski	104 470	31 876,08	31 858,27	115 606	36 969,56	36 937,06
Lubuski	63 291	23 741,37	23 573,10	72 980	27 449,65	26 495,71
Łódzki	140 587	43 002,71	42 908,96	145 590	43 573,09	43 489,24
Małopolski	178 533	63 452,90	63 393,00	196 233	69 780,66	69 469,57
Mazowiecki	306 481	104 600,66	101 626,16	327 439	115 210,50	114 907,00
Opolski	65 512	22 704,31	22 681,50	63 858	23 836,50	23 616,80
Podkarpacki	103 169	38 190,64	38 161,43	115 607	43 297,95	43 263,23
Podlaski	55 255	20 836,16	20 833,54	64 710	24 862,90	24 857,11
Pomorski	151 787	52 516,11	52 377,49	155 863	53 525,98	53 443,31
Śląski	312 324	106 328,07	106 272,07	319 942	108 937,92	108 854,62
Świętokrzyski	66 714	23 924,50	23 750,22	80 531	29 241,02	29 200,07
Warmińsko-Mazurski	74 669	25 428,27	24 826,24	92 326	28 431,68	28 431,68
Wielkopolski	150 352	58 927,00	58 858,00	158 255	57 100,61	57 074,50
Zachodniopomorski	105 000	35 085,55	35 071,19	113 958	38 772,59	38 744,27
Razem	2 183 706	760 254,56	753 913,49	2 337 840	816 293,10	813 667,36

W rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna zawierane są również umowy na ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK) obejmujące badania z zakresu: badania medycyny nuklearnej, badania endoskopowe (gastroskopia i kolonoskopia), badania tomografii komputerowej (TK), badania rezonansu magnetycznego (RM) i badania echokardiograficzne płodu.

Świadczenia (ASDK) wykonywane u świadczeniobiorców leczonych w trybie ambulatoryjnym, są realizowane w odpowiednich pracowniach, laboratoriach, zakładach diagnostycznych, poradniach, będące przedmiotem odrębnego kontraktowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

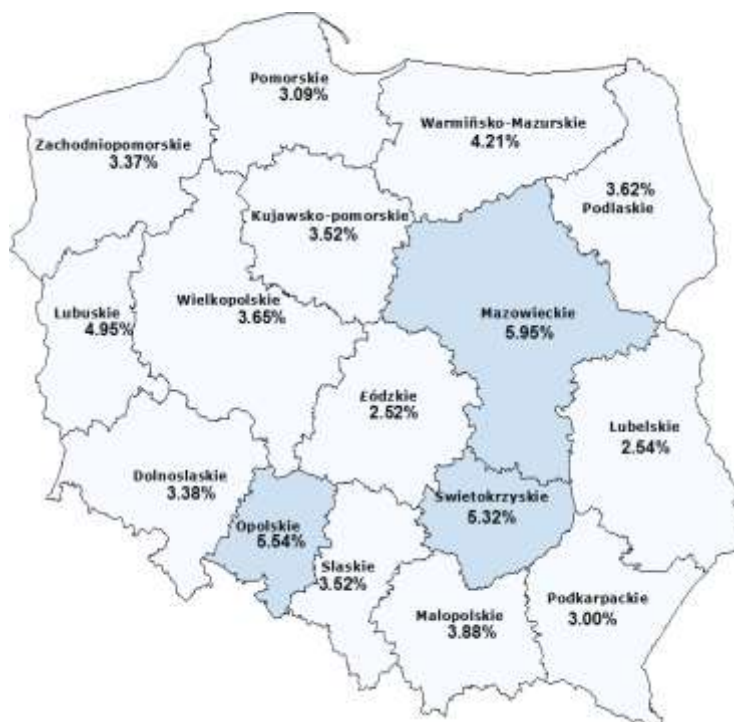
Wartość umów w 2013 r. wynosiła 816 293,10 tys. zł. Łącznie wykonano 2 337 840 badań.

Wykres nr III.9. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały wojewódzkie Funduszu na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł).



Największy wskaźnik wydatków w AOS w przeliczeniu na 10 tys. „swoich” uprawnionych na terenie całego kraju w 2013 r. osiągnął oddział podlaski (1 719 tys. zł), śląski (1 695 tys. zł), lubuski (1 595 tys. zł), pomorski (1 559 tys. zł), wielkopolski (1 526 tys. zł) i mazowiecki 1 520 tys. zł). W skali całego kraju koszty te wyniosły odpowiednio 1 505 tys. zł. Oddział podlaski osiągnął również jeden z najwyższych wskaźników w przypadku kosztów leczenia własnych pacjentów na terenie własnego oddziału (1 654 tys. zł). Średni koszt leczenia własnych pacjentów na terenie ich województwa przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych oddziału wyniósł w 2013 r. 1 446 tys. zł.

Wykres nr III.10. Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń oddziałów udzielonych uprawnionym spoza macierzystego oddziału wojewódzkiego w rodzaju AOS (%).



Największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza własnego województwa wystąpił w województwie mazowieckim (5,95% kosztów ogólnych poniesionych przez oddział).

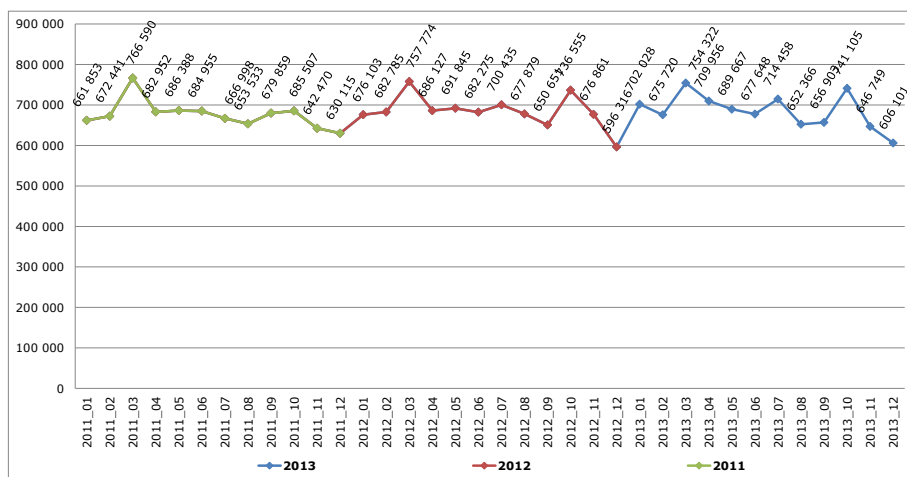
III.2.2.3. Lecznictwo szpitalne

W związku z oczekiwaniami środowiska pediatrycznego związanymi z ponowną wyceną punktową Jednorodnych Grup Pacjenta poprzez które rozliczane są świadczenia opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży, Fundusz przeprowadził weryfikację kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców podczas realizacji dużej części z tych świadczeń.

W 2013 r. Fundusz podjął także prace nad oszacowaniem wartości hospitalizacji związanej z diagnostyką inwazyjną w ostrym zespole wieńcowym (OZW) bez wykonania przezskórnego zabiegu wieńcowego (implantacja stentów, angioplastyka balonowa). Analiza grup leczenia inwazyjnego w OZW wykazała, że charakterystyka grupy E13 OZW – leczenie inwazyjne > 3 dni i E14 OZW – leczenie inwazyjne < 4 dni obejmują ten sam sposób postępowania medycznego i zawierają te same procedury. Różnicuje je jedynie czas pobytu pacjenta w szpitalu. W ramach grup E13, E14, które dedykowane zostały leczeniu inwazyjnemu w OZW i wykonywaniu zabiegów inwazyjnych, coraz większy udział stanowiły hospitalizacje zakończone wykonaniem jedynie samej diagnostyki inwazyjnej (koronarografia). Udział ten wzrastał z 33% w 2009 r. do 46% w 2012 r. W związku z tym podjęto prace w celu przeanalizowania, jak kształtuje się rozkład kosztów w ramach grup E13, E14 pod kątem zasadności wyodrębnienia grupy dla hospitalizacji, które kończą się wykonaniem wyłącznie koronarografii, bez wykonania przezskórnego zabiegu inwazyjnego techniką angioplastyki wieńcowej (PCI). Podstawą prac były wnioski składane przez podmioty lecznicze o wypłatę wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone pacjentom w stanie nagłym w związku z ustawowym obowiązkiem, wynikającym z art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wyodrębniono z nich do szczegółowej analizy hospitalizacje, które kończyły się wykonaniem wyłącznie koronarografii (bez zabiegu przezskórnej interwencji wieńcowej).

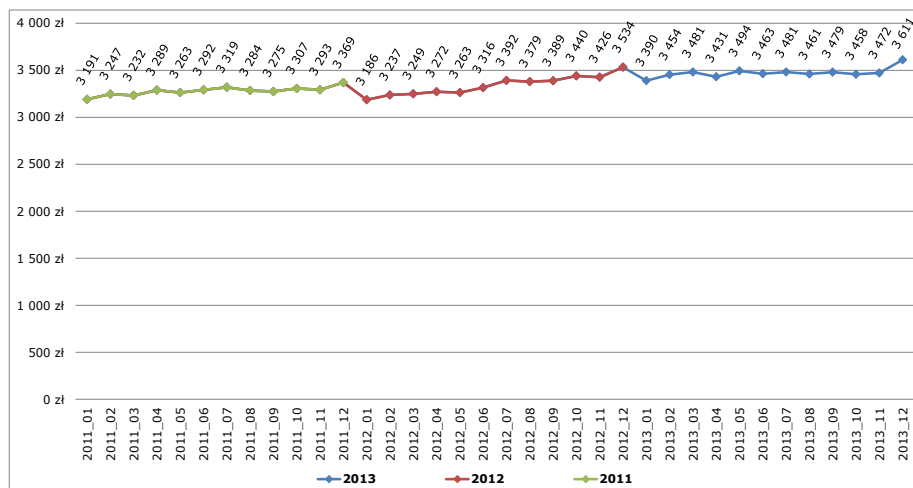
W efekcie tych prac zdecydowano o wyodrębnieniu nowej grupy w katalogu – E10 OZW – diagnostyka inwazyjna oraz modyfikacji charakterystyki dotychczasowych grup E13, E14, tak aby dotyczyły wyłącznie wykonywania przezskórnych zabiegów wieńcowych (PCI) w ostrych zespołach wieńcowych. Do oszacowania wartości punktowej nowej grupy wykorzystano koszty badań laboratoryjnych i obrazowych, leków, materiałów medycznych z opisanych wcześniej wniosków, a pozostałą część kosztów wchodzących w wycenę grupy wyliczono na podstawie ogólnopolskiej mediany czasu pobytu, wyliczonej wartości amortyzacji oraz przyjętej wartości osobodnia.

Wykres nr III.11. Liczba hospitalizacji w okresie I 2011 r. – XII 2013 r.



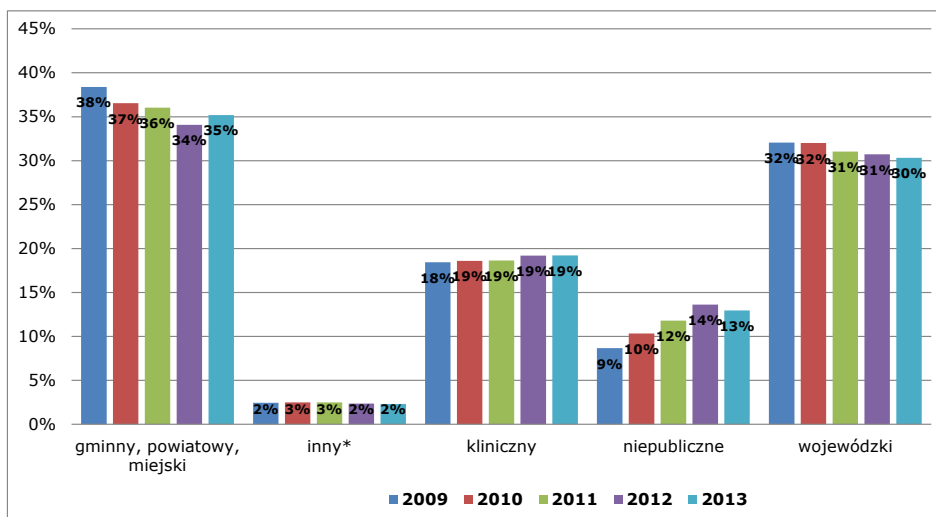
Na przestrzeni lat 2011-2013 liczba hospitalizacji utrzymuje się na bardzo zbliżonym poziomie. W związku z powyżej opisywanym przesunięciem realizacji części procedur szpitalnych do trybu ambulatoryjnego należy przypuszczać, iż zwiększyła się dostępność do bardziej złożonych zabiegów.

Wykres nr III.12. Średnia wartość hospitalizacji w lecznictwie szpitalnym (zł) w latach 2011-2013 w ujęciu miesięcznym.



W przypadku średniej wartości hospitalizacji można zaobserwować stały, stopniowy jej wzrost.

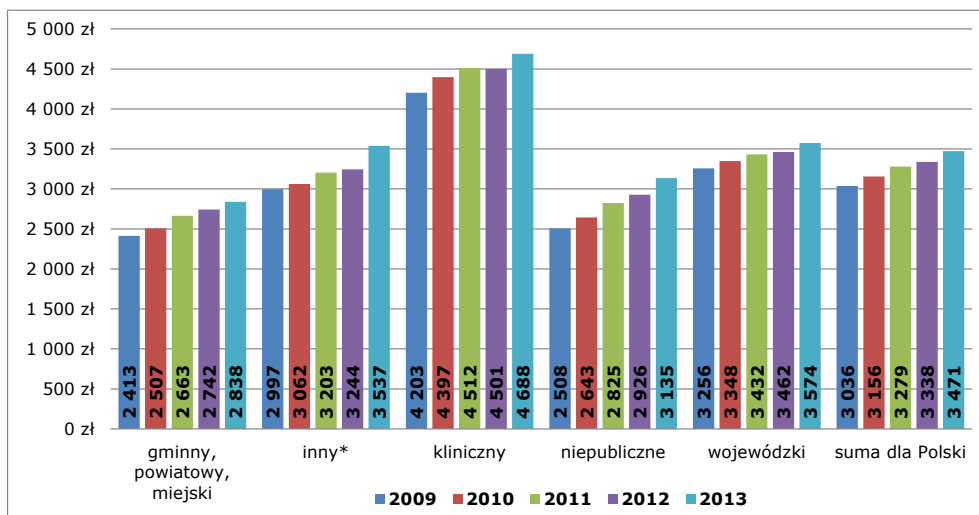
Wykres nr III.13. Udział poszczególnych kategorii szpitali w ogólnej liczbie hospitalizacji w latach 2009-2013.



*-inny – szpitale, których organem założycielskim jest MON lub MSW (bez WIM i Szpitala MSWiA w Warszawie, które zostały włączone do szpitali klinicznych)

Udział typów szpitali w ogólnej liczbie hospitalizacji wskazuje na zahamowanie w 2013 r. znacznego wzrostu świadczeń udzielanych w podmiotach niepublicznych. Wzrósł minimalnie udział świadczeń realizowanych przez gminne, powiatowe i miejskie, natomiast nadal maleje udział szpitali wojewódzkich, odnotowano spadek o 1 punkt procentowy. Jednocześnie od 4 lat na stałym poziomie utrzymuje się udział szpitali klinicznych i wynosi on 19%.

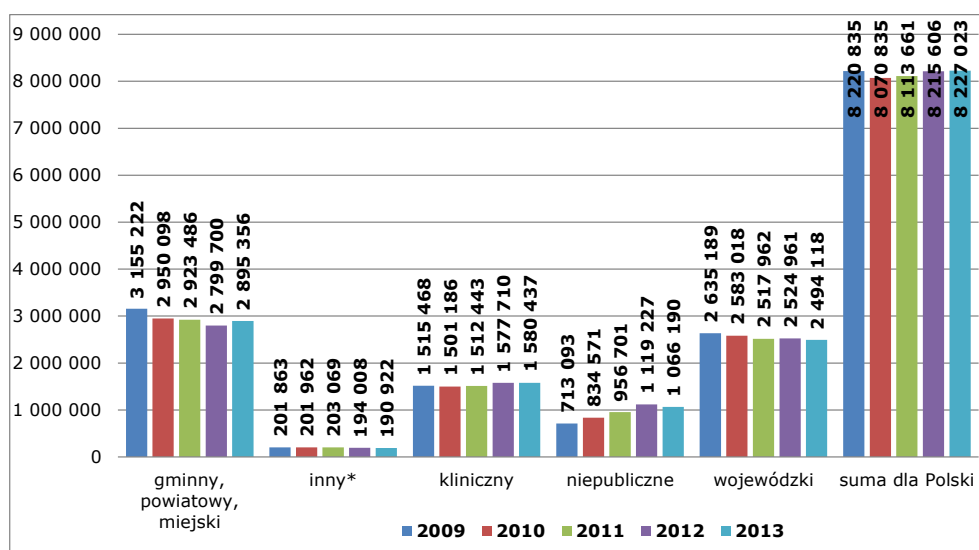
Wykres nr III.14. Średnia wartość hospitalizacji w leczeniu szpitalnym (w zł) w latach 2009-2013 w podziale na poszczególne kategorie szpitali.



*-inny – szpitale, których organem założycielskim jest MON lub MSW (bez WIM i Szpitala MSWiA w Warszawie, które zostały włączone do szpitali klinicznych)

Najwyższą średnią wartość hospitalizacji niezmiennie zaobserwować można w przypadku szpitali klinicznych. Oznacza to, że w podmiotach, do których z założenia trafiać powinny najbardziej skomplikowane i kosztochłonne przypadki, realizowane są najwyższej wycenione przez Fundusz świadczenia. Jednocześnie, stały wzrost średniej wartości hospitalizacji następuje we wszystkich kategoriach szpitali w prezentowanym okresie.

Wykres nr III.15. Liczba hospitalizacji w lecznictwie szpitalnym w latach 2009-2013 w podziale na poszczególne kategorie szpitali.



*-inny – szpitale, których organem założycielskim jest MON lub MSW (bez WIM i Szpitala MSWiA w Warszawie, które zostały włączone do szpitali klinicznych).

Największa liczba hospitalizacji realizowana jest w szpitalach należących do kategorii gminne, powiatowe i miejskie. Coroczny spadek liczby hospitalizacji w tej kategorii został zahamowany w 2013 r., natomiast nastąpił spadek liczby hospitalizacji w podmiotach niepublicznych.

Tabela nr III.13. Liczba świadczeniodawców w rodzaju leczenie szpitalne. Dane z systemu informatycznego Centrali NFZ stan na dzień 14 maja 2014 r.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2012	liczba świadczeniodawców 2013
01	Dolnośląski	85	85
02	Kujawsko-Pomorski	63	66
03	Lubelski	66	63
04	Lubuski	31	31
05	Łódzki	93	78
06	Małopolski	83	79
07	Mazowiecki	145	139
08	Opolski	35	34
09	Podkarpacki	59	60
10	Podlaski	38	39
11	Pomorski	55	52
12	Śląski	215	165
13	Świętokrzyski	36	36
14	Warmińsko-Mazurski	56	54
15	Wielkopolski	101	99
16	Zachodniopomorski	47	43
Razem		1 208	1 123

Liczba świadczeniodawców posiadających umowy w rodzaju leczenie szpitalne w 2013 r. wyniosła 1 123.

Wykres nr III.16. Liczba osób korzystających ze świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w podziale na kobiety i mężczyzn w leczeniu szpitalnym.

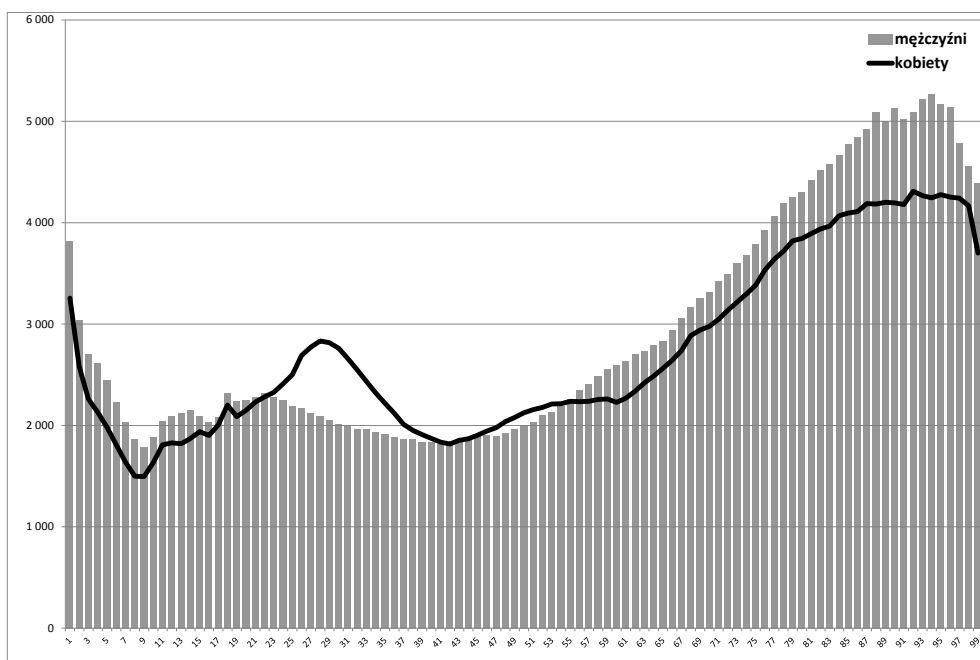


Tabela nr III.14. Wartość i realizacja umów w rodzaju leczenie szpitalne. Realizacja planu – dane z Departamentu Ekonomiczno-Finansowego Centrali Funduszu.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2012 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2012 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2013 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2013 w tys. zł	Dynamika kontraktów 2012=100%
Dolnośląski	2 237 257,11	2 233 195,67	2 341 460,75	2 303 745,39	104,66%
Kujawsko-Pomorski	1 621 231,59	1 614 715,51	1 690 647,49	1 685 413,96	104,28%
Lubelski	1 636 686,80	1 665 815,02	1 699 389,39	1 748 795,81	103,83%
Lubuski	661 106,57	755 615,81	705 522,81	797 498,87	106,72%
Łódzki	1 937 272,50	2 025 533,74	1 989 088,58	2 081 649,66	102,67%
Małopolski	2 404 028,62	2 400 843,04	2 573 055,49	2 544 460,53	107,03%
Mazowiecki	5 019 341,65	4 540 562,48	5 036 567,32	4 540 027,49	100,34%
Opolski	667 269,77	735 904,27	698 091,96	763 643,90	104,62%
Podkarpacki	1 349 244,28	1 489 566,40	1 444 622,22	1 588 455,30	107,07%
Podlaski	885 180,62	915 509,00	937 008,80	955 651,42	105,86%
Pomorski	1 611 589,70	1 669 856,43	1 667 061,81	1 727 231,67	103,44%
Śląski	3 601 595,44	3 475 159,81	3 746 492,62	3 605 616,31	104,02%
Świętokrzyski	934 057,03	1 008 742,27	1 016 577,40	1 075 318,47	108,83%
Warmińsko-Mazurski	926 004,92	1 024 876,81	991 658,73	1 093 259,38	107,09%
Wielkopolski	2 594 118,22	2 538 156,52	2 687 020,33	2 651 798,90	103,58%
Zachodniopomorski	1 311 199,95	1 343 091,88	1 370 517,68	1 396 343,25	104,52%
RAZEM	29 397 184,77	29 437 144,66	30 594 783,38	30 558 910,31	104,07%

W rodzaju leczenie szpitalne nastąpił wzrost wartości zawartych umów o 4,07%. Wartość zakontraktowanych świadczeń wyniosła 30 594 783,38 tys. zł. Podane wartości zawierają umowy na programy terapeutyczne i chemioterapię i ich realizację.

Wykres nr III.17. Wartość poniesionych wydatków w 2013 r. w podziale na wiek i płeć pacjenta [tys. zł] w rodzaju leczenie szpitalne.

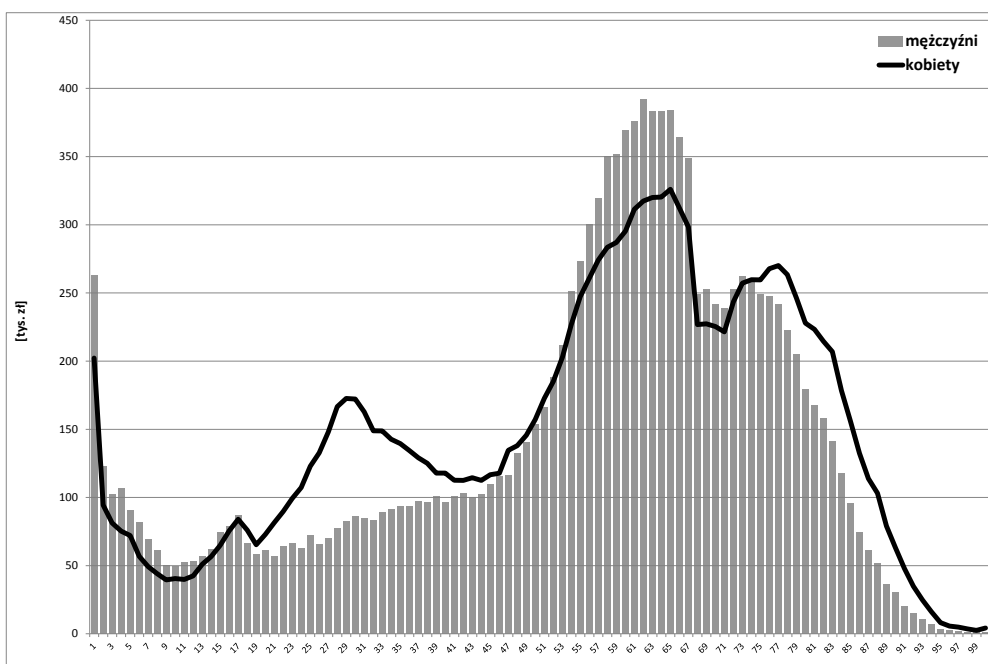
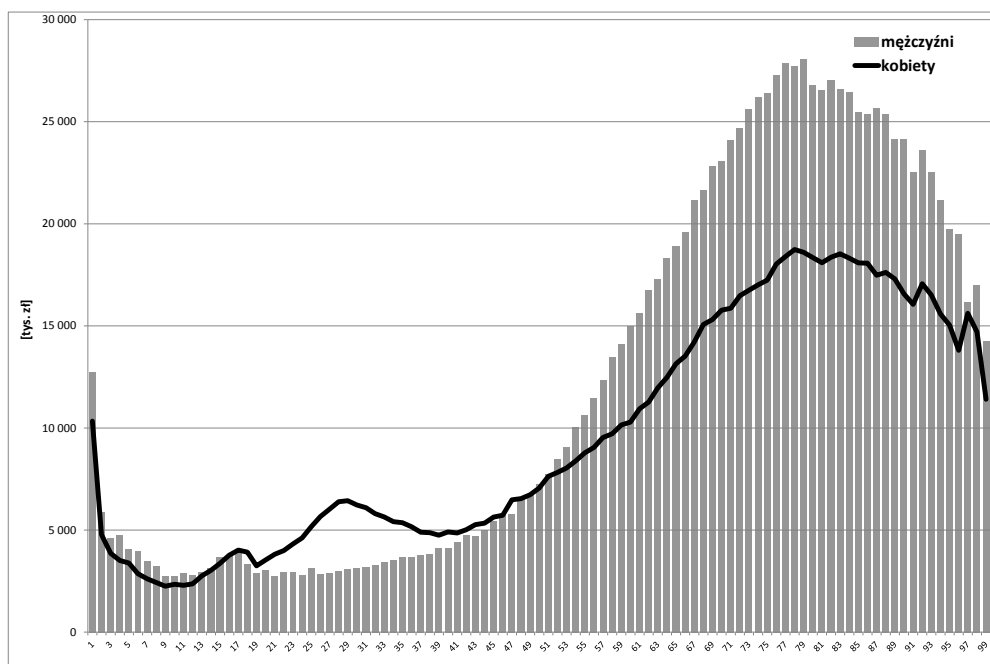


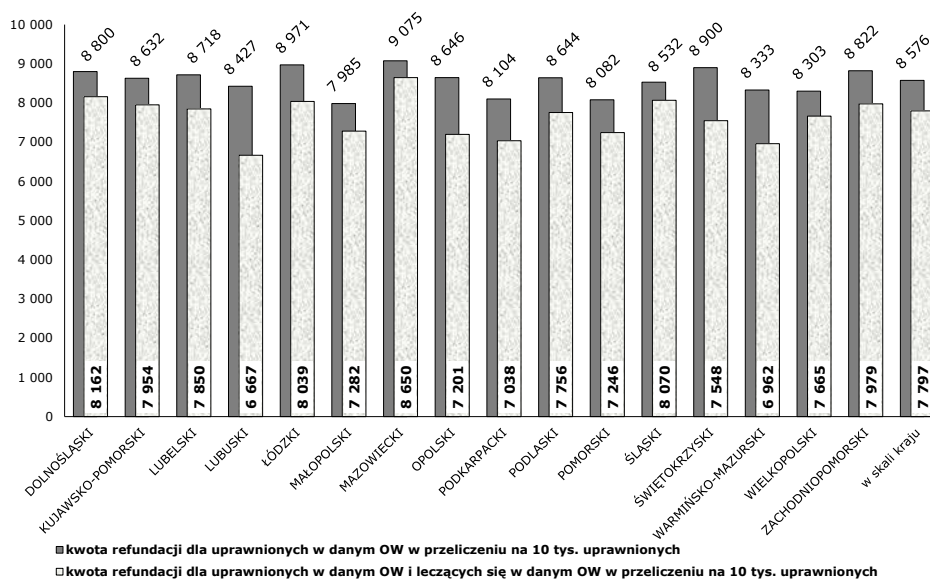
Tabela nr III.15. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w 2013 r. w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w tys. zł.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2013 r. na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)	Wartość zapłaconych świadczeń w 2013 r. ogółem na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	8 986,85	121%	8 842,09	108%
Kujawsko-Pomorski	8 783,54	118%	8 756,35	107%
Lubelski	8 479,53	114%	8 726,06	107%
Lubuski	7 683,07	103%	8 684,67	106%
Łódzki	8 454,76	113%	8 848,20	108%
Małopolski	8 403,48	113%	8 310,10	102%
Mazowiecki	10 115,43	136%	9 118,18	112%
Opolski	8 124,39	109%	8 887,28	109%
Podkarpacki	7 453,42	100%	8 195,52	100%
Podlaski	8 665,39	116%	8 837,80	108%
Pomorski	8 073,18	108%	8 364,57	102%
Śląski	8 894,04	119%	8 559,60	105%
Świętokrzyski	8 673,79	116%	9 174,99	112%
Warmińsko-Mazurski	7 601,08	102%	8 379,86	103%
Wielkopolski	8 280,13	111%	8 171,60	100%
Zachodniopomorski	8 956,05	120%	9 124,81	112%
RAZEM:	8 678,30	116%	8 668,12	106%

Wykres nr III.18. Wartość wydatków na świadczenia w 2013 r. w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych do świadczeń z podziałem na wiek i płeć pacjenta w rodzaju leczenie szpitalne.

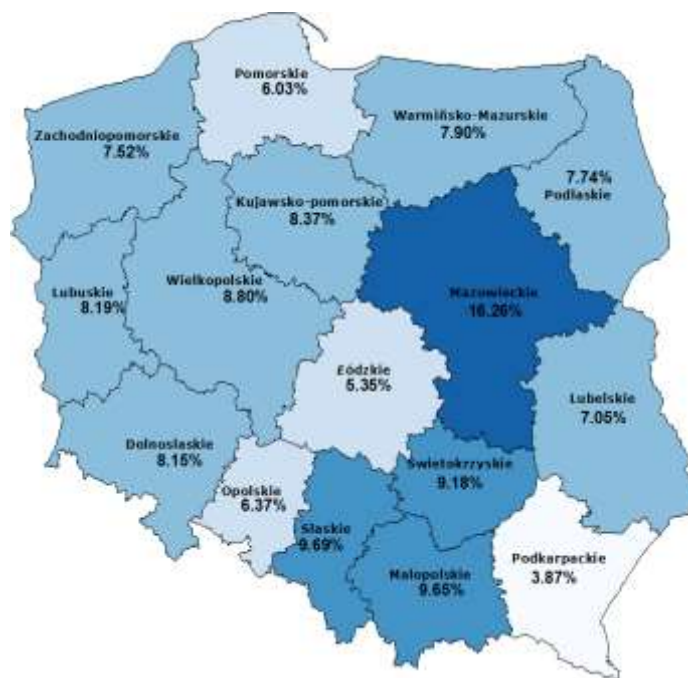


Wykres nr III.19. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały wojewódzkie Funduszu na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju leczenia szpitalne w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach [tys. zł].



Na wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu szpitalnym na 10 tys. mieszkańców w roku poniósł oddział mazowiecki (9 075 tys. zł). W skali całego kraju koszty te wyniosły odpowiednio 8 576 tys. zł.

Wykres nr III.20. Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń udzielonych uprawnionym spoza oddziału w rodzaju SZP [%].



Największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza województwa wystąpił w województwie mazowieckim, śląskim i małopolskim (odpowiednio 16,26%, 9,69%, 9,65%).

III.2.2.3.1. Chemioterapia

W 2013 r. Fundusz sfinansował świadczenia w zakresach „chemioterapii” na kwotę 1 163 696,47 tys. zł. Wartość umów podpisanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu na te świadczenia została zagwarantowana w planie finansowym kwotą 1 339 802 tys. zł, tj. ok. 15,13% większą od realizacji.

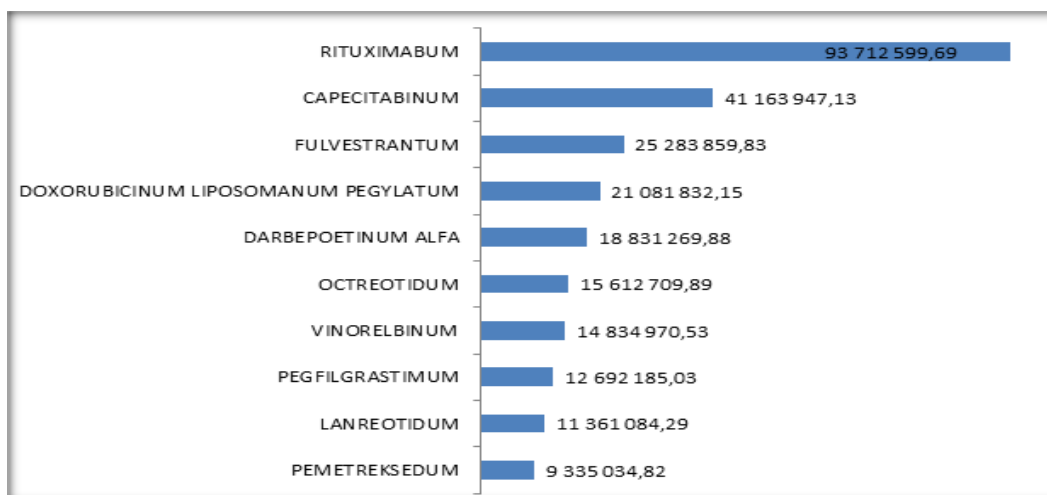
Tabela nr III. 16. Chemioterapia – wartość zawartych kontraktów i ich wykonania w podziale na oddziały – porównanie lat 2012-2013 (dynamika zmian).

Oddział wojewódzki Funduszu rozliczający	2012 wartość świadczeń w [tys. zł]		2013 wartość świadczeń w [tys. zł]		Dynamika zmian 2013/2012	
	Plan	Wykonanie	Plan	Wykonanie	Plan	Wykonanie
1	2	3	4	5	6=(4-2)/2	7=(5-3)/3
Dolnośląski	115 137	101 312,97	103 616	91 750,27	-10,01%	-9,44%
Kujawsko-Pomorski	80 863	71 588,67	74 163	59 956,25	-8,29%	-16,25%
Lubelski	80 975	66 903,92	71 343	66 449,42	-11,90%	-0,68%
Lubuski	45 324	34 032,77	39 840	33 202,93	-12,10%	-2,44%
Łódzki	91 037	71 626,37	80 198	72 479,03	-11,91%	1,19%
Małopolski	132 726	80 520,10	95 546	81 947,43	-28,01%	1,77%
Mazowiecki	257 950	181 970,73	264 624	197 996,43	2,59%	8,81%
Opolski	34 644	25 608,19	28 940	24 649,44	-16,46%	-3,74%
Podkarpacki	76 281	57 192,67	63 393	56 218,42	-16,90%	-1,70%
Podlaski	50 800	38 504,42	45 596	38 201,20	-10,24%	-0,79%
Pomorski	82 653	70 049,94	68 086	66 294,21	-17,62%	-5,36%
Śląski	158 535	135 835,99	147 755	138 530,96	-6,80%	1,98%
Świętokrzyski	48 967	44 419,50	50 672	45 704,95	3,48%	2,89%
Warmińsko-Mazurski	44 856	39 494,11	43 356	40 881,96	-3,34%	3,51%
Wielkopolski	125 900	102 557,72	108 174	102 253,09	-14,08%	-0,30%
Zachodniopomorski	63 536	49 143,95	54 500	47 180,48	-14,22%	-4,00%
Suma	1 490 184	1 170 762	1 339 802	1 163 696	-10,09%	-0,60%

Najwyższą wartość środków wydawkowano na chemioterapię w województwie mazowieckim z kwotą ponad 197 mln zł. Następnymi z kolei województwami, w których wydawkowano najwyższe środki pieniężne jest województwo śląskie (138 mln zł) oraz wielkopolskie (102 mln zł).

Poniższy wykres przedstawia top 10 substancji czynnych wartości sprawozdanych do rozliczenia w chemioterapii w 2013 r. Największy koszt w 2013 r. wygenerował rituximab – 93,7mln zł.

Wykres nr III.21. Chemioterapia – 10 leków generujących najwyższe koszty w 2013 r.



Poniższa tabela przedstawia podział populacji pacjentów leczonych w odniesieniu do rozpoznania zasadniczego sprawozdanego jako główny powód wykonania świadczeń związanych z chemioterapią.

Tabela nr III.17. Liczba pacjentów w podziale na ICD-10 w produktach kontraktowych związanych z chemioterapią w 2013 r.

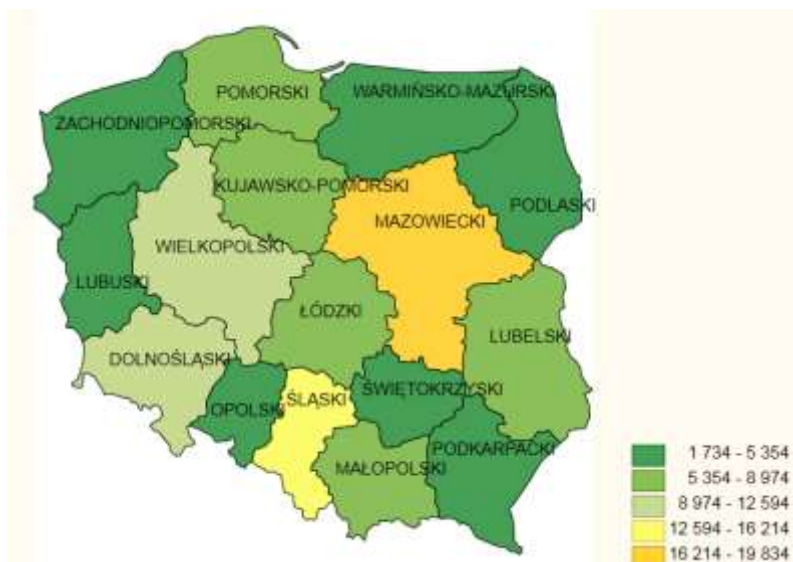
Kod rozpoznania	Nazwa rozpoznania	Liczba pacjentów
Z51.1	CYKLE CHEMIOTERAPII NOWOTWORÓW	91310
C50.9	SUTEK, NIE OKREŚLONY	3922
Z51.0	SEANSE RADIOTERAPII	2630
C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA	2478
C34.8	ZMIANA PRZEKACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA (UWAGA 5)	2201
C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY	1998
C90.0	SZPICZAK MNOGI	1826
C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIE OKREŚLONE	1755
C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO	1393
C18.9	OKRĘŻNICA, NIE OKREŚLONA	1098
D70	AGRANULOCYTOZA	1080
C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA	970
C18.7	ESICA	893
C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA	845
Z51.2	INNA CHEMIOTERAPIA	809
C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ	808
C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	715
C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA	711
C50.8	ZMIANA PRZEKACZAJĄCA GRANICE SUTKA (UWAGA 5)	709
C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA	666

W ramach chemioterapii można zauważyć niejednakowy udział kobiet i mężczyzn. Strukturę populacji z uwzględnieniem płci przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela nr III.18. Struktura populacji z uwzględnieniem płci.

Płeć	liczba świadczeniobiorców	Średni wiek świadczeniobiorcy
Mężczyzna	51 075	59,53
Kobieta	61 683	58,68

Wykres nr III.22. Rozkład liczby świadczeniobiorców którym sprawozdano chemioterapię w 2013 r.



III.2.2.3.1.1. Zgody indywidualne na chemioterapię niestandardową

W związku z nowelizacją ustawy o świadczeniach, finansowaniu ze środków publicznych podlegają wyłącznie świadczenia gwarantowane. Minister Zdrowia po uzyskaniu rekomendacji Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych zakwalifikował świadczenie chemioterapii niestandardowej jako świadczenie gwarantowane z zakresu programów zdrowotnych, tym samym świadczenie to zostało wyodrębnione z zakresu chemioterapii i przeniesione do programu terapeutycznego „Programu leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej”.

Podstawą akceptacji finansowania przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu świadczenia w programie chemioterapii niestandardowej jest stosowny wniosek o chemioterapię niestandardową i spełnienie warunków zawartych w rekomendacji Prezesa AOTM w odniesieniu do danego produktu leczniczego w określonym wskazaniu.

W przypadku braku rekomendacji Prezesa AOTM dopuszcza się warunkową akceptację na finansowanie wnioskowanego świadczenia w ramach chemioterapii niestandardowej, która może być udzielana do momentu wydania rekomendacji przez Prezesa AOTM.

Procedura chemioterapii niestandardowej obejmuje 2 grupy terapii:

- leczenie chorych przy wykorzystaniu najnowszych leków onkologicznych w ramach ich wskazań rejestracyjnych. Są to leki zarejestrowane w ostatnim czasie, finansowane ze środków publicznych przed włączeniem ich do innych terapeutycznych programów zdrowotnych,
- leczenie chorych przy wykorzystaniu leków poza ich zarejestrowanymi wskazaniami, ze względu na specyficzną sytuację kliniczną.

Tabela nr III.19. Chemioterapia niestandardowa 2013 – 10 substancji generujących najwyższy koszt w chemioterapii niestandardowej.

Lp.	Substancja czynna	Nazwa handlowa	Liczba wniosków	Liczba wydanych zgód	Wartość zgód (zł)
1	LENALIDOMIDE	REVLIMID	1332	1256	57 915 867,99
2	ABIRATERONUM	ZYTIGA	576	551	16 786 326,33
3	AZACITIDINE	VIDAZA	403	378	13 216 770,45
4	EVEROLIMUS	AFINITOR	255	223	10 133 693,85
5	IMATINIB	GLIVEC	352	338	6 854 507,26
6	BENDAMUSTINE HYDROCHLORIDE	LEVACT	514	438	6 170 209,48
7	BEVACIZUMAB	AVASTIN	275	247	5 744 174,79
8	PAZOPANIB	VOTRIENT	204	175	4 868 786,61
9	CETUXIMABUM	ERBITUX	126	120	3 766 442,88
10	DASATINIB	SPRYCEL	91	86	3 430 763,81

W świetle przedstawionych danych, podkreślenia wymaga fakt, że kwoty na leczenie onkologiczne w ramach chemioterapii i chemioterapii niestandardowej rosnące w latach 2007-2012 w 2013 r. spadły. Ujemna dynamika 2013 r. w porównaniu do 2012 r. ma związek ze wzrostem finansowania w ramach programów lekowych, do finansowania w ramach programów lekowych wprowadzono nowe cząsteczki.

Tabela nr III.20. Wartość zgód na chemioterapię niestandardową w latach 2007-2013.

Rok	Chemioterapia niestandardowa		
	Łączna liczba złożonych wniosków	Łączna liczba wydanych zgód	Sumaryczna wartość zgód wydanych na chemioterapię niestandardową (zł)
Oddziały wojewódzkie Funduszu Razem			
2007	7 790	6 641	107 923 017
2008	7 111	6 261	125 978 885
2009	7 347	6 445	135 808 621
2010	7 704	6 645	161 612 580
2011	7 222	6 346	169 958 894
2012	8 848	7 961	195 636 185
2013	6 536	5 960	159 748 253

III.2.2.3.1.2. Programy zdrowotne (lekowe)

Terapeutyczne programy zdrowotne są finansowane w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne do dnia 30 czerwca 2012 r., zgodnie z art. 69 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696 oraz z 2012 r. poz. 95 i poz. 742).

W 2013 r. Fundusz sfinansował świadczenia w zakresie „programy terapeutyczne lekowe” na kwotę 2 177 406,78 tys. zł. Wartości umów podpisanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu na te świadczenia zostały zagwarantowane w planie finansowym kwotą 2 372 302 tys. zł, tj. ok. 8,95% większą od realizacji.

Tabela nr III.21. Terapeutyczne Lekowe Programy Zdrowotne – Porównanie wartości planu i wykonania świadczeń w latach 2012 i 2013 w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu.

Oddział wojewódzki Funduszu rozliczający	2012 wartość świadczeń w [tys. zł]		2013 wartość świadczeń w [tys. zł]		Dynamika zmian 2013/2012	
	Plan	Wykonanie	Plan	Wykonanie	Plan	Wykonanie
1	2	3	4	5	6=(4-2)/2	7=(5-3)/3
Dolnośląski	156 054	152 475	183 554	168 568	17,62%	10,55%
Kujawsko-Pomorski	124 402	110 974	130 291	121 278	4,73%	9,28%
Lubelski	106 971	101 885	121 063	119 023	13,17%	16,82%
Lubuski	55 687	44 831	59 849	53 002	7,47%	18,23%
Łódzki	152 303	123 705	153 036	145 308	0,48%	17,46%
Małopolski	216 896	175 773	221 050	201 728	1,92%	14,77%
Mazowiecki	329 691	278 041	380 632	330 692	15,45%	18,94%
Opolski	58 974	44 709	57 540	52 253	-2,43%	16,87%
Podkarpacki	129 767	104 298	138 252	116 923	6,54%	12,11%
Podlaski	60 485	53 421	68 742	59 902	13,65%	12,13%
Pomorski	109 236	97 905	112 801	107 556	3,26%	9,86%
Śląski	224 299	216 065	279 188	261 556	24,47%	21,05%
Świętokrzyski	73 753	65 176	83 218	77 158	12,83%	18,38%
Warmińsko-Mazurski	73 076	69 806	80 010	76 968	9,49%	10,26%
Wielkopolski	188 500	172 005	216 576	200 247	14,89%	16,42%
Zachodniopomorski	78 321	75 222	86 500	85 244	10,44%	13,32%
Suma	2 138 415	1 886 291	2 372 302	2 177 407	10,94%	15,43%

Najwyższą wartość środków wydatkowano na programy lekowe w województwie mazowieckim z kwotą ponad 330 mln zł. Następnymi z kolei województwami, w których wydatkowano najwyższe środki pieniężne jest województwo śląskie (261 mln zł) oraz małopolskie (201 mln zł).

Największe środki zostały wydatkowane w programie leczenia raka piersi (ponad 272 mln zł), co stanowi ponad 13,37% kosztu wszystkich wykonanych świadczeń związanych z programami lekowymi; następnie leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (264,2 mln zł), leczenie stwardnienia rozsianego (174,4 mln); oraz program leczenia przewlekłego WZW C (161,8 mln zł) odpowiednio 12,96%, 8,56% i 7,94%.

Tabela nr III.22. Top 5 programów terapeutycznych/lekowych wg kwoty refundacji w 2013 r.

Program terapeutyczny/lekowy	Wartość rozliczona w [tys. zł]
Leczenie raka piersi	272 608,9
Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej	264 155,7
Leczenie stwardnienia rozsianego	174 405,4
Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C	161 781,5
Leczenie raka nerki	113 020,5

Powyższe dane nie obejmują środków wydatkowanych przez Fundusz na terapie omawianych wskazań w innych rodzajach świadczeń (lecznictwo szpitalne; ambulatoryjna opieka specjalistyczna i podstawowa opieka zdrowotna). Analizie zostały poddane wyłącznie umowy w zakresie lecznictwa szpitalnego na terapeutyczne programy zdrowotne oraz programy zdrowotne (lekowe).

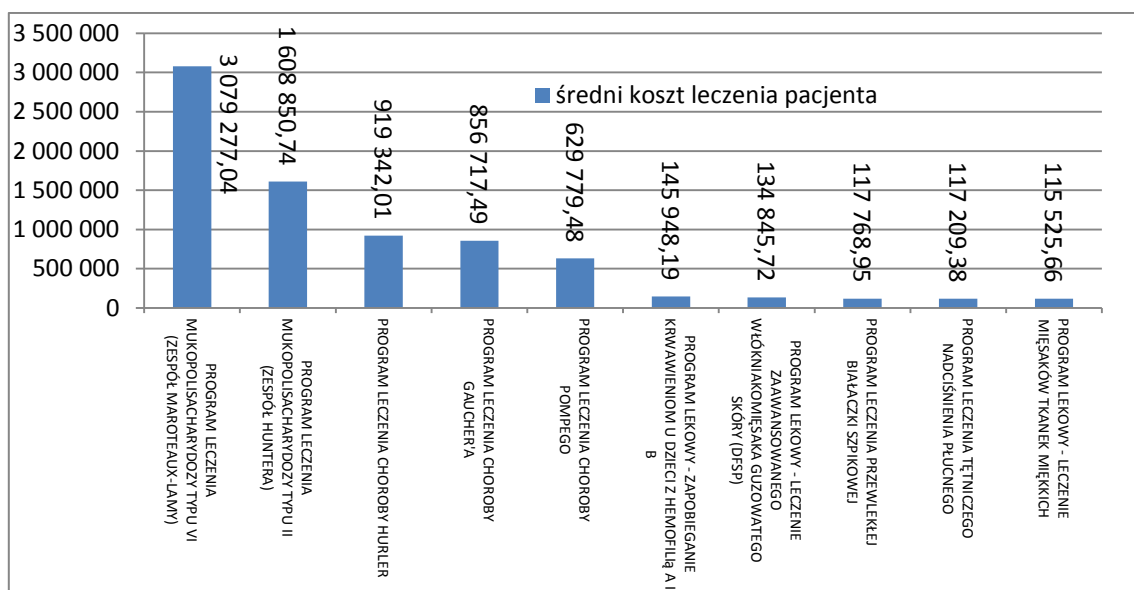
Poniższa tabela przedstawia top 5 substancji czynnych wartości zapłaconych w programach terapeutycznych lekowych w 2013 r. Największą wartość w 2013 r. generował trastuzumab z kwotą 227,1 mln zł.

Tabela nr III.23. Top 5 substancji czynnych wg kwoty refundacji w 2013 r.

Substancja czynna	Wartość sprawozdanych świadczeń w [mln zł]
TRASTUZUMAB	227,1
IMATINIB	215,1
PEGINTERFERONALFA-2A	95,6
ETANERCEPTUM	85
INTERFERONUM BETA-1B	82

Największe średnie koszty leczenia pacjentów są ponoszone w programach leczenia chorób ultrazadkich. Średni koszt leczenia pacjenta w programie leczenia mukopolisacharydozy typu VI (zespół Maroteux-Lamy) w 2013 r. wyniósł ponad 3 mln. zł., mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera) – 1,6 mln. zł.

Wykres nr III.23. Średni koszt leczenia pacjenta w programach lekowych TOP 10.



III.2.2.4. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień realizowane są w warunkach:

- stacjonarnych: oddziałów psychiatrycznych, oddziałów leczenia uzależnień,
- oddziału/ośrodka dziennego: psychiatrycznego, leczenia uzależnień,
- ambulatoryjnych: poradni psychiatrycznych, zespołu leczenia środowiskowego, poradni leczenia uzależnień.

Tabela nr III.24. Liczba świadczeniodawców w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień. Dane z systemu informatycznego Centrali NFZ wg stanu na dzień 14 maja 2014 r.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2012	liczba świadczeniodawców 2013
01	Dolnośląski	117	116
02	Kujawsko-Pomorski	78	77
03	Lubelski	79	82
04	Lubuski	39	43
05	Łódzki	105	99
06	Małopolski	117	121
07	Mazowiecki	186	185
08	Opolski	46	45
09	Podkarpacki	57	59
10	Podlaski	49	51
11	Pomorski	73	71
12	Śląski	187	186
13	Świętokrzyski	45	45
14	Warmińsko-Mazurski	55	54
15	Wielkopolski	155	150
16	Zachodniopomorski	65	65
Razem		1 453	1 449

Liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia w porównaniu z 2012 rokiem wzrosła w następujących oddziałach wojewódzkich Funduszu: lubelskim, lubuskim, małopolskim, podkarpackim i podlaskim.

Wykres nr III.24. Liczba osób korzystających ze świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w podziale na kobiety i mężczyzn w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

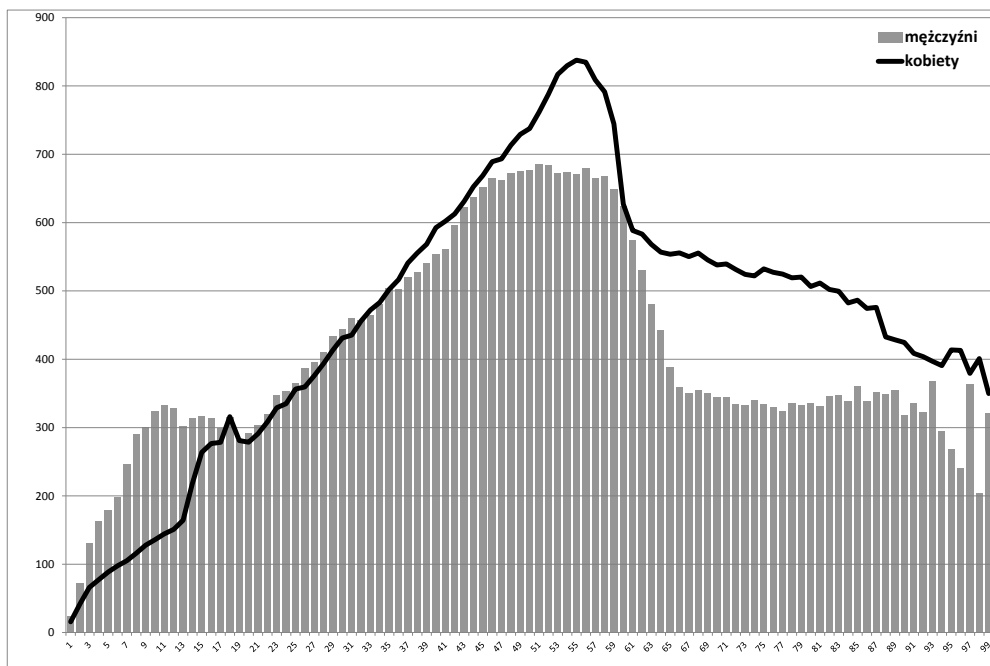


Tabela nr III.25. Wartość i wykonanie umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (PSY). Realizacja planu – dane z Departamentu Ekonomiczno-Finansowego Centrali Funduszu.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2012 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2012 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2013 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2013 w tys. zł	Dynamika kontraktów 2012=100%
Dolnośląski	165 850,09	167 997,14	173 683,15	173 656,08	104,72%
Kujawsko-Pomorski	105 095,66	109 136,05	109 070,03	110 741,84	103,78%
Lubelski	118 444,40	121 727,04	121 620,35	125 355,83	102,68%
Lubuski	93 095,78	76 510,75	95 718,35	81 331,65	102,82%
Łódzki	139 942,88	149 490,54	140 415,74	151 049,40	100,34%
Małopolski	154 250,67	157 965,95	164 555,18	164 661,44	106,68%
Mazowiecki	335 893,33	323 139,59	359 714,88	345 018,06	107,09%
Opolski	60 311,51	55 635,60	63 146,13	58 214,72	104,70%
Podkarpacki	98 149,07	100 355,10	103 110,65	105 868,84	105,06%
Podlaski	85 911,85	75 509,41	89 762,08	78 979,53	104,48%
Pomorski	132 550,28	130 254,44	138 375,86	132 858,13	104,39%
Śląski	276 299,65	268 684,47	279 211,24	273 629,05	101,05%
Świętokrzyski	63 846,61	65 819,06	63 818,67	66 370,52	99,96%
Warmińsko-Mazurski	72 374,75	79 171,83	75 313,85	83 468,47	104,06%
Wielkopolski	175 953,42	188 902,23	185 374,88	199 023,99	105,35%
Zachodniopomorski	80 488,94	88 252,12	82 120,23	89 345,21	102,03%
RAZEM:	2 158 458,88	2 158 551,32	2 245 011,26	2 239 572,76	104,01%

Wartość umów w 2013 r. w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wyniosła 2 245 011,26 tys. zł. Wzrost wartości kontraktów wyniósł ok. 4% w stosunku do 2012 r. Najwyższe koszty realizacji świadczeń zostały poniesione w następujących oddziałach wojewódzkich: mazowieckim i śląskim.

Wykres nr III.25. Wartość poniesionych wydatków w 2013 r. w podziale na wiek i płeć pacjenta [tys. zł] w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (PSY).

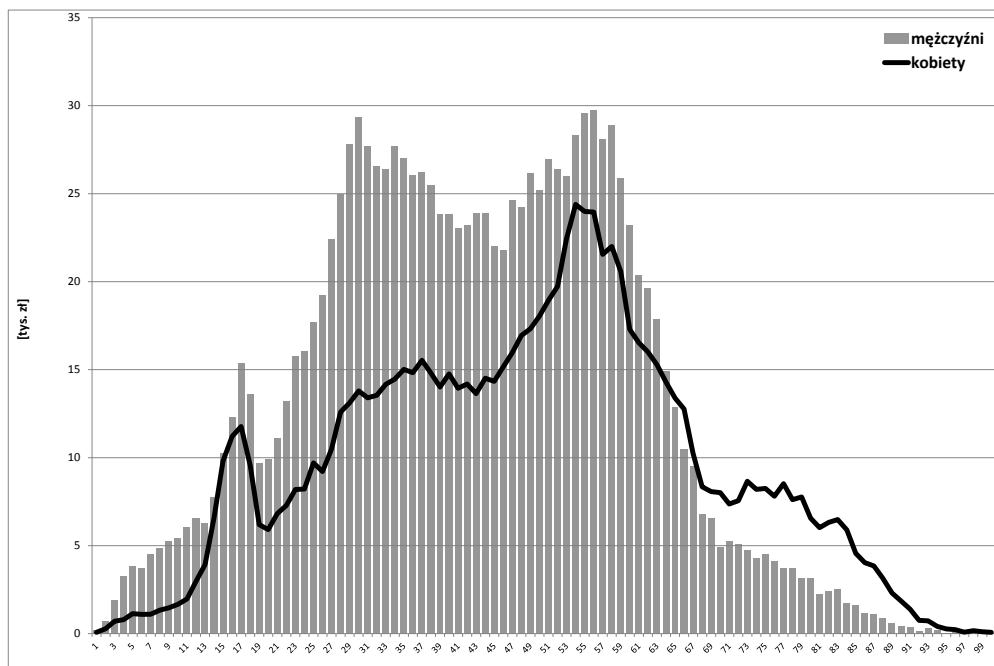
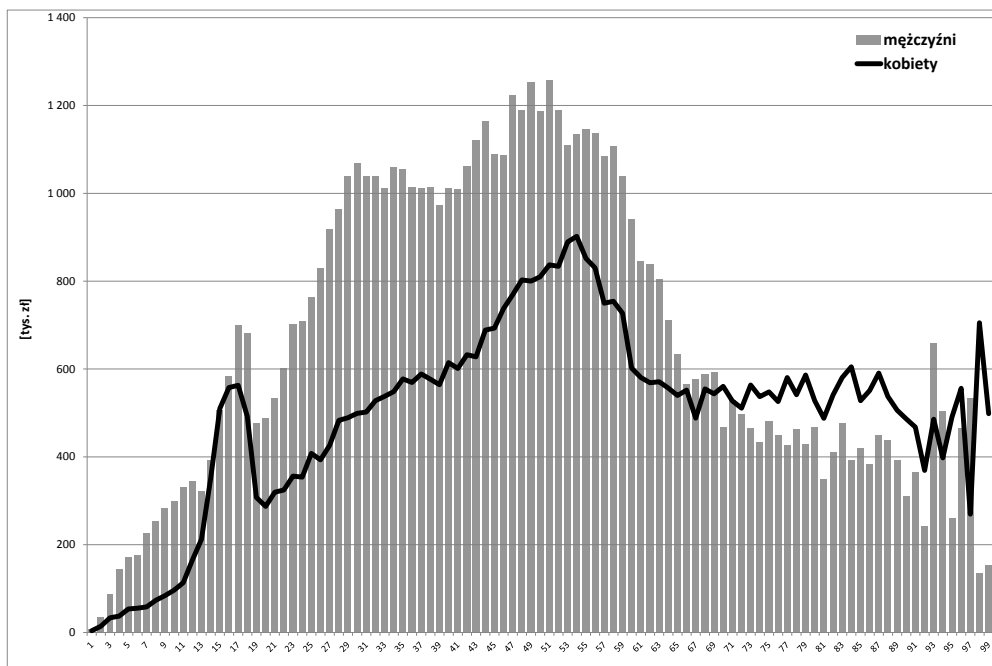


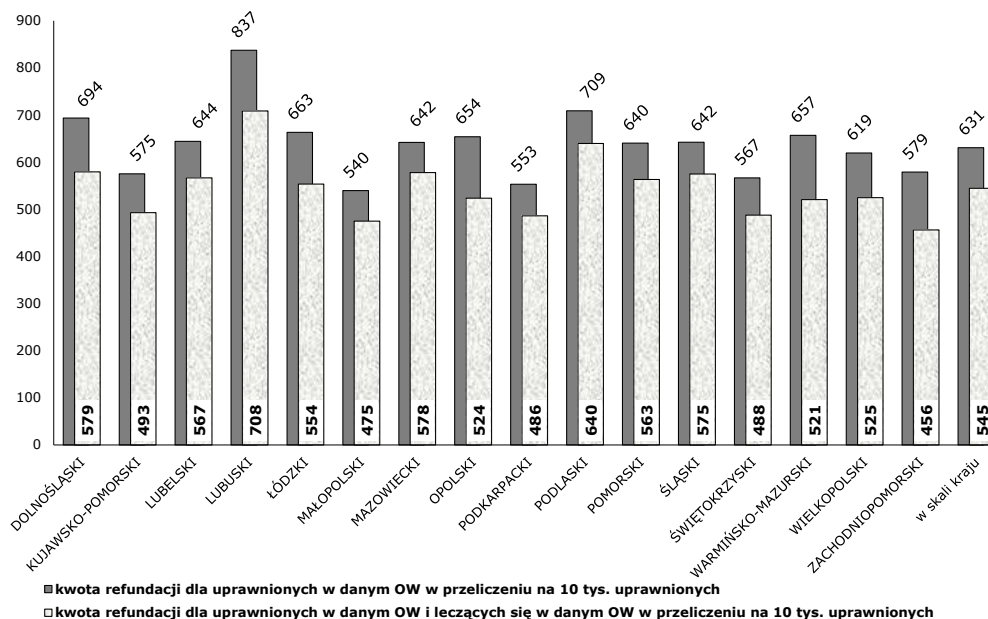
Tabela nr III.26. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w 2013 r. w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w tys. zł.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2013 r. na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)	Wartość zapłaconych świadczeń w 2013 r. ogółem na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	666,62	125%	666,52	124%
Kujawsko-Pomorski	566,66	107%	575,35	107%
Lubelski	606,86	114%	625,49	116%
Lubuski	1 042,36	196%	885,69	165%
Łódzki	596,85	112%	642,05	119%
Małopolski	537,43	101%	537,78	100%
Mazowiecki	722,45	136%	692,93	129%
Opolski	734,89	138%	677,50	126%
Podkarpacki	531,99	100%	546,22	102%
Podlaski	830,11	156%	730,40	136%
Pomorski	670,12	126%	643,40	120%
Śląski	662,84	125%	649,59	121%
Świętokrzyski	544,52	102%	566,30	105%
Warmińsko-Mazurski	577,28	109%	639,79	119%
Wielkopolski	571,24	107%	613,30	114%
Zachodniopomorski	536,64	101%	583,85	109%
RAZEM:	636,80	120%	635,26	118%

Wykres nr III.26. Wartość poniesionych wydatków na świadczenia w 2012 r. w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych do świadczeń z podziałem na wiek i płeć pacjenta w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (PSY).



Wykres nr III.27. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach [tys. zł].



Na wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poszczególne oddziały poniosły na leczenie uprawnionych w danym oddziale łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale wojewódzkim Funduszu. Wszystko w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu psychiatrycznym i leczeniu uzależnień w 2013 r., podobnie jak w roku ubiegłym, osiągnął lubuski oddział wojewódzki Funduszu 837 tys. zł (w 2012 r. – 742 tys. zł).

Wykres nr III.28. Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń oddziału uprawnionym spoza oddziału w rodzaju PSY [%].



Największy udział kosztów leczenia pacjentów uprawnionych do świadczeń spoza województwa wystąpił w województwie lubuskim i opolskim, odpowiednio 38,96% (39,34% w 2012 r.) i 30,93% (31,43% w 2012 r.). Ogólna liczba świadczeniobiorców w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w 2013 r. wyniosła 1 620 071 i wzrosła w porównaniu do 2012 r. o 21 578 świadczeniobiorców.

III.2.2.5. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

Do zakładu opiekuńczego w warunkach stacjonarnych może zostać przyjęty świadczeniobiorca z rozpoznaniem choroby przewlekłej, wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, który w ocenie karty oceny świadczeniobiorcy kierowanego do zakładu opiekuńczego uzyskał 40 punktów lub mniej. Zadaniem zakładu opiekuńczego jest okresowe objęcie całodobową pielęgnacją, rehabilitacją oraz kontynuacją leczenia świadczeniobiorców przewlekle chorych i świadczeniobiorców, którzy przebyli leczenie szpitalne i mają ukończony proces diagnozowania, leczenia operacyjnego lub intensywnego leczenia zachowawczego, a nie wymagają już dalszej hospitalizacji w oddziale szpitalnym, jednak ze względu na stan zdrowia i niesprawność fizyczną, brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji, konieczność stałej kontroli lekarskiej, potrzebę profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitację, powinni przebywać w zakładzie opiekuńczym.

Świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych udziela się również w warunkach domowych dla świadczeniobiorców dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie. Realizowana jest opieka nad świadczeniobiorcami z niewydolnością oddechową, wymagającymi stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora (przez rurkę tracheotomijną), bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki, maski czy kaski), ciągłej lub okresowej terapii oddechowej, niewymagającej hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach opieki całodobowej.

Ponadto świadczenia mogą być realizowane w formie pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej. Jest to opieka nad przewlekle chorymi przebywającymi w domu, którzy nie wymagają hospitalizacji w oddziałach lecznictwa stacjonarnego, a ze względu na istniejące problemy zdrowotne wymagają systematycznej, intensywnej opieki pielęgnacyjnej udzielanej w warunkach domowych.

Wykres nr III.29. Liczba osób korzystających ze świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w podziale na kobiety i mężczyzn w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (SPO).

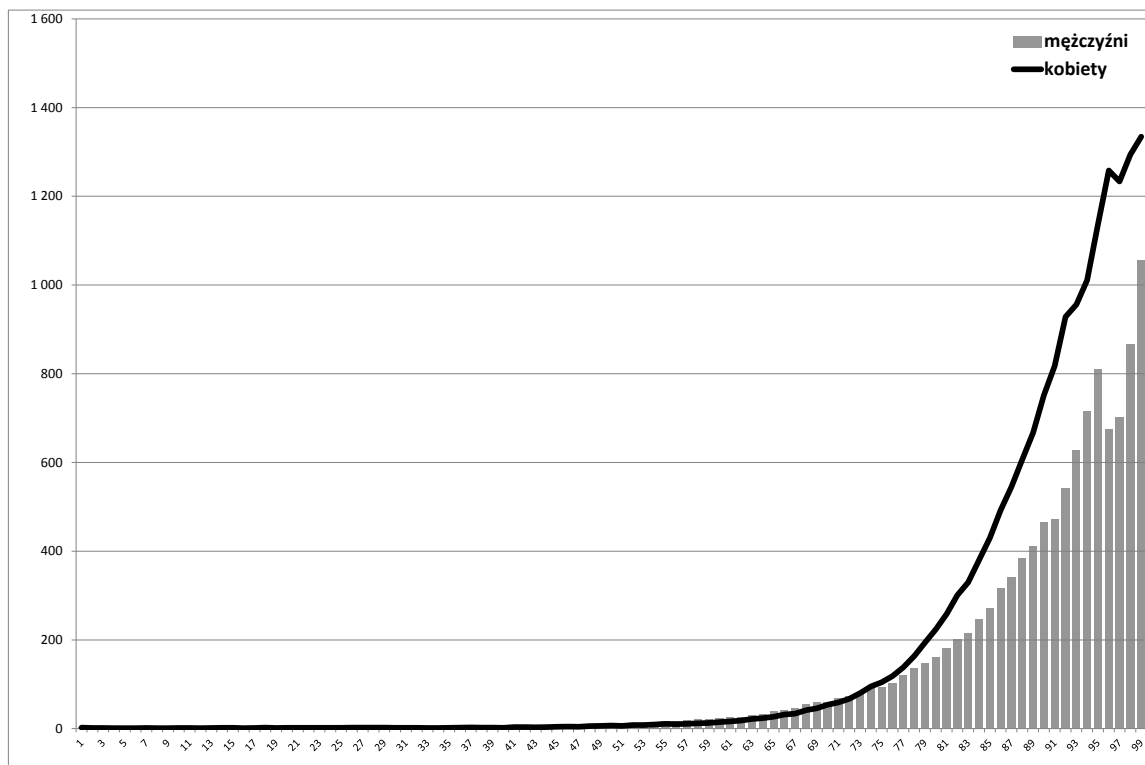


Tabela nr III.27. Wartość i wykonanie umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w latach 2012-2013. Realizacja planu – dane z Departamentu Ekonomiczno-Finansowego Centrali Funduszu.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2012 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2012 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2013 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2013 w tys. zł	Dynamika kontraktów 2012=100%
Dolnośląski	88 465,87	90 812,23	90 133,91	91 867,84	101,89%
Kujawsko-Pomorski	44 718,81	44 079,04	46 803,64	46 318,14	104,66%
Lubelski	44 181,32	46 639,13	49 088,38	52 339,34	111,11%
Lubuski	20 717,68	20 786,19	21 320,35	21 086,55	102,91%
Łódzki	48 404,26	51 259,63	50 206,51	52 885,93	103,72%
Małopolski	109 480,35	106 982,75	115 339,76	112 872,42	105,35%
Mazowiecki	138 545,69	132 534,73	149 996,29	141 170,58	108,26%
Opolski	44 438,06	41 590,14	44 390,34	42 098,18	99,89%
Podkarpacki	86 784,66	85 783,22	93 557,80	90 960,49	107,80%
Podlaski	22 803,49	23 017,98	24 388,79	25 177,54	106,95%
Pomorski	36 805,82	36 078,09	42 562,87	41 245,34	115,64%
Śląski	178 177,59	179 663,02	180 755,89	182 287,74	101,45%
Świętokrzyski	35 024,91	38 916,00	40 633,20	43 983,28	116,01%
Warmińsko-Mazurski	29 247,82	29 236,21	33 133,14	33 068,01	113,28%
Wielkopolski	59 686,16	59 343,21	60 629,63	60 903,12	101,58%
Zachodniopomorski	32 858,80	34 089,54	34 433,98	36 674,22	104,79%
RAZEM:	1 020 341,29	1 020 811,11	1 077 374,49	1 074 938,72	105,59%

Wartość umów w porównaniu do 2012 r. wzrosła o ok. 5,59% i wyniosła w 2013 r. 1 077 374,49 zł. Koszty realizacji świadczeń wyniosły 1 074 938,72 tys. zł.

