



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VIII kadencja
Minister Zdrowia
UZ-AK.070.142.2017.EW

Druk nr 1798

Warszawa, 24 sierpnia 2017 r.

Pan
Marek Kuchciński
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Zgodnie z art. 187 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.*) przedkładam zaopiniowane przez Ministra Finansów

**- Sprawozdanie z działalności
Narodowego Funduszu Zdrowia za rok
2016,**

przyjęte uchwałą Nr 11/2017/III z dnia 22 czerwca 2017 roku *w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 r.*, wraz ze stanowiskiem Ministra Zdrowia w sprawie przedmiotowego Sprawozdania.

Z poważaniem

z up. Ministra Zdrowia
(-) Józefa Szczurek-Żelazko
Sekretarz Stanu



Minister Zdrowia

Warszawa, 24-08-2017

UZ-AK.070.142.2017.EW

Pan
Marek Kuchciński
Marszałek Sejmu RP

Szanowny Panie Mounais,

Zgodnie z art. 187 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.) przedkładam zaopiniowane przez Ministra Finansów

- Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2016,

przyjęte uchwałą Nr 11/2017/III z dnia 22 czerwca 2017 roku w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 r., wraz ze stanowiskiem Ministra Zdrowia w sprawie przedmiotowego Sprawozdania.

z poważaniem

Z upoważnienia
MINISTRA ZDROWIA
SEKRETARZ STANU
Józefa Szczurek-Żelazko
Józefa Szczurek-Żelazko

Oryginał + 14 kopii oraz CD



Stanowisko Ministra Zdrowia
w sprawie
Sprawozdania z działalności
Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2016

Zgodnie z art. 102 ust. 5 pkt 11 i art. 187 ust 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn.zm.), dalej zwanej „ustawą o świadczeniach”, Prezes Funduszu przedstawia corocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, nie później niż do dnia 30 czerwca roku następnego, przyjęte przez Radę Narodowego Funduszu Zdrowia roczne sprawozdanie z działalności Funduszu.

Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2016, zwane dalej „Sprawozdaniem”, zostało zgodnie z art. 100 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy o świadczeniach przyjęte przez Radę Funduszu na mocy uchwały Nr 11/2017/III z dnia 22 czerwca 2017 roku w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 r.

Minister Zdrowia ma obowiązek przedstawić *Sprawozdanie* Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej nie później niż do dnia 31 sierpnia, po zaopiniowaniu tego sprawozdania przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych. Minister Rozwoju i Finansów nie zgłosił uwag do *Sprawozdania* (pismo z dnia 20 lipca 2017 r., znak FS1.45.10.3.2017 w załączeniu).

Sprawozdanie przedstawia istotne działania podejmowane przez Fundusz w roku 2016, dotyczące realizacji jego zadań ustawowych.

Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej

Najważniejszą częścią *Sprawozdania*, wymaganą przez art. 102 ust. 5 pkt 11 ustawy o świadczeniach, jest informacja o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Dostępność do świadczeń została w *Sprawozdaniu* scharakteryzowana na podstawie danych dotyczących: (a) wielkości nakładów finansowych na poszczególne rodzaje świadczeń, a ponadto informacji dotyczącej liczby: (b) świadczeniodawców, (c) zawartych umów oraz (d) świadczeń opieki zdrowotnej, i (e) informacji wynikających z list oczekujących (liczbie oczekujących oraz medianie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania).

W roku 2016 zwiększono środki przewidziane w planie finansowym na zapewnienie **podstawowej opieki zdrowotnej** o 7,5%, tj. do kwoty 9 470 049 tys. zł. Łącznie w poszczególnych zakresach podstawowej opieki zdrowotnej świadczeń udzielało 9 557

świadczeniodawców. Udzielili oni 149 262 124 porad ponad 26,9 mln pacjentów. W celu poprawy dostępności i jakości świadczeń od 1 lipca 2016 r. zmianie uległa zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednego lekarza i jednej pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej – z 2 750 na 2 500 osób. Ponadto od 1 września 2016 r. dokonano zmian w wartościach współczynników korygujących stawkę kapitacyjną w świadczeniach lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w celu uwzględnienia kosztów związanych ze świadczeniami udzielanymi pacjentom w przedziałach wiekowych 40-65 r.ż. i powyżej 65 r.ż., zabezpieczenia środków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w praktykach lekarskich oraz pokrycia kosztów wzmożonej zgłaszalności świadczeniobiorców w związku z regulacjami dotyczącymi refundacji leków dla populacji powyżej 75 r.ż.

Wartość umów podpisanych na 2016 rok z 6 181 świadczeniodawcami w **ambulatoryjnej opiece specjalistycznej** w porównaniu z rokiem 2015 wzrosła o 2% i wyniosła 5 730 904 tys. zł. Z kwoty tej finansowano wykonanie porad, świadczeń zabiegowych, badań kosztochłonnych (obejmujących m.in. badania z zakresu medycyny nuklearnej, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego) oraz kompleksową ambulatoryjną opiekę nad pacjentem zakażonym HIV oraz z cukrzycą. Ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej skorzystało ponad 18 mln pacjentów, przy czym łączna liczba wszystkich porad w 2016 roku wyniosła ponad 86 mln - z tego znacząca większość to porady o charakterze zachowawczym (prawie 77 mln), a tylko ok. 10% to porady o charakterze zabiegowym. Ponadto, tak jak w latach poprzednich, w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowano niektóre profilaktyczne programy (badania przesiewowe wczesnego wykrywania jaskry oraz etap podstawowy profilaktyki raka szyjki macicy).

Z informacji dotyczących list oczekujących wynika, że wśród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących w trybie stabilnym najdłużej oczekuje się na świadczenia poradni endokrynologicznych (dla których mediana średniego rzeczywistego czasu wynosi 208 dni), chirurgii naczyniowej (131 dni), kardiologicznych (106 dni), gastroenterologicznych (81 dni) i okulistycznych (65 dni). Jedynie dla przypadków pilnych średni czas dla tych poradni nie przekracza 13 dni.

Wartość kontraktów podpisanych na 2016 rok na **leczenie szpitalne** wzrosła o 4,6% w stosunku do nakładów z roku ubiegłego i wyniosła 34 621 917, 88 tys. zł. Umowy zawarto z 1059 świadczeniodawcami, którzy udzielili prawie 8,4 mln hospitalizacji o średniej wartości 3 640 zł, ponad 5,4 mln pacjentom. Ze środków na leczenie szpitalne finansowana jest także chemioterapia – chemioterapią standardową o wartości 1 358 243 tys. zł objęto 133 692 osób; ponadto wydano 790 zgód na objęcie chemioterapią niestandardową o wartości 19 403,6 tys. zł.

W 2016 roku Fundusz zawarł umowy na udzielanie świadczeń z zakresu 73 programów lekowych (w tym 24 programów onkologicznych) na łączną kwotę 3 215 494 tys. zł. W ramach programów nieonkologicznych leczono 80,5 tys. pacjentów, a programami onkologicznymi objęto 20,6 tys. pacjentów. Największe środki zostały wydatkowane w programach leczenia: przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C (459,5 mln zł – co stanowi 14,51% kosztu wszystkich wykonanych świadczeń związanych z programami lekowymi), raka piersi (351,1 mln zł - 11%), stwardnienia rozsianego (163,8 mln – 7,8%), oraz raka nerki (138,8 mln zł – 4,4%).

Do oddziałów szpitalnych, do których oczekiwało najwięcej w skali kraju osób, najdłuższe czasy oczekiwania odnotowywano do oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej (dla którego mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wynosiła 151 dni), otorynolaryngologicznych dla dzieci (149 dni), otorynolaryngologicznych (144 dni), neurochirurgicznych (117 dni) i reumatologicznych (74 dni). W porównaniu z rokiem 2015 poprawa (zarówno w zakresie liczby osób oczekujących, jak i średniego czasu oczekiwania) nastąpiła w przypadku oddziałów otorynolaryngologicznych dla dzieci i oddziałów reumatologicznych. W przypadku pozostałych oddziałów czas oczekiwania nie skrócił się mimo, że wszystkie oddziały udzieliły świadczeń większej liczbie pacjentów niż w roku poprzednim.

Wartość kontraktów podpisanych ze 1430 świadczeniodawcami na 2016 rok na **leczenie psychiatryczne oraz uzależnień** wzrosła o 2,1% w stosunku do nakładów z roku ubiegłego i wyniosła 2 451 507,82 tys. zł. Liczba osób korzystających ze świadczeń systematycznie rośnie – w roku 2016 było to 1 688 437 pacjentów.

W 2016 r. najwięcej osób oczekiwało do poradni psychogeriatrycznych, poradni dla osób z autyzmem dziecięcym, oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci oraz oddziałów i ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do wymienionych komórek nie przekraczała 2 miesięcy. Znaczący wzrost średniego czasu odnotowano wyłącznie w przypadku poradni psychogeriatrycznych, w pozostałych komórkach średni czas utrzymuje się na podobnym poziomie jak w latach ubiegłych. Liczba osób oczekujących uległa zmniejszeniu tylko w przypadku oddziałów i ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu.

Świadczenia z zakresu **opieki długoterminowej** realizowane są w ramach świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wartość kontraktów podpisanych na 2016 rok na opiekę pielęgnacyjną i opiekuńczą wyniosła 1 284 428,94 tys. zł (co oznacza spadek o 8,3% w stosunku do nakładów z roku ubiegłego). Umowy realizowało 1558 świadczeniodawców, którzy udzieliли świadczeń 105 311 osobom. W przypadku

świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej – wartość umów wzrosła o 8,8% i wyniosła 450 601,44 tys. zł. Świadczeń udzielało 493 świadczeniodawców, którzy objęli opieką 88 957 osób. Pozytywnie należy ocenić dostępność do poradni medycyny paliatywnej, w przypadku których na udzielenie świadczenia oczekiwało zaledwie 26 osób.

Wartość kontraktów podpisanych na 2016 rok w **rehabilitacji leczniczej** w stosunku do roku poprzedniego wzrosła o 1% do kwoty 2 218 799,58 tys. zł, a liczba zakontraktowanych świadczeniodawców wyniosła 2 703. Czasy oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji należą do jednych z najdłuższych – najtrudniej dostępne są świadczenia oddziału rehabilitacji i oddziału rehabilitacji narządu ruchu, dla których mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na przyjęcie w trybie stabilnym przekracza 400 dni. Jest to efektem bardzo dużej liczby osób oczekujących. Łącznie na przyjęcie do wymienionych oddziałów oczekuje odpowiednio - ponad 222 tys. osób, podczas gdy w 2016 r. udzielono świadczeń ponad 113 tys. osobom z listy.

Wartość zawartych umów w 2016 roku na **opiekę stomatologiczną** wzrosła w stosunku do roku ubiegłego o 0,8% i wyniosła 1 771 250,3 tys. zł. Świadczeń udzielało 7 703 świadczeniodawców. Z leczenia stomatologicznego skorzystało ponad 7 mln pacjentów. Największa liczba osób oczekuje na świadczenia poradni stomatologicznych (ponad 117 tys.), poradni ortodontycznych i ortodontycznych dla dzieci (ponad 53 tys.), poradni chirurgii stomatologicznej i poradni protetyki stomatologicznej (18 tys.). Mimo dużej liczby osób oczekujących długie średnie czasy oczekiwania dotyczą jedynie poradni ortodontycznych (40- 55 dni). W przypadku poradni stomatologicznych średni czas oczekiwania wynosi 0, gdyż większość świadczeń udzielanych jest na bieżąco - w roku 2016 poradnie te udzieliły świadczeń ponad 991 tys. osobom.

Wartość zawartych umów w roku 2016 w rodzaju **świadczenia kontraktowane odrębnie** wyniosła 1 914 967,59 tys. zł, czyli o 5% więcej niż w roku 2015. Do świadczeń kontraktowanych odrębnie należą: dializoterapia otrzewnowa, hemodializoterapia, terapia hiperbaryczna, tlenoterapia domowa, żywienie pozajelitowe w warunkach domowych, żywienie dojelitowe w warunkach domowych, badania zgodności tkankowej, badania genetyczne, badania izotopowe, terapia izotopowa, zaopatrzenie protetyczne, pozytonowa tomografia emisyjna, leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci, leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych, kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej, leczenie spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej, teleradioterapia protonowa, domowa antybiotykoterapia dożylna, kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1), telekonsylium kardiologiczne, telekonsylium geriatryczne, koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC).

Umowy w tym zakresie zawarto z 439 świadczeniodawcami, którzy udzielili ponad 8,7 mln świadczeń 194 tys. pacjentów.

W rodzaju **pomoc doraźna i transport sanitarny** Fundusz finansuje świadczenia realizowane przez zespoły sanitarne typu „N” (neonatologiczne), udzielające świadczeń w stanach nagłego pogorszenia stanu zdrowia dziecka od jego urodzenia do ukończenia 4. tygodnia życia, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – do końca pierwszego roku życia dziecka. W 2016 r. obowiązywało 31 umów, których wartość w stosunku do roku poprzedniego wzrosła o 2,6% i wyniosła 43 896 tys. zł. W 2016 r. zespoły sanitarne typu „N” wykonały 10 075 transportów, udzielając świadczeń 8 687 osobom.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016, poz. 1868 z późn. zm.) zadania zespołów **ratownictwa medycznego** są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentami są poszczególni wojewodowie. Wojewodowie przekazują te środki Funduszowi w formie dotacji celowej. W 2016 r. odnotowano wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń w porównaniu do roku 2015 o 1,3%, do kwoty 1 869 051,28 tys. zł. Za tę kwotę zakontraktowano świadczenia 1 527 zespołów ratownictwa medycznego, w tym 965 zespołów podstawowych oraz 562 zespołów specjalistycznych. Zespoły te wykonały łącznie ponad 3 mln wyjazdów, udzielając świadczeń 2,8 mln osobom.

Wartość zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju **leczenie uzdrowiskowe** wyniosła 619 921,57 tys. zł, tj. wzrosła w stosunku do 2015 r. o 1%. W 2016 r. zawarto umowy ze 144 zakładami lecznictwa uzdrowiskowego, które zrealizowały łącznie 409 301 skierowań dla 407 897 osób. Osoby korzystające z tej formy leczenia to przede wszystkim chorzy z chorobami przewlekłymi w zakresie chorób układu krążenia, oddechowego, ortopedii, reumatologii i neurologii.

Realizacja wybranych zadań Narodowego Funduszu Zdrowia

Ważną część *Sprawozdania* stanowi opis najważniejszych zadań realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym takich jak:

1) monitorowanie umów o świadczenia opieki zdrowotnej oraz refundacji leków (aptek i ordynacji lekarskich)

W 2016 r. oddziały wojewódzkie Funduszu skontrolowały łącznie prawidłowość realizacji 1 936 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w tym 690 umów w ramach kontroli planowych oraz 1 246 umów w ramach kontroli pozaplanowych (doraźnych). Dodatkowo, przeprowadzono 117 postępowań sprawdzających oraz 5 kontroli w związku ze złożonymi

wniosekami o zapłatę za świadczenia udzielone na podstawie art. 19 ustawy o świadczeniach (tj. w stanach nagłych). W wyniku kontroli zakwestionowano środki finansowe jako nienależnie wypłacone na kwotę ponad 34,5 mln zł oraz nałożono kary w wysokości ponad 16 mln zł. Najczęściej stwierdzone nieprawidłowości nie ulegają zmianie na przestrzeni ostatnich lat i dotyczą głównie rozliczeń (w tym zawyżanie wartości rozliczanych świadczeń, wykazywanie jako hospitalizacji świadczeń, które mogły być wykonane w warunkach ambulatoryjnych), nieprzestrzegania wymaganych warunków udzielania świadczenia lub udzielanie ich niezgodnie z harmonogramem.

Wykonując zadanie w zakresie monitorowania ordynacji lekarskich w 2016 roku oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły 450 kontroli, obejmując postępowaniem 1 107 lekarzy w ramach sprawdzenia realizacji umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ordynacji lekarskiej oraz umów indywidualnych na wystawianie recept na leki i wyroby medyczne objęte refundacją. W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości łączna wartość zakwestionowanej ordynacji oraz kar umownych wyniosła prawie 9,5 mln zł, co stanowi 23,6% wartości kontrolowanej ordynacji.

W 2016 roku oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły łącznie 954 postępowania kontrolne w aptekach, które w 866 przypadkach zakończyły się przekazaniem zaleceń pokontrolnych. W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości, dotyczących 75 985 recept, zakwestionowano refundację w wysokości ponad 5,6 mln zł i nałożono kary w wysokości ponad 0,5 mln zł.

2) realizacja zadań związanych z prawem świadczeniobiorców do planowego leczenia za granicą

Od 15 listopada 2014 roku Fundusz realizuje zadania wynikające z implementacji do polskiego porządku prawnego postanowień dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Przepisy wprowadzone do ustawy o świadczeniach zapewniły polskim świadczeniobiorcom prawo do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, będących świadczeniami gwarantowanymi, udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE. W 2016 roku w oddziałach wojewódzkich Funduszu złożono 10 637 wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE, tj. o 118% więcej niż w roku 2015. Wnioski o zwrot kosztów świadczeń udzielonych dotyczyły świadczeń udzielonych w sumie w 21 państwach członkowskich UE, z tym że prawie 92% wnioskowanej kwoty zwrotu ogółem dotyczyło leczenia na terenie Czech.

Z zakończonych w 2016 r. 9 095 postępowań (w tym 909 postępowań dotyczyło wniosków złożonych w latach poprzednich) ponad 95% wniosków zostało rozpatrzonych pozytywnie. W 2016 r. Fundusz dokonał zwrotu kosztów w stosunku do 9 167 świadczeń opieki zdrowotnej, wykazanych na 7 980 wnioskach, o łącznej wartości 17 658 tys. zł (średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń w przeliczeniu na jeden wniosek o zwrot kosztów wyniosła 2 212,80 zł). Ponad 90% udzielonych świadczeń należało do świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego - najczęściej udzielanym świadczeniem, za które w 2016 roku Fundusz dokonał zwrotu kosztów były operacje usunięcia zaćmy (7 790 świadczeń o wartości 16 831 tys. zł).

W odniesieniu do wniosków dotyczących przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, w przypadku, gdy leczenie lub badanie nie jest wykonywane na terenie Polski, Prezes wydał 139 zgód (w tym 98 dotyczyło planowanego leczenia, a 41 badań diagnostycznych). Wartość udzielonych świadczeń oszacowano na kwotę ponad 18 mln zł. Świadczenia te zostały zrealizowane w krajach członkowskich UE i EFTA (najwięcej w Niemczech i Wielkiej Brytanii), oraz w Stanach Zjednoczonych (13 świadczeń). Ponadto Prezes wydał 49 pozytywnych decyzji dotyczących pokrycia kosztów transportu na łączną kwotę 159 tys. zł (z czego koszty transportu do miejsca udzielania świadczenia poza granicami Polski oszacowano na 102 tys. zł, a koszty transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju - na 56 tys. zł).

W 2016 r. wydano 4 pozytywne decyzje wyrażające zgodę w sprawie przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, w sytuacji, gdy wnioskodawca nie może zostać poddany leczeniu w kraju w terminie niezbędnym dla stanu zdrowia (zbyt długi czas oczekiwania w kolejce na uzyskanie świadczenia) - szacunkowy koszt wynikający z tych zgód wyniósł 174 870 zł. Ponadto Fundusz poniósł koszty transportu w wysokości 665 461,81 zł za przewóz do Polski 60 osób przebywających w szpitalu na terenie innego niż Polska kraju Unii Europejskiej lub EFTA w celu dalszego leczenia.

3) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych

Od dnia 1 stycznia 2013 roku, Centralny Wykaz Ubezpieczonych wykorzystywany jest jako baza, w oparciu o którą prowadzone jest elektroniczne potwierdzanie prawa do świadczeń (za pośrednictwem systemu elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców). System ten stał się dominującym sposobem potwierdzania prawa do świadczeń, powszechnie stosowanym przez świadczeniodawców oraz lekarzy uprawnionych do wystawiania refundowanych recept lekarskich. Średnio w 2016 r. podczas weryfikacji prawa do świadczeń system eWUŚ nie potwierdzał prawa do świadczeń dla 4,1% osób ubiegających się o udzielenie świadczeń w dni robocze i dla 6,9% w dni wolne.

Zgodnie z danymi zgromadzonymi w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych na koniec 2016 r., prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych łącznie miały 34 985 474 osoby, z czego z tytułu ubezpieczenia prawo to posiadało 33 786 253 osób (w tym 23 967 osób z tytułu objęcia ubezpieczeniem dobrowolnym). Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 25 751 023 osoby to ubezpieczeni opłacający składkę, a 8 011 263 osób to członkowie rodzin. Umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego zawarło 16 469 osób, które zgłosiły do ubezpieczenia zdrowotnego 7 498 członków rodzin.

Gospodarka finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia

Szczegółowe informacje dotyczące gospodarki finansowej Funduszu zostały przedstawione w *Sprawozdaniu finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2016* oraz w *Sprawozdaniu z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2016*. Minister Zdrowia nie zgłosił uwag do tych *Sprawozdań*.

Załącznik: pismo Ministra Finansów z dnia 20 lipca 2017 r., znak: FS1.4510.3.2017.

DVZ

Warszawa, dnia 20/07 2017 r.



RZECZPOSPOLITA POLSKA
MINISTER ROZWOJU I FINANSÓW

FS1.4510.3.2017



RPW/92869/2017 P
Data: 2017-07-24
ID: 00890202316676

2017 -07- 24
DVZ
MINISTERSTWO ZDROWIA
2017 -07- 24
WPRZYNEŁO
Zał.
PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia

Zbigniew J. Król
Szanowna Pani Minister,

WRJ EW

Pani
Józefa Szczurek-Żelazko
Sekretarz Stanu
Ministerstwo Zdrowia

Departament bezpieczeństwa
Zdrowotnego
25. 07. 2017

W odpowiedzi na pismo z dnia 30 czerwca 2017 r. znak: UZ-AK.749.24.2017.EW, w którym wystąpiono z prośbą o wyrażenie przez Ministra Rozwoju i Finansów opinii w sprawie rocznego Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 rok, uprzejmie informuję, że nie zgłaszam uwag do przedmiotowego Sprawozdania.

RPW/92869/2017 P
Data: 2017-07-24
ID: 00890202316676

z poważaniem
Z upoważnienia Ministra Rozwoju i Finansów

dr hab. Teresa Czerwińska
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Finansów



SEKRETARIAT
SEKRETARZA STANU
Józefa Szczurek-Żelazko
2017 -07- 24
Nr rejestru pozycji... 102/4629

UCHWAŁA Nr 11/2017/III
RADY NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
z dnia 22 czerwca 2017 r.
w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu
Zdrowia za 2016 r.

Na podstawie art. 100 ust. 1 pkt 4 lit. b) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.¹⁾), Rada Funduszu

uchwała, co następuje:

§ 1.

Rada Narodowego Funduszu Zdrowia, po rozpatrzeniu wniesionego w dniu 13 czerwca 2017 r. wniosku Zastępcy Prezesa NFZ do spraw Medycznych, wyznaczonego przez Ministra Zdrowia do pełnienia obowiązków Prezesa NFZ, przyjmuje roczne Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 r., stanowiące załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Przewodniczący Rady
Narodowego Funduszu Zdrowia**



Rudolf Borusiewicz

¹Zmiany tekstu jednolitego powołanej ustawy zostały opublikowane w Dz. U. z 2016 r. poz. 1807, 1860, 1948, 2138, 2173, 2250, z 2017 r. poz. 60, 759, 777, 844, 858, 1089, 1139.

**Uzasadnienie uchwały Nr 11/2017/III
Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia
rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 r.**

Stosownie art. 100 ust. 1 pkt 4 lit b) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r., poz. 1793 z późn. zm.), do zadań Rady Narodowego Funduszu należy m.in. przyjmowanie rocznych sprawozdań z działalności Funduszu. Sporządzanie tychże sprawozdań należy do kompetencji Prezesa NFZ (art. 102 ust. 5 pkt 11). Jednocześnie, w świetle art. 187 ust. 1 powołanej ustawy, przyjęcie przez Radę Funduszu sprawozdania winno nastąpić do 30 czerwca roku następnego.

W dniu 13 czerwca 2017 r. p.o. Prezesa NFZ skierował do Rady Funduszu roczne *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 r.* Rada rozpatrzyła sprawozdanie na posiedzeniu w dniu 22 czerwca 2017 r. (w dniu posiedzenia p.o. Prezesa zgłosił drobne poprawki do sprawozdania), a zatem w terminie zakreślonym ustawą. Rada Funduszu przyjęła roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 r. Stanowi ono załącznik do uchwały.

Uchwała Nr 11/2017/III Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 czerwca 2017 r. w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 r. została podjęta jednogłośnie, dziewięcioma głosami „za”.

Maciej Makowski

RÁDCA PRAWNY
WA-5549

NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA ZA 2016 ROK

Przewodniczący Rady
Narodowego Funduszu Zdrowia


Rudolf Borusiewicz

Prezes
p.o. Prezesa
Narodowego Funduszu Zdrowia
Zastępca Prezesa ds. Medycznych


Narodowego Funduszu Zdrowia

Warszawa, czerwiec 2017 rok

Spis treści

I. Podstawy prawne działalności Funduszu	5
II. Informacje o zakresach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz	7
II.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2016 roku	7
II.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej	10
III. Opis realizacji przez centralę Funduszu oraz oddziały wojewódzkie Funduszu zadań określonych w ustawie	40
IV. Informacje o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Funduszu. 72	
IV.1. Liczba osób oczekujących.....	72
IV.2. Geograficzna dostępność świadczeń opieki zdrowotnej według województw – w podziale na poszczególne zakresy tych świadczeń	87
V. Opis organizacji Funduszu	95
V.1. Struktura organizacyjna Funduszu	95
V.2. Stan zatrudnienia w centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu, w tym informacje o płynności kadr oraz średnim miesięcznym wynagrodzeniu w Centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu – wg stanu na koniec roku sprawozdawczego.....	99
V.3. Działania podejmowane w zakresie informatyzacji Funduszu, w tym realizowane projekty	100
V.3.1. Systemy informatyczne	100
V.3.2. Infrastruktura	104
V.4. Projekty unijne realizowane przez Fundusz	106
V.5. Działania edukacyjne i informacyjne	111
VI. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących Funduszu.....	116
VI.1. Głównej tematyki składanych skarg i zażaleń	116
VI.2. Kontroli wewnętrznych i kontroli zewnętrznych, z uwzględnieniem wyników tych kontroli...	117
VII. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących świadczeniodawców	126
VII.1. Główna tematyka składanych skarg i zażaleń.....	126

Zasady funkcjonowania, organizację oraz zadania Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ” lub „Funduszem”, zostały określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą” lub „ustawą o świadczeniach” oraz wydanego na podstawie art. 96 ust. 8 tej ustawy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. poz. 1840). 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. Sprawozdanie, po uprzednim przyjęciu przez Radę Funduszu, jest przedstawiane ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych w terminie do dnia 30 czerwca roku następnego. Zgodnie z art. 104 ust. 1 ustawy, sprawozdanie roczne z działalności Funduszu jest publikowane, w formie komunikatu, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” oraz na stronie internetowej Funduszu. Zakres danych, jakie powinno zawierać niniejsze sprawozdanie, określony został w obowiązującym od dnia 28 czerwca 2016 r. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw (Dz. U. Poz. 923), zwanym dalej „rozporządzeniem Ministra Zdrowia”.

Szczegółowe dane dotyczące m.in. zarządzeń Prezesa NFZ, zarządzeń Dyrektorów OW NFZ, decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, spraw sądowych, Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, realizacji umów obowiązujących w danych roku sprawozdawczym, kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, liczby osób korzystających ze świadczeń, liczby osób oczekujących na świadczenia, refundacji cen leków, czy realizacji przepisów o koordynacji zawarte są w okresowych sprawozdaniach, 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 NFZ 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.), zastąpionego obowiązującym od dnia 28 czerwca 2016 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia.

Dane prezentowane w sprawozdaniu z działalności różnią się od tych, które zostały ujęte w Sprawozdaniu nr 5, o którym mowa w §7 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. Różnice wynikają z odmiennego sposobu tworzenia sprawozdania, w szczególności z innego układu prezentowania danych oraz ujęcia wyników finansowych w księgach rachunkowych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

I. Podstawy prawne działalności Funduszu

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

W 2016 roku ustawa o świadczeniach była nowelizowana następującymi aktami prawnymi:

1. Ustawą z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 652), mającą na celu przeciwdziałanie zjawisku realnego braku dostępu osób starszych do leczenia ze względów ekonomicznych. Osoby te, z powodu chorób towarzyszących zaawansowanemu wiekowi (zazwyczaj kilku chorób współistniejących), zmuszone są przeznaczać na leki zbyt dużą część swojego dochodu miesięcznego, często rezygnując z leczenia ze względów finansowych. Szczególnie odczuwalne są dla budżetów domowych osób w podeszłym wieku obciążenia finansowe, które są konsekwencją zjawiska wielochorobowości. W skrajnych przypadkach brak wykupienia leków powoduje konieczność hospitalizacji, niosącą za sobą wysokie koszty z budżetu NFZ, których można by uniknąć w przypadku wykupienia leków. Ustawa weszła w życie 12 czerwca 2016 r.
2. Ustawą z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 960), która miała na celu wprowadzenie nowych regulacji dotyczących między innymi:
 - zmiany postępowania w przypadku wystąpienia straty netto (ujemnego wyniku finansowego) samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej (spzoz);
 - wprowadzenia zakazu zbywania akcji albo udziałów w spółkach Skarbu Państwa lub jednostki samorządu terytorialnego, jeśli w wyniku zbycia podmioty te utraciłyby większościowy pakiet akcji albo udziałów;
 - wprowadzenia zasady niewypłacania dywidendy w spółkach kapitałowych, w których Skarb Państwa lub jednostka samorządu terytorialnego, lub uczelnia medyczna posiadają ponad 51% akcji albo udziałów;
 - wzmocnienia narzędzi nadzoru podmiotu tworzącego nad „swoim” samodzielnym publicznym zakładem opieki zdrowotnej.
3. Ustawą z dnia 21 lipca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r. poz. 1355), celem której było zapewnienie przejrzystego procesu wydawania opinii o celowości inwestycji przez wojewodę oraz ministra właściwego do spraw zdrowia, które będą miały kluczowe znaczenie dla rozwoju ochrony zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej. Ze względu na szerokie zastosowanie w systemie opinie te muszą być oparte na racjonalnych przesłankach i w sposób rzeczywisty odpowiadać na istniejące potrzeby zdrowotne. Celem jest uniknięcie nadpodaży na lokalnym rynku usług zdrowotnych przez tworzenie zasobów nieadekwatnych w stosunku do potrzeb świadczeniobiorców na w tym obszarze. W związku z tym decyzje te będą wydawane przez wojewodów z uwzględnieniem map potrzeb zdrowotnych, priorytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej oraz danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Przedmiotowa ustawa jest odpowiedzią na potrzeby wskazane przez Ministra Zdrowia, w dialogu z Komisją Europejską, ale również na wskazania z kontroli NIK dotyczącej „Zakupu i wykorzystania aparatury medycznej współfinansowanej ze środków regionalnych programów operacyjnych” (KZD- 4101-03/2012). Ustawa weszła w życie 30 sierpnia 2016 r.
4. Ustawą z dnia 5 września 2016 r. o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1579) dostosowano ustawę o świadczeniach do nowego aparatu pojęciowego, jakim posługuje się eIDAS, w taki sposób, aby zapewnić nie tylko spójność z eIDAS, ale i ciągłość działania istniejących usług elektronicznych wykorzystujących środki identyfikacji elektronicznej oraz usługi zaufania. W stosunku do uchylanej dyrektywy 1999/93/WE zmieniła się definicja

podpisu elektronicznego, a ponadto zdefiniowano nowe pojęcia, które są używane w przepisach krajowych w innym znaczeniu niż zdefiniowano to w eIDAS. Ustawa weszła w życie 7 października 2016 r.

5. Ustawą z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” (Dz. U. z 2016 r. poz. 1860) określono uprawnienia kobiet w ciąży i rodzin do wsparcia w zakresie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz instrumentów polityki na rzecz rodziny. Wymieniono m.in. świadczenia gwarantowane, do których należy zapewnienie dostępności dla kobiet w ciąży oraz ich dzieci, ze szczególnym uwzględnieniem dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą jego życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu. Powyższe świadczenia powinny być udzielane w sposób skoordynowany, bez ograniczeń wynikających z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczących list oczekujących. Ustawa weszła w życie 18 listopada 2016 r. (niektóre przepisy weszły w życie 1 stycznia 2017 r.).
6. Ustawą z dnia 4 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 2173) powrócono do zasad finansowania z budżetu państwa zakupu szczepionek w ramach programu obowiązkowych szczepień ochronnych. Ustawa weszła w życie z dniem 12 stycznia 2017 r.
7. Ustawą z dnia 16 listopada 2016 r. – przepisy wprowadzające ustawę o Krajowej Administracji Skarbowej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1948) – w konsekwencji wprowadzono zmiany w ustawie o Krajowej Administracji Skarbowej (KAS), w tym polegające na zastąpieniu dotychczasowych norm dotyczących zasad działania administracji podatkowej, kontroli skarbowej i Służby Celnej, przepisami regulującymi działalność jednej administracji – KAS; w przepisach wprowadzających ustawę o KAS uregulowano kwestie mające na celu skuteczne i sprawne wejście w życie przepisów dotyczących KAS. Ustawa weszła w życie 1 marca 2017 r.
8. Ustawą z dnia 16 listopada 2016 r. o zmianie ustawy o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016 r. poz. 2138) uwzględniono kwestię prowadzenia badań żołnierzy zawodowych polegających na pobraniu materiału genetycznego, które odbywają się na podstawie § 7 rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie niektórych świadczeń zdrowotnych przysługujących żołnierzom zawodowym (Dz. U. z 2011 r. poz. 36). Na konieczność realizacji tego rodzaju świadczeń zdrowotnych w oparciu o przepisy ustawowe zwrócił uwagę Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych (GIODO), który stwierdził, że w sytuacji przetwarzania danych osobowych zawierających także wrażliwe dane medyczne, uprawnienie powinno wynikać z przepisów ustawy, a nie rozporządzenia. Ustawa weszła w życie z dniem 1 stycznia 2017 r.
9. Ustawą z dnia 2 grudnia 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2250) dokonano zmian w zakresie art. 80, w celu zapewnienia dalszego funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego rolników, członków ich rodzin oraz domowników w oparciu o obowiązujące obecnie rozwiązania zawarte w ustawie z dnia 13 stycznia 2012 r. o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za lata 2012-2016 (Dz. U. poz. 123, z późn. zm.). Ustawa z dnia 13 stycznia 2012 r. o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za lata 2012-2016 obowiązywała do dnia 31 grudnia 2016 r. Po tej dacie, bez odpowiednich zmian legislacyjnych, rolnicy, członkowie ich rodzin oraz ich domownicy nie byłiby objęci systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, a NFZ nie mógłby otrzymywać składek z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego rolników. Ustawa weszła w życie z dniem 1 stycznia 2017 r.
10. Ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. (Dz. U. z 2017 poz. 60) przepisy wprowadzające ustawę – Prawo oświatowe opisano mechanizmy i tryb wdrażania nowych regulacji zawartych w ustawie – Prawo oświatowe. Ustawa zawiera również niezbędne zmiany w innych ustawach, stanowiące konsekwencję wprowadzenia nowego ustroju szkolnego. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 września 2017 r.

Ponadto w 2016 roku ogłoszony został tekst jednolity ustawy o świadczeniach (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793).

W 2016 roku Regulamin organizacyjny Centrali wprowadzony zarządzeniem nr 15/2015/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 marca 2015 r. został zmieniony: zarządzeniem nr 16/2016/GPF z dnia 5 kwietnia 2016 r.; zarządzeniem nr 43/2016/GPF z dnia 9 czerwca 2016 r.; zarządzeniem nr 101/2016/GPF z dnia 26 września 2016 r. oraz zarządzeniem nr 108/2016/GPF z dnia 20 października 2016 r.

II. Informacje o zakresach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz

Niniejszy rozdział zawiera informacje dotyczące charakterystyki zakresów świadczeń opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem przyjętego przez Fundusz sposobu zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i ich rozliczania w okresie sprawozdawczym, a także dane dotyczące świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem umów, w tym: liczby świadczeniodawców, z którymi Fundusz zawarł umowy, liczby, wartości i stopnia realizacji zawartych umów oraz liczby udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, a także liczby osób, którym udzielono poszczególnych świadczeń.

II.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2016 roku

1. W 2016 roku zmianie uległy zasady sprawozdawczości z wykonania badań diagnostycznych w świadczeniach lekarza POZ. W związku ze zmianą przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych, przywrócono sprawozdawczość zbiorczą z wykonania badań, realizowaną za okresy półroczne. Wyjątek dotyczył badań wykonanych w ramach diagnostyki onkologicznej, dla których obowiązywała sprawozdawczość indywidualna w formie procedur ICD9 wykazanych wraz z poradą związaną z wydaniem karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO). Zmiany w zasadach realizacji sprawozdawczości wpłynęły na zmianę zasad finansowania świadczeń lekarza poz. W rozliczaniu świadczeń zniesiona została zasada gradacji stawki kapitacyjnej w zależności od osiągniętego przez świadczeniodawcę wskaźnika wykonania badań diagnostycznych (WWBD).

Z uwagi na obciążenia kosztowe wynikające z liczby udzielanych świadczeń pacjentom w przedziałach wiekowych 40-65 r.ż. i powyżej 65 r.ż., a także ze względu na potrzebę zabezpieczenia środków na wzrost wynagrodzeń pielęgniarek i położnych zatrudnionych w „praktykach lekarskich”, od 1 września 2016 r. pokrycie kosztów przewidywanej wzmoczonej zgłaszalności świadczeniobiorców w związku regulacjami dotyczącymi refundacji leków dla populacji powyżej 75 r.ż. dokonano zmian w wartościach współczynników korygujących stawkę kapitacyjną w świadczeniach lekarza poz. W celu poprawy dostępności i jakości świadczeń POZ, począwszy od 1 lipca 2016 r. zmianie uległa zalecana liczba świadczeniobiorców objętych opieką jednego lekarza i jednej pielęgniarki POZ – z 2 750 na 2 500 osób.

2. W związku z nowelizacją ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym – wprowadzającej przepisy dotyczące centrów urazowych dla dzieci oraz wejściem w życie z dniem 1 czerwca 2016 r. przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2016 r. w sprawie centrum urazowego dla dzieci (Dz. U. z 2016 r., poz. 145), udostępniono świadczeniodawcom posiadającym status centrum urazowego dla dzieci, do realizacji i rozliczania świadczeń związanych z leczeniem wielonarządowych obrażeń ciała u dzieci, produkty rozliczeniowe dedykowane centrom urazowym – jednorodnym grupom pacjentów (JGP) z sekcji „T”: T01-T06 i T08, T09, likwidując jednocześnie obowiązujące ograniczenia wiekowe. W celu premiowania podmiotów leczniczych oraz placówek wyspospecjalistycznych, które udzielają świadczeń dla najmłodszych pacjentów kompleksowo i na najwyższym poziomie, oraz promowania porodów

fizjologicznych, wprowadzono współczynniki korygujące przy rozliczaniu świadczeń udzielanych osobom poniżej 18 roku życia:

- dla świadczeniodawców:
 - realizujących świadczenia w zakresach: neurochirurgia dla dzieci, kardiochirurgia dla dzieci, ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci oraz onkologia i hematologia dziecięcej,
 - będących szpitalami klinicznymi i instytutami realizujących świadczenia w zakresie: chirurgii dla dzieci, urologii dla dzieci, otorynolaryngologii dla dzieci (z wyłączeniem JGP: C05, C06, C07),
 - realizujących świadczenia:
 - w zakresach: położnictwo i ginekologia oraz neonatologia – na poszczególnych poziomach referencyjnych,
 - związane z leczeniem noworodków z grup wysokiego ryzyka, w tym leczeniem zabiegowym, rozliczanych JGP: N21, N22, N23, N26 oraz N31, N32, N33, N34, którzy wykorzystują do żywienia tych noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobięcego.
- związanych z porodem i opieką nad zdrowym noworodkiem z tego porodu, rozliczanych JGP N01 i N20,
- neonatologicznych wykonywanych na rzecz noworodków z grup wysokiego ryzyka, w tym o znacznej niedojrzałości, które nie mogą być karmione piersią od pierwszych chwil życia i wymagają suplementowania mleka biologicznej matki lub mleka z Banku Mleka Kobięcego.

W oparciu o analizę z realizacji świadczeń w ramach systemu JGP, przeprowadzoną przez zespół roboczy do spraw przeanalizowania, rozpoznania oraz zaproponowania odpowiednich rozwiązań w zakresie wyceny lub zmian zasad realizacji, rozliczania i finansowania świadczeń, powołany przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) z inicjatywy Ministra Zdrowia:

- wyodrębniono JGP dla starszej populacji, gdzie według analizy obserwowana jest największa dysproporcja w medianie czasu hospitalizacji pomiędzy populacją pacjentów starszych (>65 r.ż.) i młodszych (<66 r.ż.) – z uwagi na istotnie różne koszty leczenia pacjentów w zależności od wieku pacjentów, czy też choroby współistniejące,
- skorygowano wartości punktowe niektórych grup, m.in. dedykowanych zabiegom endowaskularnym oraz kardiologii interwencyjnej i kardiologii zachowawczej,
- w JGP zachowawczych i niektórych grupach zabiegowych wprowadzono wartość punktową dla hospitalizacji < 2 dni – typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa: dla grup zachowawczych na poziomie 30% stawki bazowej, dla grup zabiegowych na poziomie 90% stawki bazowej.

Powyższe zmiany miały na celu urealnienie i dostosowanie finansowania hospitalizacji w zależności od długości pobytu pacjentów w szpitalu, jak również premiowanie szybkiej i kompleksowej diagnostyki w katalogu świadczeń do sumowania – wprowadzono możliwość do sumowania:

- substancji czynnej atozyban (stosowanego w leczeniu przedwczesnej czynności skurczowej macicy również do JGP związanych z porodem, tj. N02, N03),
- surfaktantu (stosowanego w leczeniu noworodków z zespołem zaburzeń oddychania (ZZO) i tlenu azotu (stosowanego w leczeniu nadciśnienia płucnego u noworodków) do grupy N22.

Wprowadzono również zmiany w zakresach: świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, świadczenia psychologiczne w okresie roku po porodzie (z uwzględnieniem wsparcia psychologicznego udzielanego na rzecz rodziny) poprzez skorygowanie wartości punktowej świadczeń z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,5 dla: porady psychologiczno-

diagnostycznej, porady psychologicznej, porady lekarska diagnostycznej, porady lekarskiej terapeutycznej, wizyty/porady domowo/ środowiskowej realizowanej przez lekarza lub psychologa.

W związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 czerwca 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2016 r., poz. 855), i wprowadzenia świadczenia gwarantowanego: „Terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku”, przyjęto do kontraktowania (finansowania) nowy zakres świadczeń (w ramach umowy radioterapia): terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku oraz wprowadzono do katalogu radioterapii nowe produkty rozliczeniowe na potrzeby rozliczania tego świadczenia: planowanie leczenia radioterapii protonowej (dotyczy dorosłych), nowotworów wieku dziecięcego, radioterapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku. Wartości produktów rozliczeniowych dla przedmiotowego świadczenia zostały przyjęte na podstawie ustalonej przez AOTMiT taryfy świadczeń jednostkowych dla wymienionego świadczenia, opublikowanej obwieszczeniem Prezesa Agencji w dniu 6 kwietnia 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne.

W związku z wejściem w życie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w dziedzinie położnictwa i ginekologii z zakresu okołoporodowej opieki położniczo-ginekologicznej, sprawowanej nad kobietą w okresie ciąży, porodu, połogu, w przypadkach występowania określonych powikłań oraz opieki nad kobietą w sytuacji niepowodzeń położniczych (Dz. U. poz. 2007), w zakresie położnictwa i ginekologii wprowadzono:

- na trzecim poziomie referencyjnym obowiązek zapewnienia przez świadczeniodawcę, w przypadkach prenatalnego zdiagnozowania ciężkich, nieuleczalnych chorób płodu, zapewnienia kobiecie w ciąży, podczas porodu i w okresie połogu oraz jej dziecku opiekę zgodną ze standardami postępowania, określonymi w rozporządzeniu o opiece w ciąży patologicznej; w takiej sytuacji poród powinien się odbyć w ośrodku trzeciego poziomu referencyjnego, z możliwością uzyskania pomocy psychologicznej i skierowania w trybie pilnym do dalszej psychologicznej opieki ambulatoryjnej i specjalistycznej opieki nad chorym noworodkiem w ramach opieki hospicyjnej – zgodnie ze wskazaniami,
- na pierwszym i drugim poziomie referencyjnym obowiązek skierowania przez świadczeniodawcę, w sytuacji hospitalizacji kobiety w ciąży z uprzednio rozpoznaną i udokumentowaną ciężką, nieuleczalną chorobą płodu, do dalszej opieki w ośrodku posiadającym oddział położnictwo i ginekologia – trzeci poziom referencyjny.

Od lipca 2016 r. wprowadzona została do systemu kontraktowania i rozliczania świadczeń koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC). Jej celem jest zapewnienie międzyrodzajowej ciągłej opieki dla kobiet w ciąży, w trakcie porodu i połogu. Realizacja świadczeń odbywa się w ramach umowy w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, dodatkowo zmodyfikowano zasady rozliczania i finansowania świadczeń w zakresie położnictwo i neonatologia w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne, wprowadzając przepisy informujące, że:

- w przypadku przystąpienia świadczeniodawcy do realizacji świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC), jego dotychczasowa umowa o udzielanie świadczeń w zakresie położnictwo i ginekologia ulegnie stosownej modyfikacji, poprzez wyłączenie z realizacji umowy świadczeń o profilu położniczym, finansowanych w ramach JGP: N06, N07C, N07D, N12, w tym objętych zakresem skojarzonym: N01, N02, N03, N09, N11, N13, N20 i świadczeń katalogowych, dedykowanych do sumowania z wymienionymi grupami,
- w sytuacji realizacji przez świadczeniodawcę świadczeń w zakresie KOC, finansowanych w ramach umowy w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, nie dopuszcza się dodatkowego rozliczania świadczeń dla kobiet w ciąży związanych z ciążą, porodem

i położeniem w ramach umowy w zakresie położnictwo i ginekologia, a także świadczeń związanych z opieką nad noworodkiem w okresie 6 tygodni od urodzenia w ramach umowy w zakresie neonatologia, z wyłączeniem noworodków, których stan kliniczny wymaga hospitalizacji kwalifikujących się do rozliczenia grupami: N21 lub N22 > 20 dni lub N26;

W celu promowania karmienia noworodków mlekiem kobiecym, wprowadzono do rozliczania świadczeń KOC i wybranych grup w ramach leczenia szpitalnego w rodzaju: neonatologia, współczynniki korygujące przy rozliczaniu świadczeń realizowanych przez świadczeniodawców prowadzących Bank Mleka Kobiecego lub stosujących do żywienia noworodków odciągnięte mleko biologicznej matki lub mleko z Banku Mleka Kobiecego.