Wykres nr III.30. Wartość poniesionych wydatków w 2013 r. w podziale na wiek i płeć pacjenta [tys. zł] w SPO.

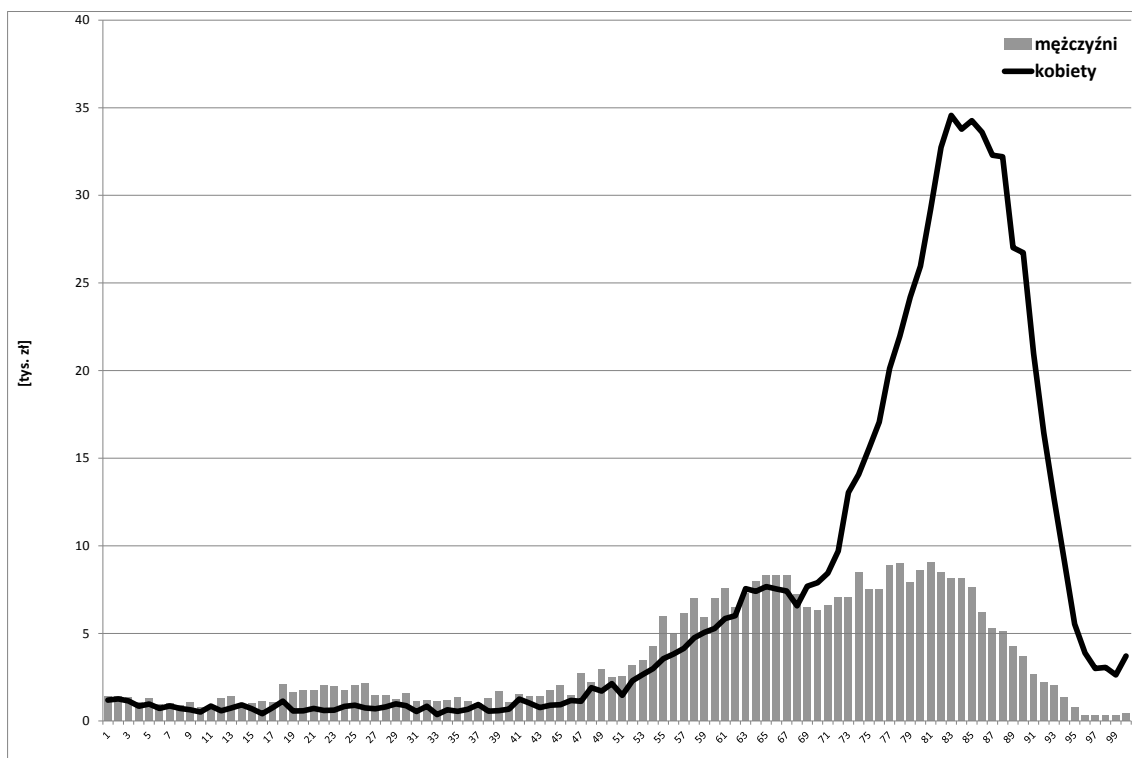


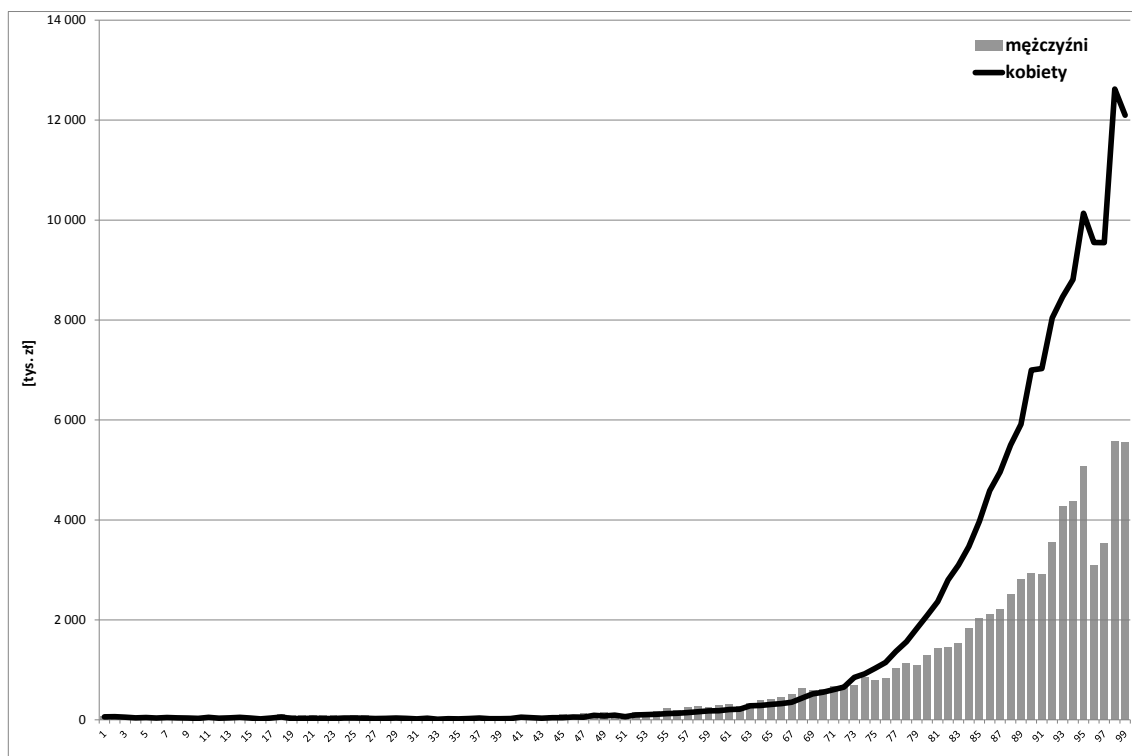
Tabela nr III.28. Liczba świadczeniodawców w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze. Dane z systemu informatycznego Centrali NFZ wg stanu na dzień 14 maja 2014 r.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2012	liczba świadczeniodawców 2013
01	Dolnośląski	163	156
02	Kujawsko-Pomorski	76	77
03	Lubelski	101	96
04	Lubuski	57	61
05	Łódzki	93	76
06	Małopolski	146	172
07	Mazowiecki	200	192
08	Opolski	59	59
09	Podkarpacki	148	148
10	Podlaski	51	48
11	Pomorski	46	43
12	Śląski	265	265
13	Świętokrzyski	44	54
14	Warmińsko-Mazurski	60	55
15	Wielkopolski	186	175
16	Zachodniopomorski	58	57
Razem		1 753	1 734

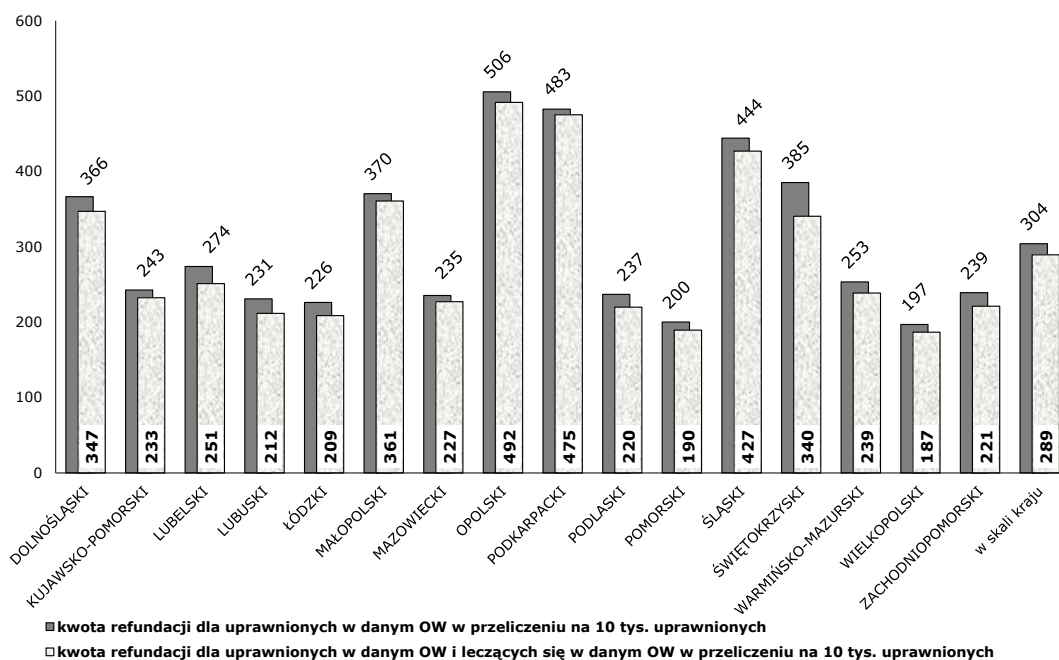
Tabela nr III.29. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w 2013 roku w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w tys. zł.

<i>Nazwa Oddziału</i>	<i>Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2013 r. na 10 tys. uprawnionych</i>	<i>Różnica (%) (najniższa wartość=100%)</i>	<i>Wartość zapłaconych świadczeń w 2013 r. ogółem na 10 tys. uprawnionych</i>	<i>Różnica (%) (najniższa wartość=100%)</i>
Dolnośląski	345,95	185%	352,60	188%
Kujawsko-Pomorski	243,16	130%	240,64	128%
Lubelski	244,94	131%	261,16	139%
Lubuski	232,18	124%	229,63	122%
Łódzki	213,41	114%	224,80	120%
Małopolski	376,69	202%	368,64	196%
Mazowiecki	301,25	161%	283,53	151%
Opolski	516,61	277%	489,94	261%
Podkarpacki	482,70	258%	469,30	250%
Podlaski	225,55	121%	232,84	124%
Pomorski	206,12	110%	199,74	106%
Śląski	429,11	230%	432,74	231%
Świętokrzyski	346,70	186%	375,28	200%
Warmińsko-Mazurski	253,97	136%	253,47	135%
Wielkopolski	186,83	100%	187,67	100%
Zachodniopomorski	225,02	120%	239,66	128%
RAZEM:	305,60	164%	304,91	162%

Wykres nr III.31. Wartość poniesionych wydatków na świadczenia w 2013 r. w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych do świadczeń z podziałem na wiek i płeć pacjenta w SPO.

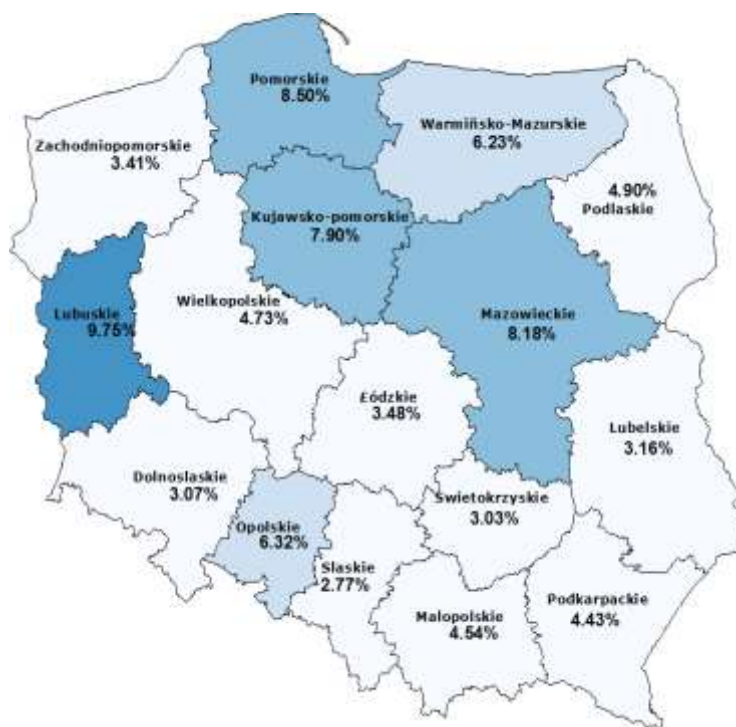


Wykres nr III.32. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach [tys. zł].



Na wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych), które poniesiono na rzecz uprawnionych w danym oddziale łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla wszystkich uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w opiece długoterminowej na 10 tys. uprawnionych w 2013 r. osiągnął opolski oddział wojewódzki Funduszu 506 tys. zł (463 tys. zł w 2012 r.) oraz oddziały podkarpacki i śląski odpowiednio 483 tys. zł i 444 tys. zł (428 tys. zł i 409 tys. zł w 2012 r.).

Wykres nr III.33. Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń udzielonych uprawnionym spoza oddziału w rodzaju SPO [%].



Największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza oddziału wystąpił w oddziałach: lubuskim (9,75%), pomorskim (8,50%), mazowieckim (8,18%) i warmińsko-mazurskim (6,23%).

III.2.2.6. Opieka paliatywna i hospicyjna

Opieka paliatywna i hospicyjna jest to postępowanie mające na celu poprawę jakości życia chorych i ich rodzin w obliczu problemów związanych z nieuleczalną chorobą. Szczególnie istotne jest tu leczenie bólu i innych objawów fizycznych oraz zapobieganie ich powstawaniu, a także rozwiązywanie problemów psychosocjalnych i duchowych.

Warunkiem objęcia chorego opieką paliatywną jest skierowanie wystawione przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, wskazania medyczne zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z zakresu świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, zgoda pacjenta lub jego rodziny na objęcie opieką paliatywną wyrażona na piśmie; w przypadku dzieci, przez rodziców/opiekunów prawnych, a po 16 r. ż. także przez chore dziecko.

Opieka paliatywna i hospicyjna realizowana jest w zakresach:

- świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/ świadczenia w hospicjum stacjonarnym,
- świadczenia w hospicjum domowym, również dla dzieci,
- świadczenia w poradni medycyny paliatywnej.

Jednostkami rozliczeniowymi za świadczenia zdrowotne w opiece paliatywnej są:

- osobodzień w hospicjum stacjonarnym /oddziale medycyny paliatywnej, hospicjum domowym i hospicjum domowym dla dzieci,
- porada w poradni medycyny paliatywnej.

Wykres nr III.34. Liczba osób korzystających ze świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w podziale na kobiety i mężczyzn w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna (OPH).

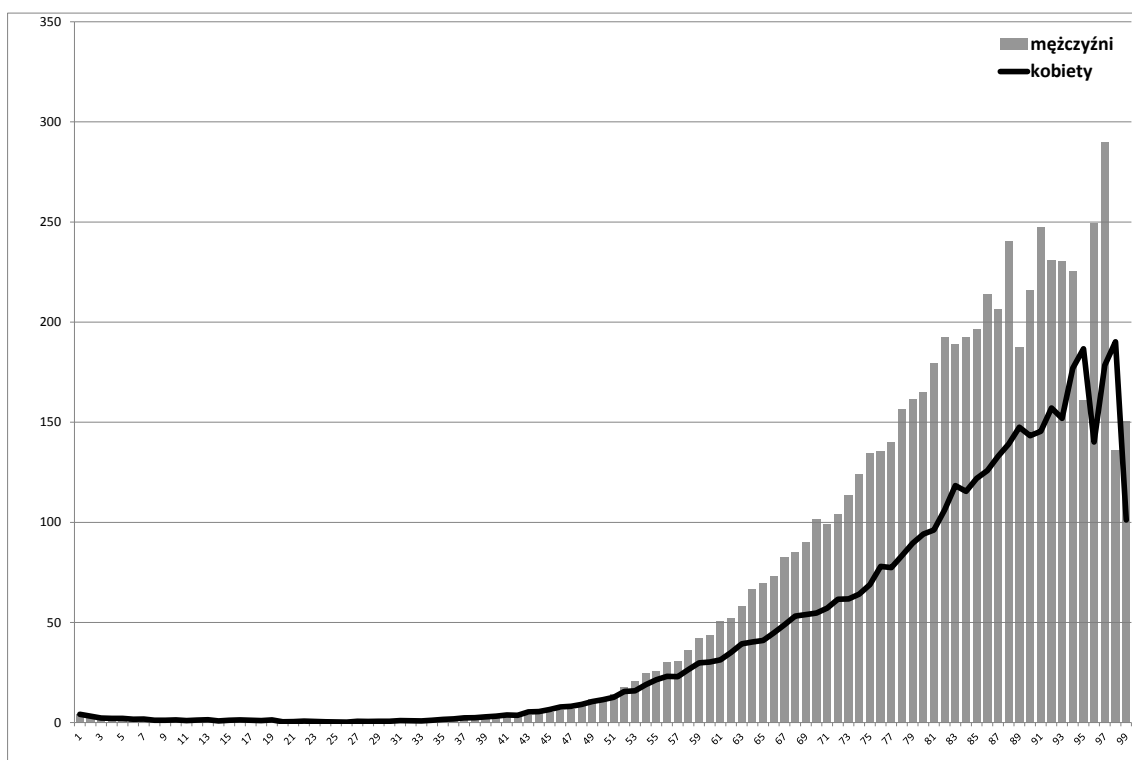


Tabela nr III.30. Liczba świadczeniodawców w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna. Dane z systemu informatycznego Centrali Funduszu wg stanu na dzień 14 maja 2014 r.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2012	liczba świadczeniodawców 2013
01	Dolnośląski	29	28
02	Kujawsko-Pomorski	21	22
03	Lubelski	23	23
04	Lubuski	17	15
05	Łódzki	32	33
06	Małopolski	36	36
07	Mazowiecki	51	56
08	Opolski	11	11
09	Podkarpacki	33	31
10	Podlaski	15	14
11	Pomorski	24	25
12	Śląski	50	47
13	Świętokrzyski	12	15
14	Warmińsko-Mazurski	24	23
15	Wielkopolski	52	51
16	Zachodniopomorski	23	22
Razem		453	452

Tabela nr III.31. Wartość i wykonanie umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2012 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2012 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2013 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2013 w tys. zł	Dynamika kontraktów 2012=100%
Dolnośląski	25 410,97	27 150,70	29 426,11	29 787,68	115,80%
Kujawsko-Pomorski	24 818,76	25 490,58	25 144,00	26 117,98	101,31%
Lubelski	13 202,16	13 483,05	14 053,10	14 492,02	106,45%
Lubuski	8 947,38	8 766,21	9 298,09	8 987,51	103,92%
Łódzki	18 765,84	20 375,10	19 359,81	21 132,83	103,17%
Małopolski	28 367,01	29 025,34	32 616,59	32 362,02	114,98%
Mazowiecki	38 331,67	38 230,06	40 057,11	39 352,82	104,50%
Opolski	9 731,30	9 449,03	10 619,57	10 077,40	109,13%
Podkarpacki	19 259,64	19 357,47	21 283,30	21 241,02	110,51%
Podlaski	8 736,04	8 892,17	9 572,03	9 958,80	109,57%
Pomorski	19 192,71	19 011,52	19 896,26	19 676,32	103,67%
Śląski	39 724,74	39 461,05	45 723,39	44 801,27	115,10%
Świętokrzyski	11 133,57	11 498,73	12 702,41	13 195,71	114,09%
Warmińsko-Mazurski	14 287,35	14 328,10	15 103,08	14 728,32	105,71%
Wielkopolski	38 937,57	36 950,90	41 409,00	39 086,16	106,35%
Zachodniopomorski	9 168,31	9 939,10	9 596,23	10 475,62	104,67%
RAZEM:	328 015,01	331 409,11	355 860,05	355 473,48	108,49%

Realizacja zawartych umów wyniosła 355 860,05 tys. zł. W porównaniu do roku ubiegłego wartość zawartych umów wzrosła o ok. 8,5 %.

Wykres nr III.35. Wartość poniesionych wydatków w 2012 r. w podziale na wiek i płeć pacjenta [tys. zł] w OPH.

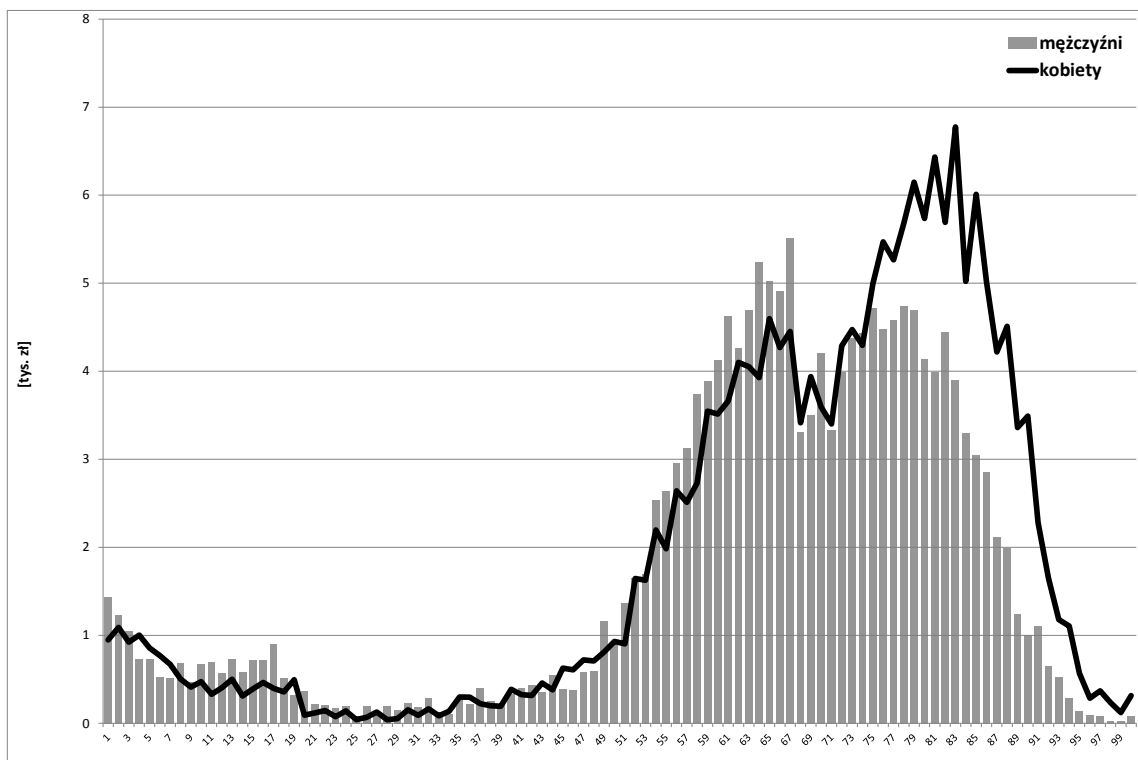
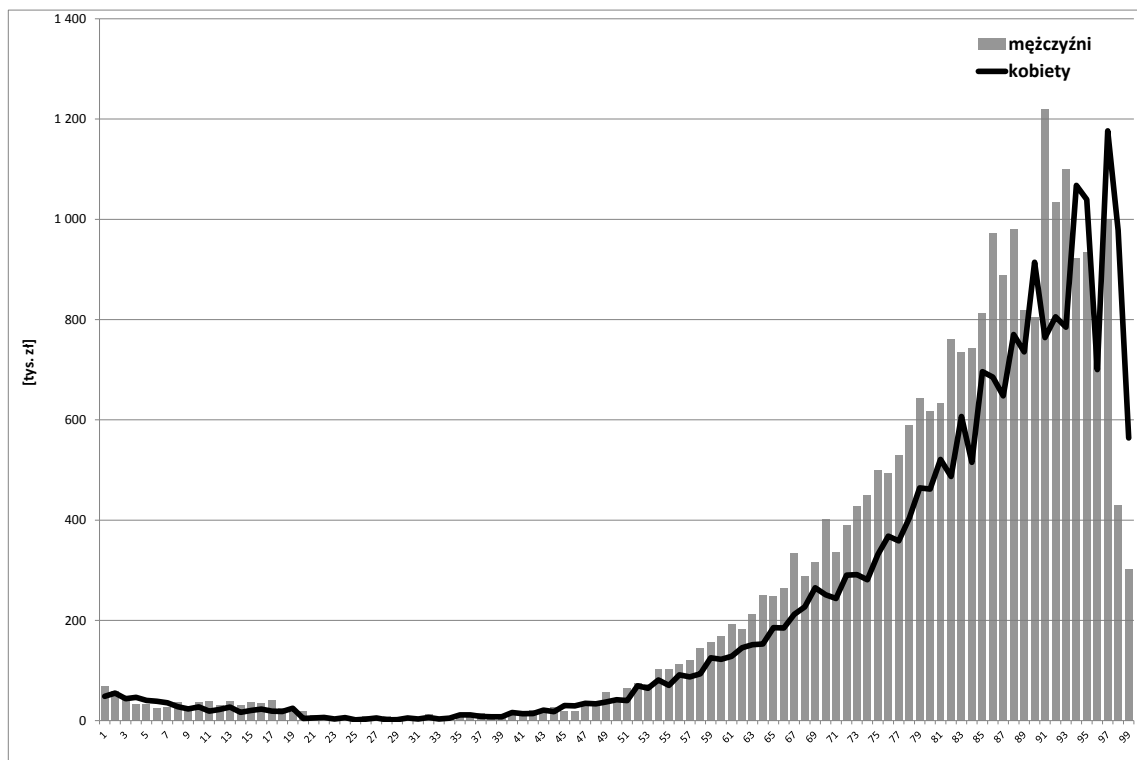


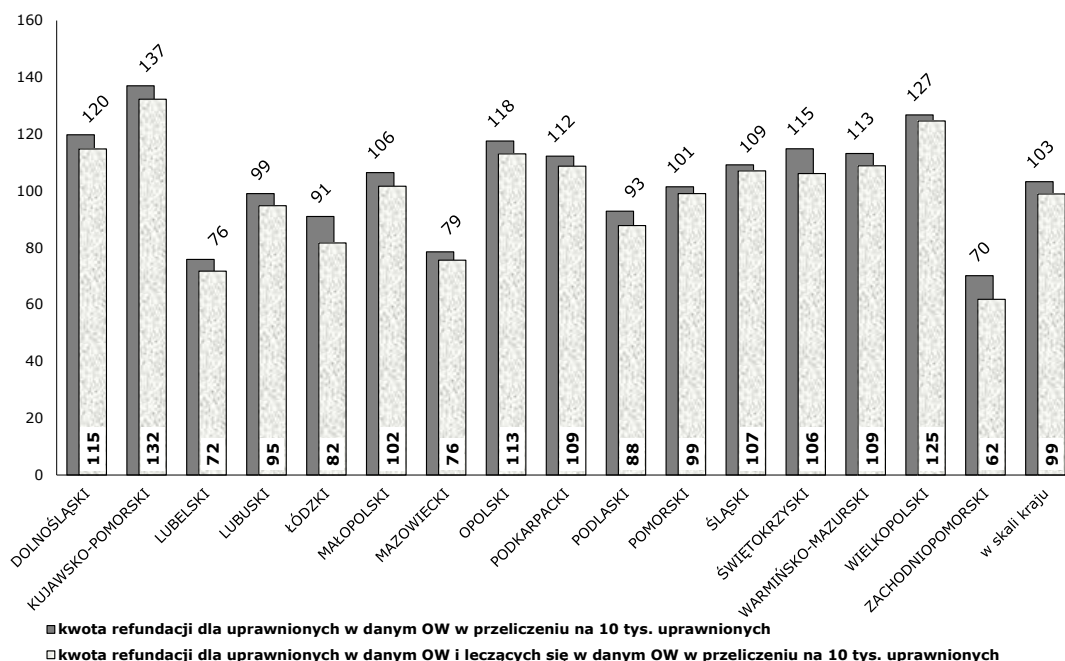
Tabela nr III.32. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w tys. zł.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2013 r. na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)	Wartość zapłaconych świadczeń w 2013 r. ogółem na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	112,94	180%	114,33	167%
Kujawsko-Pomorski	130,63	208%	135,69	198%
Lubelski	70,12	112%	72,31	106%
Lubuski	101,26	161%	97,87	143%
Łódzki	82,29	131%	89,83	131%
Małopolski	106,52	170%	105,69	154%
Mazowiecki	80,45	128%	79,04	115%
Opolski	123,59	197%	117,28	171%
Podkarpacki	109,81	175%	109,59	160%
Podlaski	88,52	141%	92,10	135%
Pomorski	96,35	154%	95,29	139%
Śląski	108,55	173%	106,36	155%
Świętokrzyski	108,38	173%	112,59	164%
Warmińsko-Mazurski	115,77	185%	112,89	165%
Wielkopolski	127,60	203%	120,45	176%
Zachodniopomorski	62,71	100%	68,46	100%
RAZEM:	100,94	161%	100,83	147%

Wykres nr III.36. Wartość poniesionych wydatków na świadczenia w 2013 r. w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych do świadczeń z podziałem na wiek i płeć pacjenta w rodzaju OPH.

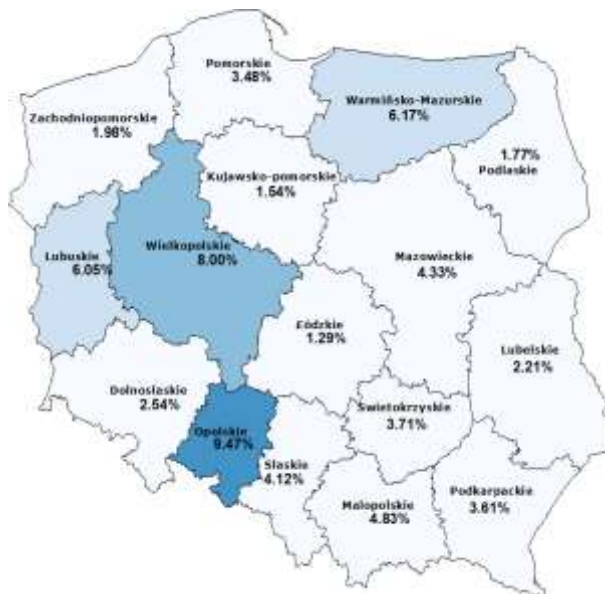


Wykres nr III.37. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach [tys. zł].



Powyższy wykres przedstawia koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w opiece paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w 2013 r. osiągnął oddział kujawsko-pomorski (137 tys. zł) i wielkopolski (127 tys. zł).

Wykres nr III.38. Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń oddziału udzielonych uprawnionym spoza oddziału w rodzaju OPH [%].



Największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza oddziału wystąpił w oddziale opolskim (9,47%) i wielkopolskim (8,00%).

III.2.2.7. Rehabilitacja lecznicza

Świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza realizowane są w warunkach:

- ambulatoryjnych: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna,
- domowych: fizjoterapia domowa,
- w ośrodku/oddziale dziennym: rehabilitacja ogólnoustrojowa, kardiologiczna, pulmonologiczna, dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, wzroku oraz słuchu i mowy,
- stacjonarnych: rehabilitacja ogólnoustrojowa, neurologiczna, pulmonologiczna, kardiologiczna.

Wykres nr III.39. Liczba osób korzystających ze świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w podziale na kobiety i mężczyzn w rodzaju rehabilitacja lecznicza (REH).

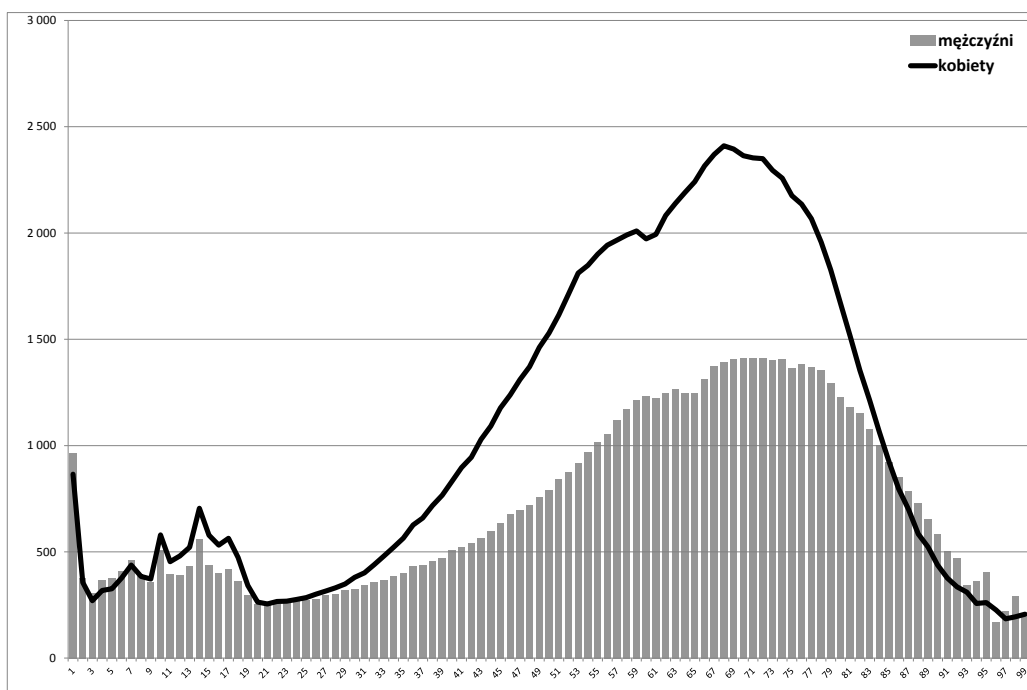


Tabela nr III.33. Liczba świadczeniodawców w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Dane z systemu informatycznego Centrali NFZ wg stanu na dzień 14 maja 2014 r.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2012	liczba świadczeniodawców 2013
01	Dolnośląski	156	175
02	Kujawsko-Pomorski	158	160
03	Lubelski	125	120
04	Lubuski	82	81
05	Łódzki	223	218
06	Małopolski	225	228
07	Mazowiecki	295	293
08	Opolski	93	92
09	Podkarpacki	279	283
10	Podlaski	52	51
11	Pomorski	125	130
12	Śląski	326	319
13	Świętokrzyski	127	115
14	Warmińsko-Mazurski	113	112
15	Wielkopolski	234	233
16	Zachodniopomorski	102	99
Razem		2 715	2 709

Tabela nr III.34. Wartość i wykonanie umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza. (Realizacja planu–dane Departamentu Ekonomiczno-Finansowego Centrali Funduszu).

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2012 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2012 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2013 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2013 w tys. zł	Dynamika kontraktów 2012=100%
Dolnośląski	144 364,33	151 071,65	150 315,07	155 021,29	104,12%
Kujawsko-Pomorski	84 658,38	83 040,45	86 845,95	86 554,72	102,58%
Lubelski	97 108,57	101 816,70	102 100,79	106 819,13	105,14%
Lubuski	48 282,17	48 442,54	52 034,83	51 856,20	107,77%
Łódzki	112 565,78	122 188,54	112 324,99	123 668,25	99,79%
Małopolski	166 145,74	163 230,21	185 285,15	181 165,45	111,52%
Mazowiecki	409 663,89	398 832,39	421 250,16	411 349,88	102,83%
Opolski	55 137,06	50 368,45	60 593,26	53 939,36	109,90%
Podkarpacki	127 599,12	130 925,26	136 452,68	137 866,29	106,94%
Podlaski	45 214,07	48 459,64	50 211,11	52 644,58	111,05%
Pomorski	99 099,48	101 923,14	102 578,01	104 430,69	103,51%
Śląski	235 155,22	232 861,34	240 099,35	237 538,00	102,10%
Świętokrzyski	78 363,51	71 963,20	78 237,07	71 417,44	99,84%
Warmińsko-Mazurski	67 014,92	65 892,36	70 189,54	69 849,09	104,74%
Wielkopolski	156 781,31	156 193,85	157 866,21	158 737,14	100,69%
Zachodniopomorski	69 593,58	69 891,97	71 600,31	70 662,90	102,88%
RAZEM:	1 996 747,14	1 997 101,69	2 077 984,46	2 073 520,41	104,07%

W rodzaju rehabilitacja lecznicza zakontraktowano świadczenia na łączną kwotę 2 077 984,46 tys. zł. W porównaniu do 2012 r. wzrost nakładów na świadczenia w tym rodzaju wyniósł 4,07% .

Wykres nr III.40. Wartość poniesionych wydatków w 2013 r. w podziale na wiek i płeć pacjenta [tys. zł] w rodzaju rehabilitacja lecznicza (REH).

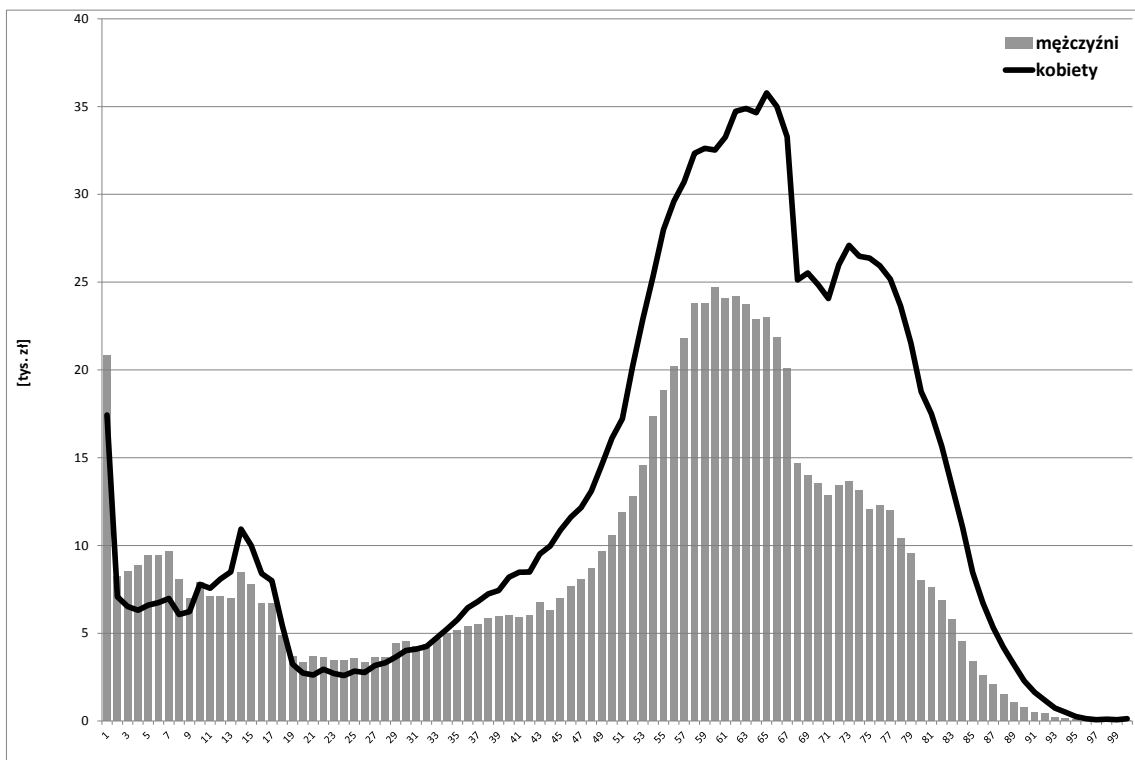
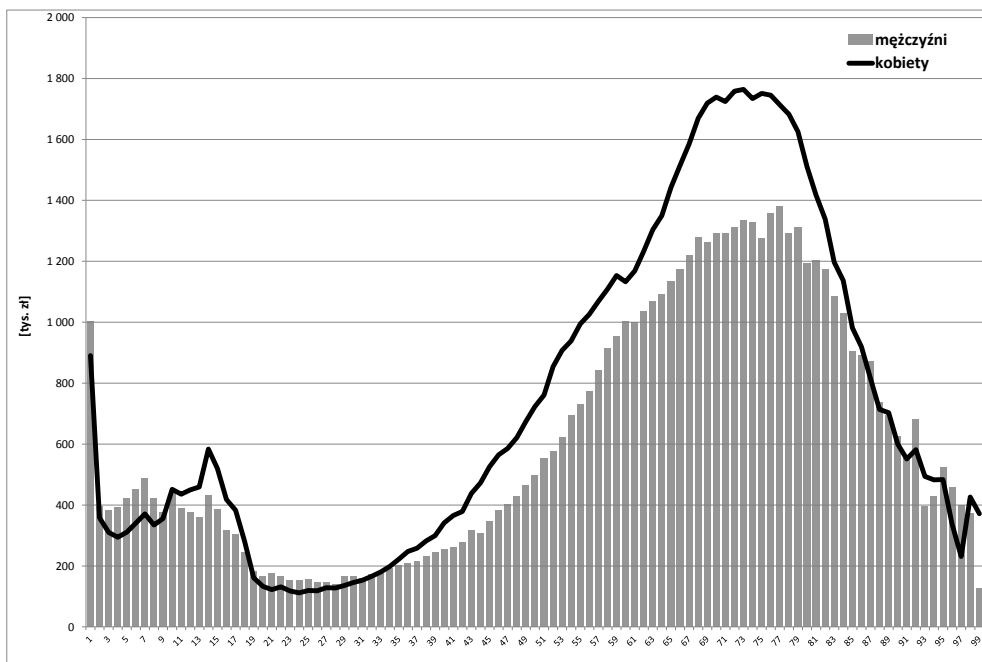


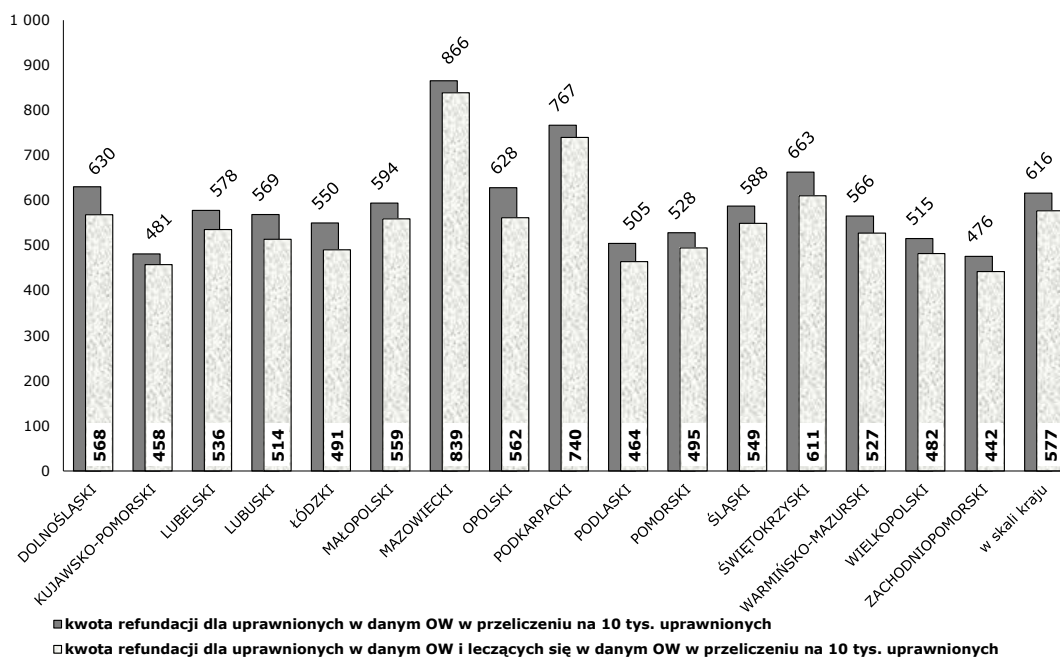
Tabela nr III.35. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza (REH) w 2013 r. w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w tys. zł.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2013 r. na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)	Wartość zapłaconych świadczeń w 2013 r. ogółem na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	576,93	128%	594,99	132%
Kujawsko-Pomorski	451,20	100%	449,68	100%
Lubelski	509,46	113%	533,00	119%
Lubuski	566,65	126%	564,71	126%
Łódzki	477,45	106%	525,66	117%
Małopolski	605,13	134%	591,68	132%
Mazowiecki	846,04	188%	826,15	184%
Opolski	705,18	156%	627,75	140%
Podkarpacki	704,02	156%	711,31	158%
Podlaski	464,35	103%	486,85	108%
Pomorski	496,76	110%	505,73	112%
Śląski	569,99	126%	563,91	125%
Świętokrzyski	667,55	148%	609,36	136%
Warmińsko-Mazurski	538,00	119%	535,39	119%
Wielkopolski	486,47	108%	489,15	109%
Zachodniopomorski	467,89	104%	461,77	103%
RAZEM:	589,43	131%	588,16	131%

Wykres nr III.41. Wartość poniesionych wydatków na świadczenia w 2013 r. w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych do świadczeń z podziałem na wiek i płeć pacjenta w rodzaju rehabilitacja lecznicza (REH)

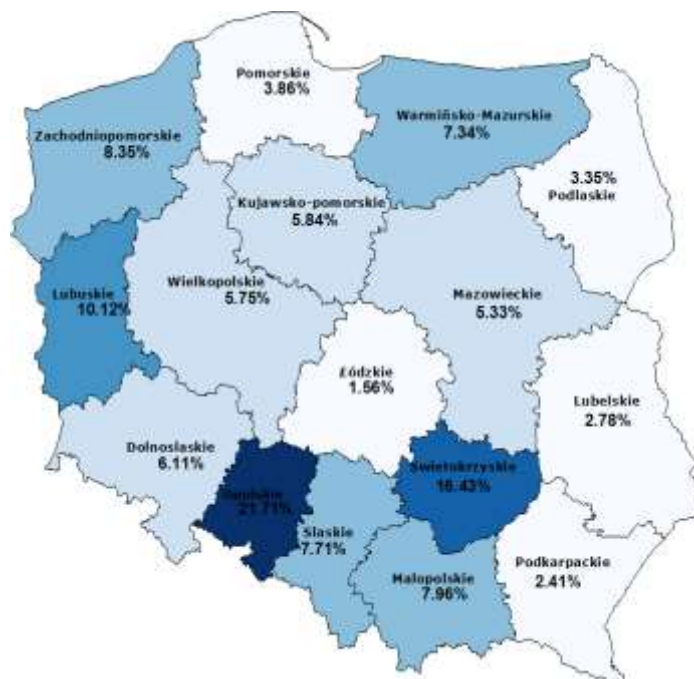


Wykres nr III.42. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju rehabilitacja lecznicza (REH) w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach [tys. zł].



Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w rodzaju rehabilitacja lecznicza na 10 tys. ubezpieczonych w 2013 r. osiągnął oddział mazowiecki (866 tys. zł) i podkarpacki (767 tys. zł).

Wykres nr III.43. Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń udzielonych uprawnionym spoza oddziału w rodzaju REH [%].



Największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza oddziału wystąpił w oddziałach: opolskim i świętokrzyskim (odpowiednio 21,71% i 16,43%).

III.2.2.8. Świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie

W świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie, realizowane były następujące zakresy świadczeń:

- kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej
- badania izotopowe
- zaopatrzenie protetyczne (zaopatrzenie w protezy twarzy, nosa, małżowiny usznej, ektoprotezy),
- terapia izotopowa
- żywienie pozajelitowe w warunkach domowych
- teleradioterapia stereotaktyczna
- żywienie dojelitowe w warunkach domowych
- leczenie spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej
- leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci
- leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych
- badania zgodności tkankowej
- badania genetyczne
- tlenoterapia domowa
- dializoterapia otrzewnowa
- hemodializoterapia
- pozytonowa tomografia emisyjna (PET)
- *teleradioterapia protonowa (nowe)*
- *domowa antybiotykoterapia dożylna (nowe)*

Od początku 2013 r. do finansowania ze środków publicznych wprowadzone zostały dwa nowe świadczenia: *terapia protonowa nowotworów oka* (polegająca na teleradioterapii hadronowej wiązką protonów, dla pacjentów z rozpoznaniem czerniaka błony naczyniowej) oraz *domowa antybiotykoterapia dożylna w leczeniu zaostrzeń choroby oskrzelowo-płucnej u pacjentów z mukowiscydozą* (podanie antybiotyku dożylnie lub we wlewie). Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, rozliczane są na podstawie jednostki rozliczeniowej. Jednostką rozliczeniową jest punkt lub świadczenie.

Wykres nr III.44. Liczba osób korzystających ze świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w podziale na kobiety i mężczyzn w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK).

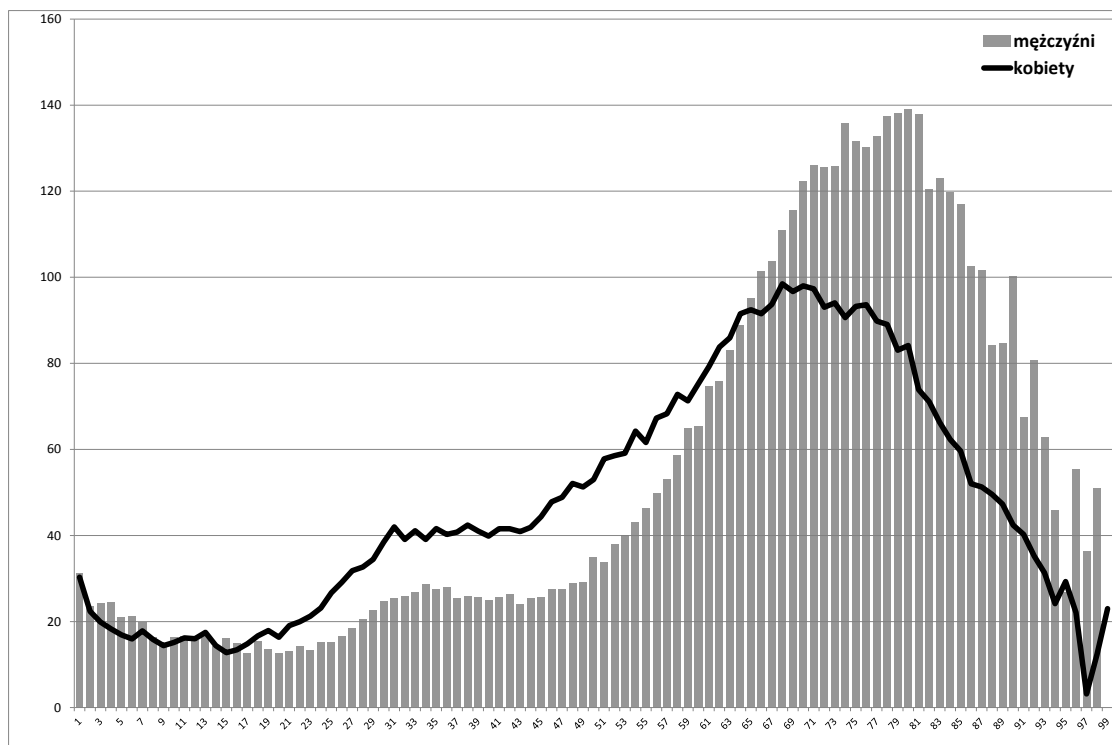


Tabela nr III.36. Liczba świadczeniodawców w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Dane z systemu informatycznego Centrali NFZ wg stanu na dzień 14 maja 2014 r.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2012	liczba świadczeniodawców 2013
01	Dolnośląski	33	31
02	Kujawsko-Pomorski	26	28
03	Lubelski	32	32
04	Lubuski	12	12
05	łódzki	31	27
06	Małopolski	31	36
07	Mazowiecki	57	57
08	Opolski	14	14
09	Podkarpacki	23	23
10	Podlaski	24	23
11	Pomorski	26	22
12	Śląski	43	40
13	Świętokrzyski	23	23
14	Warmińsko-Mazurski	21	18
15	Wielkopolski	38	35
16	Zachodniopomorski	23	23
Razem		457	444

Tabela nr III.37. Wartość zawartych umów i realizacja w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Realizacja planu – Dane Departamentu Ekonomiczno-Finansowego Centrali Funduszu.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2012 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2012 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2013 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2013 w tys. zł	Dynamika kontraktów 2012=100%
Dolnośląski	114 594,78	116 052,52	121 272,84	123 094,15	105,83%
Kujawsko-Pomorski	103 607,69	98 652,66	106 952,54	104 684,53	103,23%
Lubelski	74 223,24	80 779,37	79 680,03	86 249,41	107,35%
Lubuski	37 345,17	39 028,11	40 817,62	41 173,89	109,30%
Łódzki	98 628,94	103 424,10	103 026,79	109 583,70	104,46%
Małopolski	133 121,13	132 921,48	145 746,71	142 134,89	109,48%
Mazowiecki	263 311,58	225 391,20	285 975,91	241 299,66	108,61%
Opolski	32 624,80	37 090,15	32 191,00	37 429,13	98,67%
Podkarpacki	71 940,62	79 489,88	73 647,18	82 158,37	102,37%
Podlaski	34 193,53	38 647,55	34 812,74	40 129,36	101,81%
Pomorski	97 522,00	101 378,15	101 486,62	106 318,55	104,07%
Śląski	192 858,00	191 869,29	203 690,35	202 599,05	105,62%
Świętokrzyski	48 626,02	47 951,58	53 138,68	52 113,31	109,28%
Warmińsko-Mazurski	57 386,46	60 099,77	60 583,52	62 865,98	105,57%
Wielkopolski	144 852,45	143 250,58	158 579,46	156 599,27	109,48%
Zachodniopomorski	59 833,94	68 199,17	62 212,09	72 656,42	103,97%
RAZEM:	1 564 670,35	1 564 225,56	1 663 814,10	1 661 089,67	106,34%

Wartość zawartych umów w 2013 r. wyniosła 1 663 814,10 tys. zł, czyli o 6,34% więcej niż w 2012 r. Koszty realizacji zamknęły się w kwocie 1 661 089,67 tys. zł.

Wykres nr III.45. Wartość poniesionych wydatków w 2013 r. w podziale na wiek i płeć pacjenta [tys. zł] w SOK.

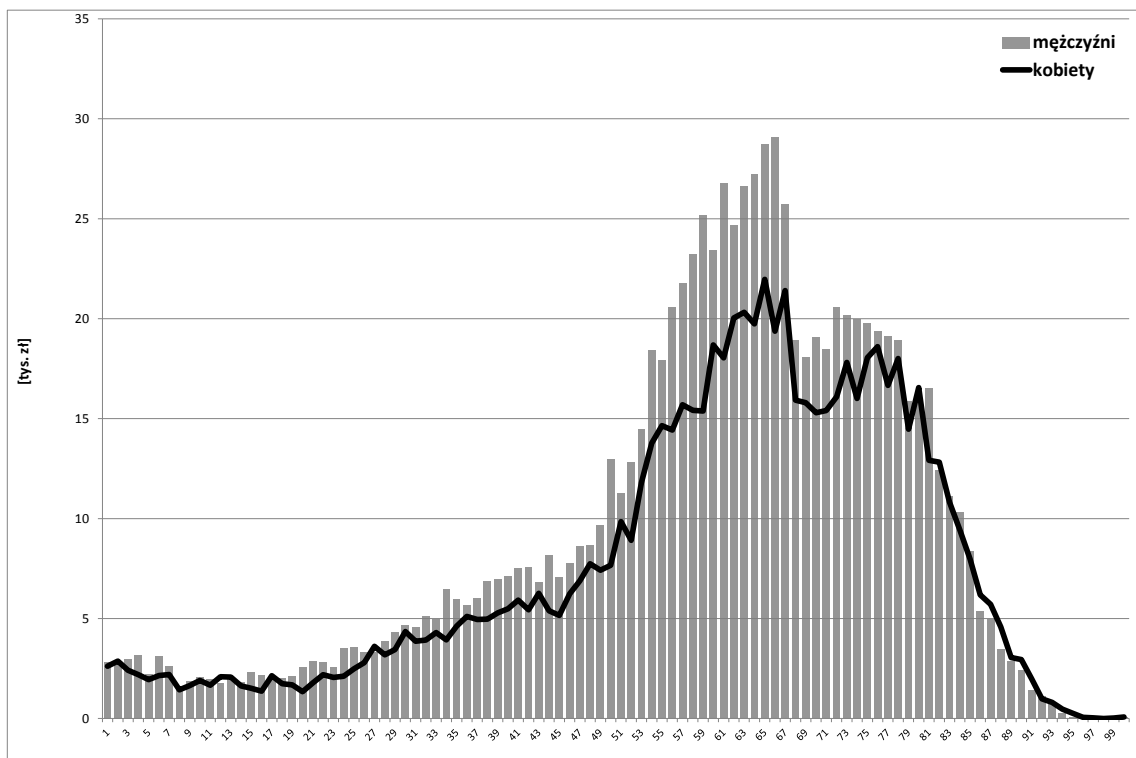
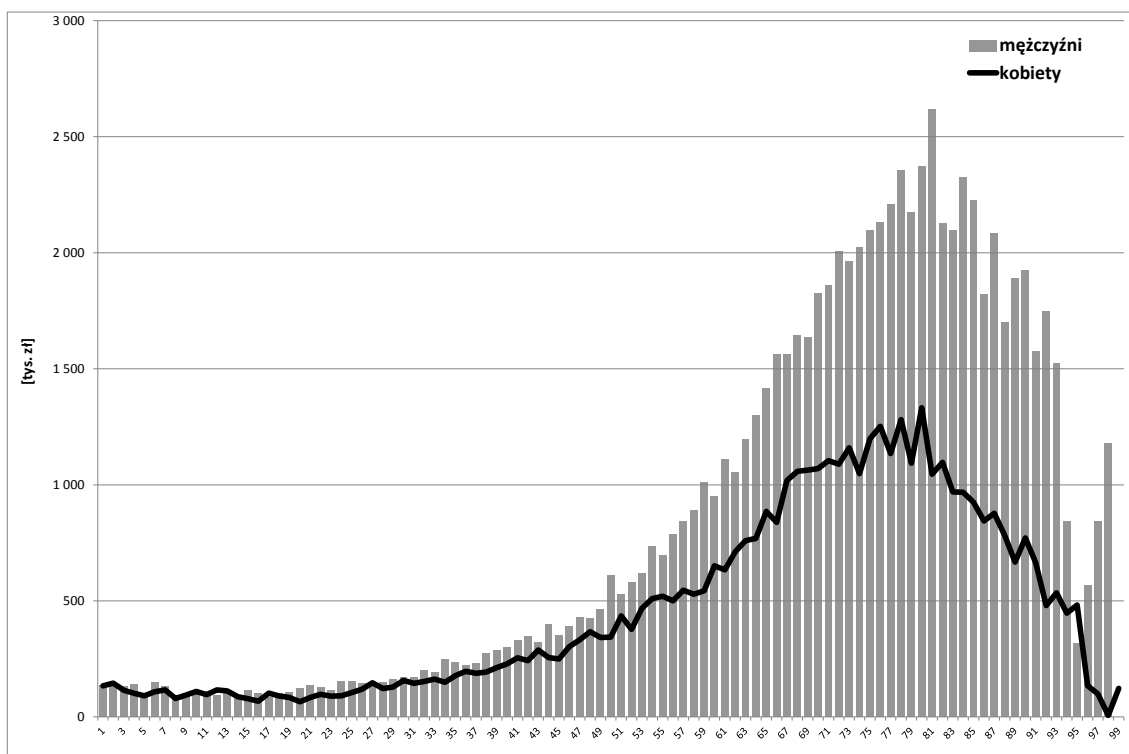


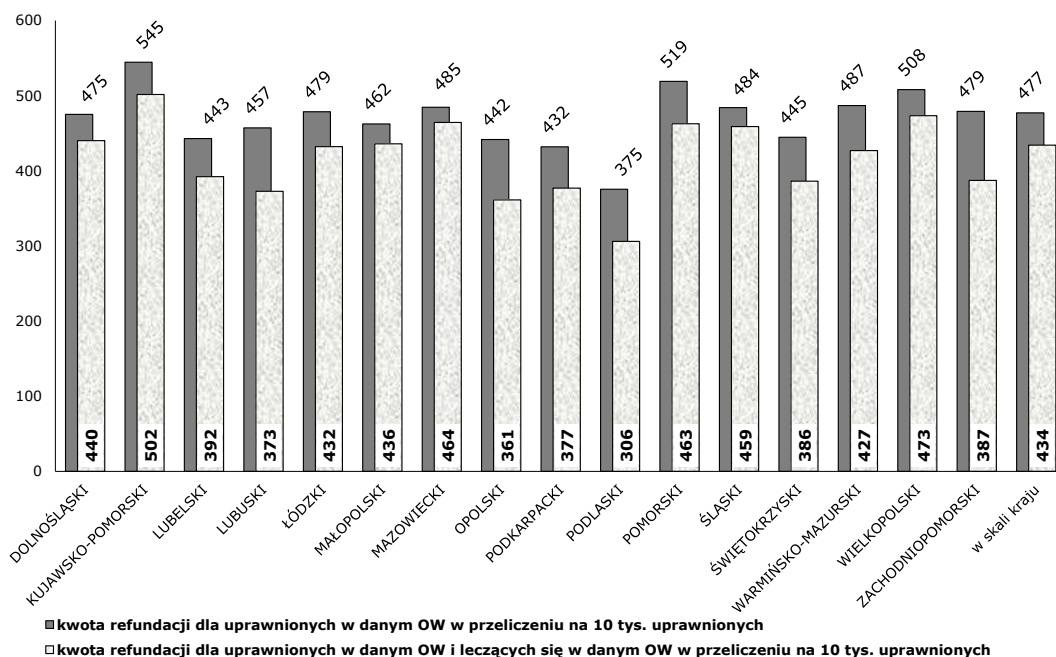
Tabela nr III.38. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w tys. zł.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2013 r. na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)	Wartość zapłaconych świadczeń w 2013 r. ogółem na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	465,46	145%	472,45	127%
Kujawsko-Pomorski	555,66	173%	543,88	147%
Lubelski	397,58	123%	430,36	116%
Lubuski	444,50	138%	448,38	121%
Łódzki	437,92	136%	465,79	126%
Małopolski	476,00	148%	464,21	125%
Mazowiecki	574,35	178%	484,63	131%
Opolski	374,64	116%	435,60	117%
Podkarpacki	379,98	118%	423,89	114%
Podlaski	321,95	100%	371,11	100%
Pomorski	491,48	153%	514,88	139%
Śląski	483,55	150%	480,96	130%
Świętokrzyski	453,40	141%	444,65	120%
Warmińsko-Mazurski	464,37	144%	481,87	130%
Wielkopolski	488,67	152%	482,57	130%
Zachodniopomorski	406,54	126%	474,79	128%
RAZEM:	471,95	147%	471,17	127%

Wykres nr III.46. Wartość poniesionych wydatków na świadczenia w 2013 r. w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych do świadczeń z podziałem na wiek i płeć pacjenta w SOK.

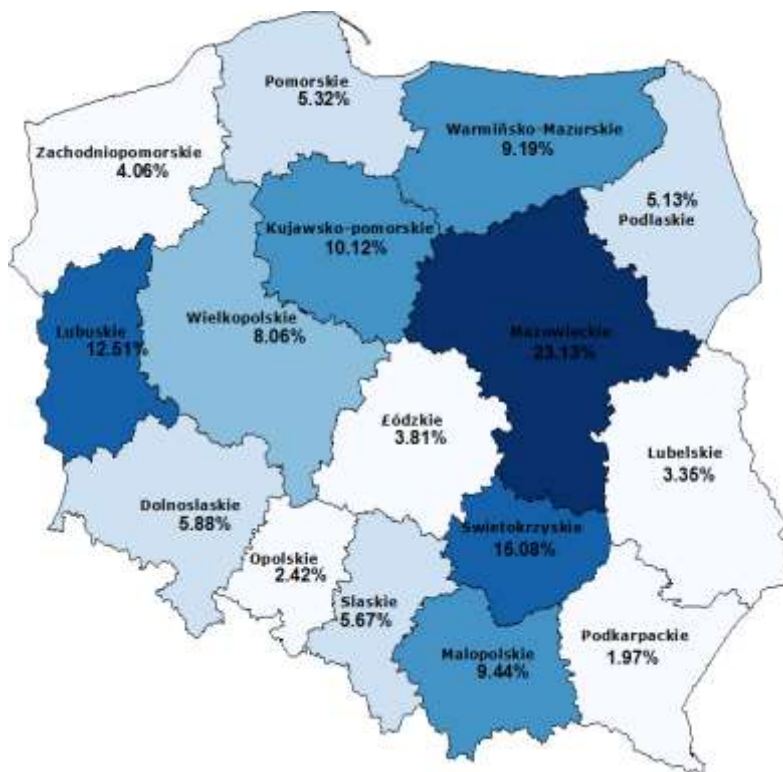


Wykres nr III.47. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach [tys. zł].



Powyżej przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczeń) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie na 10 tys. uprawnionych w skali 2013 r. osiągnął oddział kujawsko – pomorski (545 tys. zł) i oddział pomorski (519 tys. zł).

Wykres nr III.48. Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń udzielonych uprawnionym spoza oddziału [%].



W rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza oddziału był w oddziale mazowieckim – 23,13%.

Tabela nr III.39. Wybrane świadczenia – pozytonowa tomografia emisyjna (PET) – Realizacja świadczeń.

OW NEZ	2012				2013			
	wartość kontraktu 2012 w tys. zł	liczba osób, którym udzielono świadczenia 2012	liczba wykonanych badań 2012	wartość rozliczonych świadczeń 2012 w tys. zł	wartość kontraktu 2013 w tys. zł	liczba osób, którym udzielono świadczenia 2013	liczba wykonanych badań 2013	wartość rozliczonych świadczeń 2013 w tys. zł
Dolnośląski	9 815,40	2 649	2 992	9 807,20	10 438,60	2 768	2 990	11 685,00
Kujawsko-Pomorski	18 896,90	3 836	4 587	18 806,70	18 081,00	3 868	4 521	18 081,00
Lubelski	984,00	237	240	984,00	2 812,60	638	686	2 812,60
Łódzki	4 298,85	1 052	1 132	4 298,85	4 664,60	1 292	1 370	4 664,60
Małopolski	9 376,70	2 092	2 287	9 376,70	13 320,90	2 928	3 250	12 414,80
Mazowiecki	23 837,40	5 192	5 746	23 558,60	24 649,20	5 459	6 012	24 649,20
Pomorski	4 005,70	888	977	4 005,70	4 797,00	1 073	1 170	4 797,00
Śląski	17 675,10	3 833	4 311	17 675,10	20 077,70	4 314	5 009	20 081,80
Świętokrzyski	9 384,90	1 992	2 289	9 372,60	11 373,40	2 454	2 774	11 373,40
Warmińsko-Mazurski	3 094,07	896	944	3 725,47	3 468,60	1 055	1 113	4 399,30
Wielkopolski	9 106,10	3 436	3 843	9 106,10	12 824,80	3 431	3 839	12 824,80
razem	110 475,12	26 103,00	29 348,00	110 717,02	126 508,40	29 280,00	32 734,00	127 783,50

Pozytonowa tomografia emisyjna realizowana jest przez 18 świadczeniodawców w 11 województwach. Średnia cena jednego badania w 2013 r. ustalona była na ok. 4 100 zł.

Z uwagi na to, że nie wszyscy świadczeniodawcy realizowali tylko tyle badań ile zakontraktowali, w kilku oddziałach średnia cena zrealizowanego już badania była niższa od ustalonej. W tej sytuacji na koniec roku, świadczeniodawcy albo zawierali stosowne ugody celem uzupełnienia środków (oddział: dolnośląski, warmińsko – mazurski) albo starali się o zwiększenie wartości kontraktów jeszcze w trakcie trwania umów. W pozostałych przypadkach ostateczna kwota rozliczonych świadczeń równała się pierwotnej wartości kontraktu.

Tabela nr III.40. Wybrane świadczenia – dializy – realizacja świadczeń.

OW NEZ	liczba pacjentów 2012	liczba pacjentów 2013	liczba dializ 2012	liczba dializ 2013	średnia liczba dializ na pacjenta 2012	średnia liczba dializ na pacjenta 2013
Dolnośląski	2 060	2 192	207 793	211 898	101	97
Kujawsko-Pomorski	1 586	1 790	156 411	160 394	99	90
Lubelski	1 428	1 455	145 480	150 438	102	103
Lubuski	812	811	76 843	79 377	95	98
Łódzki	1 565	1 619	167 802	173 526	107	107
Małopolski	2 599	2 568	241 533	244 150	93	95
Mazowiecki	3 869	4 094	353 469	362 476	91	89
Opolski	704	861	66 607	65 770	95	76
Podkarpacki	1 417	1 410	140 141	143 396	99	102
Podlaski	662	668	57 484	59 354	87	89
Pomorski	1 662	1 924	164 500	168 238	99	87
Śląski	3 395	3 781	323 619	337 868	95	89
Świętokrzyski	758	851	71 535	77 002	94	90
Warmińsko-Mazurski	1 072	1 032	108 177	107 537	101	104
Wielkopolski	2 523	2 574	259 174	273 584	103	106
Zachodniopomorski	1 469	1 462	118 138	120 805	80	83
razem	27 581	29 092	2 658 706	2 735 813	96	94

W 2013 r. zrealizowano o 77 107 dializ więcej niż w 2012 r. (wzrost o ok. 2,9%), natomiast liczba pacjentów dializowanych wyniosła 29 092 osób (wzrost o ok. 5,0%).

III.2.2.9. Pomoc doraźna i transport sanitarny

Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, realizowane przez zespoły sanitarne typu „N”, finansowane są z budżetu Funduszu.

Do postępowania w sprawie zawarcia umów, ich rozliczenia i kontroli stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o świadczeniach.

W 2013 r. zespoły sanitarne typu „N” realizowały świadczenia opieki zdrowotnej w ramach odrębnego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej: pomoc doraźna i transport sanitarny, zgodnie z zakresem: świadczenia udzielane przez zespół sanitarny typu „N”.

Świadczeniodawcy realizujący umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny zapewniają dobową gotowość do udzielania świadczeń, utrzymując w stałej dyspozycji środki transportu sanitarnego wraz z niezbędnymi elementami wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, kompletny zestaw leków i wyrobów medycznych oraz obsadę kadrową, zgodnie z treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2009 r., Nr 140, poz. 1143, z późn. zm.).

Jednostką rozliczeniową w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny jest ryczał dobowy.

Wszystkie oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły aneksowanie na rok 2013 wieloletnich umów w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, niewygasających z dniem 31 grudnia 2012 r.

Tabela nr III.41 Liczba umów zawartych w latach 2012-2013 w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny.

Kod OW	Nazwa OW NFZ	2012	2013	Liczba umów w 2013 r. w stosunku do liczby umów w 2012 r.
1	2	3	4	5 (4/3)
01	Dolnośląski	3	3	100,00%
02	Kujawsko-Pomorski	2	2	100,00%
03	Lubelski	2	2	100,00%
04	Lubuski	2	2	100,00%
05	Łódzki	2	2	100,00%
06	Małopolski	1	1	100,00%
07	Mazowiecki	5	5	100,00%
08	Opolski	1	1	100,00%
09	Podkarpacki	2	2	100,00%
10	Podlaski	1	1	100,00%
11	Pomorski	1	1	100,00%
12	Śląski	3	3	100,00%
13	Świętokrzyski	1	1	100,00%
14	Warmińsko-Mazurski	2	2	100,00%
15	Wielkopolski	2	2	100,00%
16	Zachodniopomorski	2	2	100,00%
RAZEM		32	32	100,00%

W tabeli powyżej przedstawiono zestawienie wartości zakontraktowanych świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny na 2013 r. w porównaniu z wartościami świadczeń w powyższym rodzaju zakontraktowanych na 2012 r. Jak wynika z danych uwzględnionych we wspomnianej tabeli, w 2013 r., podobnie jak w 2012 r., obowiązywały 32 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny.

Tabela nr III.42. Porównanie wartości świadczeń (w tys. zł) w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny zakontraktowanych oraz wykonanych w latach 2012-2013.

Kod OW	Nazwa OW NEZ	2012 r.					2013 r.					2013/2012
		Plan finansowy NEZ na 2012 r.	Wartość świadczeń zakontraktowanych na 2012 r.	Koszty działalności zespołów sanitarnych typu "N" w 2012 r.*	Całkowite koszty realizacji świadczeń w rodzaju PDiTS w 2012 r.*	% realizacji	Plan finansowy NEZ na 2013 r.	Wartość świadczeń zakontraktowanych na 2013 r.	Koszty działalności zespołów sanitarnych typu "N" w 2013 r.	Całkowite koszty realizacji świadczeń w rodzaju PDiTS w 2013 r.*	% realizacji	Dynamika kontraktów 2013/2012
1	2	3	4	5	6	7 (6/3)	8	9	10	11	12 (11/8)	13 (9/4)
01	Dolnośląski	3 830,00	3 689,28	3 689,28	3 703,79	96,70%	3 821,00	3 679,20	3 638,88	3 744,54	98,00%	99,73%
02	Kujawsko-Pomorski	2 443,00	2 269,20	2 269,20	2 409,22	98,62%	2 443,00	2 263,00	2 263,00	2 394,47	98,01%	99,73%
03	Lubelski	3 000,00	2 891,40	2 891,40	2 909,26	96,98%	3 000,00	2 883,50	2 883,50	2 908,14	96,94%	99,73%
04	Lubuski	2 520,00	2 269,20	2 269,20	2 275,97	90,32%	2 320,00	2 266,00	2 266,00	2 267,25	97,73%	99,86%
05	Łódzki	2 550,00	2 228,94	2 228,94	2 280,34	89,43%	2 260,00	2 222,85	2 222,85	2 253,65	99,72%	99,73%
06	Małopolski	1 701,00	1 500,60	1 500,60	1 588,62	93,39%	1 701,00	1 496,50	1 496,50	1 497,39	88,03%	99,73%
07	Mazowiecki	7 799,00	7 482,98	7 482,98	7 728,53	99,10%	7 683,00	7 482,97	7 482,97	7 620,92	99,19%	100,00%
08	Opolski	1 700,00	1 281,00	1 281,00	1 288,10	75,77%	1 350,00	1 281,15	1 281,15	1 293,74	95,83%	100,01%
09	Podkarpacki	3 128,00	2 928,00	2 928,00	3 054,43	97,65%	2 967,00	2 920,00	2 920,00	2 965,42	99,95%	99,73%
10	Podlaski	1 370,00	1 354,20	1 354,20	1 358,82	99,18%	1 365,00	1 350,50	1 350,50	1 355,67	99,32%	99,73%
11	Pomorski	1 440,00	1 354,20	1 354,20	1 411,01	97,99%	1 460,00	1 350,50	1 350,50	1 416,39	97,01%	99,73%
12	Śląski	4 683,00	4 482,04	4 482,04	4 573,68	97,67%	4 683,00	4 469,79	4 469,79	4 545,81	97,07%	99,73%
13	Świętokrzyski	1 400,00	1 354,20	1 354,20	1 384,64	98,90%	1 500,00	1 350,50	1 350,50	1 420,65	94,71%	99,73%
14	Warmińsko - Mazurski	3 000,00	2 708,40	2 708,40	2 805,91	93,53%	2 701,00	2 701,00	2 701,00	2 701,00	100,00%	99,73%
15	Wielkopolski	3 400,00	2 928,00	2 928,00	2 991,73	87,99%	3 000,00	2 920,00	2 920,00	2 953,13	98,44%	99,73%
16	Zachodniopomorski	2 000,00	1 900,00	1 900,00	1 915,97	95,80%	2 350,00	2 300,00	2 300,00	2 303,06	98,00%	121,05%
RAZEM		45 964,00	42 621,63	42 621,63	43 680,02	95,03%	44 604,00	42 937,46	42 897,14	43 641,23	97,84%	100,74%*

Całkowite koszty realizacji świadczeń w rodzaju PDiTS zawierają koszty działalności zespołów sanitarnych typu „N”, koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji oraz koszty świadczeń udzielonych na podstawie art. 25 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

Tabela prezentuje zestawienie wartości zakontraktowanych świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny na rok 2013 w porównaniu z wartościami świadczeń w powyższym rodzaju zakontraktowanych na rok 2012. W rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2013 r. odnotowano wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń o 0,74% w stosunku do roku poprzedniego.

Na 2013 r., podobnie jak na 2012 r., zakontraktowane zostały łącznie 32 zespoły sanitarne typu „N”.

III.2.2.10. Ratownictwo medyczne

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.) zadania zespołów ratownictwa medycznego są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentami są poszczególni wojewodowie.

Środki na finansowanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne wojewoda przekazuje Funduszowi w formie dotacji celowej, w trybie i na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych, w celu zapewnienia finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego na terenie właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Do postępowania w sprawie zawarcia umów, ich rozliczania i kontroli stosuje się odpowiednio przepisy ustawy o świadczeniach.

W 2013 r. zespoły ratownictwa medycznego realizowały świadczenia opieki zdrowotnej w ramach odrębnego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej: ratownictwo medyczne, zgodnie z następującymi zakresami świadczeń:

- świadczenia udzielane przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego;
- świadczenia udzielane przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego;
- świadczenia udzielane przez wodne podstawowe zespoły ratownictwa medycznego;
- świadczenia udzielane przez wodne specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego;
- świadczenia udzielane czasowo przez podstawowe zespoły ratownictwa medycznego;
- świadczenia udzielane czasowo przez specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego;
- świadczenia udzielane czasowo przez wodne podstawowe zespoły ratownictwa medycznego;
- świadczenia udzielane czasowo przez wodne specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego.

Jednostką rozliczeniową w przypadku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne jest ryczałt dobowy.

Wszystkie oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły aneksowanie na 2013 rok wieloletnie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne. W przypadku umów zawartych przez oddziały: dolnośląski, lubuski, małopolski, śląski oraz wielkopolski było to możliwe ze względu na wydłużenie okresu ich obowiązywania w związku wnioskami właściwych wojewodów, umotywowanymi planowanymi zmianami w organizacji funkcjonowania systemu. Umowy zawarte przez oddziały lubuski oraz wielkopolski zostały zgodnie z wolą właściwych wojewodów wydłużone i aneksowane początkowo na pierwsze półrocze 2013 r., a następnie także na drugie półrocze 2013 r. Ponadto w 2013 r. oddział lubelski, w związku z rozwiązaniem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne z jednym z podmiotów, przeprowadził postępowanie konkursowe, w przebiegu którego wyłoniono nowy podmiot, z którym zawarto umowę w przedmiotowym rodzaju, obowiązującą od dnia 1 lipca 2013 r.

Tabela nr III.43. Liczba umów w rodzaju ratownictwo medyczne zawartych na lata 2012-2013.

Kod OW	Nazwa OW NFZ	I-VI 2012 r.	VII-XII 2012 r.	2013 r.
1	2	3	4	5
01	Dolnośląski	12	12	12
02	Kujawsko-Pomorski	20	20	21
03	Lubelski	14	14	14
04	Lubuski	15	15	14
05	Łódzki	20	20	21
06	Małopolski	20	20	20
07	Mazowiecki	27	6	6
08	Opolski	5	5	5
09	Podkarpacki	22	22	22
10	Podlaski	4	4	4
11	Pomorski	20	20	22
12	Śląski	13	13	12
13	Świętokrzyski	1	1	1
14	Warmińsko-Mazurski	21	21	21
15	Wielkopolski	32	32	31
16	Zachodniopomorski	6	6	6
RAZEM		252	231	232

W tabeli powyżej przedstawiono zestawienie liczby umów zawartych na lata 2012 i 2013. Informacji o liczbie zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne nie można utożsamiać z dostępnością świadczeń w powyższym rodzaju, ponieważ liczba ta jest bezpośrednio związana z liczbą rejonów operacyjnych systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, wynikającą z wojewódzkich planów działania systemu, w których obserwuje się tendencję do zmniejszania liczby rejonów operacyjnych na rzecz zwiększania ich obszaru celem zapewnienia lepszej koordynacji działań zespołów ratownictwa medycznego.

Tabela nr III.44. Porównanie wartości świadczeń (w tys. zł) w rodzaju ratownictwo medyczne zakontraktowanych oraz wykonanych w latach 2012-2013.

Kod OW	Oddział Wojewódzki NFZ Nazwa OW NFZ	2012 r.				2013 r.				Dynamika kontraktów 2013/2012
		Wartość świadczeń zakontraktowanych na 2012 r.	Koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego w 2012 r.	Całkowity koszt realizacji świadczeń w 2012 r.*	% realizacji	Wartość świadczeń zakontraktowanych na 2013 r.	Koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego w 2013 r.	Całkowity koszt realizacji świadczeń w 2013 r.*	% realizacji	
1	2	3	4	5	6 (5/3)	7	8	9	10 (9/7)	11 (7/3)
01	Dolnośląski	139 825,65	139 825,65	139 825,65	100,00%	139 321,85	139 321,85	139 321,85	100,00%	99,64%
02	Kujawsko-Pomorski	109 561,37	109 561,37	109 394,55	99,85%	109 597,46	109 597,46	109 578,91	99,98%	100,03%
03	Lubelski	112 978,84	112 978,84	112 978,84	100,00%	112 810,55	112 810,55	112 810,55	100,00%	99,85%
04	Lubuski	61 925,75	61 925,75	61 925,75	100,00%	64 661,43	64 661,43	64 661,43	100,00%	104,42%
05	Łódzki	118 597,18	118 597,18	118 597,18	100,00%	118 607,51	118 607,51	118 607,51	100,00%	100,01%
06	Małopolski	138 355,89	138 355,89	138 355,89	100,00%	138 396,74	138 396,74	138 396,74	100,00%	100,03%
07	Mazowiecki	226 122,14	226 122,14	226 122,14	100,00%	228 947,96	228 947,96	228 947,96	100,00%	101,25%
08	Opolski	51 996,71	51 996,71	51 996,71	100,00%	51 189,61	51 189,61	51 189,61	100,00%	98,45%
09	Podkarpacki	102 964,20	102 964,20	102 964,20	100,00%	106 448,97	106 448,97	106 448,97	100,00%	103,38%
10	Podlaski	69 081,00	69 081,00	69 081,00	100,00%	69 104,00	69 104,00	69 104,00	100,00%	100,03%
11	Pomorski	102 615,96	102 615,96	102 615,96	100,00%	103 161,86	103 161,86	103 161,86	100,00%	100,53%
12	Śląski	199 443,94	199 443,94	199 443,94	100,00%	198 899,01	198 899,01	198 899,01	100,00%	99,73%
13	Świętokrzyski	56 452,98	56 452,98	56 081,56	99,34%	56 471,98	56 471,98	56 471,98	100,00%	100,03%
14	Warmińsko-Mazurski	91 856,00	91 856,00	91 856,00	100,00%	91 884,99	91 884,99	91 884,99	100,00%	100,03%
15	Wielkopolski	143 455,05	143 455,05	143 455,05	100,00%	144 983,44	144 983,44	144 983,44	100,00%	101,07%
16	Zachodniopomorski	98 996,64	98 996,64	98 996,64	100,00%	100 028,49	100 028,49	100 028,49	100,00%	101,04%
RAZEM		1 824 229,30	1 824 229,30	1 823 691,05	100,00%	1 834 515,85	1 834 515,85	1 834 497,31	100,00%	100,56%

* Koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego pomniejszone o kwoty zwrócone przez świadczeniodawców w związku z nieprawidłowościami stwierdzonymi w toku kontroli przeprowadzonych przez oddziały.

Tabela nr III.44 prezentuje zestawienie wartości świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne zakontraktowanych na lata 2012 oraz 2013. Z danych przedstawionych w poniższej tabeli wynika, iż wartość zakontraktowanych świadczeń w przedmiotowym rodzaju była w 2013 r. wyższa o 0,56% niż w 2012 r. Należy mieć przy tym na uwadze, że rok 2012 był rokiem przestępnym.

Tabela nr III.45. Liczba i dostępność zespołów ratownictwa medycznego zakontraktowanych na lata 2012-2013.

Liczba zespołów ratownictwa medycznego *			
Rodzaj zespołu	Liczba zespołów w 2012 r.***	Liczba zespołów w 2013 r.	Liczba zespołów w 2013 r. w stosunku do liczby zespołów w 2012 r.
Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	883	881	99,77%
Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	606	606	100,00%
RAZEM	1489	1487	99,87%
Dostępność zespołów ratownictwa medycznego**			
Rodzaj zespołu	2012 r. ***	2013 r.	Dostępność zespołów w 2013 r. w stosunku do dostępności zespołów w 2012 r.
Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	849,69	848,11	99,81%
Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	602,46	602,46	100,00%
RAZEM	1452,15	1450,57	99,89%
*) Liczba zespołów ratownictwa medycznego nie uwzględnia informacji na temat rzeczywistego czasu funkcjonowania zespołów. Oznacza to, że zespoły funkcjonujące całodobowo przez cały rok powiększają tę liczbę w ten sam sposób co zespoły funkcjonujące czasowo lub okresowo.			
**) Dane dotyczące dostępności zespołów ratownictwa medycznego uwzględniają zarówno całkowitą liczbę zespołów ratownictwa medycznego jak i faktyczny czas ich funkcjonowania w skali roku.			
***) W celu umożliwienia właściwego porównania liczby i dostępności zespołów ratownictwa medycznego w latach 2012-2013, z danych dotyczących roku 2012 wyłączono informacje na temat zespołów zakontraktowanych dodatkowo w związku z odbywającymi się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej Mistrzostwami Europy w piłce nożnej, tj. 24 zespołów podstawowych oraz 7 zespołów specjalistycznych, które funkcjonowały na terenie 7 województw wyłącznie w wybranych dniach czerwca 2012 r.			

Tabela nr III.45 przedstawia informacje na temat liczby oraz dostępności zespołów ratownictwa medycznego w latach 2012-2013. Zgodnie z danymi przedstawionymi w tabeli, na 2013 r. zakontraktowanych zostało 1 487 zespołów ratownictwa medycznego, w tym 881 zespołów podstawowych oraz 606 zespołów specjalistycznych. Ogólna liczba zespołów ratownictwa medycznego zmalała w 2013 r. o 2 (0,23%) w stosunku do roku 2012, przy czym liczba zespołów specjalistycznych nie zmieniła się. Obserwowane zmiany w ilości zespołów ratownictwa medycznego wynikają ze zmian zachodzących w wojewódzkich planach działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, opracowywanych przez wojewodów. W tabeli przedstawiono także informację o dostępności zespołów ratownictwa medycznego w latach 2012-2013, która oprócz liczby zespołów ratownictwa medycznego uwzględnia również fakt, że niektóre z nich funkcjonują czasowo, tj. przez cały rok ale krócej niż przez 24 godziny na dobę (zwykle przez 12 godzin na dobę), okresowo, tj. przez 24 godziny na dobę ale tylko w pewnym okresie roku (np. od czerwca do sierpnia) lub czasowo-okresowo, czyli krócej niż przez 24 godziny na dobę w pewnym okresie roku. Z danych wynika, że ogólna dostępność zespołów ratownictwa medycznego była w roku 2013 o 0,11% mniejsza niż w 2012 r., przy czym spadek dostępności dotyczył wyłącznie podstawowych zespołów ratownictwa medycznego.

Tabela nr III.46. Liczba zakontraktowanych zespołów ratownictwa medycznego w 2013 r. w odniesieniu do ludności poszczególnych województw.

Kod OW	OW NFZ	Ludność (wg GUS stan na 31.12.2012 r.) w tys. os.	Liczba ZRM w 2013 r. (z uwzględnieniem dostępności)	Liczba osób (w tys.) przypadająca na jeden ZRM w 2013 r.	Liczba ZRM w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w 2013 r.
1	2	3	4	5	6
01	Dolnośląski	2 914,40	109,00	26,74	0,37
02	Kujawsko-Pomorski	2 096,40	87,00	24,10	0,41
03	Lubelski	2 165,70	88,00	24,61	0,41
04	Lubuski	1 023,30	51,00	20,06	0,50
05	Łódzki	2 524,70	97,75	25,83	0,39
06	Małopolski	3 354,10	111,09	30,19	0,33
07	Mazowiecki	5 301,76	178,75	29,66	0,34
08	Opolski	1 010,20	41,00	24,64	0,41
09	Podkarpacki	2 130,00	84,50	25,21	0,40
10	Podlaski	1 198,69	54,00	22,20	0,45
11	Pomorski	2 290,10	82,05	27,91	0,36
12	Śląski	4 615,87	154,00	29,97	0,33
13	Świętokrzyski	1 274,00	45,00	28,31	0,35
14	Warmińsko- Mazurski	1 450,70	73,67	19,69	0,51
15	Wielkopolski	3 462,20	114,00	30,37	0,33
16	Zachodniopomorski	1 721,41	79,76	21,58	0,46
	RAZEM	38 533,53	1 450,57	26,56	0,38

Tabela nr III.46 obrazuje liczbę osób (w tysiącach) przypadającą na jeden zespół ratownictwa medycznego w poszczególnych województwach oraz liczbę zespołów ratownictwa medycznego przypadających na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach. Drugi z wymienionych powyższej wskaźników przyjmuje:

- najwyższe wartości w województwach warmińsko-mazurskim, lubuskim, zachodniopomorskim oraz wielkopolskim;
- najniższe wartości w województwach małopolskim, śląskim, wielkopolskim oraz mazowieckim.

III.2.2.11. Leczenie stomatologiczne

W rodzaju leczenie stomatologiczne wyodrębnia się następujące zakresy (grupy świadczeń gwarantowanych):

- świadczenia ogólnostomatologiczne;
- świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia;
- świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym;
- świadczenia stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS;
- świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii;
- świadczenia ortodoncji dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia;
- świadczenia protetyki stomatologicznej;
- świadczenia protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki;
- świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej;
- ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki.

W rodzaju leczenie stomatologiczne stosuje się następujące sposoby rozliczeń: cena jednostkowa jednostki rozliczeniowej (punkt), w przypadku świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej (ryczałt) oraz w przypadku Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi (ryczałt miesięczny – kwota przeznaczona na objęcie opieką jednego świadczeniobiorcy w okresie jednego miesiąca).

Wykres nr III.49. Liczba osób korzystających ze świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w podziale na kobiety i mężczyzn w rodzaju leczenie stomatologiczne (STM).

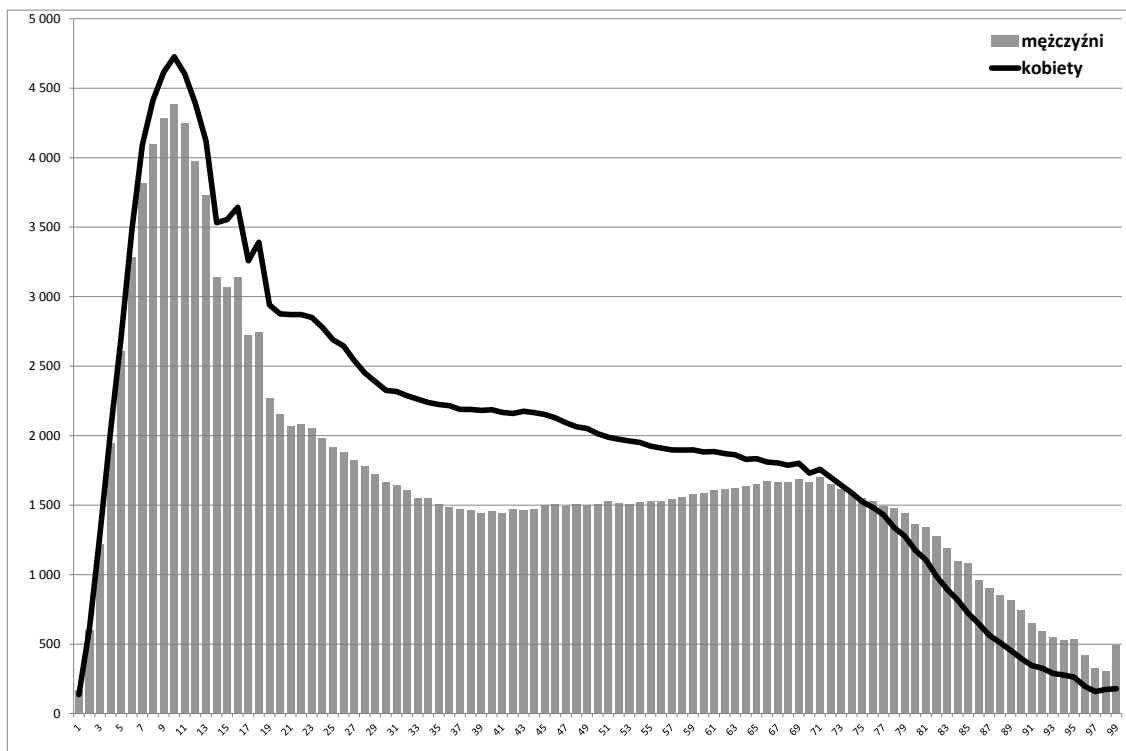


Tabela nr III.47. Liczba świadczeniodawców w rodzaju leczenie stomatologiczne. Dane z systemu informatycznego Centrali NFZ wg stanu na dzień 14 maja 2014 r.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2012	liczba świadczeniodawców 2013
01	Dolnośląski	708	684
02	Kujawsko-Pomorski	487	486
03	Lubelski	572	563
04	Lubuski	229	229
05	Łódzki	466	460
06	Małopolski	459	461
07	Mazowiecki	722	713
08	Opolski	265	261
09	Podkarpacki	626	617
10	Podlaski	296	290
11	Pomorski	349	368
12	Śląski	1 041	1023
13	Świętokrzyski	294	297
14	Warmińsko-Mazurski	404	402
15	Wielkopolski	834	830
16	Zachodniopomorski	426	414
Razem		8 178	8 098

Tabela nr III.48. Wartość i wykonanie umów w rodzaju leczenie stomatologiczne. Realizacja planu – Dane z Departamentu Ekonomiczno-Finansowego Centrali Funduszu.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2012 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2012 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2013 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2013 w tys. zł	Dynamika kontraktów 2012=100%
Dolnośląski	121 477,48	120 111,14	118 518,26	117 091,02	97,56%
Kujawsko-Pomorski	98 030,87	98 741,78	93 301,57	94 314,78	95,18%
Lubelski	118 836,59	120 140,55	121 128,90	121 238,56	101,93%
Lubuski	41 727,98	41 816,59	45 909,12	45 226,55	110,02%
Łódzki	118 389,62	117 498,89	117 977,61	116 930,63	99,65%
Małopolski	178 094,65	175 383,69	185 222,92	181 384,17	104,00%
Mazowiecki	200 875,04	195 826,09	203 371,71	199 773,20	101,24%
Opolski	45 124,88	45 421,68	45 774,70	45 875,34	101,44%
Podkarpacki	102 595,79	104 345,66	103 541,42	104 437,16	100,92%
Podlaski	64 171,00	63 906,94	64 508,11	64 098,39	100,53%
Pomorski	103 990,12	103 063,27	99 940,80	98 274,86	96,11%
Śląski	205 790,93	205 946,84	203 957,90	204 246,54	99,11%
Świętokrzyski	60 913,29	61 963,17	61 642,18	62 676,13	101,20%
Warmińsko-Mazurski	81 014,92	81 575,38	82 766,84	83 326,35	102,16%
Wielkopolski	152 106,14	149 556,86	150 088,90	149 425,34	98,67%
Zachodniopomorski	86 361,24	86 077,48	85 142,63	84 760,02	98,59%
RAZEM:	1 779 500,53	1 771 376,01	1 782 793,57	1 773 079,04	100,19%

W rodzaju leczenie stomatologiczne wartość zawartych umów wyniosła 1 782 793,57 tys. zł. Koszty realizacji świadczeń wyniosły 1 773 079,04 tys. zł. co stanowi 99,46 % zawartych umów.

Wykres nr III.50. Wartość poniesionych wydatków w 2013 r. w podziale na wiek i płeć pacjenta [tys. zł] w STM.

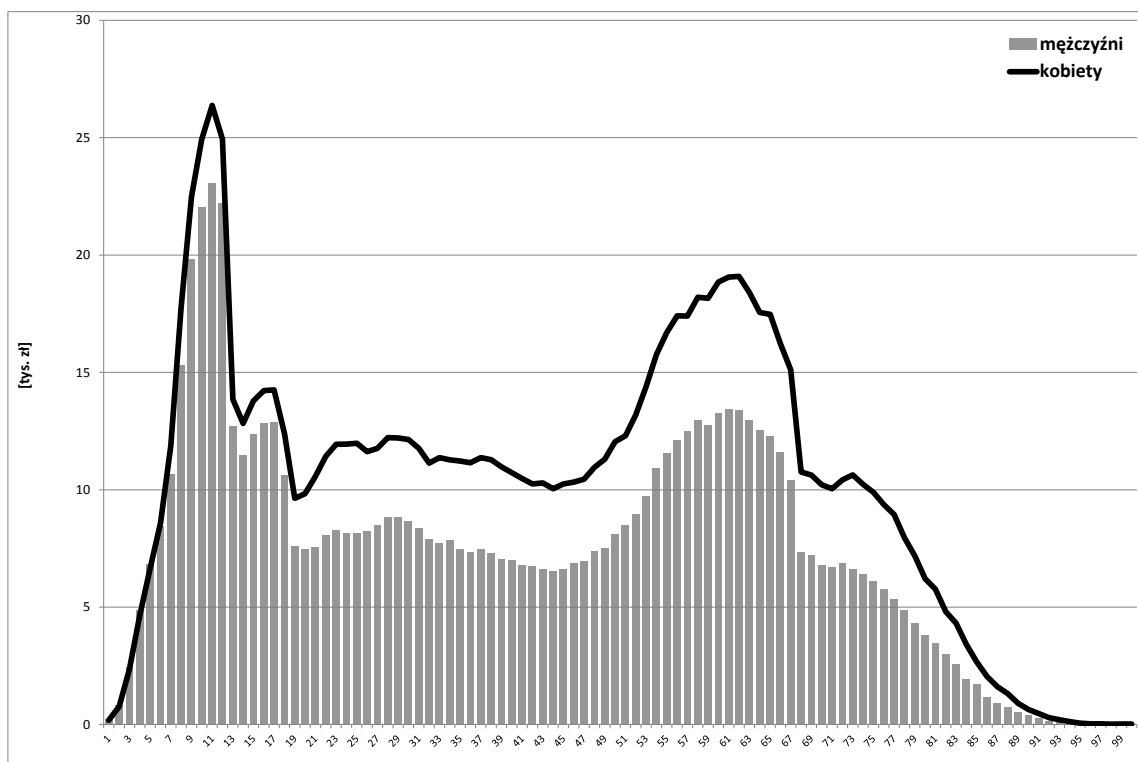
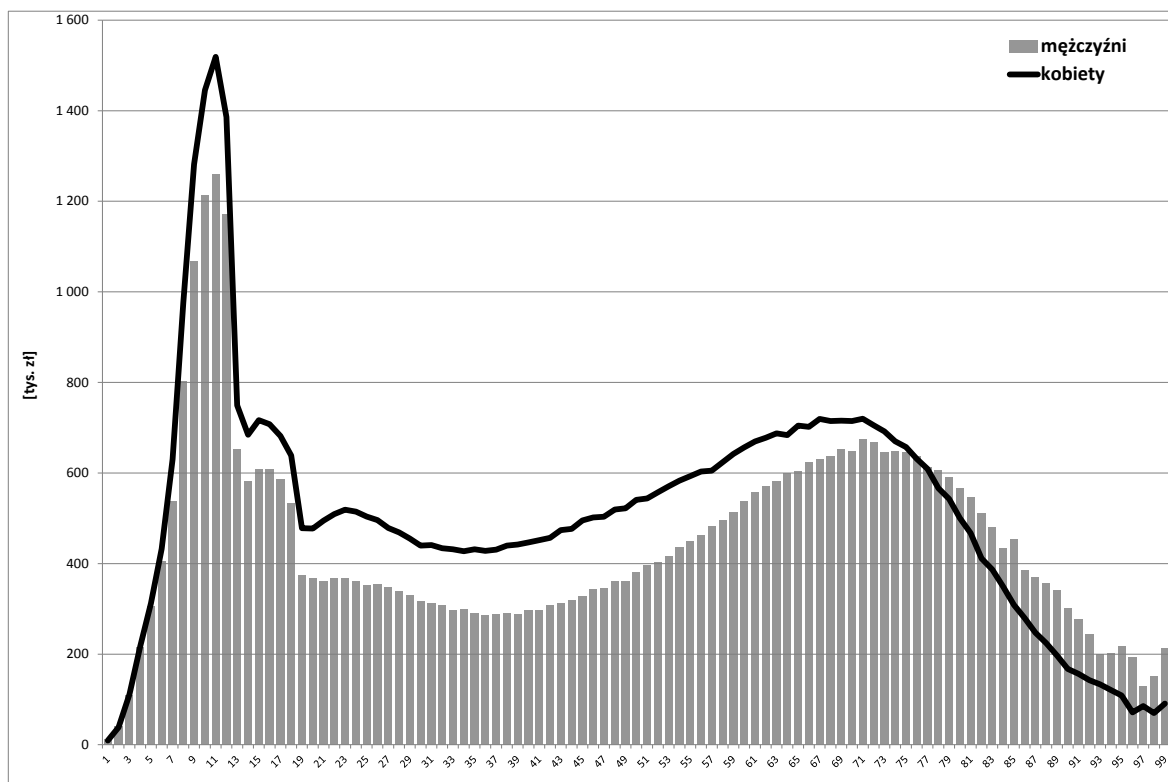


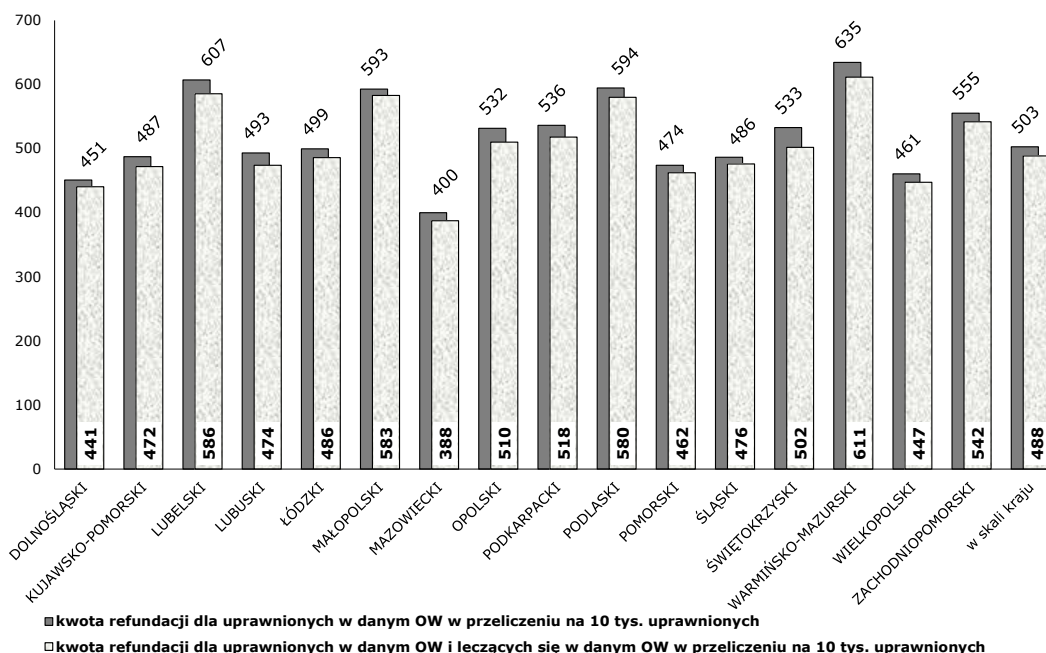
Tabela nr III.49. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w tys. zł.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2013 r. na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)	Wartość zapłaconych świadczeń w 2013 r. ogółem na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	454,89	111%	449,41	112%
Kujawsko-Pomorski	484,74	119%	490,00	122%
Lubelski	604,40	148%	604,95	151%
Lubuski	499,95	122%	492,51	123%
Łódzki	501,47	123%	497,02	124%
Małopolski	604,93	148%	592,39	148%
Mazowiecki	408,45	100%	401,22	100%
Opolski	532,73	130%	533,90	133%
Podkarpacki	534,21	131%	538,84	134%
Podlaski	596,57	146%	592,78	148%
Pomorski	483,99	118%	475,92	119%
Śląski	484,19	119%	484,87	121%
Świętokrzyski	525,95	129%	534,77	133%
Warmińsko-Mazurski	634,41	155%	638,70	159%
Wielkopolski	462,50	113%	460,46	115%
Zachodniopomorski	556,39	136%	553,89	138%
RAZEM:	505,69	124%	502,94	125%

Wykres nr III.51. Wartość poniesionych wydatków na świadczenia w 2013 r. w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych do świadczeń z podziałem na wiek i płeć pacjenta w STM.



Wykres nr III.52. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju leczenie stomatologiczne w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach [tys. zł]



Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największe koszty w leczeniu stomatologicznym na 10 tys. uprawnionych w 2013 r. osiągnął oddział warmińsko-mazurski (635 tys. zł).

Wykres nr III.53. Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń udzielonych uprawnionym spoza oddziału w rodzaju STM [%].



W rodzaju leczenie stomatologiczne największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza oddziału był w oddziale mazowieckim – 4,77%.

W leczeniu stomatologicznym realizowany jest również Program ortodontycznej opieki nad dziećmi. Celem realizacji programu jest objęcie specjalistycznym leczeniem ortodontycznym populacji osób z wrodzonymi wadami rozwojowymi typu rozszczepu podniebienia pierwotnego lub wtórnego oraz anomalii twarzy w zakresie zależnym od rozwoju I i II łuku skrzelowego i ograniczenie u nich zniekształceń morfologiczno-czynnościowych w tym zakresie.

Tabela nr III.50. Umowy i realizacja programu ortodontycznej opieki nad dziećmi.

Nazwa Oddziału	Liczba dzieci w programie		Wartość umów (w tys. zł)		Wartość zapłaconych świadczeń (w tys. zł)	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Dolnośląski	600	587	712,48	682,40	712,48	674,52
Kujawsko-Pomorski						
Lubelski	274	297	411,38	427,12	402,11	407,45
Lubuski						
Łódzki	219	200	379,78	303,33	379,78	303,33
Małopolski	326	341	767,40	853,56	767,40	798,24
Mazowiecki	2 338	2 524	2 782,70	2 657,70	2 616,30	2 657,40
Opolski						
Podkarpacki						
Podlaski	75	54	115,76	119,78	115,76	119,78
Pomorski	340	460	556,32	709,36	556,04	709,36
Śląski	570	606	802,20	843,00	801,90	842,40
Świętokrzyski						
Warmińsko-Mazurski	101	356	133,68	144,00	128,40	144,00
Wielkopolski	327	385	565,00	537,68	466,00	598,28
Zachodniopomorski	190	193	411,48	388,53	411,48	388,26
SUMA	5 360	6 003	7 638,18	7 666,47	7 357,65	7 643,02

W 2013 r. programem objętych było 6 003 osób (5 360 w 2012 r.), tj. o 643 osób więcej niż w roku poprzednim. Wartość umów w 2013 r. w porównaniu z rokiem 2012 wzrosła nieznacznie (<1%). Wartość zapłaconych świadczeń wyniosła w 2013 r. 7 643,02 tys. zł.

III.2.2.12. Programy profilaktyczne

W rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne wyodrębnia się:

- program profilaktyki raka szyjki macicy,
- program profilaktyki raka piersi (od 2012 r. w etap podstawowy został rozdzielony na dwa nowe świadczenia uzależnione od miejsca wykonywania świadczeń – pracownia stacjonarna oraz pracownia mobilna),
- program badań prenatalnych,
- program profilaktyki chorób odtytoniowych.

W podstawowej opiece zdrowotnej realizowany jest program:

- profilaktyki chorób układu krążenia,
- program profilaktyki gruźlicy.

W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej realizowany jest etap podstawowy raka szyjki macicy (pobranie materiału do przesiewowego badania cytologicznego jest realizowane przez świadczeniodawcę w ramach porady zabiegowo-diagnostycznej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w zakresie położnictwa i ginekologii) oraz badania przesiewowe w kierunku jaskry (badania przesiewowe w kierunku wczesnego wykrywania jaskry realizowane w poradni okulistycznej).

Tabela nr III.51. Liczba świadczeniodawców w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne. Dane z systemu informatycznego Centrali NFZ wg stanu na dzień 14 maja 2014 r.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2012	liczba świadczeniodawców 2013
01	Dolnośląski	60	53
02	Kujawsko-Pomorski	68	70
03	Lubelski	42	38
04	Lubuski	20	21
05	Łódzki	43	39
06	Małopolski	44	43
07	Mazowiecki	94	89
08	Opolski	22	21
09	Podkarpacki	44	44
10	Podlaski	16	16
11	Pomorski	49	41
12	Śląski	116	110
13	Świętokrzyski	27	25
14	Warmińsko-Mazurski	21	23
15	Wielkopolski	74	71
16	Zachodniopomorski	32	32
Razem		772	736

Tabela nr III.52. Wartość i wykonanie umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne (zawiera programy realizowane w rodzaju PRO, POZ, AOS).

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2012 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2012 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2013 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2013 w tys. zł	Dynamika kontraktów 2012=100%
Dolnośląski	16 728,09	13 215,00	14 630,04	12 793,15	87,46%
Kujawsko-Pomorski	11 126,42	11 627,00	12 360,02	11 508,30	111,09%
Lubelski	8 530,44	6 717,00	7 838,20	7 901,91	91,89%
Lubuski	5 087,61	5 286,00	5 699,65	5 450,64	112,03%
Łódzki	12 419,11	11 162,00	12 756,92	12 473,64	102,72%
Małopolski	11 771,14	11 307,00	11 696,20	12 397,75	99,36%
Mazowiecki	21 882,89	20 804,00	21 331,56	20 877,08	97,48%
Opolski	4 625,16	4 487,00	4 417,69	4 436,30	95,51%
Podkarpacki	7 088,71	6 364,00	6 926,26	7 081,18	97,71%
Podlaski	5 658,94	4 701,00	5 556,07	5 414,72	98,18%
Pomorski	10 088,80	9 071,00	10 283,34	9 996,40	101,93%
Śląski	27 982,59	26 462,00	29 331,74	27 838,51	104,82%
Świętokrzyski	5 175,81	5 762,00	5 818,48	5 893,78	112,42%
Warmińsko-Mazurski	6 641,61	6 130,00	6 783,39	7 054,43	102,13%
Wielkopolski	15 177,89	14 200,00	15 311,37	13 930,45	100,88%
Zachodniopomorski	9 387,23	7 687,00	8 787,31	8 851,36	93,61%
RAZEM:	179 372,44	164 982,00	179 528,25	173 899,60	100,09%

Wartość kontraktów zawartych w 2013 r. w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w porównaniu z 2012 rokiem wzrosła nieznacznie. Natomiast kwota realizacji świadczeń w 2013 r. wyniosła 173 899,60 tys. zł i była większa o 5,41% w porównaniu z rokiem 2012. Zarówno wartości umów jak i realizacji obejmują świadczenia planowane/realizowane w podstawowej opiece zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

Programy profilaktyczne są kierowane do kobiet i mężczyzn. Do mężczyzn skierowane są 4 programy profilaktyczne (program chorób układu krążenia, program profilaktyki gruźlicy, program wykrywania jaskry oraz program chorób odytoniowych (w tym POCHP), natomiast kobiety dodatkowo objęte są programami: profilaktyki raka szyjki macicy, profilaktyki raka piersi i badań prenatalnych.

Tabela nr III.53. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w 2013 r. w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w tys. zł.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2013 r. na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)	Wartość zapłaconych świadczeń w 2013 r. ogółem na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	56,15	157%	49,10	134%
Kujawsko-Pomorski	64,21	180%	59,79	164%
Lubelski	39,11	109%	39,43	108%
Lubuski	62,07	174%	59,36	162%
Łódzki	54,22	152%	53,02	145%
Małopolski	38,20	107%	40,49	111%
Mazowiecki	42,84	120%	41,93	115%
Opolski	51,41	144%	51,63	141%
Podkarpacki	35,74	100%	36,53	100%
Podlaski	51,38	144%	50,07	137%
Pomorski	49,80	139%	48,41	133%
Śląski	69,63	195%	66,09	181%
Świętokrzyski	49,65	139%	50,29	138%
Warmińsko-Mazurski	51,99	145%	54,07	148%
Wielkopolski	47,18	132%	42,93	117%
Zachodniopomorski	57,42	161%	57,84	158%
RAZEM:	50,92	143%	49,33	135%

Ze względu na realizację programów profilaktycznych w innych rodzajach świadczeń, poniżej przedstawiono dane dotyczące realizacji tych programów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz w podstawowej opiece zdrowotnej.

Tabela nr III.54. Liczba pacjentów i kwota refundacji świadczeń udzielonych w ramach programu wczesnego wykrywania jaskry oraz profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Nazwa Oddziału	liczba pacjentów 2012 r.	kwota refundacji 2012 r. w tys. zł	liczba pacjentów 2013 r.	kwota refundacji 2013 r. w tys. zł
Dolnośląski	59 367	1 650,48	51 743	1 414,85
Kujawsko-Pomorski	47 027	1 127,71	38 412	946,93
Lubelski	78 658	1 122,63	39 161	1 085,93
Lubuski	22 268	541,83	19 898	488,27
Łódzki	42 393	1 061,39	37 530	942,93
Małopolski	58 084	1 567,70	54 604	1 473,32
Mazowiecki	78 907	2 129,51	86 077	2 086,78
Opolski	22 260	620,05	20 292	576,16
Podkarpacki	42 263	1 082,06	32 969	848,17
Podlaski	22 365	674,90	21 705	626,58
Pomorski	51 753	1 350,56	58 726	1 496,83
Śląski	101 136	2 496,58	88 009	2 163,09
Świętokrzyski	25 403	674,35	23 491	596,22
Warmińsko-Mazurski	36 772	1 009,62	37 278	1 017,74
Wielkopolski	44 634	1 210,21	41 479	1 128,58
Zachodniopomorski	41 022	1 053,00	40 192	1 032,00
RAZEM	774 312	19 372,58	691 566	17 924,39

W 2013 r. zauważono nieznaczny spadek liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Spadek wyniósł niewiele ponad 10% ogólnej liczby pacjentów. Jednocześnie kwota refundacji świadczeń w porównaniu do 2012 r. spadła o 1 448,19 tys. zł, co stanowi spadek o 7,47%.

Tabela nr III.55. Wartość świadczeń i liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych realizowanych w podstawowej opiece zdrowotnej.

Nazwa Oddziału	5.01.00.0000048 świadczenie w ramach profilaktyki chorób układu krążenia		5.01.00.0000054 świadczenie w ramach profilaktyki gruźlicy - z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów pod objaśnieniami	
	Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń	koszt świadczeń w 2013 w tys. zł.	Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń	koszt świadczeń w 2013 w tys. zł.
Dolnośląski	3 927	188,35	5 937	21,73
Kujawsko-Pomorski	3 697	176,98	5 057	19,45
Lubelski	5 144	246,77	22 569	90,28
Lubuski	1 640	78,72	11 597	46,37
Łódzki	6 621	317,28	17 205	64,37
Małopolski	4 535	216,98	12 524	49,48
Mazowiecki	7 520	359,57	12 734	50,73
Opolski	557	26,64	74	0,26
Podkarpacki	2 320	111,36	4 595	17,94
Podlaski	1 700	82,56	1 835	12,90
Pomorski	3 964	199,78	6 534	25,35
Śląski	4 132	197,18	10 269	46,43
Świętokrzyski	832	39,94	2 511	9,71
Warmińsko-Mazurski	2 339	112,08	4 676	18,62
Wielkopolski	5 149	244,90	10 603	42,05
Zachodniopomorski	6 667	309,36	20 910	75,60
RAZEM	60 744	2 908,43	149 630	591,27

W 2013 r. w ramach świadczeń w ramach profilaktyki chorób układu krążenia udzielono świadczeń 60 744 pacjentom, a koszt ich realizacji wyniósł 2 908,43 tys. zł.

Większą populację przebadano w ramach programu profilaktyki gruźlicy. Liczba osób objętych tym programem wyniosła 149 630 osoby, a średni koszt świadczeń wyniósł 591,27 tys. zł.

III.2.2.13. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi są świadczenia gwarantowane określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (Dz. U. Nr 139, poz. 1141 ze zm.), finansowane przez Fundusz ze środków publicznych. Wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze pacjent otrzymuje na własność. Fundusz finansuje je do wysokości limitu ceny określonego ww. rozporządzeniu Ministra Zdrowia. Jeśli cena wybranego przez pacjenta przedmiotu jest wyższa niż cena określona limitem, pacjent dopłaca różnicę pomiędzy ceną brutto a kwotą refundacji.

Przedmioty ortopedyczne obejmują m.in. takie grupy wyrobów medycznych jak: protezy kończyn dolnych i górnych, aparaty ortopedyczne na kończyny dolne i górne, protezy kończyny dolnej i górnej, kortezy tułowia i szyi, obuwi ortopedyczne, wózki inwalidzkie.

W zaopatrzeniu w środki pomocnicze realizowane są środki m.in.: soczewki okularowe korekcyjne, soczewki kontaktowe lecznicze, aparaty słuchowe na przewodnictwo powietrza lub kostne przy jednostronnym lub obustronnym ubytku słuchu, zestawy inwazyjne (wkłucia) do osobistych pomp insulinowych, cewniki urologiczne, cewniki do odsysania górnych dróg oddechowych, worki samoprzylepne jednorazowego użycia i inny sprzęt stomijny, pieluchy anatomiczne, pieluchomajtki, worki do zbiórki moczu, protezy piersi, poduszki przeciwoodleżynowe, materace przeciwoodleżynowe.

Tabela nr III.56. Wartość planu w zestawieniu z realizacją świadczeń w rodzaju ZSP w 2013 r. (tys. zł).

Nazwa Oddziału	ZSP 2012		ZSP 2013			% realizacji 2013	Dynamika planu 2012=100%	
	plan	(tys. zł)	realizacja (tys. zł)	plan	(tys. zł)			realizacja (tys. zł)
Dolnośląski	48 250,00		48 248,39	58 500,00		57 782,93	98,77%	121,24%
Kujawsko-Pomorski	31 695,00		32 194,02	39 600,00		39 590,15	99,98%	124,94%
Lubelski	34 700,00		34 132,97	38 500,00		37 827,75	98,25%	110,95%
Lubuski	17 200,00		17 185,71	20 000,00		18 422,46	92,11%	116,28%
Łódzki	39 560,00		39 556,63	47 431,00		47 430,98	100,00%	119,90%
Małopolski	54 200,00		52 363,86	62 300,00		60 331,13	96,84%	114,94%
Mazowiecki	79 000,00		78 999,96	95 000,00		87 115,33	91,70%	120,25%
Opolski	17 500,00		17 700,91	20 290,00		17 989,85	88,66%	115,94%
Podkarpacki	33 350,00		33 161,55	39 098,00		38 351,12	98,09%	117,24%
Podlaski	19 050,00		19 017,70	20 700,00		20 604,72	99,54%	108,66%
Pomorski	32 750,00		32 748,85	43 700,00		40 013,72	91,56%	133,44%
Śląski	93 610,00		92 432,26	100 100,00		98 575,77	98,48%	106,93%
Świętokrzyski	21 872,00		21 867,92	26 039,00		24 859,54	95,47%	119,05%
Warmińsko-Mazurski	24 045,00		23 275,70	24 600,00		24 167,39	98,24%	102,31%
Wielkopolski	52 590,00		52 584,54	59 200,00		59 196,10	99,99%	112,57%
Zachodniopomorski	28 320,00		28 314,45	31 303,00		30 909,07	98,74%	110,53%
RAZEM:	627 692,00		623 785,42	726 361,00		703 168,01	96,81%	115,72%

Plan finansowy w 2013 r. w porównaniu do roku poprzedniego wzrósł o 15,72% tj. o 75 476 tys. zł, zaś wydatki na realizację przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wzrosły o 7%. Największy wzrost planu finansowego odnotowano w oddziałach: pomorskim – 33,44%, kujawsko-pomorskim – 24,94%, dolnośląskim – 21,24%, mazowieckim – 20,25%, łódzkim – 19,90%, wielkopolskim – 19,05% i podkarpackim – 17,24%.

III.2.2.14. Lecznictwo uzdrowiskowe

Lecznictwo uzdrowiskowe zajmuje się leczeniem, profilaktyką i rehabilitacją chorób przewlekłych, stanowiących największy problem społeczny współczesnej medycyny. Z leczenia uzdrowiskowego w Polsce korzysta rocznie ponad 370 tys. ubezpieczonych. Osoby korzystające z formy leczenia uzdrowiskowego to przede wszystkim chorzy z chorobami przewlekłymi w zakresie chorób krążenia, ortopedii, reumatologii i neurologii.

Polskie obiekty sanatoryjne wraz z niezbędną infrastrukturą uzdrowiskową znajdują się w 45 miejscowościach o statusie uzdrowiskowym. Na 2013 r. Fundusz zawarł kontrakty na szerokie spektrum świadczeń uzdrowiskowych ze 145 zakładami lecznictwa uzdrowiskowego. Kontrakty te zapewniają świadczeniobiorcom szeroki wachlarz usług uzdrowiskowych od tzw. leczenia ambulatoryjnego poprzez leczenie szpitalne i sanatoryjne dla dzieci do leczenia sanatoryjnego dorosłych i uzdrowiskowej rehabilitacji dla dorosłych – najbardziej potrzebnych dla pacjentów świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe.

Oddziały wojewódzkie Funduszu, w wyniku przeprowadzonych postępowań w sprawie zawarcia umów na 2013 r., podpisały 150 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe; łącznie w 13 oddziałach wojewódzkich Funduszu. Łączna wartość zawartych umów wyniosła 608 130,54 tys. zł.

Tabela nr III.57. Ocena dostępności świadczeń w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w 2013 r.

OW NFZ	Populacja *	Wysokość planu finansowego	Wartość planu finansowego na 10 tys. ubezpieczonych	Wartość zakontraktowanych świadczeń**	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych
A	B	C	D	E	F
Dolnośląski	2 605 430	57 696,00	221,45	57 596,08	221,06
Kujawsko - Pomorski	1 924 790	31 545,00	163,89	31 493,00	163,62
Lubelski	2 004 107	39 599,00	197,59	39 568,35	197,44
Lubuski	918 283	13 202,00	143,77	13 110,55	142,77
Łódzki	2 352 625	44 188,00	187,82	44 153,78	187,68
Małopolski	3 061 891	49 127,00	160,45	48 831,70	159,48
Mazowiecki	4 979 093	92 158,00	185,09	91 927,47	184,63
Opolski	859 255	12 650,00	147,22	12 648,53	147,2
Podkarpacki	1 938 200	31 538,00	162,72	31 336,61	161,68
Podlaski	1 081 323	17 890,00	165,45	17 856,91	165,14
Pomorski	2 064 938	26 568,00	128,66	26 568,90	128,67
Śląski	4 212 363	69 306,00	164,53	69 273,66	164,45
Świętokrzyski	1 172 010	24 507,00	209,1	24 375,89	207,98
Warmińsko - Mazurski	1 304 628	19 435,00	148,97	19 399,13	148,69
Wielkopolski	3 245 142	59 170,00	182,33	59 172,49	182,34
Zachodniopomorski	1 530 271	21 222,00	138,68	20 817,50	136,04
RAZEM	35 254 349	609 801,00	172,97	608 130,54	172,5

* Populacja – dane wg Centralnego Wykazu Ubezpieczonych wg stanu na dzień 7.01.2014

** wartość świadczeń dla ubezpieczonych z terenu województwa, przydzielonych z umów do wysokości przekazanych upoważnień

Wartość zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe na 2013 rok stanowi 99,73% środków finansowych przeznaczonych na ten rodzaj świadczeń w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia. W 2013 r. zrealizowano świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w 98,96% ich wartości.

Tabela nr III.58. Wartość zakontraktowanych świadczeń w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe i ich realizacja w 2013 r.

OW NFZ	Plan Finansowy na 2013 r.	Wartość zakontraktowanych świadczeń*	% wartość/ plan	Realizacja zawartych umów - wartość końcowa **	% realizacja/ wartość kontraktów
A	B	C	D	E	F
Dolnośląski	57 696,00	57 596,08	99,83%	56 704,96	98,45%
Kujawsko - Pomorski	31 545,00	31 493,00	99,84%	31 229,36	99,16%
Lubelski	39 599,00	39 568,35	99,92%	39 232,88	99,15%
Lubuski	13 202,00	13 110,55	99,31%	12 979,94	99,00%
Łódzki	44 188,00	44 153,78	99,92%	43 814,44	99,23%
Małopolski	49 127,00	48 831,70	99,40%	48 269,27	98,85%
Mazowiecki	92 158,00	91 927,47	99,75%	90 696,14	98,66%
Opolski	12 650,00	12 648,53	99,99%	12 499,15	98,82%
Podkarpacki	31 538,00	31 336,61	99,36%	31 079,60	99,18%
Podlaski	17 890,00	17 856,91	99,82%	17 643,75	98,81%
Pomorski	26 568,00	26 568,90	100,00%	26 328,27	99,09%
Śląski	69 306,00	69 273,66	99,95%	68 701,00	99,17%
Świętokrzyski	24 507,00	24 375,89	99,47%	24 146,69	99,06%
Warmińsko - Mazurski	19 435,00	19 399,13	99,82%	19 229,44	99,13%
Wielkopolski	59 170,00	59 172,49	100,00%	58 662,41	99,14%
Zachodniopomorski	21 222,00	20 817,50	98,09%	20 592,43	98,92%
RAZEM	609 801,00	608 130,54	99,73%	601 809,73	98,96%

* wartość świadczeń dla ubezpieczonych z terenu województwa, przydzielonych z umów do wysokości przekazanych upoważnień,

** wartość zrealizowanych świadczeń przez świadczeniobiorców z terenu danego województwa oraz dopłaty poniesione z tytułu art. 33. ust 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - kolumna E nie zawiera wartości dopłat ponoszonych z tytułu ustawy z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest, z uwagi na fakt, iż na podstawie kwartalnych zestawień z OW NFZ, Ministerstwo Zdrowia zwraca przedmiotowe wartości.

Tabela nr III.59 Wartość zakontraktowanych świadczeń w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe i stopień realizacji wg planu finansowego w 2013 r., w tys. zł.

Rodzaj świadczeń	Plan finansowy 2013	Kontrakty 2013	Kontrakt/Plan	Liczba umów
Lecznictwo uzdrowiskowe	609 801,00	608 130,54	99,73%	150

III.3. Kontrola realizacji umów

Prezentowane dane, w części opisowej i tabelach, w porównaniu ze Sprawozdaniem nr 5, których skutki finansowe zostały ujęte w Sprawozdaniu nr 5, o którym mowa w §7 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r., zawierają różnice wynikające z odmiennego sposobu tworzenia sprawozdania, w szczególności z innego układu prezentowania danych oraz ujęcia wyników finansowych w księgach rachunkowych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

W 2013 r., oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły 2 750 postępowań kontrolnych, w ramach których skontrolowały 2 847 umów tj. o 264 umów mniej (8,5%), niż w tym samym okresie w roku ubiegłym (o przypisaniu do okresu sprawozdawczego decydowała data wysłania wystąpienia pokontrolnego). Dodatkowo, przeprowadzono 1 241 postępowań sprawdzających na podstawie art. 107 ustawy o świadczeniach oraz 9 kontroli w związku ze złożonymi wnioskami o zapłatę za świadczenia udzielone na podstawie art. 19 ustawy o świadczeniach.

W wyniku przeprowadzonych kontroli zakwestionowano środki finansowe oraz, w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami, nałożono na świadczeniodawców kary umowne. Łączne skutki finansowe kontroli określone w wystąpieniach pokontrolnych, w 2013 r. wyniosły 100 987 204,91 zł, w tym z tytułu zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych 80 564 719,01 zł oraz z tytułu nałożonych kar 20 422 485,89 zł.

Tabela nr III.60. Liczba przeprowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wg rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej w 2012 r.

OW NFZ	AOS	OPH	PDT	POZ	PRO	PSY	REH	RTM	SOK	SPO	STM	SZP	UZD	ZPO	Suma
Dolnośląski	16	1	2	13		6	8	2	1	2	11	28	2	4	96
Kujawsko-Pomorski	11	2		6		3	6	7	6	8	2	48	8	3	110
Lubelski	30		2	45	3	5	14	2	2	9	16	113	3	2	246
Lubuski	3			6		3	7	4	1	2	4	32			62
Łódzki	31	4		25	3	5	22	16	1	5	44	98		2	256
Małopolski	305	1		26		5	12	9		5	20	35	3	1	422
Mazowiecki	31	6	6	22	4	14	32	6	2	6	32	125	1	7	294
Opolski	16	4		5		2	11	2		4	10	28		11	93
Podkarpacki	33	3		26	1	9	19	9		9	33	39	2	8	191
Podlaski	26	2		16	2	3	10			4	27	12	1	8	111
Pomorski	21			10		3	11	2		3	7	22	3	10	92
Śląski	38	4	1	54	3	8	18	6	1	10	46	73	8	41	311
Świętokrzyski	40	2	1	32	1	1	13	1	2	1	16	47	1	4	162
Warmińsko-Mazurski	22	1		13		1	10	3	4	3	11	25		7	100
Wielkopolski	16	3	1	20	1	5	12	29		3	41	49		2	182
Zachodniopomorski	17	2	2	19	2	2	10	4		4	20	26	11		119
Suma	656	35	15	338	20	75	215	102	20	78	340	800	43	110	2 847

Tabela nr III.61. Wartości zakwestionowanych środków i naliczonych kar określone w wystąpieniach pokontrolnych w podziale na poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu w 2013 r.

OWNFZ	Wartość zakwestionowanych środków	Wartość nałożonych kar	Razem
Dolnośląski	2 524,82	668,91	3 193,74
Kujawsko-Pomorski	11 287,41	2 172,09	13 459,50
Lubelski	8 828,24	2 005,34	10 833,58
Lubuski	3 013,49	800,13	3 813,62
Łódzki	3 660,63	1 130,17	4 790,80
Małopolski	18 377,80	1 345,73	19 723,53
Mazowiecki	3 448,26	2 849,92	6 298,18
Opolski	288,48	395,96	684,44
Podkarpacki	4 682,93	998,44	5 681,37
Podlaski	2 685,54	987,73	3 673,26
Pomorski	5 070,87	1 165,66	6 236,54
Śląski	4 143,44	1 759,11	5 902,55
Świętokrzyski	1 601,68	341,22	1 942,91
Warmińsko-Mazurski	686,16	346,31	1 032,47
Wielkopolski	8 564,92	2 865,76	11 430,69
Zachodniopomorski	1 700,03	590,01	2 290,04
Razem	80 564,72	20 422,49	100 987,20

Tabela nr III.62. Wartości zakwestionowanych środków nienależnie wypłaconych i nałożonych kar określone w wystąpieniach pokontrolnych, w podziale na poszczególne rodzaje świadczeń w 2013 r. (zł)

Nazwa rodzaju świadczeń	Wartość zakwestionowanych środków	Wartość nałożonych kar	Razem
AOS	3 654,79	1 545,87	5 200,66
OPH	393,21	104,24	497,45
PDT	0,00	79,02	79,02
POZ	711,03	1 048,56	1 759,59
PRO	13,60	15,02	28,62
PSY	712,24	520,37	1 232,61
REH	5 789,30	1 221,38	7 010,67
RTM	47,37	786,91	834,28
SOK	92,31	175,84	268,16
SPO	11 769,11	1 253,14	13 022,25
STM	1 194,22	589,84	1 784,07
SZP	56 080,09	12 640,90	68 720,99
UZD	7,22	270,75	277,97
ZPO	100,23	170,65	270,88
Razem	80 564,72	20 422,49	100 987,20

III.3.1. Nieprawidłowości w realizacji umów

Najczęściej stwierdzone nieprawidłowości nie ulegają zmianie na przestrzeni ostatnich lat i są to:

- nieprawidłowa klasyfikacja hospitalizacji do grup JGP, w tym brak medycznego uzasadnienia do rozliczenia wykazanej procedury/rozpoznania,
- rozliczanie w tzw. „ruchu międzyoddziałowym”,
- wykazywanie jako hospitalizacji świadczeń, które mogły być wykonane w warunkach ambulatoryjnych,
- brak w dokumentacji medycznej potwierdzenia udzielonych świadczeń/porad,
- brak skierowania do objęcia opieką,
- brak medycznego uzasadnienia do rozliczenia wykazanej procedury,
- brak określonych w typie porady badań diagnostycznych,
- braki w wymaganym sprzęcie,
- brak wymaganych kwalifikacji personelu,
- nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej,
- brak aktualizacji zasobów sprzętowych i personelu (harmonogram-zasoby).

III.3.2. Kontrole koordynowane przeprowadzone przez oddziały wojewódzkie Funduszu

W ramach wykonanych w 2013 r., przez oddziały wojewódzkie Funduszu, kontroli, przeprowadzono 288 postępowań kontrolnych w związku ze zleconymi przez Centralę Funduszu (Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej) kontrolami koordynowanymi.

W 2013 r. zakończone zostały postępowania zlecone przez Centralę Funduszu w następujących zakresach:

- „Realizacja umów w rodzaju: rehabilitacja lecznicza w zakresie rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych w 2012 r.”,
- „Realizacja umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej”,
- „Realizacja umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne w zakresie świadczeń ogólnostomatologicznych udzielanych w znieczuleniu ogólnym w latach 2012-2013”.

Ponadto, zgodnie z zarządzeniem nr 50/2012 Prezesa NFZ z dnia 8 sierpnia 2012 r. w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia kontroli wystawiania i realizacji recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne w 2013 r. zostały przeprowadzone 4 kontrole koordynowane ordynacji lekarskiej oraz kontrole aptek, których zakres tematyczny obejmował w podziale na kwartały:

- kontrolę preskrypcji i realizacji recept na leki stosowane w leczeniu cukrzycy oraz na środki diagnostyczne,
- kontrolę preskrypcji i refundacji leków przeciwzakrzepowych,
- kontrolę preskrypcji i refundacji leków stosowanych w terapii hormonalnej w chorobach nowotworowych oraz leków hormonalnych z grupy hormonów płciowych,
- kontrolę preskrypcji i refundacji leków stosowanych w padaczce lekoopornej.

III.4. Zażalenia na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu i wnioski o ponowne ich rozpatrzenie złożone przez świadczeniodawców w trybie art. 160 i 161 ustawy o świadczeniach

Na podstawie art. 161 ustawy o świadczeniach, Prezes Funduszu (Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej) rozpatrzył złożone przez świadczeniodawców zażalenia na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz wnioski o ponowne rozpatrzenie zażaleń. W 2013 r. zostało rozpatrzonych łącznie 691 zażaleń i wniosków o ponowne ich rozpatrzenie

Tabela nr III.63. Rozpatrzone w 2013 r. przez Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej zażalenia na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz wnioski o ponowne rozpatrzenie zażaleń

Nazwa OW NFZ	Rozpatrzone w 2013 roku										Suma
	Zażalenia na czynności Dyrektora OW					Wniosek o ponowne rozpatrzenie zażalenia					
	nie rozpatrzono*	nie uwzględniono	uwzględniono w całości	uwzględniono w części	sprawa została przekazana do ponownego rozpatrzenia	nie rozpatrzono*	nie uwzględniono	uwzględniono w całości	uwzględniono w części		
Dolnośląski	1	13	1			1	12				28
Kujawsko-Pomorski	153	7		1		5	2				168
Lubelski	2	2	1				4				9
Lubuski	3	5	1				3				12
Łódzki	5	18	2	4	2	2	12				45
Małopolski	3	23	2	1		2	17				48
Mazowiecki	25	23	3	3	3	11	17	1			86
Opolski	0	7					1				8
Podkarpacki	17	44	1	3			18				83
Podlaski	9	17					11	1			38
Pomorski	3	6	2	2			5				18
Śląski	3	26		4			18				51
Świętokrzyski	1	4	1	1			5				12
Warmińsko-Mazurski		2	2	1		1	2				6
Wielkopolski	8	34	4	1		1	15				63
Zachodniopomorski	5	11									16
Suma	238	242	18	21	5	23	142	2	0	691	

* zażalenia i wnioski nie rozpatrzone w związku z uchybieniem ustawowego 14-dniowego terminu określonego w art. 160 ust. 2 (dla zażaleń) i 161 ust. 3a (dla wniosków o ponowne rozpatrzenie zażaleń) ustawy o świadczeniach; w takich przypadkach składający zażalenie lub wniosek informowany był o nie rozpatrywaniu zażalenia/wniosku w związku z uchybieniem ustawowego terminu, lub nie rozpatrzone z powodu braku zasadności zażalenia/wniosku

W 2013 r. Prezes Funduszu rozpatrzył 16 zażaleń na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczące realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: programy terapeutyczne i chemioterapia złożonych przez świadczeniodawców. 11 zażaleń zostało złożonych przez świadczeniodawców w trybie art. 160 ustawy o świadczeniach, a 5 zażaleń zostało złożonych przez świadczeniodawców w trybie art. 161 ust. 3 ustawy o świadczeniach. Spośród zażaleń złożonych przez świadczeniodawców w trybie art. 160 ustawy o świadczeniach w 8 przypadkach zażalenia zostały oddalone, natomiast w 3 przypadkach zażalenia zostały nierozpatrzone z uwagi na uchybienie przez świadczeniodawców terminu na złożenie zażalenia. W wyniku rozpatrzenia zażaleń podtrzymano decyzje dyrektorów oddziałów o nałożeniu na świadczeniodawców kar umownych na kwotę 237 688,65 zł, obowiązku zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych w kwocie 6 602 740,46 zł i wycofaniu przez świadczeniodawcę z systemu informatycznego płatnika świadczeń nierozliczonych na kwotę 1 254 012,13 zł.

Informacja o zażaleniach rozpatrywanych przez Departament Gospodarki Lekami dotyczących ordynacji lekarskich znajdując się w punkcie III.6.2.

Tabela nr III.64. Dane dotyczące zażeń i wniosków rozpatrzonych przez Departament ds. Służb Mundurowych Centrali Funduszu, dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach lecznictwo uzdrowiskowe, ratownictwo medyczne oraz pomoc doraźna i transport sanitarny, a także zażeń i wniosków złożonych przez świadczeniodawców tworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej oraz Ministra Spraw.

Rozpatrzone przez Departament ds. Służb Mundurowych w 2013 roku									
Nazwa OW NFZ	Zażalenia na czynności Dyrektora OW				Wniosek o ponowne rozpatrzenie zażeń				Suma
	nie rozpatrzone*	nie uwzględniono	uwzględniono w całości	uwzględniono w części	nie rozpatrzone	nie uwzględniono	uwzględniono w całości	uwzględniono w części	
Dolnośląski				1					1
Kujawsko-Pomorski	1					1			2
Lubelski									
Lubuski									
Łódzki		1							1
Małopolski		1				1			2
Mazowiecki	2			1		1			4
Opolski									
Podkarpacki									
Podlaski									
Pomorski									
Śląski									
Świętokrzyski									
Warmińsko-Mazurski									
Wielkopolski		1				1			2
Zachodniopomorski									
Suma	2	4		2		4			12

*) zażenia i wnioski nierozpatrzone w związku z uchybieniem ustawowego 14-dniowego terminu określonego w art. 160 ust. 2 (dla zażeń) i 161 ust. 3a (dla wniosków o ponowne rozpatrzenie zażeń) ustawy o świadczeniach; w takich przypadkach składający zażalenie lub wniosek informowany był o pozostawieniu zażenia/wniosku bez rozpatrzenia w związku z uchybieniem ustawowego terminu.

III.4.1. Odwołania od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczących rozstrzygnięć postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wniesionych do Prezesa Funduszu w trybie art. 154 ust. 4 ustawy o świadczeniach

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Funduszu rozpatrzył wniesione przez świadczeniodawców odwołania od przeprowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2013 r. i latach następnych. W 2013 r. rozpatrzono łącznie 586 odwołań. Tabele poniżej przedstawiają liczbę rozpatrzonych odwołań w podziale na poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu, sposób ich rozpatrzenia oraz rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej.