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem” wprowadzono odrębny sposób finansowane są świadczenia dla kobiet w ciąży powikłanej oraz dla dzieci, u których zdiagnozowano ciężkie i nieodwracalne choroby (zmienione finansowanie obowiązuje od stycznia 2017 r.

W związku z Obwieszczeniem Prezesa AOTMiT z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień zostały podwyższone wyceny punktowe świadczeń ustalone przez NFZ o: 20% w przypadku oddziałów dziennych i oddziałów dziennych rehabilitacyjnych, 25% w przypadku świadczeń związanych z opieką środowiskową, 10% w przypadku świadczeń ambulatoryjnych dla dzieci i 5% w przypadku pozostałych świadczeń ambulatoryjnych. Skutek finansowy powyższych zmian, liczony od 1 lipca 2016 r. wyniósł 75 mln zł w skali roku.

Ustawą z dnia 18 marca 2016 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2016 r. poz. 652) dodano art. 43a mówiący m.in., że świadczeniobiorcom, po ukończeniu 75. roku życia, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji.

II.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej

W 2016 roku przeprowadzono 910 postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert i rokowań, przy czym rozstrzygnięto 518, a unieważniono bądź odwołano 392 postępowania.

Tabela nr II.1. Liczba postępowań w 2016 roku (wszystkie).

Kod OW	Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna	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
01	Dolnośląski	5	60	38	11	10	1	10	13	0	1	0	0	5	154
02	Kujawsko-Pomorski	4	5	8	3	1	1	0	1	0	0	0	0	4	27
03	Łubelski	0	1	11	3	0	1	0	2	0	0	0	0	1	19
04	Łubuski	0	5	12	2	0	2	4	3	0	0	0	0	1	29
05	Łódzki	0	11	14	1	0	0	1	12	2	4	0	0	4	49
06	Małopolski	0	1	13	0	0	0	0	0	0	2	1	0	3	20
07	Mazowiecki	0	23	66	0	1	0	0	50	0	0	0	0	5	145
08	Opolski	2	0	4	0	2	0	0	4	0	0	0	0	1	13
09	Podkarpacki	0	3	11	5	0	1	0	18	0	4	1	0	1	44
10	Podlaski	0	8	11	4	20	0	0	5	1	0	0	0	3	52
11	Pomorski	0	4	6	23	0	0	0	7	0	0	0	0	3	43
12	Śląski	4	3	23	3	0	1	0	5	0	0	0	0	6	45
13	Świętokrzyski	0	9	12	1	0	0	0	3	0	0	0	0	1	26
14	Warmińsko-Mazurski	0	14	23	0	0	0	0	15	0	5	0	0	3	60
15	Wielkopolski	1	30	27	22	6	3	0	15	0	0	0	0	3	107
16	Zachodniopomorski	0	2	15	0	0	0	0	25	0	34	0	0	1	77
	Razem	16	179	294	78	40	10	15	178	3	50	2	0	45	910

Tabela nr II.2. Liczba postępowań w 2016 roku (status rozstrzygnięte).

Kod OW	Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna	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
01	Dolnośląski	3	25	25	11	4			11		1			3	91
02	Kujawsko-Pomorski	3	5	8	3	1								3	23
03	Lubelski		1	10	3		1		1					1	17
04	Lubuski		4	11	1			3						2	22
05	Łódzki		9	12	1			1	8	2	3			2	38
06	Małopolski		1	11								1		2	15
07	Mazowiecki		5	24		1			30					2	62
08	Opolski			4		1			3						8
09	Podkarpacki		2	8	4		1		13		4	1		1	34
10	Podlaski		5	10	2	15			1						33
11	Pomorski		3	6	9				5					2	25
12	Śląski	4	1	17	3		1		2					1	29
13	Świętokrzyski		3	6					1						10
14	Warmińsko-Mazurski		6	19					4		4			1	34
15	Wielkopolski	1	18	22	5	4	2		4					2	58
16	Zachodniopomorski		1	13					4			1			19
	Razem	11	89	206	42	26	5	12	89	2	13	2	0	21	518

Tabela nr II.3. Liczba postępowań w 2016 roku (status odwołane).

Kod OW	Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna	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
01	Dolnośląski	2	35	13		6	1	2	2					2	63
02	Kujawsko-Pomorski	1					1							1	4
03	Lubelski			1					1						2
04	Lubuski		1	1	1		2	1	1						7
05	Łódzki		2	2					4		1			2	11
06	Małopolski			2							2			1	5
07	Mazowiecki		18	42					20					3	83
08	Opolski	2				1			1					1	5
09	Podkarpacki		1	3	1				5						10
10	Podlaski		3	1	2	5			4	1				3	19
11	Pomorski		1	1	14				2					1	18
12	Śląski		2	6					3					5	16
13	Świętokrzyski		6	6	1				2					1	16
14	Warmińsko-Mazurski		8	4					11		1			2	26
15	Wielkopolski		12	5	17	2	1		11					1	49
16	Zachodniopomorski		1	2					21		33			1	58
	Razem	5	90	88	36	14	5	3	89	1	37	0	0	24	392

W trakcie postępowań zgłoszono 57 protestów, z czego: 26 w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, 9 w leczeniu szpitalnym, 1 w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, 10 w rehabilitacji leczniczej, 4 w leczeniu stomatologicznym, 2 w świadczeniach odrębnie kontraktowanych, 1 w świadczeniach opiekuńczo-leczniczych, 3 w opiece paliatywno-hospicyjnej. Uwzględniono 4 protesty: 2 w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, 1 w leczeniu szpitalnym i 1 w leczeniu stomatologicznym.

Od rozstrzygnięć postępowań do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu zgłoszono 26 odwołań, z tego: 2 w poz – nocna i świąteczna opieka zdrowotna, 4 w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, 7 w leczeniu szpitalnym, 4 w rehabilitacji leczniczej, 1 w leczeniu stomatologicznym, 1 w profilaktycznych programach zdrowotnych, 2 w świadczeniach odrębnie kontraktowanych, 5 w opiece paliatywno-hospicyjnej. Nie uwzględniono żadnych odwołań.

Tabela nr II.4. Liczba i wartość umów w 2016 roku w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu.

OW NFZ	Liczba umów 2016	Wartość umów 2016 (w tys. zł)	Realizacja 2016 (bez POZ, ZSP, UZD, PDR, TS) tys. zł	Wartość planu (bez POZ, ZSP, UZD, PDR, TS) tys. zł	Realizacja planu %
Dolnośląski	2 724	3 889 633	3 852 993	3 858 992	99,84%
Kujawsko-Pomorski	1 838	2 764 916	2 730 332	2 737 985	99,72%
Lubelski	1 961	2 808 755	2 906 157	2 910 900	99,84%
Lubuski	1 133	1 241 809	1 325 133	1 331 863	99,49%
Łódzki	2 420	3 281 096	3 423 463	3 461 283	98,91%
Małopolski	2 373	4 398 552	4 414 785	4 421 029	99,86%
Mazowiecki	3 309	8 113 723	7 509 854	7 529 407	99,74%
Opolski	1 067	1 156 961	1 237 016	1 258 792	98,27%
Podkarpacki	2 442	2 558 819	2 721 927	2 734 471	99,54%
Podlaski	1 319	1 589 479	1 586 715	1 589 703	99,81%
Pomorski	1 621	2 774 004	2 916 499	2 920 826	99,85%
Śląski	4 104	6 484 538	6 278 560	6 307 860	99,54%
Świętokrzyski	1 454	1 701 646	1 741 219	1 752 645	99,35%
Warmińsko-Mazurski	1 605	1 689 724	1 803 336	1 804 860	99,92%
Wielkopolski	4 428	4 555 575	4 491 132	4 542 794	98,86%
Zachodniopomorski	1 499	2 202 232	2 236 102	2 240 844	99,79%
Razem	35 297	51 211 461	51 175 223	51 404 254	99,55%

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest częścią systemu opieki zdrowotnej, zapewniającą wszystkim osobom uprawnionym do świadczeń zamieszkałym/przebywającym na terytorium Polski kompleksowe i skoordynowane świadczenia opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania. Świadczenia udzielane są w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie, poradni lub przychodni), a w przypadkach uzasadnionych medycznie, także w domu pacjenta (również w domu pomocy społecznej). Obejmują także profilaktyczną opiekę nad dziećmi i młodzieżą sprawowaną przez pielęgniarkę/higienistkę w środowisku nauczania i wychowania.

Funkcjonowanie POZ (za wyjątkiem świadczeń profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania oraz świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ) oparte jest na prawie do imiennego wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Przedmiotem zawieranych umów w podstawowej opiece zdrowotnej były: świadczenia lekarza POZ, świadczenia pielęgniarki POZ, świadczenia położnej POZ, świadczenia pielęgniarki szkolnej, świadczenia transportu sanitarnego w POZ oraz świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Tabela nr II.5. Liczba świadczeniodawców w podstawowej opiece zdrowotnej w latach 2014-2016.

Nazwa Oddziału	Liczba świadczeniodawców		
	2 014	2 015	2 016
Dolnośląski	712	719	732
Kujawsko-Pomorski	414	418	421
Lubelski	564	570	571
Lubuski	407	406	412
Łódzki	503	504	506
Małopolski	692	698	707
Mazowiecki	802	814	821
Opolski	262	262	262
Podkarpacki	683	686	689
Podlaski	290	292	299
Pomorski	493	501	506
Śląski	998	989	999
Świętokrzyski	286	279	277
Warmińsko-Mazurski	452	455	454
Wielkopolski	1 441	1 444	1 445
Zachodniopomorski	454	453	456
Razem	9 453	9 490	9 557

Tabela nr II.6. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w latach 2014-2016 i ich wykonanie.

Nazwa Oddziału	POZ 2014		POZ 2015		POZ 2016	
	plan (tys. zł)	realizacja (tys. zł)	plan (tys. zł)	realizacja (tys. zł)	plan (tys. zł)	realizacja (tys. zł)
Dolnośląski	582 215,00	582 188,47	657 712,00	656 809,15	704 600,00	704 043,87
Kujawsko-Pomorski	423 658,00	423 506,26	479 344,00	479 256,75	513 245,00	512 692,68
Lubelski	447 800,00	447 640,05	497 052,00	495 536,00	529 200,00	529 198,15
Lubuski	207 650,00	207 136,43	228 969,00	228 479,61	246 200,00	245 647,65
Łódzki	517 249,00	516 990,82	588 010,00	587 141,15	628 753,00	628 651,36
Małopolski	664 080,00	663 615,86	778 358,00	777 962,28	834 902,00	834 399,33
Mazowiecki	1 082 175,00	1 081 299,57	1 250 602,00	1 250 548,55	1 377 233,00	1 375 912,85
Opolski	188 231,00	187 841,84	209 025,00	208 556,94	224 009,00	224 137,68
Podkarpacki	419 063,00	418 743,25	475 900,00	475 649,61	509 250,00	509 023,76
Podlaski	230 250,00	230 240,54	266 250,00	266 197,62	284 750,00	284 691,25
Pomorski	453 800,00	453 265,84	523 991,00	523 598,36	565 637,00	565 583,76
Śląski	904 814,00	904 552,90	1 048 660,00	1 046 102,73	1 123 000,00	1 121 147,78
Świętokrzyski	243 792,00	242 354,26	281 258,00	280 034,18	299 347,00	298 413,19
Warmińsko-Mazurski	280 920,00	280 438,53	321 875,00	321 745,61	343 779,00	343 047,22
Wielkopolski	722 500,00	722 389,37	822 446,00	822 439,27	878 908,00	878 331,41
Zachodniopomorski	339 621,00	339 157,76	381 817,00	381 223,62	407 236,00	406 572,95
RAZEM:	7 707 818,00	7 701 361,75	8 811 269,00	8 801 281,43	9 470 049,00	9 461 494,89

Tabela nr II.7. Liczba porad w podstawowej opiece zdrowotnej (* liczba osób wg unikalnego identyfikatora).

Grupa wiekowa świadczeniobiorców	2015		2016	
	Liczba porad	Liczba osób *	Liczba porad	Liczba osób *
0-6 r.ż.	18 419 394	2 639 977	18 414 925	2 520 501
7-19 r.ż.	13 945 380	3 847 306	14 061 515	3 953 901
20-39 r.ż.	19 420 863	6 070 642	22 408 213	6 361 136
40-65 r.ż.	49 995 506	9 196 919	48 812 674	7 990 248
pow. 65 r.ż.	42 739 797	5 182 887		
66-75 r.ż.			22 410 913	3 986 447
pow. 75 r.ż.			22 134 695	2 562 308
podopieczni DPS	984 837	90 375	1 019 189	91 410
razem	145 505 777	26 664 640	149 262 124	26 909 447

Świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna realizowane są w poradniach specjalistycznych poprzez porady, program kompleksowej opieki nad pacjentem z cukrzycą i HIV oraz ambulatoryjne świadczenia kosztochłonne (np. rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, gastroscopia i in.).

Tabela nr II.8. Liczba świadczeniodawców w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej 2014-2016.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2014	liczba świadczeniodawców 2015	liczba świadczeniodawców 2016
01	Dolnośląski	523	514	510
02	Kujawsko-Pomorski	343	330	330
03	Lubelski	269	260	259
04	Lubuski	184	180	181
05	Łódzki	423	409	399
06	Małopolski	437	433	423
07	Mazowiecki	561	563	555
08	Opolski	187	181	181
09	Podkarpacki	361	357	352
10	Podlaski	235	228	226
11	Pomorski	322	316	308
12	Śląski	978	920	920
13	Świętokrzyski	281	272	273
14	Warmińsko-Mazurski	337	336	326
15	Wielkopolski	706	696	678
16	Zachodniopomorski	270	262	260
	Razem	6 417	6 257	6 181

Tabela nr II.9. Wartość i wykonanie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w latach 2014-2016.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2014 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2014 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2015 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2015 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2016 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2016 w tys. zł	stopień realizacji umów 2016
Dolnośląski	411 585,53	409 566,32	421 822,31	416 231,44	434 806,76	433 031,63	99,59%
Kujawsko-Pomorski	276 880,76	279 949,21	277 112,64	280 450,29	292 891,15	298 420,83	101,89%
Lubelski	273 404,77	282 049,55	285 868,33	293 967,57	298 619,26	306 835,46	102,75%
Lubuski	154 434,16	155 563,19	160 367,14	157 917,63	149 687,21	156 173,19	104,33%
Łódzki	319 671,80	325 981,95	339 216,59	342 370,10	347 786,99	357 853,20	102,89%
Małopolski	458 713,02	464 339,61	486 444,07	485 861,06	485 732,45	506 306,18	104,24%
Mazowiecki	783 270,84	759 949,74	793 319,96	792 079,40	810 094,05	798 355,52	98,55%
Opolski	132 108,13	130 289,16	132 236,38	132 468,58	123 812,27	130 457,03	105,37%
Podkarpacki	268 413,86	271 852,44	281 104,14	284 513,32	295 096,77	298 585,77	101,18%
Podlaski	190 099,15	190 246,20	197 698,39	196 920,36	202 570,93	201 135,26	99,29%
Pomorski	332 929,99	334 891,69	340 737,54	340 996,24	333 152,05	354 515,56	106,41%
Śląski	745 955,24	739 112,63	778 812,87	769 929,33	796 039,46	788 138,53	99,01%
Świętokrzyski	163 518,91	165 061,29	171 313,20	171 848,31	177 573,46	177 124,25	99,75%
Warmińsko-Mazurski	189 421,85	199 310,22	193 853,92	205 758,91	199 793,03	211 153,93	105,69%
Wielkopolski	481 513,79	479 136,78	503 662,11	502 194,33	523 836,17	521 183,38	99,49%
Zachodniopomorski	243 417,09	244 362,88	252 828,58	254 623,13	259 411,90	261 353,56	100,75%
RAZEM:	5 425 338,89	5 431 662,86	5 616 398,17	5 628 130,00	5 730 903,91	5 800 623,28	101,22%

Tabela nr II.10. Liczba wykonanych porad w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2014-2016.

OW NFZ	łączna liczba porad w 2014		łączna liczba porad w 2015		łączna liczba porad w 2016	
	kategoria porad z grup W (zachowawcze)	kategoria porad z grup Z (zabiegowe)	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	5 157 132	624 439	5 319 358	615 158	5 288 957	617 201
Kujawsko-Pomorski	3 990 944	478 884	4 161 307	481 843	4 180 910	477 349
Lubelski	4 144 788	489 799	4 300 673	503 986	4 307 598	503 592
Lubuski	1 894 058	262 609	1 951 251	275 748	1 930 874	268 869
Łódzki	4 785 855	538 852	4 979 319	580 751	4 941 360	578 322
Małopolski	6 870 427	758 751	7 061 249	786 489	7 049 864	776 844
Mazowiecki	10 023 481	1 099 251	10 303 662	1 140 542	10 338 605	1 149 982
Opolski	1 646 319	187 675	1 717 842	188 035	1 734 239	182 770
Podkarpacki	4 229 366	442 388	4 348 389	453 171	4 394 070	453 928
Podlaski	2 675 107	318 222	2 691 120	331 666	2 618 961	334 018
Pomorski	4 349 949	556 283	4 541 257	579 236	4 603 279	586 480
Śląski	10 562 072	1 431 071	10 769 997	1 443 879	10 853 359	1 456 881
Świętokrzyski	2 304 324	277 281	2 413 066	292 594	2 381 045	287 935
Warmińsko-Mazurski	2 546 992	429 442	2 664 230	456 745	2 668 803	477 535
Wielkopolski	6 182 085	984 198	6 302 522	978 683	6 326 914	969 033
Zachodniopomorski	3 198 907	428 891	3 340 758	455 356	3 312 375	457 280
Razem:	74 561 806	9 308 036	76 865 999	9 563 882	76 931 213	9 578 019
	83 869 842		86 429 881		86 509 233	

Tabela nr II.11. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2014-2016.

Nazwa Oddziału	2014		2015		2016	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	1 385 347	6 037 419	1 340 391	6 191 685	1 320 814	6 143 301
Kujawsko-Pomorski	1 028 236	4 666 546	1 012 281	4 842 890	1 002 494	4 824 655
Lubelski	1 023 680	4 783 025	1 003 043	4 967 223	996 532	4 967 304
Lubuski	508 061	2 253 650	499 476	2 327 273	494 346	2 285 595
Łódzki	1 198 951	5 509 983	1 171 860	5 765 583	1 163 126	5 726 132
Małopolski	1 574 901	7 879 383	1 553 548	8 112 452	1 544 157	8 074 310
Mazowiecki	2 531 402	11 582 890	2 482 203	11 918 113	2 460 538	11 881 177
Opolski	464 937	1 931 088	452 287	1 999 827	445 646	1 988 926
Podkarpacki	1 030 337	4 810 856	1 005 755	4 946 448	1 001 929	4 991 546
Podlaski	617 022	3 086 311	605 906	3 125 855	596 352	3 056 225
Pomorski	1 105 997	5 131 534	1 088 321	5 353 735	1 083 645	5 377 217
Śląski	2 414 407	12 379 948	2 353 416	12 620 238	2 336 576	12 717 248
Świętokrzyski	588 780	2 689 406	588 736	2 826 658	583 873	2 779 832
Warmińsko-Mazurski	711 900	3 113 594	698 340	3 262 725	692 353	3 276 409
Wielkopolski	1 675 828	7 410 281	1 629 002	7 538 458	1 615 874	7 504 950
Zachodniopomorski	818 804	3 783 903	806 363	3 964 547	797 672	3 917 516
RAZEM:	18 678 590	87 049 817	18 290 928	89 763 709	18 135 927	89 512 344

Liczba pacjentów stanowi unikalną liczbę osób korzystających ze świadczeń. Do liczby świadczeń wzięto pod uwagę porady w poradniach, porady w kompleksowej ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz świadczenia kosztochłonne.

Leczenie szpitalne

Tabela nr II.12. Liczba świadczeniodawców w leczeniu szpitalnym w latach 2014-2016.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2014	liczba świadczeniodawców 2015	liczba świadczeniodawców 2016
01	Dolnośląski	84	86	86
02	Kujawsko-Pomorski	63	64	64
03	Lubelski	64	59	59
04	Lubuski	31	29	29
05	Łódzki	74	74	73
06	Małopolski	75	77	75
07	Mazowiecki	126	132	128
08	Opolski	36	34	34
09	Podkarpacki	59	58	59
10	Podlaski	34	36	35
11	Pomorski	49	47	46
12	Śląski	157	150	151
13	Świętokrzyski	36	35	33
14	Warmińsko-Mazurski	53	52	52
15	Wielkopolski	93	94	94
16	Zachodniopomorski	45	42	41
Razem		1 079	1 069	1 059

Tabela nr II.13. Wartość i wykonanie umów w rodzaju leczenie szpitalne w latach 2014-2016.

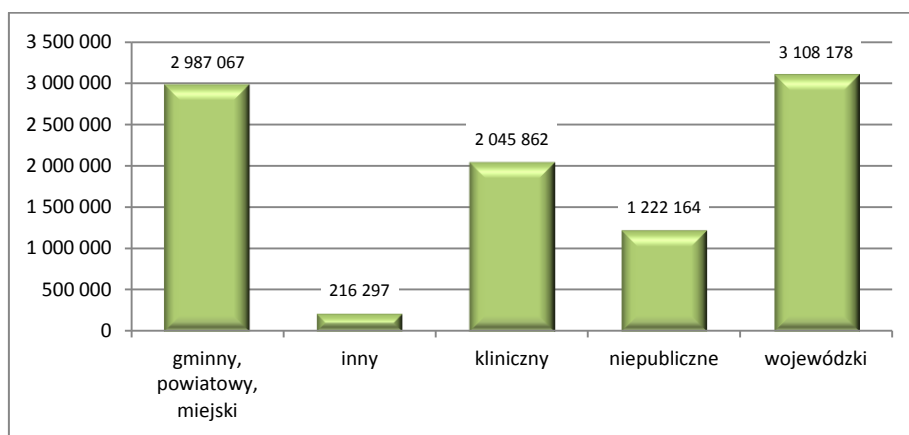
Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2014 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2014 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2015 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2015 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2016 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2016 w tys. zł	stopień realizacji umów 2016
Dolnośląski	2 373 704,24	2 343 527,30	2 497 941,67	2 473 323,05	2 627 382,07	2 622 852,76	99,83%
Kujawsko-Pomorski	1 734 848,48	1 715 795,40	1 840 594,71	1 821 255,80	1 904 679,39	1 886 075,55	99,02%
Lubelski	1 719 098,07	1 780 711,63	1 834 840,64	1 919 030,62	1 914 581,38	2 005 166,56	104,73%
Lubuski	733 838,06	829 709,68	772 960,23	843 356,57	778 422,22	881 802,35	113,28%
Łódzki	2 018 352,36	2 131 980,84	2 197 075,57	2 278 155,72	2 301 437,57	2 416 939,27	105,02%
Małopolski	2 577 259,84	2 586 219,82	2 827 022,81	2 771 740,82	2 956 020,64	3 004 913,57	101,65%
Mazowiecki	5 108 068,96	4 607 941,06	5 397 740,56	4 935 980,69	5 663 461,78	5 247 605,02	92,66%
Opolski	692 536,96	787 560,91	731 707,08	824 502,16	739 941,95	828 967,97	112,03%
Podkarpacki	1 499 419,33	1 640 307,58	1 599 934,22	1 732 171,07	1 631 717,80	1 814 197,51	111,18%
Podlaski	940 463,56	961 478,92	984 484,73	1 002 821,34	1 064 633,99	1 088 434,87	102,24%
Pomorski	1 674 660,57	1 767 950,63	1 788 421,00	1 883 254,28	1 832 581,14	1 978 775,75	107,98%
Śląski	3 811 873,71	3 684 165,39	4 076 823,38	3 964 408,47	4 306 987,93	4 180 159,03	97,06%
Świętokrzyski	1 047 303,69	1 101 196,53	1 093 006,23	1 144 178,13	1 154 498,76	1 208 024,57	104,64%
Warmińsko-Mazurski	999 479,37	1 109 842,70	1 045 361,31	1 162 351,19	1 100 521,82	1 205 145,88	109,51%
Wielkopolski	2 739 074,34	2 736 971,24	2 923 819,01	2 924 631,39	3 107 223,84	3 096 350,99	99,65%
Zachodniopomorski	1 409 201,57	1 429 561,78	1 487 646,69	1 520 805,66	1 537 825,61	1 571 176,04	102,17%
RAZEM	31 079 183,11	31 214 921,41	33 099 379,86	33 201 966,96	34 621 917,88	35 036 587,69	98,82%

Należy podkreślić, że w wartościach zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniono migracje, a w kosztach migracja nie została uwzględniona stąd niskie wykonanie w oddziale mazowieckim i śląskim.

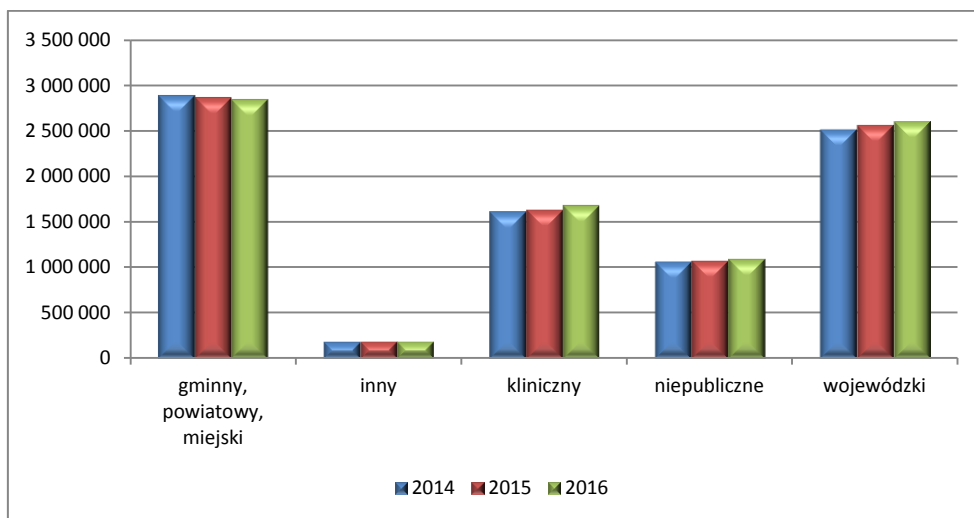
Tabela nr II.14. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu szpitalnym w latach 2014-2016.

Nazwa Oddziału	2014		2015		2016	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń (hospitalizacji)	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń (hospitalizacji)	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń (hospitalizacji)
Dolnośląski	406 592	659 906	402 205	659 332	399 896	660 860
Kujawsko-Pomorski	294 409	448 870	292 753	445 857	296 275	453 070
Lubelski	309 029	485 982	309 463	489 702	308 338	489 625
Lubuski	125 787	183 881	126 786	184 669	127 013	185 923
Łódzki	374 986	587 850	373 346	591 850	365 551	583 877
Małopolski	424 795	633 234	427 294	641 479	435 212	654 997
Mazowiecki	821 678	1 307 461	812 491	1 291 770	815 882	1 310 415
Opolski	131 666	191 523	132 283	193 459	132 131	194 134
Podkarpacki	294 405	439 492	298 976	448 795	300 083	455 577
Podlaski	169 472	253 705	167 533	250 466	169 500	254 682
Pomorski	293 909	448 506	294 196	443 144	294 385	448 034
Śląski	640 007	959 124	642 820	973 345	646 821	994 036
Świętokrzyski	187 954	295 723	190 580	303 620	192 209	306 743
Warmińsko-Mazurski	198 407	299 966	196 534	299 896	196 239	303 056
Wielkopolski	489 777	734 612	488 649	736 918	495 716	757 604
Zachodniopomorski	230 314	346 895	229 656	345 317	230 379	346 239
RAZEM	5 393 187	8 276 730	5 385 565	8 299 619	5 405 630	8 398 872

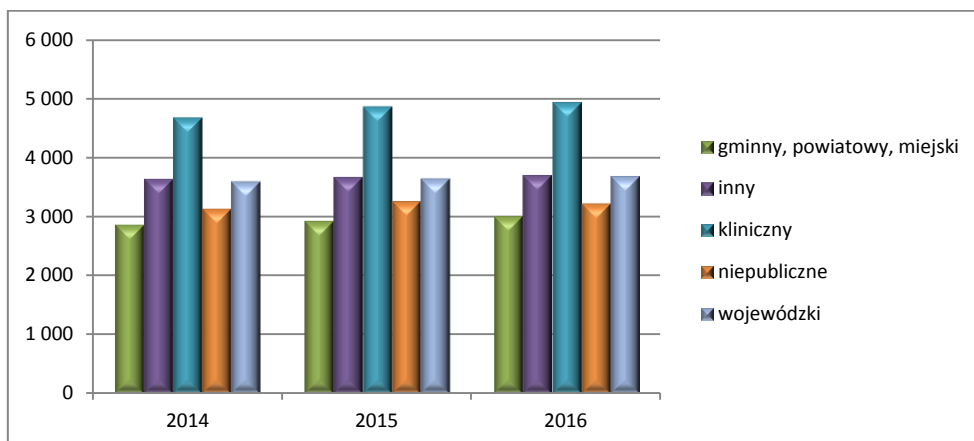
Wykres nr II.1. Liczba hospitalizacji zrealizowanych w 2016 r. przez poszczególne typy świadczeniodawców w 2016 roku (**inny* – oznacza podmioty, których organem założycielskim jest np. MON, MSWiA).



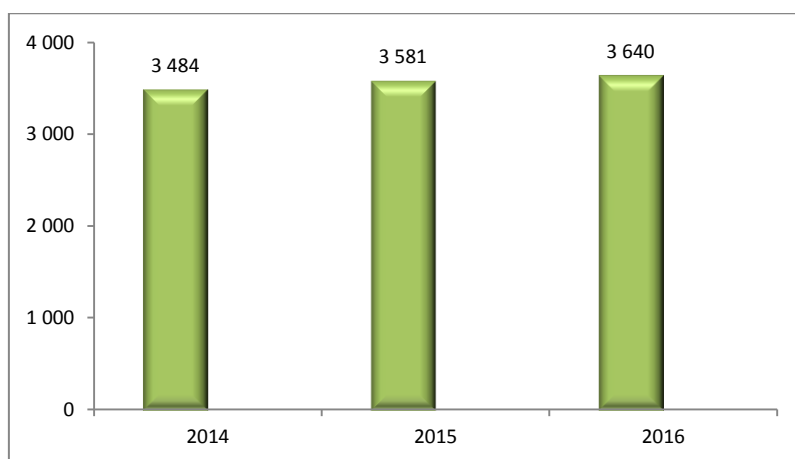
Wykres nr II.2. Liczba hospitalizacji zrealizowanych w 2016 r. przez poszczególne typy świadczeniodawców w latach 2014-2016 (**inny* – oznacza podmioty, których organem założycielskim jest np. MON, MSWiA).



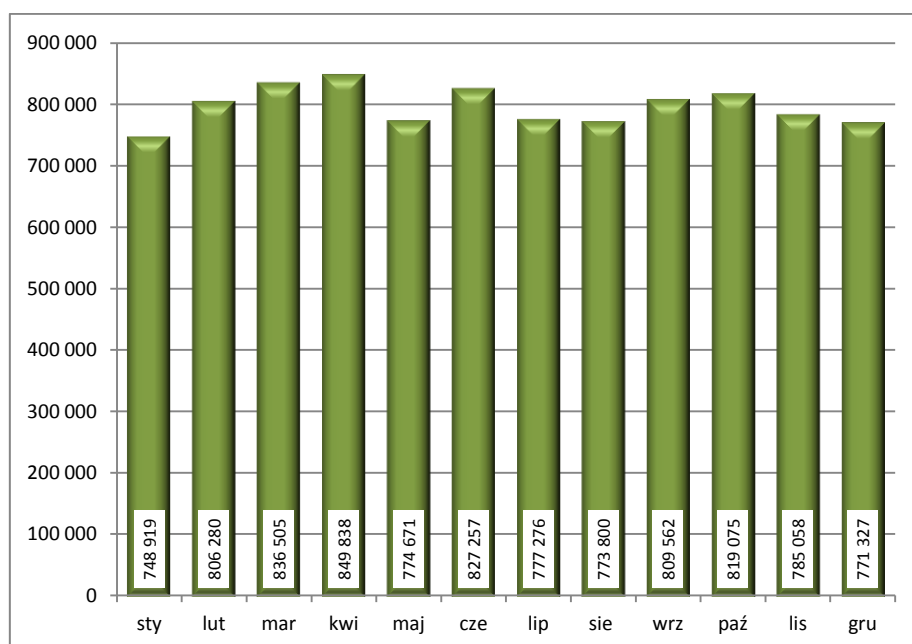
Wykres nr II.3. Średnia wartość hospitalizacji w podziale na typy szpitali w latach 2014-2016 (*inny – oznacza podmioty, których organem założycielskim jest np. MON, MSWiA).



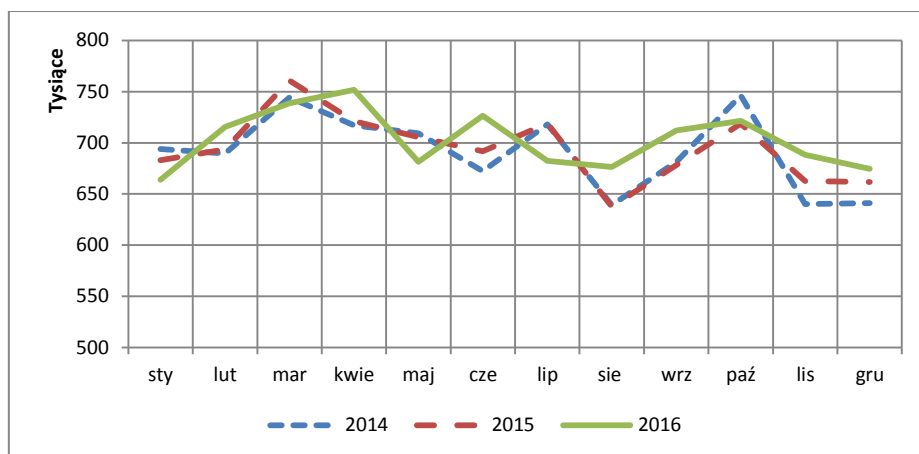
Wykres nr II.4. Średnia wartość hospitalizacji w podziale na lata 2014-2016.



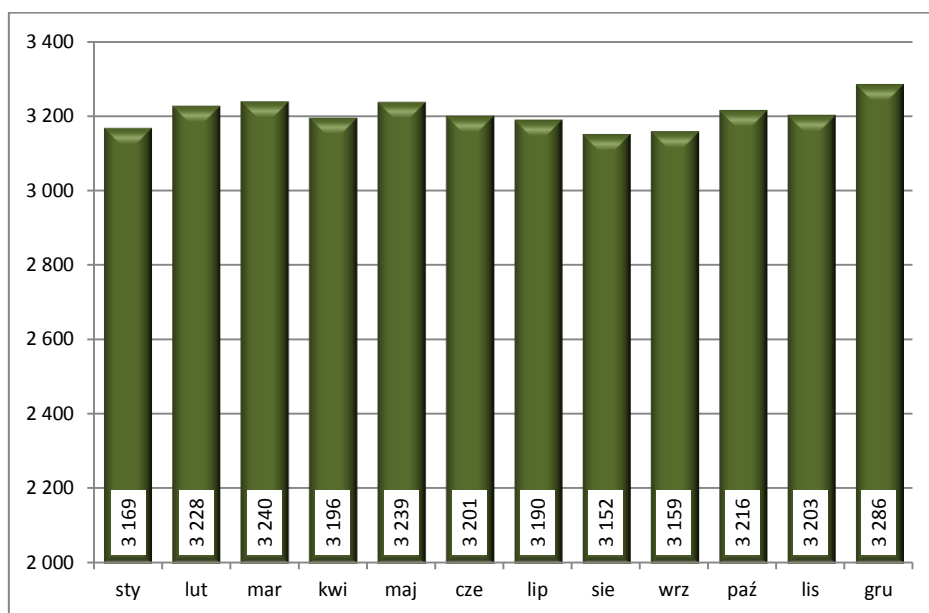
Wykres nr II.5. Liczba hospitalizacji w podziale na miesiące w 2016 roku.



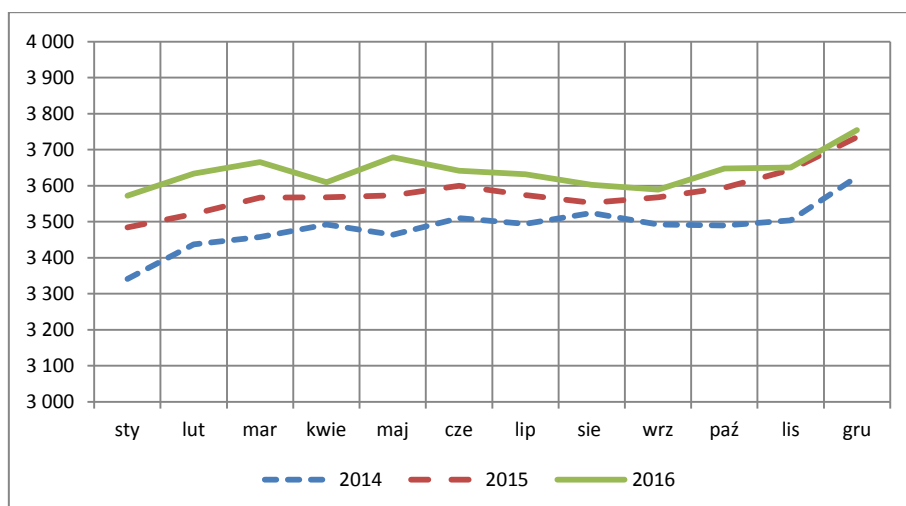
Wykres nr II.6. Liczba hospitalizacji w podziale na miesiące w latach 2014-2016 r.



Wykres nr II.7. Średnia wartość hospitalizacji w podziale na miesiące w 2016 r. (zł).



Wykres nr II.8. Średnia wartość hospitalizacji w podziale na miesiące w latach 2014-2016 r. (zł).



Świadczenia wysokospecjalistyczne rozliczane są przez NFZ od 1 stycznia 2015 r. Jako ogólną zasadę przyjęto, że poszczególnym świadczeniom gwarantowanym określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz.U.2015.1958) nadano rangę zakresów, z wyjątkiem świadczeń takich jak: przeszczepienie serca oraz mechaniczne pozaustrojowe wspomaganie serca sztucznymi komorami, które połączono w jeden zakres świadczeń.

Tabela nr II.15. Liczba wykonanych hospitalizacji do świadczeń wysokospecjalistycznych w latach 2015-2016 i ich wartość.

Nazwa Oddziału	2015		2016	
	Liczba hospitalizacji	Wartość zrealizowanych świadczeń (tys.zł)	Liczba hospitalizacji	Wartość zrealizowanych świadczeń
Dolnośląski	895	29 266	891	32 759
Kujawsko-Pomorski	391	15 580	408	18 724
Lubelski	373	12 887	347	14 069
Lubuski	145	3 656	156	4 495
Łódzki	830	27 000	957	33 123
Małopolski	1 461	55 935	1 446	65 560
Mazowiecki	2 585	152 101	2 992	169 016
Opolski	159	5 024	138	5 368
Podkarpacki	544	18 512	624	26 356
Podlaski	316	11 778	254	13 115
Pomorski	1 273	41 629	1 219	40 739
Śląski	2 657	111 515	2 649	118 240
Świętokrzyski	154	5 842	179	7 032
Warmińsko-Mazurski	134	3 962	151	4 208
Wielkopolski	829	30 227	822	34 815
Zachodniopomorski	457	28 410	533	31 027
RAZEM:	13 203	553 326	13 766	618 645

Ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień można korzystać w: poradni, ośrodka dziennym, izbie przyjęć, szpitalu.

Tabela nr II.16. Liczba świadczeniodawców w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2014-2016.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2014	liczba świadczeniodawców 2015	liczba świadczeniodawców 2016
01	Dolnośląski	116	117	119
02	Kujawsko-Pomorski	75	75	78
03	Lubelski	84	81	79
04	Lubuski	42	44	43
05	Łódzki	97	99	97
06	Małopolski	118	117	113
07	Mazowiecki	185	181	181
08	Opolski	45	45	45
09	Podkarpacki	59	59	60
10	Podlaski	49	51	49
11	Pomorski	69	69	70
12	Śląski	185	183	185
13	Świętokrzyski	44	44	45
14	Warmińsko-Mazurski	54	51	50
15	Wielkopolski	148	151	150
16	Zachodniopomorski	67	66	66
	Razem	1 437	1 433	1 430

Tabela nr II.17. Wartość i wykonanie umów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2014-2016.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2014 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2014 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2015 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2015 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2016 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2016 w tys. zł	stopień realizacji umów 2016
Dolnośląski	184 599,28	182 768,59	188 764,52	187 151,33	196 034,48	196 333,60	100,15%
Kujawsko-Pomorski	113 278,64	117 504,41	118 024,58	121 245,02	124 618,48	130 397,01	104,64%
Lubelski	124 472,78	129 578,47	130 279,00	135 419,96	137 117,72	142 902,59	104,22%
Lubuski	100 902,40	86 939,83	105 214,74	89 478,80	107 582,28	90 137,19	83,78%
Łódzki	143 953,13	156 815,01	150 340,50	163 177,46	152 117,33	170 376,98	112,00%
Małopolski	165 251,75	167 190,81	170 381,09	171 399,61	176 815,07	179 071,49	101,28%
Mazowiecki	375 426,43	351 734,42	383 935,98	357 320,12	382 007,48	363 067,12	95,04%
Opolski	67 313,29	61 022,50	67 983,05	62 030,69	66 415,87	63 039,53	94,92%
Podkarpacki	107 107,98	111 721,50	111 440,13	115 813,45	114 347,90	119 238,43	104,28%
Podlaski	90 402,84	79 444,70	93 022,84	84 582,72	90 660,90	77 515,29	85,50%
Pomorski	143 397,27	139 424,47	151 181,78	144 897,40	152 110,57	148 248,49	97,46%
Śląski	286 481,41	284 684,83	304 484,50	300 133,93	309 571,36	306 473,64	99,00%
Świętokrzyski	65 736,15	69 736,26	67 016,24	72 062,56	72 158,28	77 140,26	106,90%
Warmińsko-Mazurski	77 115,51	87 108,55	78 991,56	88 636,38	80 917,10	93 335,04	115,35%
Wielkopolski	186 298,70	200 769,53	193 458,84	210 471,44	200 772,92	214 359,28	106,77%
Zachodniopomorski	84 870,71	93 002,31	86 329,06	94 178,40	88 260,06	97 286,05	110,23%
RAZEM:	2 316 608,27	2 319 446,19	2 400 848,42	2 397 999,27	2 451 507,82	2 468 921,99	99,29%

Tabela nr II.18. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2014-2016.

Nazwa Oddziału	2014			2015			2016		
	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne
Dolnośląski	120 733	904 520	981 387	121 105	914 120	979 995	120 537	943 901	993 774
Kujawsko-Pomorski	105 810	606 827	532 468	107 962	621 427	535 379	109 393	637 067	546 982
Lubelski	87 675	525 449	735 185	88 490	553 804	749 544	88 041	569 971	757 450
Lubuski	47 602	338 380	618 540	49 433	355 160	614 385	49 637	363 778	619 323
Łódzki	120 682	852 457	660 458	121 381	855 403	664 375	120 554	840 537	669 921
Małopolski	142 242	1 044 400	674 792	142 639	1 045 443	678 076	140 807	1 036 566	706 303
Mazowiecki	220 397	1 920 032	1 567 671	224 014	1 966 842	1 553 481	223 481	1 954 069	1 536 997
Opolski	39 650	280 912	915 095	40 488	285 807	693 741	40 575	281 088	848 309
Podkarpacki	92 564	574 887	500 471	94 805	570 355	516 177	94 668	579 218	506 392
Podlaski	57 067	391 443	445 088	58 272	398 050	450 320	58 756	397 282	429 851
Pomorski	108 768	811 283	720 831	111 926	817 467	732 965	113 639	828 585	729 947
Śląski	180 706	1 360 373	1 450 125	184 948	1 404 522	1 457 756	186 812	1 426 046	1 438 860
Świętokrzyski	54 102	318 641	324 471	55 131	326 175	319 035	55 413	328 247	336 516
Warmińsko-Mazurski	54 502	334 870	430 323	54 486	333 886	435 128	54 598	334 099	434 542
Wielkopolski	162 122	1 064 018	900 707	164 543	1 072 576	908 235	163 951	1 074 477	926 366
Zachodniopomorski	66 550	425 769	447 531	68 147	436 100	446 744	67 575	435 014	442 832
RAZEM:	1 661 172	11 754 260	11 905 143	1 687 770	11 957 134	11 735 336	1 688 437	12 029 945	11 924 365

Liczba pacjentów stanowi unikalną liczbę osób korzystających ze świadczeń. W warunkach ambulatoryjnych połączono świadczenia z poradni (rozliczane jako porada, sesja lub wizyta domowa) oraz udzielane w trybie dziennym (rozliczane jako osobodzień). W trybie stacjonarnym świadczenia rozliczne są osobodniami.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, udzielane są w warunkach domowych oraz stacjonarnych. W stacjonarnych zakładach opiekuńczych przebywają chorzy, wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych, którzy powinni kontynuować leczenie oraz niewymagający hospitalizacji na oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40 punktów lub mniej (wymóg oceny skalą Barthel nie dotyczy dzieci do ukończenia 3 roku życia).

Tabela nr II.19. Liczba świadczeniodawców w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2014-2016.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2014	liczba świadczeniodawców 2015	liczba świadczeniodawców 2016
01	Dolnośląski	156	152	152
02	Kujawsko-Pomorski	91	88	88
03	Lubelski	101	78	77
04	Lubuski	56	55	54
05	Łódzki	76	72	71
06	Małopolski	123	124	124
07	Mazowiecki	209	199	200
08	Opolski	62	58	58
09	Podkarpacki	160	150	150
10	Podlaski	46	46	46
11	Pomorski	45	45	45
12	Śląski	273	171	170
13	Świętokrzyski	53	49	50
14	Warmińsko-Mazurski	57	57	58
15	Wielkopolski	177	168	166
16	Zachodniopomorski	60	49	49
	Razem	1 745	1 561	1 558

Tabela nr II.20. Wartość i wykonanie umów w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2014-2016.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2014 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2014 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2015 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2015 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2016 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2016 w tys. zł	stopień realizacji umów 2016
Dolnośląski	90 893,11	93 076,96	98 434,48	100 242,38	105 818,84	107 551,32	101,64%
Kujawsko-Pomorski	48 468,29	47 261,38	52 969,86	52 691,67	62 809,29	62 036,74	98,77%
Lubelski	50 071,57	54 690,29	55 090,11	61 244,06	65 475,80	71 237,04	108,80%
Lubuski	21 699,09	21 284,23	24 020,87	23 694,35	25 056,81	26 314,99	105,02%
Łódzki	49 965,32	52 545,80	53 061,71	56 459,44	54 872,02	61 055,52	111,27%
Małopolski	115 921,58	114 157,56	121 464,15	120 683,91	135 256,63	135 873,31	100,46%
Mazowiecki	152 698,65	144 381,47	158 870,97	152 886,56	172 011,36	164 162,76	95,44%
Opolski	45 241,12	43 479,36	48 495,49	46 622,64	52 049,83	51 369,31	98,69%
Podkarpacki	93 721,36	93 973,07	99 933,64	96 327,37	105 207,02	101 853,82	96,81%
Podlaski	26 189,19	27 213,02	27 290,88	28 575,51	30 996,51	31 979,61	103,17%
Pomorski	43 635,22	42 082,77	46 934,45	45 492,51	49 203,94	48 723,52	99,02%
Śląski	184 211,19	185 346,12	200 931,54	201 686,28	219 387,26	219 667,88	100,13%
Świętokrzyski	42 228,16	45 618,96	45 751,02	49 404,69	49 556,54	53 071,64	107,09%
Warmińsko-Mazurski	33 924,27	34 497,60	36 483,54	37 188,95	39 718,11	40 732,90	102,55%
Wielkopolski	61 476,43	62 240,89	69 944,06	71 013,77	77 748,39	78 350,79	100,77%
Zachodniopomorski	35 723,61	37 208,70	37 656,50	38 918,90	39 260,60	41 997,64	106,97%
RAZEM:	1 096 068,16	1 099 058,18	1 177 333,28	1 183 132,99	1 284 428,94	1 295 978,79	100,90%

Tabela nr II.21. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2014-2016.

Nazwa Oddziału	2014		2015		2016	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	8 045	1 794 845	7 729	1 786 840	7 609	1 828 256
Kujawsko-Pomorski	4 433	823 158	4 398	911 367	4 269	953 751
Lubelski	5 306	1 090 790	5 228	1 188 602	5 247	1 216 063
Lubuski	2 302	489 762	2 338	487 904	2 107	494 610
Łódzki	5 908	1 075 175	5 882	1 079 727	5 389	1 071 039
Małopolski	9 666	2 273 936	9 973	2 304 761	9 644	2 344 199
Mazowiecki	13 702	2 982 362	13 042	3 050 396	12 963	3 093 842
Opolski	5 290	1 209 013	5 277	1 217 590	5 009	1 216 087
Podkarpacki	8 930	2 064 514	8 918	2 111 745	8 782	2 153 887
Podlaski	2 458	493 861	2 430	491 971	2 391	509 875
Pomorski	3 636	565 766	3 712	621 457	3 631	636 196
Śląski	20 967	4 600 592	20 441	4 867 422	19 576	4 927 167
Świętokrzyski	4 401	994 353	4 639	1 037 757	4 490	1 072 754
Warmińsko-Mazurski	3 257	560 645	3 202	570 790	3 162	574 890
Wielkopolski	7 068	1 612 365	7 271	1 603 398	7 047	1 633 802
Zachodniopomorski	4 408	826 515	4 302	867 100	3 995	871 087
RAZEM:	109 777	23 457 652	108 782	24 198 827	105 311	24 597 505

Świadczenia w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna i całościowa opieka nad chorymi oraz leczenie objawowe pacjentów z chorobami nieuleczalnymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu, postępującymi i ograniczającymi życie. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich uśmierzenie, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Świadczenia w opiece paliatywnej i hospicyjnej są udzielane w warunkach stacjonarnych (hospicjum stacjonarne lub oddział medycyny paliatywnej), domowych (hospicjum domowe dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18 roku życia) oraz ambulatoryjnych (poradnia medycyny paliatywnej).

Tabela nr II.22. Liczba świadczeniodawców w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2014-2016.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2014	liczba świadczeniodawców 2015	liczba świadczeniodawców 2016
01	Dolnośląski	28	29	34
02	Kujawsko-Pomorski	22	21	21
03	Lubelski	26	25	25
04	Lubuski	14	16	15
05	Łódzki	32	32	34
06	Małopolski	37	37	36
07	Mazowiecki	65	65	64
08	Opolski	12	11	11
09	Podkarpacki	42	43	43
10	Podlaski	14	14	13
11	Pomorski	26	26	26
12	Śląski	52	49	50
13	Świętokrzyski	20	20	23
14	Warmińsko-Mazurski	24	25	24
15	Wielkopolski	53	52	51
16	Zachodniopomorski	26	25	23
	Razem	493	490	493

Tabela nr II.23. Wartość i wykonanie umów w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2014-2016.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2014 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2014 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2015 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2015 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2016 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2016 w tys. zł	stopień realizacji umów 2016
Dolnośląski	32 037,08	32 259,13	35 503,57	35 386,73	40 800,13	41 169,83	100,91%
Kujawsko-Pomorski	24 840,45	25 997,70	27 773,71	29 152,88	30 212,07	32 022,72	105,99%
Lubelski	14 411,11	14 759,42	16 317,77	16 892,72	18 231,80	18 781,61	103,02%
Lubuski	10 287,11	10 035,17	11 433,12	11 008,23	12 786,92	12 064,62	94,35%
Łódzki	19 920,71	21 995,08	22 485,57	24 151,97	22 893,55	25 000,23	109,20%
Małopolski	33 271,71	35 134,98	36 856,89	36 218,75	38 530,69	40 072,42	104,00%
Mazowiecki	39 470,69	40 497,51	44 784,43	44 501,36	49 072,79	48 671,08	99,18%
Opolski	11 201,76	10 807,40	12 423,04	11 889,33	14 009,89	13 622,51	97,23%
Podkarpacki	21 624,09	23 191,97	26 806,78	26 385,94	32 214,49	31 627,29	98,18%
Podlaski	11 125,69	11 328,50	12 156,41	12 316,43	13 772,60	13 826,92	100,39%
Pomorski	21 112,54	21 131,80	24 532,84	23 951,19	24 541,53	26 308,17	107,20%
Śląski	48 306,16	47 537,42	51 634,27	51 098,32	56 548,37	56 118,18	99,24%
Świętokrzyski	14 752,43	14 500,17	17 244,67	17 446,71	18 779,74	18 822,48	100,23%
Warmińsko-Mazurski	15 203,60	14 988,19	15 788,61	16 133,65	16 563,15	17 166,75	103,64%
Wielkopolski	43 237,50	40 989,65	46 580,32	44 999,39	50 692,57	48 856,95	96,38%
Zachodniopomorski	10 691,42	11 626,10	11 709,61	12 883,69	10 951,15	13 780,10	125,83%
RAZEM:	371 494,05	376 780,19	414 031,61	414 417,29	450 601,44	457 911,86	101,62%

Tabela nr II.24. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2014-2016.

Nazwa Oddziału	2014		2015		2016	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	7 601	441 974	7 808	498 959	8 147	559 056
Kujawsko-Pomorski	6 093	453 014	6 355	490 057	6 441	518 039
Lubelski	3 440	207 734	3 505	227 568	3 589	239 811
Lubuski	2 704	195 659	2 809	206 777	2 843	217 355
Łódzki	5 689	330 116	5 786	343 243	5 641	355 509
Małopolski	6 410	364 242	6 604	391 400	6 502	414 630
Mazowiecki	9 604	649 511	9 978	690 884	9 927	722 622
Opolski	2 294	145 291	2 364	177 499	2 431	202 531
Podkarpacki	3 753	281 153	4 193	338 755	4 606	393 448
Podlaski	2 196	157 463	2 305	159 650	2 240	162 446
Pomorski	5 238	312 147	5 498	335 535	5 561	344 672
Śląski	11 509	699 736	11 654	744 724	12 214	806 427
Świętokrzyski	3 124	215 463	3 259	232 734	3 428	233 662
Warmińsko-Mazurski	3 721	254 718	3 920	269 865	3 946	279 126
Wielkopolski	8 090	560 622	8 191	565 988	8 071	586 408
Zachodniopomorski	3 228	173 575	3 197	198 929	3 370	216 545
RAZEM:	84 694	5 442 418	87 426	5 872 567	88 957	6 252 287

Rehabilitacja lecznicza jest wykonywana w warunkach ambulatoryjnych, warunkach domowych, w ośrodku lub oddziale dziennym oraz w warunkach stacjonarnych.

Tabela nr II.25. Liczba świadczeniodawców w rehabilitacji leczniczej w latach 2014-2016.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2014	liczba świadczeniodawców 2015	liczba świadczeniodawców 2016
01	Dolnośląski	174	176	175
02	Kujawsko-Pomorski	181	171	169
03	Lubelski	138	131	129
04	Lubuski	86	81	80
05	Łódzki	213	208	206
06	Małopolski	229	228	227
07	Mazowiecki	284	284	284
08	Opolski	96	90	88
09	Podkarpacki	332	324	323
10	Podlaski	53	51	50
11	Pomorski	116	117	116
12	Śląski	355	322	318
13	Świętokrzyski	116	116	114
14	Warmińsko-Mazurski	109	107	106
15	Wielkopolski	230	230	226
16	Zachodniopomorski	112	93	92
Razem		2 824	2 729	2 703

Tabela nr II.26. Wartość i wykonanie umów w rehabilitacji leczniczej w latach 2014-2016.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2014 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2014 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2015 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2015 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2016 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2016 w tys. zł	stopień realizacji umów 2016
Dolnośląski	153 489,68	159 276,00	159 197,89	165 546,00	168 782,80	174 758,05	103,54%
Kujawsko-Pomorski	87 409,02	88 908,66	95 678,10	96 259,67	101 285,34	100 823,88	99,54%
Lubelski	104 907,90	110 465,35	111 617,68	117 300,41	116 259,99	121 059,43	104,13%
Lubuski	52 619,80	52 745,45	56 456,04	56 299,78	53 764,54	56 645,15	105,36%
Łódzki	113 029,49	125 422,66	120 014,16	132 418,62	118 541,75	133 578,02	112,68%
Małopolski	183 468,54	181 056,37	191 890,46	187 821,80	190 950,76	189 611,98	99,30%
Mazowiecki	406 081,94	395 944,18	406 510,45	402 400,58	408 652,35	402 541,49	98,50%
Opolski	59 992,85	54 126,71	60 534,40	55 526,73	59 617,62	56 454,51	94,69%
Podkarpacki	142 672,89	146 097,09	148 219,45	147 901,89	145 793,83	145 794,97	100,00%
Podlaski	53 703,86	55 441,31	56 414,74	57 930,27	59 399,78	60 639,37	102,09%
Pomorski	108 789,33	109 954,03	111 764,79	112 960,21	113 599,12	117 726,71	103,63%
Śląski	244 212,91	242 068,45	273 141,28	270 409,39	272 121,74	271 948,25	99,94%
Świętokrzyski	79 883,27	72 715,78	87 562,23	80 120,70	84 156,35	76 438,50	90,83%
Warmińsko-Mazurski	70 671,73	71 510,60	73 097,31	74 474,82	73 729,34	74 834,90	101,50%
Wielkopolski	159 656,43	161 722,77	169 720,62	172 309,81	175 466,99	178 053,19	101,47%
Zachodniopomorski	75 182,78	72 980,78	75 936,82	73 353,63	76 677,27	74 794,61	97,54%
RAZEM:	2 095 772,42	2 100 436,19	2 197 756,41	2 203 034,31	2 218 799,58	2 235 703,01	100,76%

Tabela nr II.27. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w rehabilitacji leczniczej w latach 2014-2016.

Nazwa Oddziału	2014			2015			2016		
	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne
Dolnośląski	223 212	8 241 690	395 035	224 108	8 188 485	403 117	224 470	8 151 529	415 760
Kujawsko-Pomorski	196 697	8 611 439	113 379	198 198	8 678 254	105 467	200 450	8 522 066	119 638
Lubelski	185 099	8 022 164	161 429	187 520	8 231 462	160 900	191 137	8 388 278	166 473
Lubuski	86 680	3 774 848	106 868	89 360	4 014 733	107 238	87 706	3 956 565	109 196
Łódzki	236 766	9 680 081	213 601	237 652	9 805 876	204 177	242 802	9 968 774	209 541
Małopolski	304 958	11 805 699	359 365	307 634	11 907 267	364 675	307 931	11 603 193	366 877
Mazowiecki	520 635	21 714 583	475 116	516 357	21 029 017	464 354	522 736	20 663 153	456 690
Opolski	80 094	3 093 319	113 418	78 949	3 022 627	115 852	78 102	2 918 567	117 744
Podkarpacki	238 407	11 173 796	128 711	247 943	11 960 105	131 639	246 971	11 888 344	133 010
Podlaski	87 974	3 690 448	72 576	90 646	3 907 017	76 039	93 736	3 946 864	79 549
Pomorski	211 843	8 183 251	187 414	218 004	8 230 124	199 864	222 820	8 367 597	224 835
Śląski	358 313	12 589 369	554 599	366 226	13 054 041	575 611	379 419	13 616 582	586 881
Świętokrzyski	112 557	4 356 925	231 218	116 517	4 539 658	233 052	117 937	4 546 399	229 700
Warmińsko-Mazurski	114 653	3 927 304	131 743	115 106	3 930 581	135 829	116 183	3 978 228	133 876
Wielkopolski	229 927	8 871 848	359 054	235 215	9 291 197	363 612	240 902	9 645 774	371 135
Zachodniopomorski	121 075	4 114 216	176 650	116 189	3 979 057	179 758	112 931	3 817 806	174 748
RAZEM:	3 308 890	131 850 980	3 780 176	3 345 624	133 769 501	3 821 184	3 386 233	133 979 719	3 895 653

W ramach leczenia stomatologicznego udzielane są świadczenia dla dzieci i dla osób dorosłych. Fundusz finansuje zarówno gwarantowane świadczenia stomatologiczne o charakterze podstawowym, jak również świadczenia specjalistyczne np. z zakresu ortodoncji, protetyki stomatologicznej, periodontologii i chirurgii stomatologicznej. Finansowane jest również leczenie w ramach programu Ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki.

Tabela nr II.28. Liczba świadczeniodawców w leczeniu stomatologicznym w latach 2014-2016.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2014	liczba świadczeniodawców 2015	liczba świadczeniodawców 2016
01	Dolnośląski	679	668	669
02	Kujawsko-Pomorski	492	471	462
03	Lubelski	644	598	590
04	Lubuski	231	224	219
05	Łódzki	458	440	436
06	Małopolski	503	455	451
07	Mazowiecki	751	662	673
08	Opolski	265	252	250
09	Podkarpacki	645	599	595
10	Podlaski	289	286	277
11	Pomorski	311	306	301
12	Śląski	1116	934	931
13	Świętokrzyski	297	291	288
14	Warmińsko-Mazurski	402	394	392
15	Wielkopolski	914	801	792
16	Zachodniopomorski	437	380	377
	Razem	8 434	7 761	7 703

Tabela nr II.29. Wartość i wykonanie umów w leczeniu stomatologicznym w latach 2014-2016.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2014 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2014 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2015 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2015 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2016 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2016 w tys. zł	stopień realizacji umów 2016
Dolnośląski	119 583,06	117 437,32	121 124,17	116 282,27	121 753,35	120 103,16	98,64%
Kujawsko-Pomorski	89 814,67	91 855,95	93 850,40	95 459,03	95 516,50	96 932,80	101,48%
Lubelski	117 695,41	118 606,52	119 042,03	119 578,89	121 640,45	122 751,51	100,91%
Lubuski	42 144,27	42 271,02	44 982,37	44 633,79	41 944,25	41 854,85	99,79%
Łódzki	116 586,49	115 857,52	116 329,29	115 082,01	114 109,05	114 563,88	100,40%
Małopolski	182 203,81	179 436,33	185 896,26	180 864,04	188 770,59	188 051,02	99,62%
Mazowiecki	192 895,45	189 596,89	192 470,44	191 222,72	206 652,08	203 413,06	98,43%
Opolski	45 041,57	44 732,12	45 799,81	45 533,54	44 847,34	45 055,05	100,46%
Podkarpacki	101 596,38	102 853,17	103 644,75	104 750,97	102 447,26	103 795,55	101,32%
Podlaski	64 252,60	63 798,50	64 113,45	63 474,23	62 981,81	62 599,47	99,39%
Pomorski	102 683,22	100 839,41	104 665,45	103 246,03	104 539,14	103 499,42	99,01%
Śląski	193 859,50	193 979,18	194 796,69	192 986,09	193 342,32	193 543,26	100,10%
Świętokrzyski	61 795,77	62 957,91	61 438,68	62 656,76	60 697,55	62 147,94	102,39%
Warmińsko-Mazurski	82 068,79	82 603,16	82 367,20	83 212,28	82 225,39	83 019,88	100,97%
Wielkopolski	140 188,11	140 061,63	143 225,16	143 603,09	147 504,23	146 032,44	99,00%
Zachodniopomorski	82 934,95	82 223,62	82 663,49	82 058,92	82 278,99	81 790,52	99,41%
RAZEM:	1 735 344,05	1 729 110,25	1 756 409,63	1 744 644,66	1 771 250,30	1 769 153,81	99,88%

Tabela nr II.30 Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu stomatologicznym w latach 2014-2016.

Nazwa Oddziału	2014		2015		2016	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	486 990	3 566 451	475 722	3 530 782	467 983	3 637 594
Kujawsko-Pomorski	385 249	2 865 945	384 543	3 049 793	376 433	3 209 750
Lubelski	504 170	5 575 221	495 950	5 811 425	489 624	6 167 496
Lubuski	173 539	1 296 083	172 537	1 307 989	163 434	1 285 438
Łódzki	506 777	4 446 713	495 085	4 456 922	481 078	4 516 632
Małopolski	717 625	7 005 157	707 489	7 267 116	705 223	7 850 800
Mazowiecki	760 438	9 838 947	738 229	10 304 327	742 446	11 215 131
Opolski	166 390	2 462 855	168 508	2 907 394	159 687	2 351 131
Podkarpacki	422 388	3 247 247	419 686	3 366 247	413 753	3 467 065
Podlaski	259 815	2 639 579	260 492	2 669 687	256 959	2 736 404
Pomorski	419 521	3 817 242	425 867	4 130 710	418 556	4 530 722
Śląski	882 031	5 427 287	845 745	5 548 699	837 994	5 672 863
Świętokrzyski	247 763	2 473 785	243 912	2 537 672	238 335	2 591 408
Warmińsko-Mazurski	334 121	2 854 221	328 567	2 905 745	317 045	2 961 872
Wielkopolski	655 376	4 350 967	647 937	4 534 392	637 762	4 724 795
Zachodniopomorski	334 697	2 142 907	323 191	2 169 961	316 325	2 167 086
RAZEM:	7 256 890	64 010 607	7 133 460	66 498 860	7 022 637	69 086 186

W świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie wyodrębnia się następujące zakresy: dializoterapia otrzewnowa, hemodializoterapia, terapia hiperbaryczna, tlenoterapia domowa, żywienie pozajelitowe w warunkach domowych, żywienie dojelitowe w warunkach domowych, badania zgodności tkankowej, badania genetyczne, badania izotopowe, terapia izotopowa, zaopatrzenie protetyczne, pozytonowa tomografia emisyjna, leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci, leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych, kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej, leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej, teleradioterapia protonowa, domowa antybiotykoterapia dożylna, kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1), telekonsylium kardiologiczne, telekonsylium geriatryczne, koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC).

Tabela nr II.31. Liczba świadczeniodawców w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2014-2016.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2014	liczba świadczeniodawców 2015	liczba świadczeniodawców 2016
01	Dolnośląski	31	32	32
02	Kujawsko-Pomorski	29	30	31
03	Lubelski	32	27	27
04	Lubuski	12	13	14
05	Łódzki	26	26	27
06	Małopolski	32	32	34
07	Mazowiecki	50	54	56
08	Opolski	14	15	14
09	Podkarpacki	25	24	24
10	Podlaski	21	21	21
11	Pomorski	19	18	21
12	Śląski	37	37	39
13	Świętokrzyski	23	23	23
14	Warmińsko-Mazurski	17	18	19
15	Wielkopolski	35	35	34
16	Zachodniopomorski	24	23	23
Razem		427	428	439

Tabela nr II.32. Wartość i wykonanie umów w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2014-2016.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2014 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2014 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2015 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2015 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2016 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2016 w tys. zł	stopień realizacji umów 2016
Dolnośląski	126 544,47	129 414,01	131 077,62	133 277,62	140 995,06	143 080,01	101,48%
Kujawsko-Pomorski	107 557,67	105 927,25	110 713,76	111 007,34	114 086,94	114 462,31	100,33%
Lubelski	81 155,13	87 865,54	89 016,83	95 607,53	100 781,54	109 885,06	109,03%
Lubuski	41 301,10	44 144,14	44 553,63	47 777,29	49 102,26	53 864,11	109,70%
Łódzki	105 574,05	113 731,26	113 438,59	120 562,63	127 310,17	133 631,94	104,97%
Małopolski	145 661,16	148 495,90	157 884,85	152 027,56	159 960,45	158 990,80	99,39%
Mazowiecki	296 226,71	250 890,80	309 341,98	262 193,06	299 342,40	263 014,09	87,86%
Opolski	33 796,84	39 539,53	34 136,23	40 495,51	36 595,38	44 058,15	120,39%
Podkarpacki	76 818,38	84 642,29	85 925,10	92 598,71	89 838,85	99 405,05	110,65%
Podlaski	35 196,24	40 044,77	38 102,58	42 256,16	42 215,94	46 380,96	109,87%
Pomorski	106 738,06	112 503,08	108 928,82	114 070,16	119 351,59	129 421,02	108,44%
Śląski	213 818,33	212 856,38	219 526,12	220 028,35	235 637,54	236 170,29	100,23%
Świętokrzyski	57 496,98	56 583,61	58 217,95	58 129,11	63 123,27	63 770,45	101,03%
Warmińsko-Mazurski	60 908,73	65 040,60	63 969,16	69 412,66	67 005,07	72 491,14	108,19%
Wielkopolski	168 013,85	167 163,06	180 672,66	180 196,34	194 545,03	192 627,33	99,01%
Zachodniopomorski	71 790,24	78 858,52	78 299,20	83 074,36	75 076,10	86 648,45	115,41%
RAZEM:	1 728 597,94	1 737 700,74	1 823 805,10	1 822 714,39	1 914 967,59	1 947 901,16	101,72%

Tabela nr II.33 Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2014-2016.

Nazwa Oddziału	2014		2015		2016	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	11 399	498 060	12 393	533 055	14 912	552 406
Kujawsko-Pomorski	13 074	422 155	13 239	448 426	13 519	471 545
Lubelski	6 716	392 420	7 153	417 945	7 540	460 704
Lubuski	2 177	192 730	2 575	204 092	3 247	218 524
Łódzki	9 805	515 580	10 556	526 185	11 483	557 960
Małopolski	12 424	642 589	12 950	676 342	14 963	701 274
Mazowiecki	34 440	1 141 490	34 426	1 216 900	34 769	1 318 699
Opolski	2 948	180 961	3 145	183 726	3 180	209 417
Podkarpacki	6 112	448 653	7 400	483 839	8 161	536 628
Podlaski	5 032	222 471	5 806	223 490	6 046	242 442
Pomorski	8 663	414 036	9 392	418 389	9 763	472 275
Śląski	19 919	1 021 780	21 456	1 096 305	23 197	1 135 931
Świętokrzyski	6 633	360 976	7 348	380 015	8 322	395 692
Warmińsko-Mazurski	6 135	315 201	6 125	322 802	6 708	345 993
Wielkopolski	15 540	688 318	16 454	754 664	17 282	795 076
Zachodniopomorski	11 119	296 919	11 677	347 236	11 189	369 196
RAZEM:	172 136	7 754 339	182 095	8 233 411	194 281	8 783 762

Profilaktyczne programy zdrowotne

Tabela nr II.34. Liczba świadczeniodawców w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2014-2016.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2014	liczba świadczeniodawców 2015	liczba świadczeniodawców 2015
01	Dolnośląski	50	53	52
02	Kujawsko-Pomorski	67	42	41
03	Lubelski	44	37	36
04	Lubuski	23	21	21
05	Łódzki	35	34	33
06	Małopolski	59	56	52
07	Mazowiecki	82	76	71
08	Opolski	25	21	19
09	Podkarpacki	42	41	41
10	Podlaski	17	18	17
11	Pomorski	42	39	39
12	Śląski	133	107	108
13	Świętokrzyski	22	20	19
14	Warmińsko-Mazurski	23	24	25
15	Wielkopolski	59	56	56
16	Zachodniopomorski	35	28	27
Razem		758	673	657

Tabela nr II.35. Wartość i wykonanie umów w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2014-2016.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2014 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2014 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2015 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2015 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2016 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2016 w tys. zł	stopień realizacji umów 2016
Dolnośląski	13 172,58	12 854,05	13 619,73	13 472,35	14 181,36	14 113,10	99,52%
Kujawsko-Pomorski	10 192,55	9 595,88	10 161,22	9 644,08	9 706,35	9 160,51	94,38%
Lubelski	7 913,33	7 839,63	6 920,66	7 085,77	7 343,36	7 537,79	102,65%
Lubuski	4 820,90	4 787,44	6 181,80	5 610,93	4 685,88	6 276,14	133,94%
Łódzki	11 147,39	10 872,79	11 677,53	11 056,59	10 541,56	11 894,25	112,83%
Małopolski	10 614,66	10 999,45	12 237,65	12 688,64	10 709,12	11 894,25	111,07%
Mazowiecki	20 838,76	20 055,39	19 300,58	18 784,11	19 541,89	19 023,96	97,35%
Opolski	3 844,69	4 002,10	4 452,05	4 193,70	3 956,35	3 992,14	100,90%
Podkarpacki	7 046,20	7 211,63	7 056,62	7 243,80	7 263,87	7 428,36	102,26%
Podlaski	4 650,39	4 514,72	4 199,65	4 038,79	4 351,28	4 202,96	96,59%
Pomorski	9 389,21	9 148,13	8 897,84	9 046,42	9 038,99	9 279,98	102,67%
Śląski	26 932,62	25 027,11	29 990,90	27 753,04	28 262,86	26 341,31	93,20%
Świętokrzyski	5 026,39	5 037,38	5 299,39	5 454,19	4 581,99	4 678,83	102,11%
Warmińsko-Mazurski	5 385,99	5 701,35	5 758,62	6 073,20	5 126,00	5 455,57	106,43%
Wielkopolski	14 456,08	14 625,59	15 875,92	15 844,13	16 063,98	15 317,92	95,36%
Zachodniopomorski	7 490,32	7 452,51	7 430,75	7 440,34	7 436,82	7 275,15	97,83%
RAZEM:	162 922,06	159 725,15	169 060,92	165 430,08	162 791,68	163 872,22	100,66%

Tabela nr II.36. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2014-2016.

Nazwa Oddziału	2014		2015		2016	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	150 433	207 735	143 314	200 108	136 548	186 862
Kujawsko-Pomorski	100 849	148 551	96 427	140 021	82 350	120 525
Lubelski	124 701	168 884	105 666	145 365	103 852	136 836
Lubuski	59 041	79 756	59 924	81 019	54 230	70 861
Łódzki	135 137	188 247	131 132	179 378	106 355	142 620
Małopolski	137 473	208 616	138 481	205 077	107 189	162 840
Mazowiecki	241 672	346 657	211 931	315 586	195 629	279 183
Opolski	48 422	71 184	45 784	68 401	37 081	56 240
Podkarpacki	96 371	136 972	92 360	132 339	83 563	115 332
Podlaski	61 744	87 323	51 084	74 622	52 514	74 392
Pomorski	125 240	170 975	118 429	160 230	111 124	144 829
Śląski	238 939	350 833	248 477	357 911	197 616	285 079
Świętokrzyski	57 346	95 458	60 059	95 796	48 917	79 271
Warmińsko-Mazurski	84 746	127 956	86 032	125 982	74 046	106 736
Wielkopolski	167 764	219 637	167 035	221 329	154 282	205 306
Zachodniopomorski	110 519	156 309	103 227	147 592	93 408	131 339
RAZEM:	1 940 397	2 765 093	1 859 362	2 650 756	1 638 704	2 298 251

Powyższe porównanie zawiera świadczenia rozliczane w systemie SIMP i dotyczy:

- programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej,
- programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy w pracowni stacjonarnej,
- programu profilaktyki raka piersi – etap pogłębionej diagnostyki,
- programu profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny,
- programu profilaktyki raka szyjki macicy – etap pogłębionej diagnostyki,
- pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego,
- świadczenia lekarza w POZ w ramach realizacji profilaktyki CHUK,
- świadczenia położnej POZ w programie profilaktyki raka szyjki macicy.

Tabela nr II.37. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2014-2016 – pozostałe programy.

Nazwa Oddziału	2014		2015		2016	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	4 780	15 434	5 495	19 507	5 495	23 135
Kujawsko-Pomorski	6 983	31 832	6 773	32 613	6 773	35 411
Lubelski	1 736	4 600	1 998	6 098	1 998	7 676
Lubuski	1 945	4 703	3 442	10 344	3 442	15 924
Łódzki	4 653	16 823	4 819	17 618	4 819	19 953
Małopolski	3 780	12 109	5 633	18 455	5 633	22 165
Mazowiecki	7 962	21 320	8 330	24 032	8 330	26 312
Opolski	1 349	5 807	1 956	7 302	1 956	8 833
Podkarpacki	2 040	6 144	2 830	8 462	2 830	11 081
Podlaski	2 025	7 470	1 934	6 899	1 934	7 693
Pomorski	4 988	16 315	5 236	16 808	5 236	17 539
Śląski	23 174	70 118	25 634	82 069	25 634	98 389
Świętokrzyski	3 663	10 513	3 688	10 995	3 688	12 271
Warmińsko-Mazurski	2 067	7 467	2 314	8 379	2 314	8 616
Wielkopolski	8 280	20 764	9 414	26 759	9 414	27 766
Zachodniopomorski	2 690	8 886	3 297	11 165	3 297	12 995
Suma końcowa	82 241	260 305	92 843	307 505	103 090	355 759

Powyżej przedstawiono realizację świadczeń w następujących programach profilaktycznych finansowanych przez NFZ: program profilaktyki chorób odtytoniowych (W TYM POCHP) – etap podstawowy, program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) – etap specjalistyczny, program badań prenatalnych.

Zaopatrzenie w wyroby medyczne – wykaz wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie osoby uprawnionej wraz z określeniem limitów finansowania określa Minister Zdrowia w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 ze zm.).

Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – zaopatrzenie w wyroby medyczne – zawierane są ze świadczeniodawcami spełniającymi warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa Funduszu. Do zawierania umów ze świadczeniodawcami nie stosuje się przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań. Umowy zawierane są w trybie określonym w art. 159 ustawy o świadczeniach.

Tabela nr II.38. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju wyroby medyczne w latach 2014-2016 i ich wykonanie.

Nazwa Oddziału	ZSP 2014		ZSP 2015		ZSP 2016	
	plan (tys. zł)	realizacja (tys. zł)	plan (tys. zł)	realizacja (tys. zł)	plan (tys. zł)	realizacja (tys. zł)
Dolnośląski	66 300,00	65 259,22	71 517,00	71 427,57	74 300,00	74 289,41
Kujawsko-Pomorski	42 500,00	42 499,71	48 284,00	48 282,77	51 573,00	51 569,84
Lubelski	43 800,00	43 122,81	48 412,00	48 018,70	51 200,00	51 198,09
Lubuski	22 200,00	21 858,75	25 310,00	24 439,21	26 000,00	25 360,76
Łódzki	55 391,00	53 398,06	59 806,00	59 805,95	64 291,00	64 127,01
Małopolski	69 000,00	67 984,90	74 716,00	74 635,13	80 400,00	80 029,35
Mazowiecki	101 500,00	101 492,58	116 171,00	112 682,76	123 000,00	121 965,49
Opolski	22 500,00	21 455,56	24 501,00	23 523,42	25 000,00	24 582,72
Podkarpacki	43 300,00	43 036,83	49 511,00	49 260,78	51 850,00	51 519,32
Podlaski	24 300,00	23 952,59	26 550,00	26 546,65	28 200,00	27 950,18
Pomorski	47 200,00	44 288,33	49 216,00	48 829,18	52 600,00	52 559,57
Śląski	113 400,00	111 322,46	128 100,00	124 683,03	132 410,00	130 685,30
Świętokrzyski	29 061,00	29 055,67	31 240,00	31 238,99	33 240,00	33 189,37
Warmińsko-Mazurski	27 500,00	27 392,51	31 910,00	31 672,08	33 590,00	33 348,61
Wielkopolski	72 500,00	72 499,74	80 229,00	80 170,65	85 500,00	83 517,60
Zachodniopomorski	35 373,00	35 074,22	39 054,00	39 052,40	40 100,00	40 450,00
RAZEM:	815 825,00	803 693,94	904 527,00	894 269,27	953 254,00	946 342,62

Lecznictwo uzdrowiskowe zajmuje się leczeniem, profilaktyką i rehabilitacją osób z chorobami przewlekłymi. W 2016 roku z leczenia uzdrowiskowego skorzystało ponad 400 tys. ubezpieczonych, przede wszystkim chorzy z chorobami przewlekłymi w zakresie chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego, ortopedii, reumatologii i neurologii.

Obiekty sanatoryjne wraz z niezbędną infrastrukturą uzdrowiskową znajdują się w 45 miejscowościach o statusie uzdrowiska. Na 2016 rok Fundusz zawarł kontrakty na świadczenia uzdrowiskowe ze 144 zakładami lecznictwa uzdrowiskowego. Kontrakty te zapewniają świadczeniobiorcom szeroki wachlarz usług uzdrowiskowych, w tym leczenie ambulatoryjne, szpitalne, sanatoria dla dzieci i dorosłych, uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych.

W 2016 r. kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe zostało przeprowadzone przez 13 oddziałów wojewódzkich, na terenie których swoje siedziby posiadają świadczeniodawcy udzielający tych świadczeń. Dodatkowo 12 oddziałów wojewódzkich Funduszu, z uwagi na niewygasające umowy z dniem 31 grudnia 2015 r., dokonało ich przedłużenia w ramach aneksowania umów. Tylko oddział łódzki przeprowadził postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie rokowań. Dodatkowo oddział podlaski, poza aneksowaniem umów, przeprowadził postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert dla zakresu świadczeń: uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne dorosłych i dzieci. Oddziały wojewódzkie Funduszu łącznie ogłosiły 2 postępowania w trybie rokowań, 1 w trybie konkursu ofert oraz 12 postępowania w trybie aneksowania umów.

Tabela II.39. Tryb zawarcia umów w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe oraz liczba umów w 2016 r.

Nazwa OW NFZ	2016	
	tryb postępowania	liczba umów
Dolnośląski	aneksowanie	15
Kujawsko-Pomorski	aneksowanie	27
Lubelski	aneksowanie	6
Łódzki	rokowania	1
Małopolski	aneksowanie	30
Mazowiecki	aneksowanie	2
Podkarpacki	aneksowanie	14
Podlaski	aneksowanie/ konkurs ofert	1
Pomorski	aneksowanie	4
Śląski	aneksowanie	7
Świętokrzyski	aneksowanie	9
Warmińsko-Mazurski	aneksowanie	2
Zachodniopomorski	aneksowanie	26
RAZEM		144

Tabela nr II.40. Liczba świadczeniodawców, z którymi NFZ zawarł umowy oraz liczba zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe (kontraktowanie świadczeń leczenia uzdrowiskowego jest prowadzone przez 13 oddziałów wojewódzkich NFZ, na terenie których swoje siedziby posiadają świadczeniodawcy, udzielający tych świadczeń).

Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba umów zawartych w latach			Liczba umów w 2016 r. w stosunku do liczby umów w 2015 r.
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	
Dolnośląski	16	15	15	16	15	15	100,00%
Kujawsko-Pomorski	25	26	27	25	26	27	103,85%
Lubelski	6	6	6	6	6	6	100,00%
Łódzki	1	1	1	2	2	1	50,00%
Małopolski	30	31	30	30	31	30	96,77%
Mazowiecki	2	2	2	3	2	2	100,00%
Podkarpacki	14	14	14	14	14	14	100,00%
Podlaski	1	1	1	1	1	1	100,00%
Pomorski	4	4	4	4	4	4	100,00%
Śląski	8	8	7	8	8	7	87,50%
Świętokrzyski	9	9	9	9	9	9	100,00%
Warmińsko-Mazurski	2	2	2	2	2	2	100,00%
Zachodniopomorski	28	26	26	47	26	26	100,00%
RAZEM	146	145	144	167	146	144	98,63%

Fundusz w 2016 roku zawarł łącznie 144 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe ze 144 świadczeniodawcami. W porównaniu do lat poprzednich, w 2015 r. zawarł o 2 umowy więcej ze 145 świadczeniodawcami, natomiast w 2014 r. zawarto 167 umów ze 146 świadczeniodawcami.

Tabela nr II.41. Porównanie wartości (w tys. zł) i stopnia realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w latach 2014-2016.

Nazwa OW NFZ	2014			2015			2016			Dynamika wartości kontraktów 2016/2015
	Wartość zakontraktowanych świadczeń*	Realizacja zawartych umów - wartość końcowa**	% realizacja/wartość kontraktów	Wartość zakontraktowanych świadczeń*	Realizacja zawartych umów - wartość końcowa**	% realizacja/wartość kontraktów	Wartość zakontraktowanych świadczeń*	Realizacja zawartych umów - wartość końcowa**	% realizacja/wartość kontraktów	
Dolnośląski	57 808,72	57 259,71	99,05%	58 218,09	57 938,13	99,52%	58 588,09	58 364,84	99,62%	100,64%
Kujawsko-Pomorski	30 963,43	30 728,80	99,24%	31 354,56	31 165,38	99,40%	31 523,11	31 355,95	99,47%	100,54%
Lubelski	39 441,08	39 179,91	99,34%	39 959,90	39 658,49	99,25%	40 364,74	40 080,86	99,30%	101,01%
Lubuski	13 530,49	13 434,03	99,29%	13 585,86	13 492,58	99,31%	14 047,52	13 955,02	99,34%	103,40%
Łódzki	42 562,92	42 330,97	99,46%	41 742,49	41 561,97	99,57%	42 570,78	42 346,58	99,47%	101,98%
Małopolski	48 674,42	48 194,93	99,01%	49 087,22	48 705,84	99,22%	48 078,04	47 644,19	99,10%	97,94%
Mazowiecki	91 878,13	91 102,63	99,16%	98 088,41	96 971,22	98,86%	97 270,56	96 617,15	99,33%	99,17%
Opolski	12 642,69	12 538,19	99,17%	12 521,10	12 398,79	99,02%	12 406,65	12 293,50	99,09%	99,09%
Podkarpacki	31 232,09	31 017,45	99,31%	31 323,59	31 153,25	99,46%	31 422,42	31 124,32	99,05%	100,32%
Podlaski	18 215,02	18 067,06	99,19%	18 454,67	18 336,49	99,36%	19 729,42	19 617,20	99,43%	106,91%
Pomorski	26 254,67	26 096,51	99,40%	25 791,01	25 633,27	99,39%	26 527,03	26 402,39	99,53%	102,85%
Śląski	68 885,91	68 458,46	99,38%	68 263,49	67 859,62	99,41%	69 613,38	69 236,83	99,46%	101,98%
Świętokrzyski	24 530,36	24 313,61	99,12%	24 792,63	24 612,57	99,27%	24 216,46	24 107,67	99,55%	97,68%
Warmińsko-Mazurski	19 464,81	19 326,25	99,29%	19 554,92	19 417,18	99,30%	20 467,27	20 319,45	99,28%	104,67%
Wielkopolski	55 928,32	55 497,47	99,23%	59 007,03	58 761,69	99,58%	61 513,63	61 265,17	99,60%	104,25%
Zachodniopomorski	21 796,49	21 657,64	99,36%	21 914,12	21 807,48	99,51%	21 582,49	21 549,02	99,84%	98,49%
RAZEM	603 809,58	599 203,63	99,24%	613 659,10	609 473,96	99,32%	619 921,57	616 280,13	99,41%	101,02%

* 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 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.

Wartość zakontraktowanych świadczeń, jak i wartość zrealizowanych świadczeń, rokrocznie wzrasta. Wartość zrealizowanych świadczeń leczenia uzdrowiskowego w 2016 r. wyniosła 616 280 127 zł, co stanowi 99,41 % wartości zakontraktowanych świadczeń, wynoszących 619 921 572 zł.

Tabela nr II.42. Liczba zrealizowanych skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową oraz liczba osób, którym udzielono przedmiotowych świadczeń w latach 2014-2016.

OW NFZ, który kieruje świadczeniobiorców z terenu swojego województwa na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową	2014 r.		2015 r.		2016 r.	
	Liczba skierowań	Liczba osób	Liczba skierowań	Liczba osób	Liczba skierowań	Liczba osób
Dolnośląski	36 500	36 315	37 625	37 527	38 048	37 971
Kujawsko-Pomorski	21 523	21 321	21 656	21 492	21 827	21 681
Lubelski	25 205	25 034	25 586	25 385	25 929	25 756
Lubuski	8 980	8 933	9 024	8 998	9 357	9 340
Łódzki	27 807	27 802	27 739	27 727	28 491	28 475
Małopolski	34 928	34 871	35 492	35 430	34 828	34 730
Mazowiecki	60 128	59 887	63 810	63 455	63 547	63 003
Opolski	8 367	8 365	8 277	8 277	8 261	8 260
Podkarpacki	20 570	20 522	20 806	20 728	20 792	20 708
Podlaski	11 802	11 798	11 973	11 967	12 855	12 853
Pomorski	17 826	17 812	17 483	17 480	18 014	18 008
Śląski	45 852	45 711	45 546	45 428	46 566	46 408
Świętokrzyski	15 885	15 875	16 005	15 989	15 667	15 644
Warmińsko-Mazurski	12 064	12 054	12 085	12 082	12 634	12 628
Wielkopolski	35 673	35 659	37 903	37 888	39 729	39 703
Zachodniopomorski	12 792	12 778	12 879	12 869	12 756	12 729
RAZEM	395 902	394 737	403 889	402 722	409 301	407 897

Liczba zrealizowanych skierowań oraz liczba osób, którzy skorzystali ze świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego rokrocznie wzrasta. W 2016 r. zrealizowano 409 301 skierowań na leczenie uzdrowiskowe dla 407 897 osób.

Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny realizowane są zgodnie z wymaganiami określonymi dla zakresu: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”. Wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” udziela świadczeń w stanach nagłego pogorszenia stanu zdrowia dziecka od jego urodzenia do ukończenia 4. tygodnia życia, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – do końca pierwszego roku życia dziecka. Transport sanitarny dla tej grupy pacjentów odbywa się przy użyciu zestawu inkubatora transportowego w przypadku konieczności niezwłocznego wykonania zabiegu w innym podmiocie leczniczym lub w przypadku, gdy zaistnieje potrzeba kontynuacji leczenia pacjenta w innym podmiocie leczniczym.

Świadczeniodawcy realizujący umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2016 r. zapewniali dobową gotowość do udzielania świadczeń przez zespół transportu sanitarnego typu „N”, 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 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2016 r., poz. 694 z późn. zm.).

Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, realizowane przez zespoły transportu sanitarnego typu „N”, finansowane są z budżetu NFZ. Jednostką rozliczeniową służącą do finansowania świadczeń w ramach gotowości wyjazdowych zespołów sanitarnych typu „N”, jest ryczałt dobowy.

W 2016 r. we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ przeprowadzony został proces aneksowania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny niewygasających z końcem 2015 r. 2016 r. OW NFZ posiadały łącznie 31 umów z 30 świadczeniodawcami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, na podstawie których finansowane było funkcjonowanie na terenie kraju 31 zespołów transportu sanitarnego typu „N”.

Tabela nr II.43. Liczba świadczeniodawców, z którymi Fundusz zawarł umowy oraz liczba umów zawartych w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny. Dane obejmują okres 2014-2016 r.

Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba umów zawartych w latach			Liczba umów w 2016 r. w stosunku do liczby umów w 2015 r.
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	
Dolnośląski	3	3	3	3	3	3	100,00%
Kujawsko-Pomorski	2	2	2	2	2	2	100,00%
Lubelski	2	2	2	2	2	2	100,00%
Lubuski	1	1	1	1	1	1	100,00%
Łódzki	1	1	1	2	2	2	100,00%
Małopolski	1	1	1	1	1	1	100,00%
Mazowiecki	5	5	5	5	5	5	100,00%
Opolski	1	1	1	1	1	1	100,00%
Podkarpacki	2	2	2	2	2	2	100,00%
Podlaski	1	1	1	1	1	1	100,00%
Pomorski	1	1	1	1	1	1	100,00%
Śląski	3	3	3	3	3	3	100,00%
Świętokrzyski	1	1	1	1	1	1	100,00%
Warmińsko- Mazurski	2	2	2	2	2	2	100,00%
Wielkopolski	2	2	2	2	2	2	100,00%
Zachodniopomorski	2	2	2	2	2	2	100,00%
RAZEM	30	30	30	31	31	31	100,00%

Wartość świadczeń opieki zdrowotnej w niniejszym rodzaju zakontraktowanych na 2016 r. wyniosła łącznie 43 895,66 tys. zł i była wyższa od wartości świadczeń zakontraktowanych w 2015 roku o 2,58%. Koszt realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2016 r. wyniósł 43 870,20 tys. zł, co stanowi 99,94% wykorzystania zakontraktowanych środków finansowych.

Zaznaczyć należy, że zarówno wartość zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, jak i koszty działalności zespołów sanitarnych typu „N” w 2015 oraz 2016 roku uwzględniają koszty świadczeń wynikających z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz.1400) oraz z rozporządzenia Ministra Zdrowia z 15 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz.1628, z późn. zm.).

Tabela nr II.44. Porównanie wartości (w tys. zł) i stopnia realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w latach 2014-2016.