Tabela nr III.65. Liczba rozpatrzonych w 2013 r. przez Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczących rozstrzygnięć postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na oddziały wojewódzkie i sposób ich rozpatrzenia.

Nazwa OW NFZ	Sposób rozpatrzenia odwołania						Liczba rozpatrzonych odwołań w 2013r. ogółem
	decyzja uchylająca zaskarżoną decyzję i uwzględniająca odwołanie	decyzja uchylająca zaskarżoną decyzję i przekazująca sprawę do ponownego rozpatrzenia	decyzja utrzymująca w mocy zaskarżoną decyzję dyrektora OW NFZ	postanowienie o uchybieniu terminu	decyzja o umorzeniu postępowania odwoławczego	niedopuszczalność drogi odwoławczej lub zawieszono postępowanie administracyjne lub sprostowanie oczywistej pomyłki pisarskiej	
Dolnośląski	12	13	149	3		1	178
Kujawsko-Pomorski	2	1	6				9
Lubelski							0
Lubuski			3				3
Łódzki	1	5	19		1		26
Małopolski		1	20	7			28
Mazowiecki		1	2				3
Opolski		6	5				11
Podkarpacki			4				4
Podlaski			3				3
Pomorski	1	96	151	17			265
Śląski			9			3	12
Świętokrzyski	5	2	6				13
Warmińsko-Mazurski			3				3
Wielkopolski	18	4	5			1	28
Zachodniopomorski							0
Suma	39	129	385	27	1	5	586

Tabela nr III.66. Liczba rozpatrzonych w 2013 r. przez Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczących rozstrzygnięć postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na oddziały wojewódzkie i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej.

Nazwa OW NFZ	Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej										Suma
	AOS	OPH	POZ	PRO	PSY	REH	SOK	SPO	STM	SZP	
Dolnośląski	128		10			7		1	31	1	178
Kujawsko-Pomorski			6							3	9
Lubelski											0
Lubuski						1			2		3
Łódzki	14		4		1				2	5	26
Małopolski	1					1		23	1	2	28
Mazowiecki			1							2	3
Opolski	1							10			11
Podkarpacki			2			1				1	4
Podlaski	1						1			1	3
Pomorski	192		4	14		28	2		25		265
Śląski	1		6							5	12
Świętokrzyski			2			2		9			13
Warmińsko-Mazurski				2						1	3
Wielkopolski	25		1		1					1	28
Zachodniopomorski											0
Suma	363	0	36	16	2	40	3	45	59	22	586

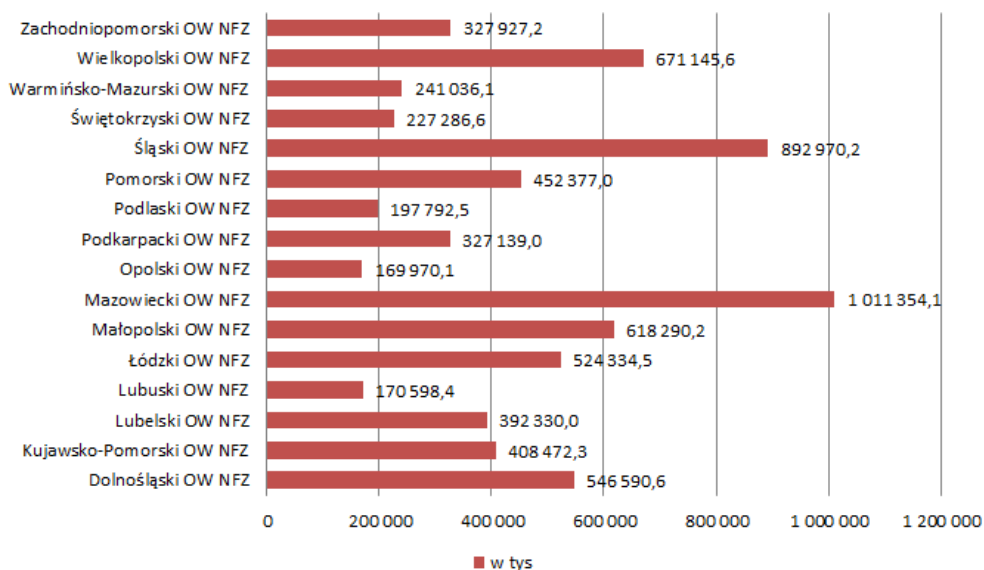
W 2013 r. do Departamentu Gospodarki Lekami wpłynęły dwa odwołania od postępowań konkursowych złożonych w trybie art. 154 ust 4 ustawy o świadczeniach, które złożone zostały przez:

III.5. Refundacja leków

W 2013 r. płatnik na refundację leków wydatkował kwotę 7 183 774,45 tys. zł. W związku z kilkukrotną korektą planu w ciągu roku – na koniec roku plan finansowy w poz. B2.14. przewidywał kwotę 8 166 718,00 tys. zł. Fundusz wydał mniej o 982 943,55 tys. zł niż przewidywał plan Funduszu.

Analiza struktury wydatków na refundację leków w 2013 r. w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu wykazała, że największy udział w ponad 14,09% ogólnej kwoty refundacji wykazał oddział mazowiecki oraz śląski 12,44% następnie: wielkopolski 9,35%, małopolski 8,61%, dolnośląski 7,61%, łódzki 7,30%, pomorski 6,30%, kujawsko-pomorski 5,69%, lubelski 5,46%, zachodniopomorski 4,57%, podkarpacki 4,56%, warmińsko-mazurski 3,36%, świętokrzyski 3,17%, podlaski 2,75%, lubuski 2,38%, opolski 2,37%.

Wykres nr III.54. Wartość refundacji w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu (w tys. zł).

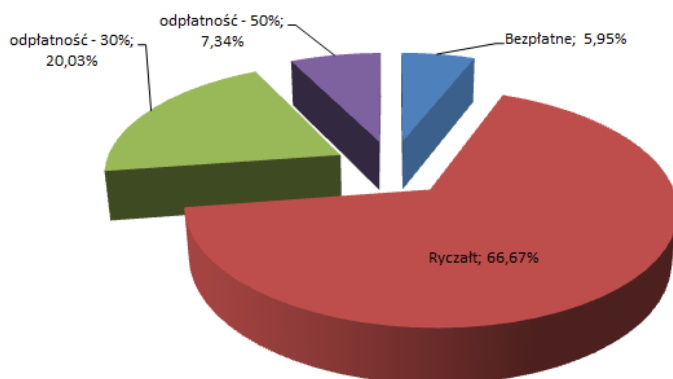


Rodzaje odpłatności

Analiza struktury wydatków na refundację leków w 2013 r. w podziale na odpłatności wykazała, że blisko 66,7% ogólnej kwoty refundacji wydatkowano na leki dostępne dla pacjentów po wniesieniu opłaty ryczałtowej. Przeznaczono na ich refundację ponad 4,7 mld zł. Kolejne grupy co do wartości wydatkowanych środków stanowią :

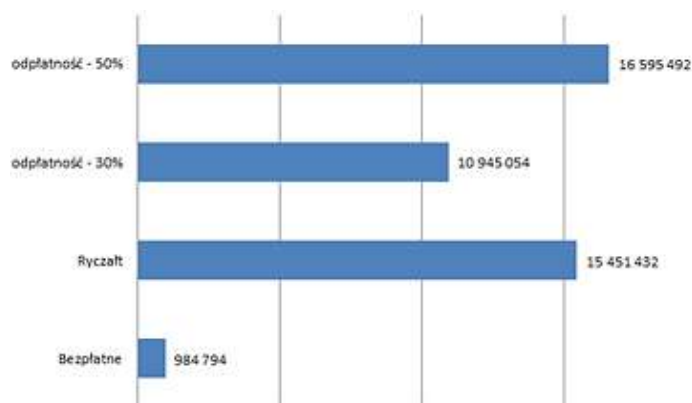
- leki wydawane za 30% odpłatnością – ponad 20% – kwota refundacji ponad 1,438 mld zł,
- leki wydawane za odpłatnością 50% ceny leku – ponad 7,3% – kwota refundacji ponad 527 mln zł,
- leki wydawane bezpłatnie – blisko 6% - kwota refundacji ponad 427 mln zł.

Wykres nr III.55. Refundacja leków w 2013 r. – wg rodzajów odpłatności – udział procentowy w kwocie refundacji.



Analiza struktury populacji w podziale na odpłatności została przedstawiona na poniższym wykresie.

Wykres nr III.56. Liczba unikalnych numerów Pesel, pacjentów realizujących recepty w podziale na rodzaje odpłatności w 2013 r.



Najwięcej osób (ponad 16,5 mln) zrealizowało recepty z poziomem odpłatności 50%, najmniej natomiast w lekach wydawanych bezpłatnie.

Grupy ATC

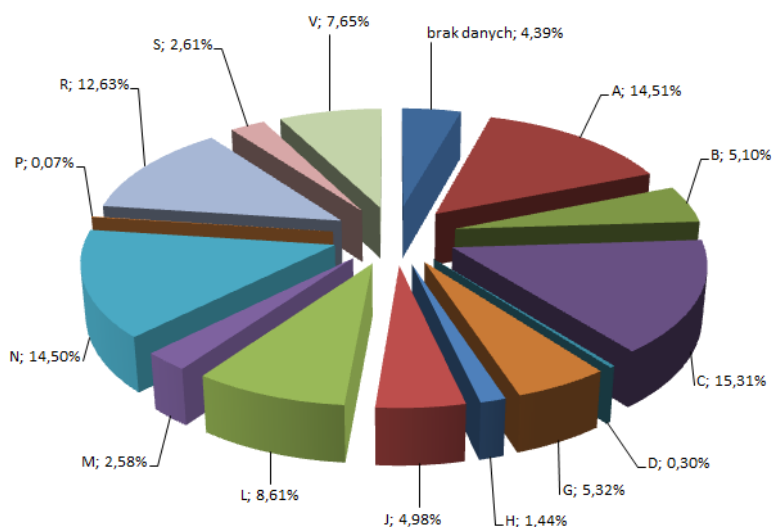
Udział procentowy wydatków z tytułu refundacji leków w podziale na poszczególne grupy ATC (anatomiczno-terapeutyczno-chemiczne) przedstawiono na wykresie nr III.57.

Największe wydatki wiązały się z refundacją leków:

- stosowanych w leczeniu schorzeń układu sercowo – naczyniowego z grupy ATC – C – ponad 15,31% ogólnej kwoty refundacji,
- stosowanych w leczeniu schorzeń centralnego układu nerwowego (grupa ATC – A) – ponad 14,51% ogólnej kwoty refundacji,

- stosowanych w leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego (grupa ATC–N) – ponad 14,50% ogólnej kwoty refundacji,
- z grupy ATC – R – układ oddechowy ponad 12,63% ogólnej refundacji

Wykres nr III.57. Refundacja leków w 2013 r. w podziale na grupy ATC – udział procentowy.



Substancje czynne refundowanych leków

Poniżej przedstawiono 25 leków generujących najwyższe koszty w 2013 r. wg nazwy międzynarodowej (analiza sporządzona na podstawie 99,98% danych szczegółowych przekazanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu).

Tabela nr III.67. Top 25 substancji czynnych generujących najwyższe koszty refundacyjne w 2013 r.

Lp.	Nazwa międzynarodowa leku	Kwota refundacji 2013 r. w [tys. zł]
1	ENOXAPARINUM NATRICUM	221 526,94
2	INS.INJECTIO NEUTRALIS, INS.ISOPHANUM	199 341,61
3	OLANZAPINUM	159 887,52
4	ATORVASTATINUM	134 498,10
5	FLUTICASONI PROPIONAS, SALMETEROLUM	134 037,40
6	INSULINUM ASPARTUM	131 905,09
7	PEGFILGRASTIMUM	129 771,46
8	RAMIPRILUM	126 593,39
9	BUDESONIDUM	121 604,87
10	TAMSULOSINI HYDROCHLORIDUM	114 701,64
11	FORMOTEROLI FUMARAS	104 757,91
12	FINASTERIDUM	101 979,63
13	AMLODIPINUM	100 848,59
14	ARIPIPRAZOLUM	98 234,80
15	RISPERIDONUM	96 517,77
16	TIOTROPII BROMIDUM	92 557,26
17	INDAPAMIDUM	90 403,80
18	METFORMINI HYDROCHLORIDUM	81 625,68
19	OMEPRAZOLUM	78 813,81
20	LEUPRORELINUM	77 546,25
21	CICLESONIDUM	77 525,97
22	INSULINUM ISOPHANUM	76 311,51
23	DOXAZOSINUM	73 261,87
24	PANTOPRAZOLUM	72 461,15
25	BECLOMETASONI DIPR., FORMOTEROLI FUM.	72 276,92
	SUMA	2 768 990,92

Struktura wydatków Funduszu z tytułu refundacji leków pokazuje, że

- refundacja 3 substancji – enoxaparinum natricum, olanzapinum, insulinum injecto neutralis + insulinum isophanum, – pociąga za sobą ponad 8% ogólnej kwoty refundacji,
- refundacja 10 pierwszych substancji pociąga za sobą 20,53% ogólnej kwoty refundacji,
- refundacja 25 pierwszych substancji pociąga za sobą 33,39% ogólnej kwoty refundacji.

Wśród 25 pierwszych substancji, których refundacja pociąga za sobą największe wydatki (40,76% ogólnej kwoty refundacji) NFZ znajdują się:

- leki kardiologiczne – atorvastatinum – poz. 4, ramiprilum poz. 8, amlodipinum – poz. 13, indapamidum poz. 17 – (6,3 % ogólnej kwoty refundacji),
- leki stosowane w leczeniu astmy – fluticasoni propionas, salmeterolum – poz. 5, formoteroli fumaras – poz. 11, budesonidum – poz. 9, tiotropii bromidum – poz. 16, ciclesonidum - poz. 21, beclometasoni dipr., formoteroli fum. – (8,39% ogólnej kwoty refundacji),
- substancje stosowane w leczeniu cukrzycy – poz. 2, 6, 18, 19, 22, 24 – (8,92% ogólnej kwoty refundacji),
- leki stosowane w chorobach układu nerwowego – olanzapinum – poz. 3, aripirazolum – poz. 14, risperidonum – poz. 15 - (4,94% ogólnej kwoty refundacji),

Produkty handlowe

Analizując refundację poszczególnych produktów leczniczych, największe wydatki na refundację przeznaczone są na refundację:

- Clexane (enoxaparinum) – lek p/zakrzepowy - (2,9% ogólnej kwoty refundacji),
- Neulasta – lek immunostymulujący, stosowany w chorobach nowotworowych - (1,8% ogólnej kwoty refundacji),
- Accu-chek active – test do oznaczania poziomu cukru we krwi – (1,45% ogólnej kwoty refundacji),
- Abilify – lek stosowany w leczeniu schizofrenii – (1,37% ogólnej kwoty refundacji).
- Spiriva – lek stosowany w leczeniu chorób płuc – (1,29% ogólnej kwoty refundacji),

Refundacja tych 5 produktów wynosi blisko 8,81% ogólnej kwoty refundacji.

Podmioty odpowiedzialne generujące największe koszty refundacji

32,57% ogólnej kwoty refundacji wydano na produkty lecznicze poniżej wymienionych podmiotów odpowiedzialnych wskazanych w poniższej tabeli.

Tabela nr III.68. Podmioty odpowiedzialne generujące największe koszty refundacji.

l.p.	Producent	Kwota refundacji w [tys. zł]	[%] ref.
1	ZAKŁADY FARMACEUTYCZNE POLPHARMA S.A.	343 419,36	4,78%
2	NOVO NORDISK A/S	286 326,44	3,99%
3	GLAXOSMITHKLINE EXPORT.LTD	256 944,34	3,58%
4	SANOFI A VENTIS FRANCE	245 577,05	3,42%
5	ADAMED SP.Z O.O.	239 627,62	3,34%
6	SANDOZ GMBH	218 109,05	3,04%
7	KRKA D.D., NOVO MESTO	205 852,71	2,87%
8	ASTELLAS PHARMA SP. Z O.O.	203 019,17	2,83%
9	TEVA PHARMACEUTICALS POLSKA SP. Z O. O.	188 845,69	2,63%
10	BOEHRINGER INGELHEIM INTERN.GMBH	150 495,66	2,10%

III.6. Kontrole w zakresie refundacji leków

III.6.1. Kontrola aptek²

W 2013 r. oddziały wojewódzkie Funduszu łącznie przeprowadziły 1 863 postępowania kontrolne w aptekach, z czego 1 573 kontroli zakończyło się przekazaniem zaleceń pokontrolnych. W stosunku do roku poprzedniego łączna liczba przeprowadzonych kontroli wzrosła o blisko 73,14% (787 postępowań kontrolnych). Liczba przeprowadzonych kontroli w poszczególnych oddziałach przedstawia się następująco:

² Sprawozdanie przygotowano na podstawie danych przekazanych w Ewidencji kontroli aptek przez oddziały wojewódzkie Funduszu w latach 2012-2013.

Tabela nr III.69. Liczba postępowań kontrolnych przeprowadzonych w aptekach.

Oddział Wojewódzki Funduszu	2012	2013	Dynamika zmian (%)
Dolnośląski	20	39	95,00%
Kujawsko-Pomorski	65	149	129,23%
Lubelski	43	67	55,81%
Lubuski	125	116	-7,20%
Łódzki	42	101	140,48%
Małopolski	45	160	255,56%
Mazowiecki	155	362	133,55%
Opolski	7	23	228,57%
Podkarpacki	61	91	49,18%
Podlaski	53	55	3,77%
Pomorski	29	96	231,03%
Śląski	286	204	-28,67%
Świętokrzyski	34	81	138,24%
Warmińsko- Mazurski	48	197	310,42%
Wielkopolski	57	92	61,40%
Zachodniopomorski	6	30	400,00%
Łącznie	1 076	1 863	73,14%

Wykres nr III.58. Liczba postępowań kontrolnych przeprowadzonych w aptekach 2013 r.



Tematy kontroli aptek podjęte w 2013 r. wynikały zarówno z rocznych planów kontroli oddziałów wojewódzkich Funduszu opracowanych na podstawie własnych analiz i typowania (kontrole planowe), jak i na podstawie m.in. informacji pozyskanych w trakcie innych czynności kontrolnych, skarg, sygnałów otrzymanych od organów ścigania (kontrole doraźne). Na obszary badań kontrolnych wpływ miały także określone przez Centralę Funduszu priorytety kontrolne zawarte w wytycznych do stosowania w zakresie planowania i realizacji kontroli w 2013 r. oraz plany kontroli koordynowanych na 2013 r.

Zespoły kontrolne Funduszu najczęściej odnotowywały nieprawidłowości:

- w zakresie danych niezbędnych do wystawienia recept na leki refundowane dotyczących pacjenta, osoby uprawnionej oraz świadczeniodawcy: brak lub niepełne dane pacjenta lub osoby uprawnionej, brak podpisu lub brak pieczętki osoby uprawnionej na recepcie; brak daty wystawienia recepty; brak podpisu i pieczętki osoby uprawnionej przy naniesionych poprawkach;
- w zakresie przepisanych refundowanych leków lub wyrobów medycznych: nieprawidłowe przepisywanie leków zawierających w swoim składzie substancję psychotropową; brak określenia ilości substancji psychotropowej lub sposobu dawkowania; przepisanie leków psychotropowych z innymi lekami na jednej recepcie; wydawanie leku nieprzepisanego na recepcie; nieprawidłowe lub niepełne dane dotyczące przepisanych leków; nieprawidłowe oznaczenie odpłatności na recepcie;
- w zakresie prawidłowej realizacji recepty przez osobę wydającą lek z apteki: realizacja recepty, na której brak niezbędnych danych do jej zrealizowania; nieuzupełnienie brakujących danych, które osoba realizująca receptę może uzupełnić na podstawie przedstawionych dokumentów; realizacja recept, na których poprawiono lub dopisano dane bez autoryzacji osoby uprawnionej; realizacja recept

niezgodnie z odpłatnością określoną na receptę; realizacja recept po upływie terminu ich ważności; realizacja recept na leki refundowane zawierające substancje czynne niedopuszczone do obrotu w punktach aptecznych; wydawanie leku w ilości większej niż na 3 – miesięczne stosowanie, brak lub nieprawidłowe potwierdzenie uprawnień dodatkowych pacjenta; wydanie leku przed wskazaną na receptę datą realizacji „od dnia”;

- w zakresie prawidłowego otaksowania recepty i zgodności z danymi przekazywanymi w raportach statystycznych do Funduszu: niepełne lub nieprawidłowe otaksowanie recept; nieprawidłowe przekazywanie danych z recept w raportach statystycznych;

W 2013 r. kontroli realizacji poddano łącznie 4 007 759 recept (w 2012 r. zakwestionowano 23 048 recept), w wyniku których zakwestionowano refundację o łącznej wartości ponad 1,84 mln zł³ (w 2012 r. zakwestionowano refundację w łącznej kwocie ponad 1,62 mln zł).

Łącznie w wyniku kontroli aptek przeprowadzonych od stycznia do grudnia 2013 r., w których wystosowano zalecenia pokontrolne, nałożono kary umowne w wysokości 1,28 mln zł.⁴ Odsetki ustawowe za nieterminowe uregulowanie zobowiązań, będących skutkiem nieprawidłowości ujawnionych podczas kontroli aptek przeprowadzonych w danym okresie zostały naliczone w kwocie 826,66 tys. zł.

Tabela nr III.70. Szczegółowe informacje dla poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu dot. liczby i wartości zakwestionowanych recept.

Oddział Wojewódzki NFZ	Liczba recept zakwestionowanych	Wartość zakwestionowanej refundacji wykazana w Ewidencji kontroli aptek (ujmowana wg daty wysłania/przekazania zaleceń pokontrolnych) [1]	Wartość nałożonych kar umownych [2]	Wartość odsetek ustawowych z tytułu opóźnienia w zapłacie	Wartość zakwestionowanej refundacji wykazana w Sprawozdaniu nr 5 (ujmowana wg okresu sprawozdawczego, w którym skutki finansowe zostały ujęte w księgach rachunkowych) w tys. zł [3]
Dolnośląski	368	132 998,94 zł	9 359 zł	3 307,51 zł	133
Kujawsko-Pomorski	1364	59 248,05 zł	115 619,20 zł	1 629,22 zł	52,93
Lubelski	897	88 053,12 zł	19 282,17 zł	3,52 zł	87,93
Lubuski	1172	75 651,17 zł	5 237,40 zł	74,34 zł	72,78
Łódzki	1587	95 637,47 zł	41 177,30 zł	183,03 zł	98,8
Małopolski	3297	466 416,97 zł	17 710 zł	3 146,63 zł	492,11
Mazowiecki	5600	172 901,86 zł	128 216,67 zł	19 336,91 zł	172,75
Opolski	533	23 481,79 zł	8 852,23 zł	0,64 zł	24,19
Podkarpacki	2017	66 810,92 zł	9 397,97 zł	0 zł	69,89
Podlaski	6078	288 268,18 zł	2 081,06 zł	3 356,08 zł	184,67
Pomorski	3980261	1 606 zł	880 960,29 zł	794 984,76 zł	877,81
Śląski	408	74 285,48 zł	28 477,98 zł	0 zł	73,94
Świętokrzyski	1584	41 947,27 zł	3 065,65 zł	0 zł	41,94
Warmińsko-Mazurski	1500	76 583,60 zł	548,76 zł	266,66 zł	62,22
Wielkopolski	850	74 974,49 zł	8 021,54 zł	105,99 zł	74,87
Zachodniopomorski	243	102 578,29 zł	8 199,43 zł	271,37 zł	102,57
Suma końcowa	4 007 759	1 841 443,60 zł	1 286 206,65 zł	826 666,66 zł	2 622,40

[1] Przedstawione informacje dotyczą skutków finansowych kontroli aptek (wykazanych w Ewidencji kontroli aptek), które zakończyły się wysłaniem/przekazaniem zaleceń pokontrolnych w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r., niezależnie od daty ujęcia tychże skutków finansowych w księgach rachunkowych Oddziału Funduszu.

[2] Przedstawione informacje dotyczą nałożonych kar umownych podczas kontroli aptek (wykazanych w Ewidencji kontroli aptek), które zakończyły się wysłaniem/przekazaniem zaleceń pokontrolnych w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r., niezależnie od daty ujęcia tychże skutków finansowych w księgach rachunkowych Oddziału Funduszu.

[3] Przedstawione informacje dotyczą wartości zakwestionowanej refundacji, których skutki finansowe zostały ujęte w Sprawozdaniu nr 5, o którym mowa w §7 ust. pkt 5 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 104, poz. 875 z późn. zm.).

³ Przedstawione informacje dotyczą skutków finansowych kontroli aptek (wykazanych w Ewidencji kontroli aptek), które zakończyły się wysłaniem/przekazaniem zaleceń pokontrolnych w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r., niezależnie od daty ujęcia tychże skutków finansowych w księgach rachunkowych oddziału wojewódzkiego Funduszu.

⁴ Przedstawione informacje dotyczą nałożonych kar umownych podczas kontroli aptek (wykazanych w Ewidencji kontroli aptek), które zakończyły się wysłaniem/przekazaniem zaleceń pokontrolnych w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r., niezależnie od daty ujęcia tychże skutków finansowych w księgach rachunkowych oddziału wojewódzkiego Funduszu.

III.6.2. Kontrola ordynacji lekarskiej

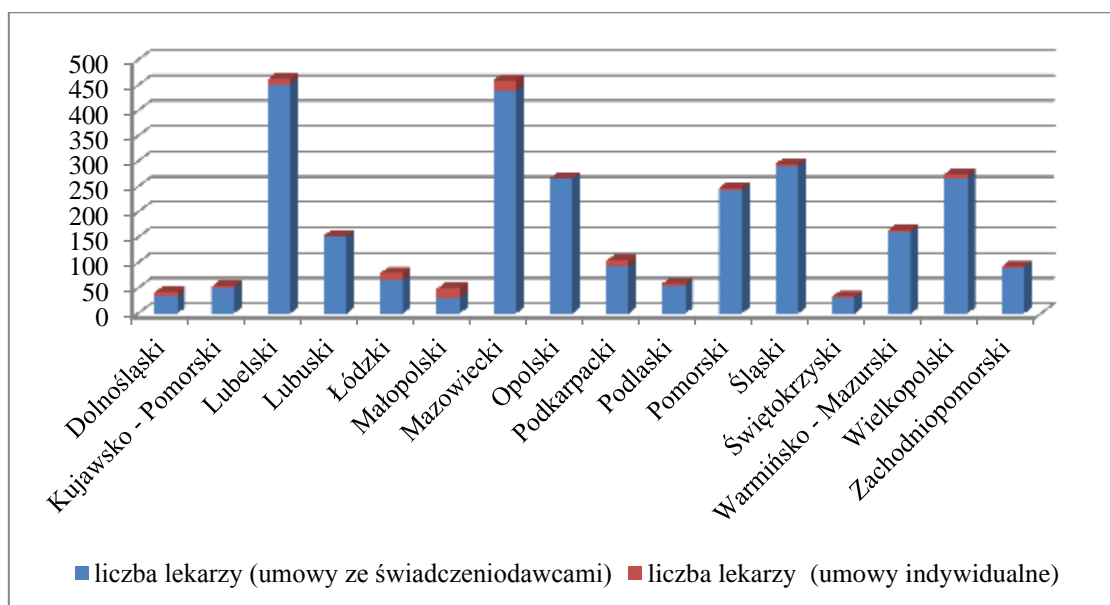
Zgodnie z art. 97 ust 3 pkt 6 ustawy o świadczeniach do zakresu działania Funduszu należy monitorowanie ordynacji lekarskich. W ramach kontroli zespoły kontrolujące w oddziałach wojewódzkich Funduszu zwracały uwagę na podstawowe elementy: sposób prowadzenia dokumentacji medycznej i zasadność ordynowania leków.

W 2013 r.⁵ oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły 621 kontrole ordynacji lekarskiej z czego 123 kontrole obejmowały lekarzy wystawiających recepty w oparciu o umowy indywidualne na wystawianie recept na leki i wyroby medyczne objęte refundacją, a 498 kontrole dotyczyły realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ordynacji lekarskiej. Skontrolowano 2 824 lekarzy. W porównaniu z 2012 r. liczba skontrolowanych lekarzy wzrosła o 147,29% (1 142 lekarzy w 2012 r.).

Tabela nr III.71. Liczba skontrolowanych lekarzy w 2013 r. (pojedynczy NPWZ).

Oddziały Wojewódzkie Funduszu	Liczba lekarzy (umowy indywidualne)	Liczba lekarzy (umowy ze świadczeniodawcami)	Ogółem liczba lekarzy skontrolowanych (pojedynczy NPWZ)
Dolnośląski	9	33	42
Kujawsko - Pomorski	2	51	53
Lubelski	10	452	462
Lubuski	3	151	154
Łódzki	14	66	80
Małopolski	18	31	43
Mazowiecki	22	438	460
Opolski	2	265	267
Podkarpacki	12	92	101
Podlaski	5	55	60
Pomorski	5	243	246
Śląski	4	291	294
Świętokrzyski	3	30	33
Warmińsko - Mazurski	4	161	161
Wielkopolski	8	268	276
Zachodniopomorski	1	91	92
Suma końcowa	122	2718	2 824

Wykres nr III.59. Liczba skontrolowanych lekarzy w 2013 r.



Ogółem wartość kontrolowanej ordynacji w 2013 r. wynosi 27 475 644,79 zł

⁵ Przedstawione informacje dotyczą kontroli ordynacji lekarskiej, które zakończyły się przekazaniem wystąpienia pokontrolnego w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r., niezależnie od daty ujęcia skutków finansowych tychże kontroli w księgach rachunkowych oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Tabela nr III.72. Wartość kontrolowanej ordynacji wg oddziałów wojewódzkich Funduszu w 2013 r.

Oddział Wojewódzki Funduszu	Wartość kontrolowanej ordynacji - umowy indywidualne	Wartość kontrolowanej ordynacji - umowy ze świadczeniodawcami	Razem
Dolnośląski	142 178,08	2 223 822,16	2 366 000,24
Kujawsko - Pomorski	65 721,39	850 159,56	915 880,95
Lubelski	820 154,56	2 451 981,33	3 272 135,89
Lubuski	8 300,50	616 602,89	624 903,39
Łódzki	147 666,94	707 637,70	855 304,64
Małopolski	1 484 086,16	5 656 628,29	7 140 714,45
Mazowiecki	249 650,59	1 703 152,20	1 952 802,79
Opolski	96 365,95	1 407 868,01	1 504 233,96
Podkarpacki	25 588,21	127 467,37	153 055,58
Podlaski	73 108,82	1 431 785,80	1 504 894,62
Pomorski	48 358,61	1 986 041,80	2 034 400,41
Śląski	222 517,73	1 033 146,50	1 255 664,23
Świętokrzyski	177 314,12	1 880 093,61	2 057 407,73
Warmińsko - Mazurski	12 861,13	527 663,41	540 524,54
Wielkopolski	137 246,81	745 875,84	883 122,65
Zachodniopomorski	1 428,65	413 170,07	414 598,72
Suma końcowa	3 712 548,25	23 763 096,54	27 475 644,79

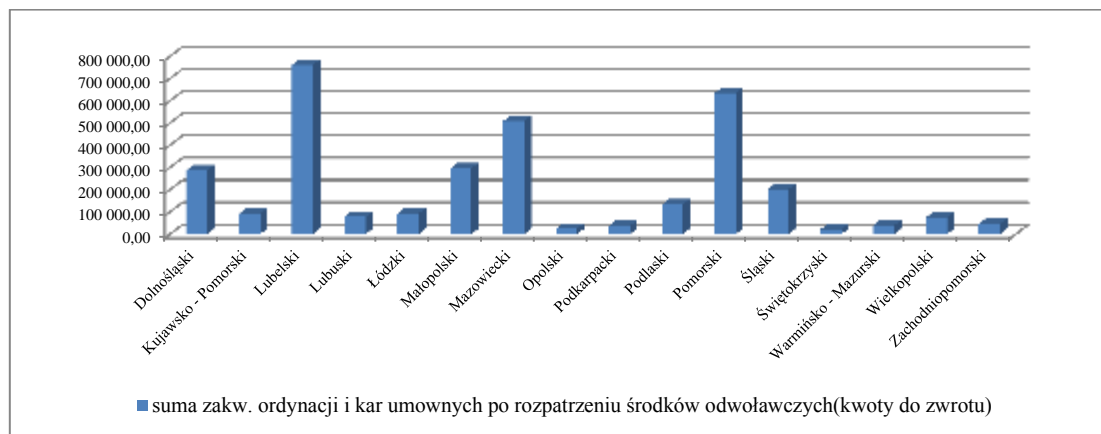
Łącznie w wyniku przeprowadzonych kontroli ordynacji lekarskiej w 2013 r. wartość zakwestionowanej ordynacji (2 872 234,42 zł) oraz kar umownych (578 404,32 zł) wyniosła 3 450 638,74 zł. Po rozpatrzeniu środków odwoławczych kwota do zwrotu wyniosła 3 321 976,58 zł, co stanowi 12,11% wartości kontrolowanej ordynacji.

Tabela nr III.73. Wartość zakwestionowanej ordynacji oraz kar umownych w 2013 r.

Oddziały Wojewódzki Funduszu	Wartość zakwestionowanej ordynacji	Wartość kar umownych	Suma zakw. ordynacji i kar umownych	Suma zakw. ordynacji i kar umownych po rozpatrzeniu środków odwoławczych (kwoty do zwrotu)	Nalożone kary umowne w wyniku zakwestionowanej ordynacji (wg daty ujęcia skutków finansowych w księgach rachunkowych oddziału) w tys. zł *
Dolnośląski	274 779,63	21 779,05	296 558,68	285 743,98	146,88
Kujawsko - Pomorski	112 660,45	17 262,14	129 922,59	90 948,81	88,65
Lubelski	736 174,81	24 187,89	760 362,70	760 362,70	497,46
Lubuski	75 439,61	2 337,68	77 777,29	77 777,29	47,4
Łódzki	81 448,20	11 022,17	92 470,37	92 470,37	92,47
Małopolski	302 893,49	7 060,13	309 953,62	295 221,77	313,83
Mazowiecki	317 487,83	208 043,18	525 531,01	508 444,95	277,33
Opolski	15 673,68	8 521,89	24 195,57	24 195,57	24,19
Podkarpacki	30 207,50	6 887,40	37 094,90	37 079,29	37,08
Podlaski	156 283,65	23 299,96	179 583,61	133 216,06	224,86
Pomorski	534 849,77	100 117,43	634 967,20	634 294,59	728,19
Śląski	100 608,38	100 557,47	201 165,85	201 165,85	201,16
Świętokrzyski	8 033,15	12 801,28	20 834,43	20 834,43	18,96
Warmińsko - Mazurski	12 723,66	26 452,03	39 175,69	39 175,69	12,21
Wielkopolski	74 739,84	0	74 739,84	74 739,84	74,74
Zachodniopomorski	38 230,77	8 074,62	46 305,39	46 305,39	44,98
Suma końcowa	2 872 234,42	578 404,32	3 450 638,74	3 321 976,58	2 830,39

* Przedstawione informacje dotyczą wartości zakwestionowanej refundacji, których skutki finansowe zostały ujęte w Sprawozdaniu nr 5, o którym mowa w § 6 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz.U. z 2011 Nr 294, poz. 1735).

Wykres nr III.60. Wartość zakwestionowanej ordynacji i kar umownych po rozpatrzeniu środków odwoławczych w 2013 r.



Przepisy prawa, których naruszenie skutkowało nałożeniem kar umownych (zwrot nienależnej refundacji):

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007r. (Dz. U. Nr 97, poz. 646, z późn. zm.), 23 grudnia 2011 r. (Dz. U. Nr 294, poz. 1 739), 8 marca 2012r. (Dz. U. 2012.260) w sprawie recept lekarskich;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. (Dz. U. Nr 247, poz. 1 819 z późn. zm.), z dnia 21 grudnia 2010 r. (Dz. U. Nr 252, poz. 1697, z późn. zm.) w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2007 r. (Dz. U. Nr 31, poz. 203), 2 listopada 2007 r. (Dz. U. Nr 222, poz. 1652, późn. zm.), 9 lipca 2008 r. (Dz. U. Nr 125, poz. 807), 23 lutego 2009 r. (Dz. U. Nr 35, poz. 276), 8 grudnia 2009 r. (Dz. U. Nr 212, poz. 1647), 22 grudnia 2010r. (Dz. U. Nr 253, poz. 1699), 28 października 2011r. (Dz. U. Nr 242, poz. 1442, z późn. zm.) w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za częściową odpłatnością, za odpłatnością ryczałtową;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 maja 2008r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej(Dz. U. Nr 81, poz. 484);
- Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.);
- Zarządzenie nr 65/2007/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20.09.2007 r., oraz zarządzenie nr 80/2008/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS;
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. 2008, Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2011, Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.);

Sprawy z kontroli ordynacji lekarskiej (zażalenia) rozpatrywał Zespół Arbitrażowy powołany na podstawie Zarządzenia Nr 31/2013/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 maja 2013 r. w sprawie procedury rozpatrywania zażaleń składanych do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu dotyczące kontroli w zakresie monitorowania ordynacji lekarskiej.

Poniższa tabela przedstawia ilość rozpatrywanych zażaleń wniesionych w 2013 r. w trybie art.160 i 161 ustawy o świadczeniach, w podziale na poszczególne kwartały. W tabeli umieszczone zostały także sumaryczne kwoty skutków finansowych, których zażalenia dotyczyły oraz ilości zażaleń, w podziale na poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu.

Kwota skutków finansowych, na które wpłynęły zażalenia złożone do Prezesa NFZ w trybie art. 160 oraz 161 ustawy o świadczeniach w 2013 r. rozpatrzone przez Departament Gospodarki Lekami w ramach kontroli ordynacji lekarskich wyniosła 1 348 063,07 zł.

Tabela nr III.74. Zażalenia złożone do Prezesa Funduszu w trybie art. 160 oraz 161 ustawy o świadczeniach rozpatrzone przez Departament Gospodarki Lekami.

Zażalenia rozpatrzone przez Departament Gospodarki Lekami w 2013 r.					
Oddział wojewódzki Funduszu	Zażalenia na czynności Dyrektora Oddziału				Suma
	nie rozpatrzone	nie uwzględniono	uwzględniono w całości	uwzględniono w części	
Dolnośląski		3		3	6
Kujawsko-Pomorski				2	2
Lubelski		3		1	4
Lubuski				1	1
Łódzki		1			1
Małopolski		1			1
Mazowiecki		2		2	4
Opolski					
Podkarpacki		1			1
Podlaski		2		1	3
Pomorski		1		1	2
Śląski					
Świętokrzyski					
Warmińsko-Mazurski					
Wielkopolski		1			1
Zachodniopomorski		1			1
Suma	0	16	0	10	27

W 2013 r. Departament ds. Służb Mundurowych, wg właściwości rzeczowej, rozpatrywał odwołania od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, wydanych w związku z odwołaniami od rozstrzygnięć przeprowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach ratownictwo medyczne oraz lecznictwo uzdrowiskowe, a także odwołań wniesionych przez podmioty lecznicze, dla których organem założycielskim jest MON, MSW, MS.

Tabela nr III.75. Rozpatrzone przez Departament ds. Służb Mundurowych w 2013 roku odwołania świadczeniodawców od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wydanych w związku z odwołaniami od rozstrzygnięć postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wg sposobu rozpatrzenia.

Oddział wojewódzki Funduszu	Sposób rozpatrzenia							Suma
	decyzja uchylająca zaskarżoną decyzję i uwzględniająca odwołanie	decyzja uchylająca zaskarżoną decyzję i przekazująca sprawę do ponownego rozpatrzenia	decyzja utrzymująca w mocy zaskarżoną decyzję dyrektora OW NFZ	postanowienie o uchybieniu terminu	pozostawiono bez rozpoznania lub odmowa przywrócenia terminu lub sprostowanie oczywistej pomyłki pisarskiej	decyzja stwierdzająca nieważność decyzji dyrektora OW NFZ	wszczęcie postępowania w sprawie stwierdzenia nieważności decyzji dyrektora OW NFZ	
Dolnośląski								
Kujawsko-Pomorski								
Lubelski		3	2					5
Lubuski								
Łódzki								
Małopolski								
Mazowiecki								
Opolski								
Podkarpacki		1	1					2
Podlaski								
Pomorski			2					2
Śląski								
Świętokrzyski								
Warmińsko-Mazurski								
Wielkopolski								
Zachodniopomorski								
Suma		4	5					9

III.7. Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2013 rok

Zgodnie z ustawą o świadczeniach podstawą udzielania świadczeń jest umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w w/w ustawie tj. zawieranie przez Fundusz umów

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 159, odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie: konkursu ofert albo rokowań.

Ustawą z dnia 23 lipca 2010 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z dnia 8 września 2010 r.) wprowadzono możliwość przeprowadzania dodatkowych postępowań w trybie artykułu 161b tzn. w przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert zostaną zawarte na rok następny umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej powodujące zmniejszenie, na terenie oddziału wojewódzkiego Funduszu, dostępu do świadczeń gwarantowanych w danym zakresie w stosunku do roku bieżącego, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może przeprowadzić dodatkowe postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Rozwiązanie to pozwala zabezpieczyć świadczenia w sytuacji, gdy z powodu nie spełnienia przez świadczeniodawców warunków wymaganych dotyczących personelu medycznego lub wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, oddział Funduszu zawrze umowy w niewystarczającej liczbie. Rozwiązanie to ma charakter doraźny, a świadczeniodawca nie spełniający warunków będzie udzielał świadczeń po niższej cenie. Umowa taka może być zawarta tylko raz i na okres nie dłuższy, niż jeden rok.

Zgodnie z Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. (Dz.U.08.81.484) w przypadku umów zawartych na dłużej niż rok, kwota zobowiązania w poszczególnych zakresach na następne okresy rozliczeniowe ustalana jest corocznie, w terminie do dnia 30 listopada. W przypadku nieustalenia kwoty zobowiązania, umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego roku. Oddział wojewódzki Funduszu dokonuje płatności za świadczenia udzielone w okresie styczeń-luty następnego roku na zasadach obowiązujących w ostatnim miesiącu okresu obowiązywania umowy w poprzednim okresie rozliczeniowym.

Uchwalona 11 października 2013 r. przez Sejm nowelizacja ustawy o świadczeniach umożliwiła Funduszowi aneksowanie umów (bez konieczności przeprowadzania postępowania) na rok 2014 ze świadczeniodawcami, u których umowy wygasły z dniem 31 grudnia 2013 r. Przepis ten dotyczył tylko tych świadczeniodawców, których umowy obowiązywały w dniu wejścia w życie ustawy (tj. 20 listopada 2013 r.). Ponadto nowelizacja art. 156 w/w ustawy pozwoliła dyrektorom oddziałów wojewódzkich aneksować umowy w przypadku braku zabezpieczenia udzielania świadczeń, gdzie umowy mogły być przedłużane na okres nie dłuższy niż 6 miesięcy. Powyższe działania wymagają zgody Prezesa Funduszu. Dyrektor oddziału zobowiązany jest niezwłocznie przeprowadzić postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na zakres objęty umową, której okres obowiązywania został przedłużony. W rezultacie w ciągu 2014 r. będą przeprowadzane postępowania poprawiające dostęp do świadczeń.

Proces zawierania umów na 2014 rok

Dane do opracowania pochodzą z systemu informatycznego Centrali NFZ. Wartości kontraktów są danymi generowanymi z systemu wg stanu „na dzień”. W latach ubiegłych dotyczyło to okresu luty-kwiecień, czyli czasu przygotowywania analogicznych sprawozdań, dlatego też ich wartości mogą się różnić od danych dotyczących wartości umów obowiązujących w całym roku (np. danych ze sprawozdania rocznego).

Tabela nr III.76. Przebieg postępowań w okresie od listopada 2013 do marca 2014 w podziale na rodzaje świadczeń.

Rodzaj świadczeń	25-11-2013		30-12-2013		27-01-2014		24-02-2014		31-03-2014	
	ogłoszone	rozstrzygnięte	ogłoszone	rozstrzygnięte	ogłoszone	rozstrzygnięte	ogłoszone	rozstrzygnięte	ogłoszone	rozstrzygnięte
Podstawowa opieka zdrowotna							168		4	171
Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne							43		7	30
Leczenie szpitalne			17	0	38	29	31	66	23	106
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień									25	1
Rehabilitacja lecznicza	35	23	6	54	2	60	119		614	3
Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze									255	0
Opieka paliatywno-hospicyjna									154	0
Leczenie stomatologiczne							8		2 102	6
Leczenie uzdrowiskowe								62	0	62
Ratownictwo medyczne	73								200	0
Pomoc doraźna i transport sanitarny			0	7	0	7	2	7	2	9
Profilaktyczne programy zdrowotne									1	0
Świadczenia odrębnie kontraktowane									5	0
Suma końcowa	108	23	23	61	40	96	371	135	3 392	388

W powyższej tabeli przedstawiono przebieg postępowań w wg stanu na dzień 25.11.2013 r., 30.12.2013 r., 27.01.2014 r., 24.02.2014 r., 31.03.2014 r.. Oddziały wojewódzkie Funduszu sukcesywnie ogłaszały

i rozstrzygały postępowania. Według stanu na dzień 31 marca 2014 r. najwięcej ogłoszonych (trwających) postępowań było w rodzaju leczenie stomatologiczne – 2 102.

Tabela nr III.77. Przebieg postępowań w okresie od listopada 2012 r. do marca 2013 r. w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu.

Nazwa Oddziału	25-11-2013		30-12-2013		27-01-2014		24-02-2014		31-03-2014	
	ogłoszone	rozstrzygnięte	ogłoszone	rozstrzygnięte	ogłoszone	rozstrzygnięte	ogłoszone	rozstrzygnięte	ogłoszone	rozstrzygnięte
Dolnośląski	19			7	4	7	2	11	2	16
Kujawsko-Pomorski	7			7	4	7	3	11	0	14
Lubelski	14	6		6	4	6	145	10	478	36
Lubuski						7	2	7	125	10
Łódzki	20					4		4	11	14
Małopolski	21			1	5	1	58	6	471	63
Mazowiecki	3			2	4	2		6	497	6
Opolski						3	8	3	235	9
Podkarpacki		7	4	7	1	11	1	12	239	13
Podlaski		1		1		6		6	13	11
Pomorski		5	7	5	1	11	26	12	98	37
Śląski	12		6	12	5	12	2	16	409	16
Świętokrzyski	5			5	4	5	2	9	6	11
Warmińsko-Mazurski		4		4		4	35	4	150	36
Wielkopolski					2		43	2	238	48
Zachodniopomorski	7		6	4	6	10	44	16	420	48
Suma końcowa	108	23	23	61	40	96	371	135	3 392	388

Najwięcej postępowań odbyło się (zakończyło) w małopolskim oddziale wojewódzkim Funduszu – 63, na dzień 31 marca 2014 r. najwięcej postępowań (497) ogłoszono w oddziale mazowieckim.

Tabela nr III.78 Liczba postępowań podstawowych w trybie konkursu ofert i rokowań w podziale na statusy postępowań i rodzaje świadczeń wg stanu na dzień 31.03.2014 r.

Rodzaj świadczeń	Ogłoszone	Odwołane	Rozstrzygnięte	Unieważnione	Suma końcowa
Podstawowa opieka zdrowotna	4	1	171	22	198
Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	7		30	23	60
Leczenie szpitalne	23	19	106	9	157
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	25		1	2	28
Rehabilitacja lecznicza	614	72	3	8	697
Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze	255	1			256
Opieka paliatywno-hospicyjna	154	0		1	155
Leczenie stomatologiczne	2 102	18	6	61	2 187
Leczenie uzdrowiskowe		3	62	7	72
Profilaktyczne programy zdrowotne	200			16	216
Ratownictwo medyczne	2		9		11
Pomoc doraźna i transport sanitarny	1				1
Świadczenia odrębnie kontraktowane	5			1	6
Suma końcowa	3 392	114	388	150	4 044

We wszystkich rodzajach świadczeń ogłoszono 3 392 postępowań, z tego na dzień 31 marca 2014 r. rozstrzygnięto 388 postępowań oraz unieważniono lub odwołano łącznie 502.

Tabela nr III.79. Liczba postępowań podstawowych w trybie konkursu ofert i rokowań w podziale na statusy i oddziały wojewódzkie NFZ wg stanu na dzień 31.03.2014 r.

Nazwa Oddziału	Ogłoszone	Odwołane	Rozstrzygnięte	Unieważnione	Suma końcowa
Dolnośląski	2	1	16	1	20
Kujawsko-Pomorski		2	14	3	19
Lubelski	478	1	36	7	522
Lubuski	125		10	15	150
Łódzki	11		14	1	26
Małopolski	471	18	63	16	568
Mazowiecki	497		6	1	504
Opolski	235		9	8	252
Podkarpacki	239	76	13	24	352
Podlaski	13		11	5	29
Pomorski	98	4	37	18	157
Śląski	409		16	9	434
Świętokrzyski	6		11		17
Warmińsko-Mazurski	150	9	36	7	202
Wielkopolski	238		48	14	300
Zachodniopomorski	420	3	48	21	492
Suma końcowa	3 392	114	388	150	4 044

Przeprowadzono łącznie 4 044 postępowań, z tego rozstrzygnięto 388, na dzień generowania raportów z systemu informatycznego NFZ najwięcej postępowań trwało w oddziale mazowieckim – 497.

Tabela nr III.80. Liczba postępowań w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu (wszystkie statusy) bez postępowań dodatkowych.

Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna (w zakresie NIŚOZ)	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Leczenie szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	Opieka paliatywno-hospicyjna	Leczenie stomatologiczne	Leczenie uzdrowiskowe	Profilaktyczne programy zdrowotne	Ratownictwo medyczne	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Liczba postępowań
Dolnośląski	2	1	7	2				1	7	0				20
Kujawsko-Pomorski	3		9						7	0				19
Lubelski	28		5		119	43	29	278	7	13				522
Lubuski			12	2	38			68		30				150
Łódzki		9	11	2	1			2					1	26
Małopolski	51	4	11	1	1		7	447		41	5			568
Mazowiecki			8	1	139			354	2					504
Opolski			9	1	23	27	4	175		13				252
Podkarpacki			10		142	34	12	147	7					352
Podlaski		2	9	6	1	1		4	3				3	29
Pomorski		24	19	10	1	28	17	14	5	39				157
Śląski	2		8		104	49	20	217	6	22	6			434
Świętokrzyski	3		7			1			5			1		17
Warmińsko-Mazurski	28	2	18		72	37	36		4	5				202
Wielkopolski	54		6					240						300
Zachodniopomorski	27	18	8	3	56	36	30	240	19	53			2	492
Razem	198	60	157	28	697	256	155	2 187	72	216	11	1	6	4 044

Najwięcej postępowań (konkursy i rokowania) przeprowadzono w oddziale małopolskim łącznie 568 postępowań, w lubelskim – 522 postępowania i w oddziale mazowieckim 504.

Najwięcej postępowań przeprowadzono w rodzajach: leczenie stomatologiczne (2 187) i rehabilitacja lecznicza (697).

Tabela nr III.81. Rok 2013 – Liczba postępowań – konkursy, rokowania (status ogłoszone).

Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna (w zakresie NIŚOZ)	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Leczenie szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	Opieka paliatywno-hospicyjna	Leczenie stomatologiczne	Leczenie uzdrowiskowe	Profilaktyczne programy zdrowotne	Ratownictwo medyczne	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Liczba postępowań
Dolnośląski				2										2
Kujawsko-Pomorski														0
Lubelski			1		114	43	29	278		13				478
Lubuski				2	36			57		30				125
Łódzki		6	2	2									1	11
Małopolski			1	1	1		7	418		41	2			471
Mazowiecki			4		139			354						497
Opolski			3	1	21	27	3	169		11				235
Podkarpacki					71	33	12	123						239
Podlaski			1	6		1		2					3	13
Pomorski			4	10		28	17	14		25				98
Śląski	1		2		104	49	20	211		22				409
Świętokrzyski	3		1			1						1		6
Warmińsko-Mazurski					72	37	36			5				150
Wielkopolski			2					236						238
Zachodniopomorski		1	2	1	56	36	30	240		53			1	420
Razem	4	7	23	25	614	255	154	2102	0	200	2	1	5	3 392

Według stanu na dzień 31 marca 2014 r. trwało 3 392 postępowania, z tego najwięcej w rodzaju leczenie stomatologiczne 2 102 postępowania. Najwięcej postępowań trwa w oddziale mazowieckim – 497.

Tabela nr III.82. Rok 2013 – Liczba postępowań – konkursy, rokowania (status rozstrzygnięte).

Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna (w zakresie NIŚOZ)	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Leczenie szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	Opieka paliatywno-hospicyjna	Leczenie stomatologiczne	Leczenie uzdrowiskowe	Profilaktyczne programy zdrowotne	Ratownictwo medyczne	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Liczba postępowań
Dolnośląski	2		6					1	7					16
Kujawsko-Pomorski	1		6						7					14
Lubelski	26		4						6					36
Lubuski			10											10
Łódzki		3	9		1			1						14
Małopolski	50	1	9								3			63
Mazowiecki			4						2					6
Opolski			5					4						9
Podkarpacki			6						7					13
Podlaski		1	8		1				1					11
Pomorski		21	10		1				5					37
Śląski			4						6		6			16
Świętokrzyski			6						5					11
Warmińsko-Mazurski	23		9						4					36
Wielkopolski	44		4											48
Zachodniopomorski	25	4	6	1					12					48
Razem	171	30	106	1	3	0	0	6	62	0	9	0	0	388

Według stanu na dzień 31 marca 2014 r. liczba postępowań rozstrzygniętych czyli zakończonych wynosiła 388. Najwięcej postępowań rozstrzygnięto w rodzajach: podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – 171, leczenie szpitalne – 109 oraz leczenie uzdrowiskowe – 62.

Tabela nr III.83. Rok 2013 – Liczba postępowań – konkursy, rokowania (status odwołane i unieważnione).

Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna (w zakresie NIŚOZ)	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Leczenie szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	Opieka paliatywno-hospicyjna	Leczenie stomatologiczne	Leczenie uzdrowiskowe	Profilaktyczne programy zdrowotne	Ratownictwo medyczne	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Liczba postępowań
Dolnośląski		1	1											2
Kujawsko-Pomorski	2		3											5
Lubelski	2				5				1					8
Lubuski			2		2			11						15
Łódzki								1						1
Małopolski	1	3	1					29						34
Mazowiecki				1										1
Opolski			1		2		1	2		2				8
Podkarpacki			4		71	1		24						100
Podlaski		1						2	2					5
Pomorski		3	5							14				22
Śląski	1		2					6						9
Świętokrzyski														0
Warmińsko-Mazurski	5	2	9											16
Wielkopolski	10							4						14
Zachodniopomorski	2	13		1					7				1	24
Razem	23	23	28	2	80	1	1	79	10	16	0	0	1	264

Najwięcej postępowań odwołano bądź unieważniono w rodzaju rehabilitacja lecznicza – 80 oraz leczenie stomatologiczne – 79. Liczba wszystkich odwołanych postępowań wyniosła 264.

Tabela nr III.84. Liczba odwołań od rozstrzygnięć postępowań, które wpłynęły do Dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu stan na dzień 31.03.2014 r.

Nazwa Oddziału	podstawowa opieka zdrowotna	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	lecznictwo szpitalne	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	rehabilitacja lecznicza	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	opieka paliatywna i hospicyjna	leczenie stomatologiczne	lecznictwo uzdrowiskowe	ratownictwo medyczne	pomoc doraźna i transport sanitarny	Profilaktyczne programy zdrowotne	świadczenia odrębnie kontraktowane	Liczba odwołań
Dolnośląski			1											1
Kujawsko-Pomorski														0
Lubelski	3													3
Lubuski														0
Łódzki														0
Małopolski	1													1
Mazowiecki														0
Opolski														0
Podkarpacki														0
Podlaski														0
Pomorski														0
Śląski			2						2					4
Świętokrzyski														0
Warmińsko-Mazurski	2													2
Wielkopolski	11													11
Zachodniopomorski	8													8
Razem	25	0	3	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	30

Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Na dzień 31 marca 2014 r. do dyrektorów oddziałów wojewódzkich wpłynęło 30 odwołań. Najwięcej (ze względu na dużą liczbę ogłoszonych postępowań) w zakresie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej w oddziale wielkopolskim.

Wartość umów w latach 2010-2014

Tabela nr III.85. Zestawienie wartości zawartych umów w latach 2010-2014 (bez POZ, UZD, ZSP, RTM, PDR) w podziale na rodzaje świadczeń.

Nazwa rodzaju świadczeń	wartość zawartych umów [tys. zł]				
	marzec 2010	luty 2011	kwiecień 2012	marzec 2013	kwiecień 2014 *
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	3 912 141,75	2 461 998,84	4 602 859,87	5 019 999,16	5 209 922,83
Leczenie szpitalne	25 177 367,27	25 985 175,88	26 298 524,92	28 911 473,33	28 497 194,73
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 808 055,78	1 983 757,55	2 113 752,98	2 117 350,41	2 284 506,39
Rehabilitacja lecznicza	1 625 309,83	1 733 932,74	1 905 603,29	1 966 314,15	1 459 247,52
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	834 977,10	934 973,69	1 014 625,91	1 025 064,60	787 510,08
Opieka paliatywna i hospicyjna	252 208,62	284 081,87	315 810,50	339 774,98	252 439,18
Leczenie stomatologiczne	1 614 884,62	1 650 258,59	1 750 604,09	1 706 297,81	1 152 971,40
Profilaktyczne programy zdrowotne	108 291,08	121 018,42	138 268,83	148 656,21	108 361,91
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	1 315 145,30	1 408 511,91	1 490 759,29	1 613 300,06	1 650 339,98
Razem	36 648 381,35	36 563 709,48	39 630 809,68	42 848 230,72	41 402 494,02

* część umów zawarta na okres 6 miesięcy (STM, REH, SPO, OPH, PDR, RTM, PRO), trwają postępowania uzupełniające.

W tabeli powyżej przedstawiono wartości zawieranych umów w podobnym przedziale czasowym. Niższa wartość kontraktów w rodzajach: rehabilitacja lecznicza, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, opieka paliatywna i hospicyjna, leczenie stomatologiczne i profilaktyczne programy zdrowotne w 2014 r., w porównaniu do 2013 r., wynika z faktu, że warunki finansowe w 2014 r. zostały uzgodnione w okresie styczeń-czerwiec.

Tabela nr III.86. Zestawienie wartości zawartych umów w latach 2010-2014 (bez POZ, UZD, ZSP, RTM i PDR) w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu.

Oddział Wojewódzki NFZ	wartość zawartych umów [tys. zł]				
	marzec 2010	luty 2011	kwiecień 2012	marzec 2013	kwiecień 2014
Dolnośląski	2 846 315,85	2 789 359,80	3 041 821,30	3 256 040,50	3 302 521,98
Kujawsko-Pomorski	2 020 470,73	1 887 924,64	2 155 170,48	2 363 481,65	2 248 768,81
Lubelski	1 790 275,96	1 979 295,03	2 248 263,62	2 434 269,26	2 235 407,47
Lubuski	777 483,10	865 595,30	959 530,67	1 001 324,77	1 005 678,82
Łódzki	2 487 718,86	2 231 307,89	2 507 565,68	2 555 359,76	2 758 399,57
Małopolski	2 913 671,30	2 973 008,03	3 193 460,15	3 684 743,43	3 595 574,65
Mazowiecki	6 473 295,69	6 560 455,47	6 555 894,17	7 087 403,95	6 494 748,80
Opolski	920 696,02	886 736,31	974 322,99	1 041 651,55	940 185,17
Podkarpacki	1 695 997,64	1 760 322,61	1 963 075,38	2 156 417,21	1 993 610,09
Podlaski	1 004 004,42	1 009 533,32	1 028 213,90	1 310 937,63	1 300 934,11
Pomorski	1 891 726,05	2 072 745,38	2 265 744,63	2 106 451,50	2 315 143,36
Śląski	4 668 013,21	4 507 083,74	4 905 574,52	5 397 811,44	4 892 253,74
Świętokrzyski	1 109 109,76	1 111 264,41	1 235 210,58	1 351 216,51	1 333 225,87
Warmińsko-Mazurski	1 202 868,66	1 210 693,77	1 344 124,96	1 490 425,86	1 454 321,96
Wielkopolski	3 259 204,06	3 185 695,58	3 530 097,44	3 785 767,00	3 825 570,73
Zachodniopomorski	1 587 530,05	1 532 688,20	1 722 739,21	1 824 928,69	1 706 148,90
Razem	36 648 381,35	36 563 709,48	39 630 809,68	42 848 230,72	41 402 494,02

Tabela nr III.87. Umowy podlegające aneksowaniu zgodnie z art.4 ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (bez ZSP) w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu [tys. zł].

Nazwa rodzaju świadczeń	Liczba umów w roku 2013	Umowy podlegające aneksowaniu na rok 2014	Aneksowane umowy na rok 2014 wg stanu na dzień 03.01.2014		Aneksowane umowy na rok 2014 wg stanu na dzień 31.03.2014	
			Przedłużonych na rok 2014 (03.01.2014)	Wartość umów przedłużonych na rok 2014 (03.01.2014)	Przedłużonych na rok 2014 (31.03.2014)	Wartość rzedłużonych na rok 2014 (31.03.2014)
			Dolnośląski	2 708	413	395
Kujawsko - Pomorski	1 992	1 858	1 813	616 553,19	1 813	616 553,19
Lubelski	1 946	1 622	1 616	2 310 424,66	1 611	2 354 530,19
Lubuski	1 141	1 002	993	874 268,33	992	878 425,78
Łódzki	2 673	8	0	0,00	0	0,00
Małopolski	2 438	1 122	1 117	653 358,89	1 103	652 621,00
Mazowiecki	3 319	2 849	2 826	4 637 391,36	2 769	4 662 786,13
Opolski	1 080	934	911	930 399,90	900	938 401,37
Podkarpacki	2 443	2 269	2 198	1 003 515,08	2 197	1 003 483,47
Podlaski	1 226	293	289	7 050,96	287	7 051,00
Pomorski	1 956	1 066	191	279 544,03	208	279 538,37
Śląski	4 310	4 032	3 592	2 146 750,89	3 592	2 148 708,53
Świętokrzyski	1 292	755	382	1 012 077,39	381	1 040 727,88
Warmińsko - Mazurski	1 631	662	210	396 879,99	208	399 693,15
Wielkopolski	4 247	2 212	2 127	93 372,86	2 140	93 175,97
Zachodniopomorski	1 692	1 631	1 523	1 602 503,42	1 523	1 602 503,42
Razem	36 094	22 728	20 183	16 885 305,76	20 119	16 999 414,27

Najwięcej umów podlegało aneksowaniu w 2014 r. w oddziałach: śląskim, mazowieckim i podkarpackim. Według stanu na dzień 31 marca 2014 r. najwięcej umów aneksowano w oddziale śląskim – 3 592, umowy łącznie we wszystkich rodzajach świadczeń.

Łączna wartość aneksowanych w 2014 r. umów, we wszystkich rodzajach świadczeń i wszystkich oddziałach wojewódzkich Funduszu wyniosła 16 999 414,27 tys. zł.

Tabela nr III.88. Umowy podlegające aneksowaniu zgodnie z art.4 ustawy z dnia 11 października 2013r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (bez ZSP) w podziale na rodzaje świadczeń [tys. zł].

Nazwa rodzaju świadczeń	Liczba umów w roku 2013		Aneksowane umowy na rok 2014 wg stanu na dzień 03.01.2014		Aneksowane umowy na rok 2014 wg stanu na dzień 31.03.2014	
	ogółem	Umowy podlegające aneksowaniu na rok 2014	Przedłużonych na rok 2014 (03.01.2014)	Wartość umów przedłużonych na rok 2014 (03.01.2014)	Przedłużonych na rok 2014 (31.03.2014)	Wartość przedłużonych na rok 2014 (31.03.2014)
Podstawowa opieka zdrowotna	10 555	7 756	6 636	522 922,66	6 584	522 879,25
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	7 363	4 323	4 271	3 375 950,01	4 256	3 374 676,12
Leczenie szpitalne	1 966	544	535	8 643 726,99	546	8 755 210,36
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 483	821	817	1 435 483,17	819	1 435 684,62
Rehabilitacja lecznicza	2 709	1 473	1 468	582 643,57	1 467	582 818,48
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	1 685	904	871	287 327,70	867	287 327,70
Opieka paliatywna i hospicyjna	452	244	242	98 130,79	242	98 392,62
Leczenie stomatologiczne	8 299	5 864	5 459	608 201,72	5 457	607 908,14
Ratownictwo medyczne	229	52	40	317 262,53	40	317 815,53
Pomoc doraźna i transport sanitarny	32	24	26	17 986,83	24	17 983,58
Profilaktyczne programy zdrowotne	716	374	358	37 765,53	355	37 536,20
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	457	260	258	954 783,33	254	955 479,33
Lecznictwo uzdrowiskowe	148	89	20	5 702,34	20	5 702,34
Razem	36 094	22 728	21 001	16 887 887,17	20 931	16 999 414,27

Najwięcej umów aneksowano w 2014 r. w następujących rodzajach świadczeń: podstawowa opieka zdrowotna, leczenie stomatologiczne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna. W 2014 r. aneksowaniu we wszystkich rodzajach świadczeń podlegało 22 728 umów, z czego aneksowano 20 931 umów (wg stanu na 31 marca br.).

Łączna wartość aneksowanych w 2014 r. umów, we wszystkich rodzajach świadczeń wyniosła 16 999 414,27 tys. zł. Wartość przedłużonych na 2014 rok umów jest najwyższa w rodzaju leczenie szpitalne i wynosi 8 755 210,36 tys. zł.

Tabela nr III.89. Zestawienie wartości zawartych umów i wartości planu finansowego (bez POZ, UZD, ZSP).

Oddział Wojewódzki NFZ	plan finansowy [tys. zł]	wartość zawartych umów [tys. zł] kwiecień 2014	% uzgodnień
Dolnośląski	3 550 835,00	3 443 574,42	96,98%
Kujawsko-Pomorski	2 553 598,00	2 359 411,09	92,40%
Lubelski	2 657 480,00	2 349 527,99	88,41%
Lubuski	1 284 108,00	1 072 144,96	83,49%
Łódzki	3 128 256,00	2 880 415,92	92,08%
Małopolski	3 976 176,00	3 631 196,27	91,32%
Mazowiecki	6 842 753,00	6 727 254,54	98,31%
Opolski	1 203 157,00	966 204,91	80,31%
Podkarpacki	2 529 586,00	2 101 436,07	83,07%
Podlaski	1 474 928,00	1 371 341,61	92,98%
Pomorski	2 684 450,00	2 419 218,02	90,12%
Śląski	5 677 906,00	5 093 845,22	89,71%
Świętokrzyski	1 550 184,00	1 391 010,35	89,73%
Warmińsko-Mazurski	1 743 136,00	1 548 846,96	88,85%
Wielkopolski	4 077 771,00	3 902 030,88	95,69%
Zachodniopomorski	2 103 102,00	1 807 317,94	85,94%
Razem	47 037 426,00	43 064 777,14	91,55%

Wartość umów i wartość planu finansowego nie zawiera wartości umów w rodzajach: podstawowa opieka zdrowotna, zaopatrzenie w wyroby medyczne i środki pomocnicze oraz leczenie uzdrowiskowe.

Wartość zawartych umów na 2014 rok stanowi 91,55% środków finansowych przeznaczonych na świadczenia zdrowotne w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia.

W niektórych rodzajach świadczeń: rehabilitacja lecznicza, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze, opieka paliatywna i hospicyjna, leczenie stomatologiczne i profilaktyczne programy zdrowotne warunki finansowe umów zostały uzgodnione na okres styczeń-czerwiec bieżącego roku. Ponadto na dzień 31 marca 2014 r. nie wszystkie postępowania zostały zakończone, co spowodowało, że nie wszystkie środki finansowe zostały wykorzystane. Przekroczenia wartości umów zawartych w stosunku do planu dotyczą sytuacji, gdy w umowach zawarte są pełnomocnictwa na świadczenie usług zdrowotnych dla pacjentów z innych oddziałów wojewódzkich. Wartości planu finansowego nie zawierają pełnomocnictw.

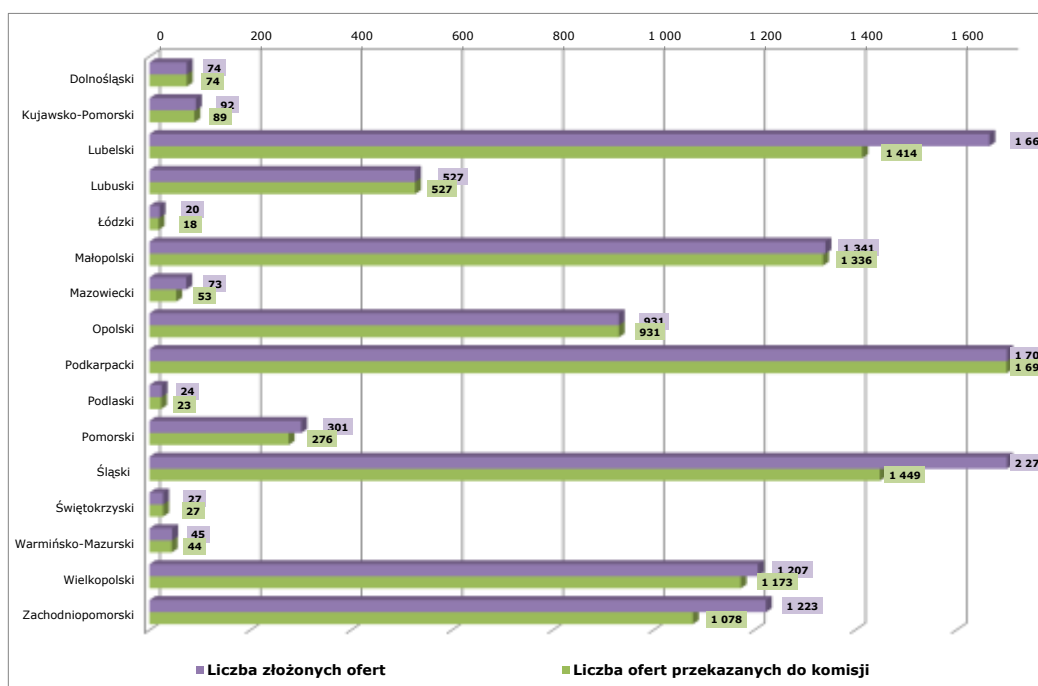
Tabela nr III.90. Zestawienie wartości umów i planu finansowego w podziale na rodzaje świadczeń.