Nazwa OW NFZ	2014 r.				2015 r.				2016 r.				2016/2015
	Wartość świadczeń zakontraktowanych na 2014 r.	Koszty działalności zespołów sanitarnych typu "N" w 2014 r.	Całkowite koszty realizacji świadczeń w rodzaju PDiTS w 2014 r.*	% realizacji kontraktów	Wartość świadczeń zakontraktowanych na 2015 r.**	Koszty działalności zespołów sanitarnych typu "N" w 2015 r.**	Całkowite koszty realizacji świadczeń w rodzaju PDiTS w 2015 r.*	% realizacji kontraktów	Wartość świadczeń zakontraktowanych na 2016 r.**	Koszty działalności zespołów sanitarnych typu "N" w 2016 r.**	Całkowite koszty realizacji świadczeń w rodzaju PDiTS w 2016 r.*	% realizacji kontraktów	
Dolnośląski	3 922	3 922	3 987	100,00%	4 203	4 198	4 216	99,88%	4 366	4 352	4 494	99,70%	103,86%
Kujawsko-Pomorski	2 429	2 429	2 412	100,00%	2 593	2 593	2 604	100,00%	2 605	2 605	2 617	100,00%	100,46%
Lubelski	2 752	2 752	3 012	100,00%	2 639	2 639	2 745	100,00%	2 880	2 878	2 878	99,93%	109,15%
Lubuski	1 877	1 877	1 878	100,00%	1 497	1 497	1 501	100,00%	1 574	1 574	1 574	100,00%	105,17%
Łódzki	2 223	2 223	2 250	100,00%	2 235	2 235	2 288	100,00%	2 276	2 276	2 276	100,00%	101,87%
Małopolski	1 497	1 497	1 506	100,00%	1 505	1 504	1 582	99,93%	1 535	1 531	1 577	99,79%	101,98%
Mazowiecki	7 483	7 483	7 588	100,00%	7 519	7 519	7 584	100,00%	7 637	7 636	7 801	99,99%	101,57%
Opolski	1 281	1 281	1 281	100,00%	1 281	1 281	1 287	100,00%	1 285	1 285	1 289	100,00%	100,27%
Podkarpacki	2 994	2 994	3 031	100,00%	3 073	3 073	3 073	100,00%	3 074	3 074	3 104	100,00%	100,05%
Podlaski	1 351	1 351	1 372	100,00%	1 395	1 394	1 394	99,90%	1 434	1 430	1 437	99,73%	102,76%
Pomorski	1 369	1 369	1 429	100,00%	1 369	1 369	1 400	100,00%	1 373	1 373	1 386	100,00%	100,27%
Śląski	4 283	4 283	4 430	100,00%	4 122	4 122	4 130	100,00%	4 207	4 204	4 323	99,95%	102,05%
Świętokrzyski	1 177	1 177	1 359	100,00%	1 413	1 413	1 490	99,98%	1 466	1 466	1 585	100,00%	103,77%
Warmińsko- Mazurski	2 701	2 701	2 701	100,00%	2 709	2 709	2 714	100,00%	2 785	2 785	2 826	100,00%	102,80%
Wielkopolski	2 920	2 920	2 952	100,00%	2 940	2 940	2 993	100,00%	3 010	3 010	3 071	100,00%	102,36%
Zachodniopomorski	2 300	2 300	2 313	100,00%	2 300	2 300	2 306	100,00%	2 390	2 390	2 439	100,00%	103,91%
RAZEM	42 556	42 556	43 501	100,00%	42 793	42 785	43 310	99,98%	43 896	43 870	44 678	99,94%	102,58%

*) 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 oraz art. 26 w 2014 r., art. 42i oraz 42j ustawy o świadczeniach w roku 2015 i 2016.

**) wartość zakontraktowanych świadczeń oraz koszty działalności zespołów sanitarnych typu "N" uwzględnienia koszty świadczeń wynikających z § 2 rozporządzenia MZ z 08.09.2015 r. w sprawie OWU (Dz. U. poz. 1400) oraz z rozporządzenia MZ z 15.10.2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie OWU (Dz. U. poz. 1628, z późn. zm.).

W 2016 r. zespoły sanitarne typu „N” wykonały 10 075 transportów, udzielając świadczeń 8 687 osobom. Zarówno liczba wyjazdów zespołów sanitarnych typu „N” jak i liczba osób, którym zespoły udzieliły świadczeń w 2016 r., zwiększyła się w stosunku do roku poprzedniego.

Tabela nr II.45. Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba osób, którym udzielono świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w latach 2014-2016.

Oddział Wojewódzki NFZ	2014 r.		2015 r.		2016 r.	
	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń
Dolnośląski	904	629	921	641	908	646
Kujawsko-Pomorski	640	498	413	377	552	475
Lubelski	536	533	491	490	506	502
Lubuski	165	144	161	147	175	148
Łódzki	719	650	676	575	535	499
Małopolski	532	502	536	512	602	574
Mazowiecki	1 343	1 111	1 461	1 220	1 500	1 258
Opolski	273	208	350	256	380	266
Podkarpacki	471	428	440	380	568	508
Podlaski	316	296	359	331	373	331
Pomorski	774	553	671	515	752	600
Śląski	1 252	1 050	1 850	1 176	1 534	1 530
Świętokrzyski	148	134	201	172	183	140
Warmińsko-Mazurski	391	338	341	307	410	366
Wielkopolski	715	548	835	635	846	654
Zachodniopomorski	265	222	277	217	251	190
RAZEM	9 444	7 844	9 983	7 951	10 075	8 687

Ratownictwo medyczne – zespoły ratownictwa medycznego są mobilnymi jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, których zadaniem jest podejmowanie akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, czyli świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach pozaszpitalnych w celu ratowania osoby w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2016 r., poz. 1868, z późn. zm.) zadania zespołów ratownictwa medycznego są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentami są poszczególni wojewodowie. Wojewoda powierza przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, zawieranie, rozliczanie i kontrolę wykonywania tych umów dyrektorowi właściwego OW NFZ. Dyrektor oddziału OW NFZ zawiera umowy na rejon operacyjny, na podstawie planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz w ramach środków przewidzianych w budżecie państwa, w części, której dysponentem jest wojewoda, ujętych w planie finansowym Funduszu. Środki na finansowanie umów 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.

W 2016 r. we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ zostało przeprowadzone aneksowanie umów wieloletnich o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne na rok 2016.

W 2016 r. oddziały posiadały łącznie 203 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne. Liczba umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne nie uległa zmianie w stosunku do roku 2015. Należy podkreślić, 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, wynikającą z wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Tabela nr II.46. Tryb zawarcia i liczba umów w rodzaju ratownictwo medyczne w 2016 roku.

Nazwa OW NFZ	2016	
	tryb postępowania	liczba umów
Dolnośląski	aneksowanie	12
Kujawsko-Pomorski	aneksowanie	21
Lubelski	aneksowanie	14
Lubuski	aneksowanie	14
Łódzki	aneksowanie	20
Małopolski	aneksowanie/	2
	konkurs ofert	
Mazowiecki	aneksowanie	6
Opolski	aneksowanie	5
Podkarpacki	aneksowanie/	22
	konkurs ofert	
Podlaski	aneksowanie	4
Pomorski	aneksowanie	20
Śląski	aneksowanie	4
Świętokrzyski	aneksowanie	1
Warmińsko- Mazurski	aneksowanie	21
Wielkopolski	aneksowanie	31
Zachodniopomorski	aneksowanie	6
RAZEM		203

Tabela nr II.47. Liczba świadczeniodawców oraz umów zawartych w latach 2014-2016 w rodzaju ratownictwo medyczne.

Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba umów zawartych w latach			Liczba umów w 2016 r. w stosunku do liczby umów w 2015 r.
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	
Dolnośląski	12	12	12	12	12	12	100,00%
Kujawsko-Pomorski	21	21	21	21	21	21	100,00%
Lubelski	14	14	14	14	14	14	100,00%
Lubuski	13	13	13	14	14	14	100,00%
Łódzki	11	11	11	20	20	20	100,00%
Małopolski*	2	2	2	2	2	2	100,00%
Mazowiecki	6	6	6	6	6	6	100,00%
Opolski	5	5	5	5	5	5	100,00%
Podkarpacki	22	22	22	22	22	22	100,00%
Podlaski	4	4	4	4	4	4	100,00%
Pomorski	20	20	19	20	20	20	100,00%
Śląski	4	4	4	4	4	4	100,00%
Świętokrzyski	1	1	1	1	1	1	100,00%
Warmińsko- Mazurski	21	21	21	21	21	21	100,00%
Wielkopolski	29	29	29	31	31	31	100,00%
Zachodniopomorski	6	6	6	6	6	6	100,00%
RAZEM	191	191	190	203	203	203	100,00%

* do 1.04.2014 r. woj. małopolskie było podzielone na 20 rejonów operacyjnych - liczba zawartych umów wynosiła 20. W związku ze zmianą wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne dla województwa małopolskiego od 1.04.2014 r. wyodrębnione zostały 2 rejonu operacyjne - liczba zawartych umów wynosiła 2.

Wartość świadczeń opieki zdrowotnej w niniejszym rodzaju, zakontraktowanych na 2016 r., wyniosła łącznie 1 869 051,28 tys. zł i była wyższa od wartości świadczeń zakontraktowanych w 2015 r. o 1,33%.

Koszt realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w 2016 r. wyniósł 1 867 299,85 tys. zł co stanowi 99,91 % wykorzystania zakontraktowanych środków finansowych.

Wartość zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne, jak i koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego w 2015 oraz 2016 roku uwzględniają koszty świadczeń wynikających z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400) oraz z rozporządzenia Ministra Zdrowia z 15 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz.1628, z późn. zm.).

Tabela nr II.48. Porównanie wartości (w tys. zł) i stopnia realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w latach 2014-2016.

Nazwa OW NFZ	2014 r.				2015 r.				2016 r.				2016/2015
	Wartość świadczeń zakartkowanych na 2014 r.	Koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego w 2014 r.*	Całkowity koszt realizacji świadczeń w 2014 r.*	% realizacji kontraktów	Wartość świadczeń zakartkowanych na 2015 r.	Koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego w 2015 r.	Całkowity koszt realizacji świadczeń w 2015 r.*	% realizacji kontraktów	Wartość świadczeń zakartkowanych na 2016 r.	Koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego w 2016 r.	Całkowity koszt realizacji świadczeń w 2016 r.*	% realizacji kontraktów	
Dolnośląski	139 228	139 228	139 228	100,00%	139 736	139 717	139 717	99,99%	141 318	141 215	141 215	99,93%	101,13%
Kujawsko-Pomorski	109 520	109 405	109 405	99,90%	109 215	109 211	109 211	100,00%	110 860	110 711	110 628	99,87%	101,51%
Lubelski	112 691	112 691	112 691	100,00%	113 107	113 096	113 096	99,99%	114 569	114 453	114 450	99,90%	101,29%
Lubuski	65 344	65 344	65 344	100,00%	65 540	65 532	65 526	99,99%	66 343	65 517	66 439	98,75%	101,23%
Łódzki	119 793	119 793	119 794	100,00%	120 000	119 992	119 959	99,99%	122 159	122 113	122 113	99,96%	101,80%
Małopolski	139 169	139 169	139 169	100,00%	141 299	141 297	141 204	100,00%	146 114	146 090	146 090	99,98%	103,41%
Mazowiecki	228 795	228 795	228 795	100,00%	229 147	229 117	229 117	99,99%	231 435	231 331	231 331	99,95%	101,00%
Opolski	51 879	51 879	51 879	100,00%	52 082	51 971	51 950	99,79%	52 549	52 534	52 534	99,97%	100,90%
Podkarpacki	106 378	106 378	106 378	100,00%	107 026	107 022	107 003	100,00%	108 001	107 982	107 973	99,98%	100,91%
Podlaski	69 057	69 057	69 057	100,00%	69 328	69 307	69 307	99,97%	70 234	70 199	70 199	99,95%	101,31%
Pomorski	103 396	103 396	103 396	100,00%	104 291	104 286	104 285	100,00%	105 476	105 446	105 338	99,97%	101,14%
Śląski	199 375	199 375	199 375	100,00%	198 875	198 859	198 853	99,99%	201 185	201 105	201 105	99,96%	101,16%
Świętokrzyski	56 434	56 434	56 434	100,00%	56 603	56 566	56 566	99,93%	57 074	56 980	56 980	99,84%	100,83%
Warmińsko-Mazurski	91 824	91 824	91 824	100,00%	91 996	91 976	91 976	99,98%	92 790	92 731	92 712	99,94%	100,86%
Wielkopolski	145 151	145 151	145 151	100,00%	146 192	146 190	146 185	100,00%	147 650	147 613	147 605	99,97%	101,00%
Zachodniopomorski	100 028	100 028	100 028	100,00%	100 106	100 105	100 105	100,00%	101 294	101 280	101 251	99,99%	101,19%
RAZEM	1 838 062	1 837 947	1 837 947	99,99%	1 844 543	1 844 242	1 844 059	99,98%	1 869 051	1 867 300	1 867 963	99,91%	101,33%

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

W 2016 r. zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 3 237 674 wyjazdów, udzielając świadczeń 2 790 944 różnym osobom. Zarówno liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego jak i liczba osób, którym te zespoły udzieliły świadczeń w 2016 r. uległa zwiększeniu w stosunku do roku poprzedniego.

Tabela nr II.49. Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w latach 2014-2016 oraz liczba osób, wg unikalnych nr PESEL, którym udzielono przedmiotowych świadczeń w poszczególnych latach.

Oddział Wojewódzki NFZ	2014 r.		2015 r.		2016 r.	
	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń
Dolnośląski	274 460	215 930	285 784	223 227	277 505	218 839
Kujawsko-Pomorski	153 464	118 979	163 247	126 081	168 598	129 212
Lubelski	149 797	120 077	158 072	126 338	164 883	131 024
Lubuski	79 339	60 283	80 213	61 027	77 587	57 634
Łódzki	206 467	193 639	208 712	162 297	201 389	186 201
Małopolski	221 350	206 814	221 725	213 938	240 641	227 874
Mazowiecki	440 041	362 502	458 466	367 415	450 734	369 114
Opolski	63 431	57 951	64 322	58 880	66 338	60 451
Podkarpacki	141 344	132 304	138 722	110 988	137 259	131 419
Podlaski	88 277	70 273	86 440	68 729	84 319	67 241
Pomorski	154 934	126 046	157 473	128 682	147 037	120 917
Śląski	381 132	280 891	395 442	395 166	622 842	622 530
Świętokrzyski	94 141	74 690	105 589	82 798	108 590	84 249
Warmińsko-Mazurski	123 634	94 233	126 829	96 615	123 942	94 794
Wielkopolski	207 137	166 383	194 260	157 978	197 590	159 502
Zachodniopomorski	157 104	120 665	162 869	124 365	168 420	129 943
RAZEM	2 936 052	2 401 660	3 008 165	2 504 524	3 237 674	2 790 944

Chemioterapia – w 2016 roku Fundusz sfinansował świadczenia w zakresach chemioterapii na kwotę 1 358 243 tys. zł. Wartość umów podpisanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu na te świadczenia została zagwarantowana w planie finansowym na kwotę 1 392 129 tys. zł. Faktyczne wykonanie stanowiło 97,57% kwoty planowanej.

Tabela nr II.50. Wartość wykonanych świadczeń w ramach poszczególnych zakresów chemioterapii.

Nazwa zakresu świadczeń	Suma kontraktów w zakresie	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych
CHEMIOTERAPIA W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH Z ZAKRESEM SKOJARZONYM	46 118 182,59	45 915 073,01
CHEMIOTERAPIA W TRYBIE JEDNODNIOWYM Z ZAKRESEM SKOJARZONYM	156 766 070,72	156 431 457,11
CHEMIOTERAPIA - HOSPITALIZACJA Z ZAKRESEM SKOJARZONYM	527 859 086,98	526 685 278,12
CHEMIOTERAPIA	12 221,39	12 221,39
SUBSTANCJE CZYNNNE W CHEMIOTERAPII W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH Z ZAKRESEM SKOJARZONYM	142 850 055,26	142 611 786,62
SUBSTANCJE CZYNNNE W CHEMIOTERAPII W TRYBIE JEDNODNIOWYM Z ZAKRESEM SKOJARZONYM	193 208 467,79	192 654 987,96
SUBSTANCJE CZYNNNE W CHEMIOTERAPII - HOSPITALIZACJI Z ZAKRESEM SKOJARZONYM	294 700 112,83	293 924 321,44
SUBSTANCJE CZYNNNE W CHEMIOTERAPII	8 619,06	8 619,05

Tabela nr II.51. Podział populacji pacjentów leczonych w chemioterapię w odniesieniu do rozpoznania zasadniczego sprawozdanego jako główny powód wykonania świadczeń dla których NFZ finansował terapie.

KOD ROZPOZNANIA	Nazwa rozpoznania	Liczba pacjentów wg identyfikatora
Z51.1	CYKLE CHEMIOTERAPII NOWOTWORÓW	106 246
C50.9	SUTEK, NIE OKREŚLONY	4 466
Z51.0	SEANSE RADIOTERAPII	3 113
C90.0	SZPICZAK MNOGI	2 930
C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA	2 800
C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY	2 163
C34.8	ZMIANA PRZEKACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA (UWAGA 5)	2 137
C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA	1 992
C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIE OKREŚLONE	1 933
C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOLU KROKOWEGO	1 863
C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA	1 548
D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA	1 476
C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA	1 373
C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO	1 197
C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA	1 193
C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA	1 151
C18.9	OKRĘŻNICA, NIE OKREŚLONA	1 117
D70	AGRANULOCYTOZA	1 096
C18.7	ESICA	1 075
C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA	955

Tabela nr II.52. Struktura populacji leczonych z uwzględnieniem płci w ramach chemioterapii.

Płeć	Liczba świadczeniobiorców	Średni wiek świadczeniobiorcy
Mężczyzna	60 600	62,66
Kobieta	73 092	61,22

W zakresach związanych z realizacją chemioterapii zauważa się większy udział kobiet niż mężczyzn (54,67% kobiet, 45,33% mężczyzn) ze średnim wiekiem blisko 61 lat.

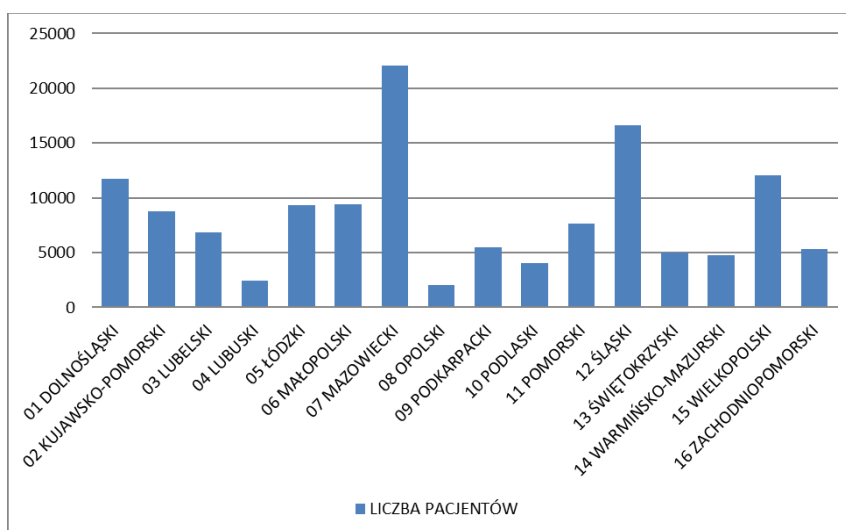
Najwyższą wartość środków wydatkowano na chemioterapię w województwie mazowieckim z kwotą 250 mln zł. Następnymi z kolei województwami, w których wydatkowano najwyższe środki pieniężne jest województwo śląskie (180 mln zł) oraz wielkopolskie (118,3 mln zł).

Tabela nr II.53. Wartość zrealizowanych i rozliczonych jednostek rozliczeniowych w chemioterapii w podziale na OW NFZ.

OW NFZ rozliczający	wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych	wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych
01 DOLNOŚLĄSKI	113 334 882,80	112 658 723,49
02 KUJAWSKO-POMORSKI	73 895 708,53	73 892 547,83
03 LUBELSKI	85 081 395,83	84 664 157,09
04 LUBUSKI	25 521 627,42	25 446 619,94
05 ŁÓDZKI	72 224 163,22	71 943 526,50
06 MAŁOPOLSKI	96 540 026,46	96 109 287,15
07 MAZOWIECKI	250 141 065,56	250 018 210,29
08 OPOLSKI	24 545 558,77	24 537 731,81
09 PODKARPACKI	57 590 699,90	57 549 122,20
10 PODLĄSKI	44 752 717,94	44 395 704,80
11 POMORSKI	72 338 413,52	72 204 255,19
12 ŚLĄSKI	181 046 880,99	180 842 818,12
13 ŚWIĘTOKRZYSKI	51 548 378,49	51 526 780,93
14 WARMIŃSKO-MAZURSKI	44 310 526,80	42 113 360,68
15 WIELKOPOLSKI	118 433 299,47	118 354 373,89
16 ZACHODNIOPOMORSKI	52 198 732,07	51 986 524,80

Najwyższą wartość środków wydatkowano na chemioterapię w województwie mazowieckim z kwotą 250 mln zł. Następnymi z kolei województwami, w których wydatkowano najwyższe środki pieniężne są województwo śląskie (180 mln zł) oraz województwo wielkopolskie (118,3 mln zł).

Wykres nr II.9. Liczba świadczeniobiorców w ramach finansowania chemioterapii w 2016 r.



Programy lekowe

W 2016 roku Fundusz sfinansował świadczenia w zakresie programy zdrowotne (lekowe) na kwotę 3 162 710 669,02 tys. zł. Kwota umów w w/w zakresie podpisanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu wynosiła 3 215 494 tys. zł. Faktyczne wykonanie stanowiło zatem 98,36% kwoty planowanej. W 2016 r. Fundusz finansował 73 programy lekowe, w tym 24 programy onkologiczne. W 2016 r. objęto finansowaniem następujące programy lekowe:

- leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową (ICD-10 B 18.2),
- leczenie czerniaka skóry dabrafenibem (ICD-10 C43),
- leczenie neurogennej nadreaktywności wypieracza (ICD-10 N31),
- leczenie przewlekłego zakrzepowo-zatorowego nadciśnienia płucnego (CTEPH) (ICD-10 I27, I27.0 i/lub I26),

- leczenie aktywnej postaci ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA) (ICD-10 M31.3, M 31.8),
- leczenie tyrozynemii typu 1 (HT-1) ICD-10 E70.2,
- leczenie opornych i nawrotowych postaci chłoniaków CD30+ (C 81 Choroba Hodgkina; C 84.5 Inne i nieokreślone chłoniaki T),
- leczenie pierwotnych niedoborów odporności (PNO) u pacjentów dorosłych (ICD-10: D 80 w tym D 80.0, D 80.1, D 80.3, D 80.4, D 80.5, D 80.6, D 80.8, D 80.9; D81.9; D 82 w tym: D 82.0, D 82.1, D 82.3, D 82.8, D 82.9; D 83 w tym: D 83.0, D 83.1, D 83.8, D 83,
- leczenie przewlekłej białaczki limfocytowej obinutuzumabem (ICD 10: C.91.1),
- leczenie podtrzymujące olaparybem chorych na nawrotowego platynowrażliwego zaawansowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej (ICD 10 C56, C57, C48).

W 2016 r. zakończono finansowanie następujących programów lekowych: leczenie szpiczaka plazmocytozy, leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym, leczenie bendamustyną chłoniaków nieziarnicznych o powolnym przebiegu opornych na rytuksymab.

Tabela nr II.54. Wartość wykonanych świadczeń w ramach finansowania programów lekowych (w tys. zł.) w 2016 roku.

OW NFZ rozliczający	wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych [tys. zł]	wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych [tys. zł]
01 DOLNOŚLĄSKI	261 585	263 426
02 KUJAWSKO-POMORSKI	166 509	166 532
03 LUBELSKI	151 234	153 474
04 LUBUSKI	58 176	58 270
05 ŁÓDZKI	203 511	203 613
06 MAŁOPOLSKI	315 389	316 495
07 MAZOWIECKI	612 783	613 720
08 OPOLSKI	52 552	52 585
09 PODKARPACKI	149 386	149 522
10 PODLASKI	76 992	77 830
11 POMORSKI	156 715	156 807
12 ŚLĄSKI	407 113	407 491
13 ŚWIĘTOKRZYSKI	96 796	96 899
14 WARMIŃSKO-MAZURSKI	83 221	83 234
15 WIELKOPOLSKI	255 681	255 714
16 ZACHODNIOPOMORSKI	115 067	115 514

Najwyższą wartość środków wydatkowano na programy lekowe w województwie mazowieckim ok. 613 mln zł. Następnymi z kolei województwami, w których wydatkowano najwyższe środki pieniężne są województwo śląskie (407 mln zł) oraz województwo małopolskie (316 mln zł).

Największe środki zostały wydatkowane w programie leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu c terapia bez interferonowa (ICD10 B 18.2) 459,5 mln zł , co stanowi 14,51% kosztu wszystkich wykonanych świadczeń związanych z programami lekowymi, następnie kolejny program to leczenie raka piersi (351,1 mln zł), program leczenia stwardnienia rozsianego (163,8 mln zł) oraz leczenie raka nerki (138, 8mln zł) odpowiednio 14,51%, 11,09% ,7,79%, 4,39%.

Tabela nr II.55 .Top 7 substancji czynnych wg kwoty refundacji w 2016 r.

Substancja czynna	wartość rozliczona [mln zł]
TRASTUZUMABUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	300,7
OMBITASVIRUM, PARITAPREVIRUM, RITONAVIRUM - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	212,9
LEDIPASVIRUM, SOFOSBUVIR - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	154,8
LENALIDOMIDUM - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	122,5
ADALIMUMABUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	110,7
INTERFERONUM BETA-1B - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 0.001 MG	87,3
IMATINIBUM - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	80,4

W programach onkologicznych i nieonkologicznych zauważa się większy udział kobiet niż mężczyzn. W programach onkologicznych leczonych jest ponad 59,4% kobiet, nieonkologicznych 54,2% kobiet. W 2016 r. w związku z leczeniem 20,6 tys. pacjentów w ramach programów lekowych onkologicznych (z wyłączeniem chemioterapii niestandardowej) wydatkowano 1 339 734 578,25 zł, natomiast w programach lekowych nieonkologicznych wydatkowano 1 818 074 709 zł na leczenie 80,5 tys. pacjentów. Środki wydatkowane na terapię kobiet w ramach programów lekowych stanowią 54% całości. Wydatki na terapię kobiet w podziale na programy onkologiczne oraz nieonkologiczne stanowią odpowiednio 57,99% i 52,48%. Większy odsetek leczonych kobiet niż mężczyzn może być spowodowany większą dbałością kobiet o zdrowie, rozpoznaniem choroby w jej wcześniejszym stadium oraz wcześniej rozpoczynanym leczeniem. Natomiast struktura kosztów programów onkologicznych, w której koszt leczenia kobiet jest znacznie wyższy niż mężczyzn jest spowodowany wysoką wartością wydatkowanych środków na niektóre programy dedykowane kobietom – np. program leczenia raka piersi.

III. Opis realizacji przez centralę Funduszu oraz oddziały wojewódzkie Funduszu zadań określonych w ustawie

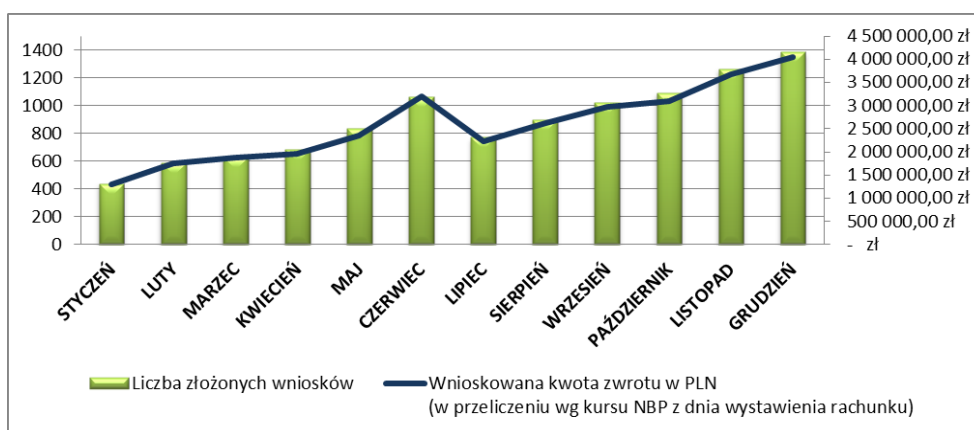
Fundusz realizuje zadania wynikające z implementacji do polskiego porządku prawnego postanowień dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Postanowienia te zostały uregulowane ustawą z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r. poz. 1491) i weszły w życie z dniem 15 listopada 2014 r. Rok 2016 jest drugim pełnym rokiem stosowania ww. przepisów przez NFZ. Nowe przepisy zapewniły polskim świadczeniobiorcom prawo do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, będących świadczeniami gwarantowanymi, udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE. Zasady korzystania ze świadczeń na terenie innych państw członkowskich UE oraz dokonywania zwrotu kosztów przez Fundusz zostały szczegółowo określone w art. 42b-d ustawy o świadczeniach. Co do zasady, w celu korzystania ze świadczeń w ramach opieki transgranicznej, konieczne jest spełnienie wymogów warunkujących uzyskanie analogicznych świadczeń na terenie Polski, czyli posiadanie odpowiedniego skierowania, zlecenia, recepty. Wyjątek stanowią świadczenia zawarte w wykazie, o którym mowa w art. 42e ustawy o świadczeniach, w odniesieniu do których, przed skorzystaniem ze świadczeń, konieczne jest uzyskanie uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Wysokość zwrotu kosztów ustalana jest według stawek krajowych, zgodnie z art. 42c ustawy o świadczeniach, tj. zgodnie z cenami świadczeń opieki zdrowotnej, obowiązującymi w rozliczeniach z polskimi świadczeniodawcami. Nie może jednak przekroczyć wysokości faktycznie poniesionych przez świadczeniobiorcę wydatków. Decyzję administracyjną w sprawie kosztów/ o odmowie zwrotu kosztów wydaje, na podstawie art. 42d ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terenie Polski. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, zgodnie z art. 42d ust. 19 ustawy o świadczeniach, przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu, jako organu II instancji.

W 2016 r. w oddziałach wojewódzkich Funduszu złożonych zostało łącznie 10 637 wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach. Kwota wynikająca ze złożonych wniosków, w przeliczeniu według kursu NBP obowiązującego w dniu wystawienia rachunku, wyniosła 31 080 352,08 zł. W 2016 r., w porównaniu do 2015 r., liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach była wyższa o 118,33%, natomiast łączna wartość kwot wynikająca ze złożonych wniosków była wyższa o 75,18%. Wnioski o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach, złożone w oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2016 r., dotyczyły świadczeń udzielonych w sumie w 21 państwach członkowskich UE. 92,88% łącznej

liczby wniosków złożonych w Funduszu w 2016 r. oraz 91,48% wnioskowanej kwoty zwrotu ogółem dotyczyło leczenia na terenie Czech.

Na poniższym wykresie zaprezentowano liczbę oraz kwotę składanych wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w poszczególnych miesiącach w 2016 r. Na podstawie danych zaobserwować można tendencję wzrostową liczby składanych wniosków o zwrot kosztów, z wyjątkiem miesięcy wakacyjnych, w których widoczny jest spadek liczby składanych wniosków w porównaniu do poprzedzającego miesiąca czerwca.

Wykres nr III.1. Liczba wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach złożonych w 2016 r. w poszczególnych miesiącach oraz kwota wnioskowana do zwrotu.



W 2016 r. zakończonych zostało 9 095 postępowań w sprawie zwrotu kosztów, w tym 8 186 postępowań, które dotyczyły spraw prowadzonych na podstawie wniosków o zwrot kosztów złożonych w oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2016 r., 905 postępowań dotyczących wniosków złożonych w 2015 r. oraz 4 postępowania dotyczące wniosków złożonych w 2014 r. Zakończenie w 2016 r. postępowań w odniesieniu do wniosków z 2015 r. w przeważającej części wynikało z terminu na wydanie decyzji w sprawie zwrotu kosztów wskazanego w art. 42d ust. 13-15 ustawy o świadczeniach. Procedowanie w 2016 r. postępowań dotyczących wniosków złożonych w 2014 r. związane było natomiast z prowadzonym postępowaniem odwoławczym lub skomplikowanym charakterem sprawy.

Tabela nr III.1. Liczba spraw dotyczących zwrotu kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach zakończonych w 2016 r. w podziale na sposób zakończenia postępowania.

Sposób zakończenia postępowania	Liczba wniosków	Udział %
Decyzja w sprawie zwrotu kosztów (art. 42d ust. 1 ustawy o świadczeniach)	8 646	95,06%
Decyzja o odmowie zwrotu kosztów (art. 42d ust. 2 ustawy o świadczeniach)	45	0,49%
Decyzja o umorzeniu postępowania	62	0,68%
Pozostawienie sprawy bez rozpoznania	279	3,07%
Postanowienie o odmowie wszczęcia postępowania	11	0,12%
Odesłanie do właściwego oddziału	35	0,38%
Inne	17	0,19%
ŁĄCZNIE	9 095	100,00%

Wnioski o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w ponad 95% zostały rozpatrzone pozytywnie. Decyzje o odmowie zwrotu kosztów stanowią zaledwie niecałe 0,5% zakończonych postępowań w 2016 r. Najczęstszą przyczyną odmowy było niespełnienie wymagań określonych w art. 42d ust. 2 pkt 5 ustawy o świadczeniach, który dotyczył co trzeciego wniosku o zwrot kosztów rozpatrzonego negatywnie,

art. 42d ust. 2 pkt 9 ustawy o świadczeniach, który stanowił podstawę odmowy zwrotu kosztów w prawie jednej czwartej decyzji wydanych w 2016 r. oraz art. 42d ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach, na podstawie którego dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu wydali w 2016 roku 10 decyzji odmawiających zwrotu kosztów.

W 2016 r. do Prezesa Funduszu jako organu II instancji wpłynęły 44 odwołania świadczeniobiorców od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz 6 zażaleń na postanowienie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wydane w toku przedmiotowych postępowań, co łącznie stanowi 0,55% wszystkich zakończonych w 2016 r. postępowań. Odwołania dotyczyły zarówno decyzji o odmowie zwrotu kosztów, jak i decyzji pozytywnych w sprawie zwrotu kosztów. Dwa odwołania zostały złożone z uchybieniem terminu do wniesienia odwołania.

W 2016 r. Prezes Funduszu wydał 48 decyzji dotyczących odwołań złożonych od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wydanych na podstawie art. 42d ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach. Wydane w 2016 roku decyzje dotyczyły odwołań złożonych w latach 2015-2016.

W 2016 r. Prezes Funduszu stwierdził ponadto, w drodze decyzji, nieważność 4 decyzji wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu.

W 2016 r. do Prezesa Funduszu wpłynęło również 55 zażaleń na niezakończenie sprawy w terminie oraz przewlekłość postępowania prowadzonego przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w tym 50 zażaleń wpłynęło w listopadzie lub grudniu 2016 r. W 2016 r. Prezes Funduszu zakończył postępowanie w stosunku do 5 złożonych zażaleń.

Zgodnie z art. 42d ust. 17 ustawy o świadczeniach, zwrot kosztów dokonywany jest w terminie 7 dni od dnia powzięcia przez oddział wojewódzki NFZ wiadomości o tym, że decyzja w sprawie zwrotu kosztów stała się ostateczna. W 2016 r. NFZ dokonał zwrotu w odniesieniu do 7 980 wniosków o zwrot kosztów złożonych przez polskich świadczeniobiorców, którzy skorzystali ze świadczeń zdrowotnych podczas pobytu na terenie 12 innych państw członkowskich UE. Dokonane wypłaty dotyczyły w 85,04% wniosków złożonych w 2016 r., w 14,91% wniosków złożonych w 2015 r. oraz w 0,05% w 2014 r. Łączna wartość dokonanych zwrotów z tytułu świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach wyniosła 17 658 151,57 zł. W 2016 r., w porównaniu do 2015 r., liczba wniosków, w stosunku do których NFZ dokonał wypłaty z tytułu zwrotu kosztów udzielonych świadczeń oraz kwota dokonanych wypłat były wyższe odpowiednio o 133,74% i 109,17%.

Średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń, w przeliczeniu na jeden wniosek, wyniosła 2 212,80 zł.

W 2016 r. Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 9 167 świadczeń opieki zdrowotnej, wykazanych na 7 980 wnioskach o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach. Łączna liczba świadczeń, w stosunku do których został dokonany zwrot, jest wyższa niż liczba wniosków z dokonaną wypłatą, ponieważ na jednym wniosku o zwrot kosztów świadczeniobiorca może wnioskować o zwrot za więcej niż jedno świadczenie.

88,74% łącznej liczby świadczeń, za które Fundusz dokonał w 2016 r. zwrotu kosztów oraz 99,06% wartości wypłaconych kwot ogółem zostało zakwalifikowanych, zgodnie z podziałem przyjętym w planie finansowym Funduszu, do zakresu leczenia szpitalne – oddziały. W przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej zwrot kosztów został dokonany w przypadku 6,46% łącznej liczby świadczeń i 0,47% całkowitej wysokości środków finansowych poniesionych na ten cel przez Fundusz. Dla porównania, w 2015 r. zwrot kosztów za świadczenia w rodzaju leczenia szpitalne – oddziały został przyznany w przypadku 79,88% łącznej liczby świadczeń, za które Fundusz dokonał zwrotu kosztów i 95,62% wypłaconych kwot ogółem. Świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna stanowiły odpowiednio 17,84% liczby wypłat i 0,64% łącznej wartości wypłaconych kwot.

Tabela nr III.2. Liczba i wartość świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty w 2016 r.

Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej	Liczba świadczeń	Łączna kwota zwrotów w PLN
podstawowa opieka zdrowotna	3	193,9
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	592	83 347,18
leczenie szpitalne, w tym:	8 135	17 492 563,69
leczenie szpitalne - oddziały	8 135	17 492 563,69
leczenie szpitalne - programy terapeutyczne (lekowe)	0	0
leczenie szpitalne - programy terapeutyczne: leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	0	0
leczenie szpitalne - chemioterapia	0	0
leczenie szpitalne - chemioterapia: leki	0	0
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	0	0
rehabilitacja lecznicza	0	0
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	0	0
leczenie stomatologiczne	355	29 363,27
lecznictwo uzdrowskowe	35	906,85
pomoc doraźna i transport sanitarny	1	417,9
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych	0	0
świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	1	413,89
zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy	39	50 276,38
refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	5	117,18
opieka paliatywna i hospicyjna	0	0
refundacja leków nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium RP sprowadzonych z zagranicy, na podstawie decyzji o objęciu refundacją, o której mowa w ustawie o refundacji	0	0
refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego sprowadzonych z zagranicy, na podstawie decyzji o objęciu refundacją, o której mowa w ustawie o refundacji	0	0
świadczenia wysokospecjalistyczne	0	0
usługi pozostałe	0	0
ratownictwo medyczne	1	551,33
medyczne czynności ratunkowe wykonywane przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego	0	0
inne świadczenia opieki zdrowotnej finansowane z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia	0	0
ŁĄCZNIE	9 167	17 658 151,57

Największy udział w liczbie świadczeń w 2016 r. stanowiły zabiegi usunięcia zaćmy, za które zwrot został dokonany w odniesieniu do 7 790 świadczeń na kwotę 16 831 531,40 zł, co stanowi 84,98% liczby wszystkich świadczeń, w przypadku których został dokonany zwrot oraz 95,32% łącznej wypłaconej kwoty zwrotu. Dla porównania, w 2015 r. wypłata zwrotu kosztów za zabieg usunięcia zaćmy dotyczyła 3 358 świadczeń na kwotę 7 422 309,28 zł, co stanowiło odpowiednio 75,24% łącznej liczby dokonanych zwrotów i 87,92% wypłaconej kwoty świadczeń ogółem. Średnia wysokość wypłaconego w 2016 r. zwrotu kosztów za operację usunięcia zaćmy, w przeliczeniu na jedno świadczenie, wyniosła 2 160,66 zł.

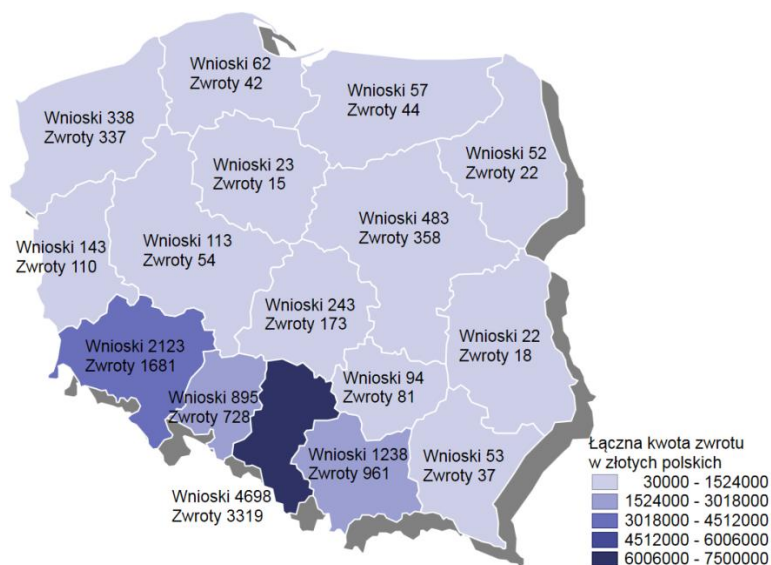
Zdecydowana większość (93,42%) wniosków, w stosunku do których w 2016 r. NFZ dokonał zwrotu poniesionych kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach dotyczyło leczenia na terenie Czech. W strukturze kosztowej udział zwrotów odnoszących się do 7 455 wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie Czech stanowił 92,41% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez NFZ w 2016 r. Średnia wysokość zwrotu w odniesieniu do tego państwa, w przeliczeniu na jeden wniosek o zwrot kosztów, wyniosła 2 188,81 zł.

Tabela nr III.3. Liczba dokonanych zwrotów oraz kwoty zwrotu wypłacone w 2016 r. za świadczenia udzielone na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach – wg państw członkowskich.

Państwo UE	Liczba zwrotów	Udział %	Łączna kwota zwrotów w PLN	Udział %
Austria	6	0,08%	85 839,03	0,49%
Belgia	0	0,00%	0	0,00%
Bułgaria	0	0,00%	0	0,00%
Chorwacja	0	0,00%	0	0,00%
Cypr	0	0,00%	0	0,00%
Czechy	7 455	93,42%	16 317 613,33	92,41%
Dania	0	0,00%	0	0,00%
Estonia	0	0,00%	0	0,00%
Finlandia	0	0,00%	0	0,00%
Francja	2	0,03%	6 120,09	0,03%
Grecja	1	0,01%	111,88	0,00%
Hiszpania	27	0,34%	40 694,82	0,23%
Holandia	2	0,03%	106,03	0,00%
Irlandia	0	0,00%	0	0,00%
Litwa	5	0,06%	12 837,80	0,07%
Luksemburg	1	0,01%	45	0,00%
Łotwa	0	0,00%	0	0,00%
Malta	0	0,00%	0	0,00%
Niemcy	468	5,86%	1 172 472,31	6,64%
Portugalia	0	0,00%	0	0,00%
Rumunia	0	0,00%	0	0,00%
Słowacja	6	0,08%	7 998,04	0,05%
Słowenia	0	0,00%	0	0,00%
Szwecja	0	0,00%	0	0,00%
Węgry	0	0,00%	0	0,00%
Wielka Brytania	4	0,05%	9 771,48	0,06%
Włochy	3	0,04%	4 541,76	0,03%
ŁĄCZNIE	7 980	100,00%	17 658 151,57	100,00%

Największa liczba wypłat została dokonana przez oddział śląski, który dokonał zwrotu w stosunku do 3 319 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę 7 426 636,14 zł. Kwota ta stanowiła 42,06% całkowitej wysokości kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz. Drugim oddziałem pod względem liczby dokonanych wypłat był oddział dolnośląski, który dokonał zwrotu w stosunku do 1 681 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę w wysokości 3 616 146,29 zł (20,48% łącznej kwoty zwrotu). Następnymi w kolejności oddziałami były: małopolski (11,95% łącznej kwoty zwrotu) i opolski oddział wojewódzki NFZ (8,88% łącznej kwoty zwrotu).

Wykres nr III.2. Liczba złożonych wniosków i dokonanych zwrotów oraz kwoty zwrotu wypłacone w 2016 r. za świadczenia udzielone na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach – wg oddziałów wojewódzkich NFZ.



W 7 980 wnioskach o zwrot kosztów, w stosunku do których NFZ dokonał w 2016 roku wypłaty, świadczeniobiorcy wnioskowali o zwrot na łączną kwotę w wysokości 24 115 269,91 zł. Dokonane zwroty stanowiły 73,22% kosztów wnioskowanych. Różnica między kwotami wnioskowanymi a kwotami, które zostały zwrócone świadczeniobiorcom, wynikają przede wszystkim z:

- różnic pomiędzy kosztem świadczenia udzielonego przez prywatną zagraniczną placówkę, stosującą stawki komercyjne a wyceną świadczeń przyjętą na potrzeby zwrotu kosztów zgodnie z zapisami art. 42c ustawy o świadczeniach, czyli zgodnie z cenami świadczeń opieki zdrowotnej obowiązującymi w rozliczeniach z polskimi świadczeniodawcami; zwrot nie może przy tym przekroczyć wysokości faktycznie poniesionych wydatków,
- przedstawiania przy wnioskach o zwrot kosztów rachunków za świadczenia, które nie stanowią świadczeń gwarantowanych w rozumieniu przepisów ustawy o świadczeniach lub też nie spełniają warunków dla uzyskania zwrotu kosztów wskazanych w art. 42b i art. 42d ustawy o świadczeniach.

W 2016 roku do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wpłynęło 9 wniosków o przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (w tym dwa ze wskazaniem zarówno przepisów dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE, jak i przepisów o koordynacji). Z informacji przekazanych Centrali Funduszu wg stanu na styczeń 2017 r.: 7 spośród ww. wniosków zostało odesłanych do strony celem uzupełnienia braków formalnych, na podstawie jednego wniosku wydano decyzję, a jeden wniosek pozostawał nadal w procedowaniu.

W porównaniu do całego 2015 r., w 2016 r. do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wpłynęła trzykrotnie mniejsza liczba wniosków wskazujących jako podstawę prawną przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

W 2016 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu wydali 4 decyzje wyrażające zgodę na przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego:

- Dyrektor Pomorskiego OW NFZ wydał decyzję pozytywną, na podstawie wniosku złożonego w IV kwartale 2015 r., przekształconego z wniosku złożonego na podstawie przepisów dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE. Ww. zgoda dotyczyła przeprowadzenia witrektomii przez pars plana oka lewego i prawego w Niemczech,
- Dyrektor Śląskiego OW NFZ wydał decyzję wyrażającą zgodę na zmianę decyzji wydanej w I kwartale 2016 r. – zgody na przeprowadzenie leczenia z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej w ośrodku niemieckim, wydanej na podstawie przepisów dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE (ponieważ wnioskodawca sprzeciwił się wydaniu zgody na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego) w zakresie dotyczącym podstawy prawnej – zmieniając tę podstawę na przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w związku z wnioskiem strony o zmianę podstawy prawnej wydania decyzji,
- dwie decyzje pozytywne wydał Dyrektor Pomorskiego OW NFZ, na podstawie wniosków przekształconych z wniosków wskazujących jako podstawę prawną przepisy dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE, obie decyzje dotyczyły przeprowadzenia świadczenia z zakresu okulistyki w ośrodku niemieckim.

W analogicznym okresie w 2015 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego wydali taką samą liczbę decyzji pozytywnych.

Szacunkowy koszt planowanego leczenia poza granicami kraju, wynikający ze zgód dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wydanych w 2016 r. na podstawie art. 42i ustawy

o świadczeniach, wyniósł 174 870,00 zł. Ww. koszty leczenia przewyższyły o 62,21% koszty wynikające z wydanych w 2015 r. zgód na przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

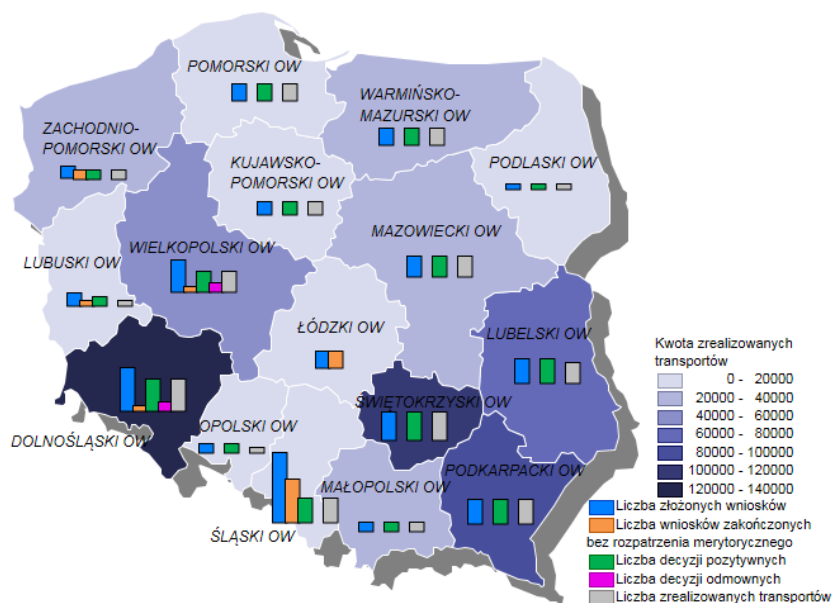
W 2016 r. do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu nie wpłynął żaden wniosek o pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia na podstawie art. 42i ust. 2 ustawy o świadczeniach.

W 2016 r. do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wpłynęło 87 wniosków o zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju złożonych w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach, z czego 20 spraw (22,99%) zostało zakończonych bez rozstrzygnięcia merytorycznego.

W 2016 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu wydali 67 decyzji merytorycznych w sprawie wniosków o zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju złożonych w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach, w tym 63 pozytywne (94,03%) oraz 4 odmowy (5,97%).

W 2016 r. zostało zrealizowanych 60 transportów do miejsca leczenia w kraju na podstawie decyzji wydanych w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach. Koszt transportu wynikający z przedmiotowych zgód dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wyniósł 665 461,81 zł. Strukturę terytorialną przedmiotowego zjawiska w 2016 r. wg właściwości oddziału wojewódzkiego Funduszu ilustruje poniższy wykres.

Wykres nr III.3. Liczba złożonych wniosków oraz decyzje podjęte w sprawach prowadzonych w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach.



W 2016 r. Prezes Funduszu wydał 184 decyzje dotyczące przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych (art. 42j ustawy o świadczeniach), w tym:

- 139 zgód, co stanowi 75,54% wszystkich wydanych decyzji;
- 37 odmów, co stanowi 20,11% wszystkich wydanych decyzji;
- 3 umorzenia, co stanowi 1,63% wszystkich wydanych decyzji.

W 2016 r. Prezes Funduszu wydał również jedną decyzję dotyczącą wyłącznie pokrycia kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju. W przypadku tej decyzji zgoda na leczenie została wydana odrębną, uprzednią decyzją Prezesa Funduszu. Nadto, Prezes Funduszu wydał 3 decyzje zmieniające:

- zgodę na zmianę ośrodka, w którym ma zostać przeprowadzone wnioskowane leczenie, na które wydano zgodę w odrębnej decyzji Prezesa Funduszu,
- zgodę na rozszerzenie zakresu leczenia objętego uprzednią zgodą Prezesa Funduszu,
- rozszerzenie decyzji o zgodę na pokrycie kosztów transportu lotniczego do miejsca wykonania świadczeń.

Prezes Funduszu wydał również jedną decyzję odmawiającą stwierdzenia nieważności decyzji Prezesa Funduszu odmawiającej skierowania do przeprowadzenia leczenia poza granicami kraju. W tym miejscu wskazać należy, że w 2015 r. Prezes Funduszu wydał 173 decyzje, w tym: 146 zgód, co stanowi 84,39% wszystkich wydanych decyzji, 22 odmowy, co stanowi 12,72% wszystkich wydanych decyzji, 5 umorzeń, co stanowi 2,89% wszystkich wydanych decyzji. W 2016 r. w stosunku do 2015 r. Prezes Funduszu wydał:

- 5 zgód mniej, co stanowi spadek liczby zgód w 2016 r. o 4,79% w stosunku do liczby zgód wydanych w 2015 r.;
- 15 odmów więcej, co stanowi wzrost liczby odmów w 2016 r. o 68,18% w stosunku do liczby odmów wydanych w 2015 r.;
- 2 umorzenia mniej, co stanowi spadek liczby umorzeń w 2016 r. o 40,00% w stosunku do liczby umorzeń wydanych w 2015 r.

W 2014 r. Prezes Funduszu wydał 139 decyzji, w tym: 111 zgód (20,14% mniej niż w 2016 r.), 23 odmowy (37,84 % mniej niż w 2016 r.), 5 umorzeń (66,67% więcej niż w 2016 r.), wskazują, że od 2014 r. obserwuje się wyraźną tendencję wzrostową w zakresie liczby wydanych przez Prezesa Funduszu decyzji – w 2016 r. Prezes Funduszu wydał o 6,36% więcej decyzji niż w 2015 r. i o 32,37% więcej decyzji niż w 2014 r.

Spośród 139 zgód wydanych w 2016 r. dotyczących skierowania wnioskodawcy na uzyskanie świadczeń poza granicami kraju, 98 dotyczyło leczenia planowanego, a 41 badań diagnostycznych. W 2016 r. liczba zgód Prezesa Funduszu dotyczących uzyskania przez wnioskodawców świadczeń w państwach członkowskich UE wynosiła 122, w państwach członkowskich EFTA – 4 oraz w innych państwach (USA) – 13.

Największa liczba zgód Prezesa Funduszu dotyczyła przeprowadzenia leczenia oraz badań diagnostycznych w Niemczech (odpowiednio 67 i 19), USA (odpowiednio 12 i 1), Wielkiej Brytanii (odpowiednio 2 i 9). W tym miejscu wskazać należy, iż kolejność powyższa nie uległa zmianie w stosunku do 2015 r. oraz 2014 r.

Ogólny szacowany koszt świadczeń opieki zdrowotnej, na realizację których Prezes Funduszu wyraził zgodę w 2016 r., wyniósł ok. 18 840 tys. zł i stanowił 54,57% analogicznych kosztów z 2015 r. (34 522 tys. zł), oraz był o 21,66% wyższy od kosztów z roku 2014 r. (15 486 tys. zł).

W 2016 r. Prezes Funduszu wydał 73 decyzje dotyczące pokrycia kosztów transportu, w tym:

- 62 decyzje dotyczyły pokrycia kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń poza granicami kraju, a wnioski o transport złożone były wraz z wnioskami o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju;
- jedna decyzja dotyczyła wyłącznie pokrycia kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń poza granicami kraju, na które Prezes Funduszu wyraził uprzednią zgodę,

w związku z czym wniosek dotyczył wyłącznie pokrycia kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń;

- jedna decyzja zmieniająca dotyczyła wyłącznie rozszerzenia w zakresie rodzaju środka transportu do miejsca udzielenia świadczeń poza granicami kraju;
- 9 decyzji dotyczyło pokrycia kosztów transportu powrotnego, tj. do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju dla pacjentów, którzy uprzednio otrzymali zgodę Prezesa Funduszu na przeprowadzenie świadczenia 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 z zakresu leczenia wskazanego we wniosku, a także – w odniesieniu do konieczności zastosowania transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju – opiniami zagranicznych lekarzy specjalistów, z ogólnej liczby 73 decyzji dotyczących sfinansowania transportu, procedura rozpatrywania 49 wniosków została zakończona wydaniem decyzji pozytywnej, natomiast procedura rozpatrywania 23 wniosków została zakończona wydaniem decyzji negatywnej. W przypadku jednego wniosku postępowanie zostało umorzone.

Ogółem wartość transportu, na którego sfinansowanie Prezes Funduszu wyraził zgodę w okresie 2016 roku, szacowana jest na kwotę 158 991,32 zł, w tym: koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń wynoszą szacunkowo 102 557,93 zł, przy czym koszt transportu w jednym przypadku wyniósł 47 900,00 zł i był to transport lotniczy z asystą lekarza i pielęgniarki (przeszczepienie ludzkich komórek grasicy) do Wielkiej Brytanii; koszty transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju wynoszą szacunkowo 56 433,39 zł, przy czym koszt transportu w jednym przypadku wyniósł 44 900,00 zł i był to transport lotniczy sanitarny z Wielkiej Brytanii.

Najczęstsze trudności, które powstały w trakcie procedowania wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach, wynikały z pojawienia się na rynku firm pośredniczących, kierujących polskich świadczeniobiorców na leczenie do placówek medycznych działających na terenie innych państw członkowskich UE. Wątpliwości budziła ocena legalności działania pośredników w świetle obowiązujących przepisów oraz kwestia prowadzenia przez nich działalności marketingowej i zarobkowej, mającej na celu zachęcenie polskich świadczeniobiorców do skorzystania ze świadczeń za granicą poprzez udzielenie pomocy w organizacji wyjazdu i uzyskaniu zwrotu kosztów ze strony Funduszu, po poniesieniu przez osobę zainteresowaną kosztów pośrednictwa. Działalność firm pośredniczących miała również wpływ na zwiększoną liczbę wniosków składanych w oddziałach wojewódzkich NFZ, szczególnie w obszarach przygranicznych.

W celu wyjaśnienia wątpliwości związanych z działalnością firm pośredniczących, Fundusz w 2016 r. prowadził bieżącą korespondencję z Ministerstwem Zdrowia w celu uzyskania właściwej interpretacji ustawy o świadczeniach w przedmiotowym zakresie. Ministerstwo wskazało, że działania ww. firm mieszczą się w granicach obowiązujących przepisów.

Zadania, które zostały nałożone na Fundusz wraz z wejściem w życie przepisów implementujących dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE, tj. rozpatrywanie wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach oraz wydawanie decyzji administracyjnych zgodnie z art. 42d ww. ustawy, realizowane były w 2016 r. przez Fundusz na bieżąco. Ponad 95% zakończonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu postępowań w sprawie zwrotu kosztów zakończyło się w 2016 r. wydaniem decyzji pozytywnych w sprawie zwrotu kosztów. Fundusz dokonał zwrotu w odniesieniu do 7 980 złożonych wniosków o zwrot kosztów na łączną wartość 17 658 151,57 zł.

Realizacja zadań prowadzonych przez Fundusz na podstawie art. 42i oraz art. 42j ustawy o świadczeniach w 2016 r. również prowadzona była na bieżąco. W 2016 r. Prezes Funduszu procedował 261 wniosków (z czego procedowanie 35 wniosków rozpoczęto w 2015 r., natomiast

procedowanie 224 wniosków rozpoczęto w 2016 r.). W 2016 r. procedura 184 wniosków została zakończona wydaniem przez Prezesa Funduszu decyzji.

Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 8 ustawy o świadczeniach, do zakresu działania Funduszu należy w szczególności prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych (zwanego dalej „CWU”) w celach określonych w art. 97 ust. 4 ustawy, tj.:

- potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;
- przetwarzania danych o:
 - o ubezpieczonych w Funduszu,
 - o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji,
 - 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.

Na koniec 2016 r., w CWU zarejestrowane były 33 786 253 osoby, które określa się mianem ubezpieczonych, tj. mają w CWU status: 1 (ubezpieczony), 8 (rezydent UE), 21 (zgłoszony z ZUS, brak składek), 22 (zgłoszony z KRUS, brak składek). W ogólnej liczbie osób ubezpieczonych 33 762 286 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 23 967 osób posiadających uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, po zawarciu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 25 751 023 osoby to ubezpieczeni opłacający składkę, a 8 011 263 osoby, to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 16 469 osób, ze zgłoszonymi 7 498 członkami rodziny.

Tabela nr III.4. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – wg stanu na koniec roku 2016 r., data generacji 03.01.2017 r.

Ubezpieczeni		Zbiorca według oddziałów wojewódzkich Funduszu						
Stan na koniec roku 2016 roku (generacja 03-01-2017)								
1	2	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			9=(3+6)
		ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
3	4	5	6	7	8	9		
	ogółem	33 762 286	25 751 023	8 011 263	23 967	16 469	7 498	33 786 253
1	DOLNOŚLĄSKI	2 489 161	1 939 623	549 538	1 867	1 444	423	2 491 028
2	KUJAWSKO-POMORSKI	1 811 639	1 391 748	419 891	765	525	240	1 812 404
3	LUBELSKI	1 898 312	1 442 573	455 739	605	461	144	1 898 917
4	LUBUSKI	871 704	664 574	207 130	442	251	191	872 146
5	ŁÓDZKI	2 247 722	1 771 423	476 299	694	538	156	2 248 416
6	MAŁOPOLSKI	2 981 270	2 227 590	753 680	2 715	2 102	613	2 983 985
7	MAZOWIECKI	4 890 570	3 753 381	1 137 189	5 469	4 002	1 467	4 896 039
8	OPOLSKI	810 661	626 485	184 176	353	272	81	811 014
9	PODKARPACKI	1 840 206	1 362 376	477 830	881	831	50	1 841 087
10	PODLĄSKI	1 021 044	772 106	248 938	423	309	114	1 021 467
11	POMORSKI	1 986 174	1 474 113	512 061	3 712	1 857	1 855	1 989 886
12	ŚLĄSKI	4 032 549	3 061 467	971 082	1 623	1 175	448	4 034 172
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	1 102 244	849 728	252 516	157	124	33	1 102 401
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 210 877	919 289	291 588	339	209	130	1 211 216
15	WIELKOPOLSKI	3 140 838	2 400 552	740 286	1 786	1 268	518	3 142 624
16	ZACHODNIOPOMORSKI	1 427 276	1 093 970	333 306	2 136	1 101	1 035	1 429 412
	Nieokreślony	39	25	14	0	0	0	39

Z końcem 2015 r., w CWU (wg stanu na dzień 08-01-2016 r.) zarejestrowane były 33 727 584 osoby, które określa się mianem ubezpieczonych, tj. mają w CWU status: 1 (ubezpieczony), 8 (rezydent UE), 21 (zgłoszony z ZUS, brak składek), 22 (zgłoszony z KRUS, brak składek). W ogólnej liczbie osób ubezpieczonych, 33 571 035 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 22 971 osób posiadających uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, po zawarciu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 25 577 776 osób to ubezpieczeni opłacający

składkę, a 7 993 259 osób to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 15 681 osób, ze zgłoszonymi 7 290 członkami rodziny.

Tabela nr III.5. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – wg stanu na koniec 2015 r. data generacji 08-01-2016 r.

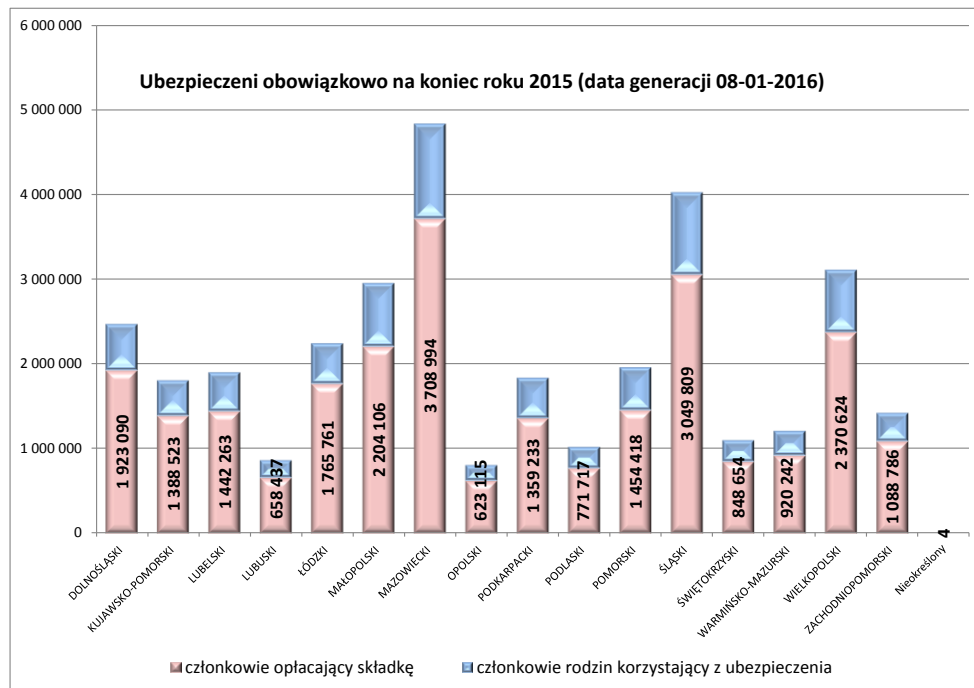
Ubezpieczeni		Zbiórca według oddziałów wojewódzkich Funduszu						
Stan na koniec 2015 roku (generacja 2016-01-08)								
1	Oddział	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych 9=(3+6)
		ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
2	3	4	5	6	7	8	9	
	ogółem	33 571 035	25 577 776	7 993 259	22 971	15 681	7 290	33 727 584
1	DOLNOŚLĄSKI	2 469 356	1 923 090	546 266	1 645	1 240	405	2 484 321
2	KUJAWSKO-POMORSKI	1 807 929	1 388 523	419 406	752	509	243	1 811 112
3	LUBELSKI	1 900 823	1 442 263	458 560	398	289	109	1 896 001
4	LUBUSKI	865 873	658 437	207 436	436	247	189	868 489
5	LÓDZKI	2 243 000	1 765 761	477 239	669	510	159	2 248 777
6	MAŁOPOLSKI	2 951 711	2 204 106	747 605	2 605	2 035	570	2 975 132
7	MAZOWIECKI	4 831 112	3 708 994	1 122 118	5 234	3 839	1 395	4 883 631
8	OPOLSKI	808 428	623 115	185 313	350	269	81	811 289
9	PODKARPACKI	1 836 848	1 359 233	477 615	885	839	46	1 838 647
10	PODLASKI	1 021 733	771 717	250 016	389	274	115	1 019 199
11	POMORSKI	1 961 851	1 454 418	507 433	3 749	1 824	1 925	1 982 353
12	ŚLĄSKI	4 022 340	3 049 809	972 531	1 562	1 094	468	4 034 784
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	1 102 912	848 654	254 258	143	99	44	1 102 549
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 212 848	920 242	292 606	327	209	118	1 210 406
15	WIELKOPOLSKI	3 110 033	2 370 624	739 409	1 769	1 320	449	3 132 576
16	ZACHODNIOPOMORSKI	1 424 228	1 088 786	335 442	2 058	1 084	974	1 428 293
	Nieokreślony	10	4	6	0	0	0	25

Tabela nr III.6. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – różnica między stanem na koniec 2016 roku do końca 2015 r.

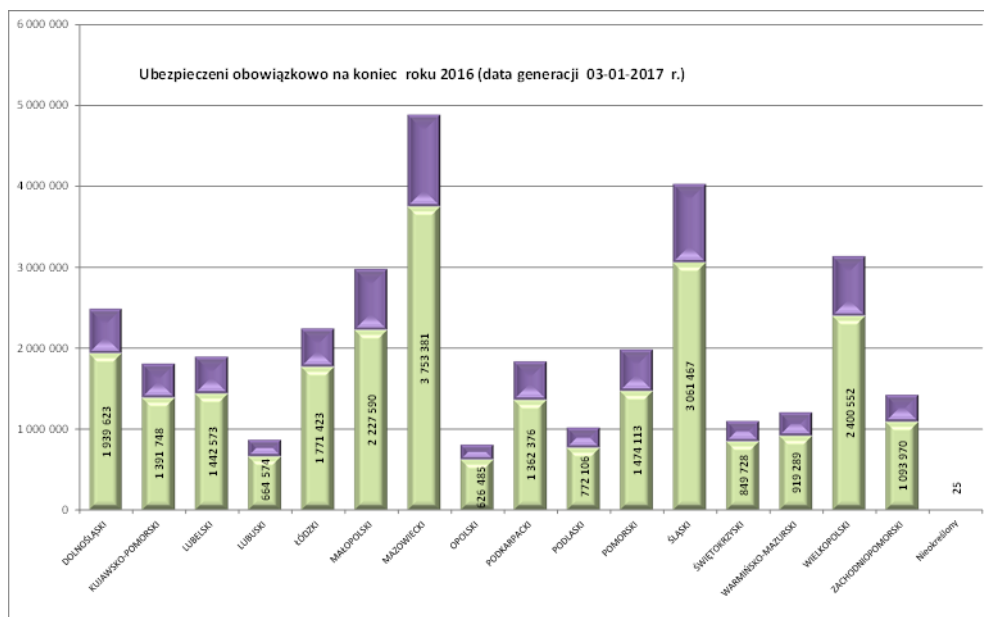
Ubezpieczeni		Zbiórca według oddziałów wojewódzkich Funduszu						
Różnica między stanem: na koniec roku 2016 do końca roku 2015.								
1	Oddział	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych 9=(3+6)
		ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
2	3	4	5	6	7	8	9	
	ogółem	↑ 191 251	↑ 173 247	↑ 18 004	↑ 996	↑ 788	↑ 208	↑ 192 247
1	DOLNOŚLĄSKI	↑ 19 805	↑ 16 533	↑ 3 272	↑ 222	↑ 204	↑ 18	↑ 20 027
2	KUJAWSKO-POMORSKI	↑ 3 710	↑ 3 225	↑ 485	↑ 13	↓ 16	↑ -3	↑ 3 723
3	LUBELSKI	↓ -2 511	↑ 310	↓ -2 821	↑ 207	↑ 172	↓ 35	↓ -2 304
4	LUBUSKI	↑ 5 831	↑ 6 137	↓ -306	↑ 6	↑ 4	↑ 2	↑ 5 837
5	LÓDZKI	↑ 4 722	↑ 5 662	↓ -940	↑ 25	↓ 28	↑ -3	↑ 4 747
6	MAŁOPOLSKI	↑ 29 559	↑ 23 484	↑ 6 075	↑ 110	↑ 67	↑ 43	↑ 29 669
7	MAZOWIECKI	↑ 59 458	↑ 44 387	↑ 15 071	↑ 235	↑ 163	↑ 72	↑ 59 693
8	OPOLSKI	↑ 2 233	↑ 3 370	↓ -1 137	↑ 3	↑ 3	↑ 0	↑ 2 236
9	PODKARPACKI	↑ 3 358	↑ 3 143	↑ 215	↓ -4	↓ -8	↑ 4	↑ 3 354
10	PODLASKI	↓ -689	↑ 389	↓ -1 078	↑ 34	↓ 35	↓ -1	↓ -655
11	POMORSKI	↑ 24 323	↑ 19 695	↑ 4 628	↓ -37	↓ 33	↓ -70	↑ 24 286
12	ŚLĄSKI	↑ 10 209	↑ 11 658	↓ -1 449	↑ 61	↓ 81	↓ -20	↑ 10 270
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	↓ -668	↑ 1 074	↓ -1 742	↑ 14	↓ 25	↓ -11	↓ -654
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	↓ -1 971	↓ -953	↓ -1 018	↑ 12	↑ 0	↑ 12	↓ -1 959
15	WIELKOPOLSKI	↑ 30 805	↑ 29 928	↑ 877	↓ 17	↑ -52	↑ 69	↑ 30 822
16	ZACHODNIOPOMORSKI	↑ 3 048	↑ 5 184	↓ -2 136	↑ 78	↑ 17	↑ 61	↑ 3 126
	Nieokreślony	↑ 29	↑ 21	↑ 8	↑ 0	↑ 0	↑ 0	↑ 29

Porównując dane między okresami, w ogólnej liczbie osób zarejestrowanych w CWU, wykazywanych jako osoby ubezpieczone, zauważalny jest wzrost liczby ubezpieczonych obowiązkowo o ponad 191 tysięcy. Wzrost odnotowany jest w 12/16 oddziałów wojewódzkich. W grupie ubezpieczeń dobrowolnych widoczny jest również wzrost w liczbie osób zawierających umowę (opłacających składkę) tj. o 788 osób.

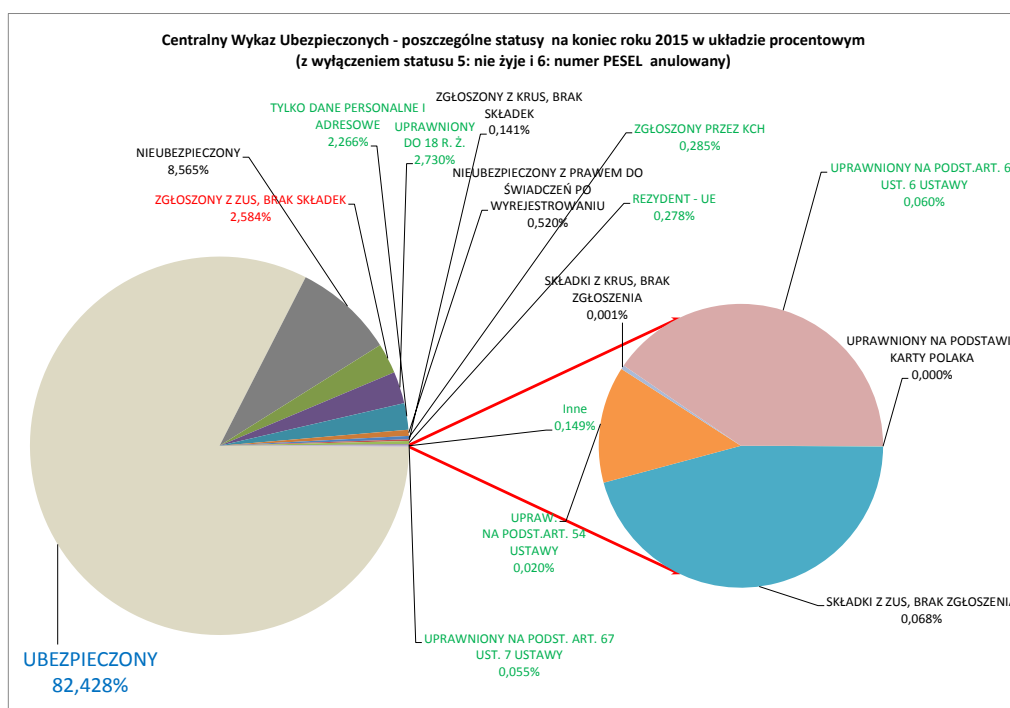
Wykres nr III.4. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – wg stanu na koniec 2015 r. data generacji 08-01-2016 r.



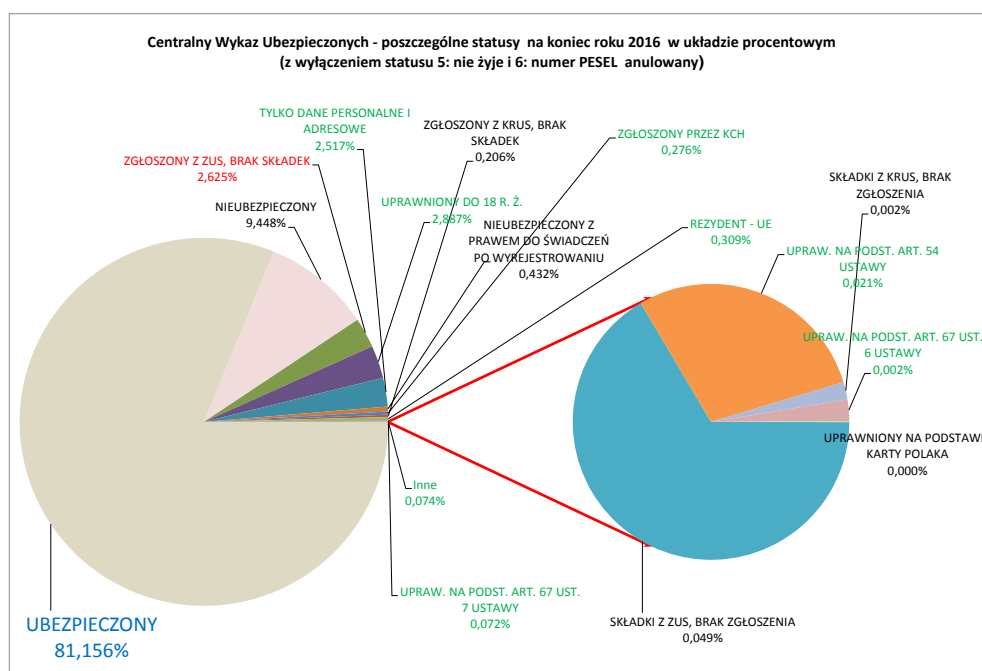
Wykres nr III.5. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – wg stanu na koniec 2016 r., data generacji 03-01-2017 r.



Wykres nr III.6. Statusy osób zarejestrowanych w CWU wg stanu na koniec 2015 r.



Wykres nr III.7. Statusy osób zarejestrowanych w CWU wg stanu na koniec 2016 r.



Należy zaznaczyć, że dane w CWU są przetwarzane w trybie ciągłym, jest to baza dynamiczna, w której każda implementacja danych (z ZUS, KRUS, MC¹), czy też aktualizacja z wykorzystaniem dostępnych narzędzi i funkcji lub rejestracje decyzji z art. 54 ustawy oraz umów dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, aktualizuje dane statystyczne.

¹ Ministerstwo Cyfryzacji jest organem prowadzącym centralną ewidencję PESEL – do grudnia 2015 r. organem prowadzącym centralną ewidencję PESEL było MSWiA

W poniższej tabeli przedstawione zostały dane dotyczące obowiązujących w okresie sprawozdawczym uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji wydawanych zgodnie z art. 54 ustawy. Należy zaznaczyć, że Centralny Wykaz Ubezpieczonych został dostosowany do rejestrowania danych wymaganych w sprawozdaniu, tak, aby można było przekazać dane szczegółowe. Dane są wprowadzane do systemu, jeżeli w decyzjach, które wpływają do Funduszu, są one wpisane przez organy upoważnione do wydania decyzji (wójt, burmistrz, prezydent gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy). Dane do poniższej tabeli wprowadzane są od III kwartału 2016 r. stąd brak porównania do 2015 r.

Tabela nr III.7. Centralny Wykaz Ubezpieczonych – Decyzje z art. 54 – stan na koniec roku 2016 r.

Decyzje wydawane na podstawie art. 54 ustawy							Zbiorca według Wojewódzkich Oddziałów			
Stan na koniec 2016 roku (data generacji 03-01-2017)										
l.p.	Oddział wojewódzki Funduszu	liczba wydanych decyzji					liczba osób, którym wydano decyzje			
		ogółem	na wniosek		przez burmistrza/wójta/prezydenta		ogółem	posiadającym		
			świadczeniobiorcy	świadczeniodawcy	z urzędu	na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu		obywatelstwo polskie	status uchodźcy	Uwagi
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
0	Ogółem	10 807	6 852	2 056	752	5	10 807	3 721	15	
1	DOLNOŚLĄSKI	824	486	167	57	0	824	301	1	
2	KUJAWSKO-POMORSKI	589	220	94	123	3	589	255	1	
3	LUBELSKI	378	218	65	2	0	378	118	0	
4	LUBUSKI	600	469	92	5	0	600	208	0	
5	ŁÓDZKI	366	256	96	14	0	366	128	0	
6	MAŁOPOLSKI	685	474	200	4	0	685	209	2	
7	MAZOWIECKI	1 342	847	308	19	2	1 342	450	4	
8	OPOLSKI	261	173	41	2	0	261	104	0	
9	PODKARPACKI	330	214	103	4	0	330	116	0	
10	PODLASKI	255	153	93	0	0	255	101	0	
11	POMORSKI	753	531	101	4	0	753	264	0	
12	ŚLĄSKI	1 257	1 025	177	17	0	1 257	442	4	
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	341	182	101	0	0	341	122	0	
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	608	454	152	2	0	608	232	0	
15	WIELKOPOLSKI	1 333	628	146	499	0	1 333	417	2	
16	ZACHODNIOPOMORSKI	885	522	120	0	0	885	254	1	

Plany zakupu świadczeń opieki zdrowotnej są przygotowywane przez Dyrektorów OW NFZ, z uwzględnieniem priorytetów regionalnych i ogólnopolskich, w oparciu o plan finansowy przyjęty na rok następny. Tworzenie planu i zakres zawartych w nim danych (wzory tabel) określa: „Procedura definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń” z dnia 19 kwietnia 2016 r. Plany zakupu na 2017 rok w wersji wstępnej zostały przekazane do Centrali Funduszu w sierpniu 2016 r, następnie w październiku i listopadzie 2016 r. Kolejne wersje uwzględniały wytyczne wydane przez Centralę NFZ, dot. min. konieczności implementacji taryf wydanych przez AOTMiT (szczególnie wycena w SPO, OPH i PSY), konieczności wyodrębnienia kwoty na zabiegi endoprotezoplastyki, czy zwrócenia szczególnej uwagi na planowanie zakupu świadczeń wysokospecjalistycznych. We wskazanych powyżej terminach Centrala Funduszu przygotowała zestawienie zbiorcze przesłanych przez OW NFZ planów. O ewentualnych zmianach planów OW NFZ informują raz na kwartał.

W planie zakupu świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniono następujące priorytety ogólnopolskie na 2016 rok:

1. Lecznictwo uzdrowiskowe:
 - zwiększenie planu finansowego na świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe na 2016 roku, w celu skrócenia czasu oczekiwania na potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe oraz zwiększenie dostępności do świadczeń gwarantowanych w tym rodzaju;
2. Wszystkie rodzaje świadczeń: wyrównanie poziomu dostępności do świadczeń pomiędzy poszczególnymi oddziałami wojewódzkimi NFZ;

4. Leczenie szpitalne:
 - chemioterapia:
 - finansowanie na poziomie zapewniającym dotychczasowy dostęp do leczenia wszystkim pacjentom zakwalifikowanym do terapii,
 - monitorowanie realizacji chemioterapii jako elementu świadczeń udzielanych w ramach pakietu onkologicznego, z uwzględnieniem migracji;
 - programy zdrowotne (lekowe):
 - finansowanie programów na poziomie zapewniającym dotychczasowy dostęp do leczenia wszystkim pacjentom zakwalifikowanym do terapii;
5. Leczenie uzależnień i opieka psychiatryczna:
 - zwiększenie dostępności do świadczeń dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, udzielanych w warunkach ambulatoryjnych i dziennych, w tym w zakresie programu leczenia substytucyjnego,
 - zwiększanie dostępności do świadczeń udzielanych w zakresie: leczenie środowiskowe;
6. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna:
 - zwiększenie dostępności do świadczeń dedykowanych osobom starszym (powyżej 60 r.ż.) w ramach zakresu geriatry (AOS i SZP) oraz świadczeń psychogeriatry w rodzaju PSY.
7. Leczenie stomatologiczne:
 - zwiększenie finansowania świadczeń stomatologicznych udzielanych dzieciom, w tym świadczeń z zakresu ortodoncji poprzez alokację środków finansowych przeznaczonych w planie finansowym na leczenie stomatologiczne;
8. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna:
 - zwiększenie dostępności do diagnostyki onkologicznej w trybie ambulatoryjnym poprzez skrócenie czasu diagnozowania pacjentów;
9. Rehabilitacja lecznicza:
 - zwiększenie dostępności do rehabilitacji kardiologicznej. Wzrost udzielania świadczeń w ramach wczesnej rehabilitacji kardiologicznej, ze szczególnym uwzględnieniem rehabilitacji po ostrych zespołach wieńcowych;
10. Rehabilitacja lecznicza – świadczenia w zakresie leczenia urazów wymagających szybkiej i intensywnej rehabilitacji:
 - zwiększenie dostępności do świadczeń rehabilitacyjnych;
11. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne:
 - zwiększenie dostępności do poradni i oddziałów chorób płuc, alergologicznych oraz do świadczeń rehabilitacji pulmonologicznej.

Zadania z zakresu monitorowania i kontroli

W 2016 roku, oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły łącznie 1 843 postępowania kontrolne w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach których skontrolowały 1 936 umów². Oddziały skontrolowały 690 umów w ramach kontroli planowych oraz 1 246 umów w ramach kontroli pozaplanowych (doraźnych). Dodatkowo, przeprowadzono 117 postępowań sprawdzających na podstawie art. 107 ust. 5 pkt 12 lit b ustawy o świadczeniach oraz 5 kontroli w związku ze złożonymi wnioskami o zapłatę za świadczenia udzielone na podstawie art. 19 ww. ustawy.

Kontrolom poddawano zarówno prawidłowość wykonania umów zawartych na rok bieżący, jak i umów z lat poprzednich. Kontrole prowadzone przez oddziały wojewódzkie Funduszu dotyczyły wszystkich rodzajów świadczeń.

W 2016 roku liczba kontroli realizacji umów w stosunku do 2015 roku spadła o 147 kontroli, oddziały wojewódzkie Funduszu skontrolowały o 159 umów mniej (7,6%), niż w roku ubiegłym. Kontrole w latach 2015-2016 były czasochłonne z powodu ich kompleksowości, obejmowały więcej zagadnień

² Jedno postępowanie kontrolne może obejmować umowy zawarte w wielu rodzajach świadczeń.

do skontrolowania niż prowadzone w latach ubiegłych – między innymi kontrolę jakości warunków udzielania świadczeń, kontrolę podwykonawców kontrolowanego świadczeniodawcy, ankietowanie wybranych grup świadczeniobiorców, spełnienie minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych oraz kontrolę prowadzenia list oczekujących.

Tabela nr III.8. Liczba kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu w latach 2014-2016

OW NFZ	2014	2015	2016	Dynamika 2016/2015
Dolnośląski	78	110	154	44
Kujawsko-Pomorski	95	63	105	42
Lubelski	170	143	109	-34
Lubuski	63	64	40	-24
Łódzki	375	207	175	-32
Małopolski	285	152	159	7
Mazowiecki	308	276	236	-40
Opolski	105	66	66	0
Podkarpacki	125	107	80	-27
Podlaski	133	79	94	15
Pomorski	107	83	80	-3
Śląski	244	192	145	-47
Świętokrzyski	121	114	103	-11
Warmińsko-Mazurski	247	116	99	-17
Wielkopolski	130	130	139	9
Zachodniopomorski	127	88	59	-29
Razem	2 713	1 990	1 843	-147

Tabela nr III.9. Liczba skontrolowanych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2014-2016 r.³

OW NFZ	2014	2015	2016	Dynamika 2016/2015
AOS	705	361	405	44
OPH	31	24	26	2
PDT	9	2	1	-1
POZ	257	274	218	-56
PRO	25	26	20	-6
PSY	49	82	39	-43
REH	160	125	139	14
RTM	52	42	34	-8
SOK	16	59	19	-40
SPO	64	74	65	-9
STM	280	260	333	73
SZP	1 014	679	545	-134
UZD	35	26	33	7
ZPO	86	61	59	-2
Razem	2 783	2 095	1 936	-159

Najczęstszym przedmiotem kontroli dotyczących świadczeniodawców realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu była ocena prawidłowości realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w szczególności ocena:

- dostępności do świadczeń,
- warunków udzielania świadczeń (potwierdzenie zatrudnienia osób realizujących umowę, sprawdzenie kwalifikacji personelu i harmonogramów pracy, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, warunków lokalowych i organizacyjnych udzielania świadczeń, warunków realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w części wykonywanej przez podwykonawców),
- zasadności udzielania i wykazywania do rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej,
- zgodności danych przekazywanych do rozliczenia do NFZ w zestawieniu z wpisami w dokumentacji medycznej,
- zasadności kwalifikacji pacjenta do świadczenia,

³ Kontrole wielorodzajowe zostały wykazane w wszystkich rodzajach, których dotyczyły.

- sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej,
- spełnienia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych,
- spełnienia warunków zadeklarowanych w ofercie,
- sposobu prowadzenia listy oczekujących na udzielenie świadczenia w ramach realizacji umowy oraz zgodności danych dotyczących list oczekujących przekazanych komunikatem sprawozdawczym XML.

W wyniku prowadzonych postępowań kontrolnych oddziały wojewódzkie Funduszu wskazały w wystąpieniach pokontrolnych wartość nienależnie przekazanych środków finansowych do zwrotu w wysokości 34 520 451,10 zł, oraz nałożyły kary umowne na kwotę 16 020 152,31 zł, co daje łącznie wartość 50 540 603,41 zł.

Tabela nr III.10. Wartości zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych i nałożonych kar określone w wystąpieniach pokontrolnych, w podziale na poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu w latach 2014-2016 (w zł).

OW NFZ	Wartość zakwestionowanych środków			Wartość nałożonych kar			Razem skutki finansowe kontroli		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Dolnośląski	1 831 262,03	491 544,58	2 043 991,90	1 433 702,59	2 600 137,20	575 588,12	3 264 964,62	3 091 681,78	2 619 580,02
Kujawsko-Pomorski	1 983 340,69	5 736 991,24	3 793 063,57	3 308 403,54	920 505,45	951 163,04	5 291 744,23	6 657 496,69	4 744 226,61
Lubelski	4 482 669,57	11 677 383,00	1 440 045,41	708 918,23	604 100,39	431 089,00	5 191 587,80	12 281 483,39	1 871 134,41
Lubuski	1 468 889,00	1 141 523,47	911 408,62	546 683,95	360 497,43	285 421,00	2 015 572,95	1 502 020,90	1 196 829,62
Łódzki	6 890 982,94	15 895 025,66	5 392 148,60	1 975 578,34	2 045 181,46	2 474 895,61	8 866 561,28	17 940 207,12	7 867 044,21
Małopolski	7 296 900,11	36 869 590,34	1 015 471,36	3 481 592,20	2 471 295,97	1 272 301,70	10 778 492,31	39 340 886,31	2 287 773,06
Mazowiecki	7 911 390,97	6 484 601,65	4 934 166,67	4 074 760,62	1 462 712,51	1 650 709,25	11 986 151,59	7 947 314,16	6 584 875,92
Opolski	736 519,75	677 342,08	1 762 607,66	682 992,73	577 465,07	631 351,00	1 419 512,48	1 254 807,15	2 393 958,66
Podkarpacki	6 283 295,20	7 661 229,12	1 710 772,49	705 519,02	976 519,61	658 879,69	6 988 814,22	8 637 748,73	2 369 652,18
Podlaski	6 314 072,16	1 638 455,57	1 731 495,91	2 368 819,13	961 968,20	642 157,58	8 682 891,29	2 600 423,77	2 373 653,49
Pomorski	5 120 602,23	914 552,89	972 519,55	2 826 156,43	800 934,60	761 801,30	7 946 758,66	1 715 487,49	1 734 320,85
Śląski	8 590 671,56	2 864 238,14	1 407 806,47	4 609 936,23	3 467 038,26	3 959 594,59	13 200 607,79	6 331 276,40	5 367 401,06
Świętokrzyski	942 030,46	5 971 234,50	871 693,10	376 406,26	570 363,70	589 427,75	1 318 436,72	6 541 598,20	1 461 120,85
Warmińsko-Mazurski	783 955,03	6 915 626,65	2 037 791,89	276 260,95	549 385,91	238 925,71	1 060 215,98	7 465 012,56	2 276 717,60
Wielkopolski	12 703 864,67	9 657 942,49	3 527 269,52	1 488 946,16	1 409 796,97	535 867,95	14 192 810,83	11 067 739,46	4 063 137,47
Zachodniopomorski	1 827 299,95	1 030 614,58	968 198,38	611 629,56	554 127,03	360 979,02	2 438 929,51	1 584 741,61	1 329 177,40
Razem	75 167 746,32	115 627 895,96	34 520 451,10	29 476 305,94	20 332 029,76	16 020 152,31	104 644 052,26	135 959 925,72	50 540 603,41

Tabela nr III.11. Wartości zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych i nałożonych kar określone w wystąpieniach pokontrolnych, w podziale na poszczególne rodzaje świadczeń w latach 2014-2016 (w zł).

Symbol rodzaju świadczeń	Wartość zakwestionowanych środków			Wartość nałożonych kar			Razem skutki finansowe kontroli		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
AOS	1 865 351,57	5 512 265,07	3 538 931,93	1 713 006,32	1 229 377,34	1 038 100,58	3 578 357,89	6 741 642,41	4 577 032,51
OPH	1 060 318,84	51 031,68	78 011,50	183 532,79	68 650,19	141 016,97	1 243 851,63	119 681,87	219 028,47
PDT	0,00	0,00	0,00	22 965,75	2 920,00	0,00	22 965,75	2 920,00	0,00
POZ	1 467 191,56	947 102,68	408 051,43	871 214,99	812 322,07	382 497,28	2 338 406,55	1 759 424,75	790 548,71
PRO	32 854,32	36 381,72	2 260,00	70 541,74	34 343,89	8 899,68	103 396,06	70 725,61	11 159,68
PSY	277 833,61	162 285,00	624 033,83	346 688,45	329 516,51	200 593,61	624 522,06	491 801,51	824 627,44
REH	473 845,25	637 958,17	1 086 159,51	794 512,53	824 897,35	681 326,50	1 268 357,78	1 462 855,52	1 767 486,01
RTM	114 846,97	0,00	131 100,00	823 343,47	272 068,30	209 938,18	938 190,44	272 068,30	341 038,18
SOK	5 932,00	6 186,00	168 454,70	45 616,45	758 708,71	14 133,86	51 548,45	764 894,71	182 588,56
SPO	2 653 731,00	182 269,50	579 526,22	441 873,42	343 971,63	435 908,19	3 095 604,42	526 241,13	1 015 434,41
STM	1 659 029,30	2 225 457,66	1 148 892,67	614 944,29	596 941,05	451 006,95	2 273 973,59	2 822 398,71	1 599 899,62
SZP	65 337 209,10	105 785 423,68	26 649 808,31	22 830 800,80	14 713 283,82	12 202 300,48	88 168 009,90	120 498 707,50	38 852 108,79
UZD	882,00	5 380,00	0,00	496 488,17	258 950,30	198 297,84	497 370,17	264 330,30	198 297,84
ZPO	218 720,80	76 154,80	105 221,00	220 776,77	86 078,60	56 132,19	439 497,57	162 233,40	161 353,19
Razem	75 167 746,32	115 627 895,96	34 520 451,10	29 476 305,94	20 332 029,76	16 020 152,31	104 644 052,26	135 959 925,72	50 540 603,41

Typowe nieprawidłowości ujawniane w toku kontroli:

- zawyżanie wartości rozliczanych świadczeń, w szczególności zrealizowanych w toku hospitalizacji,
- realizacja świadczeń w warunkach leczenia szpitalnego, które powinny zostać zrealizowane w trybie ambulatoryjnym,
- brak w dokumentacji medycznej potwierdzenia udzielonych świadczeń/porad,
- udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie,
- udzielanie świadczeń niezgodnie z harmonogramem,
- brak lub ograniczenie dostępności do świadczeń,
- brak wymaganego wyposażenia w sprzęt lub brak wymaganych certyfikatów, atestów lub innych dokumentów potwierdzających dopuszczenie aparatury do użytku,
- gromadzenie informacji lub prowadzenie dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej w sposób naruszający przepisy prawa,
- brak bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym (personel, aparatura i sprzęt medyczny, harmonogram udzielania świadczeń),
- udzielanie świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny,
- prowadzenie list oczekujących w sposób naruszający przepisy prawa (nieprowadzenie list oczekujących, brak na liście oczekujących wymaganych danych, przekazanie danych z zakresu listy oczekujących niezgodnych ze stanem rzeczywistym),
- nieuzasadniona odmowa udzielenia świadczeń świadczeniobiorcy.