Nazwa rodzaju świadczeń	plan finansowy [tys. zł]	wartość zawartych umów [tys. zł] kwiecień 2014	% uzgodnień
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5 305 952,00	5 209 922,83	98,19%
Leczenie szpitalne	30 293 010,00	28 497 194,73	94,07%
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2 324 696,00	2 284 506,39	98,27%
Rehabilitacja lecznicza	2 088 271,00	1 459 247,52	69,88%
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	1 098 185,00	787 510,08	71,71%
Opieka paliatywna i hospicyjna	364 584,00	252 439,18	69,24%
Leczenie stomatologiczne	1 796 031,00	1 152 971,40	64,20%
Ratownictwo medyczne	1 839 959,00	1 634 913,12	88,86%
Pomoc doraźna i transport sanitarny	46 464,00	27 370,00	58,91%
Profilaktyczne programy zdrowotne	172 707,00	108 361,91	62,74%
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	1 707 567,00	1 650 339,98	96,65%
Razem	47 037 426,00	43 064 777,14	91,55%

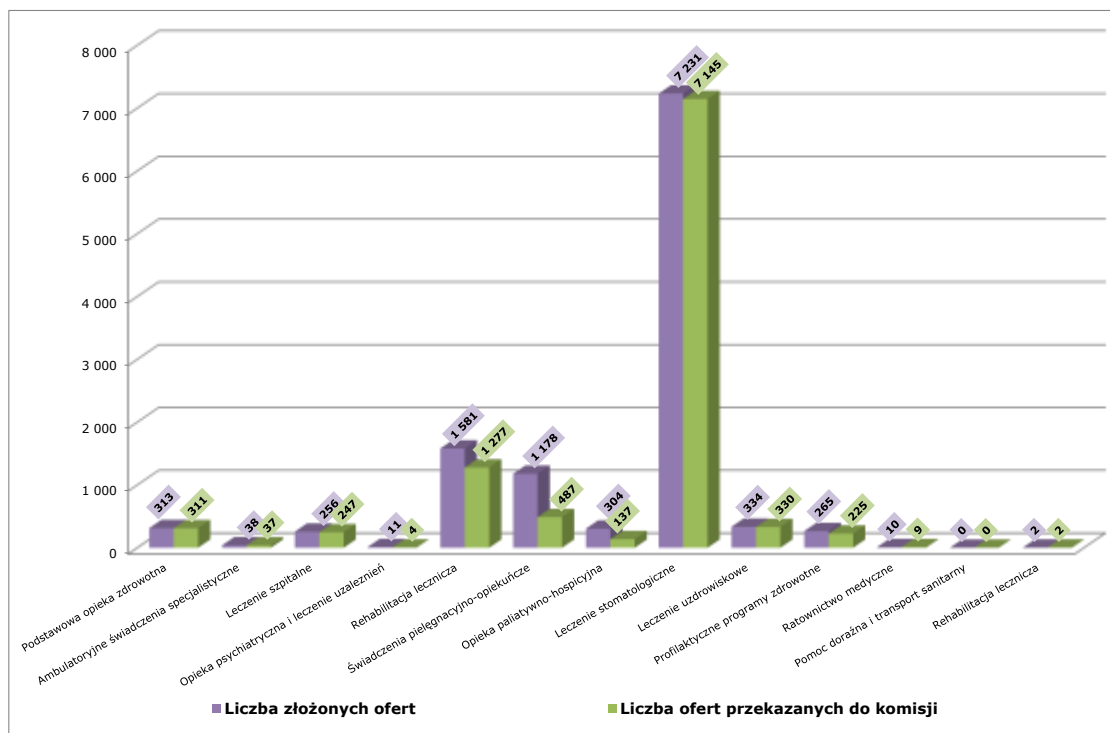
Wartość zawartych umów wynosi 43 064 777,14 tys. zł. Stanowi to ok. 91,55% wartości planu finansowego. W większości rodzajów świadczeń warunki finansowe zostały uzgodnione tylko na okres styczeń-czerwiec 2014 r., stąd taki niski procent uzgodnień względem planu finansowego. W związku z powyższym trwają, bądź są zaplanowane postępowania uzupełniające.

Wartość zawartych umów wg stanu na dzień 31 marca 2014 r. (bez POZ, UZD i ZPO) wynosi średnio 91,55% wartości planu finansowego.

Wykres nr III.61. Liczba złożonych ofert (stan na dzień 31 marca 2014 r.) w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu.



Wykres nr III.62. Liczba ofert (stan na dzień 31 marca 2014 r.) w podziale na rodzaje świadczeń.



Pomoc doraźna i transport sanitarny

We wszystkich oddziałach wojewódzkich Funduszu przeprowadzono aneksowanie wieloletnich umów o udzielanie świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny niewygasających z dniem 31 grudnia 2013 r. W związku z powyższym liczba obowiązujących umów w przedmiotowym rodzaju wynosi 32 i jest taka sama jak w 2013 r. Wymaga podkreślenia, że umowy zawarte przez oddział: dolnośląski, kujawsko – pomorski, lubelski, lubuski, mazowiecki, opolski, podkarpacki, śląski oraz zachodniopomorski wygasają z dniem 30 czerwca 2014 r. Zabezpieczenie świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w II półroczu 2014 r. odbędzie się w tych oddziałach poprzez przeprowadzenie postępowań w sprawie zawarcia nowych umów, obowiązujących od dnia 1 lipca 2014 r.

Tabela nr III.91. liczba umów w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, obowiązujących w latach 2013 oraz 2014.

Kod OW	Oddział wojewódzki Funduszu	2013		2014		Dynamika (%)
		tryb postępowania	ilość umów	tryb postępowania	ilość umów	
1	2	3	4	5	6	7=6/4
01	Dolnośląski	aneksowanie	3	aneksowanie*	3	100,00%
02	Kujawsko-Pomorski	aneksowanie	2	aneksowanie*	2	100,00%
03	Lubelski	aneksowanie	2	aneksowanie*	2	100,00%
04	Lubuski	aneksowanie	2	aneksowanie*	2	100,00%
05	Łódzki	aneksowanie	2	aneksowanie	2	100,00%
06	Małopolski	aneksowanie	1	aneksowanie	1	100,00%
07	Mazowiecki	aneksowanie	5	aneksowanie*	5	100,00%
08	Opolski	aneksowanie	1	aneksowanie*	1	100,00%
09	Podkarpacki	aneksowanie	2	aneksowanie*	2	100,00%
10	Podlaski	aneksowanie	1	aneksowanie	1	100,00%
11	Pomorski	aneksowanie	1	aneksowanie	1	100,00%
12	Śląski	aneksowanie	3	aneksowanie*	3	100,00%
13	Świętokrzyski	aneksowanie	1	aneksowanie	1	100,00%
14	Warmińsko-Mazurski	aneksowanie	2	aneksowanie	2	100,00%
15	Wielkopolski	aneksowanie	2	aneksowanie	2	100,00%
16	Zachodniopomorski	aneksowanie	2	aneksowanie*	2	100,00%
RAZEM			32		32	100,00%

*) W oznaczonych przypadkach umowy zostały aneksowane na pierwsze półrocze 2014 r.

Zgodnie z tabelą poniżej wartość planu finansowego NFZ, w części dotyczącej świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, wynosi w 2014 r. łącznie 46 464,00 tys. zł, podczas gdy w 2013 r. wynosiła 44 604,00 tys. zł.

Tabela III.92. Porównanie wartości świadczeń (w tys. zł) w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny zaplanowanych oraz zakontraktowanych na lata 2013-2014.

Kod OW	Oddział wojewódzki Funduszu	2013 r.			2014 r.			2014/2013
		Plan finansowy na 2013 r.	Wartość świadczeń zakontraktowanych na 2013 r.	% wykorzystania	Plan finansowy na 2014 r.	Wartość świadczeń zakontraktowanych na 2014 r.	% wykorzystania	Dynamika planów finansowych 2014/2013
1	2	3	4	5 (4/3)	6	7	8 (7/6)	9 (7/4)
01	Dolnośląski*	3 821,00	3 679,20	96,29%	4 401,00	1 824,48	41,46%	115,18%
02	Kujawsko-Pomorski*	2 443,00	2 263,00	92,63%	2 443,00	1 122,20	45,94%	100,00%
03	Lubelski*	3 000,00	2 883,50	96,12%	3 200,00	1 429,90	44,68%	106,67%
04	Lubuski*	2 320,00	2 266,00	97,67%	1 927,00	1 122,20	58,24%	83,06%
05	Łódzki	2 260,00	2 222,85	98,36%	2 350,00	2 222,85	94,59%	103,98%
06	Małopolski	1 701,00	1 496,50	87,98%	1 701,00	1 496,50	87,98%	100,00%
07	Mazowiecki*	7 683,00	7 482,97	97,40%	7 783,00	3 710,74	47,68%	101,30%
08	Opolski*	1 350,00	1 281,15	94,90%	1 750,00	635,31	36,30%	129,63%
09	Podkarpacki*	2 967,00	2 920,00	98,42%	3 166,00	1 448,00	45,74%	106,71%
10	Podlaski	1 365,00	1 350,50	98,94%	1 400,00	1 350,50	96,46%	102,56%
11	Pomorski*	1 460,00	1 350,50	92,50%	1 460,00	678,75	46,49%	100,00%
12	Śląski*	4 683,00	4 469,79	95,45%	4 683,00	2 216,53	47,33%	100,00%
13	Świętokrzyski **	1 500,00	1 350,50	90,03%	1 500,00	1 176,60	78,44%	100,00%
14	Warmińsko-Mazurski	2 701,00	2 701,00	100,00%	2 900,00	2 701,00	93,14%	107,37%
15	Wielkopolski	3 000,00	2 920,00	97,33%	3 400,00	2 920,00	85,88%	113,33%
16	Zachodniopomorski*	2 350,00	2 300,00	97,87%	2 400,00	1 140,55	47,52%	102,13%
	RAZEM	44 604,00	42 937,46	96,26%	46 464,00	27 196,11	58,53%	104,17%

*) Oznaczone oddziały wojewódzkie Funduszu aneksowały umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny jedynie na I półrocze 2014 r. Zabezpieczenie świadczeń w drugim półroczu będzie miało miejsce w drodze postępowania w sprawie zawarcia nowych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej obowiązujących od dnia 1 lipca 2014 r.

**) Świętokrzyski OW NFZ rozwiązał z dniem 14 marca 2014 r. umowę zawartą ze świadczeniodawcą. W okresie od 14 marca do 30 kwietnia 2014 r. świadczenia w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny były finansowane w trybie art. 19 ustawy o świadczeniach. Od dnia 1 maja 2014 r. obowiązuje nowa umowa dotycząca przedmiotowych świadczeń zawarta po przeprowadzeniu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Z analizy danych wskazanych w powyższej tabeli wynika, że w stosunku do 2013 r., wartość planu finansowego NFZ w części dotyczącej świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny wzrosła w 2014 r. o 4,17%.

Ratownictwo medyczne

Wszystkie oddziały wojewódzkie Funduszu, poza oddziałem śląskim, przeprowadziły aneksowanie na 2014 r. wieloletnich umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne.

W przypadku oddziału dolnośląskiego, lubuskiego oraz wielkopolskiego powyższe było możliwe dzięki wydłużeniu okresu obowiązywania zawartych umów w trybie, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 11 października 2013 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustawy (Dz. U. poz. 1290).

Umowy zawarte przez oddział opolski oraz wielkopolski wygasają z dniem 30 czerwca 2014 r. Umowy aneksowane przez oddział małopolski wygasły z dniem 30 marca 2014 r. Od dnia 1 kwietnia 2014 r. obowiązują nowe umowy zawarte przez oddział małopolski ze świadczeniodawcami wyłonionymi w toku postępowania przeprowadzonego w trybie konkursu ofert.

Łącznie od początku 2014 r. obowiązywały 222 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne. Od dnia 1 kwietnia 2014 r., po postępowaniach przeprowadzonych przez oddział małopolski, obowiązują 204 umowy w przedmiotowym rodzaju.

W 2013 r. obowiązywały 232 umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne.

Należy zwrócić uwagę na to, że informacji o liczbie zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne nie można utożsamiać z dostępnością świadczeń w powyższym rodzaju, ponieważ liczba ta jest bezpośrednio związana z liczbą rejonów operacyjnych systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, wynikającą z wojewódzkich planów działania systemu, w których obserwuje się tendencję do zmniejszania liczby rejonów operacyjnych na rzecz zwiększania ich obszaru, celem zapewnienia lepszej koordynacji działań zespołów ratownictwa medycznego.

Tabela III.93. Liczba umów w rodzaju ratownictwo medyczne obowiązujących w latach 2013-2014.

Kod OW	Oddział wojewódzki Funduszu	2013 r.		2014 r.	
		tryb postępowania	ilość umów	tryb postępowania	ilość umów
1	2	3	4	5	6
01	Dolnośląski	aneksowanie	12	aneksowanie	12
02	Kujawsko-Pomorski	aneksowanie	21	aneksowanie	21
03	Lubelski	aneksowanie / postępowanie	14	aneksowanie	14
04	Lubuski	aneksowanie	14	aneksowanie	14
05	Łódzki	aneksowanie	21	aneksowanie	21
06	Małopolski	aneksowanie	20	aneksowanie / konkurs ofert *	20 / 2
07	Mazowiecki	aneksowanie	6	aneksowanie	6
08	Opolski	aneksowanie	5	aneksowanie**	5
09	Podkarpacki	aneksowanie	22	aneksowanie	22
10	Podlaski	aneksowanie	4	aneksowanie	4
11	Pomorski	aneksowanie	22	aneksowanie	20
12	Śląski	aneksowanie	12	konkurs ofert	4
13	Świętokrzyski	aneksowanie	1	aneksowanie	1
14	Warmińsko- Mazurski	aneksowanie	21	aneksowanie	21
15	Wielkopolski	aneksowanie	31	aneksowanie**	31
16	Zachodniopomorski	aneksowanie	6	aneksowanie	6
RAZEM			232		222 / 204

*) Małopolski OW NFZ przeprowadził aneksowanie 20 umów w rodzaju ratownictwo medyczne na I kwartał 2014 r. W celu zabezpieczenia przedmiotowych świadczeń w pozostałej części roku, w drodze postępowania przeprowadzonego w trybie konkursu ofert zawarto 2 umowy obowiązujące od dnia 1 kwietnia 2014 r.

***) W oznaczonych przypadkach umowy zostały aneksowane na pierwsze półrocze 2014 r.

Tabela III.94. Porównanie wartości świadczeń (w tys. zł) w rodzaju ratownictwo medyczne zaplanowanych oraz zakontraktowanych na lata 2013-2014.

Oddział Wojewódzki NFZ		2013 r.			2014 r.			2014/2013
Kod OW	Nazwa OW NFZ	Plan finansowy na 2013 r.	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2013 r.	% wykorzystania	Plan finansowy na 2014 r.	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2014 r.	% wykorzystania	Dynamika planów finansowych 2014/2013
1	2	3	4	5 (4/3)	6	7	8 (7/6)	9 (7/4)
01	Dolnośląski	139 322,00	139 321,85	100,00%	139 228,00	139 227,96	100,00%	99,93%
02	Kujawsko-Pomorski	109 600,00	109 597,46	100,00%	109 526,00	109 520,08	99,99%	99,93%
03	Lubelski	112 943,00	112 810,55	99,88%	112 868,00	112 690,63	99,84%	99,93%
04	Lubuski	65 388,00	64 661,43	98,89%	65 344,00	65 343,94	100,00%	99,93%
05	Łódzki	118 713,00	118 607,51	99,91%	121 125,00	119 793,50	98,90%	102,03%
06	Małopolski	138 400,00	138 396,74	100,00%	139 169,00	137 702,50	98,95%	100,56%
07	Mazowiecki	228 948,00	228 947,96	100,00%	228 795,00	228 795,00	100,00%	99,93%
08	Opolski*	51 190,00	51 189,61	100,00%	51 978,00	25 384,44	48,84%	101,54%
09	Podkarpacki	106 449,00	106 448,97	100,00%	106 378,00	106 377,98	100,00%	99,93%
10	Podlaski	69 104,00	69 104,00	100,00%	69 057,00	69 057,00	100,00%	99,93%
11	Pomorski	103 358,00	103 161,86	99,81%	103 660,00	103 395,91	99,75%	100,29%
12	Śląski	199 509,00	198 899,01	99,69%	199 375,00	199 374,95	100,00%	99,93%
13	Świętokrzyski	56 472,00	56 471,98	100,00%	56 434,00	56 433,98	100,00%	99,93%
14	Warmińsko- Mazurski	91 885,00	91 884,99	100,00%	91 824,00	89 311,41	97,26%	99,93%
15	Wielkopolski*	144 984,00	144 983,44	100,00%	145 169,00	73 540,15	50,66%	100,13%
16	Zachodniopomorski	100 029,00	100 028,49	100,00%	100 029,00	100 028,49	100,00%	100,00%
RAZEM		1 836 294,00	1 834 515,85	99,90%	1 839 959,00	1 735 977,90	94,35%	100,20%

*) W oznaczonych przypadkach umowy zostały aneksowane na pierwsze półrocze 2014 r.

Suma wartości świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne zakontraktowanych przez opolski i wielkopolski oddział wojewódzki Funduszu na I półrocze 2014 r., oraz wartości świadczeń zakontraktowanych przez pozostałe oddziały wojewódzkie Funduszu na cały 2014 r. wynosi 1 735 977,90 tys. zł. Z porównania planów finansowych Funduszu na lata 2013 oraz 2014 wynika, iż kwota planu finansowego na rok 2014 jest w części dotyczącej świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne wyższa o 0,2% niż w 2013 r.

Podsumowanie procesu kontraktowania na rok 2014

Analizując wyniki uzgodnień warunków finansowych w umowach wieloletnich niewygasających z dniem 31 grudnia 2013 r. należy zauważyć, że w 71,54% wszystkich umów udało się uzgodnić warunki finansowe do dnia 30 listopada 2013 r., to jest w terminie określonym w ogólnych warunkach umów. Wg stanu na dzień sprawozdawczy 20 marca 2014 r., uzgodniono warunki finansowe w 98,59% planowanych umów. Ogółem spośród 14 271 umów wieloletnich podlegających negocjacom uzgodniono 14 238. Środki planowane na rozdysponowanie w procesie uzgadniania warunków finansowych (z wyłączeniem podstawowej opieki zdrowotnej i zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze) wyniosły 26 974 903,02 tys. zł, rozdysponowano 26 593 616,76 tys. zł, czyli 98,59% całej puli środków. Przypadki zawierania nowych umów w wyniku przeprowadzenia postępowań konkursowych lub rokowań, będących następstwem braku uzgodnienia warunków finansowych na rok 2014, dotyczyły 12 umów.

Przeprowadzono postępowania będące następstwem nieuzgodnienia warunków w umowach wieloletnich, w tym 11 postępowań konkursowych oraz 1 rokowanie. Zawarto 10 nowych umów na łączną kwotę 24 515,09 tys. zł.

Najwięcej umów wieloletnich zawarły oddziały: łódzki – 2 845, dolnośląski – 2 290, wielkopolski – 2 228, małopolski – 1 713, warmińsko-mazurski – 1 075, podlaski – 939, pomorski – 927, świętokrzyski – 533 i mazowiecki – 474. Pozostałe oddziały w mniejszej liczbie (powyżej 100), zaś najmniej oddział zachodniopomorski – 53.

Według stanu na dzień 31 marca 2014 r. uzgodniono warunki finansowe w 99,44% w stosunku do kwot planowanych na umowy wieloletnie.

W 2014 r. aneksowaniu podlegało 22 728 umów, co stanowi około 60% wszystkich umów zawartych przez świadczeniodawców z Funduszem. Najwięcej umów zawieranych jest w takich rodzajach, jak: podstawowa opieka zdrowotna, leczenie stomatologiczne czy ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Łączna liczba przedłużonych umów, w tych rodzajach świadczeń wyniosła 16 297, co stanowi 77,86% ogólnej liczby wszystkich przedłużonych umów.

Najwięcej umów, biorąc pod uwagę wszystkie rodzaje świadczeń, zawarto w następujących oddziałach: śląski, wielkopolski i mazowiecki. Liczba przedłużanych umów jest również największa w tych trzech oddziałach Funduszu i wynosi 8 501 umów, co stanowi ponad 40% liczby wszystkich umów przedłużonych na 2014 rok w oddziałach wojewódzkich Funduszu.

Oddziały wojewódzkie Funduszu, w których przedłużono najmniej umów bazują na umowach wieloletnich, to: łódzki, warmińsko-mazurski i Pomorski.

W większości oddziałów wojewódzkich Funduszu trwają jeszcze postępowania w trybie konkursu ofert lub rokowań. Najwięcej postępowań trwa w oddziale kujawsko-pomorskim – 687, małopolskim (572) i mazowieckim (557). Jedyнным oddziałem, który nie prowadzi postępowań jest oddział łódzki. Postępowania dodatkowe tzn. odbywające się w trybie art. 161b ustawy o świadczeniach na 2014 rok odbyły się tylko w oddziale warmińsko-mazurskim. Postępowanie prowadzone było w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, w zakresie nocnej i świątecznej pomocy lekarskiej.

Wartość wszystkich zawartych umów we wszystkich rodzajach świadczeń (bez POZ, UZD, ZSP) wg stanu na dzień 31 marca 2014 r. wynosi 43 064 777,14 tys. zł, co stanowi 91,55% wartości planu finansowego.

IV. Sprawy świadczeniobiorców

IV.1. Centralny Wykaz Ubezpieczonych

Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 8 ustawy o świadczeniach, do zakresu działania Funduszu należy w szczególności prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych (CWU) w celu, określonym w art. 97 ust. 4, tj.:

- potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego,
- przetwarzania danych o ubezpieczonych w Funduszu,
- przetwarzania danych o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji,
- przetwarzania danych o osobach innych niż ubezpieczeni, uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustawy,
- wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności,
- rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.

Z końcem II półrocza 2013 r., w CWU wśród wszystkich zarejestrowanych osób, 33 902 269 osób podlegało obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu, a 12 939 osób posiadało zawarte umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego zgłaszając do ubezpieczenia zdrowotnego 7 408 członków rodziny

Tabela nr IV.1. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie oraz informacja o pozytywnie zweryfikowanych deklaracjach POZ – wg stanu na 31.12.2013 r.

Oddział	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych	liczba zweryfikowanych deklaracji osób na listach lekarzy poz
	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia		
DOLNOŚLĄSKI	2 492 704	1 928 962	563 742	1 269	900	369	2 493 973	2 842 690
KUJAWSKO-POMORSKI	1 837 082	1 398 595	438 487	696	454	242	1 837 778	2 044 354
LUBELSKI	1 937 849	1 457 261	480 588	293	218	75	1 938 142	2 094 872
LUBUSKI	879 402	663 482	215 920	344	199	145	879 746	981 135
ŁÓDZKI	2 277 328	1 785 489	491 839	614	439	175	2 277 942	2 458 309
MAŁOPOLSKI	2 944 726	2 195 240	749 486	1 876	1 344	532	2 946 602	3 271 897
MAZOWIECKI	4 793 284	3 669 908	1 123 376	4 927	3 411	1 516	4 798 211	5 110 446
OPOLSKI	824 278	631 169	193 109	274	170	104	824 552	922 949
PODKARPACKI	1 862 522	1 370 992	491 530	567	520	47	1 863 089	2 036 678
PODLASKI	1 037 810	778 071	259 739	344	211	133	1 038 154	1 101 067
POMORSKI	1 973 393	1 449 523	523 870	3 897	1 862	2 035	1 977 290	2 199 648
ŚLĄSKI	4 097 451	3 078 082	1 019 369	1 337	925	412	4 098 788	4 363 395
ŚWIĘTOKRZYSKI	1 130 078	862 974	267 104	153	102	51	1 130 231	1 179 060
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 242 863	935 126	307 737	298	188	110	1 243 161	1 374 609
WIELKOPOLSKI	3 114 024	2 359 052	754 972	1 361	952	409	3 115 385	3 408 841
ZACHODNIOPOMORSKI	1 456 963	1 102 092	354 871	2 096	1 043	1 053	1 459 059	1 643 994
Nieokreślony	512	444	68	1	1	0	513	0
SUMA	33 902 269	25 666 462	8 235 807	20 347	12 939	7 408	33 922 616	37 033 944

Złożone deklaracje z list poz weryfikowane są wg m.in. następujących kryteriów: poprawności formatu daty, wieku, płci, poprawności danych w CWU, posiadania dokumentów E 109 i E 121)

W ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego 25 666 462 osoby zgłoszone były jako opłacające składkę, a 8 235 807 osób miało status członka rodziny. Umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, na koniec II półrocza 2013 r., były zawarte 12 939 osób, które zgłosiły 7 408 osób jako członków rodziny.

Każda osoba zarejestrowana w CWU, w zależności od rodzaju i zakresu informacji przypisanych w karcie ubezpieczenia (np. zgłoszenie z ZUS/KRUS, przypis składki, data zgonu), ma określony status. W tabeli nr IV.2. jako „ubezpieczeni” wykazane są osoby, które mają w CWU status: 1 – ubezpieczeni, 8 – rezydent, 21 – zgłoszony z ZUS (brak składek), 22 – zgłoszony z KRUS (brak składek).

W sierpniu 2012 r. usystematyzowano dane w zestawieniach zbiorczych określających szczegółowo, które osoby są ubezpieczone oraz osoby uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z ustawą. Dane liczbowe dotyczące statusów zarejestrowanych w dniu 7 stycznia 2014 r. wg stanu na dzień 31.12.2013 r.

Tabela IV.2 Zestawienie liczbowe osób zarejestrowanych w CWU z określonym statusem – dane z 07.01.2014 wg stanu na dzień 31.12.2013 r.

2014-01-07 (na dzień 2013-12-31)		
ID	NAZWA STATUSU	LICZBA OSÓB
1	UBEZPIECZONY	30 178 110
3	NIEUBEZPIECZONY	3 137 302
4	UPRAWNIONY DO 18 R. Ż.	994 374
5	NIE ŻYJE	5 355 840
6	NUMER PESEL ANULOWANY (INFORMACJA Z MSW)	42 645
7	ZGŁOSZONY PRZEZ KCH	123 514
8	REZYDENT - UE	86772
9	TYLKO DANE PERSONALNE I ADRESOWE	676 535
-9	UPRAWNIONY NA PODSTAWIE ART. 54 USTAWY	5 018
-8	UPRAWNIONY NA PODSTAWIE ART. 67 UST. 6 USTAWY	26 601
-7	UPRAWNIONY NA PODSTAWIE ART. 67 UST. 7 USTAWY	11 186
-6	UPRAWNIONY NA PODSTAWIE KARTY POLAKA	19
21	ZGŁOSZONY Z ZUS, BRAK SKŁADEK	3570328
22	ZGŁOSZONY Z KRUS, BRAK SKŁADEK	54537
23	SKŁADKI Z ZUS, BRAK ZGŁOSZENIA	21 508
24	SKŁADKI Z KRUS, BRAK ZGŁOSZENIA	210
41	NIEUBEZPIECZONY Z PRAWEM DO ŚWIADCZEŃ PO WYREJESTROWANIU	188 843
		44 473 342

Kolorem zielonym oznaczone statusy potwierdzające uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej w eWUŚ, kolorem żółtym oznaczone statusy dla zestawienia „ubezpieczeni”.

Osoby zarejestrowane w CWU na podstawie przepisów art. 67 ust. 6 i 67 ust. 7 ustawy o świadczeniach, mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, nie są jednak w trakcie weryfikacji w systemie eWUŚ potwierdzane tzw. „zielonym światłem”, bowiem zgodnie z przepisami powszechnie obowiązującymi nie posiadają statusu świadczeniobiorcy.

Uszczegółowienie statusów w CWU spowodowane było koniecznością dostosowania bazy danych do systemu elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców (dalej w tekście „eWUŚ”), zgodnie z przepisami znowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. CWU jest bazą referencyjną dla systemu eWUŚ, w którym świadczeniodawcy weryfikują uprawnienia świadczeniobiorców do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Informacje te wykorzystywane są również przy realizacji zadań Funduszu, określonych w art. 97 ust. 4 ustawy o świadczeniach.

Tabela nr IV.3 Zestawienie liczbowe statusów CWU, które generują „zielony ekran” do eWUŚ – dane z 07.01.2014 r. wg stanu na dzień 31.12.2013 r.

2014-01-07 (na dzień 2013-12-31)		
ID	NAZWA STATUSU	LICZBA OSÓB
1	UBEZPIECZONY	30 178 110
21	ZGŁOSZONY Z ZUS, BRAK SKŁADEK	3 570 328
4	UPRAWNIONY DO 18 R. Ż.	994 374
41	NIEUBEZPIECZONY Z PRAWEM DO ŚWIADCZEŃ PO WYREJESTROWANIU	188 843
8	REZYDENT - UE	86 772
22	ZGŁOSZONY Z KRUS, BRAK SKŁADEK	54 537
-9	UPRAWNIONY NA PODSTAWIE ART. 54 USTAWY	5 018

Na koniec 2013 r., 35 077 982 osoby miały pozytywnie zweryfikowane uprawnienia w eWUŚ

Prowadzone przez Departament Spraw Świadczeniobiorców weryfikacje danych, w szczególności w odniesieniu do grupy ze statusem 4 (uprawniony do 18 r. życia) oraz 23 (składki z ZUS, brak zgłoszenia) i 24 (składki z KRUS, brak zgłoszenia) przyczyniają się do poprawy weryfikacji prawa do świadczeń w systemie eWUŚ.

IV.2. Decyzje indywidualne

Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydawane są przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach.

Według stanu na koniec 2013 r. w oddziałach wojewódzkich Funduszu wydano łącznie 9 802 decyzji (w analogicznym okresie 2012 r. w oddziałach wydano łącznie 9 440 decyzji) w tym:

- 8 567 decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, co stanowi wzrost o 15,79% w stosunku do liczby decyzji wydanych w 2012 r., w którym wydano 7 399 decyzji;
- 1 235 decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń, co stanowi spadek o 39,49% w stosunku do liczby decyzji wydanych do końca 2012 r., w którym wydano 2 041 decyzji.

W sprawach dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym decyzje dotyczyły najczęściej:

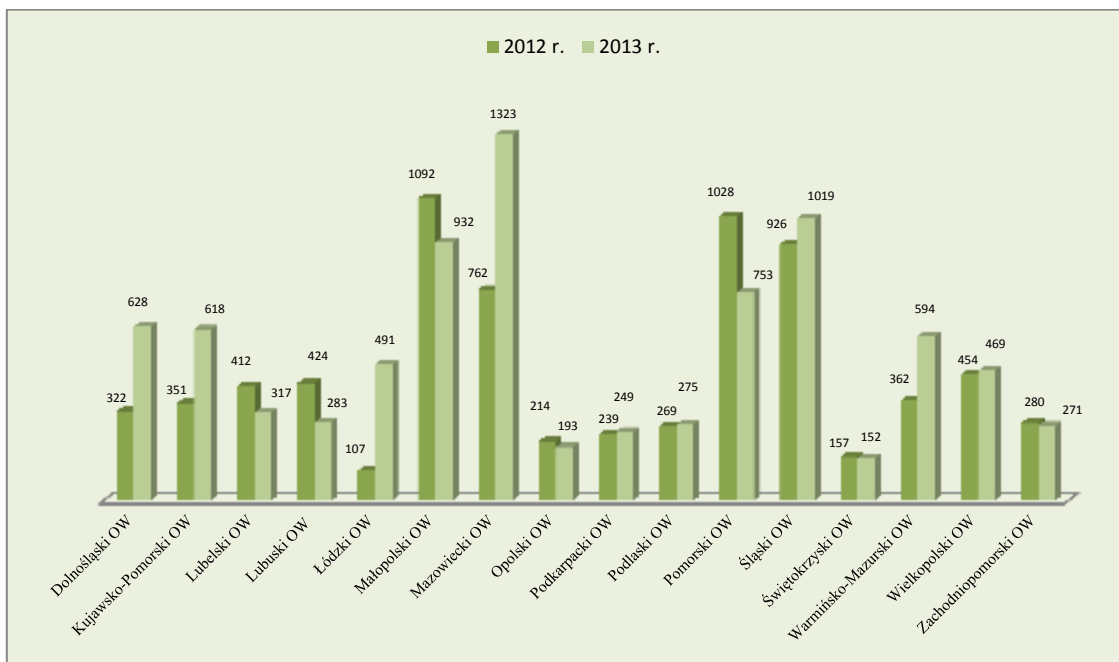
- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących działalność gospodarczą,
- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umowy zlecenia,
- podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu,
- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu wykonywania umowy zlecenia,
- ustalenia ustawodawstwa właściwego.

Znaczna część (ponad 30%) decyzji w ww. zakresie dotyczyła objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, na podstawie wniosków kierowanych do oddziałów wojewódzkich Funduszu przez ZUS w sprawach dotyczących osób które nie zgłosiły się do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności lub kwestionujących okres podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Sprawy dotyczą z reguły kilku lat poprzednich, a niektóre z nich dotyczą okresu od 1 stycznia 1999 r. Obejmując wskazane w nich osoby obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym ww. decyzje stanowią podstawę dla ZUS do korygowania zarejestrowanych okresów podlegania ubezpieczeniu oraz wystawiania decyzji co do wymiaru zaległych składek dla płatników składek na ubezpieczenie zdrowotne i ich ewentualnej egzekucji. Należy wskazać, że po okresie znaczącego wzrostu w latach 2011-2012, w 2013 r. nastąpił spadek liczby decyzji w tym zakresie do analogicznego okresu 2012 r. o ponad 13%.

W 2013 r. zaobserwowano kolejny znaczący wzrost liczby decyzji wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umowy zlecenia. W przypadku, gdy osoba, która podpisała umowę o dzieło noszącą cechy umowy zlecenia, podlegała w tym samym okresie obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym np. z tytułu umowy o pracę zawartej z innym podmiotem, niż z tym, z którym zawarła umowy o dzieło noszące cechy umów zleceń, wówczas z tytułu umowy nazwanej przez strony „umową o dzieło” nie podlega ubezpieczeniom społecznym, a ZUS jedynie przekazuje wniosek o wydanie decyzji o podleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego oddziału wojewódzkiego Funduszu. W 2013 r. udział takich decyzji w ogólnej liczbie wydawanych decyzji z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wyniósł 23,47%, zaś wzrost ilości tych spraw w stosunku do analogicznego okresu poprzedniego roku wyniósł prawie 270% (2011 decyzji wydanych w 2013 r. wobec 747 decyzji wydanych w roku ubiegłym).

Przyczyn wzrostu ilości wydanych decyzji w tym zakresie należy szukać w fakcie, iż na terenie niektórych województw (głównie mazowieckiego – 467 wydanych decyzji, ale również łódzkiego – 393 wydane decyzje, dolnośląskiego – 315 wydanych decyzji oraz wielkopolskiego, małopolskiego), nadal odbywały się wzmożone kontrole płatników składek. Dokonywane były przez komórki terenowe ZUS, które kwestionowały kwalifikację podpisanych umów o dzieło i wносиły o uznanie powyższych umów jako noszących charakter umowy zlecenia, podlegających tym samym obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Warty uwagi jest fakt, że w trzech oddziałach (łódzki, dolnośląski i wielkopolski) liczba tych decyzji była dominująca i znacząco przewyższała liczbę wydanych decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących działalność gospodarczą.

Wykres nr IV.1. Decyzje wydane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu 2012/2013 rok dot. objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.



Najwięcej decyzji wydał dyrektor mazowieckiego oddziału wojewódzkiego Funduszu (1 323 w 2013 r. – przy 762 w 2012 r.), natomiast najmniej dyrektor świętokrzyskiego oddziału wojewódzkiego Funduszu (odpowiednio 152 decyzje w 2013 r. oraz 157 w 2012 r.).

Ponadto w omawianym okresie wzrosła zarówno liczba decyzji dotyczących podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (1 209 decyzji wobec 747 w analogicznym okresie 2012 r., co stanowi wzrost o ponad 60%), liczba decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu wykonywania umowy zlecenia (647 decyzji wobec 169, co stanowi wzrost o ponad 380%), jak i liczbę decyzji dotyczących ustalenia ustawodawstwa właściwego (570 decyzji wobec 261 na koniec 2012 r., co stanowi wzrost o ponad 218%).

Należy wykazać, że w okresach poprzedzających okres sprawozdawczy podlegający analizie sukcesywnie wzrastała liczba wydawanych decyzji z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. Pomimo, że w 2013 r. liczba ta wzrosła jedynie o 15% w stosunku do 2012 r., to nadal obserwujemy wzrost o 113% w stosunku do stanu na koniec 2010 r. (4 029 decyzji), zaś w stosunku do końca 2011 r. wzrost o 45% (5 908 decyzji).

Ponadto wartym zauważenia jest fakt, że obecnie wydawane decyzje z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wymagają zdecydowanie większych nakładów pracy oraz zawierają znacznie bardziej rozbudowane uzasadnienie faktyczne i prawne. Wynika to z faktu, że w sprawach o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym osób zatrudnionych na umowę o dzieło noszące znamiona umowy zlecenia znacząco wzbogaciło się orzecznictwo sądów administracyjnych. Na podstawie tego orzecznictwa w każdej takiej sprawie występuje więcej niż jedna strona postępowania, co również ma wpływ na pracochłonność i czasochłonność postępowania.

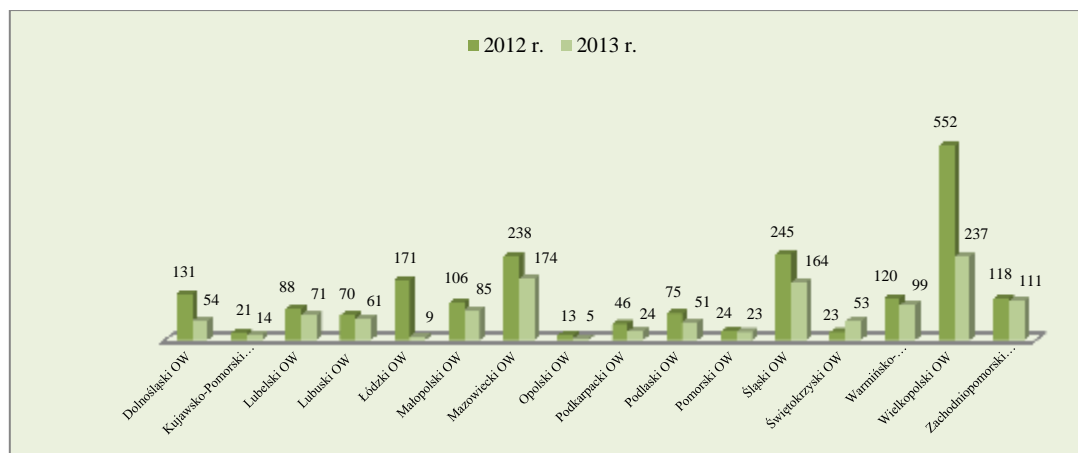
Wydane decyzje z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym powodują w większości przypadków zwiększenie przychodów Funduszu z tytułu zaległych składek na ubezpieczenie zdrowotne. Dodatkowo, w szczególności w przypadku objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu przekwalifikowania umów zleceń na umowy nazwane przez strony, których dotyczą decyzje, umowami o dzieło następuje zwiększenie świadomości prawnej, że bezprawne jest zawieranie takich umów z zamiarem uniknięcia zgłoszenia zainteresowanych do ubezpieczenia zdrowotnego oraz opłacania z tego tytułu składek.

W przypadku decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu z zakresu ustalenia prawa do świadczeń, najczęściej występującą tematyką wniosków były: potwierdzenie uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki, refundacja kosztów transportu sanitarnego, sfinansowanie lub refundacja kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego.

Liczba decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w 2013 r. spadła o prawie 40% (1 235 wydanych decyzji przy 2 041 wydanych

w 2012 r.). Analizując dynamikę zmian liczby wydawanych decyzji przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu należy zauważyć, że nastąpił spadek o ponad 23% (z 1 035 do 792) liczby decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu z zakresu potwierdzenia uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki, o ponad 66% (z 304 do 102) liczby decyzji dotyczących refundacji kosztów transportu sanitarnego oraz o prawie 27% (ze 122 do 90) liczby decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie sfinansowania lub refundacji kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego.

Wykres nr.IV.2 Liczba decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wydanych w indywidualnych sprawach z zakresu ustalania prawa do świadczeń w 2013 r. w stosunku do 2012 r.



Najwięcej decyzji wydał dyrektor wielkopolskiego oddziału wojewódzkiego Funduszu (237 w 2013 r. – przy 552 w 2012 r.), natomiast najmniej dyrektor opolskiego oddziału wojewódzkiego Funduszu, który wydał 5 decyzji (przy 13 wydanych decyzjach w 2012 r.).

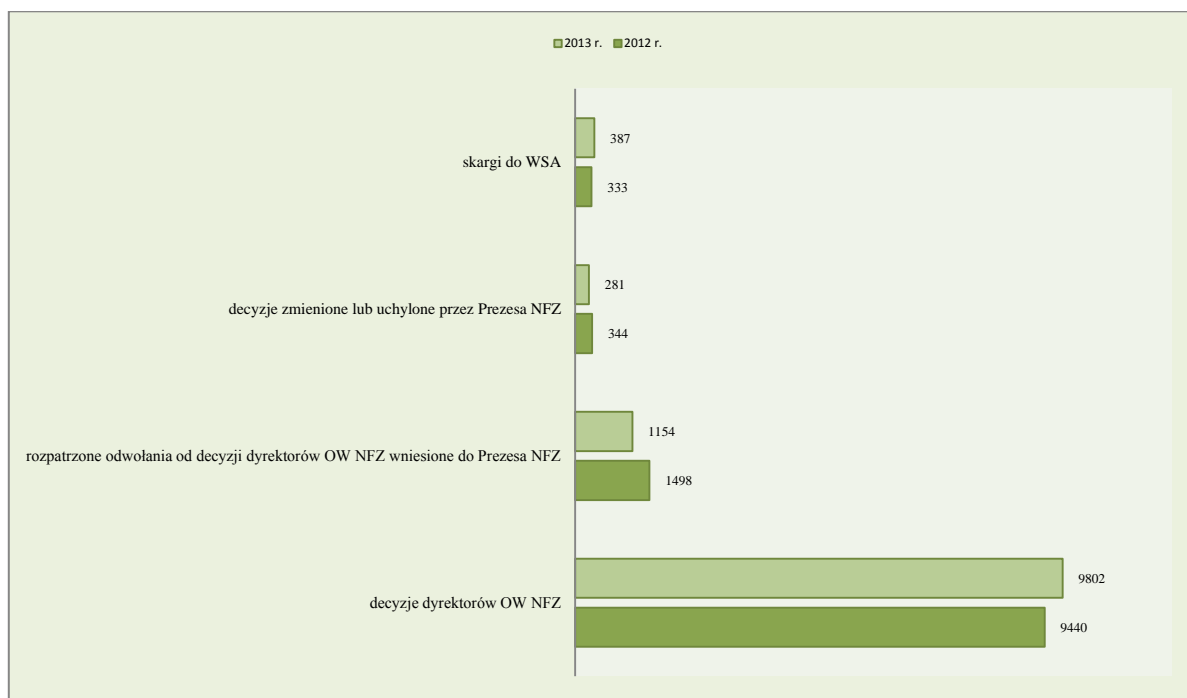
Spadek liczby wydawanych decyzji z zakresu ustalenia prawa do świadczeń wiąże się z większą świadomością społeczną, że Fundusz nie ma możliwości bezpośredniego zwrotu kosztów leczenia ubezpieczonym. Potwierdza to m. in. Naczelny Sąd Administracyjny, w wyroku NSA z dnia 30 marca 2006 r., sygn. akt II GSK 403/05 (ONSA i WSA 2006/5/144), gdzie w uzasadnieniu stwierdził wprost, że art. 109 ustawy o świadczeniach nie uzasadnia bezpośredniego zwrotu świadczeniobiorcy poniesionych opłat za wykonane świadczenie, ponieważ ww. ustawa nie przewiduje możliwości zwrotu na wniosek ubezpieczonego kosztów leczenia.

Od decyzji wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach, stronie postępowania przysługuje prawo wnoszenia odwołań do Prezesa Funduszu. Do końca 2013 r. rozpatrzono 1 154 odwołania, natomiast w 2012 r. rozpatrzono 1 498 odwołań, co stanowi spadek o ponad 22%.

W sprawach o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym osób zatrudnionych na umowę o dzieło noszące znamiona umowy zlecenia lub w sprawach wyłączenia z ubezpieczenia zdrowotnego osób pracujących na umowę zlecenie, gdzie praca jest wykonywana na rzecz pracodawcy, zgodnie z najnowszym orzecznictwem sądów administracyjnych, występuje więcej niż jedna strona postępowania, co wpływa na pracochłonność i czasochłonność postępowania.

Po rozpatrzeniu odwołań Prezes Funduszu wydał 855 decyzji i 299 postanowienia, uchylając lub zmieniając 281 decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu. Dla porównania w analogicznym okresie ubiegłego roku Prezes Funduszu rozpatrzył 1 498 odwołań, uchylając lub zmieniając 344 decyzje. Zmniejszenie się (o prawie 19%) liczby decyzji zmienianych lub uchylanych przez Prezesa Funduszu wynika zarówno z faktu spadku rozpatrywanych odwołań, jak również oznacza, że oddziały wojewódzkie Funduszu w oparciu o dotychczasowe doświadczenia poprawiły jakość wydawanych decyzji poprzez gromadzenie pełniejszego materiału dowodowego oraz stosowanie się do aktualnego orzecznictwa WSA w Warszawie oraz NSA, głównie w zakresie uznawania płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne za stronę postępowania, które rozpatrują skargi na decyzje Prezesa Funduszu. Według stanu na koniec 2013 r. świadczeniobiorcy wnieśli 387 skarg do WSA w Warszawie. Dla porównania w analogicznym okresie roku ubiegłego odnotowano 333 skargi do WSA w Warszawie, co stanowi wzrost o 16,22 %.

Wykres nr IV.3 Liczba decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, decyzji Prezesa Funduszu zmieniających decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz liczba skarg na decyzje Prezesa Funduszu skierowanych do WSA w Warszawie.



Wśród przyczyn uchylenia decyzji Prezesa Funduszu oraz poprzedzających ich decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie stwierdzenia podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej najczęstszymi były naruszenia przepisów art. 7, art. 77, 80 oraz art. 107 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r., poz. 267). Wartym wskazania jest, że wśród orzeczeń sądów nie zdarzają się przypadki uchylenia decyzji z powodu naruszenia prawa materialnego.

Tabela nr IV.4. Liczba decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, Prezesa Funduszu – w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach, a także liczbę skarg wnoszonych przez świadczeniobiorców do WSA w Warszawie w związku z ww. decyzjami, w oparciu o art. 110 ustawy o świadczeniach, według stanu na koniec 2013 r.

Sprawozdanie według stanu na koniec 2013 r.						
lp.	Wojewódzki Oddział	w sprawach dotyczących	liczba			
			decyzji wydanych przez Dyrektora OW w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego	odwołań od decyzji dyrektorów wniesionych do Prezesa NFZ	decyzji zmienionych lub uchylonych przez Prezesa NFZ	wniesionych do sądu administracyjnego skarg na decyzje Prezesa NFZ
1	2	3	4	5	6	7
1.	Dolnośląski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	628	64	4	23
	Dolnośląski OW	ustalenia prawa do świadczeń	54	2	0	2
2.	Kujawsko-Pomorski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	618	23	5	3
	Kujawsko-Pomorski OW	ustalenia prawa do świadczeń	14	1	0	2
3.	Lubelski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	317	52	4	20
	Lubelski OW	ustalenia prawa do świadczeń	71	2	1	1
4.	Lubuski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	283	102	22	43
	Lubuski OW	ustalenia prawa do świadczeń	61	5	0	3
5.	Łódzki OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	491	46	4	0
	Łódzki OW	ustalenia prawa do świadczeń	9	9	1	1
6.	Małopolski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	932	88	26	33
	Małopolski OW	ustalenia prawa do świadczeń	85	13	0	2
7.	Mazowiecki OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	1323	196	32	74
	Mazowiecki OW	ustalenia prawa do świadczeń	174	7	4	2
8.	Opolski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	193	4	1	1
	Opolski OW	ustalenia prawa do świadczeń	5	0	0	0
9.	Podkarpacki OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	249	81	69	8
	Podkarpacki OW	ustalenia prawa do świadczeń	24	1	0	1
10.	Podlaski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	275	49	4	14
	Podlaski OW	ustalenia prawa do świadczeń	51	1	0	1
11.	Pomorski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	753	53	10	18
	Pomorski OW	ustalenia prawa do świadczeń	23	1	1	0
12.	Śląski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	1019	101	38	24
	Śląski OW	ustalenia prawa do świadczeń	164	7	0	2
13.	Świętokrzyski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	152	6	1	3
	Świętokrzyski OW	ustalenia prawa do świadczeń	53	2	0	0
14.	Warmińsko-Mazurski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	594	21	5	6
	Warmińsko-Mazurski OW	ustalenia prawa do świadczeń	99	5	0	1
15.	Wielkopolski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	469	106	15	57
	Wielkopolski OW	ustalenia prawa do świadczeń	237	5	1	0
16.	Zachodniopomorski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	271	99	33	41
	Zachodniopomorski OW	ustalenia prawa do świadczeń	111	2	0	1
	Razem	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	8567	1091	273	368
	Razem	ustalenia prawa do świadczeń	1235	63	8	19
	Ogółem		9802	1154	281	387

IV.3. Kolejki oczekujących

W 2013 r. dane statystyczne z zakresu list oczekujących świadczeniodawcy przekazywali co miesiąc do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziałów wojewódzkich Funduszu szczegółowymi komunikatami sprawozdawczymi XML, które zostały określone zarządzeniami Prezesa Funduszu: zarządzeniem Nr 45/2011/DSOZ z dnia 30 sierpnia 2011 r., zarządzeniem Nr 5/2012/DSOZ z dnia 11 stycznia 2012 r. oraz Nr 54/2012/DSOZ z dnia 12 września 2012 r. Dwa ostatnie zarządzenia Prezesa Funduszu wprowadziły zmiany w zakresie danych dotyczących list oczekujących pozyskiwanych od świadczeniodawców, wynikające z nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 123, poz. 801, z późn. zm.). Od lutego 2012 r.

świadczeniodawcy zgodnie z ww. rozporządzeniem zostali zobowiązani do przekazywania do komórek organizacyjnych wraz z dotychczas przesyłanymi informacjami w podziale na kategorie medyczne „przypadek pilny” i „przypadek stabilny” o liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania również informacji o:

- liczbie osób oczekujących, według stanu na ostatni dzień miesiąca,
- średnim czasie oczekiwania,
- łącznej liczbie osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym,
- liczbie osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym,
- liczbie osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ostatnich sześciu miesiącach.

Powyższe informacje, świadczeniodawcy przekazują od lutego 2012 r. również w odniesieniu do wybranych świadczeń, określonych w załączniku nr 10 do ww. rozporządzenia. Ponadto, w przypadku list oczekujących na świadczenia wymienione w załączniku nr 10 do ww. rozporządzenia świadczeniodawcy mają obowiązek przekazywać w podziale na kategorie medyczne „przypadek pilny” i „przypadek stabilny” następujące dane:

- dotyczące osób oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca: identyfikator osoby oczekującej, typ osoby (pacjent, rodzina albo opiekun prawny), imię (imiona) i nazwisko, data wpisu na listę oczekujących,
- dotyczące osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym: identyfikator osoby oczekującej, typ osoby (pacjent, rodzina albo opiekun prawny), imię (imiona) i nazwisko, data wpisu na listę oczekujących, data skreślenia z listy oczekujących, kod przyczyny skreślenia z listy oczekujących.

W 2013 r. został zaktualizowany słownik komórek organizacyjnych podlegających sprawozdawczości z zakresu list oczekujących. Zmiana polegała przede wszystkim na usunięciu ze słownika komórek organizacyjnych niewystępujących w załączniku nr 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594).

W poniższej tabeli został przedstawiony odsetek świadczeniodawców, którzy w poddanych analizie okresach sprawozdawczych 2013 r. przekazali do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziałów wojewódzkich Funduszu komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących. Na szczególną uwagę zasługują oddziały: kujawsko-pomorski, lubelski, lubuski, małopolski, podlaski i warmińsko-mazurski, gdyż w każdym z przedstawionych w okresów sprawozdawczych 100% świadczeniodawców przekazało dane statystyczne z zakresu list oczekujących. Jedynie w pięciu oddziałach wojewódzkich Funduszu: dolnośląskim, łódzkim, mazowieckim, świętokrzyskim i wielkopolskim występują okresy sprawozdawcze, w których mniej niż 98% świadczeniodawców przesłało komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących, ale nie mniej niż 90% świadczeniodawców.

Tabela nr IV.5. Procent świadczeniodawców, którzy przesłali komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących do oddziałów wojewódzkich Funduszu w wybranych okresach sprawozdawczych (według stanu na 15 kwietnia 2014 r.).

Lp.	Nazwa OW NFZ	Okres sprawozdawczy			
		marzec 2013 r.	czerwiec 2013 r.	wrzesień 2013 r.	grudzień 2013 r.
1	Dolnośląski	98%	98%	99%	97%
2	Kujawsko-Pomorski	100%	100%	100%	100%
3	Lubelski	100%	100%	100%	100%
4	Lubuski	100%	100%	100%	100%
5	Łódzki	99%	98%	99%	95%
6	Małopolski	100%	100%	100%	100%
7	Mazowiecki	99%	97%	97%	97%
8	Opolski	99%	99%	100%	99%
9	Podkarpacki	99%	99%	99%	100%
10	Podlaski	100%	100%	100%	100%
11	Pomorski	98%	99%	90%	100%
12	Śląski	100%	99%	100%	99%
13	Świętokrzyski	97%	98%	97%	98%
14	Warmińsko-Mazurski	100%	100%	100%	100%
15	Wielkopolski	97%	95%	98%	96%
16	Zachodniopomorski	99%	100%	100%	99%

Dane przedstawione w tabeli zostały zaokrąglone w dół do wartości całkowitych.

W celu zapewnienia kompletności sprawozdawczości z zakresu list oczekujących w oddziałach wojewódzkich Funduszu był w 2013 r. podejmowany szereg działań:

- sprawdzanie terminowości i kompletności nadsyłanych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących,
- prowadzenie korespondencji (papierowej i elektronicznej) ze świadczeniodawcami nieprzekazującymi danych, nadsyłającymi raporty zawierające błędy,
- publikowanie m.in. na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich Funduszu komunikatów dla świadczeniodawców przypominających o obowiązku sprawozdawczym i zasadach sporządzania sprawozdań, informujących o najczęściej popełnianych błędach, a także o sposobie korygowania błędów,
- telefoniczne monitowanie świadczeniodawców nieprzekazujących informacji z zakresu list oczekujących lub przekazujących je nieterminowo.

Powyższe działania spowodowały, że w przypadku większości oddziałów wojewódzkich Funduszu sprawozdawczość z zakresu list oczekujących uzyskiwano od 99-100% świadczeniodawców

Przedstawione dalej tabele prezentują komórki organizacyjne realizujące świadczenia opieki zdrowotnej z największą w skali kraju, według stanu na koniec 2013 r., liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny”. Zostały one sporządzone w podziale na poszczególne rodzaje świadczeń i obok liczby osób oczekujących zawierają medianę, trzeci kwartył średniego czasu oczekiwania określonego w dniach oraz odsetek komórek organizacyjnych, na przyjęcie do których, średni czas oczekiwania wynosi 0 dni.

Średni (rzeczywisty) czas oczekiwania, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1447), obliczany jest przez świadczeniodawców w oparciu o informacje o osobach skreślonych w ciągu ostatnich sześciu miesięcy z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia. Oznacza on, ile dni oczekiwały średnio na wykonanie świadczenia osoby skreślone z listy oczekujących w ostatnim półroczu.

Sprawozdanie zawiera również sporządzoną dla każdego rodzaju świadczeń tabelę prezentującą liczbę osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” skreślonych w okresie od stycznia do grudnia 2013 r. (łącznie oraz z powodu wykonania świadczenia) z list oczekujących do komórek organizacyjnych z największą według stanu na koniec 2013 r. liczbą osób oczekujących.

Informacje o liczbie osób oczekujących, medianie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania oraz liczbie osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia zostały zaprezentowane również w odniesieniu do 9 świadczeń, objętych sprawozdawczością z zakresu list oczekujących. Zgodnie z załącznikiem nr 10 do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia w przypadku 9 świadczeń świadczeniodawcy są zobowiązani do prowadzenia odrębnych list oczekujących i przesyłania informacji sprawozdawczych przygotowanych w oparciu o dane pochodzące z list oczekujących na te świadczenia.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2012 r. wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajduje się na listach oczekujących do następujących poradni specjalistycznych: okulistycznych, kardiologicznych, neurologicznych, chirurgii urazowo – ortopedycznej i ginekologiczno-położniczych/położniczo-ginekologicznych. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie kardiologiczne wyróżniają się największą wartością mediany średniego czasu oczekiwania określoną dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” kształtującą się na poziomie 69 dni. Należy zauważyć, że do poradni ginekologiczno-położniczych/położniczo-ginekologicznych mediana średniego czasu oczekiwania wynosi 0 dni. W przypadku tych poradni mamy do czynienia z najwyższym odsetkiem komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania równy jest 0 dni (53%). Dla pozostałych poradni wymienionych w tabeli nr IV.6 ww. parametr zawiera się w przedziale od 11% do 22%. Spośród komórek organizacyjnych wykazanych w tabeli nr IV.7. poradnie okulistyczne oraz ginekologiczno-położnicze/położniczo-ginekologiczne wyróżniają się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od lutego do grudnia 2012 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wynosi odpowiednio: 1 416 182 i 1 087 448.

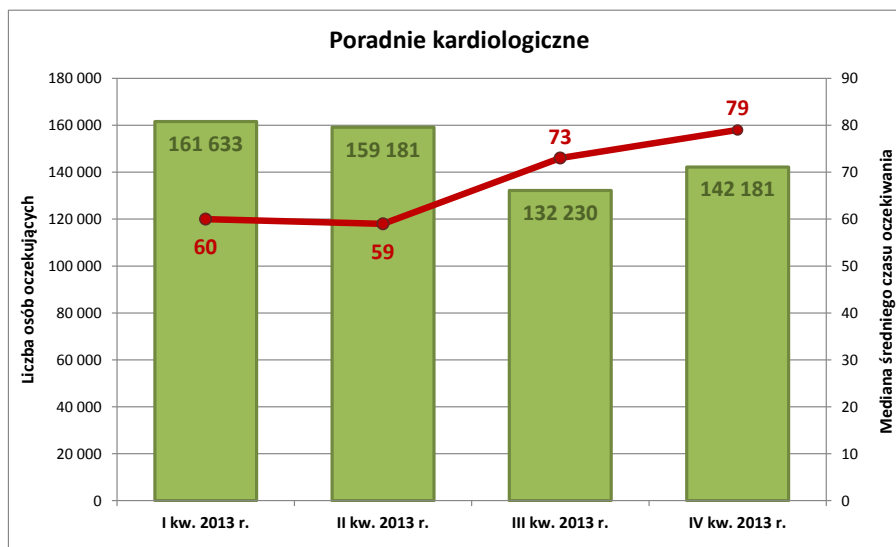
Tabela nr IV.6. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 5 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” wg stanu na koniec grudnia 2013r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)		Procent komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni
			mediana	kwartyl trzeci	
1	Poradnie okulistyczne	314 226	40	83	18
2	Poradnie kardiologiczne	142 181	79	131	9
3	Poradnie neurologiczne	139 838	30	61	19
4	Poradnie chirurgii urazowo-ortopedycznej	136 223	28	50	14
5	Pracownie tomografii komputerowej	107 743	43	65	13

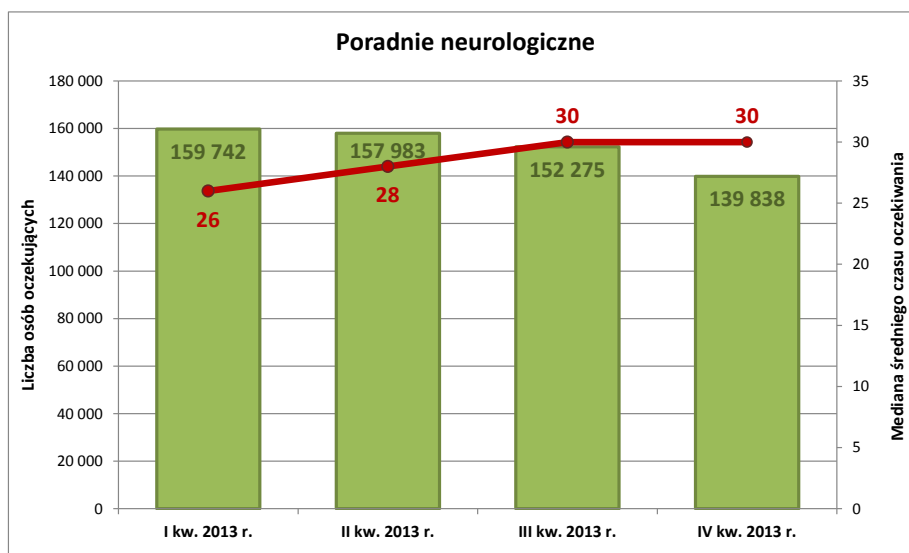
Tabela nr IV.7. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń-grudzień 2013 r. z list oczekujących do 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Lp.	Nazwa komórek organizacyjnych	Łączna liczba osób skreślonych z listy oczekujących	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia	Udział liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych
1	Poradnie okulistyczne	1 780 025	1 431 008	80%
2	Poradnie kardiologiczne	624 286	449 402	72%
3	Poradnie neurologiczne	1 020 209	776 595	76%
4	Poradnie chirurgii urazowo-ortopedycznej	1 173 810	914 299	78%
5	Pracownie tomografii komputerowej	635 406	543 964	86%

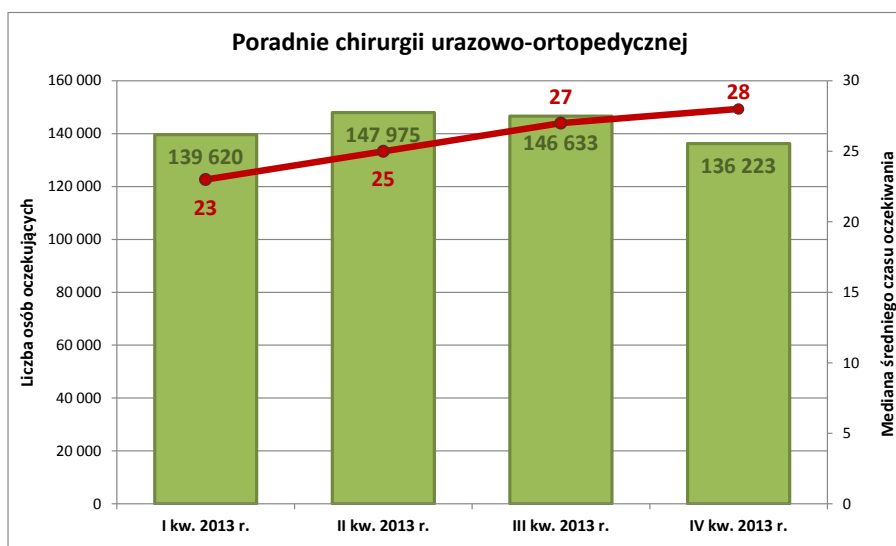
Wykres nr IV.4. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni kardiologicznych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



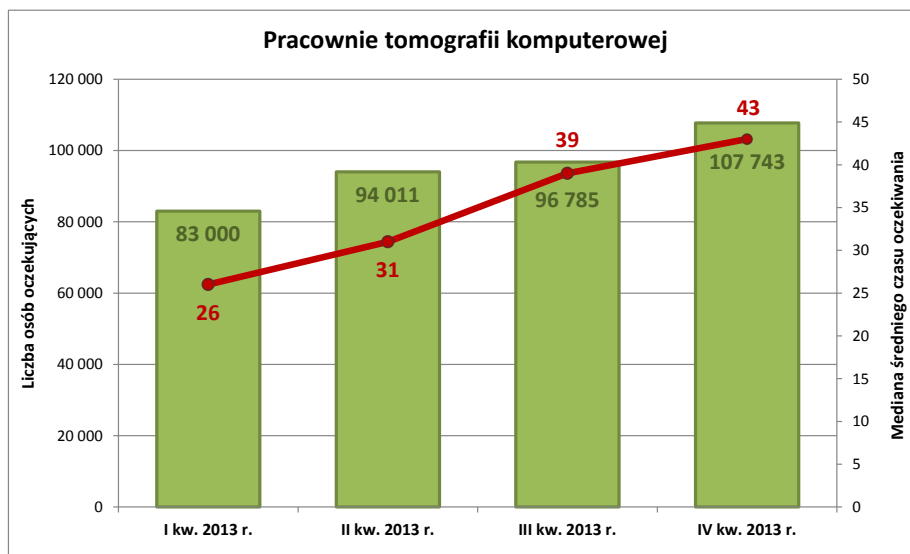
Wykres nr IV.5. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni neurologicznych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.6. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.7 Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do pracowni tomografii komputerowej wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Leczenie szpitalne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2013 r. wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajdowała się na listach oczekujących do następujących oddziałów szpitalnych: chirurgii urazowo-ortopedycznej, otorynolaryngologicznych, chirurgicznych ogólnych, leczenia jednego dnia i neurochirurgicznych. Spośród ww. komórek organizacyjnych oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej, otorynolaryngologiczne i neurochirurgiczne wyróżniały się dużą wartością mediany średniego czasu oczekiwania określoną dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wynoszącą odpowiednio 100, 93 i 85 dni oraz niskim odsetkiem komórek organizacyjnych ze średnim czasem oczekiwania równym 0 dni (odpowiednio 17%, 8 i 9%). Najwyższą wartość, wynoszącą 32%, parametr ten przyjmował dla oddziałów leczenia jednego dnia (tabela nr IV.8). Spośród komórek organizacyjnych wykazanych w tabeli nr IV.9 oddziały chirurgiczne ogólne, a następnie oddziały otorynolaryngologiczne wyróżniały się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2013 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła odpowiednio: 187 744 i 102 958 osób. W 2013 r. udział osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych zawierał się dla komórek organizacyjnych w przedziale od 64% do 83%.

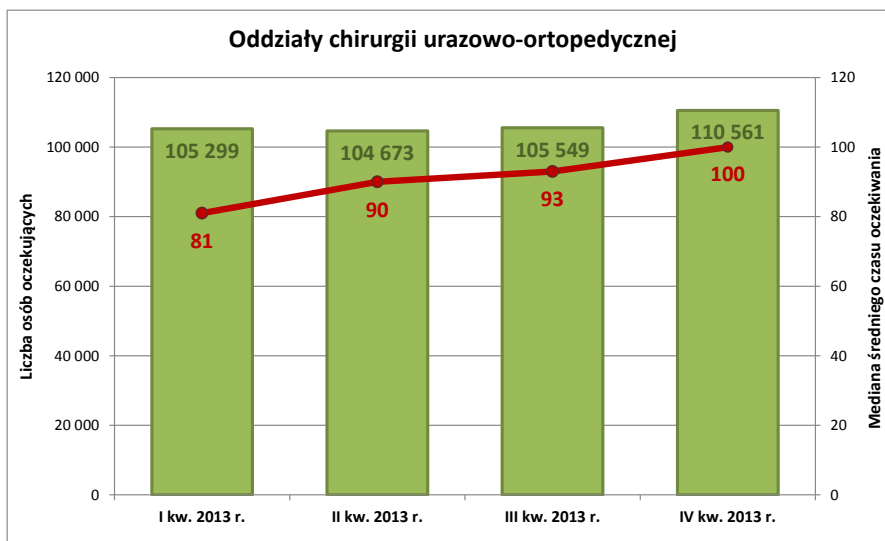
Tabela nr IV.8 Leczenie szpitalne – 5 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec grudnia 2013 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)		Procent komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni
			mediana	kwartyl trzeci	
1	Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	110 561	100	202	17
2	Oddziały otorynolaryngologiczne	74 484	93	143	8
3	Oddziały chirurgiczne ogólne	58 668	29	58	26
4	Oddziały leczenia jednego dnia	23 683	15	51	32
5	Oddziały neurochirurgiczne	21 163	85	153	9

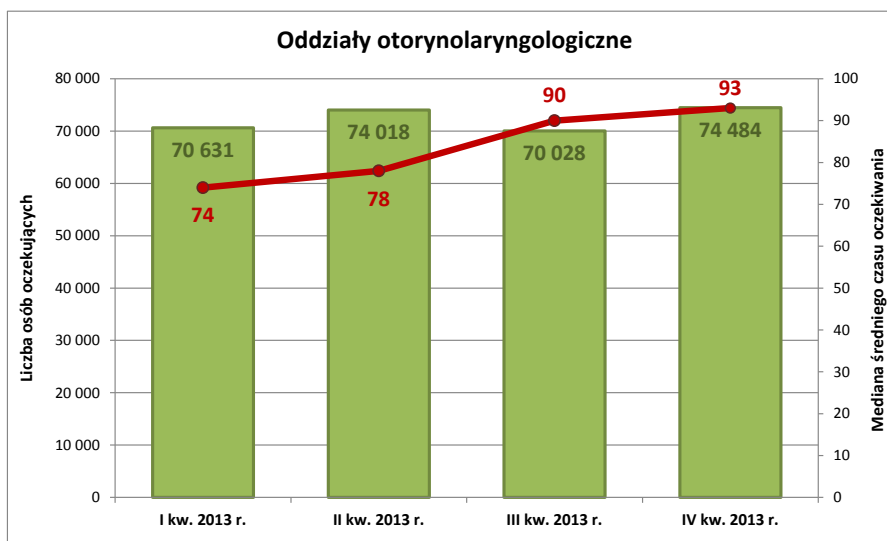
Tabela nr IV.9 Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń-grudzień 2013 r. z list oczekujących do 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Lp.	Nazwa komórek organizacyjnych	Łączna liczba osób skreślonych z listy oczekujących	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia	Udział liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych
1	Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	124 312	79 617	64%
2	Oddziały otorynolaryngologiczne	143 437	102 958	72%
3	Oddziały chirurgiczne ogólne	230 272	187 744	82%
4	Oddziały leczenia jednego dnia	63 394	52 699	83%
5	Oddziały neurochirurgiczne	26 849	18 360	68%

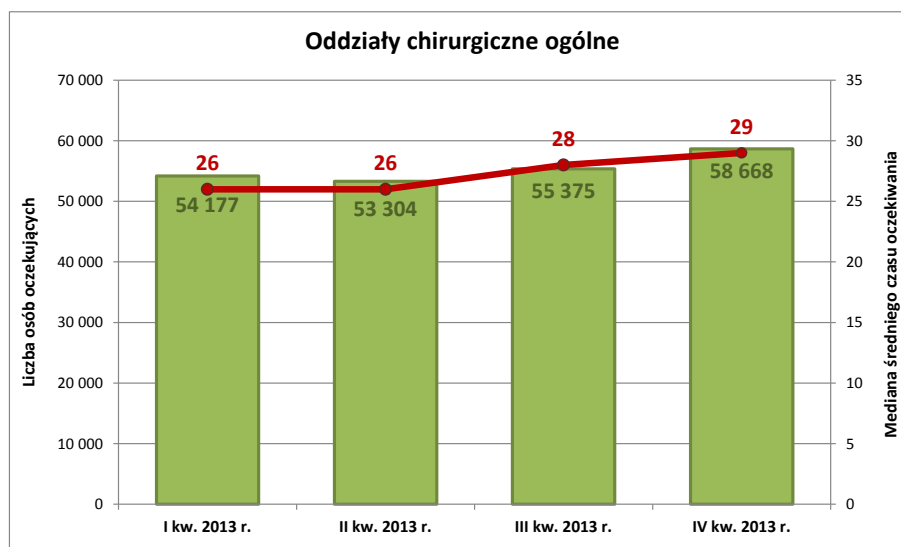
Wykres nr IV.8. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



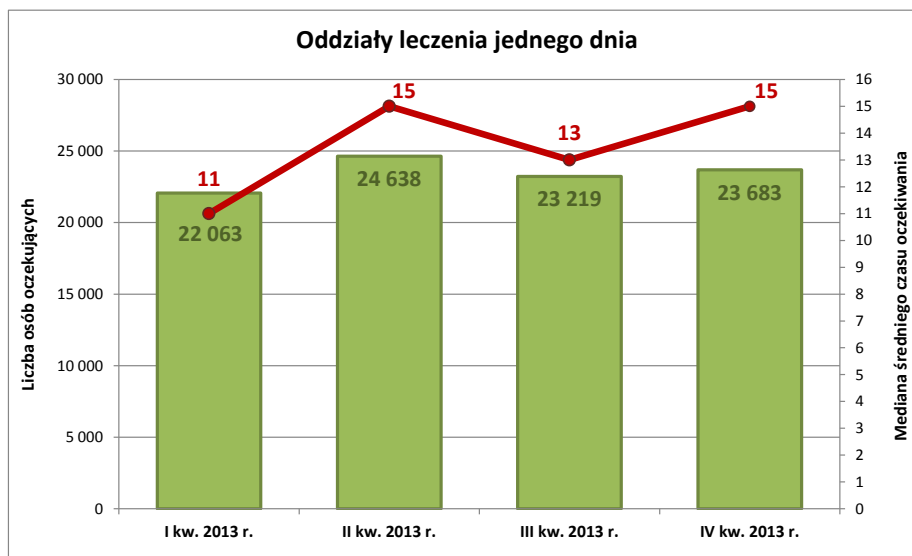
Wykres nr IV.9. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów otorynolaryngologicznych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



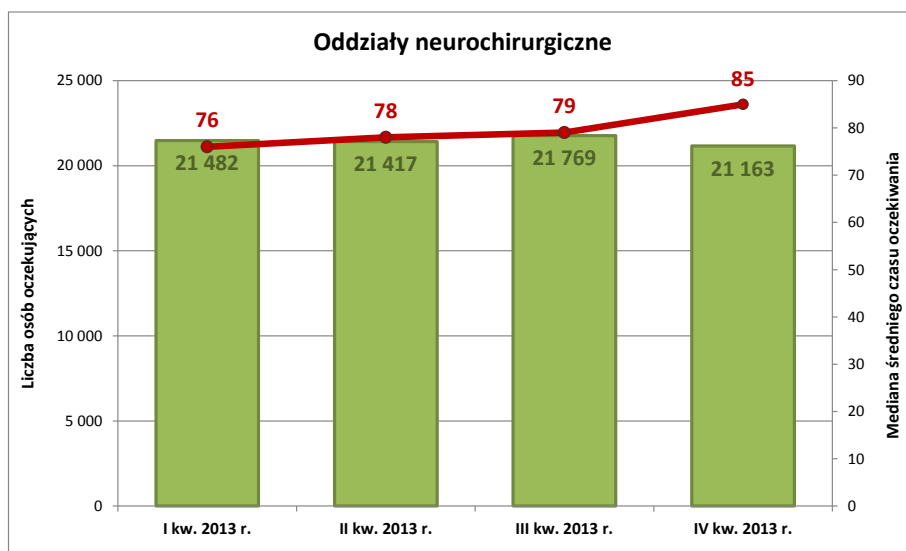
Wykres nr IV.10. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów chirurgicznych ogólnych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.11. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów leczenia jednego dnia wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.12. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów neurochirurgicznych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2013 r. wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajdowała się na listach oczekujących do następujących komórek organizacyjnych związanych z chorobami psychicznymi i uzależnieniami: poradni zdrowia psychicznego, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, oddziałów/ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu, oddziałów/ośrodków leczenia uzależnień i oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych.

Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie zdrowia psychicznego, pomimo największej liczby osób oczekujących, wyróżniały się niewielką wartością mediany średniego czasu oczekiwania (17 dni) i stosunkowo wysokim odsetkiem komórek organizacyjnych ze średnim czasem oczekiwania równym 0 dni (32%). Identyfikowany odsetek komórek organizacyjnych odnotowano również w przypadku oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych.

Największą wartość mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, wynoszącą 30 dni, zaobserwowano w przypadku oddziałów/ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu (tabela nr IV.10.). Spośród komórek organizacyjnych wykazanych w tabeli nr IV.11 poradnie zdrowia psychicznego wyróżniły się pod względem największej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2013 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 302 836 osób. W 2013 r. udział osób

skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych zawierał się dla komórek organizacyjnych od 43% do 75%.

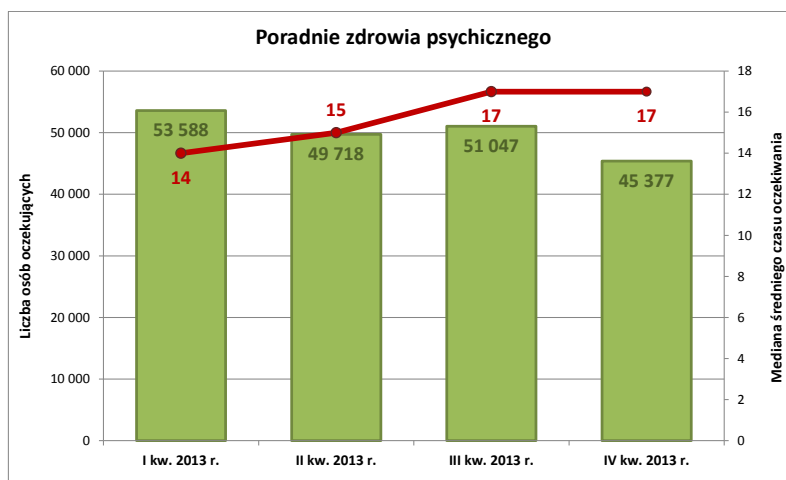
Tabela nr IV.10. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – 5 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” wg stanu na koniec grudnia 2013 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania		Procent komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni
			(w dniach)		
			mediana	kwartył trzeci	
1	Poradnie zdrowia psychicznego	45 377	17	36	32
2	Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci	8 714	27	56	21
3	Oddziały/ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu	5 252	30	62	25
4	Oddziały/ośrodki leczenia uzależnień	2 724	25	48	28
5	Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych	2 714	26	79	32

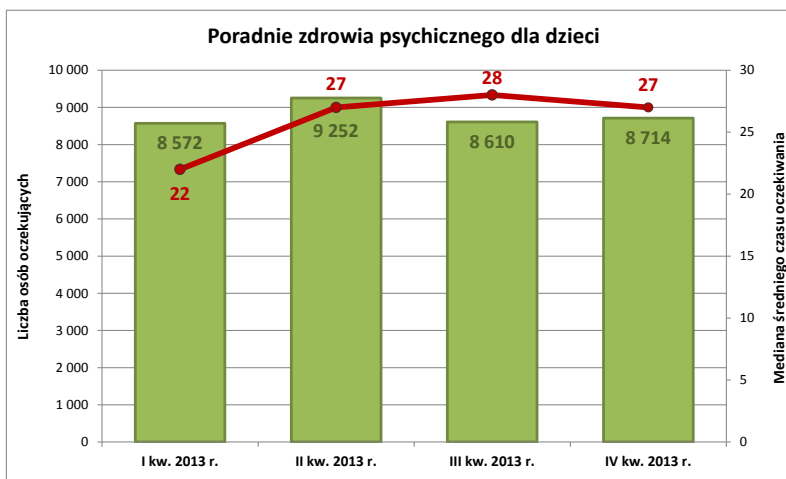
Tabela nr IV.11 Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń-grudzień 2013 r. z list oczekujących do 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Lp.	Nazwa komórek organizacyjnych	Łączna liczba osób skreślonych z listy oczekujących	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia	Udział liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych
1	Poradnie zdrowia psychicznego	402 000	302 836	75%
2	Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci	55 130	39 716	72%
3	Oddziały/ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu	15 319	7 183	47%
4	Oddziały/ośrodki leczenia uzależnień	12 818	5 518	43%
5	Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych	5 443	3 795	70%

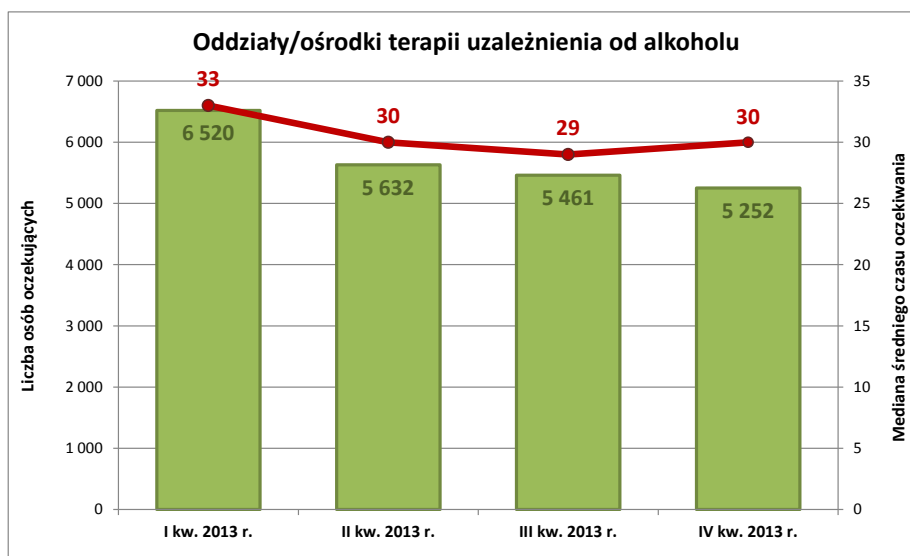
Wykres nr IV.13. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni zdrowia psychicznego wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



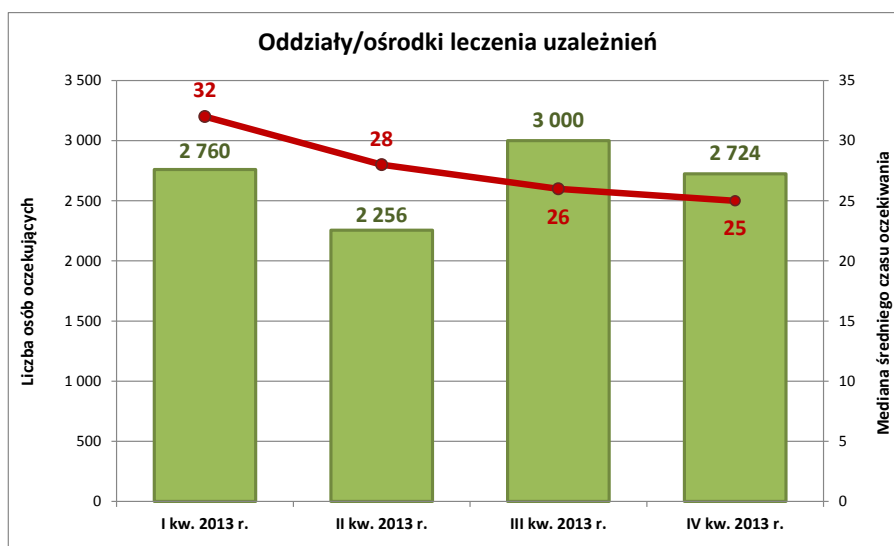
Wykres nr 14. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



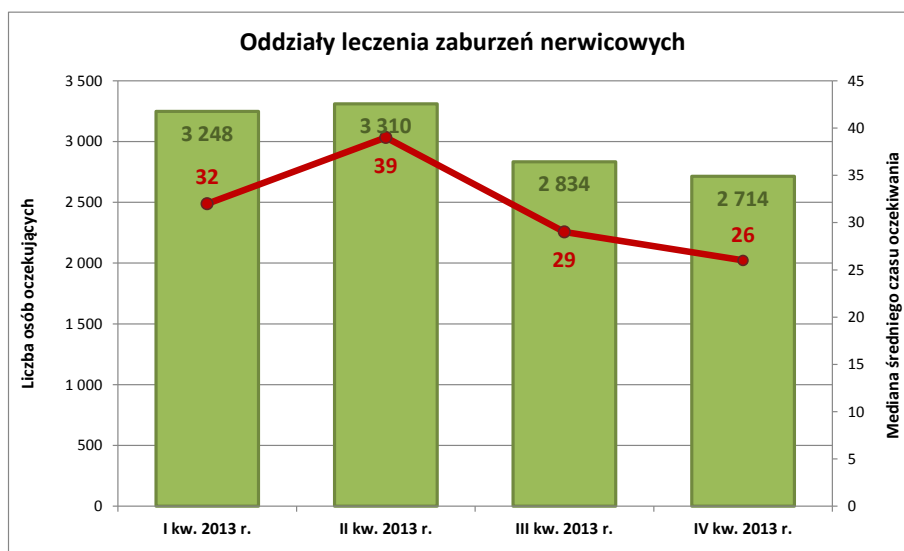
Wykres nr IV.15 Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów/ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres IV.16. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów/ośrodków leczenia uzależnień wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres IV.17. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Rehabilitacja lecznicza

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2013 r. wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajdowała się na listach oczekujących do następujących komórek organizacyjnych realizujących świadczenia rehabilitacji leczniczej: działów (pracowni) fizjoterapii, oddziałów rehabilitacyjnych, poradni rehabilitacyjnych, ośrodków rehabilitacji dziennej, oddziałów rehabilitacji narządu ruchu. W przypadku oddziałów szpitalnych realizujących świadczenia rehabilitacji leczniczej odnotowano znacznie dłuższe średnie czasy oczekiwania niż w przypadku pozostałych komórek organizacyjnych realizujących świadczenia tego rodzaju. Jedynie w przypadku 4% oddziałów rehabilitacyjnych i 10% oddziałów rehabilitacyjnych narządu ruchu średni czas oczekiwania według danych za grudzień 2013 r. wynosił 0 dni. Równie niski, wynoszący 10%, odsetek komórek organizacyjnych ze średnim czasem równym 0 dni zaobserwowano w przypadku działów (pracowni) fizjoterapii. Najmniejszą wartość mediana średniego czasu oczekiwania przyjęła dla poradni rehabilitacyjnych (21 dni) – tabela nr IV.12. Spośród komórek organizacyjnych wykazanych w Tabeli 9. działy (pracownie) fizjoterapii wyróżniały się pod względem największej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2013 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 2 308 135 osób. W 2013 r. udział osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych zawierał się od 4% do 21%.

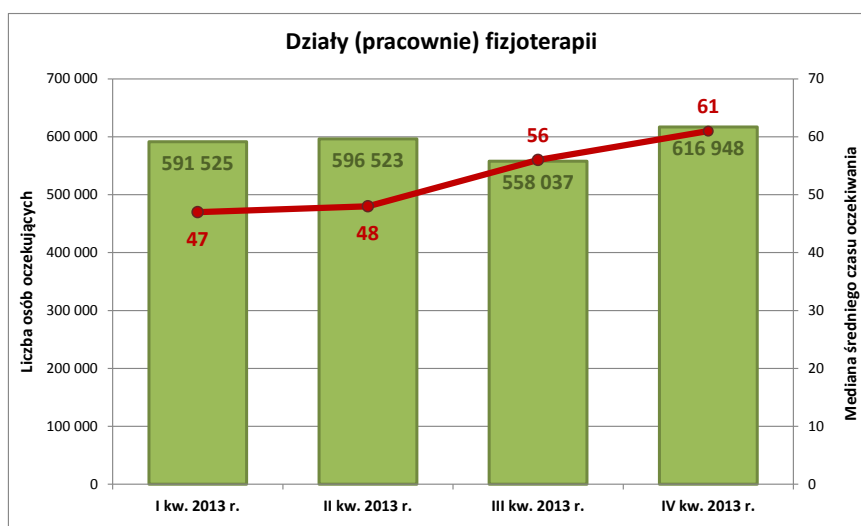
Tabela nr IV.12. Rehabilitacja lecznicza – 5 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec grudnia 2013 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania		Procent komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni
			(w dniach)		
			mediana	kwartyl trzeci	
1	Działy (pracownie) fizjoterapii	616 948	61	102	10
2	Oddziały rehabilitacyjne	152 977	257	485	4
3	Poradnie rehabilitacyjne	119 006	21	53	20
4	Ośrodki rehabilitacji dziennej	49 725	46	128	21
5	Oddziały rehabilitacji narządu ruchu	16 630	160	507	10

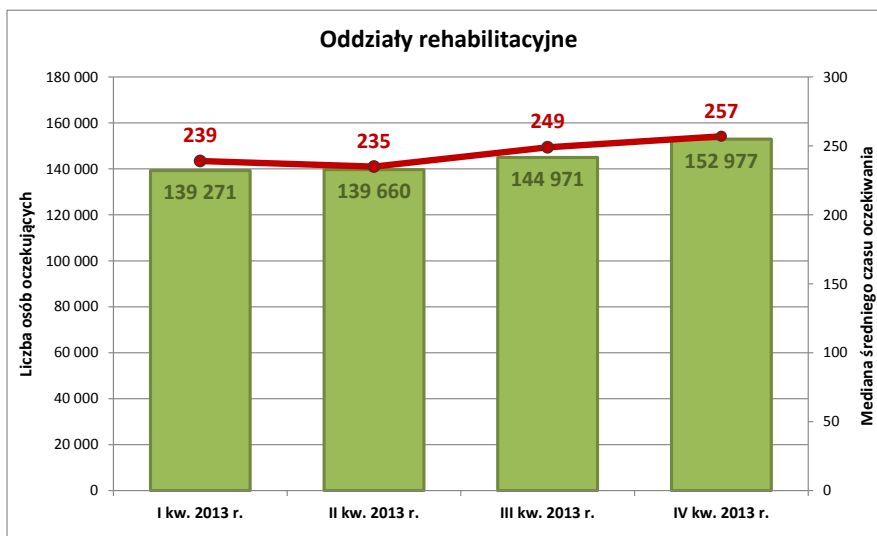
Tabela nr IV.13. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń-grudzień 2013 r. z list oczekujących do 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Lp.	Nazwa komórek organizacyjnych	Łączna liczba osób skreślonych z listy oczekujących	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia	Udział liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych
1	Działy (pracownie) fizjoterapii	2 711 570	2 308 135	85%
2	Oddziały rehabilitacyjne	91 915	71 283	78%
3	Poradnie rehabilitacyjne	851 580	681 418	80%
4	Ośrodki rehabilitacji dziennej	126 205	103 224	82%
5	Oddziały rehabilitacji narządu ruchu	7 481	6 150	82%

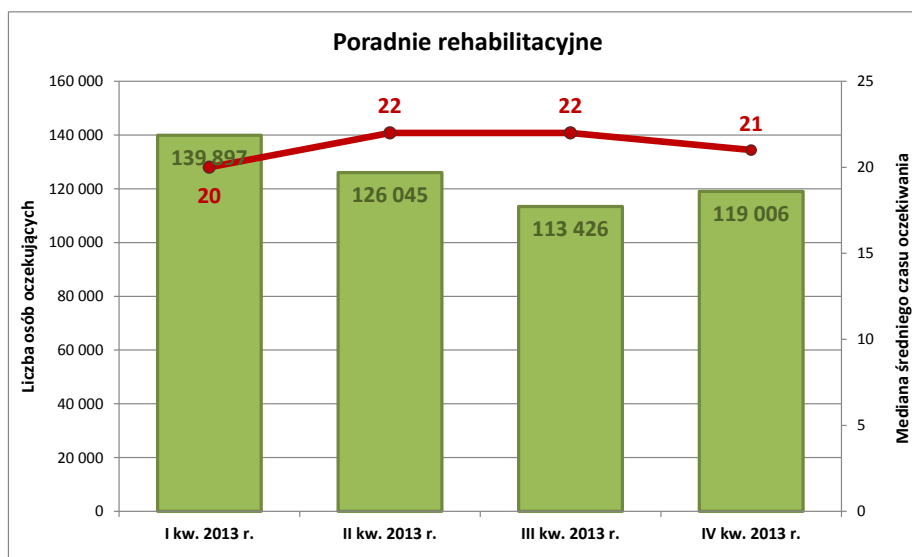
Wykres nr IV.18. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do działów (pracowni) fizjoterapii wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



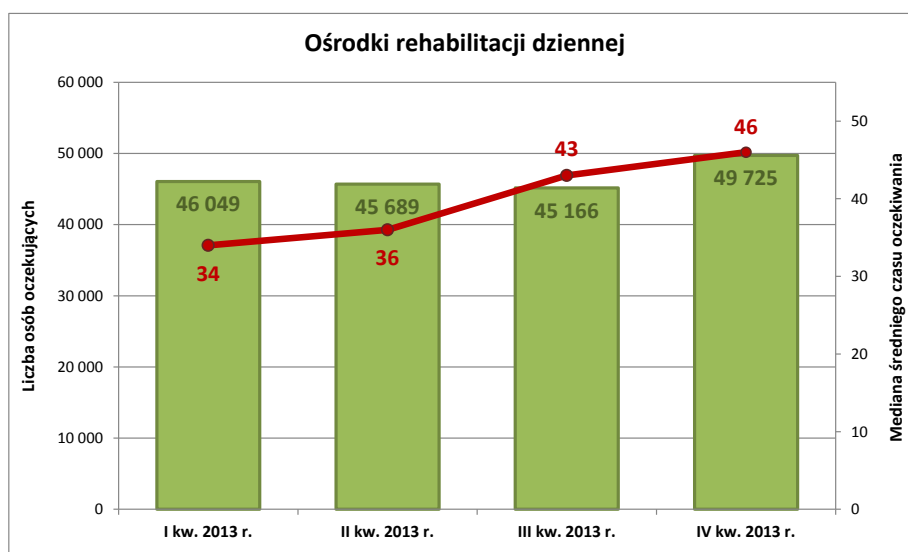
Wykres nr IV.19 Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów rehabilitacyjnych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



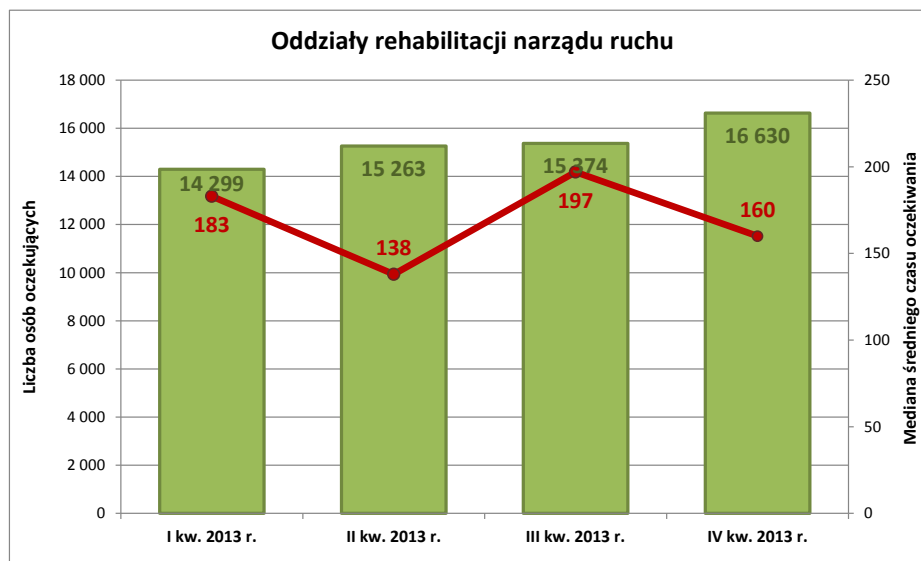
Wykres nr IV.20. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni rehabilitacyjnych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.21 Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do ośrodków rehabilitacji dziennej wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.22. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów rehabilitacji narządu ruchu wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”



Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2013 r. wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajdowała się na listach oczekujących do następujących komórek organizacyjnych realizujących świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej: zakładów/oddziałów opiekuńczo-leczniczych, pielęgniarstwa długoterminowego domowego i zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych. Największą wartość mediany średniego czasu oczekiwania, wynoszącą 39 dni, odnotowano w przypadku zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych. Należy jednak dodać, że do 19% zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych średni czas oczekiwania wg danych za grudzień 2013 r. wynosił 0 dni. Niewiele większą wartość parametr ten przyjął dla zakładów/oddziałów opiekuńczo-leczniczych (22%), natomiast w przypadku pielęgniarstwa długoterminowego domowego był ponad trzykrotnie większy i kształtował się na poziomie 65% (tabela IV.14). Spośród komórek organizacyjnych wykazanych w tabeli nr 15. pielęgniarstwo długoterminowe domowe, a następnie zakłady/oddziały opiekuńczo-lecznicze wyróżniały się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2013 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła odpowiednio: 10 855 i 9 545 osób. W 2013 r. udział osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych zawierał się od 51% do 59%.

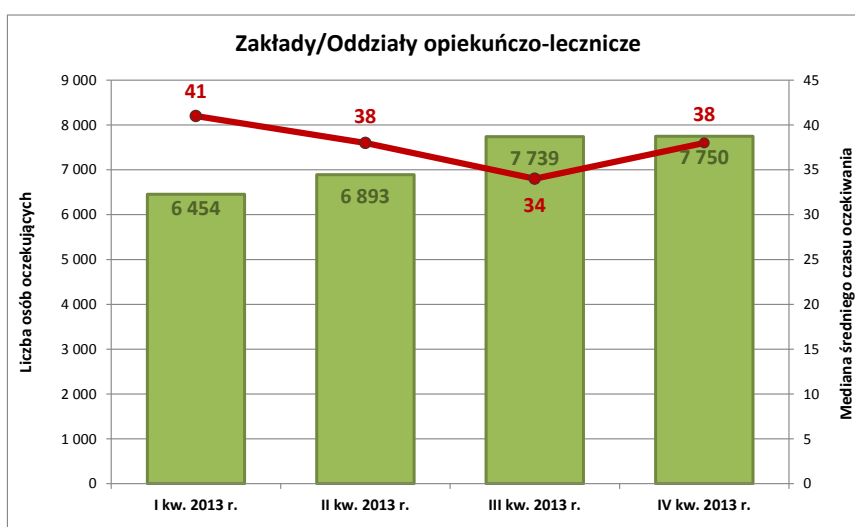
Tabela IV.14 Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – 3 komórki organizacyjne z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec grudnia 2013 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)		Procent komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni
			mediana	kwartył trzeci	
1	Zakłady/Oddziały opiekuńczo-lecznicze	7 750	38	99	22
2	Pielęgniarstwo długoterminowe domowe	5 743	0	22	65
3	Zakłady/Oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze	2 518	39	103	19

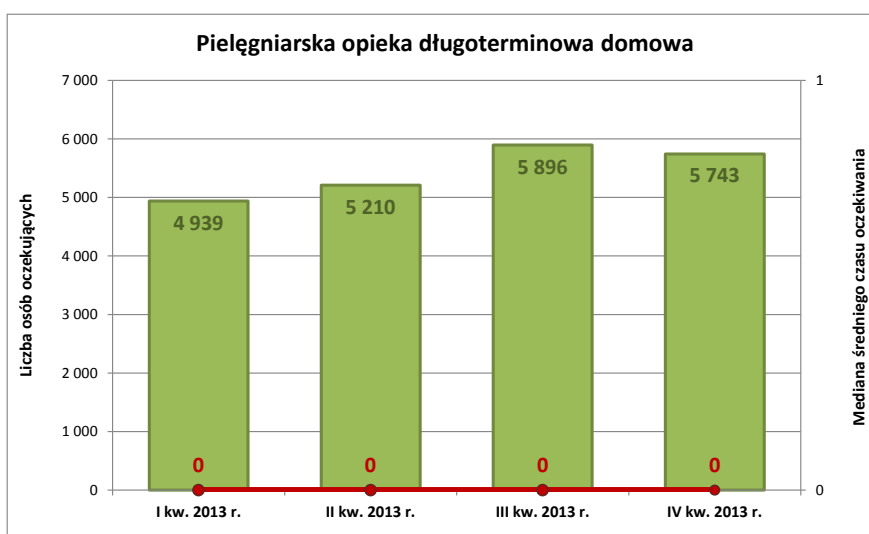
Tabela nr IV.15. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń-grudzień 2013 r. z list oczekujących do 3 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Lp.	Nazwa komórek organizacyjnych	Łączna liczba osób skreślonych z listy oczekujących	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia	Udział liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych
1	Zakłady/Oddziały opiekuńczo-lecznicze	18 149	9 545	53%
2	Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	18 272	10 855	59%
3	Zakłady/Oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze	5 700	2 879	51%

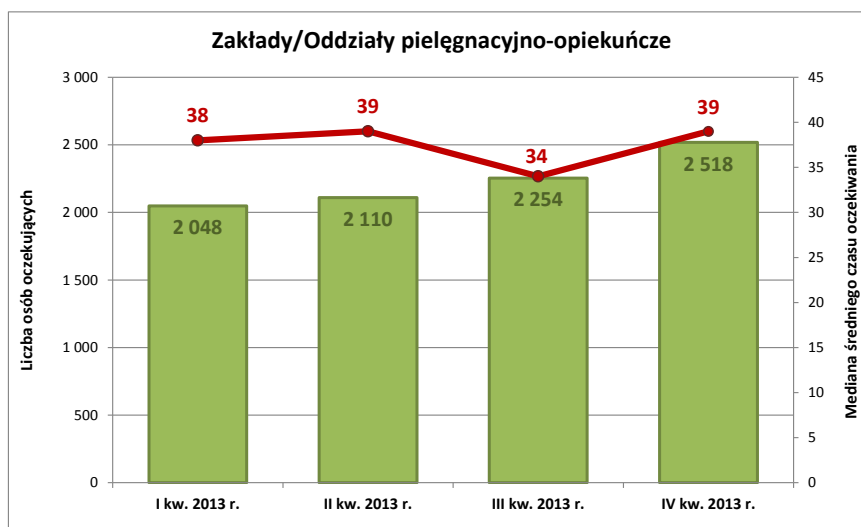
Wykres nr IV.23. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do zakładów/oddziałów opiekuńczo-leczniczych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.24. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do pielęgniarstwa długoterminowego domowego wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres IV.25. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Opieka paliatywna i hospicyjna

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2013 r. wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajdowała się na listach oczekujących do hospicjów domowych, hospicjów stacjonarnych i oddziałów medycyny paliatywnej. Należy jednak podkreślić, że liczba osób oczekujących nie przekraczała w skali kraju dla poszczególnych komórek organizacyjnych 800, a mediana średniego czasu oczekiwania wynosiła 0 dni. W przypadku hospicjów domowych odnotowano najwyższy odsetek komórek organizacyjnych ze średnim czasem oczekiwania równym 0 dni. Dla ww. komórki organizacyjnej parametr ten wyniósł 76% (tabela nr IV.16). Spośród komórek organizacyjnych wykazanych w tabeli nr IV.17 hospicja domowe wyróżniały się pod względem największej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2013 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 5 867 osób. W 2013 r. udział osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych zawierał się od 55% do 65%.

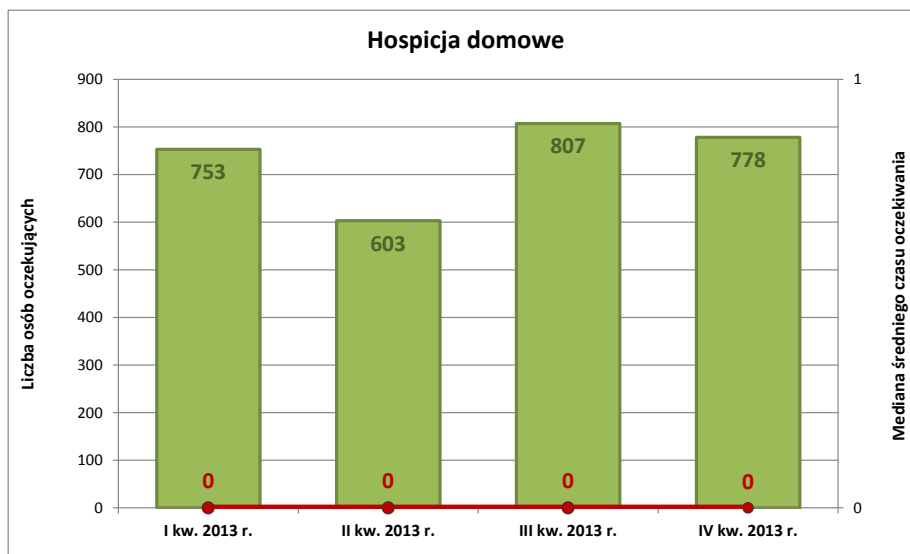
Tabela nr IV.16. Opieka paliatywna i hospicyjna – 3 komórki organizacyjne z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec grudnia 2013 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)		Procent komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni
			mediana	kwartył trzeci	
1	Hospicja domowe	778	0	0	76
2	Hospicja stacjonarne	626	0	8	60
3	Oddziały medycyny paliatywnej	211	0	4	68

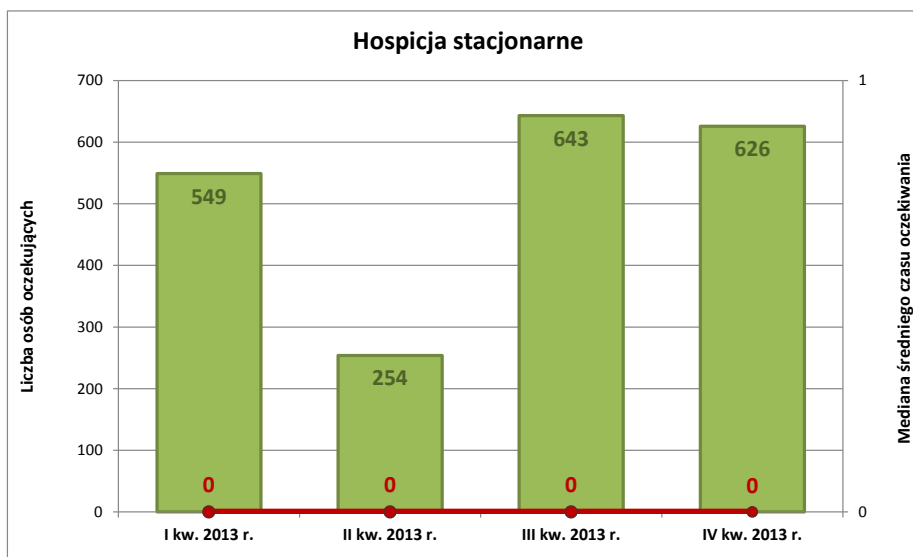
Tabela nr 17. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń-grudzień 2013 r. z list oczekujących do 3 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Lp.	Nazwa komórek organizacyjnych	Łączna liczba osób skreślonych z listy oczekujących	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia	Udział liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych
1	Hospicja domowe	9 004	5 867	65%
2	Hospicja stacjonarne	4 941	2 968	60%
3	Oddziały medycyny paliatywnej	3 392	1 858	55%

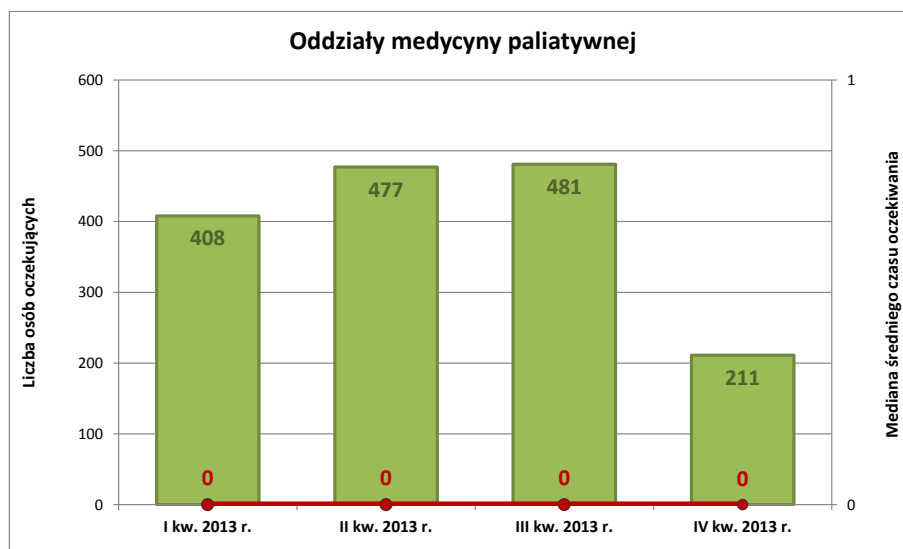
Wykres nr IV.26. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do hospicjów domowych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.27 Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do hospicjów stacjonarnych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.28. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów medycyny paliatywnej wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Leczenie stomatologiczne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2013 r. wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajdowała się na listach oczekujących do następujących komórek organizacyjnych realizujących świadczenia stomatologiczne: poradni stomatologicznych, poradni ortodontycznych, poradni protetyki stomatologicznej, poradni chirurgii stomatologicznej i poradni stomatologicznych dla dzieci. Poradnie ortodontyczne oraz poradnie protetyki stomatologicznej wyróżniały się na tle pozostałych wymienionych w tabeli nr IV.18 znacznie większą wartością mediany średniego czasu oczekiwania, wynoszącą odpowiednio 67 i 60 dni. Jedynie w przypadku poradni stomatologicznych dla dzieci mediana średniego czasu oczekiwania wyniosła 0 dni. W przypadku ww. poradni zaobserwowano także wysoki odsetek komórek organizacyjnych, ze średnim czasem oczekiwania równym 0 dni. Według danych za grudzień 2013 r. odsetek ten kształtował się na poziomie 67%. Spośród komórek organizacyjnych wykazanych w tabeli nr IV.19. poradnie stomatologiczne wyróżniały się pod względem największej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2013 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 2 036 291 osób. W 2013 r. udział osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych zawierał się dla komórek organizacyjnych od 78% do 87%.

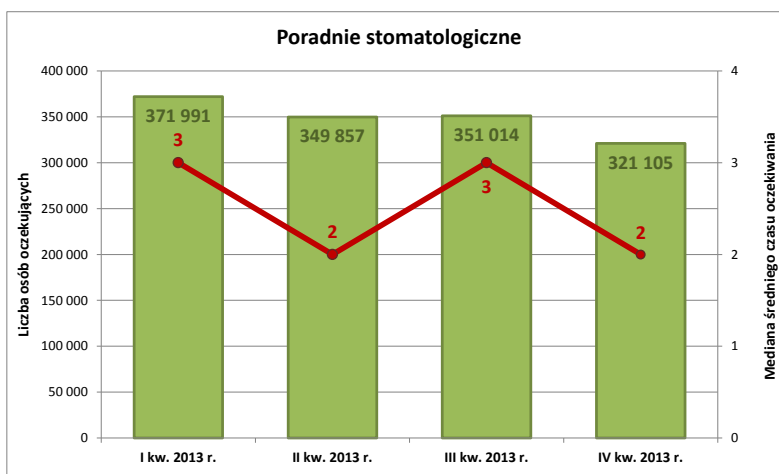
Tabela nr IV.18. Leczenie stomatologiczne – 5 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec grudnia 2013 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)		Procent komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni
			mediana	kwartył trzeci	
1	Poradnie stomatologiczne	321 105	2	33	49
2	Poradnie ortodontyczne	93 307	67	265	25
3	Poradnie protetyki stomatologicznej	60 428	60	238	30
4	Poradnie chirurgii stomatologicznej	15 875	5	23	45
5	Poradnie stomatologiczne dla dzieci	5 637	0	3	67

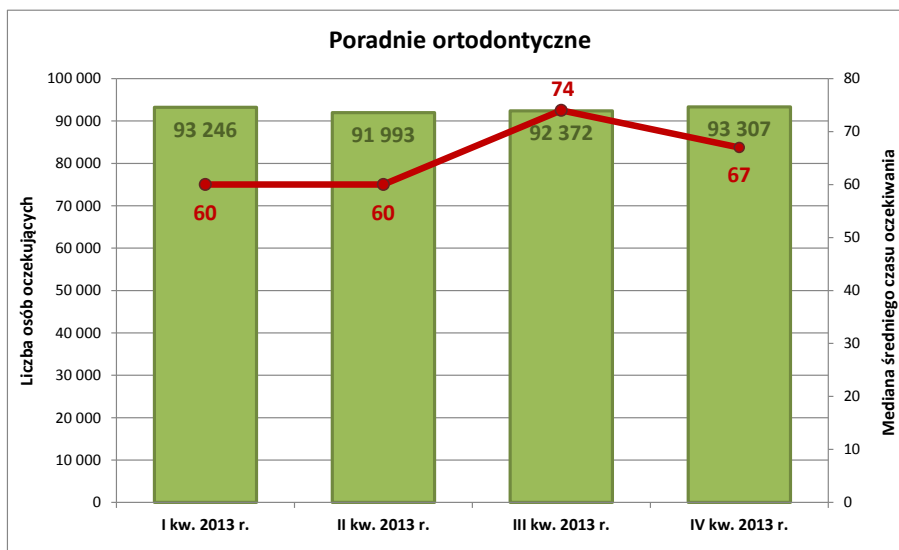
Tabela nr IV.19. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń – grudzień 2013 r. z list oczekujących do 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w rodzaju leczenie stomatologiczne z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Lp.	Nazwa komórek organizacyjnych	Łączna liczba osób skreślonych z listy oczekujących	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia	Udział liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych
1	Poradnie stomatologiczne	2 449 520	2 036 291	83%
2	Poradnie ortodontyczne	170 935	138 326	81%
3	Poradnie protetyki stomatologicznej	81 520	64 416	79%
4	Poradnie chirurgii stomatologicznej	128 177	99 540	78%
5	Poradnie stomatologiczne dla dzieci	74 762	65 123	87%

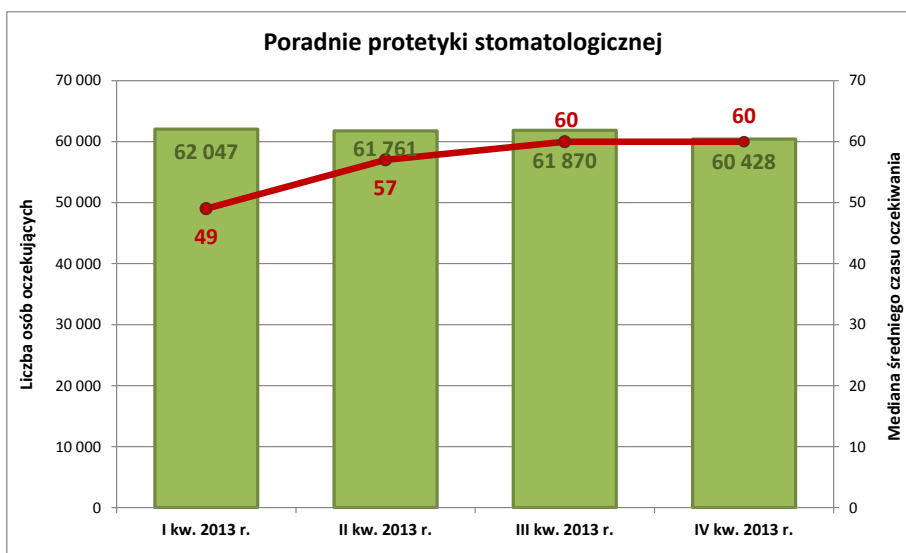
Wykres nr IV.29. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni stomatologicznych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



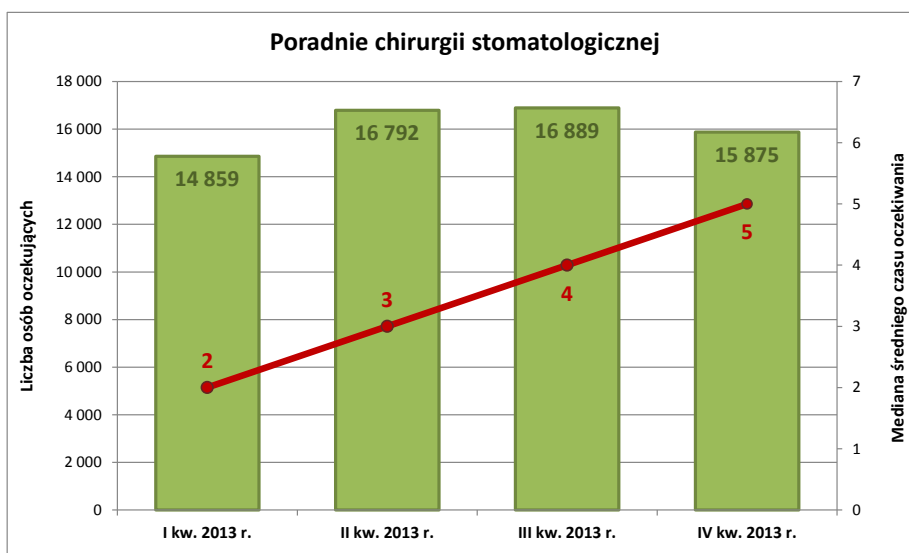
Wykres nr IV. 30. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni ortodontycznych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



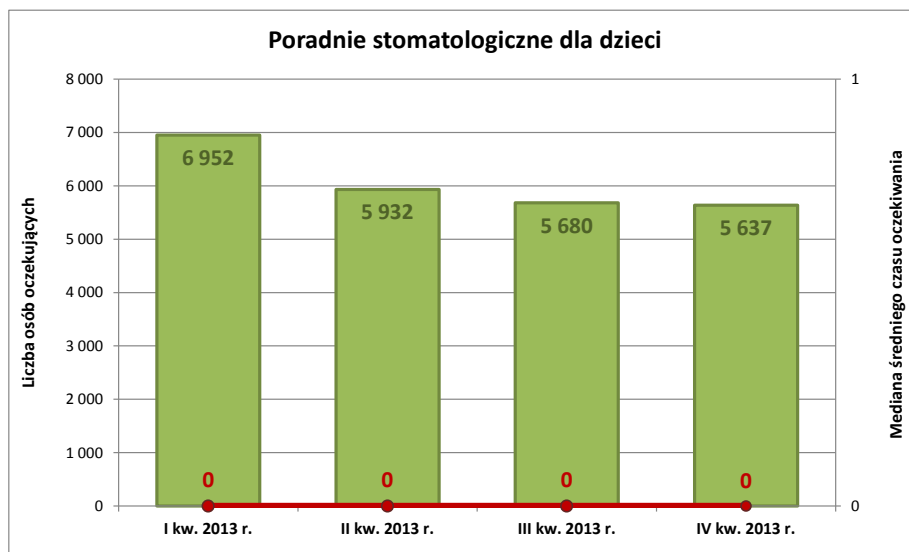
Wykres nr IV.31. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni protetyki stomatologicznej wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.32 Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni chirurgii stomatologicznej wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.33. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni stomatologicznych dla dzieci wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wybrane procedury medyczne, programy lekowe, świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Z przekazanych przez świadczeniodawców informacji z zakresu list oczekujących na wybrane świadczenia według stanu na koniec grudnia 2013 r. wynika, że największa łączna liczba osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajdowała się na listach oczekujących na świadczenia rezonansu magnetycznego i wynosiła wg stanu na koniec grudnia 2013 r. 151 281. Mediana średniego czasu oczekiwania na świadczenia rezonansu magnetycznego kształtowała się na poziomie 93 dni, a jedynie do 3% komórek organizacyjnych realizujących te świadczenia średni czas oczekiwania wynosił 0 dni.

Drugim świadczeniem, na które w skali kraju oczekiwało najwięcej osób, jest koronarografia. Łączna liczba osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” wynosił według stanu na koniec grudnia 2013 r. 10 790, a mediana średniego czasu oczekiwania kształtowała się na poziomie 39 dni. Trzeba jednak zaznaczyć, że do 18% komórek organizacyjnych wykonujących koronarografię średni czas oczekiwania wynosił 0 dni, a do 75% nie przekraczał 73 dni (tabela nr IV.20.). Ponad 4 500 osób według stanu na koniec grudnia 2013 r. oczekiwała na zabiegi w zakresie ciała szklanego (witrektomia). Do połowy komórek organizacyjnych realizujących te zabiegi średni czas oczekiwania nie przekraczał 19 dni, natomiast w przypadku 42% komórek wynosił 0 dni.

Świadczeniodawcy przekazują również informacje z zakresu list oczekujących na wybrane programy lekowe. W przypadku programów lekowych najwięcej osób na koniec 2013 r. oczekiwało do komórek organizacyjnych realizujących program leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C. Na liście osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2013 r. znajdowało się 2 831 osób, zaś mediana średniego czasu oczekiwania wynosiła 11 dni. Zwraca uwagę fakt, że do 48% komórek realizujących program leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C średni czas oczekiwania wynosił 0 dni. Spośród świadczeń wykazanych w tabeli nr IV.21. świadczenia rezonansu magnetycznego wyróżniały się pod względem największej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2013 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 412 795 osób. Udział osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych zawierał się od 60% do 86%.

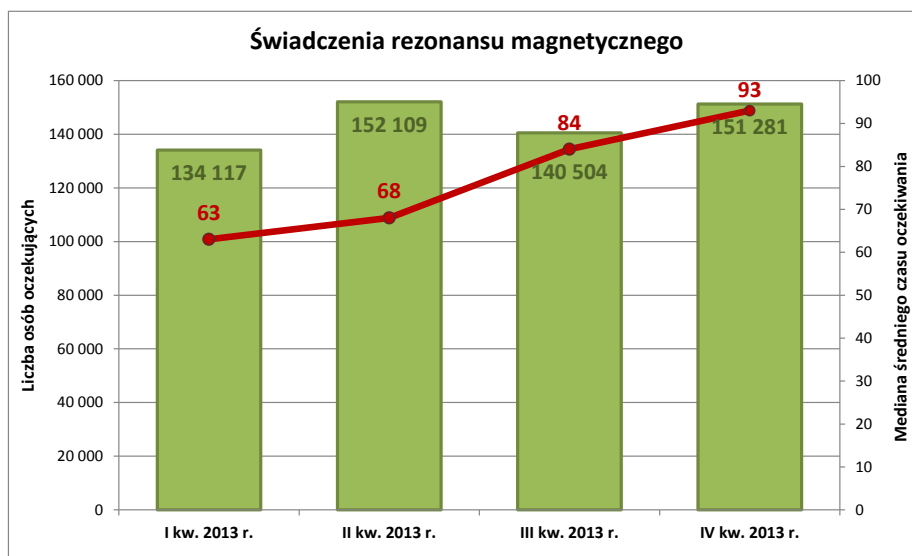
Tabela nr IV.20. Charakterystyka procedur medycznych, programów lekowych, świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w przypadku których istnieje obowiązek przekazywania informacji z zakresu list oczekujących – informacja za grudzień 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)		Procent komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni
			mediana	kwartył trzeci	
1	Świadczenie rezonansu magnetycznego	151 281	93	124	3
2	Koronarografia	10 790	39	73	18
3	Zabiegi w zakresie ciała szklatego (witrektomia)	4 518	19	69	42
4	Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C	2 831	11	245	48
6	Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji dożłokowych przeciwciała monoklonalnego anti-VEGF	1 597	21	65	38
7	Leczenie stwardnienia rozsianego	898	0	33	65
5	Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B	879	0	97	58
8	Wszczepienie/wymiana rozrusznika dwujamowego	725	8	28	42
9	Wszczepienie/wymiana rozrusznika jednojamowego	341	0	19	51

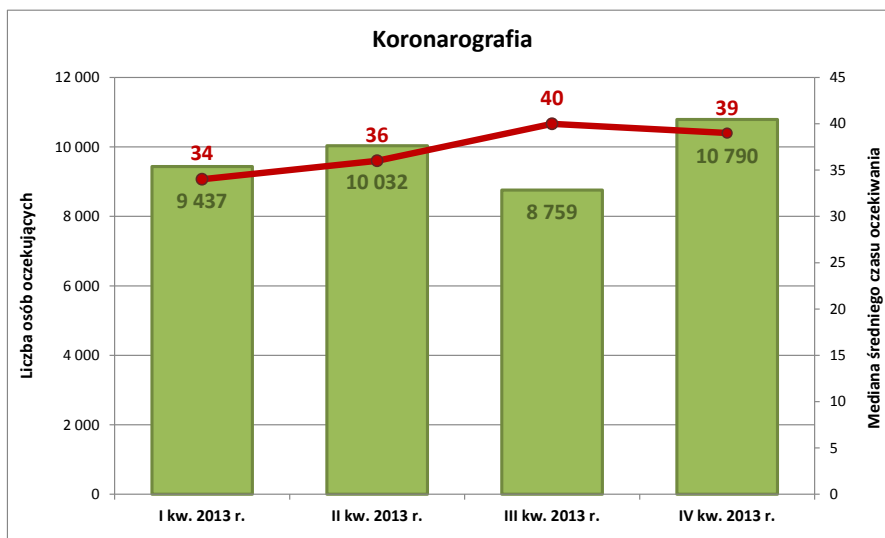
Tabela nr IV.21. Informacja o osobach skreślonych w okresie styczeń-grudzień 2013 r. z list oczekujących na wybrane świadczenia.

Lp.	Nazwa świadczenia	Łączna liczba osób skreślonych z listy oczekujących	Liczba osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia	Udział osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych z listy oczekujących
1	Świadczenie rezonansu magnetycznego	539 922	412 795	76%
2	Koronarografia	60 007	49 464	82%
3	Zabiegi w zakresie ciała szklatego (witrektomia)	8 542	6 602	77%
4	Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C	3 688	2 258	61%
5	Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji dożłokowych przeciwciała monoklonalnego anti-VEGF	6 070	5 122	84%
6	Leczenie stwardnienia rozsianego	1 150	731	64%
7	Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B	1 286	768	60%
8	Wszczepienie/wymiana rozrusznika dwujamowego	4 313	3 708	86%
9	Wszczepienie/wymiana rozrusznika jednojamowego	2 121	1 784	84%

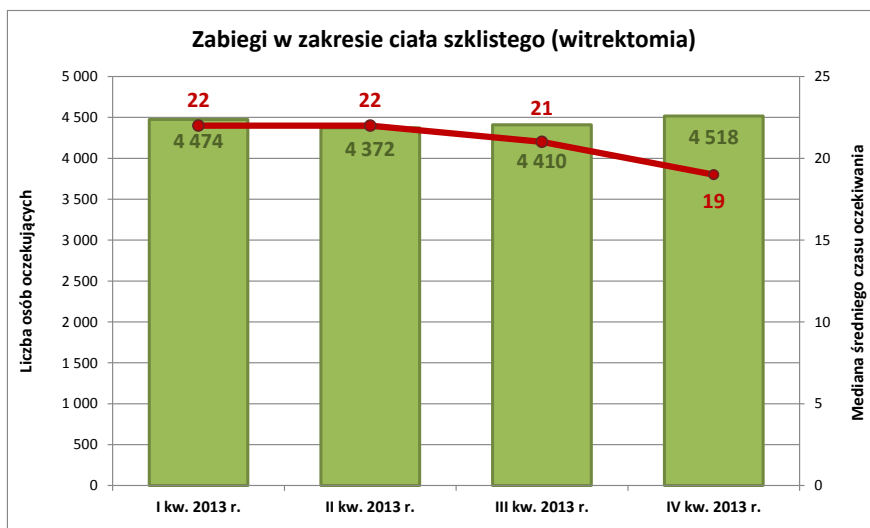
Wykres nr IV.34. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na świadczenia rezonansu magnetycznego wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres IV.35. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na koronarografię wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



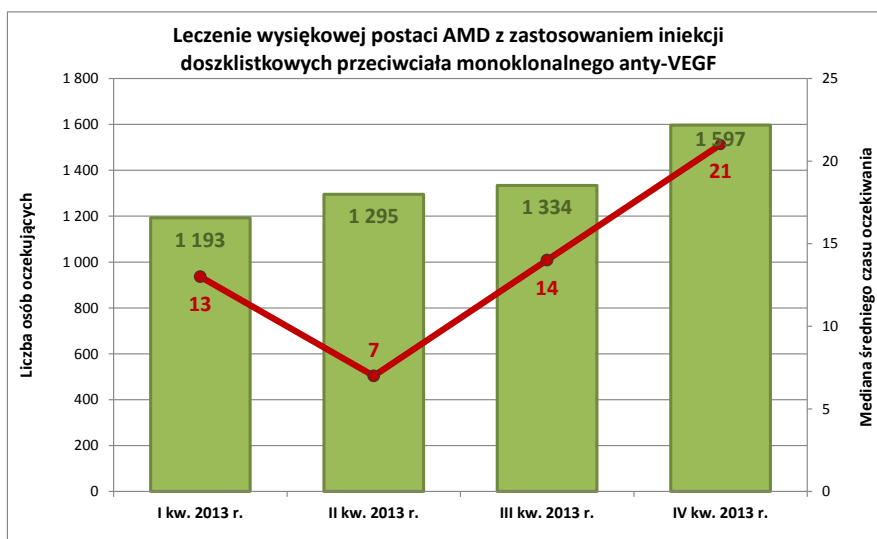
Wykres nr IV.36 Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na zabiegi w zakresie ciała szklistego (witrektomia) wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



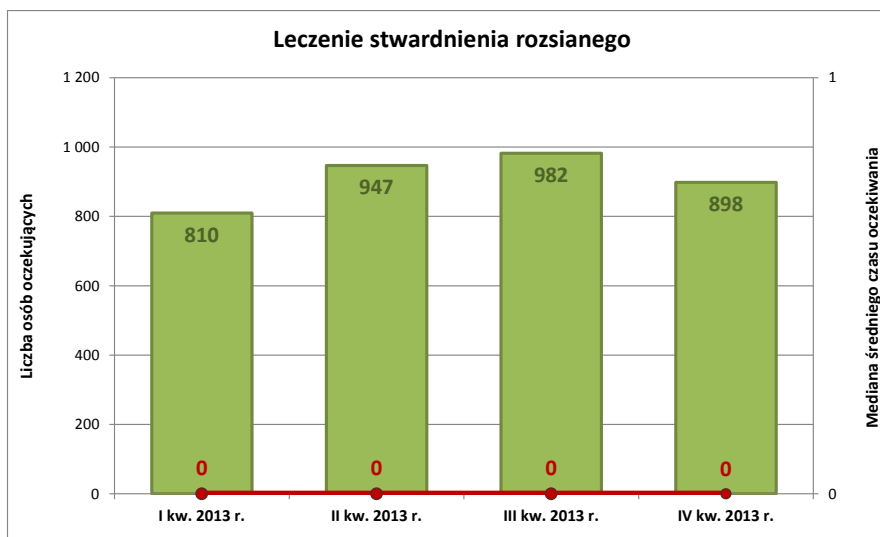
Wykres nr IV.37. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



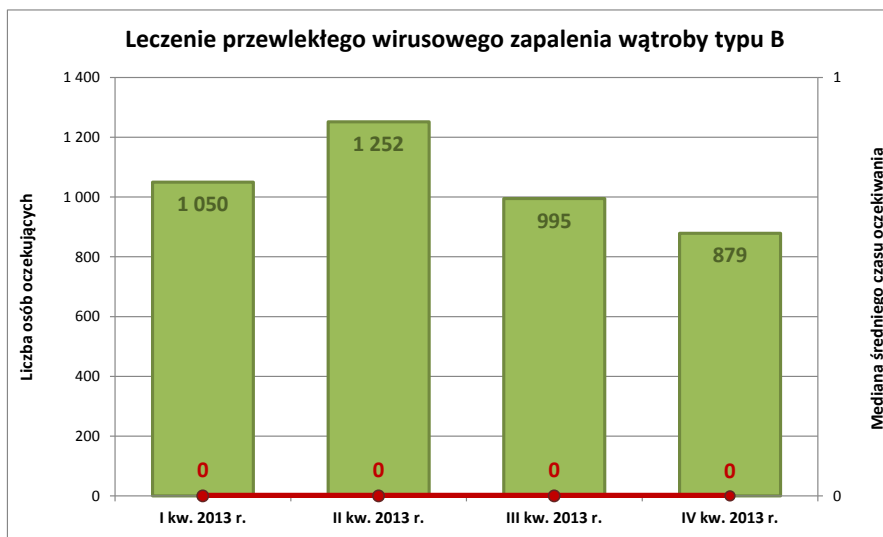
Wykres nr IV.38. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji dozsklistkowych przeciwciała monoklonalnego anti-VEGF wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



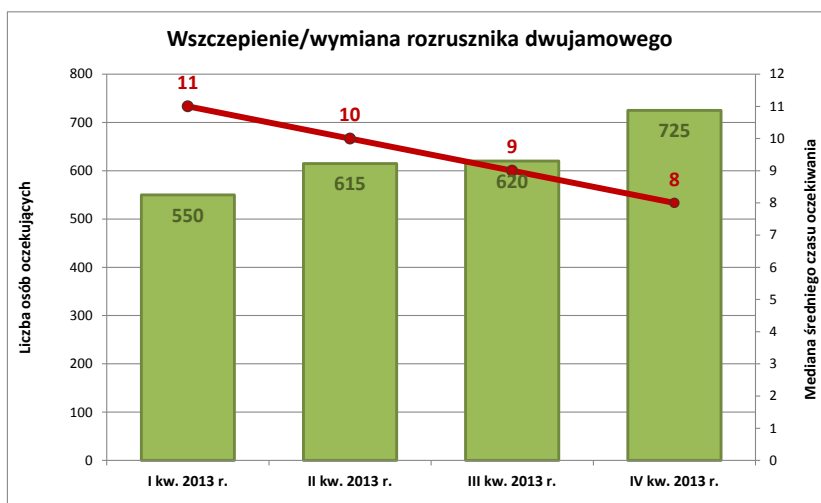
Wykres nr IV.39. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na leczenie stwardnienia rozsianego wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



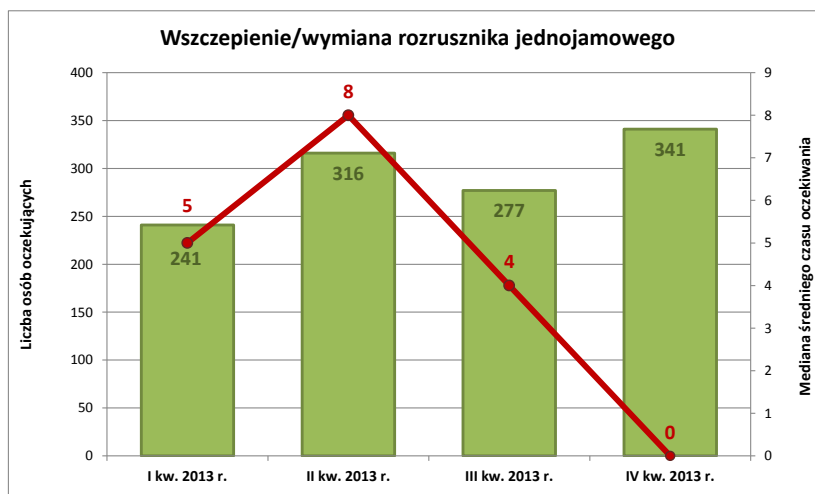
Wykres nr IV.40. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.41. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na wszczepienie/ wymianę rozrusznika dwujamowego wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.42. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na wszczepienie/ wymianę rozrusznika jednojamowego wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Zgodnie z zawartymi przez świadczeniodawców umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne świadczeniodawcy mają również obowiązek prowadzenia list oczekujących na wybrane świadczenia w aplikacji udostępnionej przez oddziały wojewódzkie Funduszu. Wprowadzono również zasady, zgodnie z którymi świadczeniodawcy zostali zobowiązani do prowadzenia w ww. aplikacji list oczekujących na następujące świadczenia:

- zabiegi w zakresie soczewki (zaćma),
- usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka),
- endoprotezoplastykę stawu biodrowego,
- rewizję po endoprotezoplastyce stawu biodrowego,
- endoprotezoplastykę stawu kolanowego,
- rewizję po endoprotezoplastyce stawu kolanowego.

Za pośrednictwem udostępnionej aplikacji świadczeniodawcy przekazywali do Funduszu imienne dane o osobach oczekujących na ww. świadczenia w zakresie określonym w § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2013 r., poz. 1 447).

Tabela nr IV.22. Liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania na wybrane procedury medyczne w skali kraju według stanu na koniec grudnia 2013 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Lp.	Procedura medyczna	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)
1	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	441 007	503
2	Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	78 284	481
3	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	71 988	565
4	Rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego	1 513	260
5	Rewizja po endoprotezoplastyce stawu kolanowego	387	146
6	Usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka)	2 649	43

Informacje przedstawione w tabeli nr IV.22. o liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, prezentują stan na koniec grudnia 2013 r. Pod względem największej liczby osób oczekujących należy wyróżnić zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) – 441 007 osób, natomiast najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego – 565 dni.

IV.4. Skargi i wnioski składane przez świadczeniobiorców

Na podstawie przepisów zarządzenia Nr 31/2010/DSS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia (ze zm.), skargi i wnioski rozpatrywane były:

- w Centrali Funduszu przez Wydział Skarg i Wniosków w Departamencie Spraw Świadczeniobiorców,
- w oddziałach wojewódzkich przez komórki organizacyjne właściwe do spraw skarg i wniosków.

Skargi i wnioski wnoszone były w formie pisemnej, za pomocą telefaksu, poczty elektronicznej za pośrednictwem Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej (ePUAP) oraz ustnie do protokołu.

W oddziałach wojewódzkich Funduszu rozpatrywano skargi i wnioski wniesione bezpośrednio do oddziałów oraz przekazane do rozpatrzenia przez Centralę Funduszu i inne instytucje przekazujące je do rozpatrzenia zgodnie z właściwością. W oddziałach rozpatrywane były skargi i wnioski dotyczące realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców oraz związane z działalnością na działalność oddziałów wojewódzkich Funduszu.

W Centrali Funduszu rozpatrywane były skargi i wnioski bezpośrednio przekazane do rozpatrzenia przez Skarżących oraz przez inne instytucje. Skargi i wnioski dotyczyły naruszenia praw Pacjentów przez świadczeniodawców, z którymi Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wykonywania zadań przez pracowników Centrali oraz dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Liczba skarg i wniosków

W 2013 r. do Funduszu wpłynęło ogółem 6 049 skarg i wniosków, w tym za pośrednictwem Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej (ePUAP) 59 skarg.

Rozpatrzono 4 890 skarg i 2 wnioski, w tym: w oddziałach – 4 450 skarg, w Centrali – 440 skarg i 2 wnioski.

Centrala i oddziały wojewódzkie Funduszu przekazały 349 skarg do rozpatrzenia zgodnie z kompetencjami.

Wnioski dotyczyły działalności Funduszu. Liczba skarg i wniosków rozpatrzonych w Funduszu w 2013 r. zwiększyła się o ok. 0,2% w stosunku do 2012 r. (4 881 skarg i wniosków).

Tabela nr IV.23. Liczba skarg i wniosków rozpatrzonych przez poszczególne oddziały wojewódzkie i Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia w 2013 r., z uwzględnieniem podmiotu przekazującego skargę lub wniosek do rozpatrzenia.

oddział wojewódzki Funduszu	liczba skarg i wniosków rozpatrzonych w oddziałach wojewódzkich i Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia			
	OGÓLEM	z tego:		
		przekazanych bezpośrednio przez Skarżących	przekazanych przez Centralę	przekazanych przez inny podmiot
Dolnośląski*	475	456	3	16
Kujawsko-Pomorski	222	202	7	13
Lubelski	81	77	2	2
Lubuski	227	217	4	6
Łódzki	246	230	9	7
Małopolski	144	137	1	6
Mazowiecki*	865	709	68	88
Opolski	88	86	1	1
Podkarpacki	121	114	2	5
Podlaski	135	129	2	4
Pomorski	272	251	5	16
Śląski*	608	537	17	54
Świętokrzyski	241	221	5	15
Warmińsko-Mazurski	137	125	2	10
Wielkopolski*	305	271	10	24
Zachodniopomorski	283	256	9	18
SUMA	4 450	4 018	147	285
Centrala	442	406	0	36
RAZEM	4 892	4 424	147	321

* oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia o wysokiej liczbie skarg

Najwięcej skarg i wniosków zostało złożonych bezpośrednio przez Skarżących – 4 424, co stanowi 90,45% wszystkich skarg i wniosków rozpatrzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Prowadzone postępowania wyjaśniające sprawy pozwalają ocenić zasadność wnoszonych skarg.