Ponadto Departament Kontroli w Centrali NFZ przeprowadził w 2016 r. siedem kontroli świadczeniodawców, dotyczących następujących tematów:

- sprawdzenie prawidłowości realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie: ortopedia i traumatologia narządu ruchu oraz w rodzaju: rehabilitacja lecznicza, w zakresie: fizjoterapia ambulatoryjna, rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/ oddziale dziennym i lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna (1 świadczeniodawca),
- prawidłowość kwalifikowania pacjentów do programu lekowego Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych i stosowania leku Mimpara u pacjentów dializowanych otrzewnowo oraz sprawdzenie prawidłowości realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leki i program lekowy w leczeniu wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych (2 świadczeniodawców),
- ocena organizacji i gotowości do udzielania świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej pod względem zgodności z wymogami określonymi w umowie oraz zgodnie z zapisami zawartymi w obowiązujących przepisach prawa (1 świadczeniodawca),
- sprawdzenie zgodności stanu faktycznego z ofertą konkursową, w szczególności pod kątem spełnienia warunków wymaganych i właściwego zabezpieczenia obsady lekarskiej (2 świadczeniodawców),
- ocena prawidłowości realizacji umowy w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, dotycząca świadczeń w zakresie położnictwa i ginekologii pod względem prawidłowości prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (1 świadczeniodawca).

W przypadku jednej kontroli ocena była pozytywna; w pozostałych przypadkach stwierdzono nieprawidłowości i wydano stosowne zalecenia.

Działania naprawcze podejmowane przez komórki kontroli Funduszu wobec jednostek kontrolowanych polegają na formułowaniu zaleceń pokontrolnych w wyniku stwierdzonych nieprawidłowości, monitorowaniu ich wykonania, w tym przeprowadzaniu kontroli sprawdzających wykonanie zaleceń, oraz stosowaniu kar umownych i obowiązku zwrotu nienależnie wypłaconych środków finansowych. Działania naprawcze podejmowane są także przez inne komórki merytoryczne i polegają one w szczególności na wprowadzaniu zmian zarówno do stosowanych w Funduszu procedur, jak i do zarządzeń Prezesa Funduszu, regulujących zakres działania Funduszu, co do którego w wynikach kontroli wskazano nieprawidłowości.

W 2016 roku oddziały wojewódzkie NFZ łącznie przeprowadziły 954 postępowania kontrolne⁴ w aptekach, z czego 866 kontroli zakończyło się przekazaniem zaleceń pokontrolnych. Analiza danych 2016 roku względem 2015 roku wskazuje na 26,50% (344 postępowania kontrolne) spadek liczby przeprowadzonych postępowań kontrolnych, w zakresie prawidłowości realizacji recept w aptekach.

Tabela nr III.12. Liczba przeprowadzonych kontroli aptek w latach 2014-2016.

OW NFZ	Liczba przeprowadzonych kontroli			Dynamika zmian 2015/2016
	2014	2015	2016	
1 Dolnośląski	36	43	54	11
2 Kujawsko-Pomorski	151	150	77	-73
3 Lubelski	66	61	60	-1
4 Lubuski	135	112	94	-18
5 Łódzki	114	79	46	-33
6 Małopolski	63	52	42	-10
7 Mazowiecki	396	314	202	-112
8 Opolski	30	30	23	-7
9 Podkarpacki	97	42	40	-2
10 Podlaski	89	53	36	-17
11 Pomorski	97	57	29	-28
12 Śląski	45	37	24	-13
13 Świętokrzyski	66	52	57	5
14 Warmińsko-Mazurski	109	65	71	6
15 Wielkopolski	146	121	79	-42
16 Zachodniopomorski	43	30	20	-10
Łącznie:	1683	1 298	954	-344

Tematy kontroli prawidłowości realizacji recept w aptekach w 2016 roku wynikały z rocznych planów kontroli opracowanych przez oddziały wojewódzkie NFZ (kontrole planowe), informacji uzyskanych w trakcie czynności kontrolnych, skarg, informacji otrzymanych od organów ścigania (kontrole doraźne) oraz opracowania przez Centralę NFZ głównych obszarów badań kontrolnych (kontrole koordynowane).

Zespoły w czasie kontroli w aptekach odnotowały następujące nieprawidłowości:

- w zakresie danych niezbędnych do realizacji recepty na leki refundowane dotyczących pacjenta, osoby wystawiającej receptę oraz świadczeniodawcy, przepisanych refundowanych leków oraz prawidłowej realizacji recepty przez osobę wydającą lek z apteki: realizacja recept pomimo braku, niepełnych lub nieczytelnych danych pacjenta bądź osoby uprawnionej do wystawiania recept, w tym: brak podpisu, pieczętki przy zaordynowanych lekach bądź naniesionych poprawkach; brak lub błędna data wystawienia recepty; brak identyfikatora

⁴ Przedstawione informacje dotyczą przeprowadzonych kontroli aptek, które zakończyły się przekazaniem zaleceń pokontrolnych w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r. (jeśli zalecenia nie zostały przekazane, znaczenie miała data przekazania protokołu kontroli), niezależnie od daty ujęcia skutków finansowych tychże kontroli w księgach rachunkowych oddziału wojewódzkiego NFZ.

płatnika lub błędny wpis; brak pieczęci świadczeniodawcy, nieprawidłowe lub niepełne dane dotyczące przepisanych leków, niespełniające wymogów rozporządzenia w sprawie recept lekarskich; realizacja recept przed datą wystawienia lub po upływie terminu ich ważności; brak potwierdzenia realizacji recepty; dzielenie opakowań leków refundowanych lub nie podzielenie leków przepisanych w postaci, którą można podzielić; wydanie bezpłatnie leków osobom z uprawnieniami dodatkowymi bez ich sprawdzenia oraz odnotowania na rewersie recepty rodzaju i numeru dokumentu potwierdzającego te uprawnienia; wydanie leków w ilości większej niż przepisana przez lekarza, a także gdy lekarz nie określił, poprawił lub określił nieprawidłowo: sposób dawkowania, wielkość opakowania lub dawkę leku; realizacja recept niezgodnie z odpłatnością określoną na recepcie; wydanie leku nieprzepisanego na recepcie; wydanie leków niespełniających wymogów zamiennika; niezgodność ceny detalicznej leków z obowiązującym w tym czasie obwieszczeniem Ministra Zdrowia; realizacja recepty przez osobę nieposiadającą kwalifikacji do jej realizacji. Ponadto realizacja recept wypisanych przez lekarzy nieuprawnionych, tj. których druki lub zakresy liczb nie zostały im przydzielone przez OW NFZ lub świadczeniodawcę;

- w zakresie prawidłowego otaksowania recepty i zgodności z danymi przekazywanymi w raportach statystycznych do NFZ: niepełne lub nieprawidłowe otaksowanie recept (niepełne lub nieprawidłowe dane apteki, niepełne określenie produktów leczniczych, dawek, wielkości opakowania itp.); przekazywanie przez apteki w komunikacie elektronicznym innych danych niż odczytane ze zrealizowanych recept w aptekach; brak recept w zbiorze recept apteki/nieprzedstawienie recept do kontroli; brak przedstawienia podstawy dokonania korekty stanu magazynowego („aktualizacja kart zakupów”) w postaci dokumentu zakupu leku tzn. rozchód produktów leczniczych przewyższał ich przychód; wielokrotne zwiększenie marży detalicznej od dopuszczalnej;
- brak informacji lub nieterminowe informowanie w formie pisemnej lub elektronicznej OW NFZ o każdej zmianie ewidencji osób zatrudnionych w aptece.

W toku przeprowadzonych w 2016 roku kontroli aptek zakwestionowano łącznie 75 985 recept o wartości 5 565 935,00 zł oraz nałożono kary umowne w kwocie 535 676,69 zł. Wartość odsetek ustawowych z tytułu opóźnienia w zapłacie, będących skutkiem finansowym postępowań kontrolnych prowadzonych przez OW NFZ w 2016 roku zostały naliczone w kwocie 41 010,01 zł.

Tabela nr III.13. Zestawienie danych dotyczących skutków finansowych kontroli aptek (w zł.) za lata 2014-2016.

OW NFZ	Wartość zakwestionowanych środków			Wartość nałożonych kar			Razem skutki finansowe kontroli		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Dolnośląski	211 438,48	99 240,91	106 915,10	43 423,16	51 633,29	51 849,79	254 861,64	150 874,20	158 764,89
Kujawsko-Pomorski	377 145,48	98 824,90	187 207,50	54 102,84	62 135,55	20 680,01	431 248,32	160 960,45	207 887,51
Lubelski	67 660,83	97 938,94	53 931,67	12 289,17	6 255,71	7 975,00	79 950,00	104 194,65	61 906,67
Lubuski	206 759,93	167 700,66	64 019,38	6 824,05	35 278,03	44 747,92	213 583,98	202 978,69	108 767,30
Łódzki	358 340,62	80 137,05	510 547,43	22 257,51	428,44	2 430,38	380 598,13	80 565,49	512 977,81
Małopolski	105 788,97	1 266 423,78	3 194 659,73	3 070,00	8 725,60	8 163,57	108 858,97	1 275 149,38	3 202 823,30
Mazowiecki	239 463,72	126 027,55	141 674,17	164 125,04	168 635,40	134 834,34	403 588,76	294 662,95	276 508,51
Opolski	78 160,29	38 904,38	20 051,14	10 939,07	15 446,49	7 123,54	89 099,36	54 350,87	27 174,68
Podkarpacki	117 024,65	58 414,64	449 970,36	21 560,00	8 237,03	28 971,36	138 584,65	66 651,67	478 941,72
Podlaski	91 938,75	183 023,55	119 125,35	10 360,07	15 688,95	25 899,52	102 298,82	198 712,50	145 024,87
Pomorski	777 366,17	72 041,15	30 682,95	10 376,03	9 249,34	10 337,27	787 742,20	81 290,49	41 020,22
Śląski	168 968,08	301 061,92	83 226,61	111 058,65	83 568,53	98 665,28	280 026,73	384 630,45	181 891,89
Świętokrzyski	32 107,52	61 814,74	144 957,72	4 961,57	7 001,04	49 595,77	37 069,09	68 815,78	194 553,49
Warmińsko-Mazurski	52 662,86	41 940,06	72 534,21	1 376,49	5 192,15	5 268,02	54 039,35	47 132,21	77 802,23
Wielkopolski	44 555,80	1 470 795,65	286 176,53	11 893,20	15 987,00	32 226,03	56 449,00	1 486 782,65	318 402,56
Zachodniopomorski	219 314,25	70 187,44	100 255,15	6 291,16	8 186,65	6 908,89	225 605,41	78 374,09	107 164,04
Razem	3 148 696,40	4 234 477,32	5 565 935,00	494 908,01	501 649,20	535 676,69	3 643 604,41	4 736 126,52	6 101 611,69

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

ordynowania leków. W 2016 r.⁵ oddziały wojewódzkie NFZ przeprowadziły 450 kontroli ordynacji lekarskiej z czego 90 kontroli dotyczyło lekarzy wystawiających recepty w oparciu o umowy indywidualne na wystawianie recept na leki i wyroby medyczne objęte refundacją, a 360 kontroli obejmowało realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ordynacji lekarskiej. W porównaniu z 2015 r. liczba kontroli zmalała o 21,19%. Skontrolowano 1 107 lekarzy.

Tabela nr III.14. Liczba kontroli ordynacji lekarskiej przeprowadzonych w latach 2014-2016.

Oddział Wojewódzki NFZ	Umowy Indywidualne			Umowy ze świadczeniodawcami			Razem		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Dolnośląski	12	12	12	17	23	28	29	35	40
Kujawsko - Pomorski	9	3	3	8	20	13	17	23	16
Lubelski	11	6	9	46	34	31	57	40	40
Lubuski	1	0	0	29	33	26	30	33	26
Łódzki	34	19	4	66	38	21	100	57	25
Małopolski	9	6	8	26	25	17	35	31	25
Mazowiecki	9	8	16	57	56	56	66	64	72
Opolski	3	2	1	27	19	10	30	21	11
Podkarpacki	8	0	2	17	14	12	25	14	14
Podlaski	16	9	8	52	37	34	68	46	42
Pomorski	9	4	7	49	38	6	58	42	13
Śląski	5	4	2	31	27	13	36	31	15
Świętokrzyski	7	5	4	28	22	37	35	27	41
Warmińsko - Mazurski	5	8	3	19	33	14	24	41	17
Wielkopolski	6	11	6	43	44	30	49	55	36
Zachodniopomorski	4	2	5	24	9	12	28	11	17
Razem	148	99	90	539	472	360	687	571	450

Tabela nr III.15. Liczba skontrolowanych lekarzy w latach 2014-2016 (pojedynczy NPWZ).

Oddział Wojewódzki NFZ	Liczba lekarzy (umowy indywidualne)			Liczba lekarzy (umowy ze świadczeniodawcami)			Razem liczba lekarzy skontrolowanych (pojedynczy NPWZ)		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Dolnośląski	12	12	12	30	41	87	42	53	98
Kujawsko - Pomorski	9	3	3	24	58	57	33	61	60
Lubelski	11	6	9	460	328	147	471	334	154
Lubuski	1	0	0	94	104	54	95	104	54
Łódzki	33	19	4	109	63	32	140	78	34
Małopolski	9	6	8	23	31	19	31	36	25
Mazowiecki	9	8	16	489	456	209	498	461	220
Opolski	3	2	1	82	73	45	84	75	46
Podkarpacki	8	0	2	52	24	14	60	24	16
Podlaski	16	9	8	141	81	117	156	88	119
Pomorski	8	4	7	172	157	10	179	161	17
Śląski	5	4	2	88	66	21	93	70	23
Świętokrzyski	7	5	4	32	22	127	39	27	130
Warmińsko - Mazurski	5	8	3	66	96	24	71	104	25
Wielkopolski	6	11	6	188	90	52	193	97	58
Zachodniopomorski	4	2	5	70	45	23	74	47	28
Razem	146	99	90	2120	1 735	1 038	2259	1 820	1 107

Ogółem wartość kontrolowanej ordynacji w 2016 r. wynosiła 39 927 644,46 zł.

⁵ Przedstawione informacje dotyczą kontroli ordynacji lekarskiej, które zakończyły się przekazaniem wystąpienia pokontrolnego w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2016 r. (jeśli zalecenia nie zostały przekazane, znaczenie miała data przekazania protokołu kontroli), niezależnie od daty ujęcia skutków finansowych tychże kontroli w księgach rachunkowych oddziału wojewódzkiego NFZ.

Tabela nr III.16. Wartość kontrolowanej ordynacji w latach 2014-2016 (w zł.).

Oddział Wojewódzki NFZ	Wartość kontrolowanej ordynacji - umowy indywidualne			Wartość kontrolowanej ordynacji - umowy ze świadczeniodawcami			Razem		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Dolnośląski	382 759,29	258 579,74	230 205,81	316 496,76	527 478,44	2 133 649,71	699 256,05	786 058,18	2 363 855,52
Kujawsko - Pomorski	37 622,79	43 273,58	43 767,87	77 389,04	901 473,44	1 852 000,47	115 011,83	944 747,02	1 895 768,34
Lubelski	1 329 942,21	322 009,68	868 861,41	6 980 094,96	4 735 828,04	4 759 507,84	8 310 037,17	5 057 837,72	5 628 369,25
Lubuski	5 298,06	0	0	505 181,07	607 139,67	1 680 176,61	510 479,13	607 139,67	1 680 176,61
Łódzki	208 163,71	73 207,12	6 899,93	1 116 000,98	549 491,73	119 574,83	1 324 164,69	622 698,85	126 474,76
Małopolski	707 282,44	96 915,48	226 424,97	4 920 571,42	5 864 359,90	8 557 843,66	5 627 853,86	5 961 275,38	8 784 268,63
Mazowiecki	74 393,98	236 064,25	1 275 949,28	3 142 038,31	3 084 122,33	7 555 610,83	3 216 432,29	3 320 186,58	8 831 560,11
Opolski	16 651,78	1 176,64	1 638,56	445 433,21	408 067,59	124 555,96	462 084,99	409 244,23	126 194,52
Podkarpacki	13 928,48	0	6 550,81	98 799,13	308 166,42	112 543,38	112 727,61	308 166,42	119 094,19
Podlaski	194 453,38	365 775,64	422 856,50	568 914,87	866 744,68	1 173 806,30	763 368,25	1 232 520,32	1 596 662,80
Pomorski	382 945,55	104 113,17	272 142,15	800 023,85	957 825,60	206 550,94	1 182 969,40	1 061 938,77	478 693,09
Śląski	342 761,36	82 581,48	37 261,02	7 032 279,87	3 676 327,44	1 678 150,95	7 375 041,23	3 758 908,92	1 715 411,97
Świętokrzyski	139 946,60	848 960,27	14 380,85	3 164 471,81	2 658 068,36	1 840 347,22	3 304 418,41	3 507 028,63	1 854 728,07
Warmińsko - Mazurski	100 743,61	26 985,04	11 795,54	255 636,47	289 266,08	1 758 830,90	356 380,08	316 251,12	1 770 626,44
Wielkopolski	69 813,78	64 887,69	563 241,38	656 047,70	2 071 892,16	1 712 595,35	725 861,48	2 136 779,85	2 275 836,73
Zachodniopomorski	7 112,20	79 425,24	304 575,51	263 463,17	647 236,43	375 347,92	270 575,37	726 661,67	679 923,43
Razem	4 013 819,22	2 603 955,02	4 286 551,59	30 342 842,62	28 153 488,31	35 641 092,87	34 356 661,84	30 757 443,33	39 927 644,46

Łącznie w wyniku przeprowadzonych kontroli ordynacji lekarskiej w 2016 roku wartość zakwestionowanej ordynacji (8 944 268,07 zł) oraz kar umownych (569 399,22 zł) wyniosła 9 513 667,29 zł. Po rozpatrzeniu środków odwoławczych kwota do zwrotu wyniosła 9 425 735,81 zł, co stanowiło 23,61% wartości kontrolowanej ordynacji.

Informację o wartości zakwestionowanej ordynacji oraz kar umownych w podziale na oddziały Funduszu w latach 2014-2016 przedstawia tabela nr 8.

Tabela nr III.17. Wartość zakwestionowanej ordynacji oraz kar umownych w latach 2014-2016 (w zł.).

OW NFZ	Wartość zakwestionowanej ordynacji			Wartość nałożonych kar umownych			Razem kwoty zakwestionowane		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Dolnośląski	361 833,12	308 869,10	32 785,97	47 051,01	36 594,76	74 556,17	408 884,13	345 463,86	107 342,14
Kujawsko-Pomorski	21 001,77	45 618,78	1 186 945,23	12 185,19	13 607,53	23 204,77	33 186,96	59 226,31	1 210 150,00
Lubelski	624 404,82	130 780,67	48 322,55	29 081,76	17 972,03	4 658,48	653 486,58	148 752,70	52 981,03
Lubuski	27 397,27	70 963,27	28 089,04	526,28	6 109,03	2 463,29	27 923,55	77 072,30	30 552,33
Łódzki	139 303,98	79 645,63	26 349,37	20 000,51	35 201,50	12 700,00	159 304,49	114 847,13	39 049,37
Małopolski	575 740,88	203 293,28	499 730,17	564 354,53	132 021,91	79 812,01	1 140 095,41	335 315,19	579 542,18
Mazowiecki	363 158,88	169 058,65	6 186 290,93	198 205,19	95 528,49	132 440,17	561 364,07	264 587,14	6 318 731,10
Opolski	17 253,38	2 387,89	22 936,88	8 028,39	6 388,31	2 244,12	25 281,77	8 776,20	25 181,00
Podkarpacki	24 686,31	60 587,89	6 707,37	3 440,00	16 482,97	27 800,00	28 126,31	77 070,86	34 507,37
Podlaski	216 838,59	747 280,06	103 555,56	44 166,66	51 759,86	73 189,79	261 005,25	799 039,92	176 745,35
Pomorski	144 820,15	57 411,93	5 449,47	19 381,13	56 790,03	21 582,94	164 201,28	114 201,96	27 032,41
Śląski	32 746,49	15 349,80	670 006,25	16 731,21	45 750,66	31 004,05	49 477,70	61 100,46	701 010,30
Świętokrzyski	1 898,26	10 046,42	22 522,91	57 628,70	18 302,57	24 721,66	59 526,96	28 348,99	47 244,57
Warmińsko-Mazurski	32 269,91	90 305,64	577,85	4 671,50	22 333,45	4 084,12	36 941,41	112 639,09	4 661,97
Wielkopolski	100 197,54	66 064,79	88 617,96	0	600	14 855,67	100 197,54	66 664,79	103 473,63
Zachodniopomorski	51 629,81	44 886,78	15 380,56	18 165,11	94 120,63	40 081,98	69 794,92	139 007,41	55 462,54
Razem	2 735 181,16	2 102 550,58	8 944 268,07	1 043 617,17	649 563,73	569 399,22	3 778 798,33	2 752 114,31	7,29

W wyniku przeprowadzonych kontroli stwierdzono nieprawidłowości dotyczące m.in.:

- wystawiania recept niezgodnie z przepisami obowiązującymi w okresie kontroli: recepty z błędnymi danymi pacjenta; oznaczenie poziomu odpłatności niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami; przepisywanie leków refundowanych niezgodnie z obwieszczeniami Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niezgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; wystawienie recept refundowanych na lek do zaopatrzenia gabinetu; przepisanie leków w ilości znacznie przewyższającej wskazania dotyczące dawkowania; wystawienie recept dla lekarzy - na potrzeby pacjentów podmiotu leczniczego; wypisanie recept z kodem uprawnień „IB”, pomimo, że pacjent takich uprawnień nie posiadał; wystawienie recept osobom nieuprawnionym; wypisywanie leków na receptach nienależących do puli recept przydzielonych lekarzowi udzielającemu świadczeń;
- prowadzenia dokumentacji medycznej: brak/nieczytelne wpisy w dokumentacji medycznej dotyczące porad ambulatoryjnych, wywiadu lekarskiego, badania przedmiotowego, zaordynowanych leków i dawkowania oraz wystawionych recept; brak diagnozy, rozpoznania choroby, brak potwierdzenia zasadności ordynacji leków; brak medycznego uzasadnienia ilości przepisanego leku; braki formalne w dokumentacji medycznej (np. nieprawidłowości w zakresie numeracji stron, brak autoryzacji poprawek itp.); rozbieżność danych z danymi na receptach; brak kodów identyfikacyjnych stanowiących część I, V i VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych; brak dołączonego oświadczenia o upoważnieniu osoby bliskiej do uzyskania informacji o stanie zdrowia pacjenta albo oświadczenia o braku takiego upoważnienia; brak uzasadnień dla stosowania na receptach adnotacji „nie zamieniać” przy ordynowanych lekach; wystawienie recepty po dacie zgonu; brak wskazań refundacyjnych;
- braku dokumentacji medycznej;
- niezgłoszenia do OW NFZ informacji o zmianie miejsca działalności leczniczej związanej z realizacją umowy upoważniającej.
- W roku sprawozdawczym nie wprowadzono istotnych zmian mających wpływ na realizację przez Fundusz zadań kontrolnych. Realizacja kontroli następowała zgodnie z dotychczasową metodyką, zmiany przepisów ustawy o refundacji leków w zakresie odnoszącym się do obowiązku posiadania przez lekarzy umów uprawniających do wystawiania recept refundowanych, nie wpłynęły na realizację zadań kontrolnych.

Monitorowanie i koordynowanie realizacji uprawnień dla szczególnych grup świadczeniobiorców

Fundusz w ramach monitorowania przedmiotowych uprawnień, powołał w Centrali NFZ i oddziałach wojewódzkich NFZ, konsultantów do spraw weteranów poszkodowanych, którzy także w swych zakresach obejmują monitorowanie uprawnień do świadczeń kombatantów inwalidów wojennych i wojskowych.

Koordynacja zadań polega na rozpatrywaniu indywidualnych spraw związanych z dostępem do świadczeń oraz uprawnieniami wynikającymi z przepisów prawa, publikacji i aktualizacji uprawnień dla tej grupy świadczeniobiorców na stronach internetowych Centrali i oddziałów wojewódzkich NFZ. Delegowanie personalne konsultantów ma na celu łatwą, szybką i bezpośrednią drogę kontaktowania się uprawnionych z osobą odpowiedzialną, która ma za zadanie oprócz udzielania stosownych wyjaśnień i rozwiązywania indywidualnych problemów, prowadzić uprawnionego po systemie opieki zdrowotnej.

Fundusz przy współpracy z Ministerstwem Obrony Narodowej, współuczestniczy w opiniowaniu udzielania weteranom poszkodowanym świadczeń niezakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane i odpłatnych świadczeń zdrowotnych. Ponadto koordynuje realizację udzielania świadczeń weteranom poszkodowanym w ramach korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w aspekcie transgranicznym.

Weterani poszkodowani – Fundusz pozyskuje zgodnie z przepisami obowiązującego prawa decyzje o przyznaniu statusu weterana poszkodowanego żołnierza i weterana poszkodowanego funkcjonariusza odpowiednio z Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Następnie opracowuje sprawozdania kwartalne z udzielonych świadczeń weteranom poszkodowanym odpowiednio do Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, w podziale na zakresy i rodzaje świadczeń oraz wartość udzielonych świadczeń. Ponadto są przekazywane sprawozdania z list aktywnych POZ dla wskazanych nr PESEL wraz z wartością przypisanymi świadczeń.

Kombatanci – w zakresie monitorowania i koordynowania uprawnień kombatantów, inwalidów wojennych i wojskowych oraz osób represjonowanych, wdów wdowców po inwalidach wojennych i wojskowych, Narodowy Fundusz Zdrowia pozyskuje, na podstawie obowiązujących przepisów prawa bazę nr PESEL z Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych, kwartalnie w trybie przyrostowym.

Żołnierze uprawnieni lub pracownicy wojska – Fundusz pozyskuje informacje o żołnierzach uprawnionych i pracownikach wojska, którzy doznali uszczerbku w działaniach poza granicami państwa z Ministerstwa Obrony Narodowej. Oddziały wojewódzkie NFZ przekazują do Ministerstwa Obrony Narodowej informacje w formie zestawienia o wysokości należnej kwoty dofinansowania za zrealizowane w poprzednim kwartale zaopatrzenie uprawnionych żołnierzy i pracowników wojska w produkty lecznicze.

Najważniejsze trudności, które powstały w trakcie realizacji zadań oraz podjęte działania

Oddziały wojewódzkie NFZ przeprowadzają kontrole w obszarach szczególnie narażonych na ryzyko wystąpienia nieprawidłowości. W procesie planowania kontroli przeprowadzana jest analiza ryzyka wystąpienia nieprawidłowości, Fundusz również uwzględnia w planach kontroli wnioski, zalecenia i sugestie instytucji zewnętrznych takich jak MZ, NIK, a także niepokojące informacje medialne.

Fundusz nie zakłada skontrolowania w danym roku wszystkich świadczeniodawców, we wszystkich najmniejszych zakresach, jest to niemożliwe do zrealizowania. Ze względów organizacyjnych, działania kontrolne Funduszu koncentrują się na tych obszarach, w których ryzyko wystąpienia nieprawidłowości jest największe.

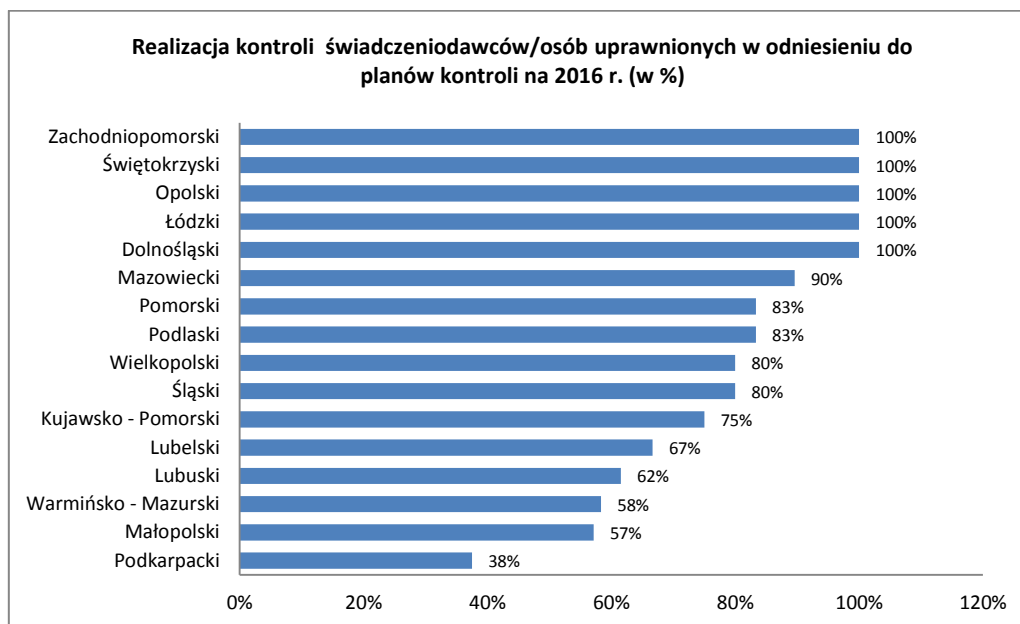
Najważniejsze trudności jakie powstały w związku z realizacją zadań kontrolnych wynikają z braku możliwości zatrudnienia i wysokiej fluktuacji kadr realizujących zadania kontrole, co w głównej mierze dotyczy osób posiadających wykształcenie lekarskie, a szczególnie – lekarzy specjalistów. W oddziałach wojewódzkich Funduszu prowadzono liczne rekrutacje do Wydziałów Kontroli, starając się pozyskać w szczególności pracowników posiadających wykształcenie medyczne, w tym lekarskie. Z uwagi na uwarunkowania płacowe oraz planowaną przez Ministra Zdrowia likwidację Funduszu skuteczność podejmowanych działań była niska.

Przeciętny poziom realizacji planów kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez oddziały wojewódzkie Funduszu na koniec 2016 r. wyniósł 98,6%, przy czym 14 oddziałów wojewódzkich Funduszu zrealizowało plan na poziomie 100%.

Przeciętny poziom realizacji planów kontroli aptek przez oddziały wojewódzkie Funduszu na koniec 2016 r. wyniósł 92,92%, przy czym 6 oddziałów wojewódzkich Funduszu zrealizowało plan na poziomie 100%.

Przeciętny poziom realizacji planów kontroli ordynacji lekarskiej przez oddziały wojewódzkie Funduszu na koniec 2016 r. wyniósł 79,53%, przy czym 5 oddziałów wojewódzkich Funduszu zrealizowało plan na poziomie 100%. Realizację planów kontroli ordynacji lekarskiej w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2016 r. przedstawia poniższy wykres.

Wykres nr III.8. Realizacja planów kontroli ordynacji lekarskiej w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2016 r.



Oddziały wojewódzkie NFZ, kwartalnie dokonują analizy kosztów dofinansowania zaopatrzenia w produkty lecznicze stosowane u uprawnionego żołnierza i pracownika. Na podstawie dokonanych analiz, dyrektor właściwego OW NFZ przekazuje do Ministerstwa Obrony Narodowej zestawienie o wysokości należnej kwoty refundacji. Zestawienia przekazywane są przez oddziały wojewódzkie NFZ kwartalnie. Ministerstwo Obrony Narodowej wystawia właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu NFZ, dokument potwierdzający wysokość przyznanego dofinansowania oraz zobowiązanie do przekazania środków finansowych na konto NFZ, a w konsekwencji dokonuje zwrotu tych środków. W 2016 r. status uprawnionego żołnierza lub pracownika wojska posiadało 181 osób.

Oddziały wojewódzkie NFZ przekazują do Centrali NFZ, dane dotyczące weteranów poszkodowanych żołnierzy i funkcjonariuszy w zakresie list aktywnych POZ, wartości świadczeń POZ oraz informacje o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej co do zakresu, rodzaju, miejsca udzielania i wartości udzielonego świadczenia. Na podstawie przedmiotowych danych, Centrala NFZ opracowuje kwartalne sprawozdania z realizacji świadczeń udzielonych weteranom poszkodowanym odpowiednio do Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. W 2016 r. status weterana poszkodowanego żołnierza posiadały 704 osoby, natomiast status weterana poszkodowanego funkcjonariusza – 66 osób. Ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w 2016 r. skorzystało 463 weteranów poszkodowanych żołnierzy oraz 51 weteranów poszkodowanych funkcjonariuszy.

Monitorowanie celowości, udzielanych w ramach umów, świadczeń opieki zdrowotnej oddziały wojewódzkie Funduszu realizują przede wszystkim poprzez kontrole realizacji umów zawartych ze świadczeniodawcami. Kontrole prowadzone są w oparciu o kryteria legalności, rzetelności i celowości. W ramach monitorowania celowości udzielanych świadczeń zdrowotnych kontroli podlega przede wszystkim:

- potwierdzenie uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej,
- zasadność wyboru leków i wyrobów medycznych,
- zgodność zrealizowanych procedur medycznych z profilem danego zakresu świadczeń,
- zasadność przedłużających się hospitalizacji,
- zasadność wyboru leczenia w trybie hospitalizacji zamiast pobytów jednodniowych i świadczeń ambulatoryjnych,

- realizacja świadczeń zabiegowych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w tym badań diagnostycznych, np. endoskopii przewodu pokarmowego,
- zgodność realizacji porad pierwszorazowych z warunkami określonymi w przepisach,
- przypadki odmów przyjęć pacjentów przywiezionych przez ZRM i kierowania ich do innych placówek.

Bardzo istotnym działaniem podejmowanym w tym zakresie jest również weryfikacja i walidacja danych zawartych w raportach statystycznych świadczeniodawców. W trakcie tych czynności badana jest częstotliwość udzielania świadczeń, tryb przyjęcia, zrealizowane procedury medyczne, potencjał świadczeniodawcy, dane o skierowaniu, czy przyczyna główna udzielenia świadczeń. Monitorowanie celowości zakłada również tworzenie statystyk dotyczących rozpoznań ICD-10 lub wykonanych procedur ICD-9 zawartych w charakterystyce sprawozdanych świadczeń oraz porównania ich ze wskaźnikami epidemiologicznymi i opracowaniami z innych źródeł (np. z GUS, PZH). Wnikliwej analizie podlega również zjawisko powtórnych hospitalizacji, czy ruchu międzyoddziałowego. Celowość udzielanych świadczeń zdrowotnych jest również badana w trakcie opiniowania wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń (Baza Zgód Indywidualnych) oraz wniosków o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju. W ramach tego działania analizuje się dokumentację medyczną oraz kosztorysy zawierające szczegółowe zestawienie wykonanych czynności medycznych. Cennych informacji dotyczących celowości udzielania świadczeń dostarczają także badania ankietowe pacjentów (realizowane np. przez oddziały: świętokrzyski i łódzki).

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 2016 roku w oddziałach wojewódzkich Funduszu wydano łącznie 7 728 decyzji (w 2015 roku w oddziałach wydano łącznie 10 287 decyzji) w tym:

- 7 128 decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, co stanowi spadek o 24,79% w stosunku do liczby decyzji wydanych do końca 2015 roku, w którym wydano 9 478 decyzji,
- 600 decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń, co stanowi spadek o 25,83% w stosunku do liczby decyzji wydanych do końca 2015 roku, w którym wydano 809 decyzji.

W sprawach dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym decyzje dotyczyły najczęściej: objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umowy zlecenia, objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących działalność gospodarczą, podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu.

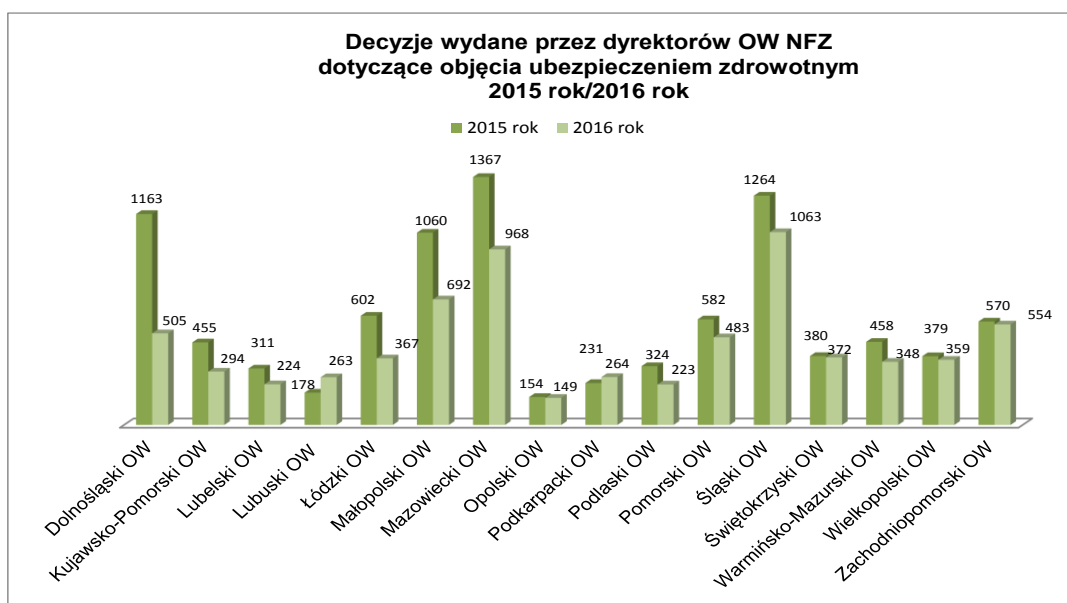
Ponadto, w okresie sprawozdawczym dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu rozpatrywali również sprawy m.in. z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło przy braku znamion umowy zlecenia (169), objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu wykonywania umowy zlecenia (67 decyzji) oraz ustalenia ustawodawstwa właściwego (29 decyzji).

W 2016 roku, po raz pierwszy od wielu lat, zaobserwowano znaczący spadek liczby decyzji wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ 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 umowę o dzieło noszące cechy umów zleceń, wówczas z tytułu umowy nazwanej przez strony „umową o dzieło” nie podlega ubezpieczeniom społecznym, a ZUS przekazuje jedynie wniosek o wydanie decyzji o podleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu tej ostatniej umowy do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego oddziału wojewódzkiego NFZ. Najczęściej kwestionowane umowy dotyczyły nauczania (nauczyciele, lektorzy, edukatorzy, wykładowcy), lekarzy (badacze, ankieterzy, wykładowcy), pracowników ochrony, sprzątanía, pakowania. Po raz kolejny w sprawozdawczym okresie udział takich decyzji

w ogólnej liczbie wydawanych decyzji z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym był największy i wyniósł 46,98%, zaś spadek liczby tych spraw w stosunku do poprzedniego roku wyniósł 27,57% (3 624 decyzje wydane w 2016 roku wobec 4 624 decyzji wydanych w 2015 roku). Spadek liczby rozpatrywanych spraw może wynikać m.in. z faktu, że w związku ze zmianą ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2015 poz. 121 z późn. zm.) zmniejszyła się liczba wniosków ZUS dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w przypadku zawarcia wielu umów zlecenia z jednym ubezpieczonym, w przypadku, gdy osoba ta nie pracowała i nie była emerytem/rencistą. Aktualnie jeżeli zleceniobiorca spełnia warunki do objęcia obowiązkowo ubezpieczeniami społecznymi z innych tytułów (np. z tytułu wykonywania pracy na podstawie drugiej umowy zlecenia) podlega obowiązkowo ubezpieczeniom społecznym również z innych tytułów. Zasady tej nie stosuje się, jeżeli łączna podstawa wymiaru składek z tytułu wykonywania pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia lub innej umowy o świadczenie usług lub z innych tytułów osiągnie kwotę minimalnego wynagrodzenia za pracę.

Nadal na terenie niektórych województw (głównie śląskiego – 493 wydanych decyzji, ale również mazowieckiego – 479, małopolskiego – 410 oraz zachodniopomorskiego – 297), 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 czterech oddziałach (łódzki, podkarpacki, świętokrzyski i zachodniopomorski) liczba tych decyzji była dominująca i znacząco przewyższała liczbę wydanych decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących działalność gospodarczą w relacji 200-300 do 30-80 decyzji. Znaczna część (ponad 26%) decyzji w ww. zakresie dotyczyła objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, na podstawie wniosków kierowanych do oddziałów wojewódzkich NFZ przez ZUS w sprawach dotyczących osób nie zgłaszających się do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności lub kwestionujących okres podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Sprawy dotyczą z reguły lat poprzednich, niektóre z nich dotyczą okresu od 1 stycznia 1999 roku. 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 składek dla płatników składek na ubezpieczenie zdrowotne i ich ewentualnej egzekucji.

Wykres nr III.9. Liczba decyzji wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w przedmiocie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w 2016 r. w porównaniu ze stanem na koniec 2015 r.

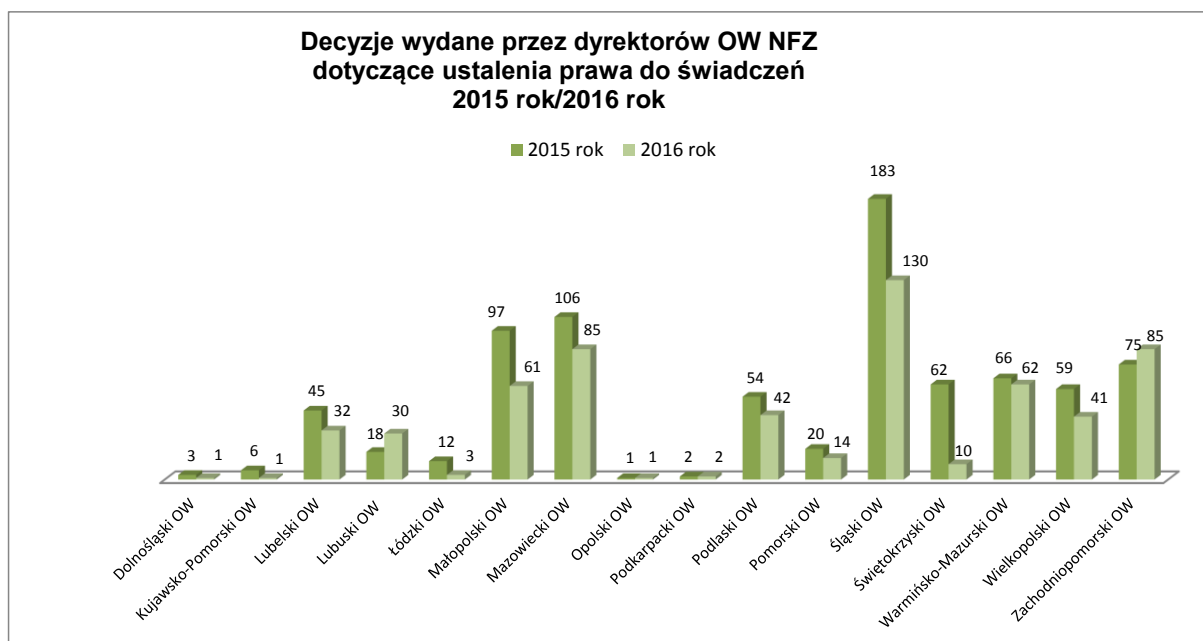


Najwięcej decyzji w przedmiocie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w 2016 roku w porównaniu ze stanem na koniec 2015 roku wydał dyrektor oddziału śląskiego (1 063 w 2016 roku, przy 1 264 w 2015 roku) a najmniej dyrektor oddziału opolskiego (149 decyzji w 2016 roku oraz 154 w 2015 roku). Należy wskazać, że po okresach znaczącego wzrostu liczby decyzji z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w omawianym okresie nastąpił spadek liczby wydanych decyzji.

Z analizy danych z 2016 roku wynika, że mamy do czynienia z porównywalną liczbą wydanych decyzji w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym do 2012 roku. Nadal wiodącym tematem wniosków inicjujących postępowania zakończone wydaniem decyzji jest objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umowy zlecenia. Warty uwagi jest fakt, że wydawane decyzje z tego zakresu 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. Ponadto na podstawie tego orzecznictwa w każdej takiej sprawie występuje więcej niż jedna strona postępowania, co również ma wpływ na pracochłonność i czasochłonność postępowania. Strony są zazwyczaj reprezentowane przez wyspecjalizowane kancelarie prawne.

W przypadku decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ z zakresu ustalenia prawa do świadczeń, najczęściej występującą tematyką wniosków było: potwierdzenie uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki, sfinansowanie lub refundacja kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego. Liczba decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w 2016 roku spadła o ponad 25% (600 wydanych decyzji przy 809 wydanych w 2015 roku). Analizując dynamikę zmian liczby wydawanych decyzji przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ należy zauważyć, że nastąpił wzrost o ponad 25% (z 326 do 393) liczby decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu z zakresu potwierdzenia uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki, oraz spadek o ponad 14% (z 174 do 149) liczby decyzji dotyczących sfinansowanie lub refundacja kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego.

Wykres nr III.10. Liczba decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ wydanych w indywidualnych sprawach z zakresu ustalenia prawa do świadczeń w 2016 roku w stosunku do 2015 roku.