Tabela nr IV. 24. Tematyka skarg rozpatrzonych jako zasadne.

zakres świadczeń	tematyka skarg:
podstawa opieka zdrowotna	<ul style="list-style-type: none"> a) sposób prowadzenia i trudności w zarejestrowaniu się na wizytę, brak możliwości telefonicznej rejestracji; b) odmowa przyjęcia deklaracji wyboru do lekarza i pielęgniarki poz; c) sposób weryfikacji prawa do świadczeń, odmowa udzielenia świadczenia na podstawie przepisów o koordynacji; d) odmowa realizacji świadczenia gwarantowanego; e) pobieranie opłat za świadczenia gwarantowane; f) wypisywanie pełnopłatnych recept; g) nieprzestrzeganie harmonogramu pracy lekarzy.
lecznictwo uzdrowiskowe	<ul style="list-style-type: none"> a) ilość zabiegów inna niż wykazana w karcie Pacjenta i przekazana do rozliczenia z NFZ; b) obciążanie Pacjentów dodatkowymi kosztami; c) miejsce realizacji świadczenia; d) zastrzeżenia do opieki medycznej w zakładzie uzdrowiskowym; e) zakwaterowanie w innym zakładzie niż wskazany w skierowaniu.
leczenie stomatologiczne	<ul style="list-style-type: none"> a) odmowa udzielenia świadczenia, pomimo wyznaczonego terminu, z powodu wyczerpania kontraktu, odmowa udzielenia świadczenia Pacjentowi z bólem; b) trudności w dostępie do świadczeń w zakresie protetyki; c) odmowa przyjęcia od Pacjenta oświadczenia o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej z jednoczesną odmową udzielenia świadczenia; d) nieuwzględnienie poświadczenia i żądanie wypełnienia oświadczenia, niehonorowanie zaświadczenia wydanego przez ZUS jako dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń e) pobieranie opłat za świadczenia gwarantowane; f) nieprzestrzeganie harmonogramu pracy lekarzy.
rehabilitacja lecznicza	<ul style="list-style-type: none"> a) odmowa realizacji świadczenia w ustalonym wcześniej terminie; b) utrudniony dostęp do świadczeń w warunkach domowych; c) długi czas oczekiwania na przyjęcie do oddziału rehabilitacyjnego; d) żądanie podpisania karty zabiegów przed ich realizacją; e) usunięcie z kolejki oczekujących Pacjenta, który w danym roku przebywał w oddziale szpitalnym u innego świadczeniodawcy; f) odmowa realizacji świadczenia w warunkach ambulatoryjnych; g) trudności w zarejestrowaniu się na zabiegi, odmowa rejestracji telefonicznej; h) obciążenie Pacjenta kosztami świadczeń gwarantowanych; i) obciążenie Pacjenta kosztami transportu sanitarnego; j) nieprzestrzeganie harmonogramu pracy.
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	<ul style="list-style-type: none"> a) trudności w zarejestrowaniu się na wizytę, odmowa rejestracji telefonicznej; b) sposób prowadzenia list oczekujących; c) odmowa udzielenia świadczenia, również w stanie nagłym; d) sposób weryfikacji prawa do świadczeń, odmowa udzielenia świadczenia w przypadku negatywnej weryfikacji prawa do świadczeń, odmowa udzielenia świadczenia na podstawie przepisów o koordynacji; e) długi czas oczekiwania na świadczenia gwarantowane; f) żądanie nowego skierowania w przypadku kontynuacji leczenia; g) nieszanowanie uprawnień osób posiadających prawo do korzystania ze świadczeń poza kolejnością; h) nieinformowanie Pacjentów o zmianie terminu realizacji świadczenia; i) trudności z uzyskaniem zaświadczenia o stanie zdrowia; j) odsyłanie Pacjentów przez lekarzy specjalistów do izby przyjęć szpitala; k) pobieranie opłat za świadczenia gwarantowane; l) kierowanie Pacjentów na badania diagnostyczne poza systemem; m) zmiana terminu badania diagnostycznego; n) wypisywanie pełnopłatnych recept; o) niezgodność zapisów w dokumentacji medycznej ze stanem faktycznym; p) nieprzestrzeganie harmonogramu pracy lekarzy.
leczenie szpitalne	<ul style="list-style-type: none"> a) odmowa udzielenia świadczenia, również dziecku w stanie nagłym, Pacjentowi z innego województwa; b) odmowa wykonania wcześniej zaplanowanego zabiegu; c) niewłaściwy sposób prowadzenia list oczekujących; d) odmowa przyjęcia do oddziału pomimo wcześniej ustalonego terminu; e) odmowa rejestracji na badania specjalistyczne; f) odmowa udzielenia świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym; g) odmowa realizacji transportu sanitarnego po zakończonej hospitalizacji; h) zmiana ustalonego terminu zabiegu, brak informacji o czasie oczekiwania na świadczenie; i) odsyłanie Pacjentów do lekarzy poz w celu uzyskania skierowania do specjalisty oraz na badania kontrolne; j) długi czas oczekiwania na świadczenia gwarantowane; k) nieszanowanie uprawnień osób posiadających prawo do korzystania ze świadczeń poza kolejnością; l) trudności z realizacją badań przedszpitalnych; m) pobieranie opłat za świadczenia gwarantowane; n) ograniczanie dostępu do leku refundowanego w izbie przyjęć szpitala.
Narodowy Fundusz Zdrowia	<ul style="list-style-type: none"> a) potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe w miejscu zamieszkania; b) długi czas oczekiwania na ocenę i kwalifikację skierowania na leczenie uzdrowiskowe; c) nieuzasadnione kwestionowanie prawa do świadczeń; d) przewlekłość postępowania w zakresie wydania Pacjentowi poświadczenia o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych na terytorium RP; e) niewłaściwe zachowania pracowników, sposób prowadzenia rozmów telefonicznych; f) błędna informacja o ważności dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń; g) błędna informacja o zasadach refundacji przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych; h) funkcjonowanie systemu numerycznego w sali obsługi utrudniające obsługę osobom zainteresowanym.

W celu szczegółowego porównania liczby skarg składanych w 2013 r. w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu określono wskaźnik skarg na 100 tys. mieszkańców dla poszczególnych oddziałów.

Tabela nr IV. 25. Współczynnik liczby skarg w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu.

skargi dotyczące udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do liczby mieszkańców województwa			
(dane GUS na 30.09.2013 r.)			
oddział wojewódzki NFZ	liczba ludności	liczba skarg na 100 000 mieszkańców w oddziałach wojewódzkich NFZ	
		2013 r.	
		liczba skarg	współczynnik
Dolnośląski	2 911 100	475	16,32
Kujawsko-Pomorski	2 094 400	222	10,6
Lubelski	2 159 100	81	3,75
Lubuski	1 022 200	227	22,21
Łódzki	2 515 900	246	9,78
Małopolski	3 359 700	144	4,29
Mazowiecki	5 313 100	865	16,28
Opolski	1 005 900	88	8,75
Podkarpacki	2 129 200	121	5,68
Podlaski	1 195 800	135	11,29
Pomorski	2 294 700	272	11,85
Śląski	4 604 000	608	13,21
Świętokrzyski	1 269 200	241	18,99
Warmińsko-Mazurski	1 447 600	137	9,46
Wielkopolski	3 465 900	305	8,8
Zachodniopomorski	1 719 500	283	16,46
CAŁY KRAJ	38 507 300	4 450	11,56

Współczynnik skarg na 100 tys. mieszkańców w 2013 r. liczony dla całego kraju wyniósł 11,56 i obniżył się nieznacznie w stosunku do współczynnika skarg w 2012 r., kiedy wynosił 11,76.

Skargi i wnioski dotyczące świadczeniodawców

W 2013 r. rozpatrzono łącznie 3 849 skarg na świadczeniodawców, z czego w oddziałach wojewódzkich Funduszu rozpatrzono 3 822 skargi, co stanowi 99,3% wszystkich rozpatrzonych skarg, zaś w Centrali Funduszu rozpatrzono 27 skarg. Ogólna liczba rozpatrzonych skarg na świadczeniodawców w 2013 r. zwiększyła się o ok. 5,1% w stosunku do 2012 r. (3 654 skargi).

Tabela nr IV.26. Liczba skarg dotyczących świadczeniodawców w podziale na rodzaje świadczeń:

lp.	rodzaj świadczenia	liczba skarg rozpatrzonych w 2013 r.	liczba skarg rozpatrzonych w 2012 r.
1.	podstawowa opieka zdrowotna	870	791
2.	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	927	948
3.	leczenie szpitalne	735	648
4.	gospodarka lekami	24	65
5.	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	53	60
6.	rehabilitacja lecznicza	255	237
7.	opieka paliatywna i hospicyjna	10	19
8.	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	47	26
9.	leczenie stomatologiczne	424	351
10.	lecznictwo uzdrowiskowe	233	246
11.	pomoc doraźna i transport sanitarny	3	5
12.	ratownictwo medyczne	47	57
13.	profilaktyczne programy zdrowotne	20	32
14.	świadczenia odrębnie kontraktowane	7	11
15.	sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze	48	48
	SUMA	3 703	3 544
16.	inne	146	110
17.	wnioski	0	0
X	RAZEM	3 849	3 654

W 2013 r. do Funduszu nie wpłynęły wnioski dotyczące realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców.

Tabela nr IV.27. Liczba skarg w podziale na skargi dotyczące dostępności do świadczeń oraz ich jakości:

rodzaj świadczeń zdrowotnych	liczba skarg i wniosków na świadczeniodawców	liczba skarg:		
		dostępność do świadczeń	jakość świadczenia	pozostałe
podstawowa opieka zdrowotna	870	541	175	154
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	927	618	181	128
leczenie szpitalne	735	439	195	101
gospodarka lekiem	24	14	4	6
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	53	24	13	16
rehabilitacja lecznicza	255	158	51	46
opieka paliatywna i hospicyjna	10	5	3	2
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	47	28	14	5
leczenie stomatologiczne	424	148	203	73
lecznictwo uzdrowskowe	233	30	116	87
pomoc doraźna i transport sanitarny	3	2	1	0
ratownictwo medyczne	47	29	15	3
profilaktyczne programy zdrowotne	20	11	3	6
świadczenia odrębnie kontraktowane	7	6	1	0
sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze	48	10	26	12
inne skargi	146	76	22	48
wnioski	0	0	0	0
RAZEM	3 849	2 139	1 023	687

W 2013 r. 55,6% wszystkich skarg dotyczyło dostępności do świadczeń, a 26,6% – ich jakości.

Powyższa proporcja zmieniła się nieznacznie w stosunku do 2012 r. kiedy to 56,7% wszystkich rozpatrzonych skarg i wniosków dotyczyło dostępności do świadczeń, a 29,3% jakości udzielanych świadczeń.

Na podstawie prowadzonego postępowania wyjaśniającego w procesie rozpatrywania skarg wpływających do oddziałów wojewódzkich Funduszu podejmowano decyzje o skierowaniu wniosków do właściwych komórek organizacyjnych oddziałów wojewódzkich o przeprowadzenie postępowań kontrolnych u świadczeniodawców.

W 2013 r. komórki organizacyjne rozpatrujące skargi i wnioski w oddziałach wojewódzkich Funduszu wystąpiły ze 107 wnioskami o przeprowadzenie kontroli, w wyniku czego do końca 2013 r. zakończono 67 postępowań kontrolnych u świadczeniodawców. Część postępowań dotyczyła okresu sprawozdawczego 2012 r. Część wniosków o przeprowadzenie kontroli znajduje się w toku postępowania, ewentualnie została włączona przez komórki kontrolne oddziałów wojewódzkich Funduszu do kontroli planowych lub komórka kontrolna po dokonaniu analizy sprawy odrzuciła wnioski o przeprowadzenie kontroli.

Przeprowadzone kontrole dotyczyły: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (9 – zasadnych, 6 – niezasadnych), podstawowej opieki zdrowotnej (4 – zasadne, 2 – niezasadne), leczenia szpitalnego (14 – zasadnych, 10 – niezasadnych), warunków pobytu i jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w zakładach uzdrowskowych (3 – zasadne, 3 – niezasadne), leczenia stomatologicznego (2 – zasadne), opieki paliatywnej i hospicyjnej (2 – zasadne), świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych (4 – zasadne, 1 – niezasadna), opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (1 – niezasadna), zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze (2 – zasadne), realizacji recept przez aptekę (2 – zasadne), pomocy doraźnej i transportu sanitarnego (1 – zasadna), ratownictwa medycznego (1 – niezasadna).

Skargi i wnioski dotyczące działalności Funduszu

W 2013 r. w oddziałach wojewódzkich i Centrali Funduszu rozpatrzono 1 041 skarg i 2 wnioski dotyczące działalności Funduszu, w tym: w oddziałach wojewódzkich Funduszu – 628 skarg, w Centrali Funduszu – 413 skarg i 2 wnioski.

Tabela nr IV.28. Liczba skarg rozpatrzonych w oddziałach wojewódzkich Funduszu, dotyczących działalności Funduszu.

oddział wojewódzki	liczba skarg złożonych na działalność Funduszu
Dolnośląski	21
Kujawsko-Pomorski	21
Lubelski	3
Lubuski	20
Łódzki	42
Małopolski	8
Mazowiecki	180*
Opolski	6
Podkarpacki	6
Podlaski	1
Pomorski	194**
Śląski	67
Świętokrzyski	22
Warmińsko-Mazurski	6
Wielkopolski	19
Zachodniopomorski	12
RAZEM	628
* w tym 141 skarg dotyczących realizacji skierowań na leczenie uzdrowiskowe ** zbiorowa akcja Pacjentek z powodu niepodpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z poradnią ginekologiczno-położniczą	

W 2013 r. w oddziałach wojewódzkich Funduszu odnotowano spadek liczby rozpatrzonych skarg na działalność oddziałów wojewódzkich Funduszu w stosunku do liczby skarg w 2012 r. (906 skarg).

W Centrali Funduszu w 2013 r. rozpatrzono: 398 skarg na działalność oddziałów wojewódzkich Funduszu (w 2012 r. 319 skarg), 15 skarg i 2 wnioski dotyczące działalności Centrali Funduszu.

Tabela nr IV.29. Liczba i odsetek skarg i wniosków rozpatrzonych w 2013 r. w Centrali Funduszu.

oddział wojewódzki	liczba skarg i wniosków dotyczących pracy Narodowego Funduszu Zdrowia rozpatrzonych w Centrali Narodowym Funduszu Zdrowia	odsetek
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Dolnośląski	18	4,34
Kujawsko-Pomorski	189*	45,54
Lubelski	4	0,96
Lubuski	22	5,3
Łódzki	15	3,61
Małopolski	13	3,13
Mazowiecki	41	9,88
Opolski	8	1,93
Podkarpacki	7	1,69
Podlaski	4	0,96
Pomorski	14	3,37
Śląski	29	6,99
Świętokrzyski	12	2,89
Warmińsko-Mazurski	6	1,45
Wielkopolski	8	1,93
Zachodniopomorski	8	1,93
Centrala	17	4,1
RAZEM	415	100

* zbiorowa akcja prowadzona przez świadczeniodawcę – Regionalny Szpital Specjalistyczny im. dr W. Biegańskiego w Grudziądzu za pośrednictwem Pacjentów

Skargi dotyczące pracy Funduszu rozpatrzone w Centrali Funduszu w szczególności dotyczyły:

- pracy komórek organizacyjnych w Funduszu – 34 skargi,
- potwierdzania skierowań na leczenie uzdrowiskowe w oddziałach wojewódzkich Funduszu – 119 skarg,
- realizacji wniosków na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze – 1 skarga,
- pozostałe skargi niezakwalifikowane do ww. zakresów – 259 skarg.

Wśród skarg wnoszonych do Centrali Funduszu, niezakwalifikowanych do szczegółowych zakresów, największą liczbę stanowił protest przeciwko limitowaniu świadczeń zdrowotnych (178 skarg – 42,89%).

Natomiast skargi dotyczące realizacji skierowań na leczenie uzdrowiskowe stanowiły 28,67%. Pacjenci skarżyli się na sposób kwalifikowania do lecznictwa uzdrowiskowego oraz sposób rozpatrywania i potwierdzania skierowań na leczenie uzdrowiskowe przez oddziały wojewódzkie Funduszu.

Na działalność Centrali Funduszu rozpatrzono 15 skarg, których przedmiotem były zastrzeżenia do odpowiedzi udzielanych przez Fundusz.

Ponadto w Centrali Funduszu rozpatrzono 2 wnioski, które zostały uznane za niezasadne ze względu na uregulowania prawne.

Wnioski rozpatrzone w zakresie działalności Funduszu dotyczyły:

- usunięcia w części B zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środki pomocnicze obowiązku wpisywania przez oddziały wojewódzkie Funduszu rodzaju schorzenia stanowiącego podstawę do wystawienia zlecenia; w wyniku opinii Biura Prawnego i Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej wniosek nie został uwzględniony,
- w sprawie utworzenia nowego programu profilaktycznego dotyczącego chorób układu krążenia; po uzyskaniu stanowiska Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej wniosek nie został uwzględniony.

V. Realizacja zadań wynikających z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego

V.1. Charakterystyka ogólna

Od 2004 r. Fundusz realizuje, na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz regulacji krajowych, zadania instytucji właściwej (instytucji miejsca zamieszkania oraz instytucji miejsca pobytu) – poprzez oddziały wojewódzkie Funduszu oraz zadania instytucji łącznikowej – poprzez Departament Współpracy Międzynarodowej w Centrali Funduszu.

Do najważniejszych zadań realizowanych przez Fundusz w roli instytucji właściwej (miejsca pobytu, zamieszkania) w ramach przepisów o koordynacji należą:

- zapewnienie dostępu do rzeczowych świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych i uprawnionych,
- prowadzenie ewidencji osób ubezpieczonych oraz uprawnionych,
- potwierdzanie faktu oraz okresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym,
- wydawanie zaświadczeń oraz poświadczeń potwierdzających prawo do rzeczowych świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji,
- wydawanie zgody na przeprowadzenie leczenia planowanego lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim UE/EFTA.

Obszary działań Departamentu Współpracy Międzynarodowej Centrali Funduszu jako komórki pełniącej rolę instytucji łącznikowej wskazane są w Regulaminie Organizacyjnym Centrali Funduszu. Wśród nich do najważniejszych zadań należą:

- utrzymywanie wzajemnych, bezpośrednich kontaktów z innymi instytucjami łącznikowymi i właściwymi państw członkowskich UE/EFTA,
- opracowywanie wytycznych dotyczących stosowania przepisów wspólnotowych oraz przekazywania informacji o zmianach w tych przepisach wraz z ich interpretacją,
- informowanie osób ubezpieczonych o ich prawach wynikających z ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego,
- rozliczanie kosztów rzeczowych świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom uprawnionym oraz ubezpieczonym w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego,
- współpraca z instytucjami właściwymi w zakresie rozliczania tych kosztów,

- przetwarzanie danych dotyczących osób korzystających z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w ramach koordynacji,
- udział w pracach Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego oraz Komisji Obrachunkowej Unii Europejskiej,
- analiza spraw i problemów merytorycznych zgłaszanych w związku z obsługą osób ubezpieczonych i uprawnionych w ramach koordynacji.

Z dniem 1 maja 2010 r. weszło w życie rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 oraz rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009, skutkujące wprowadzeniem dokumentów SED oraz dokumentów przenośnych, które zastępują dotychczasowo stosowane formularze serii E-100. W okresie przejściowym prawodawca przewidział równoległe wykorzystywanie obu typów dokumentów. W związku z przeważającym udziałem w wymianie pomiędzy instytucjami formularzy serii E-100 na potrzeby sprawozdania zachowana została dotychczasowa nomenklatura nazewnicza, co oznacza, że użyte nazwy formularzy serii E-100 oznaczają również zastępujące je odpowiednie dokumenty SED oraz dokumenty przenośne.

Na podstawie wyników analizy porównawczej danych dotyczących realizacji przez Fundusz zadań wynikających z przepisów o koordynacji w 2013 r. oraz w latach poprzednich, zaobserwować można następujące najważniejsze zjawiska charakterystyczne dla rozwoju tego obszaru działalności:

- wzrost kwoty roszczeń, która wpłynęła do Centrali Funduszu na notach obciążeniowych wystawionych przez inne państwa członkowskie o 20,17% w 2013 r. w stosunku do 2012 r., przy jednoczesnym wzroście liczby załączonych do not formularzy o 4,54%. Do not tych 29 państw członkowskich UE/EFTA załączyło łącznie 104 023 formularze rozliczeniowe E 125 na łączną kwotę 333 670 126,14 PLN (przeliczenie roszczeń na walutę polską dokonano zgodnie z tabelą kursów NBP nr 251/A/NBP/2013 z dnia 31 grudnia 2013 r.);
- wzrost liczby osób uprawnionych korzystających na terenie Polski ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Liczba formularzy rozliczeniowych E 125, jakie zostały przesłane za świadczenia udzielone w 2013 r. do innych państw członkowskich wzrosła o 24,15% w porównaniu do roku poprzedniego. Formularze te objęły rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym w 2013 r. Całkowite koszty świadczeń wykazane na tych formularzach wzrosły przy tym o 8,82% w porównaniu do roku poprzedniego i wyniosły 129 438 339,43 PLN (z uwzględnieniem formularzy korygujących);
- spadek liczby osób ubezpieczonych, za które państwa członkowskie UE/EFTA przedstawiły rozliczenie wg kwot zryczałtowanych. Liczba formularzy rozliczeniowych E 127 spadła w stosunku do roku poprzedniego o 23,39%, natomiast łączna kwota przedstawiona na formularzach E 127 w 2013 r. spadła o 64,94%;
- kontynuacja procesu wystawienia przez Fundusz roszczeń rozliczanych na podstawie kwot zryczałtowanych przedstawianych na formularzach E 127 PL. W 2013 r. oddziały wojewódzkie Funduszu wystawiły 1 777 formularzy E 127 na kwotę łączną w wysokości 23 635,14 PLN. Koszty te dotyczyły rozliczeń ryczałtowych oraz korekt za lata 2004-2009. Ponadto, dla wystawionych w 2013 r. przez Fundusz formularzy E 127 za rok 2012, do końca 2013 r. nie nastąpiła publikacja wysokości polskich kwot zryczałtowanych;
- wzrost bezwzględnej liczby osób uprawnionych z innych państw członkowskich, zamieszkałych na terenie Polski, które posiadają prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w pełnym zakresie na podstawie zarejestrowanego w Funduszu formularza E 106, E 109, E 120 lub E 121;
- wzrost liczby wydanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu zaświadczeń potwierdzających prawo do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji o 28,90% w stosunku do roku poprzedniego;
- w związku z rozszerzeniem Unii Europejskiej z dniem 1 lipca 2013 r. w pierwszym półroczu 2013 r. rozpoczęto wydawanie zaświadczeń uprawniających do korzystania ze świadczeń na terenie Chorwacji. W związku z powyższym odpowiednie tabele sprawozdawcze zostały uzupełnione o to państwo;

- prowadzenie działań przygotowujących do przyjęcia przez Fundusz zadań wynikających z implementacji dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej;
- prowadzenie działań w ramach projektu budowy systemu EESSI-PL dedykowanego do elektronicznej wymiany dokumentów z państwami członkowskimi UE/EFTA, który zapewni przekazywanie informacji w zakresie prawa do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji oraz wspierać będzie proces rozliczeń pomiędzy instytucjami łącznikowymi państw członkowskich UE/EFTA w obszarze koordynacji.

Konsekwencją powyższych zjawisk jest stały wzrost kosztów administracyjnych ponoszonych przez Fundusz na realizację zadań wynikających z przepisów o koordynacji oraz wzrost środków finansowych potrzebnych na rozliczanie kosztów udzielonych świadczeń z innymi państwami członkowskimi UE i EFTA.

V.2. Uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji

V.2.1. Zaświadczenia wydane przez Fundusz osobom ubezpieczonym

W 2013 r. oddziały wojewódzkie Funduszu wystawiły łącznie 2 032 442 dokumenty uprawniające osoby ubezpieczone w Funduszu do korzystania z rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA, co oznacza wzrost o 28,90% w stosunku do poziomu z roku poprzedniego. Z całkowitej liczby wydanych zaświadczeń 99,62% dokumentów potwierdzało uprawnienia do świadczeń w zakresie niezbędnym podczas pobytu czasowego na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA. Udział ten nie uległ istotnej zmianie w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego. Pozostałe dokumenty związane były z przeniesieniem miejsca zamieszkania do innego państwa.

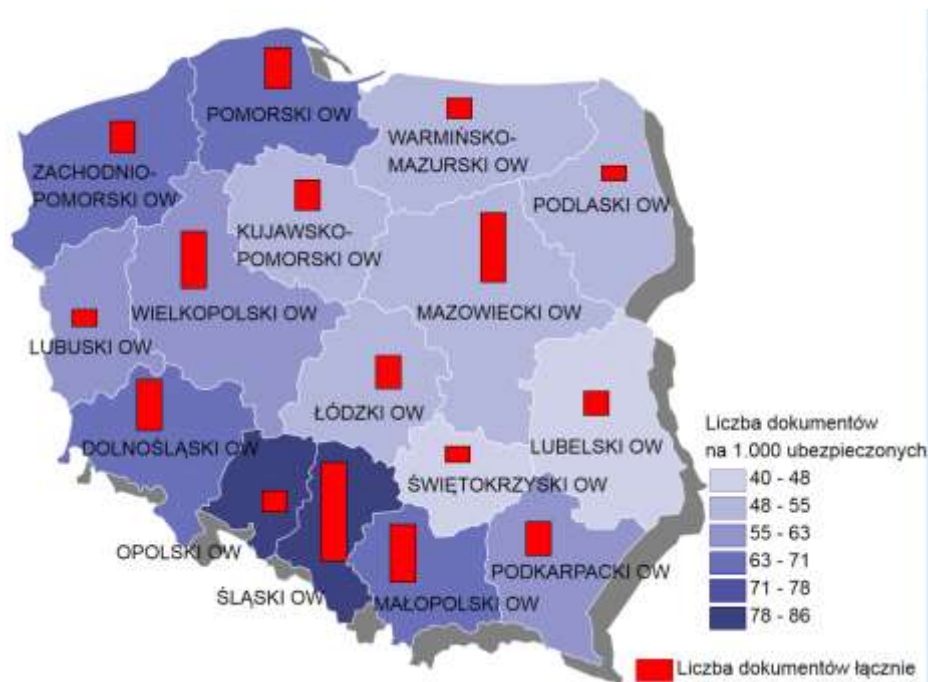
Oddziałem, który wydał największą liczbę dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń, tak jak w poprzednim okresie sprawozdawczym, był śląski oddział wojewódzki Funduszu (16,34%). Udział kolejnych 5 oddziałów kształtował się na poziomie od: 11,37% w przypadku oddziału mazowieckiego do 6,56% w przypadku oddziału pomorskiego. Pozostałych 10 oddziałów wojewódzkich Funduszu wystawiło łącznie 38,80% całkowitej liczby dokumentów wydanych przez Fundusz.

Biorąc pod uwagę liczbę ubezpieczonych na terenie poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, najwięcej zaświadczeń przypadających na 1 000 osób ubezpieczonych zostało wydanych w oddziale opolskim.

W Oddziale tym na każde 1 000 osób ubezpieczonych wydanych zostało 86 dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń, przy średniej dla Polski na poziomie 60 dokumentów. Wskaźnik odchylenia od średniej liczby wydanych zaświadczeń na 1 000 osób ubezpieczonych wynosił w przypadku opolskiego oddziału wojewódzkiego 1,43. Wskaźnik ten plasował się widocznie powyżej średniej w przypadku oddziałów przygranicznych, położonych przede wszystkim w zachodniej i południowej części kraju: opolskiego, śląskiego, zachodniopomorskiego, pomorskiego oraz dolnośląskiego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Najniższe zainteresowanie ubezpieczonych dokumentami potwierdzającymi prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA zostało odnotowane w przypadku oddziałów położonych we wschodniej oraz centralnej części kraju: lubelskim, świętokrzyskim, podlaskim, łódzkim oraz mazowieckim oddziale wojewódzkim Funduszu (wykres nr V.1).

Wykres nr V.1. Liczba wydanych zaświadczeń w 2013 r. w przeliczeniu na 1 000 ubezpieczonych wg oddziału wojewódzkiego Funduszu



Zgodnie z deklaracją ubezpieczonych wskazaną na wniosku o wydanie dokumentu, w strukturze kierunków wyjazdów, tak jak w roku poprzednim, największy udział miały Niemcy (17,41%). W związku z przystąpieniem Chorwacji, od 1 lipca 2013 r., do UE, w przypadku 6,11% całkowitej liczby wydanych zaświadczeń, jako kierunek wyjazdu wskazane zostało to państwo. Ponownie jak w poprzednim roku zwiększył się udział wniosków, w których ubezpieczeni nie wskazali kierunku wyjazdu (wzrost z 28,05% do 31,52%)

Wśród kolejnych, pod względem liczby wydanych dokumentów, państw stanowiących deklarowany kierunek wyjazdów znalazły się: Włochy (7,44%), Chorwacja (6,11%), Wielka Brytania (5,55%), Hiszpania (4,08%), Austria (3,59%) oraz Francja (3,59%). W związku z wyjazdem osób ubezpieczonych do jednego z sześciu ww. państw wydano łącznie 47,77% całkowitej liczby zaświadczeń wystawionych przez Fundusz w 2013 r.

Dane dotyczące liczby zaświadczeń wydanych w związku z pobytem na terenie poszczególnych państw członkowskich UE/EFTA wg rodzaju dokumentu przedstawione zostały w tabeli nr V.1.

Oddziały wojewódzkie Funduszu wydały w 2013 r. 2 005 154 karty EKUZ, będące podstawowym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń w ramach przepisów o koordynacji. Stan ważnych EKUZ na dzień 31 grudnia 2013 r. wynosił 1 523 991 karty.

Analizując strukturę Europejskich Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego pod kątem grup osób ubezpieczonych, które wnioskowały o wydanie dokumentu, najwięcej osób deklarowało jako cel wyjazd turystyczny (85,60%). W związku z oddelegowaniem do pracy na terenie innego państwa członkowskiego oddziały wojewódzkie Funduszu wydały 198.631 kart EKUZ.

Największą grupę osób wnioskujących o kartę EKUZ stanowili pracownicy wyjeżdżający turystycznie na teren innego państwa członkowskiego UE/EFTA (30,55%). Wśród kolejnych grup pod względem liczby wydanych kart znalazły się osoby ubezpieczone jako członkowie rodziny wyjeżdżający turystycznie (29,11%) oraz pracownicy oddelegowani na podstawie dokumentu A1 (10,12%).

W strukturze wydanych w 2013 r. kart EKUZ zauważalne jest silne zjawisko sezonowości, które ukształtowało się w zbliżony sposób jak w latach poprzednich. oddziały wojewódzkie Funduszu wydają największą liczbę dokumentów w okresach nasilonego ruchu turystycznego w okresie letnim.

Tabela nr V.1. Liczba zaświadczeń wydanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w 2013 r. wg deklarowanego państwa pobytu/ państwa miejsca zamieszkania oraz rodzaju dokumentu

Państwo UE/EFTA	EKUZ	Certyfikat	E 104	E 106	E 109	E 120	E 121	E 123	Łącznie
AUSTRIA	72 120	605	44	52	7	0	69	3	72 900
BELGIA	28 557	1 264	785	268	7	0	29	18	30 928
BULGARIA	38 841	27	75	116	0	0	2	0	39 061
CHORWACJA	124 184	64	2	11	1	0	0	0	124 262
CYPR	5 322	9	1	0	0	0	0	0	5 332
CZECHY	39 539	280	259	148	4	0	26	0	40 256
DANIA	11 748	102	7	6	0	0	6	0	11 869
ESTONIA	1 214	3	0	1	0	0	0	0	1 218
FINLANDIA	4 097	89	15	6	1	0	1	7	4 216
FRANCJA	71 721	938	17	111	5	0	44	33	72 869
GRECJA	62 795	80	1	19	2	0	4	0	62 901
HISZPANIA	82 507	236	3	41	7	0	48	0	82 842
HOLANDIA	31 995	617	19	50	3	0	10	1	32 695
IRLANDIA	17 119	36	9	13	0	0	25	0	17 202
ISLANDIA	1 511	5	428	1	0	0	0	0	1 945
LIECHTENSTEIN	319	1	0	0	0	0	0	0	320
LITWA	11 273	29	1	36	0	0	4	0	11 343
LUKSEMBURG	1 476	25	3	11	3	0	2	1	1 521
ŁOTWA	1 222	8	0	12	0	0	1	0	1 243
MALTA	4 150	6	9	1	0	0	0	0	4 166
NIEMCY	340 237	8 046	2 200	638	99	4	892	1 808	353 924
NORWEGIA	22 001	172	41	8	0	0	1	0	22 223
PORTUGALIA	12 560	36	0	7	0	0	0	0	12 603
RUMUNIA	4 705	32	0	286	0	0	0	0	5 023
SŁOWACJA	34 089	122	56	104	1	0	2	0	34 374
SŁOWENIA	6 327	21	0	11	3	0	1	0	6 363
SZWAJCARIA	8 596	167	6	23	4	0	4	2	8 802
SZWECJA	28 283	426	5	28	4	0	23	0	28 769
WĘGRY	36 400	92	9	32	0	0	7	0	36 540
WIELKA BRYTANIA	112 328	365	25	33	1	0	45	0	112 797
WŁOCHY	150 774	404	7	82	9	0	37	1	151 314
PAŃSTWO NIEOKREŚLONE	637 144	3 477	0	0	0	0	0	0	640 621
ŁĄCZNIE	2 005 154	17 784	4 027	2 155	161	4	1 283	1 874	2 032 442

V.2.2. Poświadczenia wydane na podstawie zarejestrowanych formularzy przedstawionych przez osoby uprawnione

W 2013 r. Fundusz wydał osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji ogółem 58 378 poświadczeń do zarejestrowanych formularzy E 106, E 109, E 120, E 121 oraz E 123, które uprawniały do korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie Polski. W 2013 r. odnotowano wzrost liczby wystawionych poświadczeń o 14,61% w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego.

Łączna liczba osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń na terenie Polski w 2013 r. na podstawie ważnych w okresie sprawozdawczym poświadczeń wynosiła 133 792 osoby.

Dane szczegółowe dotyczące struktury wydanych/ ważnych w 2013 r. poświadczeń wg rodzaju zarejestrowanego dokumentu i oddziału rejestrującego zostały przedstawione w tabeli nr V.2.

Tabela nr V.2. Struktura poświadczeń wydanych przez Fundusz w 2013 r. ważnych w 2013 r. wg rodzaju formularza, dla którego wydano poświadczenie oraz oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Lp.	Oddział	Liczba poświadczeń według dokumentów, na podstawie których zostały wydane											
		wydanych w roku 2013						ważnych w roku 2013					
		E 106	E 109	E 120	E 121	E 123	ŁĄCZNIE	E 106	E 109	E 120	E 121	E 123	ŁĄCZNIE
1	DOLNOŚLĄSKI	5 297	709	0	90	0	6 096	11 599	1 506	0	518	12	13 635
2	KUJAWSKO-POMORSKI	2 093	538	2	41	1	2 675	4 342	1 144	2	228	7	5 723
3	LUBELSKI	1 279	294	0	49	0	1 622	1 808	572	0	158	7	2 545
4	LUBUSKI	2 730	210	0	28	5	2 973	6 804	657	1	166	9	7 637
5	ŁÓDZKI	957	284	0	25	3	1 269	1 835	580	0	179	7	2 601
6	MAŁOPOLSKI	3 795	947	0	91	1	4 834	8 183	2 195	1	387	5	10 771
7	MAZOWIECKI	1 547	349	0	109	0	2 005	3 114	761	1	526	10	4 412
8	OPOLSKI	4 918	653	0	54	5	5 630	12 895	2 227	0	216	14	15 352
9	PODKARPACKI	2 044	673	1	42	1	2 761	4 332	1 370	1	203	3	5 909
10	PODLASKI	403	251	1	16	1	672	808	560	1	90	5	1 464
11	POMORSKI	5 942	770	1	62	0	6 775	12 355	1 767	3	333	7	14 465
12	ŚLĄSKI	5 855	1 228	1	146	1	7 231	14 467	3 055	3	523	2	18 050
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	1 078	280	0	21	2	1 381	1 909	597	0	108	6	2 620
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 190	312	0	39	0	1 541	2 334	650	0	208	6	3 198
15	WIELKOPOLSKI	3 673	1 024	0	57	15	4 769	7 731	2 433	0	322	28	10 514
16	ZACHODNIOPOMORSKI	5 420	644	0	73	7	6 144	12 870	1 673	0	335	18	14 896
	ŁĄCZNIE	48 221	9 166	6	943	42	58 378	107 386	21 747	13	4 500	146	133 792

Wśród oddziałów wojewódzkich Funduszu, w których osoby uprawnione posiadały największą liczbę formularzy ważnych w okresie sprawozdawczym przeważają oddziały położone w zachodniej oraz południowej części kraju: śląski (18 050), opolski (15 352), zachodniopomorski (14 896), pomorski (14 465), dolnośląski (13 635), małopolski (10 771) i wielkopolski (10 514), w których osoby uprawnione otrzymały w sumie 73,01% wszystkich ważnych w 2013 r. poświadczeń – tabela nr V.2.

W strukturze poświadczeń wydanych w okresie sprawozdawczym największy udział mają poświadczenia wystawione na podstawie formularza E 106 (82,60%) oraz formularza E 109 (15,70%), czyli formularzy wydawanych dla pracowników najemnych i osób prowadzących działalność gospodarczą oraz członków ich rodzin. Na podstawie formularzy E 121, który otrzymują emeryci i renciści oraz członkowie ich rodzin, wystawiono 1,62% poświadczeń. Na podstawie pozostałych formularzy wydano łącznie 48 poświadczeń.

V.3. Świadczenia zrealizowane na podstawie przepisów o koordynacji

Wielkości przedstawione w tej części sprawozdania dotyczą rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia zdrowotnego w 2013 r. i w latach poprzednich, dla których roszczenia na formularzach rozliczeniowych E 125 wystawionych przez Fundusz lub przez inne państwa członkowskie UE/EFTA przedstawione zostały w 2013 r.

V.3.1. Struktura roszczeń zgłoszonych przez państwa członkowskie UE i EFTA w związku z leczeniem osób ubezpieczonych w Funduszu oraz stan zobowiązań RP na dzień 31.12.2013 r.

Od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r. do Centrali Funduszu wpłynęło 798 zbiorczych dokumentów rozliczeniowych, w tym: 129 not rozliczeniowych, 216 not korygujących oraz 453 odstąpień od wcześniej zgłoszonych roszczeń wystawionych przez 29 państw członkowskich UE/EFTA, do których instytucje załączyły łącznie 104 023 formularze E 125 dotyczące rozliczeń prowadzonych w oparciu o koszt rzeczywisty. Na formularzach tych dokonano rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym w łącznej wysokości 333 670 126,14 PLN.⁶

W porównaniu do roku poprzedniego wartość zgłoszonych roszczeń wzrosła o 20,17%⁷, przy jednoczesnym wzroście liczby załączonych do not formularzy o 4,54%.

⁶ przeliczenie na walutę polską dokonane zgodnie z tabelą kursów średnich NBP nr 251/A/NBP/2013 z dnia 31 grudnia 2013

⁷ przeliczenie na walutę polską dokonane zgodnie z tabelą kursów średnich NBP nr 251/A/NBP/2013 z dnia 31 grudnia 2013 dla roszczeń z 2012 i 2013 r.

Struktura rozliczeń przedstawionych przez poszczególne państwa członkowskie UE/EFTA kształtuje się w sposób zbliżony do obserwowanej w latach poprzednich: 59,75% łącznej wartości świadczeń dotyczyła roszczeń przedstawionych przez instytucje niemieckie, 14,85% – przez instytucje francuskie, 5,13% – przez instytucje austriackie, 4,70% – przez instytucje belgijskie oraz 2,53% – przez instytucje holenderskie (tabela nr V.3). Roszczenia przedstawione przez pozostałe 24 państwa członkowskie, które przysłały formularze rozliczeniowe w 2013 r., stanowiły 13,04% całkowitej kwoty roszczeń. Do końca 2013 r. roszczenia nie zostały przedstawione przez Chorwację.

Tabela nr V.3. Struktura roszczeń zgłoszonych w 2013 r. przez poszczególne państwa członkowskie

Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (PLN)
Niemcy	73 843	199 366 836,11
Austria	4 934	17 128 365,69
Francja	4 070	49 542 148,29
Belgia	3 477	15 687 668,20
Hiszpania	2 883	4 584 740,75
Czechy	2 698	2 694 754,11
Włochy	2 344	7 727 733,24
Holandia	1 919	8 442 871,59
Słowacja	1 670	1 429 215,53
Szwecja	1 035	6 199 570,72
Szwajcaria	787	3 992 232,08
Słowenia	688	542 229,02
Wielka Brytania	530	5 349 425,81
Portugalia	454	337 273,16
Finlandia	420	1 241 165,05
Grecja	386	244 330,50
Estonia	360	120 443,73
Węgry	327	254 355,16
Dania	288	956 719,07
Norwegia	262	6 320 443,15
Litwa	191	195 392,56
Luksemburg	155	855 559,78
Łotwa	82	18 139,43
Bułgaria	78	83 920,82
Cypr	50	232 188,53
Malta	43	76 027,17
Islandia	34	32 018,72
Rumunia	9	12 961,57
Liechtenstein	6	1 396,60
ŁĄCZNIE	104 023	333 670 126,14

Średni koszt świadczeń rozliczonych na 1 formularzu rozliczeniowym wzrósł o 389,83 PLN (z 2 817,83 PLN w 2012 r. do 3 207,66 PLN w 2013 r.).

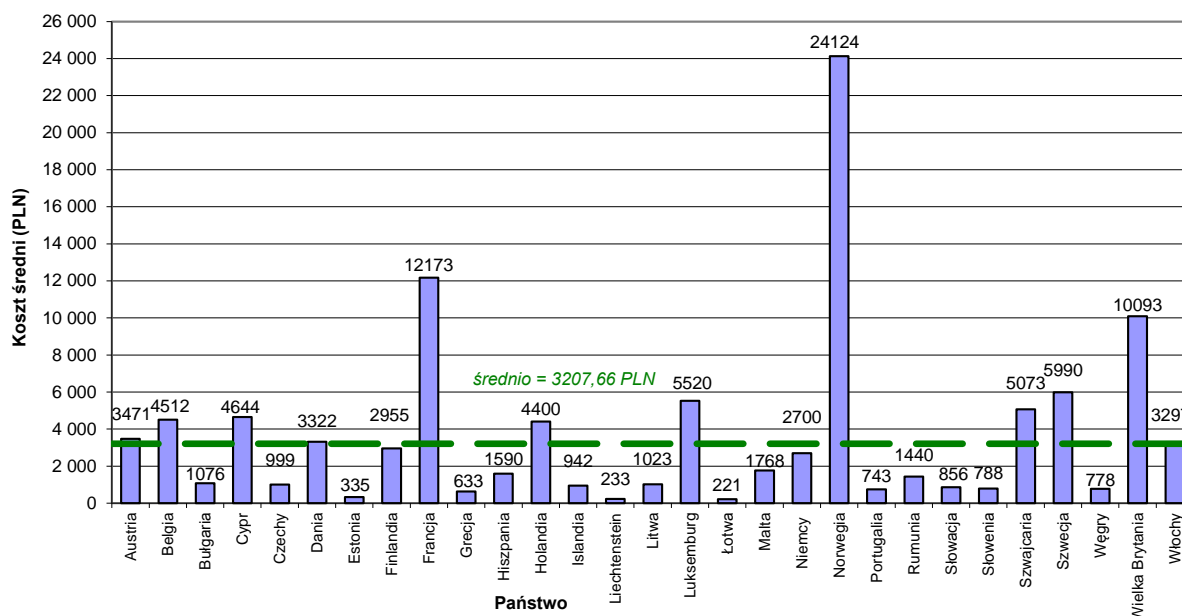
Porównując wysokość średniego kosztu w przeliczeniu na PLN, przedstawionego na formularzu przez poszczególne państwa członkowskie UE/EFTA, widoczne są istotne różnice pomiędzy państwami.

Podobnie, jak w latach poprzednich, najwyższy koszt średni świadczeń przypadający na 1 formularz w wysokości 24 123,83 PLN odnotowany został w przypadku dokumentów wystawionych przez instytucję norweską. Wynika to z faktu, że instytucja ta prowadzi rozliczenia z innymi państwami wyłącznie za świadczenia w rodzaju hospitalizacja.

Koszt średni w widoczny sposób przewyższający wartość średniej dla wszystkich państw został odnotowany w przypadku roszczeń wystawionych przez Francję (12 172,52 PLN), Wielką Brytanię (10 093,26 PLN), Szwecję (5 989,92 PLN) oraz Luksemburg (5 519,74 PLN) i Szwajcarię (5 072,72 PLN).

Najniższą wysokość kosztów średnich przypadających na 1 formularz rozliczeniowy odnotowano w przypadku roszczeń przedstawionych przez Łotwę, Liechtenstein i Estonię. Zaznaczyć należy jednakże, że wartości w stosunku do wyżej wskazanych państw nie powinny stanowić punktu odniesienia dla wiarygodnego wnioskowania w zakresie kosztu średniego z uwagi na stosunkowo niewielką liczbę formularzy przedstawionych przez te państwa.

Wykres nr V.2. Porównanie kosztów średnich świadczeń rozliczonych na 1 formularzu E 125 przedstawionych przez państwa członkowskie w 2013 r. (w PLN)



W 2013 roku Fundusz dokonywał, zgodnie z przyjętym harmonogramem rozliczeń, płatności na rzecz wszystkich 29 państw członkowskich UE i EFTA. Spłata zobowiązań została przeprowadzona w odniesieniu do przedstawionych przez ww. państwa formularzy E 125, załączonych do not obciążeniowych, w stosunku do których oddziały wojewódzkie Funduszu zakończyły (częściowo lub całkowicie) proces weryfikacji zasadności zwrotu kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym. Łączna wysokość kwot uregulowanych od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 roku wyniosła 291 006 401,92 PLN i dotyczyła roszczeń przysyłanych do Funduszu w latach 2004-2013 (przeliczenie na walutę polską przeprowadzone zostało zgodnie z kursem określonym przez bank, obowiązującym w dniu dokonania zapłaty). Wartość ta była o 5,31% niższa niż w analogicznym okresie roku poprzedniego.

Wg stanu na dzień 31 grudnia 2013 roku, w latach 2004-2013 do Centrali Funduszu wpłynęło w sumie 3 462 dokumentów rozliczeniowych (w tym: 892 not rozliczeniowych, 848 not korygujących oraz 1 722 odstąpień od wcześniej zgłoszonych roszczeń) na łączną kwotę 1 696 431 298,07 PLN , obejmujących 583 700 formularzy E 125. W latach 2004-2013 Polska nie otrzymała roszczeń irlandzkiej instytucji łącznikowej.

Stan zobowiązań Funduszu na dzień 31 grudnia 2013 z tytułu świadczeń rozliczanych wg kosztu rzeczywistego, które udzielone zostały osobom ubezpieczonym w NFZ przedstawia tabela nr V.4 (stan zobowiązań w walutach obcych) oraz tabela nr V.5 (oszacowanie wysokości zobowiązań w przeliczeniu na PLN).

Tabela nr V.4. Stan rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym na dzień 31 grudnia 2013 r. (rozliczenia wg kosztów rzeczywistych) – wartości roszczeń w walutach obcych

Państwo	Waluta	Stan rozliczeń na dzień 31.12.2013 - roszczenia przedstawione w latach 2004-2013			
		Liczba formularzy rozliczeniowych otrzymanych	Kwota otrzymanych roszczeń w walucie obcej	Kwota zapłacona w walucie obcej	Pozostała kwota do zapłaty w walucie obcej - stan zobowiązań NFZ
Austria	EUR	30 621	22 773 425,93	19 761 394,43	3 012 031,50
Belgia	EUR	22 421	21 431 798,07	20 512 017,72	919 780,35
Bulgaria	BGN	329	101 026,30	61 429,32	39 596,98
Cypr	EUR	193	186 478,71	166 232,00	20 246,71
Czechy	CZK	17 216	142 511 776,56	124 219 334,95	18 292 441,61
Dania	DKK	1 717	8 510 648,67	7 278 552,24	1 232 096,43
Estonia	EUR	1 507	104 365,95	89 516,66	14 849,29
Finlandia	EUR	3 588	1 472 389,52	1 358 569,41	113 820,11
Francja	EUR	17 617	41 969 038,28	33 967 206,55	8 001 831,73
Grecja	EUR	1 364	446 081,18	258 298,10	187 783,08
Hiszpania	EUR	19 357	6 101 564,07	5 500 562,49	601 001,58
Holandia	EUR	12 513	13 531 899,44	12 007 424,36	1 524 475,08
Islandia	ISK	171	10 076 139,00	9 210 667,00	865 472,00
Liechtenstein	CHF	15	3 287,40	2 874,40	413,00
Litwa	LTL	889	704 159,32	657 543,89	46 615,43
Luksemburg	EUR	1 317	1 420 999,78	1 291 890,25	129 109,53
Łotwa	LVL	226	14 414,85	11 175,16	3 239,69
Malta	EUR	144	122 854,38	122 854,38	0,00
Niemcy	EUR	405 719	238 722 429,23	205 493 831,92	33 228 597,31
Norwegia	NOK	1 160	51 734 716,62	42 549 348,95	9 185 367,67
Portugalia	EUR	1 955	329 647,72	251 454,00	78 193,72
Rumunia	RON	53	156 282,40	131 508,95	24 773,45
Słowacja	EUR	7 650	1 716 905,10	1 565 167,49	151 737,61
Słowenia	EUR	2 050	737 859,70	666 018,85	71 840,85
Szwajcaria	CHF	5 389	6 916 029,05	6 641 651,40	274 377,65
Szwecja	SEK	11 606	169 588 777,45	163 828 300,45	5 760 477,00
Węgry	HUF	1 534	96 504 880,00	65 366 905,00	31 137 975,00
Wielka Brytania	GBP	1 575	3 173 663,01	2 663 784,50	509 878,51
Włochy	EUR	13 804	16 118 451,03	15 220 883,02	897 568,01
ŁĄCZNIE		583 700			

Tabela nr V.5. Stan rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym na dzień 31 grudnia 2013 r. (rozliczenia wg kosztów rzeczywistych) – wartości roszczeń przeliczone na PLN

Państwo	Stan rozliczeń na dzień 31.12.2013		
	Liczba formularzy rozliczeniowych otrzymanych w latach 2004-2013	Kwota roszczeń otrzymanych w latach 2004-2013 w PLN *	Kwota zapłacona w PLN w latach 2004-2013 **
Austria	30 621	94 445 952,02	81 935 040,68
Belgia	22 421	88 881 953,01	84 532 035,64
Bulgaria	329	214 226,27	133 530,03
Cypr	193	773 364,50	684 264,28
Czechy	17 216	21 562 031,81	20 051 239,41
Dania	1 717	4 731 920,66	4 139 342,29
Estonia	1 507	432 826,47	369 534,74
Finlandia	3 588	6 106 293,82	5 612 056,97
Francja	17 617	174 053 995,54	139 757 541,56
Grecja	1 364	1 849 987,86	1 046 044,87
Hiszpania	19 357	25 304 406,49	22 522 047,42
Holandia	12 513	56 119 493,34	49 591 780,13
Islandia	171	263 642,18	218 969,76
Liechtenstein	15	11 116,67	7 469,95
Litwa	889	845 765,77	807 476,39
Luksemburg	1 317	5 893 170,28	5 331 511,00
Łotwa	226	85 060,59	65 684,95
Malta	144	509 501,69	495 150,26
Niemcy	405 719	990 029 658,82	843 291 079,58
Norwegia	1 160	25 624 205,10	22 165 901,26
Portugalia	1 955	1 367 115,06	1 044 103,13
Rumunia	53	144 748,77	125 072,64
Słowacja	7 650	7 120 348,82	6 213 896,47
Słowenia	2 050	3 060 051,75	2 769 015,36
Szwajcaria	5 389	23 387 243,86	21 284 131,75
Szwecja	11 606	79 604 972,14	72 151 066,84
Węgry	1 534	1 348 076,64	952 550,88
Wielka Brytania	1 575	15 813 728,04	13 261 641,56
Włochy	13 804	66 846 440,10	60 870 493,07
ŁĄCZNE	583 700	1 696 431 298,07	1 461 429 672,87

* kwoty roszczeń w PLN przeliczono zgodnie z tabelami kursów średnich NBP nr 251/A/NBP/2013 z dnia 2013-12-31

** kwoty zapłacone przeliczono zgodnie z kursem walut obowiązującym na dzień dokonania zapłaty ustalonym przez bank

Fundusz uruchomił w 2009 r. proces weryfikacji roszczeń w odniesieniu do rozliczeń prowadzonych w oparciu o koszt zryczałtowany, który w 2013 r. był kontynuowany w oparciu o półroczne harmonogramy rozliczeń. W 2013 r. dokonano płatności na rzecz instytucji innych państw członkowskich UE/EFTA za 923 formularze E 127 na łączną kwotę 7 139 281,98 PLN. Przeliczenie na walutę polską dokonano wg kursu ustalonego przez bank, obowiązującego na dzień dokonania płatności.

Z całkowitej kwoty dokonanych w 2013 r. płatności 40,98% zrealizowana została na rzecz instytucji francuskich, zaś 14,58% całkowitej kwoty stanowiły płatności na rzecz instytucji niemieckich.

W latach 2005-2013 do Funduszu wpłynęło 767 not rozliczeniowych dotyczących kosztów zryczałtowanych na łączną kwotę 119 361 938,76 PLN⁸, zawierających 13 237 formularzy E 127, z czego w 2013 r. do Centrali Funduszu wpłynęło łącznie 773 formularze E 127 na łączną kwotę 1 528 036,90 PLN. W 2013 r. w porównaniu do 2012 r. zmniejszyła się liczba formularzy E 127 o 23,39 %, kwota przedstawiona na formularzach o 64,94% a liczba not o 34,29%. Stanowi to bezpośrednią konsekwencję rezygnacji przez większość państw członkowskich UE/EFTA od maja 2010 r. z prowadzenia rozliczeń za świadczenia udzielone osobom posiadającym formularze E 109 i E 121 wg kwot zryczałtowanych i rozpoczęcie rozliczania świadczeń dotyczących 2010 r. i lat następnych wyłącznie według rzeczywiście poniesionych wydatków.

⁸ przeliczenie na walutę polską dokonane zgodnie z tabelą kursów średnich NBP nr 251/A/NBP/2013 z dnia 31 grudnia 2013 r.

Stan roszczeń przestawionych przez państwa członkowskie UE/EFTA na dzień 31 grudnia 2013 z tytułu świadczeń rozliczanych wg kwot zryczałtowanych (oszacowanie wysokości zobowiązań w przeliczeniu na PLN⁴) w podziale na państwa przedstawia tabela nr V.6. Przedstawiona w tabeli wysokość roszczeń nie obejmuje kosztów związanych z rozliczeniem formularzy E 127, dla których na dzień 31 grudnia 2013 r. nie została opublikowana kwota ryczału w odniesieniu do roku rozliczeniowego przedstawionego na formularzu. Roszczenia takie zawierają jedynie liczbę osobomiesięcy, za które powinna nastąpić płatność po opublikowaniu obowiązującej wysokości kwoty zryczałtowanej za dany rok (m.in. dotyczy to wskazanych w tabeli wartości dla Hiszpanii, Wielkiej Brytanii, Norwegii, Finlandii, Malty i Szwecji).

Tabela nr V.6. Stan roszczeń przestawionych przez państwa członkowskie UE/EFTA na dzień 31 grudnia 2013 z tytułu świadczeń rozliczanych wg kosztu ryczałowego – wartości świadczeń przeliczone na PLN

Państwo	Kwota przedstawionych roszczeń w PLN wg NBP ⁴	Liczba otrzymanych formularzy E 127	Kwota zatwierdzona do zapłaty w PLN wg NBP ⁴	Wartość dokonanych przelewów w PLN wg kursu ustalonego przez bank na dzień dokonania płatności
Austria	7 433 761,89	746	7 394 084,38	7 246 793,13
Belgia	2 480 637,12	264	2 461 943,41	2 465 180,83
Bułgaria	962,41	6	962,41	1 028,62
Cypr	34 836,48	12	31 125,90	31 952,95
Czechy	3 023 663,87	1 063	2 929 299,27	3 228 698,07
Finlandia	73 119,70	20	105 835,13	105 914,60
Francja	11 264 859,94	1 124	10 317 867,62	10 036 449,03
Grecja	332 794,52	57	230 076,93	221 230,31
Hiszpania	3 485 148,10	444	3 391 862,89	3 471 777,50
Holandia	2 187 880,70	165	2 139 862,96	2 178 350,63
Litwa	60 636,71	50	60 636,71	64 691,37
Luksemburg	352 981,66	30	327 211,21	328 213,13
Malta	10 673,90	9	10 673,90	10 930,92
Niemcy	82 819 257,95	8 001	80 760 982,27	82 046 135,88
Norwegia	41 256,01	15	41 256,02	45 816,66
Portugalia	32 190,36	8	32 190,36	32 485,37
Słowacja	72 462,64	65	81 743,75	82 093,87
Słowenia	75 037,94	17	75 037,94	71 827,98
Szwajcaria	719 188,61	55	719 188,61	741 768,18
Szwecja	2 350 759,69	364	2 350 759,69	2 358 984,40
Węgry	209 084,22	132	185 125,98	211 279,79
Wielka Brytania	860 187,14	260	860 187,13	837 830,41
Włochy	1 440 557,20	330	1 436 979,26	1 459 947,58
ŁĄCZNIE	119 361 938,76	13 237	115 944 893,73	117 279 381,21

V.3.2. Struktura roszczeń przekazanych przez Fundusz państwom członkowskim UE i EFTA w związku z leczeniem osób uprawnionych na terenie Polski oraz stan wierzytelności Polski na dzień 31.12.2013 r.

Fundusz wystawił 181 not rozliczeniowych (w tym 53 noty korygujące) związanych z rozliczeniem kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym w 2013 r., które zostały przekazane do 31 państw członkowskich UE i EFTA w drugiej połowie 2013 r. oraz dla not za okres II półrocza – w lutym 2014 r. Do not załączonych zostało łącznie 403 416 formularzy E 125 na kwotę łączną w wysokości 129 951 521,26 PLN. W związku z wystawieniem przez Fundusz w 2013 r. 1 558 formularzy korygujących na kwotę -513 181,83 PLN dotyczących świadczeń za rok 2013, łączna kwota wystawionych roszczeń za 2013 rok wyniosła 129 438 339,43 PLN i została przedstawiona na 404 974 formularzach E 125. Wartości kwot podano na podstawie danych z systemu księgowego Centrali Funduszu.

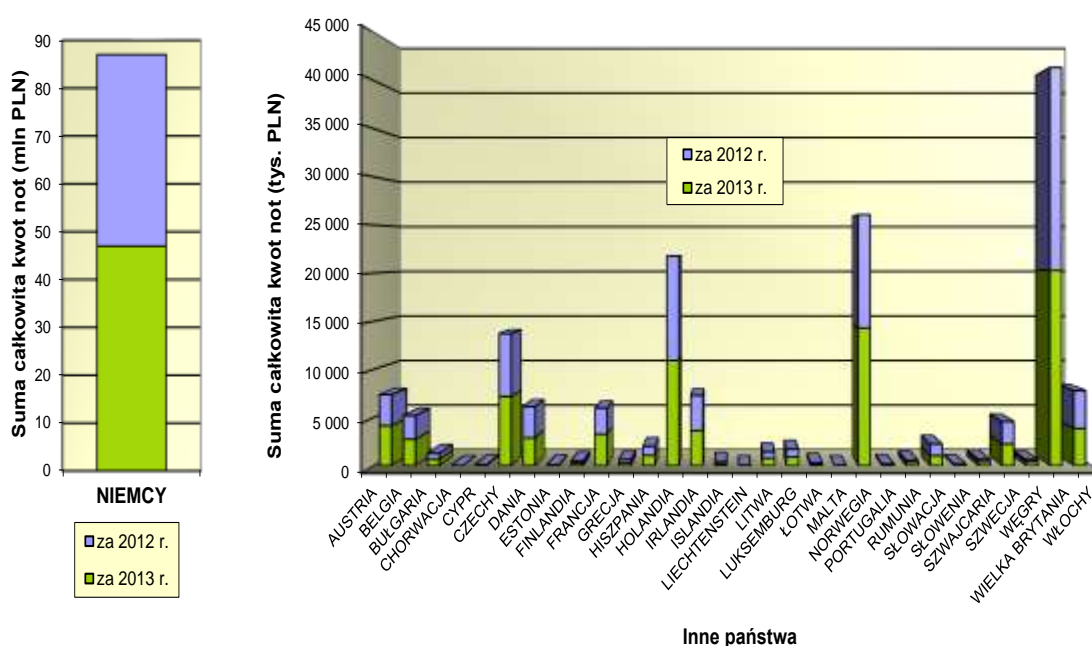
W porównaniu z rokiem poprzednim całkowita kwota przedstawionych roszczeń (bez uwzględnienia korekt) była wyższa o 8,82%, natomiast liczba wystawionych formularzy rozliczeniowych E 125, jakie zostały przesłane do innych państw członkowskich UE/EFTA wzrosła o 24,15%.

Średnia wysokość kosztu świadczeń rozliczonych na 1 formularzu E 125 (bez uwzględnienia korekt) spadła o 45,40 PLN (z 367,53 PLN w 2012 r. do 322,13 PLN w 2013 r.).

Z kwoty całkowitej roszczeń przedstawionych za rok 2013 innym państwom członkowskim UE/EFTA 36,32% stanowiły roszczenia powstałe w związku z kosztami świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z Niemiec. Formularze E 125 PL przekazane do tego państwa stanowiły 34,84% łącznej liczby wystawionych formularzy przez Fundusz za 2013 rok. W strukturze liczbowej wystawionych formularzy udział Niemiec w porównaniu z rokiem 2012 wzrósł o 4,16%, natomiast w strukturze kwotowej udział ten wzrósł o 2,35% (wykres nr V.3).

Pod względem liczby przekazanych przez Fundusz formularzy rozliczeniowych E 125 PL związanych z leczeniem osób uprawnionych na terenie Polski kolejne miejsce zajęły następujące państwa: Norwegia (16,22%), Wielka Brytania (11,00%) Holandia (10,63%) i Czechy (7,98%). W sumie do 5 wymienionych powyżej państw zostało przekazane 80,66% wystawionych przez Fundusz formularzy. Dane dotyczące roszczeń przekazanych do poszczególnych państw członkowskich w 2013 r. przedstawione zostały w tabeli nr V.7.

Wykres nr V.3. Porównanie struktury roszczeń przedstawionych przez Fundusz za lata 2012 i 2013 instytucjom niemieckim (w mln PLN) oraz pozostałym państwom członkowskim (w tys. PLN)



W kwocie całkowitej roszczeń przedstawionych za 2013 rok innym państwom członkowskim UE/EFTA największy udział stanowiły roszczenia powstałe w związku z kosztami świadczeń rozliczonymi przez oddział śląski. Następnymi w kolejności oddziałami były: małopolski, pomorski i zachodniopomorski.

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2013 r. państwa członkowskie UE/EFTA dokonały płatności na łączną kwotę 83 845 715,61 PLN za świadczenia udzielone osobom uprawnionym na terenie Polski w latach 2004-2013, które zostały przedstawione przez Polskę do rozliczenia na formularzach E 125 w 2013 r. i latach poprzednich.

W 2013 r. w kwocie dokonanych płatności największy udział (26,35%) stanowią płatności dokonane przez instytucje niemieckie w kwocie 22 092 451,30 PLN. Z uwagi na skalę rozliczeń Niemcy równocześnie pozostają największym dłużnikiem Polski. Pozostałe zobowiązania Niemiec wobec Polski za świadczenia udzielone w Polsce w latach 2004-2013 wynoszą 79 135 590,02 PLN, co stanowi 34,97% łącznej kwoty nieuregulowanych roszczeń.

Tabela nr V.7. Struktura roszczeń przedstawionych przez Fundusz za rok 2013 wg państw członkowskich (bez uwzględnienia formularzy korygujących)

PAŃSTWO	LICZBA WYSTAWIONYCH DOKUMENTÓW	WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ UDZIELONYCH W ROKU 2012
AUSTRIA	15 920	4 162 307,33
BELGIA	7 210	2 758 330,21
BULGARIA	661	655 303,01
CHORWACJA	5	6 901,91
CYPR	158	53 383,94
CZECHY	32 175	7 240 598,37
DANIA	13 725	2 901 078,56
ESTONIA	87	33 773,42
FINLANDIA	646	252 917,51
FRANCJA	5 140	3 299 323,41
GRECJA	490	328 343,86
HISZPANIA	2 368	1 072 952,24
HOLANDIA	42 866	10 986 217,76
IRLANDIA	7 589	3 653 378,14
ISLANDIA	568	150 829,37
LIECHTENSTEIN	57	5 973,83
LITWA	639	787 354,90
LUKSEMBURG	4 027	908 318,35
ŁOTWA	100	148 332,90
MALTA	8	25 252,46
NIEMCY	140 530	47 198 075,62
NORWEGIA	65 443	14 337 777,64
PORTUGALIA	302	99 372,32
RUMUNIA	110	396 787,06
SŁOWACJA	3 927	1 055 134,70
SŁOWENIA	407	74 993,34
SZWAJCARIA	774	416 273,58
SZWECJA	5 459	2 261 880,12
WĘGRY	278	428 398,57
WIELKA BRYTANIA	44 381	20 316 720,02
WŁOCHY	7 366	3 935 236,81
ŁĄCZNIE	403 416	129 951 521,26

Wierzytelności Polski wg stanu na dzień 31 grudnia 2013 r. wynosiły 226 284 636,67 PLN, przy czym kwota ta stanowi wartość nieuregulowanych przez inne państwa członkowskie UE/EFTA roszczeń, wystawionych przez Fundusz za świadczenia udzielone w latach 2004-2013 w wysokości łącznej 582 303 522,05 PLN. Z płatności uregulowanych przez państwa członkowskie UE/EFTA za lata 2004-2013 opiewających na łączną kwotę 356 018 885,38 PLN, płatności dokonane w 2013 r. wyniosły 83 845 715,61 PLN. Strukturę płatności dokonanych w 2013 r. za roszczenia przekazane do innych państw członkowskich w latach 2004-2013 wg okresu przedstawienia roszczenia przedstawia tabela nr V.8. Ujemne wartości ujęte w tabeli związane są z uwzględnieniem kwot wynikających z not korygujących wystawionych przez Fundusz.

Z łącznej kwoty roszczeń Funduszu za świadczenia udzielone w latach 2004-2013 w wysokości 582 303 522,05 PLN, roszczenia przekazane do innych państw członkowskich UE/EFTA za rok 2013 r. stanowiły 22,32%.

Tabela nr V.8. Płatności dokonane na rzecz Funduszu wg roku roszczenia oraz lat dokonywania jego płatności.

Rok rozliczeniowy noty	Rok dokonania płatności									
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	ŁĄCZNIE
2004	3 144 745,78	1 839 410,40	124 068,35	394 429,28	85 048,81	7 956,00				5 595 658,62
2005	354 403,46	7 551 588,63	2 178 076,95	2 324 692,62	266 879,55	14 911,71		-1 828,73	231,00	12 688 955,19
2006		306 855,54	4 508 946,27	8 345 675,95	1 547 501,95	38 831,79	-7 098,81	39 876,93	-39 403,94	14 741 185,68
2007			168 138,51	9 170 263,56	8 716 035,62	115 180,09	513 606,26	222 209,90	-29 507,13	18 875 926,81
2008				143 046,98	17 988 442,10	4 989 362,08	6 000 103,48	1 669 090,58	30 770,26	30 820 815,48
2009					6 691 738,54	22 376 503,62	20 994 260,57	6 205 585,87	227 251,70	56 495 340,30
2010						390 279,13	33 736 467,72	35 879 331,98	3 885 949,06	73 892 027,89
2011							1 539 605,22	54 412 797,79	50 430 370,45	106 382 773,46
2012								7 186 147,74	26 627 834,88	33 813 982,62
2013									2 712 219,33	2 712 219,33
ŁĄCZNIE	3 499 149,24	9 697 854,57	6 979 230,08	20 378 108,39	35 295 646,57	27 933 024,42	62 776 944,44	105 613 212,06	83 845 715,61	356 018 885,38

Stan rozliczeń na dzień 31 grudnia 2013 r. kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym dla formularzy rozliczeniowych E 125 przedstawionych przez Fundusz za lata 2004-2013 innym państwom członkowskim UE/EFTA przedstawia tabela nr V.9.

Tabela nr V.9. Stan rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym na dzień 31 grudnia 2013 r. (rozliczenia wg kosztów rzeczywistych)

Państwo	Stan rozliczeń na dzień 31.12.2013				
	Liczba formularzy rozliczeniowych przekazanych w latach 2004-2013	Kwota roszczeń przekazanych w latach 2004-2013	Kwota zapłacona	Pozostała kwota do zapłaty - stan wierzytelności NFZ	Struktura wierzytelności
AUSTRIA	57 522	17 091 047,84	9 584 517,25	7 506 530,59	3,32%
BELGIA	28 578	10 999 224,12	6 889 637,44	4 109 586,68	1,82%
BULGARIA	2 641	3 222 997,33	1 276 005,18	1 946 992,15	0,86%
CHORWACJA	5	6 901,91	0,00	6 901,91	0,00%
CYPR	444	274 997,54	179 774,73	95 222,81	0,04%
CZECHY	167 003	36 538 796,85	27 138 068,29	9 400 728,56	4,15%
DANIA	57 072	13 854 259,97	11 720 486,73	2 133 773,24	0,94%
ESTONIA	426	404 439,13	383 062,09	21 377,04	0,01%
FINLANDIA	2 143	1 014 801,34	888 535,41	126 265,93	0,06%
FRANCJA	20 196	13 251 196,72	3 662 498,72	9 588 698,00	4,24%
GRECJA	2 267	1 721 354,19	265 575,08	1 455 779,11	0,64%
HISZPANIA	10 744	4 974 989,39	2 962 781,43	2 012 207,96	0,89%
HOLANDIA	162 123	43 762 106,60	20 526 966,00	23 235 140,60	10,27%
IRLANDIA	31 197	18 991 296,71	12 243 342,46	6 747 954,25	2,98%
ISLANDIA	2 431	1 134 348,97	1 039 809,44	94 539,53	0,04%
LIECHTENSTEIN	81	32 356,66	229,84	32 126,82	0,01%
LITWA	7 619	5 895 888,68	4 257 663,19	1 638 225,49	0,72%
LUKSEMBURG	12 624	3 078 153,52	2 136 933,20	941 220,32	0,42%
ŁOTWA	413	719 869,58	676 047,90	43 821,68	0,02%
MALTA	39	58 184,06	28 755,45	29 428,61	0,01%
NIEMCY	449 761	205 456 604,06	126 321 014,04	79 135 590,02	34,97%
NORWEGIA	208 316	53 071 317,94	33 042 286,37	20 029 031,57	8,85%
PORTUGALIA	1 249	676 785,07	151 905,72	524 879,35	0,23%
RUMUNIA	527	976 124,09	165 393,34	810 730,75	0,36%
SŁOWACJA	16 601	4 802 263,03	3 533 744,54	1 268 518,49	0,56%
SŁOWENIA	1 478	441 516,16	272 227,14	169 289,02	0,07%
SZWAJCARIA	2 329	1 489 183,86	889 403,39	599 780,47	0,27%
SZWECJA	23 160	12 314 478,09	11 020 810,03	1 293 668,06	0,57%
WĘGRY	1 298	1 338 772,00	699 931,32	638 840,68	0,28%
WIELKA BRYTANIA	177 605	103 514 963,66	61 602 407,81	41 912 555,85	18,52%
WŁOCHY	31 694	21 194 302,98	12 459 071,85	8 735 231,13	3,86%
ŁĄCZNIE	1 479 586	582 303 522,05	356 018 885,38	226 284 636,67	100,00%

W 2010 r. Fundusz rozpoczął proces wystawienia roszczeń w oparciu o formularze E 127, związanych z rozliczeniem na podstawie kwot ryczałtowych kosztów zabezpieczenia dostępu do świadczeń dla osób uprawnionych zamieszkujących na terenie Polski, które zarejestrowały w oddziale wojewódzkim Funduszu formularz E 109 lub E 121. Kontynuując proces w 2013 r. oddziały wojewódzkie Funduszu wystawiły 1 777 formularzy E 127 PL, w tym formularzy korygujących, na kwotę łączną w wysokości 23 635,14 PLN dotyczących rozliczenia kosztów ryczałtowych za lata 2004-2012. Kwota ta przedstawiona została instytucjom łącznikowym 19 innych państw członkowskich UE/EFTA. Z podanej liczby formularzy 64,88% skierowane zostało do instytucji norweskich, zaś 15,19% do instytucji niemieckich. Dla formularzy E 127 wystawionych w 2013 r. przez Fundusz w związku z rozliczeniem zabezpieczenia dostępu do świadczeń w 2012 r., do końca 2013 r. nie nastąpiła publikacja wysokości polskich kwot ryczałtowych, co oznacza, że roszczenia te zawierają jedynie liczbę osobomiesięcy, za które po publikacji stawek ryczałtowych zostaną ujęte w księgach rachunkowych noty obciążeniowe. Szczegółową strukturę liczby oraz kosztów świadczeń przedstawionych instytucjom innych państw członkowskich UE/EFTA przedstawia tabela nr V.10.