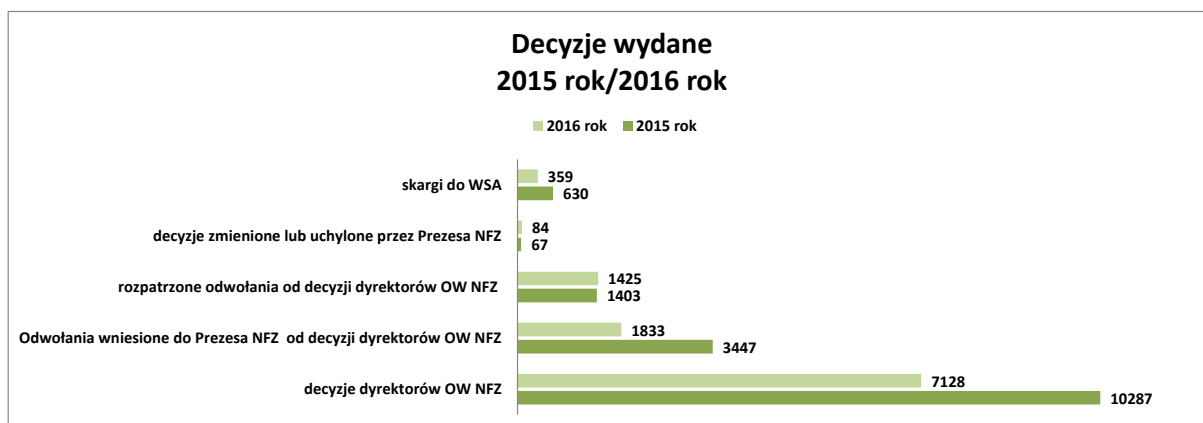


Najwięcej decyzji wydanych w indywidualnych sprawach z zakresu ustalenia prawa do świadczeń wydał dyrektor oddziału śląskiego, tj. 130 w 2016 roku przy 183 w 2015 roku, natomiast dyrektorzy oddziałów: dolnośląskiego oraz kujawsko-pomorskiego wydali w tym okresie po 1 decyzji. Spadek

liczby wydawanych decyzji z zakresu ustalenia prawa do świadczeń wiąże się z większą świadomością społeczną, że NFZ nie ma możliwości bezpośredniego zwrotu kosztów leczenia ubezpieczonym. Potwierdza to m. in. NSA w wyroku z dnia 30 marca 2006 r., sygn. akt II GSK 403/05 (ONSA i WSA 2006/5/144), który 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 NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach, stronie postępowania przysługuje prawo wnoszenia odwołania do Prezesa NFZ. W omawianym okresie do Prezesa NFZ wpłynęło 1 873 odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu. W 2016 roku rozpatrzono 1 426 odwołań co stanowi wzrost o 1,57% w stosunku do analogicznego okresu ubiegłego roku w którym rozpatrzono 1 403 odwołania. W przeciągu trzech lat poprzedzających okres sprawozdawczy następował systematyczny wzrost liczby wnoszonych odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. Pomimo spadku o 46,82% wniesionych odwołań w stosunku do 2015 roku, w którym wpłynęło 3 447 odwołań, do Prezesa NFZ nadal wpływa więcej odwołań niż jest rozpatrywanych. Wg stanu na koniec 2016 roku w Centrali NFZ do rozpatrzenia pozostało łącznie (w tym również odwołań od decyzji wydanych na podstawie art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach) ponad 6 000 spraw.

Wykres nr III.11. Liczba decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, decyzji Prezesa NFZ zmieniających decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich oraz liczbę skarg na decyzje Prezesa NFZ skierowanych do WSA w Warszawie w 2016 roku w stosunku do 2015 roku.

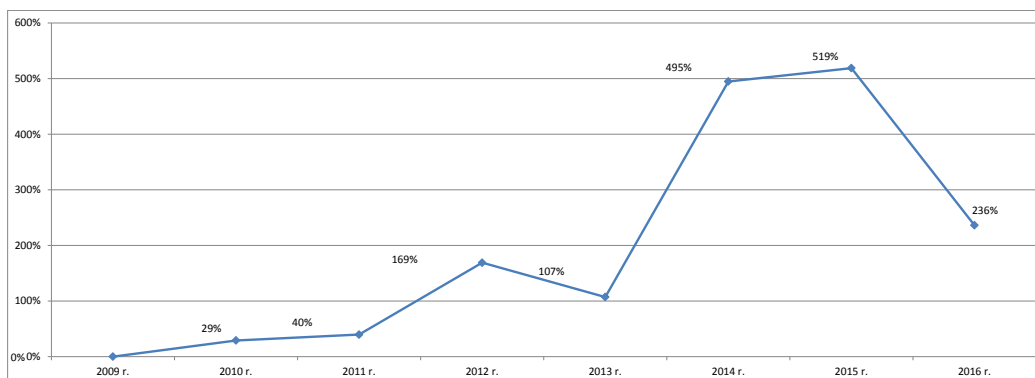


Po rozpatrzeniu odwołań Prezes NFZ wydał 1 275 decyzji i 151 postanowień, uchylając lub zmieniając 85 decyzji dyrektorów OW NFZ. Dla porównania w ubiegłym roku Prezes NFZ rozpatrzył 1 403 odwołania, uchylając lub zmieniając 67 decyzji. Po okresach zmniejszania się liczby decyzji zmienianych lub uchylanych przez Prezesa Funduszu tym razem nastąpił wzrost o 25,37% (84 decyzje uchylone lub zmienione w 2016 roku przy 67 decyzjach zmienionych w 2015 roku). Udział decyzji zmienionych lub uchylonych we wszystkich rozpatrzonych odwołaniach stanowi 5,89%. Pomimo wzrostu zmienionych i uchylonych decyzji należy wskazać, że procentowy udział jest porównywalny z rokiem ubiegłym (4,78% decyzji zmienionych), natomiast w odniesieniu do 2014 roku nadal notowany jest wyraźny spadek decyzji uchylonych – 14,86%, co nadal należy uznać za pozytywne zjawisko, wyrażające dobrą ocenę pracy oddziałów wojewódzkich przy wydawaniu decyzji. Należy wskazać, że uchylanie i zmienianie decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ następuje w zdecydowanej części na podstawie nowych dowodów i dokumentów dostarczanych przez strony postępowania na etapie odwołania.

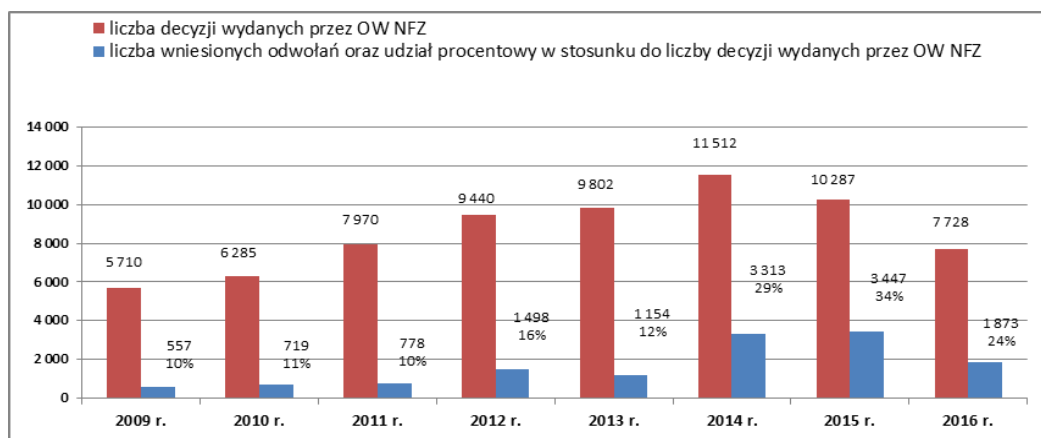
Od decyzji Prezesa NFZ stronie postępowania przysługuje prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie (art. 110 ustawy o świadczeniach). Według stanu na koniec 2016 roku świadczeniobiorcy wnieśli 359 skarg do WSA w Warszawie. Dla porównania w analogicznym okresie roku ubiegłego odnotowano 630 skarg do WSA w Warszawie, co stanowi spadek o ponad 43%. Należy uznać, że spadek liczby skarg wniesionych do WSA w Warszawie na decyzje Prezesa NFZ wynika z faktu, że strony, zazwyczaj reprezentowane przez wyspecjalizowane kancelarie prawne, analizując dotychczasowe orzecznictwo w sprawach przeciwko NFZ obserwują, że decyzje wydawane przez Prezesa NFZ bardzo rzadko są uchylane przez sądy administracyjne. Wśród przyczyn uchylecia przez WSA w Warszawie decyzji Prezesa NFZ oraz poprzedzających ich decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w zakresie stwierdzenia podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej najczęstszymi były naruszenia przepisów art. 7, art. 77, art. 80 oraz art. 107 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2016 r., poz. 23 z późn. zm.), zwanej dalej „k.p.a.”. Warty jest wskazania jest, że wśród orzeczeń sądów generalnie nie zdarzają się przypadki uchylecia decyzji z powodu naruszenia prawa materialnego.

Podsumowując, należy wskazać, że w rozpatrywanym okresie został zahamowany okres długotrwałego wzrostu liczby spraw wymagających rozpatrzenia przez oddziały wojewódzkie NFZ. Nie miało to jednak wpływu na liczbę spraw pozostających do rozpatrzenia przez Centralę NFZ. Dotyczy to zarówno bezwzględnej liczby odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu jak i procentowego udziału odwołań w stosunku do wydanych decyzji. Ponadto, nadal w rozpatrywanym okresie złożono więcej odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów niż rozpatrzono.

Wykres nr III.12. Procentowy udział liczby odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w latach 2009-2016.



Wykres nr III.13. Procentowy udział odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w liczbie wydanych decyzji w latach 2009-2016.



W rozpatrywanych sprawach, po raz kolejny, wydano najwięcej (46,98%) decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umów zlecenia. Wszystko wskazuje, że był to bardzo popularny, powszechnie stosowany przez przedsiębiorców sposób na obniżenie kosztów prowadzenia działalności gospodarczej. W kolejnych województwach oddziały ZUS przeprowadzają intensywne kontrole pod tym właśnie kątem i bardzo często stwierdzają nieprawidłowości w tym zakresie. Konsekwencją jest kierowanie wniosków do NFZ o objęcie obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym osób świadczących usługi na podstawie rzekomych „umów o dzieło”. Przeważnie wnioski te dotyczą kilkudziesięciu i więcej osób. Konsekwencją tego jest procedowanie kilkudziesięciu indywidualnych spraw z jednego wniosku ZUS, przy czym często dotyczy to różnego stanu faktycznego. Wydane decyzje z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym powodują w większości przypadków zwiększenie przychodów Funduszu z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne. Dodatkowo w przypadku objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu umowy zlecenia nazwanej przez strony umową o dzieło, następuje zwiększenie świadomości, że bezprawne jest zawieranie takich umów z zamiarem uniknięcia zgłoszenia zainteresowanych do ubezpieczenia zdrowotnego oraz opłacania z tego tytułu składek. Prowadzi to również do ograniczenia i próby eliminacji zjawiska praktykowanego przez przedsiębiorców, które polega na zmniejszaniu kosztów prowadzenia działalności gospodarczej kosztem zmniejszenia środków finansowych na realizację zadań ustawowych Funduszu. Po zrealizowaniu zadań przez oddziały wojewódzkie Funduszu środki te trafiają zgodnie z przeznaczeniem na leczenie świadczeniobiorców. Jednakże wydane decyzje, obejmujące ubezpieczeniem zdrowotnym ww. osoby, bardzo często w okresie wielomiesięcznym i dłuższym, skutkują dużym obciążeniem finansowym przedsiębiorców, co w większości przypadków skłania ich do podjęcia procedury odwoławczej z drogą sądową włącznie. Spadek spraw rozpatrzonych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ nie miał jednak wpływu na liczbę spraw pozostających do rozpatrzenia. W okresie sprawozdawczym złożono więcej odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów NFZ niż możliwe było przy istniejącym stanie osobowym ww. wydziału do rozpatrzenia. Wobec powyższego należy wskazać na zagrożenie prawidłowego i terminowego realizowania powierzonych zadań przy tak progresywnie zwiększającej się liczby spraw, z jednoczesnym ograniczeniem możliwości pozyskania tychże dodatkowych środków do budżetu NFZ.

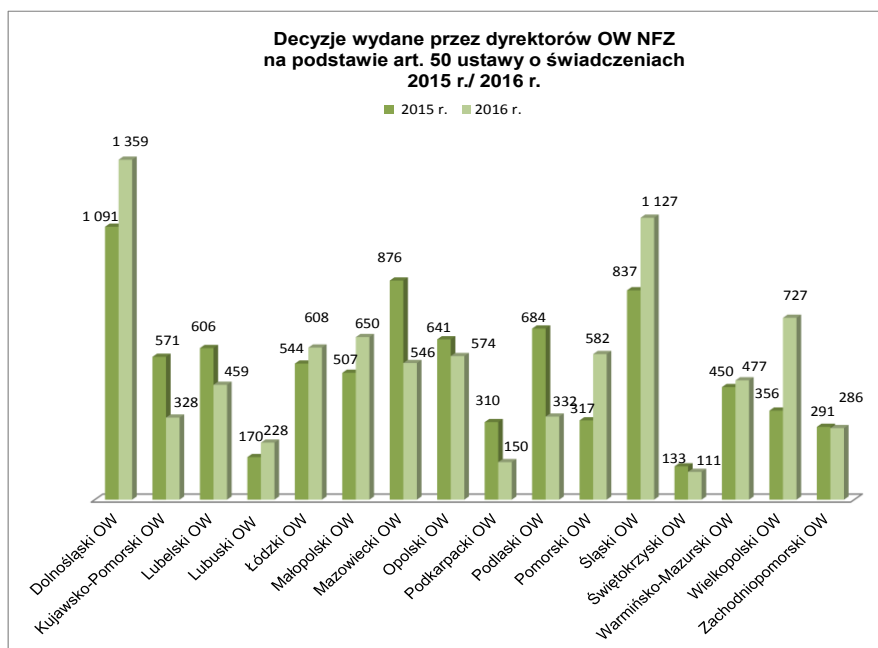
Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń, ich wysokości oraz terminu płatności wydawane są przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, na podstawie art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach.

Według stanu na koniec II półrocza 2016 roku w oddziałach wojewódzkich NFZ wydano łącznie 8 544 decyzje w sprawie ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń (w tym decyzji umarzających postępowanie) co stanowi wzrost do analogicznego okresu 2015 roku o 1,91% (8 384 decyzje).

Tabela nr III.18. Liczba decyzji wydanych przez poszczególne oddziały wojewódzkie oraz liczbę wniesionych odwołań w 2016 roku.

OW NFZ	liczba wydanych ogółem decyzji na podstawie art. 50	w tym			Liczba wniesionych odwołań
		udzielonych na podstawie oświadczenia	udzielonych na podstawie dokumentu	udzielonych na podstawie oświadczenia i dokumentu	
Dolnośląski	1 359	1 340	19	0	114
Kujawsko-Pomorski	328	263	31	34	33
Lubelski	459	427	14	18	15
Lubuski	228	151	25	52	27
Łódzki	608	464	34	110	37
Małopolski	650	596	15	39	74
Mazowiecki	546	359	76	111	19
Opolski	574	529	25	20	46
Podkarpacki	150	122	19	9	9
Podlaski	332	303	11	18	36
Pomorski	582	508	15	59	39
Śląski	1 127	1 047	35	45	66
Świętokrzyski	111	110	0	1	9
Warmińsko-Mazurski	477	404	23	50	15
Wielkopolski	727	567	128	32	21
Zachodniopomorski	286	196	23	67	4
ogółem	8 544	7 386	493	665	564

Wykres nr III.14. Liczba decyzji wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w 2016 roku w porównaniu ze stanem na koniec 2015 roku.



Wśród wydanych decyzji 7 386 dotyczyło świadczeń udzielonych na podstawie oświadczenia, 493 decyzje dotyczyły świadczeń udzielonych na podstawie okazanego dokumentu, natomiast 665 wydanych decyzji dotyczyło świadczeń udzielonych zarówno na podstawie oświadczenia jak i okazanego dokumentu. W przypadkach tych wydawane decyzje przeważnie dotyczyły więcej niż jednego udzielonego świadczenia.

Zgodnie z art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach do postępowania w sprawach o ustalenie poniesienia kosztów stosuje się przepisy k.p.a. Od decyzji wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń zgodnie z art. 127 § 1 k.p.a. stronie postępowania przysługuje prawo wnoszenia odwołania do Prezesa NFZ. W 2016 roku wpłynęło 564 odwołania od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, przy czym Prezes Funduszu rozpatrzył 25 odwołań wydając 6 decyzji i 19 postanowień stwierdzających uchybienie terminu do wniesienia odwołania, odmawiających przywrócenie tegoż terminu lub stwierdzających niedopuszczalność odwołania. Rozpatrując ww. odwołania Prezes NFZ uchylił 2 decyzje dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ. Należy również wskazać, że 17 odwołań od decyzji zostały rozpatrzone przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w trybie art. 132 k.p.a.

Od decyzji Prezesa NFZ na podstawie art. 58 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2012 r. poz. 270 z późn. zm.) stronie postępowania przysługuje prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie. W 2016 roku wpłynęły 2 skargi do WSA o w Warszawie.

Należy wskazać, że art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach, nakazuje Funduszowi ściąganie od osób nieubezpieczonych, które okazały dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub oświadczyły o prawie do tych świadczeń, a nie znalazło to potwierdzenia w danych posiadanych przez NFZ, kwoty zapłaconej przez NFZ za te świadczenia.

Prezes Funduszu występował do Ministra Zdrowia o zmianę przepisów, która umożliwiałaby NFZ niewszczywanie postępowań w stosunku do zgłoszonych z datą wsteczną członków rodziny, jeżeli w chwili korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej osoby te spełniały przesłanki do objęcia

ubezpieczeniem zdrowotnym jako członek rodziny i skorzystały z możliwości wskazanej w art. 50 ust. 6 ustawy o świadczeniach, a przyczyną braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej było niezgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego. W związku z powyższym znowelizowano ustawę o świadczeniach, zmiana obowiązuje od dnia 12 stycznia 2017 roku. Dzięki zapisom znowelizowanej ustawy osoba, która w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych spełniała przesłanki do bycia osobą ubezpieczoną (np. żona/mąż osoby ubezpieczonej, uczące się dziecko osoby ubezpieczonej do 26 r.ż.), ale nią nie była (w momencie korzystania ze świadczeń złożyła pisemne oświadczenie o prawie do świadczeń lub dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń), może dokonać „wstecznego” zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Warunkiem nieobciążania kosztami leczenia jest dokonanie przez płatnika składek np. w przypadku pracownika poprzez pracodawcę, zleceniodawcę w przypadku zleceniobiorcy, organu emerytalno-rentowego w przypadku emeryt-rencisty „wstecznego” (prawidłowego) zgłoszenia członka rodziny. Aktualnie wysyłane są pisma (ok. 2 tysięcy pism) informujące o takiej możliwości do wszystkich osób które odwołały się od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ.

IV. Informacje o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Funduszu

IV.1. Liczba osób oczekujących

Dane statystyczne z zakresu list oczekujących świadczeniodawcy w 2016 roku przekazywali co miesiąc do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziałów wojewódzkich Funduszu szczegółowymi komunikatami sprawozdawczymi XML określonymi zarządzeniami Prezesa NFZ. Dane za okresy sprawozdawcze styczeń-grudzień 2016 r. były przekazywane komunikatem XML określonym w zarządzeniu Nr 13/2015/DI Prezesa NFZ z dnia 3 marca 2015 r. Przesyłane co miesiąc przez świadczeniodawców komunikaty XML obejmowały sporządzane dla komórek organizacyjnych w podziale na kategorie medyczne „przypadek pilny” i „przypadek stabilny” informacje o:

- liczbie osób oczekujących, według stanu na ostatni dzień miesiąca,
- średnim czasie oczekiwania na udzielenie świadczenia, określonym na podstawie informacji o osobach skreślonych w ostatnich trzech miesiącach z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia,
- 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 trzech miesiącach.

Powyższe informacje świadczeniodawcy przekazywali również w odniesieniu do wybranych świadczeń, tj.: wymienionych w załączniku nr 11 do rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach.

W tabeli nr IV.1. został przedstawiony odsetek świadczeniodawców, którzy w poddanych analizie okresach sprawozdawczych 2016 roku przekazali do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziałów wojewódzkich Funduszu komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących. Na szczególną uwagę zasługują oddziały: lubelski, małopolski, podlaski i pomorski, gdyż w każdym z przedstawionych w tabeli nr IV.1 okresów sprawozdawczych wszyscy świadczeniodawcy przekazali dane statystyczne z zakresu list oczekujących. W pozostałych oddziałach wojewódzkich Funduszu występują okresy sprawozdawcze, w których nie wszyscy świadczeniodawcy przesłali komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących, ale stanowili oni nie więcej niż 3% świadczeniodawców objętych obowiązkiem sprawozdawczym.

Tabela nr IV.1. Procent świadczeniodawców, którzy przesłali komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących do oddziałów wojewódzkich Funduszu w wybranych okresach sprawozdawczych (wg stanu na 29 marca 2017 r.).

Lp.	Nazwa OW NFZ	Okres sprawozdawczy			
		marzec 2016 r.	czerwiec 2016 r.	wrzesień 2016 r.	grudzień 2016 r.
1	Dołnośląski	99%	99%	99%	99%
2	Kujawsko-Pomorski	100%	100%	99%	100%
3	Lubelski	100%	100%	100%	100%
4	Lubuski	100%	99%	100%	99%
5	Łódzki	99%	99%	99%	99%
6	Małopolski	100%	100%	100%	100%
7	Mazowiecki	98%	99%	98%	97%
8	Opolski	99%	99%	99%	98%
9	Podkarpacki	100%	99%	99%	99%
10	Podlaski	100%	100%	100%	100%
11	Pomorski	100%	100%	100%	100%
12	Śląski	99%	100%	99%	99%
13	Świętokrzyski	100%	99%	100%	99%
14	Warmińsko-Mazurski	100%	99%	99%	99%
15	Wielkopolski	98%	98%	99%	98%
16	Zachodniopomorski	99%	99%	99%	99%

Dane przedstawione w tabeli zostały zaokrąglone w dół do wartości całkowitych.

Komunikatami sprawozdawczymi XML świadczeniodawcy przekazywali również informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, określane podobnie jak ww. dane statystyczne w podziale na kategorie medyczne „przypadek pilny” i „przypadek stabilny”. W odróżnieniu jednak od danych statystycznych częstotliwość przekazywania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia była większa, bowiem świadczeniodawcy zobowiązani byli do przekazywania tych informacji co najmniej raz w tygodniu. Dzięki temu możliwa była znacznie częstsza aktualizacja informacji publikowanych w Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne.

W ramach sprawozdawczości z zakresu list oczekujących świadczeniodawcy udzielający świadczeń wymienionych w załączniku nr 12 do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia byli zobowiązani do przekazywania w 2016 roku za pośrednictwem udostępnionej przez NFZ aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE) list oczekujących na te świadczenia. Listy oczekujących świadczeniodawcy mieli obowiązek prowadzenia w aplikacji w czasie rzeczywistym, tj. każdy nowy wpis na listę oczekujących, skreślenie z listy czy zmiana planowanego terminu udzielenia świadczenia powinny być od razu wprowadzone do aplikacji i dzięki temu, że aplikacja działa w trybie on-line, w tej samej chwili widoczne również po stronie NFZ.

W aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE) świadczeniodawcy mieli obowiązek prowadzenia list oczekujących na:

- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresów: onkologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kardiologii, endokrynologii,
- procedury medyczne: zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), endoprotezoplastykę stawu biodrowego, endoprotezoplastykę stawu kolanowego, usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka),
- świadczenia udzielane na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego,
- świadczenia wysokospecjalistyczne z wyłączeniem świadczeń z zakresu przeszczepów, udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów.

W celu zapewnienia kompletności, terminowości oraz poprawności sprawozdawczości z zakresu list oczekujących podjęto szereg działań w oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2016 roku:

- monitorowanie terminów spływu komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przekazywanych przez świadczeniodawców, wysyłanie do świadczeniodawców komunikatów o zbliżających się terminach sprawozdawczych,
- sprawdzanie kompletności i poprawności nadsyłanych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia,
- monitorowanie poprawności prowadzenia przez świadczeniodawców list oczekujących w aplikacji udostępnionej przez NFZ Kolejki Centralne (AP-KOLCE), w tym określania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, aktualizacji daty oceny kolejki, prowadzenia list oczekujących w czasie rzeczywistym,
- prowadzenie korespondencji (papierowej i elektronicznej) ze świadczeniodawcami nieprzekazującymi danych w terminie lub przekazującymi błędne dane,
- telefoniczne monitorowanie świadczeniodawców nieprzekazujących danych z zakresu list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, przekazujących je nieterminowo lub z błędami,
- publikowanie m.in. na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich NFZ komunikatów dla świadczeniodawców przypominających o obowiązkach sprawozdawczych i zasadach sporządzania sprawozdań dla NFZ, informujących o brakach w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących,
- rozpatrywanie zgłoszeń dotyczących nieprawidłowych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przekazywanych przez pacjentów poprzez funkcjonalność „zgłoś nieprawidłowość” w Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne,
- weryfikacja poprawności działania rejestracji świadczeniodawców w zakresie dokonywania wpisów na listy oczekujących oraz udzielania informacji zgodnych z obowiązującymi przepisami poprzez przeprowadzanie ankiet,
- prowadzenie szkoleń dla świadczeniodawców dotyczących zasad prowadzenia list oczekujących oraz przygotowywania sprawozdań dla Narodowego Funduszu Zdrowia,
- nakładanie kar umownych na świadczeniodawców niewywiązujących się z obowiązków sprawozdawczych z zakresu list oczekujących oraz nieprzestrzegających zasad prowadzenia list oczekujących.

W 2016 r. oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły 37 szkoleń dla świadczeniodawców dotyczących prowadzenia list oczekujących oraz przygotowywania sprawozdawczości dla NFZ. Dodatkowo pracownicy oddziałów wojewódzkich Funduszu służyli poradą, prowadzili rozmowy telefoniczne doszkalające świadczeniodawców w przedmiotowym zakresie.

W ramach przeprowadzonych kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacji danych z zakresu list oczekujących w 2016 r. oddziały wojewódzkie Funduszu nałożyły kary umowne na prawie 850 świadczeniodawców za niewywiązanie się z obowiązków sprawozdawczych z zakresu list oczekujących, nieprowadzenie list oczekujących lub prowadzenie ich w sposób naruszający przepisy prawa.

Ponadto oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły w 2016 roku 753 ankiety sprawdzające działanie rejestracji świadczeniodawców w zakresie dokonywania wpisów na listy oczekujących oraz udzielania informacji zgodnych z obowiązującymi przepisami.

Przedstawione dalej tabele prezentują komórki organizacyjne z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określonego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybrane w ramach poszczególnych zakresów świadczeń objętych przedmiotową

sprawozdawczością spośród 15 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2016 roku. Obok liczby osób oczekujących zawierają one medianę oraz trzeci kwartył średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określonego w dniach.

Podkreślić należy, że od okresu sprawozdawczego styczeń 2015 roku zmianie uległ wzór na obliczanie przez świadczeniodawców średniego rzeczywistego czasu oczekiwania. W tabelach, w kolumnach dotyczących 2014 roku prezentowane są informacje o średnim rzeczywistym czasie oczekiwania obliczanym przez świadczeniodawców na podstawie danych o osobach skreślonych w ostatnich sześciu miesiącach z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia, natomiast w kolumnach dotyczących 2015 roku i 2016 roku na podstawie danych z ostatnich trzech miesięcy. Oznacza on, ile dni oczekiwali średnio na wykonanie świadczenia osoby skreślone z listy oczekujących w ostatnich odpowiednio sześciu/trzech miesiącach.

Sprawozdanie zawiera również sporządzoną dla każdego zakresu świadczeń tabelę prezentującą liczbę osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w okresie od stycznia do grudnia 2016 roku z list oczekujących do komórek organizacyjnych z największą według stanu na koniec 2016 r. wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określonego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Informacje o liczbie osób oczekujących, medianie oraz trzecim kwartylu średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, a także liczbie osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia zostały zaprezentowane również w odniesieniu do 10 świadczeń objętych sprawozdawczością z zakresu list oczekujących, z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określonego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród 30 świadczeń z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2016 roku.

W sprawozdaniu ww. dane zostały również przedstawione w odniesieniu do komórek organizacyjnych oraz świadczeń, w przypadku których nastąpiło, porównując stan na koniec 2015 i 2016 roku, zwiększenie lub zmniejszenie liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób w skali kraju.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2016 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, poradni specjalistycznych: endokrynologicznych, chirurgii naczyniowej, kardiologicznych, gastroenterologicznych i okulistycznych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni endokrynologicznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 208 dni, a do 75% poradni nie przekraczała 290 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie okulistyczne i kardiologiczne wyróżniły się dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą odpowiednio: 271 043 i 125 970 osób. Na przestrzeni prezentowanych w tabeli nr IV.2. lat mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła w przypadku wszystkich poradni, a liczba osób oczekujących zmniejszyła się jedynie do okulistycznej. Poradnie okulistyczne wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2016 roku z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 1 005 105 osób (tabela nr IV.3.). Łączna liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia („przypadki pilne” i „przypadki stabilne”) w 2016 roku wzrosła w porównaniu z 2015 roku tylko w przypadku poradni endokrynologicznych, dla innych poradni liczba ta uległa spadkowi. Wśród osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w przypadku wszystkich wykazanych w tabeli nr IV.3 poradni obserwuje się wzrost udziału w kolejnych latach osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny”.

Tabela nr IV.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 5 komórek organizacyjnych z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród 15 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2016 roku.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2014 r.			Grudzień 2015 r.			Grudzień 2016 r.		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Poradnie endokrynologiczne	Przypadek pilny	1 377	0	17	3 624	6	26	5 432	13	42
		Przypadek stabilny	97 248	143	211	85 889	164	243	95 876	208	290
2	Poradnie chirurgii naczyniowej	Przypadek pilny	226	0	13	631	1	19	910	6	28
		Przypadek stabilny	26 353	92	156	27 689	128	197	29 608	131	223
3	Poradnie kardiologiczne	Przypadek pilny	1 659	0	11	4 735	5	20	6 504	9	26
		Przypadek stabilny	138 272	97	156	113 806	98	175	119 466	106	187
4	Poradnie gastroenterologiczne	Przypadek pilny	417	0	9	1 116	1	14	1 630	5	21
		Przypadek stabilny	43 939	66	117	39 903	76	132	39 577	81	147
5	Poradnie okulistyczne	Przypadek pilny	2 115	0	0	3 060	0	2	3 787	0	4
		Przypadek stabilny	322 230	53	104	271 142	60	122	267 256	65	130

Tabela nr IV.3. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń-grudzień 2016 r. z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2014 r.	średnio miesięcznie w 2014	w 2015 r.	średnio miesięcznie w 2015	w 2016 r.	średnio miesięcznie w 2016
1	Poradnie endokrynologiczne	Przypadek pilny	12 966	1 081	23 063	1 922	29 324	2 444
		Przypadek stabilny	158 963	13 247	129 077	10 756	123 083	10 257
2	Poradnie chirurgii naczyniowej	Przypadek pilny	3 867	322	6 405	534	7 432	619
		Przypadek stabilny	55 672	4 639	53 910	4 493	49 217	4 101
3	Poradnie kardiologiczne	Przypadek pilny	22 384	1 865	43 910	3 659	60 394	5 033
		Przypadek stabilny	402 614	33 551	326 611	27 218	308 717	25 726
4	Poradnie gastroenterologiczne	Przypadek pilny	5 619	468	9 272	773	11 833	986
		Przypadek stabilny	138 462	11 539	122 235	10 186	107 844	8 987
5	Poradnie okulistyczne	Przypadek pilny	20 824	1 735	33 226	2 769	42 865	3 572
		Przypadek stabilny	1 277 174	106 431	1 122 734	93 561	962 240	80 187

Leczenie szpitalne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2016 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowywano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, oddziałów szpitalnych: chirurgii urazowo-ortopedycznej, otorynolaryngologicznych dla dzieci, otorynolaryngologicznych, neurochirurgicznych i reumatologicznych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 151 dni, a do 75% oddziałów nie przekraczała 337 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych oddziały: chirurgii urazowo-ortopedycznej i otorynolaryngologiczne wyróżniły się dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą odpowiednio 150 111 i 103 362 osoby. Na przestrzeni

ostatniego roku zarówno mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania jak i liczba osób oczekujących uległa spadkowi tylko w przypadku oddziałów otorynolaryngologicznych dla dzieci i oddziałów reumatologicznych, dla pozostałych oddziałów obserwuje się wzrost powyższych parametrów. Oddziały otorynolaryngologiczne, a następnie oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2016 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła odpowiednio: 115 819 i 110 842 osoby (tabela nr IV.5). Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2016 r. zwiększyła się w porównaniu z 2015 r. w przypadku wszystkich oddziałów wykazanych w tabeli nr IV.5. Podobnie jak w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rośnie wśród osób skreślonych udział osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny”.

Tabela nr IV.4. Leczenie szpitalne – 5 komórek organizacyjnych z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wybranych spośród 15 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2016 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2014 r.			Grudzień 2015 r.			Grudzień 2016 r.		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	Przypadek pilny	13 084	9	43	17 578	17	59	22 332	19	65
		Przypadek stabilny	124 335	106	238	124 801	129	266	127 779	151	337
2	Oddziały otorynolaryngologiczne dla dzieci	Przypadek pilny	280	0	28	573	18	66	779	18	97
		Przypadek stabilny	11 188	127	178	13 488	167	218	10 632	149	212
3	Oddziały otorynolaryngologiczne	Przypadek pilny	1 972	4	22	2 778	7	25	3 180	8	31
		Przypadek stabilny	85 894	116	173	93 365	131	207	100 182	144	234
4	Oddziały neurochirurgiczne	Przypadek pilny	4 214	13	55	5 152	15	51	5 601	15	51
		Przypadek stabilny	25 436	88	200	26 518	95	266	27 907	117	204
5	Oddziały reumatologiczne	Przypadek pilny	2 417	13	34	2 689	16	32	3 284	17	41
		Przypadek stabilny	16 714	73	202	15 464	79	173	13 203	74	169

Tabela nr IV.5. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń-grudzień 2016 r. z list oczekujących do 5 wybranych komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2014 r.	średnio miesięcznie w 2014	w 2015 r.	średnio miesięcznie w 2015	w 2016 r.	średnio miesięcznie w 2016
1	Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	Przypadek pilny	25 912	2 159	29 917	2 493	34 234	2 853
		Przypadek stabilny	81 872	6 823	77 508	6 459	76 608	6 384
2	Oddziały otorynolaryngologiczne dla dzieci	Przypadek pilny	1 099	92	2 544	212	2 899	242
		Przypadek stabilny	13 406	1 117	13 619	1 135	14 003	1 167
3	Oddziały otorynolaryngologiczne	Przypadek pilny	10 372	864	12 431	1 036	15 165	1 264
		Przypadek stabilny	102 354	8 530	102 242	8 520	100 654	8 388
4	Oddziały neurochirurgiczne	Przypadek pilny	7 645	637	9 372	781	9 758	813
		Przypadek stabilny	16 820	1 402	16 936	1 411	16 956	1 413
5	Oddziały reumatologiczne	Przypadek pilny	11 268	939	12 303	1 025	14 360	1 197
		Przypadek stabilny	28 682	2 390	28 532	2 378	26 574	2 215

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2016 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowywano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, komórek organizacyjnych związanych z chorobami psychicznymi i uzależnieniami: poradni psychogeriatrycznych, poradni dla osób z autyzmem dziecięcym, oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, oddziałów/ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu. Mediana średniego

rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni psychogeriatrycznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 59 dni, a do 75% poradni nie przekraczała 87 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci wyróżniły się stosunkowo dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą 6 890 osób. Na przestrzeni prezentowanych w tabeli nr IV.6 lat mediana średniego czasu oczekiwania wzrosła w przypadku poradni psychogeriatrycznych, w pozostałych komórkach utrzymywała się na podobnym poziomie jak w latach ubiegłych. Liczba osób oczekujących uległa natomiast spadkowi tylko w przypadku oddziałów/ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu. Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2016 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 29 868 osób (tabela nr IV.7). Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2016 r. wzrosła w porównaniu z 2014 r. i 2015 r. w przypadku poradni dla osób z autyzmem dziecięcym.

Tabela nr IV.6. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – 5 komórek organizacyjnych z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród 15 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2016 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2014 r.			Grudzień 2015 r.			Grudzień 2016 r.		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Poradnie psychogeriatryczne	Przypadek pilny	3	0	0	2	0	0	2	0	0
		Przypadek stabilny	578	45	63	482	44	85	746	59	87
2	Poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym	Przypadek pilny	57	0	0	147	0	2	314	0	2
		Przypadek stabilny	2 357	49	128	2 225	48	153	2 810	48	119
3	Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych	Przypadek pilny	22	0	1	45	0	3	37	0	3
		Przypadek stabilny	2 450	32	127	3 245	31	62	4 102	32	73
4	Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci	Przypadek pilny	22	0	0	49	0	0	97	0	0
		Przypadek stabilny	6 961	35	57	6 602	31	59	6 793	31	58
5	Oddziały/ośrodki terapii uzależnienia	Przypadek pilny	8	0	0	1	0	0	5	0	0
		Przypadek stabilny	4 774	23	59	3 717	24	46	3 440	24	48

Tabela nr IV.7. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń – grudzień 2016 r. z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2014 r.	średnio miesięcznie w 2014 r.	w 2015 r.	średnio miesięcznie w 2015 r.	w 2016 r.	średnio miesięcznie w 2015 r.
1	Poradnie psychogeriatryczne	Przypadek pilny	79	7	58	5	54	5
		Przypadek stabilny	2 472	206	2 165	180	1 761	147
2	Poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym	Przypadek pilny	12	1	349	29	498	42
		Przypadek stabilny	4 594	383	5 542	462	6 338	528
3	Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych	Przypadek pilny	322	27	403	34	553	46
		Przypadek stabilny	4 095	341	3 855	321	3 712	309
4	Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci	Przypadek pilny	206	17	533	44	792	66
		Przypadek stabilny	37 783	3 149	31 519	2 627	29 076	2 423
5	Oddziały/ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu	Przypadek pilny	111	9	143	12	47	4
		Przypadek stabilny	7 253	604	7 175	598	7 051	588

Rehabilitacja lecznicza

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2016 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, do komórek organizacyjnych realizujących świadczenia rehabilitacji leczniczej: oddziałów rehabilitacyjnych, oddziałów

rehabilitacji narządu ruchu, zakładów rehabilitacji leczniczej, ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej, zespołów rehabilitacji domowej. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów rehabilitacyjnych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 404 dni, a do 75% oddziałów nie przekraczała 683 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych oddziały rehabilitacyjne wyróżniły się dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą 205 790 osób. Na przestrzeni ostatniego prezentowanego w tabeli nr IV.8 roku mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania zmniejszyła się w przypadku: zakładów rehabilitacji leczniczej i ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej, w pozostałych komórkach zwiększyła się, natomiast liczba osób oczekujących uległa spadkowi tylko w przypadku ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej. Oddziały rehabilitacyjne wyróżniały się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2016 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 103 923 osoby (tabela nr IV.9). Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2016 r. spadła w porównaniu z 2015 r. w przypadku oddziałów rehabilitacyjnych, dla pozostałych omawianych komórek liczba ta uległa wzrostowi.

Tabela nr IV.8. Rehabilitacja lecznicza – 5 komórek organizacyjnych z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określoną dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród 15 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2016 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2014 r.			Grudzień 2015 r.			Grudzień 2016 r.		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Oddziały rehabilitacyjne	Przypadek pilny	20 872	25	71	26 116	37	92	31 996	50	120
		Przypadek stabilny	159 877	280	526	168 017	348	632	173 794	404	683
2	Oddziały rehabilitacji narządu ruchu	Przypadek pilny	2 188	52	180	2 924	88	165	4 041	83	189
		Przypadek stabilny	15 144	318	557	12 354	282	667	13 014	403	794
3	Zakłady rehabilitacji leczniczej	Przypadek pilny	77	0	12	297	80	120	418	59	170
		Przypadek stabilny	2 076	35	71	8 610	226	325	11 016	218	541
4	Ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej	Przypadek pilny	4	0	0	3	27	41	3	8	11
		Przypadek stabilny	1 692	152	155	1 765	232	233	1 574	214	219
5	Zespół rehabilitacji domowej	Przypadek pilny	122	6	30	292	11	69	438	33	76
		Przypadek stabilny	1 401	62	143	1 527	116	191	1 591	151	223

Tabela nr IV.9. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń-grudzień 2016 r. z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2014 r.	średnio miesięcznie w 2014 r.	w 2015 r.	średnio miesięcznie w 2015 r.	w 2016 r.	średnio miesięcznie w 2016 r.
1	Oddziały rehabilitacyjne	Przypadek pilny	34 216	2 851	37 967	3 164	43 754	3 646
		Przypadek stabilny	69 442	5 787	67 239	5 603	60 169	5 014
2	Oddziały rehabilitacji narządu ruchu	Przypadek pilny	3 161	263	4 649	387	5 300	442
		Przypadek stabilny	5 940	495	4 407	367	4 186	349
3	Zakłady rehabilitacji leczniczej	Przypadek pilny	109	9	694	58	541	45
		Przypadek stabilny	1 508	126	4 976	415	7 889	657
4	Ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej	Przypadek pilny	0	0	9	1	23	2
		Przypadek stabilny	1 504	125	2 328	194	2 391	199
5	Zespół rehabilitacji domowej	Przypadek pilny	668	56	945	79	1 205	100
		Przypadek stabilny	2 854	238	2 940	245	2 746	229

Opieka paliatywna i hospicyjna

Od okresu sprawozdawczego kwiecień 2015 r. Fundusz pozyskuje od świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej dane dotyczące jedynie poradni medycyny paliatywnej. Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2016 r. wynika, że do poradni medycyny paliatywnej w skali kraju liczba osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 25 osób, a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania 0 dni. Jak wynika z przedstawionych danych w tabeli nr IV.11, liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia jest o ponad 36-krotnie większa od liczby osób oczekujących odnotowanej na koniec 2016 roku

Tabela nr IV.10. Informacja o liczbie osób oczekujących oraz średnim rzeczywistym czasie oczekiwania do poradni medycyny paliatywnej za grudzień 2016 r. – „przypadki stabilne”.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2014 r.			Grudzień 2015 r.			Grudzień 2016 r.		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Poradnie medycyny paliatywnej	Przypadek pilny	17	0	0	3	0	0	1	0	0
		Przypadek stabilny	66	0	0	34	0	0	25	0	0

Tabela nr IV.11. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń-grudzień 2016 r. z list oczekujących do poradni medycyny paliatywnej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2014 r.	średnio miesięcznie w 2014	w 2015 r.	średnio miesięcznie w 2015	w 2016 r.	średnio miesięcznie w 2016
1	Poradnie medycyny paliatywnej	Przypadek pilny	140	12	106	9	30	3
		Przypadek stabilny	1 258	105	1 248	104	902	75

Leczenie stomatologiczne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2016 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, komórek organizacyjnych realizujących świadczenia stomatologiczne: poradni ortodontycznych dla dzieci, poradni ortodontycznych, poradni chirurgii stomatologicznej, poradni stomatologicznych i poradni protetyki stomatologicznej. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni ortodontycznych dla dzieci dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 55 dni, a do 75% poradni nie przekraczała 120 dni. W przypadku poradni stomatologicznych i poradni protetyki stomatologicznej mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wyniosła 0 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie stomatologiczne wyróżniły się pod względem dużej liczby osób oczekujących, wynoszącej 117 259 osób. Na przestrzeni prezentowanych w tabeli nr IV.12 lat należy stwierdzić, że w przypadku poradni: stomatologicznych, ortodontycznych, protetyki stomatologicznej nastąpił w 2015 r. duży spadek liczby osób oczekujących. Mniejsze liczby osób oczekujących na świadczenia stomatologiczne w 2015 r. w porównaniu z 2014 r. spowodowane są zmianami w sprawozdawczości, które nastąpiły w kwietniu 2015 r. Zgodnie z załącznikiem nr 11 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 2016 r. poz. 192, z późn. zm.) świadczeniodawcy udzielający świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego mają obowiązek prowadzenia odrębnych list oczekujących na leczenie protetyczne i leczenie aparatem ortodontycznym. W związku z tym część

osób będących dotychczas na listach oczekujących np. do poradni stomatologicznej zostało przeniesionych na nowe listy oczekujących, tj. listy oczekujących na leczenie protetyczne, leczenie aparatem ortodontycznym.

Pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2016 r. z powodu wykonania świadczenia wyróżniły się poradnie stomatologiczne. Liczba ta wynosiła 1 005 920 osób. W przypadku wszystkich poradni prezentowanych w tabeli nr IV.13. liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2016 r. zmniejszyła się w porównaniu z 2015 r.

Tabela nr IV.12. Leczenie stomatologiczne – 5 komórek organizacyjnych z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określoną dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród 15 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2016 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2014 r.			Grudzień 2015 r.			Grudzień 2016 r.		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Poradnie ortodontyczne dla dzieci	Przypadek pilny	2	0	0	13	0	0	57	0	0
		Przypadek stabilny	4 418	70	194	2 141	16	83	3 245	55	120
2	Poradnie ortodontyczne	Przypadek pilny	76	0	0	177	0	0	208	0	0
		Przypadek stabilny	94 577	58	242	45 828	39	142	49 762	40	167
3	Poradnie chirurgii stomatologicznej	Przypadek pilny	69	0	0	97	0	0	45	0	0
		Przypadek stabilny	16 930	7	26	19 115	8	30	18 949	9	36
4	Poradnie stomatologiczne	Przypadek pilny	1 463	0	0	516	0	0	446	0	0
		Przypadek stabilny	278 416	4	30	131 734	0	14	116 813	0	12
5	Poradnie protetyki stomatologicznej	Przypadek pilny	40	0	0	114	0	0	55	0	0
		Przypadek stabilny	60 319	38	179	19 594	0	24	18 247	0	16

Tabela nr IV.13. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń-grudzień 2016 r. z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu leczenia stomatologicznego.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2014 r.	średnio miesięcznie w 2014 r.	w 2015 r.	średnio miesięcznie w 2015 r.	w 2016 r.	średnio miesięcznie w 2016 r.
1	Poradnie ortodontyczne dla dzieci	Przypadek pilny	30	3	33	3	56	5
		Przypadek stabilny	4 271	356	4 982	415	3 830	319
2	Poradnie ortodontyczne	Przypadek pilny	794	66	698	58	900	75
		Przypadek stabilny	144 266	12 022	105 932	8 828	71 159	5 930
3	Poradnie chirurgii stomatologicznej	Przypadek pilny	1 063	89	1 293	108	2 082	174
		Przypadek stabilny	105 768	8 814	90 071	7 506	82 335	6 861
4	Poradnie stomatologiczne	Przypadek pilny	16 830	1 403	17 103	1 425	14 865	1 239
		Przypadek stabilny	1 889 755	157 480	1 333 135	111 095	991 085	82 590
5	Poradnie protetyki stomatologicznej	Przypadek pilny	363	30	246	21	266	22
		Przypadek stabilny	66 268	5 522	42 750	3 563	23 897	1 991

Wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących.