Tabela nr V.10. Zestawienie liczby formularzy E 127 PL wystawionych w 2013 r. w związku z rozliczeniem w formie ryczałtowej kosztów zabezpieczenia świadczeń dla osób uprawnionych zamieszkujących na terenie Polski – wg państw członkowskich.

Państwo	Liczba formularzy E 127 PL		Kwota roszczenia	
	Wartość	Udział %	Wartość	Udział %
Norwegia	1 153	64,88%	18 034,18	76,30%
Francja	15	0,84%	17 551,90	74,26%
Czechy	34	1,91%	6 852,21	28,99%
Irlandia	30	1,69%	5 559,19	23,52%
Austria	3	0,17%	3 648,84	15,44%
Włochy	4	0,23%	3 644,52	15,42%
Belgia	9	0,51%	2 887,22	12,22%
Dania	29	1,63%	1 180,71	5,00%
Islandia	61	3,43%	1 144,92	4,84%
Szwajcaria	71	4,00%	964,32	4,08%
Węgry	1	0,06%	723,24	3,06%
Słowacja	2	0,11%	0,00	0,00%
Hiszpania	3	0,17%	-326,40	-1,38%
Grecja	2	0,11%	-1 053,56	-4,46%
Holandia	15	0,84%	-2 461,14	-10,41%
Litwa	1	0,06%	-2 871,84	-12,15%
Wielka Brytania	70	3,94%	-3 414,94	-14,45%
Szwecja	4	0,23%	-8 398,69	-35,53%
Niemcy	270	15,19%	-20 029,54	-84,74%
ŁĄCZNIE	1 777	100,00%	23 635,14	100,00%

V.3.3 Refundacja kosztów świadczeń osobom ubezpieczonym w Funduszu na podstawie art. 25 rozporządzenia Rady (EWG) 987/2009

W 2013 r. osoby ubezpieczone złożyły w oddziałach wojewódzkich Funduszu 5 943 wnioski o refundację kosztów świadczeń poniesionych podczas czasowego pobytu na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA.

W 2013 r., na podstawie kwot wskazanych na formularzach E 126 przez instytucje państw członkowskich UE/EFTA, Fundusz dokonał zwrotu kosztów leczenia 4.860 osobom ubezpieczonym, które skorzystały ze świadczeń zdrowotnych podczas czasowego pobytu na terenie 30 innych państw członkowskich UE/EFTA. Łączna wysokość zwrotów dokonanych osobom ubezpieczonym w Funduszu wyniosła 3 150 242,55 PLN. Podana wysokość zwrotów obejmuje kwoty wypłacone przez oddziały wojewódzkie Funduszu osobom ubezpieczonym pomiędzy 1 stycznia a 31 grudnia 2013 r. (ujęcie kasowe) – zgodnie z informacjami o wypłatach wprowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu do systemu informatycznego.

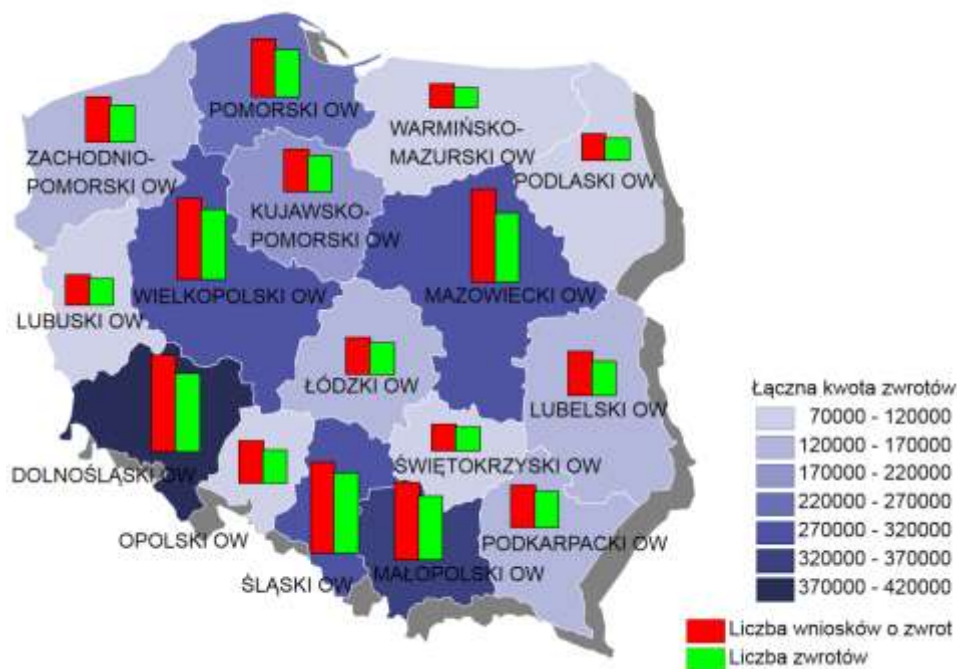
Średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń w przeliczeniu na 1 osobę ubezpieczoną wyniosła 648,20 PLN i była niższa o 2,74% od wartości z roku poprzedniego.

Niespełna połowa (45,02%) łącznej liczby osób ubezpieczonych, które otrzymały w 2013 r. zwrot poniesionych kosztów świadczeń korzystało z leczenia na terenie Niemiec (dla porównania w 2012 r. było to 44,03%). W strukturze kosztowej udział refundacji kosztów świadczeń związanych z leczeniem na terenie Niemiec 2 188 świadczeniobiorców stanowił 46,83% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2013 r. Średnia wysokość zwrotu wypłaconego osobie ubezpieczonej wyniosła w odniesieniu do tego państwa 674,32 PLN. Rozkład liczby dokonanych zwrotów oraz ich łącznego kosztu był zbliżony do roku poprzedniego.

Największa liczba wypłat na podstawie potwierdzonych przez instytucję w państwie pobytu należnych kwot zwrotów poniesionych kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA w 2013 r. została dokonana przez śląski oddział wojewódzki Funduszu, który wypłacił 551 osobom ubezpieczonym łączną kwotę 300 054,07 PLN, co stanowiło 9,52% całkowitej wysokości kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz.

Drugim oddziałem pod względem liczby dokonanych zwrotów był oddział dolnośląski, który wypłacił 541 osobom ubezpieczonym łączną kwotę w wysokości 414 104,37 PLN (13,15% łącznych kosztów refundacji). Następnymi w kolejności oddziałami były: małopolski (11,65% łącznych kosztów refundacji), i wielkopolski (9,54% łącznych kosztów refundacji). Struktura liczby złożonych wniosków, liczby dokonanych zwrotów oraz kwot wypłaconych przez poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu została zaprezentowana na wykresie nr V.4.

Wykres nr V.4. Liczba złożonych wniosków i dokonanych zwrotów oraz kwoty zwrotu wypłacone w 2013 r. osobom ubezpieczonym na podstawie kwot autoryzowanych przez instytucje innych państw członkowskich UE/EFTA– wg oddziału wojewódzkiego Funduszu



V.4. Decyzje Prezesa Funduszu dotyczące zgód na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych oraz pokrycie kosztów transportu na podstawie art. 25, 26 i 26a ustawy o świadczeniach

Od dnia 1 stycznia 2008 r. Prezes Funduszu, realizując ustawowy obowiązek wydawania decyzji dotyczących planowanego leczenia poza granicami kraju, rozpatruje wnioski osób uprawnionych w zakresie:

- finansowania świadczeń, które mogą być wykonane na terenie kraju, ale czas oczekiwania na ich realizację u świadczeniodawców przekracza dopuszczalny czas oczekiwania wnioskującego świadczeniobiorcy na podstawie przepisu art. 25 ustawy o świadczeniach,
- finansowania świadczeń, które nie są wykonywane na terenie kraju – na podstawie art. 26 ustawy o świadczeniach,
- finansowania kosztów transportu związanego z koniecznością wykonania leczenia planowanego poza granicami kraju – na podstawie obydwu ww. artykułów.

W 2013 r. Prezes Funduszu rozpatrzył 175 wniosków o przeprowadzenie leczenia poza granicami kraju, z czego:

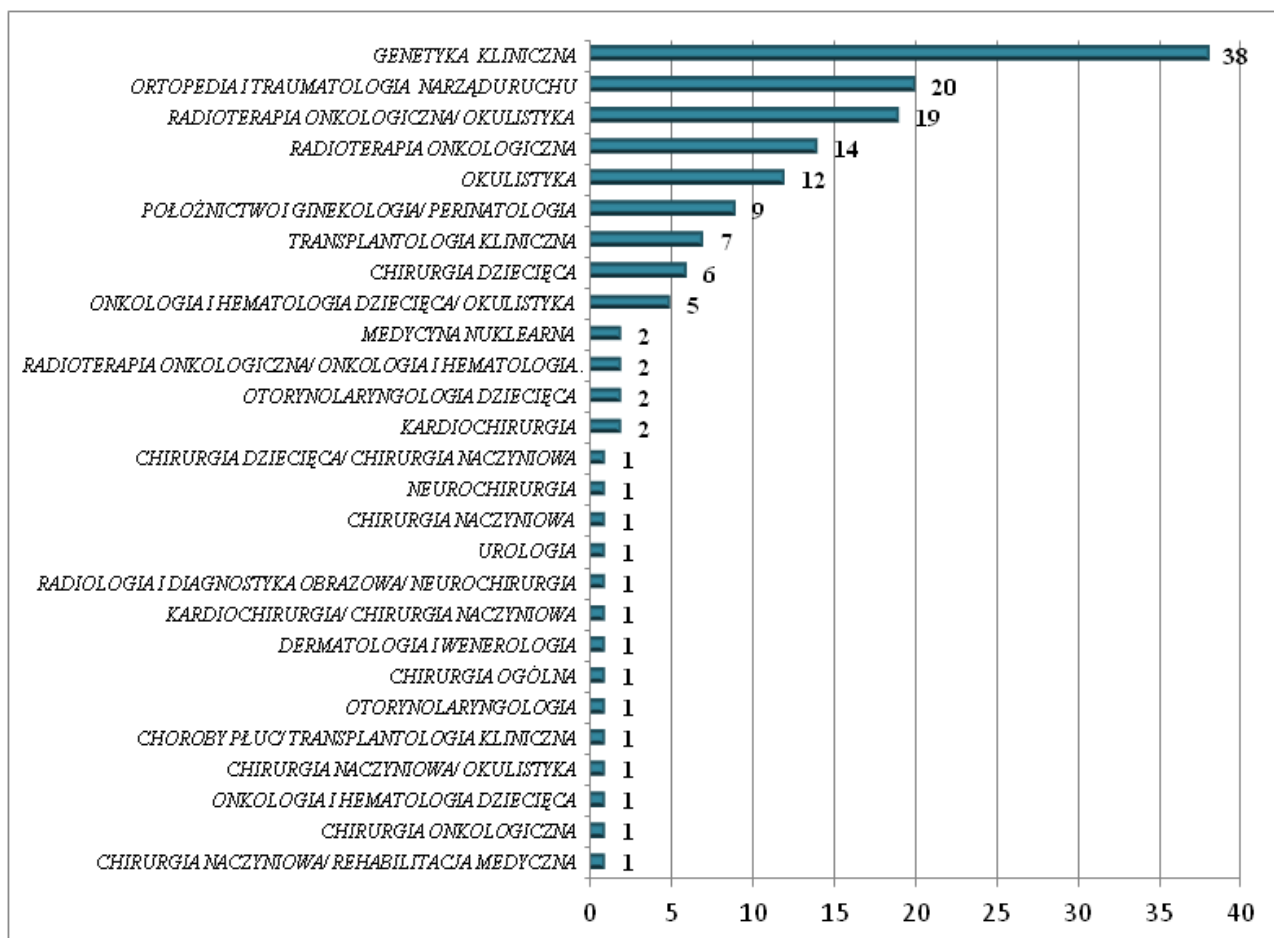
- 5 wniosków dotyczyło leczenia, które może być przeprowadzone w kraju, ale z powodu długiego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w Polsce wnioskodawca wnioskował o skierowanie na leczenie za granicą (art. 25 ustawy o świadczeniach),
- 170 wniosków dotyczyło leczenia, które nie może być przeprowadzone na terenie kraju (art. 26 ustawy o świadczeniach).

Po rozpatrzeniu wskazanych powyżej wniosków⁹, kierując się opiniami konsultantów wojewódzkich oraz konsultantów krajowych we właściwych dla przedmiotu wniosku dziedzinach medycyny, a także opiniami innych osób lub podmiotów posiadających profesjonalną wiedzę w zakresie wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych, Prezes Funduszu wydał 175 decyzji dotyczących leczenia poza granicami kraju, w tym: 140 (80%) decyzji pozytywnych, 26 (15%) decyzji odmownych i 9 (5%) decyzji umarzających postępowanie.

⁹ zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. Nr 249, poz. 1867 z późn. zm.)

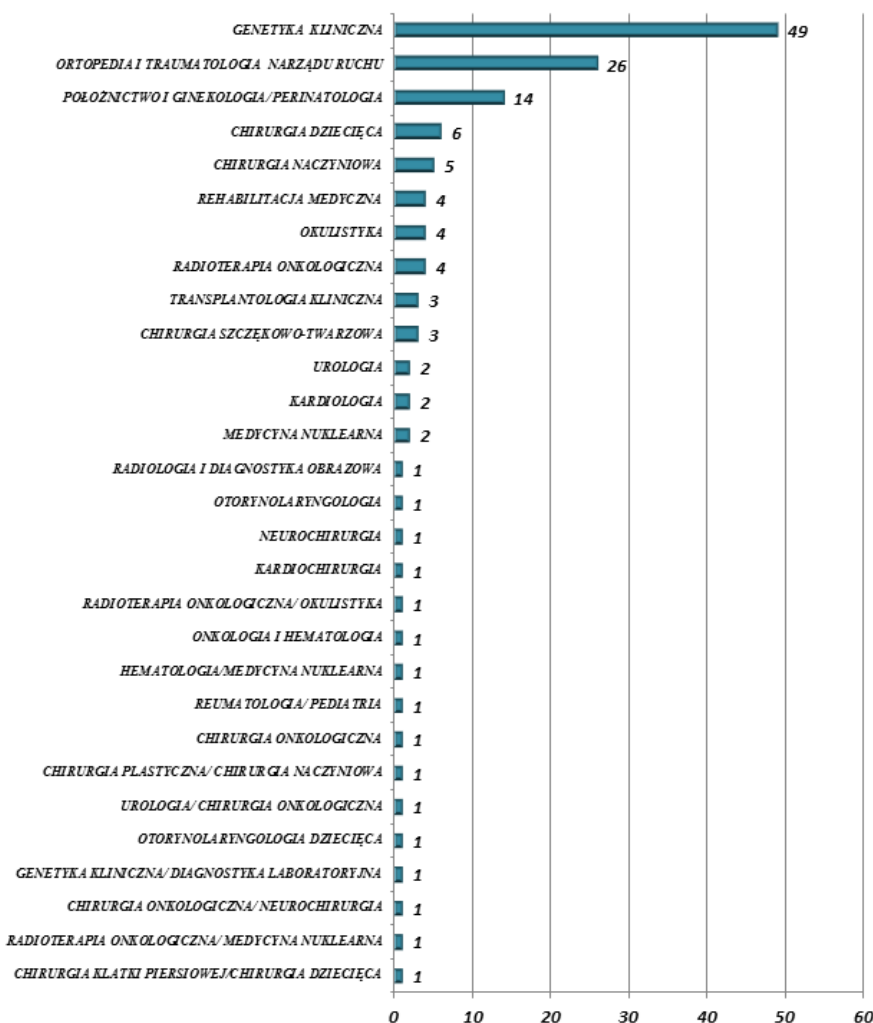
Zgody wydane przez Prezesa Funduszu w 99% (139 decyzji) dotyczyły świadczeń, których nie można było wykonać w kraju w dacie złożenia wniosku. Powyższe decyzje odnoszą się do świadczeń w zakresie dziedzin medycyny przedstawionych na poniższym wykresie:

Wykres nr V.5. Zestawienie decyzji pozytywnych wydanych przez Prezesa Funduszu w 2012 r. w podziale na dziedziny medycyny, których dotyczyły wnioski.

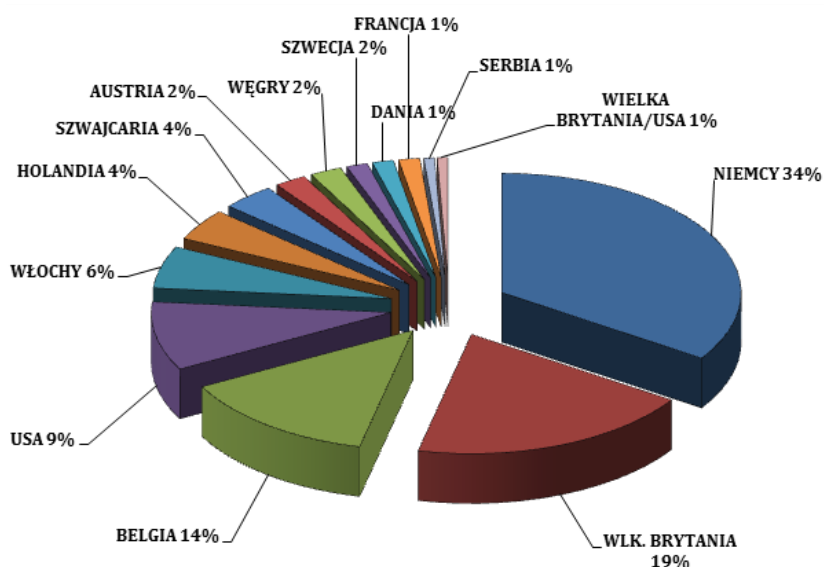


W odniesieniu do zaangażowania poszczególnych krajów w realizację świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów z Polski, spośród wszystkich decyzji pozytywnych wydanych przez Prezesa Funduszu najczęściej dotyczyło leczenia w: Niemczech 73, Wielkiej Brytanii 29 oraz Belgii 14.

Wykres nr V.6. Zestawienie decyzji pozytywnych wydanych przez Prezesa NFZ w 2013 r. w podziale na dziedziny medycyny, których dotyczyły wnioski



Wykres V.7. Zgody Prezesa Funduszu w 2013 r. z podziałem na państwa, w których zrealizowano świadczenia wykonane poza granicami kraju.



W odniesieniu do zaangażowania poszczególnych krajów w realizację świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów z Polski, spośród wszystkich decyzji pozytywnych wydanych przez Prezesa Funduszu najczęściej dotyczyło leczenia w: Niemczech 48 (34%), Wielkiej Brytanii 27 (19%) oraz Belgii 19 (14%).

W 2013 r. Prezes Funduszu wydał 26 decyzji odmownych dotyczących przeprowadzenia leczenia poza granicami kraju.

Przyczyny wydania ww. decyzji odmownych:

- 13 decyzji odmownych dotyczyło leczenia, które – w wyniku ustaleń dokonanych w trakcie prowadzenia postępowania wyjaśniającego – okazało się leczeniem możliwym do wykonania w placówkach krajowych;
- 6 decyzji odmownych dotyczyło przypadków, gdy w trakcie postępowania wyjaśniającego ustalono, że wnioskowane świadczenie nie zostało ujęte w wykazach świadczeń gwarantowanych, określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach;
- 4 decyzje odmowne dotyczyły sytuacji, gdy w trakcie postępowania wyjaśniającego ustalono, że istnieje możliwość wykonania wnioskowanego świadczenia na terenie kraju w terminie niezbędnym dla wnioskodawcy;
- 2 decyzje odmowne dotyczyły sytuacji, gdy w trakcie postępowania wyjaśniającego ustalono, że wnioskowane leczenie dotyczy leczenia preparatem niezarejestrowanym do stosowania w przypadku stwierdzonej u wnioskodawcy choroby;
- 1 decyzja odmowna dotyczyła sytuacji, gdy w trakcie postępowania wyjaśniającego ustalono, że wnioskowane leczenie jest leczeniem eksperymentalnym o nieudowodnionej skuteczności.

Ogółem wartość świadczeń opieki zdrowotnej, na realizację których Prezes Funduszu wyraził zgodę w 2013 r. szacowana jest na kwotę 15 045 154,79 PLN.

Świadczenia, na realizację których wydano zgodę na podstawie art. 26 ustawy o świadczeniach, w wysokości 15 034 078,04 PLN będą sfinansowane przez Ministerstwo Zdrowia w ramach dotacji celowej z budżetu państwa, natomiast świadczenia, na realizację których wydano zgodę na podstawie art. 25 ustawy o świadczeniach, w wysokości 11 076,75 PLN będą sfinansowane ze środków finansowych będących w dyspozycji Funduszu.

W 2013 r. Prezes Funduszu rozpatrzył 58 wniosków o pokrycie kosztów transportu, w tym:

- 50 wniosków dotyczyło pokrycia kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń poza granicami kraju, i które były składane wraz z wnioskami o przeprowadzenie leczenia poza granicami kraju;
- 8 wniosków dotyczyło pokrycia kosztów transportu powrotnego tj. do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju dla pacjentów, którzy uprzednio otrzymali zgodę Prezesa Funduszu na przeprowadzenie leczenia poza granicami kraju oraz na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia.

Po rozpatrzeniu wniosków, kierując się opiniami konsultantów wojewódzkich i konsultantów krajowych we właściwych dla wniosku dziedzinach medycyny oraz opiniami innych lekarzy specjalistów posiadających stosowną wiedzę co do zakresu leczenia wskazanego we wniosku, a także – w odniesieniu do konieczności zastosowania transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju – opiniami zagranicznych lekarzy specjalistów, Prezes Funduszu wydał ogółem 58 decyzji dotyczących sfinansowania transportu z czego procedura rozpatrywania 54 wniosków została zakończona wydaniem decyzji pozytywnych, natomiast procedura rozpatrywania 4 wniosków została zakończona wydaniem decyzji negatywnych.

Ogółem wartość transportu, na którego sfinansowanie Prezes Funduszu wyraził zgodę 2013 r. szacowana jest na kwotę 121 431,17 zł, w tym:

- koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń wynoszą szacunkowo 56 322,60 PLN,
- koszty transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju wynoszą szacunkowo 65 108,57 PLN.

VI. Gospodarka finansowa

VI.1. Plan finansowy Funduszu na 2013 r. i jego zmiany

Plan finansowy Funduszu na 2013 rok został sporządzony zgodnie z art. 120 i 121 ustawy o świadczeniach, tj. w oparciu o prognozę przychodów Funduszu na lata 2013-2015, prognozę kosztów Funduszu na lata 2013-2015, projekty planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu przekazane przez dyrektorów oddziałów oraz projekt planu finansowego Centrali Funduszu, a następnie zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 14 sierpnia 2012 r.

W zatwierdzonym planie finansowym Funduszu na 2013 r., wartość planowanych przychodów ogółem Funduszu ustalono na poziomie 103,4% planowanej wartości przychodów w 2012 r., wyznaczonej w planie finansowym NFZ na 2012 r. zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 16 sierpnia 2011 r., w tym wartość przychodów z tytułu składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki przekazywanych do Funduszu przez ZUS i KRUS ustalono na poziomie 103,4% wartości przychodów ze składek określonej w ww. planie finansowym NFZ na 2012 r.

Określony w pierwotnym planie finansowym Funduszu poziom planowanych na 2013 r. przychodów ogółem Fundusz pozwolił na wyznaczenie planowanej dynamiki w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w odniesieniu do ich wartości określonej w ww. planie finansowym na 2012 r., w wysokości 103,3%.

Planowane na 2013 rok nakłady na świadczenia opieki zdrowotnej objęły finansowanie:

- kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu,
- kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w UE,
- kosztów leczenia lub badań diagnostycznych wykonywanych poza granicami kraju, których nie przeprowadza się w kraju oraz kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej lub państwem członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju

i uwzględniały:

- realizację zawartych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej,
- zachowanie dotychczasowej struktury rodzajowej planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych,
- realizację przepisów ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.), w zakresie wyznaczenia całkowitego budżetu na refundację.

Podziału planowanych na 2013 rok środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy Centralę i poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu dokonano zgodnie z uregulowaniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 193, poz. 1495), uwzględniającego zasady określone w art. 118 ustawy o świadczeniach, w tym zdefiniowany w art. 118 ust. 4 ustawy o świadczeniach warunek, iż planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki Funduszu nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla danego oddziału w roku poprzednim, zaplanowanych w planie finansowym, o którym mowa w art. 121 ust. 3 i 5 oraz art. 123 ust. 3.

Wyznaczona w pierwotnym planie finansowym Funduszu na 2013 r. wartość planowanych kosztów administracyjnych Funduszu, na poziomie 1,02% łącznych planowanych kosztów Funduszu oraz na poziomie 103,3% planowanej w 2012 r. wartości kosztów administracyjnych, uwzględniała finansowanie bieżącej działalności Funduszu.

Jednocześnie w pierwotnym planie finansowym Funduszu na 2013 rok uwzględniono przychody z dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, przychody wynikające z przepisów o koordynacji, przychody z dotacji z budżetu państwa i koszty związane z realizacją zadań zespołów ratownictwa medycznego, pozostałe przychody i przychody finansowe, całkowity budżet na refundację, pozostałe koszty i koszty finansowe.

Podobnie jak w latach poprzednich pierwotny plan finansowy Funduszu na 2013 r. ulegał w trakcie roku zmianom, w tym przeprowadzonym w trybie :

- art. 124 ust. 1-2 ustawy o świadczeniach, zatwierdzonej przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 31 lipca 2013 r.,
- art. 124 ust. 4 i 9 ustawy o świadczeniach, o zamiarze dokonania których Prezes NFZ poinformował Ministra Zdrowia oraz Ministra Finansów przy pismach z dnia 22 października 2012 r., 26 lutego 2013 r., 13 marca 2013 r., 5 lipca 2013 r., 8 października 2013 r., 6 grudnia 2013 r., 12 grudnia 2013 r., 17 grudnia 2013 r., 18 grudnia 2013 r., 23 grudnia 2013 r.,
- art. 124 ust. 6 i 9 ustawy o świadczeniach, przyjętej zarządzeniem Prezesa NFZ nr 63/2013/DEF z dnia 31 października 2013 r.,
- art. 124 ust. 7 i 9 ustawy o świadczeniach, o zamiarze dokonania której Prezes NFZ poinformował Ministra Zdrowia oraz Ministra Finansów przy piśmie z dnia 29 sierpnia 2012 r.,
- art. 129 ust. 3 ustawy o świadczeniach, przyjętej zarządzeniem Prezesa NFZ nr 64/2012/DEF z dnia 17 października 2012 r.

Źródłem finansowania powyższych zmian planu finansowego Funduszu na 2013 r. były w szczególności środki pochodzące z:

- uruchomienia rezerwy ogólnej,
- Europejskiego Funduszu Społecznego przeznaczone na dofinansowanie projektu systemowego p.n.: „Akademia NFZ”, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (POKL) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego,
- części środków finansowych ujętych w funduszu zapasowym NFZ.

Tabela nr VI.1. Zestawienie wybranych pozycji planu finansowego NFZ na 2013 rok (pierwotnego i ostatecznego)

Wyszczególnienie	Plan pierwotny na 2013 r.	Plan ostateczny na 2013 r.	Wykonanie w 2013 r.	[w tys. zł]
				Wykonanie w 2013 r. w %
1	2	3	4	5=4/3
Przychody ogółem, w tym:	66 729 068,00	66 726 669,00	65 157 836,77	97,65
- Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki	64 237 866,00	64 237 866,00	62 084 161,56	96,65
- Przychody ze składek z lat ubiegłych	100 000,00	100 000,00	431 372,51	431,37
- Przychody wynikające z przepisów o koordynacji	152 265,00	152 265,00	125 883,24	82,67
- Przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	0,00	0,00	422,70	-
- Dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 2a, 3 i 3b ustawy	217 089,00	217 089,00	151 485,45	69,78
- Dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 839 892,00	1 836 294,00	1 834 497,30	99,90
- Pozostałe przychody	91 842,00	93 041,00	399 924,90	429,84
- Przychody finansowe	90 114,00	90 114,00	130 089,11	144,36
- Zyski i straty nadzwyczajne	0,00	0,00	0,00	-
Koszty ogółem, w tym:	66 729 068,00	66 982 803,00	64 775 011,32	96,70
- Planowany odpis aktualizujący składkę należną	0,00	0,00	0,00	-
- Koszty poboru i ewidencjonowania składek	123 531,00	123 531,00	122 319,11	99,02
- Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	642 379,00	0,00	0,00	-
- Koszty świadczeń opieki zdrowotnej	62 974 700,00	63 873 538,00	62 077 982,88	97,19
- Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	0,00	0,00	0,00	-
- Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 839 892,00	1 836 294,00	1 834 497,30	99,90
- Koszty administracyjne	682 594,00	689 137,00	606 659,85	88,03
- Pozostałe koszty	350 081,00	344 412,00	98 440,27	28,58
- Koszty finansowe	115 891,00	115 891,00	35 111,91	30,30
- Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego	0,00	0,00	0,00	-
Wynik finansowy netto	0,00	-256 134,00	382 825,45	-

W wyniku dokonanych zmian planu finansowego na 2013 r. łączne przychody Funduszu zostały zmniejszone o 2 399 tys. zł, natomiast łączne koszty Funduszu zostały zwiększone o 253 735 tys. zł (tj. o 0,38%), w tym budżet kosztów świadczeń zdrowotnych Funduszu (poz. B2 planu) został zwiększony o 898 838 tys. zł, tj. o 1,43%.

VI.2. Przychody

W 2013 r. przychody Funduszu obejmowały: składki na ubezpieczenie zdrowotne (bieżące i z lat ubiegłych), przychody wynikające z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dotyczące rzeczowych świadczeń leczniczych wykonanych dla obywateli UE/EFTA na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, dotację z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego, pozostałe przychody oraz przychody finansowe.

Wartość zrealizowanych przez Fundusz w 2013 r. przychodów ogółem wyniosła 65 157 836,77 tys. zł i stanowiła 97,65% wartości planowanej, a uzyskana dynamika przychodów w odniesieniu do ich wartości w 2012 r. wyniosła 103,49%.

Struktura zrealizowanych w 2013 r. przychodów ogółem NFZ ukształtowała się w sposób następujący:

- 95,28% stanowiły przychody ze składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki,
- 2,82% stanowiły przychody z dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego,
- 0,66% stanowiły przychody ze składek z lat ubiegłych.
- 0,62% stanowiły pozostałe przychody,
- 0,23% stanowiły przychody z dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy,
- 0,20% stanowiły przychody finansowe,
- 0,19% stanowiły przychody wynikające z przepisów o koordynacji.

Na podstawie dokonanej analizy realizacji prognozy przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne NFZ za 2013 r. ustalono, iż niższa od planowanej realizacja przychodów brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazanych przez ZUS wynikała głównie z niższej niż planowano liczby osób płacących składki w grupach:

- pracowników w rozumieniu przepisów o ubezpieczeniu społecznym,
- osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą,
- służb mundurowych,
- osób bezrobotnych nie pobierających zasiłku przedemerytalnego ani świadczenia przedemerytalnego,
- osób z pozostałych grup ubezpieczonych w ZUS

oraz niższej niż planowano podstawy wymiaru składki w grupach:

- osób prowadzących pozarolniczą działalność gospodarczą,
- osób pobierających emeryturę lub rentę lub uposażenie,
- osób wykonujących umowy zlecenia, umowy agencyjne.

VI.3. Koszty

Koszty Funduszu obejmują: planowany odpis aktualizujący składkę należną, koszty poboru i ewidencjonowania składek, obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną, koszty świadczeń opieki zdrowotnej, koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego, koszty administracyjne, pozostałe koszty i koszty finansowe.

Wartość zrealizowanych przez Fundusz w 2013 r. kosztów ogółem wyniosła 64 775 011,32 tys. zł i stanowiła 96,70% wartości planowanej, zaś uzyskana dynamika kosztów w odniesieniu do ich wartości w 2012 r. wyniosła 103,35%.

Struktura zrealizowanych w 2013 r. kosztów ogółem NFZ ukształtowała się w sposób następujący:

- 95,84% stanowiły koszty świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2,83% stanowiły koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego,
- 0,94% stanowiły koszty administracyjne,
- 0,19% stanowiły koszty poboru i ewidencjonowania składek,
- 0,15% stanowiły pozostałe koszty,
- 0,05% stanowiły koszty finansowe.

VI.4. Wynik finansowy Funduszu za 2012 rok

Odnutowany na koniec 2013 r. wynik finansowy NFZ w łącznej wysokości 382 825,45 tys. zł objął:

- wyniki finansowe oddziałów wojewódzkich Funduszu, których łączna wartość wyniosła 1 751 836,08 tys. zł,
- wynik finansowy Centrali Funduszu w wysokości (-)1 369 010,63 tys. zł

i był w szczególności pochodną znacząco niższej niż planowana realizacją łącznego planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej NFZ o 1 795 555,12 tys. zł, w tym w głównej mierze całkowitego budżetu na refundację o 1 309 100,00 tys. zł oraz odnotowywanej w trakcie roku znacząco niższej niż planowano realizacji przychodów brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne o 2 153 704,44 tys. zł.

Niepełna realizacja całkowitego budżetu na refundację była następstwem wprowadzonych ustawą o refundacji leków:

- regulacji obrotu lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobami medycznymi na rynku farmaceutycznym ograniczającymi koszty Funduszu ponoszone z tytułu refundacji,
- przepisów (art. 74 ust. 3 ustawy o refundacji) obligujących NFZ do wyznaczenia wysokości całkowitego budżetu na refundację w 2013 r. w wartości równej kwocie poniesionych przez Fundusz wydatków związanych z finansowaniem świadczeń gwarantowanych, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 14-18 ustawy, o której mowa w art. 63, w brzmieniu nadanym niniejszą ustawą, w 2011 r.,
- przepisów uniemożliwiających ewentualne przeznaczenie i wykorzystanie w 2013 r. środków z planu całkowitego budżetu na refundację do innych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, poprzez dokonanie przesunięcia ww. środków.

W związku z tym niewykorzystane środki z całkowitego budżetu na refundację w wysokości 1 309 100,00 tys. zł, jak również niewykorzystane środki w pozostałych rodzajach świadczeń zdrowotnych, w łącznej wysokości 486 455,12 tys. zł, pomimo prowadzonej w ciągu roku przez oddziały wojewódzkie Funduszu bieżącej przebudowy zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, poprzez ich aneksowanie lub prowadzenie nowych, bądź uzupełniających postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, znalazły odzwierciedlenie w wyniku finansowym Funduszu za 2013 r.

Pozostałe czynniki kształtujące poziom wyniku finansowego Funduszu w 2013 r. to w szczególności:

- wyższa niż planowano realizacja:
 - przychodów ze składek z lat ubiegłych o 331 372,51 tys. zł,
 - pozostałych przychodów o 306 883,90 tys. zł,
 - przychodów finansowych o 39 975,11 tys. zł,
- niższa niż planowano realizacja:
 - pozostałych kosztów o 245 971,73 tys. zł,
 - kosztów administracyjnych o 82 477,15 tys. zł,
 - kosztów finansowych o 80 779,09 tys. zł,
 - przychodów z dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 21, 3 i 3b ustawy o 65 603,55 tys. zł,
 - przychodów wynikających z przepisów o koordynacji o 26 381,76 tys. zł,
 - dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego o 1 796,70 tys. zł,
 - kosztów realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego o 1 796,70 tys. zł,
 - kosztów poboru i ewidencjonowania składek o 1 211,89 tys. zł.

Zbiorcze zestawienie czynników kształtujących wynik finansowy NFZ za 2013 rok przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela nr VI.2. Czynniki kształtujące wynik finansowy NFZ w 2013 r.

	[w tys. zł]		
Wyszczególnienie	Plan 2013 r.	Wykonanie 2013 r.	Wpływ na wynik (+,-)
Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki	64 237 866,00	62 084 161,56	-2 153 704,44
Planowany odpis aktualizujący składkę należną	0,00	0,00	0,00
Przychody ze składek z lat ubiegłych	100 000,00	431 372,51	331 372,51
Koszty poboru i ewidencjonowania składek	123 531,00	122 319,11	1 211,89
Przychody wynikające z przepisów o koordynacji	152 265,00	125 883,24	-26 381,76
Przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	0,00	422,70	422,70
Dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 2a, 3 i 3b ustawy	217 089,00	151 485,45	-65 603,55
Dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 836 294,00	1 834 497,30	-1 796,70
Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	0,00	0,00	0,00
Koszty świadczeń opieki zdrowotnej	63 873 538,00	62 077 982,88	1 795 555,12
Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	0,00	0,00	0,00
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 836 294,00	1 834 497,30	1 796,70
Koszty administracyjne	689 137,00	606 659,85	82 477,15
Pozostałe przychody	93 041,00	399 924,90	306 883,90
Pozostałe koszty	344 412,00	98 440,27	245 971,73
Przychody finansowe	90 114,00	130 089,11	39 975,11
Koszty finansowe	115 891,00	35 111,91	80 779,09
Zyski i straty nadzwyczajne	0,00	0,00	0,00
Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego	0,00	0,00	0,00
Wynik finansowy	-256 134,00	382 825,45	

VI.2. Sprawozdanie finansowe Funduszu za 2012 r. na podstawie ustawy o rachunkowości

Tabela nr VI.3. Aktywa – łączny bilans na dzień 31 grudnia 2013 r.

ŁĄCZNY BILANS NA DZIEŃ 31.12.2013 r.				
Narodowego Funduszu Zdrowia				
w zł i gr				
AKTYWA			Stan na dzień	
			31.12.2012 r.	31.12.2013 r.
A	AKTYWA TRWAŁE	1	284 555 279,14	302 665 545,94
I.	Wartości niematerialne i prawne	2	28 412 368,68	28 383 195,46
1.	Koszty zakończonych prac rozwojowych	3	0	0
2.	Wartość firmy	4	0	0
3.	Inne wartości niematerialne i prawne	5	28 412 368,68	28 383 195,46
4.	Zaliczki na wartości niematerialne i prawne	6	0	0
II.	Rzeczowe aktywa trwałe	7	255 372 519,47	273 962 515,47
1.	Środki trwałe	8	243 596 426,31	251 545 055,39
	a) Grunty (w tym prawo do użytkowania wieczystego gruntu)	9	13 460 707,32	15 474 384,90
	b) Budynki, lokale i obiekty inżynierii lądowej i wodnej	10	157 578 089,09	151 182 376,79
	c) Urządzenia techniczne i maszyny	11	68 693 091,30	82 123 826,93
	d) Środki transportu	12	1 823 463,94	1 236 482,42
	e) Inne środki trwałe	13	2 041 074,66	1 527 984,35
2.	Środki trwałe w budowie	14	11 776 093,16	22 417 460,08
3.	Zaliczki na środki trwałe w budowie	15	0	0
III.	Należności długoterminowe	16	765 590,99	315 035,01
1.	Od jednostek powiązanych	17	0	0
2.	Od pozostałych jednostek	18	765 590,99	315 035,01
IV.	Inwestycje długoterminowe	19	4 800,00	4 800,00
1.	Nieruchomości	20	0	0
2.	Wartości niematerialne i prawne	21	0	0
3.	Długoterminowe aktywa finansowe	22	0	0
	a) w jednostkach powiązanych	23	0	0
	- udziały lub akcje	24	0	0
	- inne papiery wartościowe	25	0	0
	- udzielone pożyczki	26	0	0
	- inne długoterminowe aktywa finansowe	27	0	0
	b) w pozostałych jednostkach	28	0	0
	- udziały lub akcje	29	0	0
	- inne papiery wartościowe	30	0	0
	- udzielone pożyczki	31	0	0
	- inne długoterminowe aktywa finansowe	32	0	0
4.	Inne inwestycje długoterminowe	33	4 800,00	4 800,00

ŁĄCZNY BILANS NA DZIEŃ 31.12.2013 r.				
Narodowego Funduszu Zdrowia				
w zł i gr				
AKTYWA			Stan na dzień	
			31.12.2012 r.	31.12.2013 r.
V.	Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe	34	0	0
1.	Aktywa z tytułu odroczonego podatku dochodowego	35	0	0
2.	Inne rozliczenia międzyokresowe	36	0	0
B	AKTYWA OBROTOWE	37	8 463 607 013,72	9 218 745 508,30
I.	Zapasy	38	1 300 083,94	1 685 369,89
1.	Materiały	39	801 743,11	627 052,90
2.	Półprodukty i produkty w toku	40	0	0
3.	Produkty gotowe	41	0	0
4.	Towary	42	56 814,26	2 262,71
5.	Zaliczki na dostawy	43	441 526,57	1 056 054,28
II.	Należności krótkoterminowe	44	5 664 014 861,74	5 520 971 545,31
1.	Należności od jednostek powiązanych	45	0	0
	a) z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:	46	0	0
	- do 12 miesięcy	47	0	0
	- powyżej 12 miesięcy	48	0	0
	b) inne	49	0	0
2.	Należności od pozostałych jednostek	50	5 664 014 861,74	5 520 971 545,31
	a) z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:	51	5 617 493 432,87	5 502 755 069,38
	- do 12 miesięcy	52	5 616 115 088,87	5 501 402 489,38
	- powyżej 12 miesięcy	53	1 378 344,00	1 352 580,00
	b) z tytułu podatków, dotacji, ceł, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych świadczeń	54	11 414 934,31	6 532 824,84
	c) inne	55	34 654 654,40	11 461 644,46
	d) dochodzone na drodze sądowej	56	451 840,16	222 006,63
III.	Należności wewnętrzne NFZ	57	0	0
IV.	Inwestycje krótkoterminowe	58	2 795 050 401,62	3 692 753 077,84
1.	Krótkoterminowe aktywa finansowe	59	2 795 050 401,62	3 692 753 077,84
	a) w jednostkach powiązanych	60	0	0
	- udziały lub akcje	61	0	0
	- inne papiery wartościowe	62	0	0
	- udzielone pożyczki	63	0	0
	- inne krótkoterminowe aktywa finansowe	64	0	0
	b) w pozostałych jednostkach	65	0	0
	- udziały lub akcje	66	0	0
	- inne papiery wartościowe	67	0	0
	- udzielone pożyczki	68	0	0
	- inne krótkoterminowe aktywa finansowe	69	0	0
	c) środki pieniężne i inne aktywa pieniężne	70	2 795 050 401,62	3 692 753 077,84
	- środki pieniężne w kasie i na rachunkach	71	3 400 237,15	3 607 995,92
	- inne środki pieniężne	72	2 791 650 164,47	3 689 145 081,92
	- inne aktywa pieniężne	73	0	0
2.	Inne inwestycje krótkoterminowe	74	0	0
V.	Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	75	3 241 666,42	3 335 515,26
AKTYWA RAZEM		76	8 748 162 292,86	9 521 411 054,24

Tabela nr VI.4. Pasywa – łączny bilans na dzień 31 grudnia 2013 r.

PASywa			Stan na dzień	
			31.12.2012 r.	31.12.2013 r.
A	KAPITAŁ (FUNDUSZ) WŁASNY	77	1 891 818 453,52	2 274 643 932,31
I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	78	141 549 868,09	141 549 868,09
II.	Należne wpłaty na kapitał podstawowy (wielkość ujemna)	79	0	0
III.	Udziały (akcje) własne (wielkość ujemna)	80	0	0
IV.	Kapitał (fundusz) zapasowy	81	1 464 886 946,40	1 750 268 585,43
V.	Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny	82	0	0
VI.	Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe	83	0	0
VII.	Zysk (strata) z lat ubiegłych	84	0	0
VIII.	Zysk (strata) netto	85	285 381 639,03	382 825 478,79
IX.	Odpisy z zysku netto w ciągu okresu sprawozdawczego (wielkość ujemna)	86	0	0
B	ZOBOWIĄZANIA I REZERWY NA ZOBOWIĄZANIA	87	6 856 343 839,34	7 246 767 121,93
I.	Rezerwy na zobowiązania	88	1 282 355 900,87	1 119 145 238,67
1.	Rezerwa z tytułu odroczonego podatku dochodowego	89	0	0
2.	Rezerwa na świadczenia emerytalne i podobne	90	0	0
	- długoterminowa	91	0	0
	- krótkoterminowa	92	0	0
3.	Pozostałe rezerwy	93	1 282 355 900,87	1 119 145 238,67
	- długoterminowe	94	0	0
	- krótkoterminowe	95	1 282 355 900,87	1 119 145 238,67
II.	Zobowiązania długoterminowe	96	639 930,83	311 631,87
1.	Wobec jednostek powiązanych	97	0	0
2.	Wobec pozostałych jednostek	98	639 930,83	311 631,87
	a) kredyty i pożyczki	99	0	0
	b) z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych	100	0	0
	c) inne zobowiązania finansowe	101	0	0
	d) inne	102	639 930,83	311 631,87
III.	Zobowiązania krótkoterminowe	103	5 567 309 198,36	6 094 634 401,27
1.	Wobec jednostek powiązanych	104	0	0
	a) z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	105	0	0
	- do 12 miesięcy	106	0	0
	- powyżej 12 miesięcy	107	0	0
	b) inne	108	0	0
2.	Wobec pozostałych jednostek	109	5 567 309 198,36	6 094 634 401,27
	a) kredyty i pożyczki	110	0	0
	b) z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych	111	0	0
	c) inne zobowiązania finansowe	112	0	0
	d) z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	113	5 522 026 442,74	6 025 621 935,55
	- do 12 miesięcy	114	5 522 026 442,74	6 025 613 717,42
	- powyżej 12 miesięcy	115	0	8 218,13
	e) zaliczki otrzymane na dostawy	116	0	0
	f) zobowiązania wekslowe	117	0	0
	g) z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń i innych świadczeń	118	14 505 478,52	15 710 182,14
	h) z tytułu wynagrodzeń	119	3 140 095,34	3 926 355,05
	i) inne	120	23 801 185,40	45 965 012,86
3.	Fundusze specjalne	121	3 835 996,36	3 410 915,67
IV.	Fundusz wydzielony	122	0	0
V.	Zobowiązania wewnętrzne NFZ	123	0	0
VI.	Rozliczenia międzyokresowe	124	6 038 809,28	32 675 850,12
1.	Ujemna wartość firmy	125	0	0
2.	Inne rozliczenia międzyokresowe	126	6 038 809,28	32 675 850,12
	- długoterminowe	127	2 491 238,87	493 843,25
	- krótkoterminowe	128	3 547 570,41	32 182 006,87
PASywa RAZEM			8 748 162 292,86	9 521 411 054,24

VI.2.1. Aktywa i ich struktura

Tabela nr VI.5. Aktywa łącznie w zł i gr.

31.12.2012 r.	31.12.2013 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
8 748 162 292,86	9 521 411 054,24	8,84%	Biuro Księgowości

Tabela nr VI.6. Aktywa trwałe w zł i gr.

31.12.2012 r.	31.12.2013 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
284 555 279,14	302 665 545,94	6,36%	Biuro Księgowości

Tabela nr VI.7. Aktywa obrotowe w zł i gr.

31.12.2012 r.	31.12.2013 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
284 555 279,14	302 665 545,94	6,36%	Biuro Księgowości

Tabela nr VI.8. Aktywa.

AKTYWA		31.12.2011 r.		31.12.2012 r.		Zmiana
		KWOTA	STRUKTURA	KWOTA	STRUKTURA	(+) wzrost, (-) spadek
A.	AKTYWA TRWAŁE	299 956 276,19	3,6%	284 555 279,14	3,3%	-15 400 997,05
I.	Wartości niematerialne i prawne	30 872 044,28	0,4%	28 412 368,68	0,3%	-2 459 675,60
II.	Rzeczowe aktywa trwałe, w tym:	268 947 286,32	3,2%	255 372 519,47	3,0%	-13 574 766,85
1.	Środki trwałe:	263 426 770,19	3,1%	243 596 426,31	2,8%	-19 830 343,88
	- grunty (w tym prawo użytkowania wieczystego gruntów)	13 776 125,28	0,2%	13 460 707,32	0,2%	-315 417,96
	- budynki, budowle	165 966 834,58	2,0%	157 578 089,09	1,8%	-8 388 745,49
	- urządzenia techniczne i maszyny	78 655 309,26	0,9%	68 693 091,30	0,8%	-9 962 217,96
	- środki transportu	2 436 909,40	0,0%	1 823 463,94	0,0%	-613 445,46
	- inne środki trwałe	2 591 591,67	0,0%	2 041 074,66	0,0%	-550 517,01
2.	Środki trwałe w budowie	5 520 516,13	0,1%	11 776 093,16	0,1%	6 255 577,03
III.	Należności długoterminowe	132 145,59	0,0%	765 590,99	0,0%	633 445,40
IV.	Inwestycje długoterminowe	4 800,00	0,0%	4 800,00	0,0%	0,00
	AKTYWA OBROTOWE	8 125 403 560,96	96,4%	8 463 607 013,72	96,7%	338 203 452,76
I.	Zapasy	1 606 255,68	0,0%	1 300 083,94	0,0%	-306 171,74
II.	Należności krótkoterminowe	5 425 320 414,71	64,4%	5 664 014 861,74	64,7%	238 694 447,03
IV.	Inwestycje krótkoterminowe, w tym:	2 695 757 485,61	32,0%	2 795 050 401,62	32,0%	99 292 916,01
	- bieżące środki pieniężne	2 695 757 485,61	32,0%	2 795 050 401,62	32,0%	99 292 916,01
V.	Krótkoterminowe rozliczenia	2 719 404,96	0,0%	3 241 666,42	0,0%	522 261,46
	RAZEM AKTYWA	8 425 359 837,15	100,0%	8 748 162 292,86	100,0%	322 802 455,71

w zł i gr.

Struktura aktywów – krótka charakterystyka

Struktura majątku na dzień 31.12.2013 r. w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2012 r. nie uległa istotnym zmianom. Nastąpił nieznaczny spadek udziału aktywów trwałych z 3,3% do 3,2% oraz wzrost udziału aktywów obrotowych z 96,7% do 96,8%. W grupie aktywów obrotowych nastąpił wzrost wartości zapasów o 29,6% oraz spadek należności krótkoterminowych o 2,5% przy jednoczesnym spadku ich udziału o 6,7 pkt. procentowego. Wzrosła wartość inwestycji krótkoterminowych o 6,8% i wartość krótkoterminowych rozliczeń międzyokresowych o 2,9%.

Na podstawowy majątek Funduszu składają się należności krótkoterminowe, głównie należności od ZUS z tytułu składek zdrowotnych i inwestycje krótkoterminowe (bieżące środki pieniężne), których udział w strukturze aktywów wynosi odpowiednio na 31.12.2012 r. 64,7% i 32,0% oraz na 31.12.2013 r. 58,0% i 38,8%.

Porównanie danych – analiza trendów

Aktywa Funduszu na dzień 31.12.2012 r. obejmują następujące podstawowe składniki:

Wartości niematerialne i prawne 28 383 195,46 zł

Wartości niematerialne i prawne stanowią 0,3% majątku Funduszu i obejmują w szczególności licencje na użytkowe programy komputerowe.

Rzeczowe aktywa trwałe 273 962 515,47 zł

Rzeczowe aktywa trwałe stanowią 2,9% sumy bilansowej. Wartość rzeczowych aktywów trwałych na dzień bilansowy w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2012 r. uległa zwiększeniu o 7,28%, co stanowi kwotę 18 590,0 tys. zł.

Należności długoterminowe 315 035,01 zł

Należności długoterminowe głównie stanowią należności z wyroków sądowych, z terminem ich spłaty określonym na lata późniejsze.

Zapasy 1 685 369,89

Zapasy wykazane w bilansie stanowią poniżej 0,01% sumy bilansowej i obejmują materiały, towary oraz zaliczki na dostawy.

Należności krótkoterminowe 3 692 753 077,84 zł

Inwestycje krótkoterminowe, na które w większości składają się bieżące środki pieniężne stanowią 38,8% sumy bilansowej i wycenione zostały w wartości nominalnej łącznie z wymagalnymi na dzień bilansowy odsetkami. Stan inwestycji krótkoterminowych na dzień 31.12.2013 r. w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2012 r. uległ zwiększeniu o kwotę 897 702,68 tys. zł.

Inwestycje krótkoterminowe 2 795 050 401,62 zł

Inwestycje krótkoterminowe, na które w większości składają się bieżące środki pieniężne stanowią 32,0% sumy bilansowej i wycenione zostały w wartości nominalnej łącznie z wymagalnymi na dzień bilansowy odsetkami. Stan inwestycji krótkoterminowych na dzień 31.12.2012 r. w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2011 r. uległ zwiększeniu o kwotę 99 292,92 tys. zł.

Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe 3 335 515,26 zł

Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe obejmują nakłady przewidziane do rozliczenia w następnych okresach sprawozdawczych po dniu bilansowym

VI.2.2. Pasywa i ich struktura

Tabela nr VI.9. Pasywa łącznie w zł i gr.

31.12.2012 r.	31.12.2013 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
8 748 162 292,86	9 521 411 054,24	8,84%	Biuro Księgowości

Tabela nr VI.10. Kapitał własny w zł i gr.

31.12.2012 r.	31.12.2013 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
8 748 162 292,86	9 521 411 054,24	8,84%	Biuro Księgowości

Tabela nr VI.11. Zobowiązania i rezerwy w zł i gr.

31.12.2012 r.	31.12.2013 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
8 748 162 292,86	9 521 411 054,24	8,84%	Biuro Księgowości

Tabela nr VI.12. Pasywa.

PASywa		31.12.2012 r.		31.12.2013 r.		w zł i gr.
		KWOTA	STRUKTURA	KWOTA	STRUKTURA	Zmiana
						(+) wzrost, (-) spadek
A.	KAPITAŁ (FUNDUSZ) WŁASNY	1 891 818 453,52	21,6%	2 274 643 932,31	23,9%	382 825 478,79
I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	141 549 868,09	1,6%	141 549 868,09	1,5%	0,00
II.	Kapitał (fundusz) zapasowy	1 464 886 946,40	16,7%	1 750 268 585,43	18,4%	285 381 639,03
III.	Fundusz rezerwowy	0,00	0,0%	0,00	0,0%	0,00
IV.	Zysk (strata) z lat ubiegłych	0,00	0,0%	0,00	0,0%	0,00
V.	Zysk (strata) netto	285 381 639,03	3,3%	382 825 478,79	4,0%	97 443 839,76
B.	ZOBOWIĄZANIA I REZERWY	6 856 343 839,34	78,4%	7 246 767 121,93	76,1%	390 423 282,59
I.	Rezerwy na zobowiązania	1 282 355 900,87	14,7%	1 119 145 238,67	11,8%	-163 210 662,20
II.	Zobowiązania długoterminowe	639 930,83	0,007%	311 631,87	0,00%	-328 298,96
III.	Zobowiązania krótkoterminowe	5 567 309 198,36	63,6%	6 094 634 401,27	64,0%	527 325 202,91
IV.	Rozliczenia międzyokresowe	6 038 809,28	0,1%	32 675 850,12	0,3%	26 637 040,84
RAZEM PASywa		8 748 162 292,86	100,0%	9 521 411 054,24	100,0%	773 248 761,38

Struktura pasywów – krótka charakterystyka

Majątek Funduszu w 76,1% pokrywają zobowiązania i rezerwy na zobowiązania, wykazane w łącznej kwocie 7 246 767,12 tys. zł, stanowią one kwotę niższą niż stan majątku ogółem o 2 274 643,93 tys. zł.

W badanym okresie wystąpiła zbliżona do 2012 r. struktura źródeł finansowania majątku. Fundusz osiągnął zysk netto w wysokości 382 825,48 tys. zł, co w porównaniu do 2012 r. stanowi wzrost o 34,1% tj. 97 443,84 tys. zł.

Porównanie danych – analiza trendów

Pasywa Funduszu na dzień 31.12.2013 r. obejmują następujące podstawowe składniki:

Fundusz własny 2 274 643 932,31 zł

Fundusz własny obejmuje:

- kapitał podstawowy w wysokości 141 549 868,09 zł stanowiący równowartość majątku trwałego netto otrzymanego od Skarbu Państwa,
- kapitał zapasowy w wysokości 1 750 268 585,43 zł,
- zysk okresu badanego w kwocie 382 825 478,79 zł, który zaprezentowany został w porównawczym rachunku zysków i strat.

Rezerwy na zobowiązania 1 119 145 238,67 zł

Rezerwy na zobowiązania stanowią 11,8% sumy bilansowej i obejmują:

- rezerwy na pewne lub prawdopodobne przyszłe zobowiązania w kwocie 104 687,54 tys. zł, z czego kwota 79 351,03 tys. zł przypada na rezerwy na postępowania sądowe za ponadumowne świadczenia zdrowotne,
- bierne rozliczenia międzyokresowe kosztów działalności operacyjnej i kosztów finansowych w wysokości 1 014 457,70 tys. zł.

Zobowiązania długoterminowe 311 631,87 zł

Zobowiązania długoterminowe stanowią poniżej 0,01% sumy bilansowej i dotyczą głównie wpłaconych przez dostawców zabezpieczeń należytego wykonania umów

Zobowiązania krótkoterminowe 6 094 634 401,27 zł

Zobowiązania krótkoterminowe obejmują 64,0% sumy bilansowej, w tym zobowiązania z tytułu dostaw i usług wymagalne w okresie 12 miesięcy po dniu bilansowym stanowią kwotę 6 025 613,72 tys. zł.

Rozliczenia międzyokresowe 32 675 850,12 zł

Rozliczenia międzyokresowe stanowią 0,3% sumy bilansowej, dotyczą głównie przychodów ze składek dotyczących 2014 r. oraz programów lub projektów współfinansowanych ze środków pieniężnych z UE/EFTA.

VI.3 Informacja o realizacji w 2013 roku zadania związanego z weryfikacją wyceny niektórych świadczeń opieki zdrowotnej

W związku z formułowanymi przez środowiska medyczne oczekiwaniami i potrzebami w zakresie urealnienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w okresie od grudnia 2012 roku do lutego 2013 roku w Departamencie Ekonomiczno-Finansowym Centrali Funduszu trwały prace nad metodyką i metodologią wyceny świadczeń. Od momentu zakończenia tych prac do końca 2013 roku został przeprowadzony proces weryfikacji wyceny 49 Jednorodnych Grup Pacjentów z zakresów:

- chorób dziecięcych,
- chorób twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu,
- chorób układu dokrewnego,
- chorób wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziona,
- chorób przewodu pokarmowego,
- chorób układu nerwowego,
- chorób układu moczowo-płciowego,
- chorób układu krwiotwórczego, zatrucia i chorób zakaźnych,
- chorób serca,
- chorób układu mięśniowo-szkieletowego,
- chorób oczu,
- chorób układu oddechowego,
- położnictwa i opieki nad noworodkiem.

Na dzień 31 grudnia 2013 roku Departament Ekonomiczno-Finansowy Centrali Funduszu dysponował sprawdzonymi funkcjami wartościującymi koszty poszczególnych rozpoznań oraz zabiegów. Elementem wyceny, który był poddawany ciągłej zmianie była metoda pozyskiwania danych medycznych i kosztowych. Ponad roczny proces weryfikacji założeń pozwolił na wypracowanie metodologicznych elementów procesu poznania najczęściej występującego „pacjenta”. Dane medyczne oraz dane kosztowe pozyskiwane były od świadczeniodawców wybranych przy użyciu wiedzy i narzędzi z obszaru statystyki i metodologii. Grupa podmiotów leczniczych wybieranych każdorazowo do wyceny określonych Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP) stanowi grupę reprezentatywną świadczeniodawców, którzy w roku poprzedzającym wykonali najwięcej i w najszerszym zakresie medycznym świadczenia opieki zdrowotnej, które rozliczane są poprzez właściwe JGP.

W 2013 roku zostały opracowane narzędzia oraz założenia metodologiczne, które przy braku standardów leczenia dla większości rozpoznań i zabiegów w Polsce pozwoliły na rozpoczęcie procesu wyceny świadczeń opieki zdrowotnej. W tym okresie zostały opracowane: Karta Procesowa (obejmująca proces leczenia pacjenta dla określonego przypadku chorobowego), Karty Kosztowe (wymagające od wypełniających utrzymywanie standardów w celu ich łatwego ujednoczenia), Kalkulatory dla Wirtualnych Bloków Operacyjnych i Oddziałów (zakładające rodzaj oraz ilość niezbędnej aparatury medycznej do wykonania określonego świadczenia opieki zdrowotnej) oraz Kalkulator Opieki nad

Pacjentem pozwalający na wyliczenie na podstawie ilości rozliczonych świadczeń w roku poprzedzającym wycenę, określenie wartości kosztowej opieki nad pacjentem i jej udziału w kosztach świadczenia.

Pozyskiwanie danych medycznych w procesie weryfikacji kosztowej świadczeń opieki zdrowotnej podlegało największym modyfikacjom metodycznym. Przy wycenie pierwszych 23 JGP Fundusz zwrócił się z prośbą do Konsultantów Krajowych o pomoc w opisanu najczęściej stosowanego procesu diagnostyczno – terapeutycznego w wybranych przypadkach chorobowych. Współpraca została zakończona w momencie przeprowadzenia wyceny wyżej wymienionych 23 JGP, jednakże bez możliwości jej wznowienia przy wycenie kolejnych 23 JGP z uwagi na rozbieżności interesów pomiędzy płatnikiem a reprezentacją świadczeniodawców oraz ograniczeniami czasowymi Konsultantów Krajowych.

W tej sytuacji zmieniona została metoda pozyskiwania danych. Do kolejnego procesu weryfikacji wyceny 23 JGP wyłoniono w doborze próby 24 szpitale, do których zostali skierowani pracownicy wydziałów kontroli oddziałów wojewódzkich Funduszu w celu pozyskania danych z konkretnych dokumentacji medycznych niezbędnych do przeprowadzenia wyceny. Z uwagi na czasochłonność procesu zbierania danych spowodowaną, jakością przedkładanych dokumentów medycznych pracownicy oddziałów wojewódzkich Funduszu (lekarze – kontrolerzy) byli zmuszeni zawiesić wykonywanie swoich podstawowych obowiązków związanych z planowanymi kontrolami w podmiotach leczniczych.

W tej sytuacji, została podjęta decyzja, aby przy wycenie kolejnych 26 JGP rozpocząć współpracę ze świadczeniodawcami na zasadach wykorzystywanych w innych krajach europejskich. 33 szpitalom została przedstawiona propozycja odpłatnej współpracy przy przekazaniu danych medycznych i kosztowych, jakie powstają przy udzielaniu określonych świadczeń opieki zdrowotnej rozliczanych poprzez kolejne 26 JGP.

Niestety większość szpitali wysokospecjalistycznych odmówiła przekazania danych niezbędnych do wyceny, tym samym wykluczyła się z ustalenia realnych kosztów ponoszonych przez nich przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

Trzykrotne próby nakłaniania środowiska medycznego i świadczeniodawców do współpracy związanej z wyceną JGP nie przyniosło spodziewanego skutku.

Jedynym rozwiązaniem zaistniałego problemu jest zobligowanie świadczeniodawców poprzez stosowne zapisy w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych do przekazywania na rzecz podmiotu przeprowadzającego wycenę pożądaných danych zarówno medycznych jak i kosztowych.

Kolejnym utrudnieniem w realizacji zadania związanego z ponowną wyceną JGP był i jest problem zgodności z obowiązującym prawem pozyskiwania danych medycznych. Artykuł 188 ustawy o świadczeniach nie przewiduje, bowiem upoważnienia Funduszu do przetwarzania danych osobowych w celu wyceny procedur medycznych.

Fundusz podjął stosowne działania, aby nowelizacja ustawy o świadczeniach uwzględniała rozwiązanie tych problemów.

Mimo opisanych trudności Departament Ekonomiczno-Finansowy w 2013 roku przeprowadził weryfikację wyceny 465 świadczeń opieki zdrowotnej, które rozliczane są poprzez 49 Jednorodnych Grup Pacjentów. W wyniku przeprowadzonych analiz dotychczasowe JGP scharakteryzowane kodami: P22 – Infekcyjne i nieinfekcyjne zapalenie żołądka i jelit, P03 – Choroby górnego odcinka dróg oddechowych, C13 – Średnie zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r.ż. P06 – Mniejsze infekcje (w tym choroby immunologiczne) zmieniły wartość punktową na wyższą.

Natomiast dotychczasowe JGP o kodach: C56 – Poważne choroby gardła, uszu i nosa, K27 – Zaburzenia odżywiania, G18 – Przewlekłe choroby wątroby bez pw, F31 – Kompleksowe zabiegi jelita grubego, L72 – Zabiegi moszny, jądra, najądrza i nasieniowodu, A87 – Inne choroby układu nerwowego <18r.ż. zostały zduplikowane w swojej charakterystyce i strukturze z wyróżnieniem w nazwach opisujących kategorię wiekową świadczeniobiorców. Jednocześnie Jednorodne Grupy Pacjentów C56, K27, A87 oraz G18 dla osób poniżej 18 roku życia otrzymały wyższą wartość punktową od dotychczasowej.

Pozostałe JGP tj. A11 – Kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe, A12 – Duże zabiegi wewnątrzczaszkowe, A13 - Średnie zabiegi wewnątrzczaszkowe, A34 – Guzy mózgu, F42 – Duże zabiegi jamy brzusznej, L52 – Duże otwarte zabiegi cewki moczowej, N31 - Kompleksowe zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia, P23 – Padaczka, S08 – Intensywne leczenie ostrych białaczek, B98 – Leczenie

zachowawcze okulistyczne, E64 – Zaburzenia rytmu serca > 0 r.ż., E75 – Wrodzone wady serca < 1 r.ż. lub < 18 r.ż. z pw, E76 - Wrodzone wady serca > 0 r.ż. i < 18 r.ż., F16 – Choroby żołądka i dwunastnicy, H87 – Choroby zapalne stawów i tkanki łącznej, L29 – Choroby pęcherza moczowego i moczowodu, N32 – Duże zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia, N33 – Średnie zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia, P19 – Choroby krwi, P28 – Guzy lite narządów, tkanek i innych układów, S52 – Niedobory odporności inne niż HIV/ AIDS, C46 – Średnie zabiegi endoskopowe < 18 r.ż. , H32 – Duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy, L84 – Inne choroby nerek, D18 – Zapalenie płuc nietypowe, wirusowe, F26 – Choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych), F57 – Choroby zapalne jelit < 18 r.ż., P04 – Choroby dolnych dróg oddechowych, S53 – Posocznica, F07 – choroby przetyku, F21 – Kompleksowe zabiegi jelita cienkiego, K28 – Wrodzone wady metaboliczne, P05 – Główne infekcje (w tym choroby immunologiczne), P07 – Nowotwory, P28 – Guzy lite narządów, tkanek i innych układów, P16 – Poważne schorzenia uwarunkowane genetycznie i inne choroby wrodzone, P21 – Choroby układu krążenia, H96 – Układowe choroby tkanki łącznej, które zostały poddane weryfikacji kosztochłonności pozostaną na obecnym poziomie punktowym do momentu zmiany przepisów w ustawie o świadczeniach, o których mowa wyżej, które uniemożliwiają między innymi zakończenie prac nad wyceną JGP z zakresu pediatrii.

Ponadto w 2013 roku w Departamencie Ekonomiczno-Finansowym przeprowadzono proces weryfikacji wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, które były rozliczane przez świadczeniodawców poprzez JGP: B12 – Usunięcie zaćmy powikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki oraz B13 – Usunięcie zaćmy niepowikłanej metodą emulsyfikacji z jednoczesnym wszczepieniem soczewki. Wynikiem tego procesu było obniżenie cen świadczeń opieki zdrowotnej rozliczanych dotychczas przez ww. JGP.

Reasumując należy podkreślić, że w 2013 roku w Departamencie Ekonomiczno-Finansowym Centrali Funduszu powstała metoda weryfikacji wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, powstały rozwiązania i narzędzia analityczne, została przeprowadzona weryfikacja wyceny 49 Jednorodnych Grup Pacjentów oraz została rozpoczęta budowa aplikacji informatycznej (ze względu na proponowane przez Ministerstwo Zdrowia zmiany w kompetencjach Funduszu tj. wyłączenia z nich wyceny świadczeń opieki zdrowotnej, prace zostały zawieszony) wspomagającej gromadzenie i przetwarzanie danych medycznych i kosztowych niezbędnych do prowadzenia weryfikacji wycen.

Tak, więc Fundusz jest metodycznie i metodologicznie przygotowany do kontynuacji wycen JGP. Jednakże odmowa współpracy ze strony wiodących świadczeniodawców powoduje, że praktycznie ponowna wycena może dotyczyć tylko tych JGP, którymi zainteresowani są Konsultanci Krajowi, wyrażający gotowość nakłonienia dyrektorów szpitali do współpracy z Funduszem w omawianym zakresie.

Sytuacja także może ulec zmianie tylko w przypadku dokonania przez Ministerstwo Zdrowia stosownych zmian w aktach prawnych, w których zostaną wyraźnie określone kompetencje podmiotu taryfikującego.