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2016 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania zostały odnotowane na listach oczekujących na następujące procedury medyczne, programy lekowe, świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej: zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), endoprotezoplastykę stawu kolanowego, endoprotezoplastykę stawu biodrowego, świadczenia rezonansu magnetycznego, świadczenia tomografii komputerowej, leczenie protetyczne, leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową, koronarografię, badania medycyny nuklearnej, pozytonową tomografię emisyjną. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 585 dni, a do 75% oddziałów nie przekraczała 804 dni. Następnymi świadczeniami, na które w skali kraju oczekiwało się najdłużej, są endoprotezoplastyki stawowe. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wynosiła według stanu na koniec grudnia 2016 r. dla endoprotezoplastyki stawu kolanowego 542 dni, a dla endoprotezoplastyki stawu biodrowego 460 dni. Dla powyższych procedur odnotowywana jest także duża liczba osób oczekujących, która według stanu na koniec grudnia 2016 r. wynosiła odpowiednio: 540 667, 114 137 i 104 959 osób. Duże liczby osób oczekujących odnotowywane są również na świadczenia rezonansu magnetycznego (332 220 osób) i świadczenia tomografii komputerowej (178 994 osoby). W przypadku programów lekowych najwięcej osób i najdłużej oczekiwało na program leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową. Na liście oczekujących na ten program lekowy według stanu na koniec grudnia 2016 r. znajdowało się 9 788 osób, a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wynosiła 43 dni dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Jak wynika z tabeli nr IV.14., w 2016 r. zarówno mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania jak i liczba osób oczekujących uległa w porównaniu z 2015 r. wzrostowi dla wszystkich prezentowanych świadczeń.

Świadczenia tomografii komputerowej wyróżniły się pod względem największej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2016 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 850 427 osób. W większości prezentowanych w tabeli nr IV.15. świadczeń liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2016 r. uległa wzrostowi w porównaniu z 2014 r. i 2015 r. Jedynie w przypadku koronarografii i badań medycyny nuklearnej uległa spadkowi.

Należy zauważyć, że w przypadku 2 analizowanych świadczeń, tj. leczenia protetycznego i leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową obowiązek sprawozdawania przez świadczeniodawców danych z zakresu list oczekujących istnieje dopiero od 2015 r. Brak jest zatem danych za 2014 r. Dla świadczeń tomografii komputerowej, pozytonowej tomografii emisyjnej oraz badań medycyny nuklearnej obowiązek sprawozdawczy z zakresu list oczekujących wprowadzono od okresu sprawozdawczego kwiecień 2015 r. W tym jednak przypadku dane z zakresu list oczekujących na ww. świadczenia zestawiono z danymi z zakresu list oczekujących do odpowiednich komórek organizacyjnych, tj. pracowni tomografii komputerowej, pracowni tomografii komputerowej dla dzieci, pracowni pozytonowej tomografii emisyjnej i zakładów medycyny nuklearnej.

Tabela nr IV.14. Świadczenia opieki zdrowotnej z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybrane spośród 30 świadczeń z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2016 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2014 r.			Grudzień 2015 r.			Grudzień 2016 r.		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania w dniach		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania w dniach		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania w dniach	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	Przypadek pilny	21 160	110	204	25 029	122	203	26 322	111	184
		Przypadek stabilny	492 336	508	714	513 783	568	788	514 345	585	804
2	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	Przypadek pilny	9 315	104	310	12 607	111	332	14 967	136	355
		Przypadek stabilny	84 041	437	831	92 728	480	939	99 170	542	984
3	Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	Przypadek pilny	10 010	100	252	13 148	125	266	14 514	129	281
		Przypadek stabilny	86 317	399	768	88 995	435	906	90 445	460	864
4	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	28 096	38	59	50 285	53	79	76 927	91	122
		Przypadek stabilny	219 114	129	161	241 452	175	218	255 293	193	230
5	Świadczenia tomografii komputerowej	Przypadek pilny	12 301	12	24	17 864	17	34	28 552	21	41
		Przypadek stabilny	145 928	58	85	133 517	64	103	150 442	70	106
6	Leczenie protetyczne	Przypadek pilny	bd	bd	bd	494	0	0	488	0	0
		Przypadek stabilny	bd	bd	bd	73 262	42	196	75 874	45	313
7	Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C/terapia	Przypadek pilny	bd	bd	bd	556	0	1	1 166	6	115
		Przypadek stabilny	bd	bd	bd	2 940	0	12	8 622	43	202
8	Koronarografia	Przypadek pilny	1 882	2	17	1 980	1	17	2 328	2	15
		Przypadek stabilny	11 354	38	72	10 502	34	75	11 337	38	70
9	Badania medycyny nuklearnej	Przypadek pilny	656	0	7	177	0	6	383	0	13
		Przypadek stabilny	9 414	18	37	5 347	16	29	7 170	26	50
10	Pozytonowa tomografia emisyjna	Przypadek pilny	187	0	11	272	0	6	435	6	11
		Przypadek stabilny	867	15	31	890	10	12	1 217	14	20

Tabela nr IV.15. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń-grudzień 2016 r. z list oczekujących na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2014 r.	średnio miesięcznie w 2014 r	w 2015 r.	średnio miesięcznie w 2014 r	w 2016 r.	średnio miesięcznie w 2014 r
1	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	Przypadek pilny	52 694	4 391	54 854	4 571	61 440	5 120
		Przypadek stabilny	163 051	13 588	165 294	13 775	176 919	14 743
2	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	Przypadek pilny	5 499	458	7 050	588	8 076	673
		Przypadek stabilny	8 323	694	9 520	793	10 573	881
3	Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	Przypadek pilny	11 633	969	14 306	1 192	15 384	1 282
		Przypadek stabilny	14 190	1 183	15 403	1 284	15 926	1 327
4	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	130 472	10 873	189 119	15 760	216 120	18 010
		Przypadek stabilny	444 828	37 069	419 119	34 927	426 199	35 517
5	Świadczenia tomografii komputerowej	Przypadek pilny	108 715	9 060	159 528	13 294	204 243	17 020
		Przypadek stabilny	637 986	53 166	604 122	50 344	646 184	53 849
6	Leczenie protetyczne	Przypadek pilny	bd	bd	739	62	1 100	92
		Przypadek stabilny	bd	bd	37 175	3 098	52 851	4 404
7	Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby	Przypadek pilny	bd	bd	424	212	3 085	257
		Przypadek stabilny	bd	bd	475	238	2 439	203
8	Koronarografia	Przypadek pilny	11 782	982	13 110	1 093	13 715	1 143
		Przypadek stabilny	50 696	4 225	47 447	3 954	44 804	3 734
9	Badania medycyny nuklearnej	Przypadek pilny	7 288	607	4 618	385	4 175	348
		Przypadek stabilny	66 571	5 548	46 661	3 888	45 490	3 791
10	Pozytonowa tomografia emisyjna	Przypadek pilny	847	71	7 753	646	9 236	770
		Przypadek stabilny	6 141	512	15 173	1 264	22 991	1 916

Komórki organizacyjne oraz świadczenia, w przypadku których nastąpiła w okresie od grudnia 2015 r. do grudnia 2016 r. zmiana liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób.

W tabeli nr IV.16. znalazły się dane dotyczące komórek organizacyjnych i świadczeń, w przypadku których nastąpił od grudnia 2015 r. do grudnia 2016 r. wzrost lub spadek liczby osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” i „przypadek stabilny” o co najmniej 10 tys. osób. W powyższej tabeli jedynie w przypadku poradni stomatologicznych odnotowujemy spadek liczby osób oczekujących o: 14 991 osób. W przypadku pozostałych wymienionych w tabeli nr IV.16. komórek organizacyjnych i świadczeń odnotowywany jest wzrost liczby osób oczekujących. Największy wzrost liczby osób oczekujących (o 86 449 osób) nastąpił w przypadku działów (pracowni) fizjoterapii. Należy zauważyć, że w przypadku większości wymienionych w tabeli nr IV.16. komórek organizacyjnych i świadczeń wzrosła również wartość mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania. Jedynie w przypadku poradni stomatologicznych pozostała na tym samym poziomie co w 2015 r. i wynosiła 0 dni.

Zgodnie z prezentowanymi w tabeli nr IV.17. informacjami dotyczącymi komórek organizacyjnych oraz świadczeń, w przypadku których nastąpiła duża zmiana liczby osób oczekujących, największa liczba osób skreślonych w 2016 r. z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia odnotowana została w przypadku działów (pracowni) fizjoterapii (2 485 341 osób), a następnie poradni stomatologicznych (1 005 950 osób) oraz świadczeń tomografii komputerowej (850 427 osób). Wzrost liczby osób skreślonych w 2016 r. z powodu wykonania świadczenia w porównaniu z latami 2014-2015 obserwowany jest w przypadku: świadczeń rezonansu magnetycznego, świadczeń tomografii komputerowej, pracowni endoskopowej oraz poradni chorób zakaźnych.

Tabela nr IV.16. Wykaz komórek organizacyjnych, świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których w ciągu roku, porównując dane za grudzień 2015 r. i grudzień 2016 r., nastąpiła zmiana w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2014 r.			Grudzień 2015 r.			Grudzień 2016 r.			Zmiana liczby osób oczekujących ogółem w grudniu 2016 r. w stosunku do grudnia 2015 r.
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci	
1	Działy (pracownie) fizjoterapii	Przypadek pilny	28 387	0	20	54 954	13	41	78 867	21	57	86 449
		Przypadek stabilny	751 883	66	111	874 804	94	147	937 340	112	171	
2	Świadczenia rezonansu	Przypadek pilny	28 096	38	59	50 285	53	79	76 927	91	122	40 483
		Przypadek pilny	219 114	129	161	241 452	175	218	255 293	193	230	
3	Świadczenia tomografii	Przypadek pilny	12 301	12	24	17 864	17	34	28 552	21	41	27 613
		Przypadek pilny	145 928	58	85	133 517	64	103	150 442	70	106	
4	Ośrodki rehabilitacji	Przypadek pilny	5 726	0	23	8 877	5	38	13 076	14	63	15 499
		Przypadek pilny	54 446	52	156	61 662	91	189	72 962	118	242	
5	Pracownie endoskopii	Przypadek pilny	1 228	0	10	3 199	1	14	4 626	5	17	15 372
		Przypadek pilny	65 135	36	70	79 179	39	81	93 124	47	83	
6	Poradnie neurologiczne	Przypadek pilny	1 575	0	4	3 527	0	8	5 121	0	12	14 191
		Przypadek pilny	125 245	39	72	119 584	36	71	132 181	43	84	
7	Poradnie endokrynologiczne	Przypadek pilny	1 377	0	17	3 624	6	26	5 432	13	42	11 795
		Przypadek pilny	97 248	143	211	85 889	164	243	95 876	208	290	
8	Oddziały rehabilitacyjne	Przypadek pilny	20 872	25	71	26 116	37	92	31 996	50	120	11 657
		Przypadek pilny	159 877	280	526	168 017	348	632	173 794	404	683	
9	Poradnie chorób zakaźnych	Przypadek pilny	273	0	8	494	0	16	1 686	1	34	10 775
		Przypadek pilny	12 646	59	115	12 225	64	123	21 808	91	143	
10	Poradnie stomatologiczne	Przypadek pilny	1 463	0	0	516	0	0	446	0	0	-14 991
		Przypadek pilny	278 416	4	30	131 734	0	14	116 813	0	12	

Tabela nr IV.17. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń-grudzień 2016 r. z list oczekujących do komórek organizacyjnych, świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których, porównując dane za grudzień 2015 r. i grudzień 2016 r., nastąpiła zmiana w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2014 r.	średnio miesięcznie w 2014 r.	w 2015 r.	średnio miesięcznie w 2015 r.	w 2016 r.	średnio miesięcznie w 2016 r.
1	Działy (pracownie) fizjoterapii	Przypadek pilny	168 610	14 051	253 035	21 086	307 721	25 643
		Przypadek stabilny	2 520 373	210 031	2 303 597	191 966	2 177 620	181 468
2	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	130 472	10 873	189 119	15 760	216 120	18 010
		Przypadek stabilny	444 828	37 069	419 119	34 927	426 199	35 517
3	Świadczenia tomografii komputerowej	Przypadek pilny	108 715	9 060	159 528	13 294	204 243	17 020
		Przypadek stabilny	637 986	53 166	604 122	50 344	646 184	53 849
4	Ośrodki rehabilitacji dziennej	Przypadek pilny	17 548	1 462	23 733	1 978	29 709	2 476
		Przypadek stabilny	117 696	9 808	98 774	8 231	93 943	7 829
5	Pracownie endoskopii	Przypadek pilny	16 015	1 335	30 018	2 502	38 022	3 169
		Przypadek stabilny	298 097	24 841	331 270	27 606	360 715	30 060
6	Poradnie neurologiczne	Przypadek pilny	21 025	1 752	40 167	3 347	50 331	4 194
		Przypadek stabilny	694 565	57 880	649 376	54 115	603 137	50 261
7	Poradnie endokrynologiczne	Przypadek pilny	12 966	1 081	23 063	1 922	29 324	2 444
		Przypadek stabilny	158 963	13 247	129 077	10 756	123 083	10 257
8	Oddziały rehabilitacyjne	Przypadek pilny	34 216	2 851	37 967	3 164	43 754	3 646
		Przypadek stabilny	69 442	5 787	67 239	5 603	60 169	5 014
9	Poradnie chorób zakaźnych	Przypadek pilny	2 342	195	4 405	367	6 759	563
		Przypadek stabilny	35 474	2 956	34 279	2 857	33 613	2801
10	Poradnie stomatologiczne	Przypadek pilny	16 830	1 403	17 103	1 425	14 865	1 239
		Przypadek stabilny	1 889 755	157 480	1 333 135	111 095	991 085	82 590

Przyczyny ograniczonej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

Poniżej zostały przedstawione najczęstsze przyczyny kolejek oczekujących na omawiane świadczenia, tj. przede wszystkim na świadczenia:

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu endokrynologii, kardiologii, chirurgii naczyniowej, gastroenterologii, okulistyki, endoskopii oraz świadczenia rezonansu magnetycznego i świadczenia tomografii komputerowej;
- leczenia szpitalnego realizowane w oddziałach: chirurgii urazowo-ortopedycznej, otorynolaryngologicznych, otorynolaryngologicznych dla dzieci, neurochirurgicznych, reumatologicznych oraz zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), endoprotezoplastyki stawu biodrowego, endoprotezoplastyki stawu kolanowego;
- rehabilitacji leczniczej realizowane w: oddziałach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacji narządu ruchu, zakładach rehabilitacji leczniczej, ośrodkach rehabilitacji pulmonologicznej, zespołach rehabilitacji domowej;
- opieki psychiatrycznej i leczenie uzależnień realizowane w: poradniach psychogeriatrycznych, poradniach dla osób z autyzmem dziecięcym, oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych, poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci, oddziałach/ośrodkach uzależnienia od alkoholu;
- leczenia stomatologicznego realizowane w poradniach ortodontycznych dla dzieci, poradniach ortodontycznych oraz leczenie protetyczne;
- leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową.

Podkreślić należy, że większość z nich ma charakter ogólnokrajowy, choć występują również przyczyny regionalne związane przede wszystkim z niewystarczającą liczbą lekarzy o określonej specjalności oraz niewielką liczbą miejsc udzielania danego rodzaju świadczeń.

Wśród przyczyn ograniczonej dostępności do ww. świadczeń możemy wymienić:

1. Bardzo duże przyrosty liczby osób oczekujących wynikające ze zwiększającego się zapotrzebowania na niektóre rodzaje świadczeń, np.: na świadczenia rehabilitacyjne, świadczenia rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej, świadczenia z zakresu: endokrynologii, kardiologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową;
2. Starzenie się społeczeństwa, rosnący udział pacjentów powyżej 65 roku życia, z czym wiąże się wzrost zapotrzebowania na określone świadczenia opieki zdrowotnej;
3. Niewielka liczba ośrodków udzielających określonych świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego np. wyspecjalizowanych ośrodków neurochirurgicznych;
4. Niedostateczne nakłady finansowe płatnika świadczeń zdrowotnych, niepozwalające na zrównoważenie popytu na świadczenia;
5. Preferowanie przez pacjentów placówek z określoną renomą lub też największych (najlepiej znanych) w rejonie/województwie, prowadzące do znacznych dysproporcji między najdłuższymi a najkrótszymi kolejkami w danym zakresie świadczeń np. w przypadku endoprotezoplastyk stawowych, zabiegów w zakresie soczewki (zaćma).
6. Niewystarczająca liczba lekarzy określonej specjalności (w szczególności specjalistów II stopnia, co ogranicza możliwości zakontraktowania świadczeń) w skali kraju lub danego regionu powoduje, że wydłuża się czas oczekiwania na świadczenia z danego zakresu np. endokrynologii, specjalistów zabiegowych w zakresie okulistyki. Występują też sytuacje, że lekarze nie są zainteresowani zawieraniem umów z Narodowym Funduszem Zdrowia z uwagi na fakt, że na rynku prywatnym są znacznie lepiej wynagradzani;
7. Pozostawianie pacjentów pod opieką poradni specjalistycznych dłużej niż wskazywałby na to postęp choroby lub dynamika procesu chorobowego, przez co osoby pozostające w toku leczenia „blokują” miejsca dla kolejnych pacjentów. Długoletnie przebywanie pod opieką specjalisty zdiagnozowanych pacjentów widoczne jest m.in. na przykładzie świadczeń z zakresu endokrynologii, kardiologii. Pacjenci niechętnie oddają się pod opiekę lekarza POZ. Wielu pacjentów chorych przewlekle wybiera stałe wizyty u specjalisty, pomimo iż stan zdrowia nie wskazuje na taką konieczność. Kontrola stanu zdrowia mogłaby być realizowana przez lekarza POZ. Przy rosnącej liczbie pacjentów chorych przewlekle, pozostawianie ich pod stałą opieką specjalisty powoduje, że czasy oczekiwania ulegają wydłużeniu. Zwraca się uwagę na brak standardów kontynuowania leczenia przez lekarzy POZ. Występuje niewystarczająca współpraca pomiędzy POZ a specjalistyką;
8. Zbyt pochopne lub wprost niezasadne kierowanie pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do poradni specjalistycznych w sytuacjach, gdy dane schorzenie może być leczone w POZ;
9. Powielanie porad specjalistycznych wynikające m.in. z braku potencjału sprzętowego w miejscu udzielania świadczeń, nierealizowania określonego zakresu świadczeń (np. niepełny zakres diagnostyki związanej z alergiami), co powoduje, że pacjenci są odsyłani do innych ośrodków. Powielanie wizyt występuje również z powodu dążenia świadczeniodawcy do zbilansowania kosztu źle wycenionego świadczenia. Niektórzy świadczeniodawcy celowo wyznaczają kolejne wizyty pacjentowi, aby zwrócił im się koszt np. badania diagnostycznego lub zabiegu. Niewłaściwa wycena świadczeń powoduje również, że dostęp do tych świadczeń jest celowo ograniczany przez świadczeniodawców;
10. Brak uszczegółowienia standardów postępowania w przypadku świadczeń z ograniczoną dostępnością np. postępowania w przypadku leczenia ząbów. Wielu pacjentów jest wpisywanych zbyt wcześnie na listę oczekujących, mają wielokrotnie potem przesuwane terminy udzielenia świadczenia, blokując miejsca innym pacjentom;
11. Znaczący i nagły wzrost liczby pacjentów kwalifikowanych przez lekarzy kierujących do kategorii medycznej „przypadek pilny”. Część skierowania z adnotacją „pilny” nie

- znajduje medycznego potwierdzenia. Rośnie również liczba osób uzyskujących skierowania na to samo świadczenie od różnych lekarzy, chcąc w ten sposób zapisać się w różnych miejscach i przyspieszyć termin realizacji świadczenia;
12. Brak informowania świadczeniodawców przez pacjentów o rezygnacji z udzielenia świadczenia lub braku możliwości stawienia się w ustalonym terminie. Powstają przerwy w udzielaniu świadczeń, brak takiej informacji dezorganizuje pracę świadczeniodawców;
 13. Wyznaczanie odległych terminów udzielenia świadczenia na życzenie pacjenta w oderwaniu od kolejności zgłoszeń, co przekłada się na wydłużenie sprawozdawanych średnich rzeczywistych czasów oczekiwania;
 14. Znaczny udział w liczbie osób oczekujących pacjentów spoza województwa, co powoduje, że podejmowane przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia działania w celu skrócenia kolejki oczekujących stają się w długiej perspektywie mało skuteczne. Zwiększenie poziomu finansowania określonych świadczeń np. tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego w celu skrócenia czasów oczekiwania, w przypadku gdy w ościennych województwach podobne działania nie są realizowane, powoduje duży napływ pacjentów z innych województw i zakładany efekt nie jest przez to osiągnięty;
 15. Niedostateczny dostęp pacjentów do informacji o miejscach udzielania świadczeń. Należy tutaj wspomnieć, że znaczną część pacjentów stanowią osoby starsze i pochodzące z ośrodków wiejskich, które wobec wynikającego m.in. z tych przyczyn wykluczenia cyfrowego nie posiadają umiejętności lub możliwości pozwalających na uzyskanie informacji o istniejących w ich rejonie placówkach medycznych, kierując się w razie potrzeby bezpośrednio do największego pobliskiego ośrodka, zwykle szpitala. Powstają zatem duże dysproporcje w czasie oczekiwania pomiędzy świadczeniodawcami. W stosunku do tego rodzaju pacjentów nieskuteczne stają się akcje informacyjne prowadzone w internecie, prasie czy poza siedzibą oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;
 16. Błędy w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących powodujące, że niekiedy wykazywane są dłuższe czasy oczekiwania i wyższe liczby osób oczekujących np.:
 - nieskreślanie pacjentów z list oczekujących po wykonaniu świadczenia,
 - wpisywanie na listy pacjentów pozostających w planie leczenia,
 - wykazywanie osób wpisanych na wyodrębnioną kolejkę np. zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) także w kolejce na oddział okulistyczny (podwójne wpisywanie tego samego pacjenta do kilku kolejek),
 - wielokrotne wykazywanie tego samego pacjenta na liście oczekujących.

IV.2. Geograficzna dostępność świadczeń opieki zdrowotnej według województw – w podziale na poszczególne zakresy tych świadczeń

W 2016 roku Centrala NFZ przygotowała i przedstawiła analizy m.in. dostępności do wybranych świadczeń, obejmujące następujące zagadnienia:

1. Realizacja świadczeń endoprotezoplastyki stawowej w 2016 r.
2. Prognoza korzystania ze świadczeń szpitalnych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontekście zmian demograficznych w Polsce
3. Podstawowa Opieka Zdrowotna – potencjał i jego wykorzystanie

Powyższe analizy zostały opublikowane na stronie internetowej Centrali NFZ.

W tabeli nr IV.18. przedstawiono dane dotyczące liczby zrealizowanych skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ w 2016 r. oraz wskaźnik dostępności niniejszych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Tabela nr IV.18. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w 2016 r. w podziale na OW NFZ.

Nazwa OW NFZ	ogółem liczba ubezpieczonych*	Liczba zrealizowanych skierowań w roku 2016	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 491 028	38 048	153
Kujawsko-Pomorski	1 812 404	21 827	120
Lubelski	1 898 917	25 929	137
Lubuski	872 146	9 357	107
Łódzki	2 248 416	28 491	127
Małopolski	2 983 985	34 828	117
Mazowiecki	4 896 039	63 547	130
Opolski	811 014	8 261	102
Podkarpacki	1 841 087	20 792	113
Podlaski	1 021 467	12 855	126
Pomorski	1 989 886	18 014	91
Śląski	4 034 172	46 566	115
Świętokrzyski	1 102 401	15 667	142
Warmińsko-Mazurski	1 211 216	12 634	104
Wielkopolski	3 142 624	39 729	126
Zachodniopomorski	1 429 412	12 756	89
Ogółem	33 786 214	409 301	121

* dane wg Centralnego Wykazu Ubezpieczonych wg stanu na dzień 03.01.2017 r..

W tabeli nr IV.19. przedstawiono dane dotyczące liczby osób, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ w 2016 r. oraz wskaźnik dostępności niniejszych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Tabela nr IV.19. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2016 r. w podziale na OW NFZ. (* dane wg CWU wg stanu na dzień 03.01.2017 r.).

Nazwa OW NFZ	ogółem liczba ubezpieczonych*	Liczba osób, którym udzielono świadczeń w roku 2016	Wskaźnik na 10 tys.
			osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 491 028	646	2,59
Kujawsko-Pomorski	1 812 404	475	2,62
Lubelski	1 898 917	502	2,64
Lubuski	872 146	148	1,7
Łódzki	2 248 416	499	2,22
Małopolski	2 983 985	574	1,92
Mazowiecki	4 896 039	1 258	2,57
Opolski	811 014	266	3,28
Podkarpacki	1 841 087	508	2,76
Podlaski	1 021 467	331	3,24
Pomorski	1 989 886	600	3,02
Śląski	4 034 172	1 530	3,79
Świętokrzyski	1 102 401	140	1,27
Warmińsko-Mazurski	1 211 216	366	3,02
Wielkopolski	3 142 624	654	2,08
Zachodniopomorski	1 429 412	190	1,33
Ogółem	33 786 214	8 687	2,57

Zgodnie z danymi przedstawionymi w poniższej tabeli, w ramach ratownictwa medycznego na rok 2016, zakontraktowanych zostało łącznie 1527 zespołów ratownictwa medycznego, w tym:

- 965 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego (w tym 11 wodnych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego);
- 562 specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego (w tym 1 wodny specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego).

Ogólna liczba zespołów ratownictwa medycznego wzrosła w 2016 r. względem roku poprzedniego o 26 (1,73%), przy czym liczba specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 25, natomiast liczba podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 51. Wskazane powyżej zmiany w liczbie zespołów ratownictwa medycznego wynikają z modyfikacji treści wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Istotny wpływ na wzrost liczby zakontraktowanych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego w 2016 r. miała również okoliczność organizacji w Warszawie szczytu NATO w okresie 8-9 lipca 2016 r. oraz Światowych Dni Młodzieży. W związku z ww. wydarzeniami zakontraktowanych zostało 8 dodatkowych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego (6 funkcjonujących okresowo oraz 2 zespoły funkcjonujące czasowo-okresowo).

Tabela nr IV.20 Liczba zakontraktowanych na rok 2016 zespołów ratownictwa medycznego w podziale na rodzaj zespołów oraz informacje, dotyczące ich dostępności w latach 2015-2016.

Liczba zespołów ratownictwa medycznego *			
Rodzaj zespołu	Liczba zespołów w 2015 r.	Liczba zespołów w 2016 r.	Liczba zespołów w 2016 r. w stosunku do liczby zespołów w 2015 r.
Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	914	965	105,58%
Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	587	562	95,74%
RAZEM	1501	1527	101,73%
Dostępność zespołów ratownictwa medycznego**			
Rodzaj zespołu	2015 r.	2016 r.	Dostępność zespołów w 2016 r. w stosunku do dostępności zespołów w 2015 r.
Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	878,75	909,73	103,53%
Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	582,00	556,31	95,59%
RAZEM	1460,75	1466,04	100,36%

**) 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 powyższej tabeli przedstawiono także dane dotyczące dostępności zespołów ratownictwa medycznego w latach 2015-2016, która oprócz informacji na temat zespołów ratownictwa medycznego funkcjonujących całodobowo przez cały rok, uwzględnia również te, które 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 powyższych danych wynika, że ogólna dostępność zespołów ratownictwa medycznego była w roku 2016 o 0,36% większa niż w 2015 roku, przy czym dostępność podstawowych zespołów zwiększyła się o 3,53%, natomiast dostępność specjalistycznych zespołów zmniejszyła się o 4,41%.

Tabela nr IV.21. przedstawia liczbę osób (w tys.) przypadającą na jeden zespół ratownictwa medycznego w poszczególnych województwach oraz liczbę zespołów ratownictwa medycznego przypadających na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach.

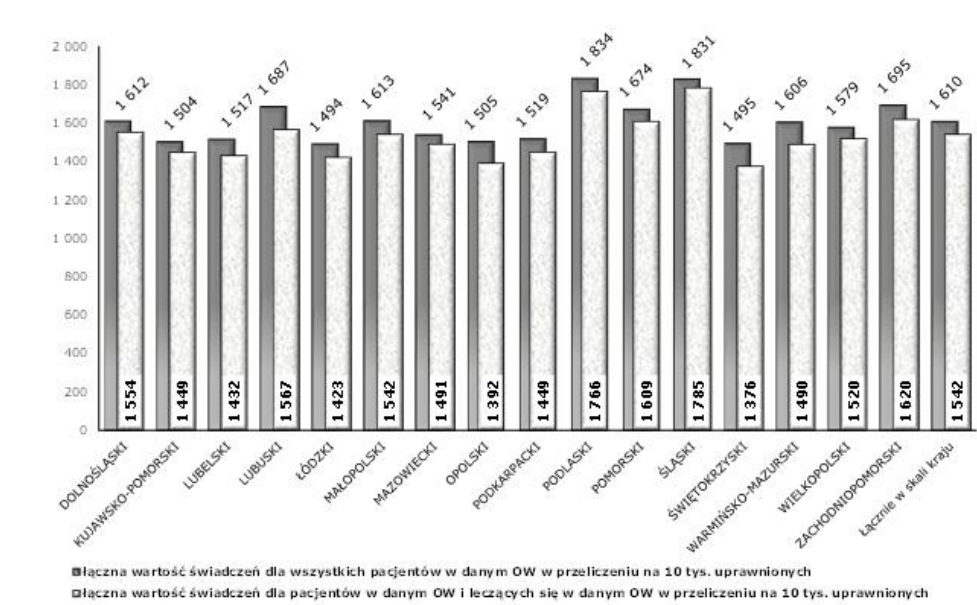
Drugi z wymienionych powyższej wskaźników przyjmuje:

- najwyższe wartości w województwach: warmińsko – mazurskim (0,51), lubuskim (0,50) oraz zachodniopomorskim (0,47),
- najniższe wartości w województwach: mazowieckim (0,33), śląskim i wielkopolskim (0,34).

Tabela nr IV.21. Liczba zakontraktowanych zespołów ratownictwa medycznego w 2016 r. w odniesieniu do ludności województw.

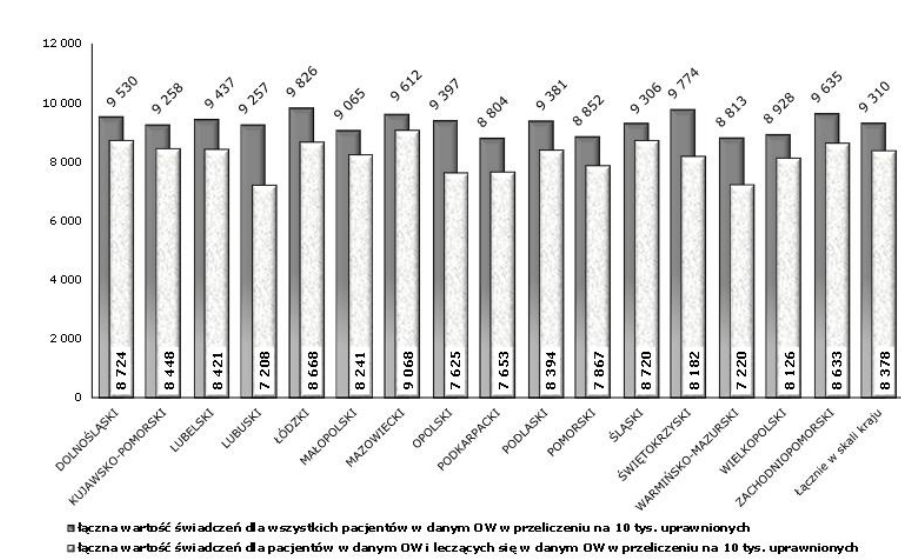
OW NFZ	Ludność w tys. os. (wg GUS stan na 31.12.2016 r.)	Liczba ZRM w 2016 r. (z uwzględnieniem dostępności)	Liczba osób (w tys.) przypadająca na jeden ZRM w 2016 r.	Liczba ZRM w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w 2016 r.
Dolnośląski	2 903,71	110,5	26,28	0,38
Kujawsko-Pomorski	2 083,93	87	23,95	0,42
Lubelski	2 133,34	88	24,24	0,41
Lubuski	1 017,38	51	19,95	0,5
Łódzki	2 485,32	98,75	25,17	0,4
Małopolski	3 382,26	119,08	28,4	0,35
Mazowiecki	5 365,90	175,42	30,59	0,33
Opolski	993,04	41	24,22	0,41
Podkarpacki	2 127,66	85,19	24,98	0,4
Podlaski	1 186,63	54	21,97	0,46
Pomorski	2 315,61	82,8	27,97	0,36
Śląski	4 559,16	156	29,23	0,34
Świętokrzyski	1 252,90	45,5	27,54	0,36
Warmińsko- Mazurski	1 436,37	73,67	19,5	0,51
Wielkopolski	3 481,63	118	29,51	0,34
Zachodniopomorski	1 708,17	80,13	21,32	0,47
RAZEM	38 432,99	1 466,04	26,22	0,38

Wykres nr IV.1. 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).



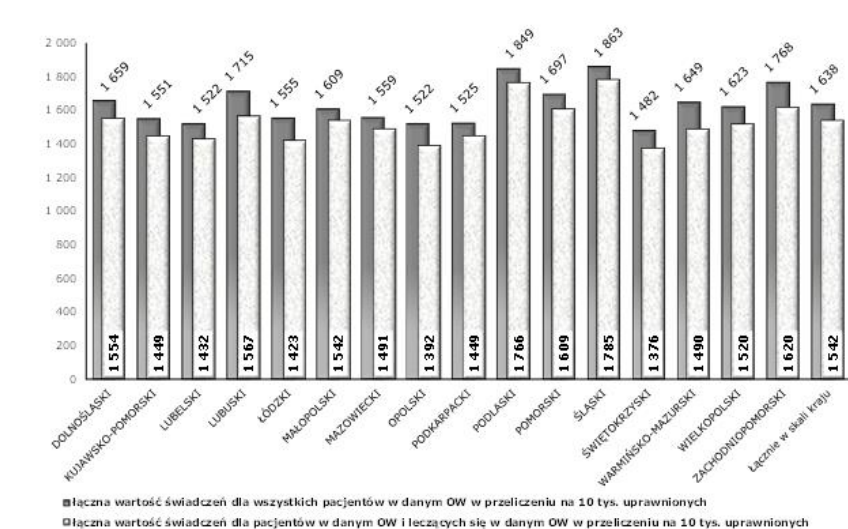
Największy wskaźnik wydatków w AOS w przeliczeniu na 10 tys. „swoich” uprawnionych na terenie całego kraju w 2016 r. osiągnął oddział podlaski (1 834 tys. zł) i śląski (1 831 tys. zł). W skali całego kraju koszty te wyniosły odpowiednio 1 610 tys. zł. Oddział śląski osiągnął również jeden z najwyższych wskaźników w przypadku kosztów leczenia własnych pacjentów na terenie własnego oddziału (1 785 tys. zł). Średni koszt leczenia własnych pacjentów na terenie ich województwa przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych oddziału wyniósł w 2016 r. 1 542 tys. zł.

Wykres nr IV.2. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały wojewódzkie Funduszu na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju leczenie szpitalne w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.).



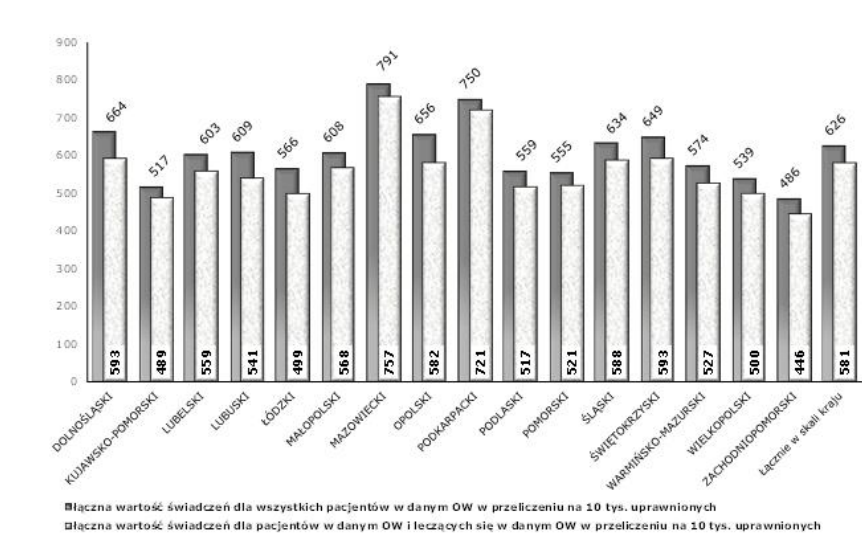
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu szpitalnym na 10 tys. mieszkańców w roku poniósł oddział łódzki (9 826 tys. zł). W skali całego kraju koszty te wyniosły odpowiednio 8 378 tys. zł.

Wykres nr IV.3. 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.).



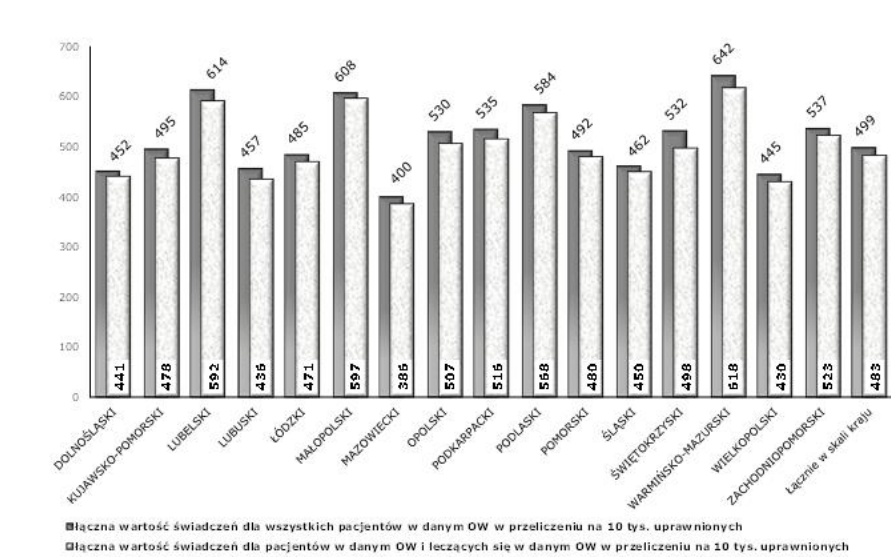
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poszczególne oddziały poniosły na leczenie uprawnionych w danym oddziale łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale wojewódzkim Funduszu. Wszystko w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu psychiatrycznym i leczeniu uzależnień w 2016 r. osiągnął śląski oddział wojewódzki Funduszu 1 863 tys. zł.

Wykres nr IV.4. 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.).



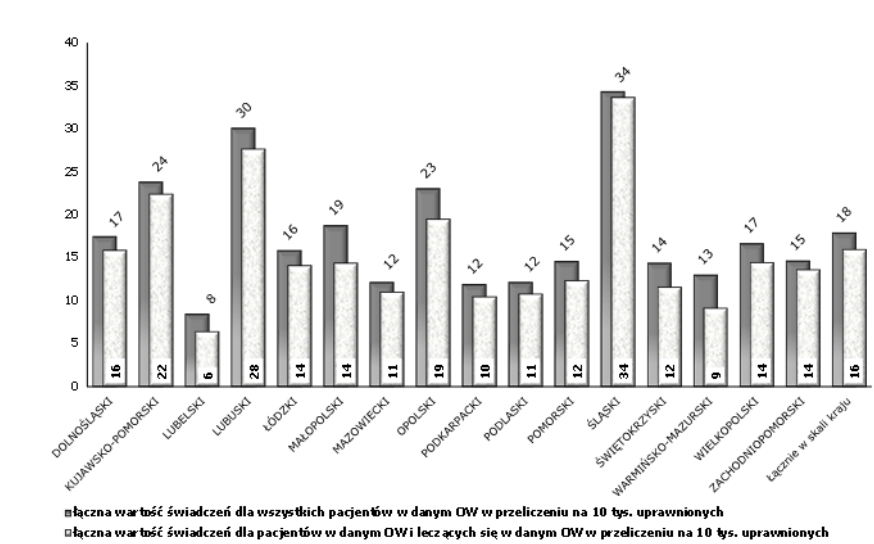
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w rodzaju rehabilitacja lecznicza na 10 tys. ubezpieczonych w 2016 r. osiągnął oddział mazowiecki (791 tys. zł) i podkarpacki (750 tys. zł).

Wykres nr IV.5. 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.).



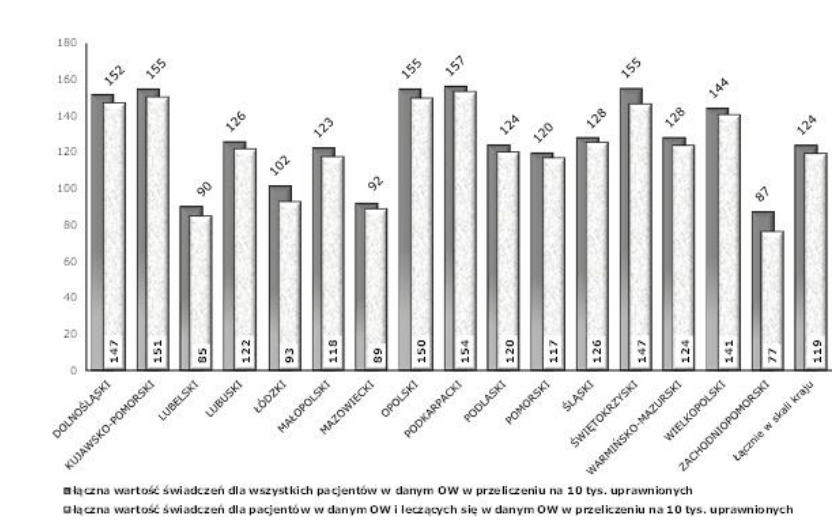
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największe koszty w leczeniu stomatologicznym na 10 tys. uprawnionych w 2016 r. osiągnął oddział warmińsko-mazurski (642 tys. zł).

Wykres nr IV.6. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w profilaktycznych programach zdrowotnych w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.).



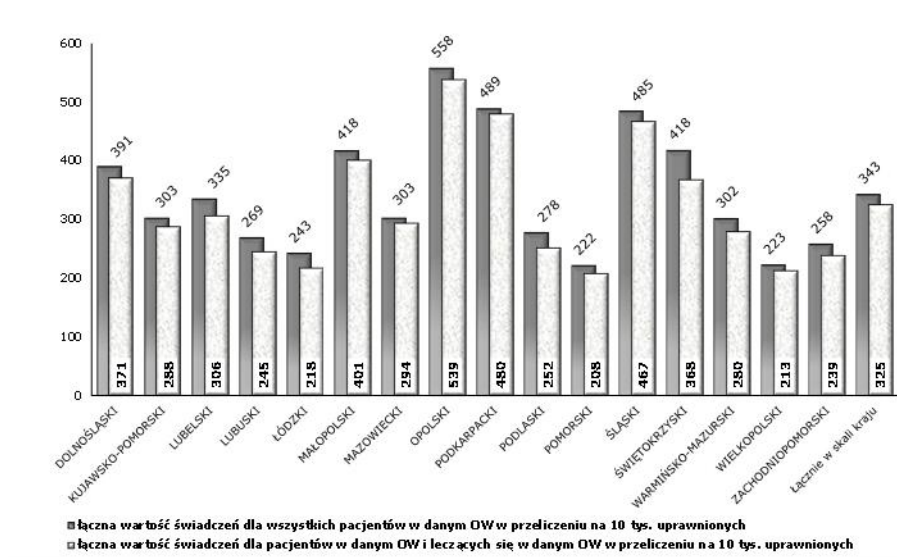
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największe koszty profilaktycznych programach zdrowotnych w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2016 r. osiągnął oddział śląski (34 tys. zł) a najmniej oddział lubelski (8 tys. zł).

Wykres nr IV.7. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona 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.).



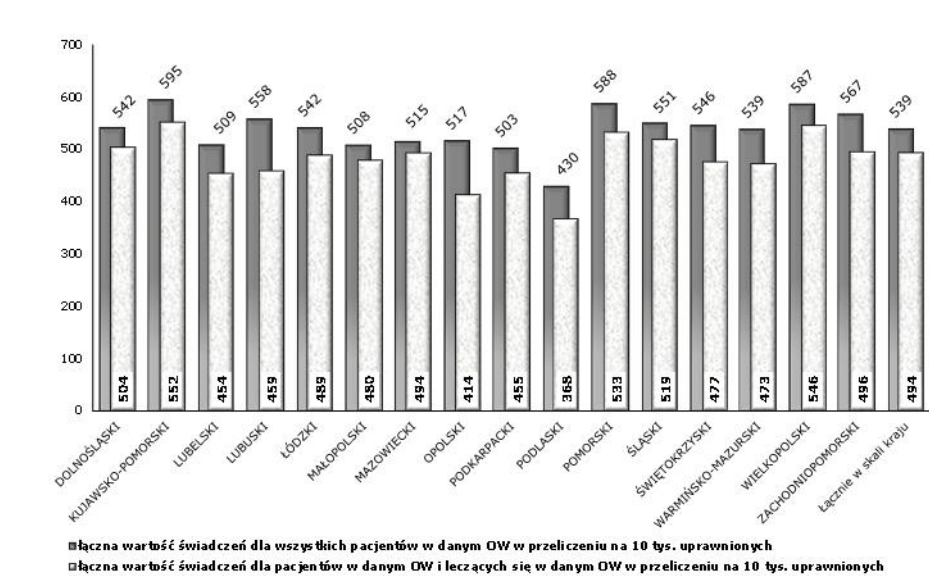
Powyższy wykres przedstawia koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w opiece paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w 2016 r. osiągnął oddział podkarpacki (157 tys. zł), kujawsko-pomorski, opolski i świętokrzyski (po 155 tys. zł).

Wykres nr IV.8. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona 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 2016 r. osiągnął opolski oddział wojewódzki Funduszu 558 tys. zł.

Wykres nr IV.9. 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. uprawnień), 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. uprawnień w skali 2016 r. osiągnął oddział kujawsko- pomorski (595 tys. zł) i oddział pomorski (588 tys. zł) i oddział wielkopolski (557 tys. zł).

V. Opis organizacji Funduszu

V.1. Struktura organizacyjna Funduszu

Fundusz jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną (art. 96 ust 1 ustawy o świadczeniach), którego organami są: Rada Funduszu, Prezes Funduszu, rady oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu.

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

Skład komórek organizacyjnych w Centrali Funduszu zgodny jest ze Statutem Narodowego Funduszu Zdrowia nadanym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2014 r. poz. 1840). Powyższy akt prawny reguluje również skład komórek organizacyjnych w oddziałach wojewódzkich Funduszu, zezwalając jednocześnie Dyrektorom na łączenie komórek organizacyjnych w przypadkach uzasadnionych liczbą świadczeniobiorców zarejestrowanych w danym oddziale i zakresem wykonywanych zadań.

Rada Funduszu

Rada NFZ działa na podstawie ustawy o świadczeniach, jak również na podstawie uchwalonego przez Radę Funduszu Regulaminu działania Rady NFZ⁶.

Rada Funduszu składa się z dziesięciu członków powoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym: 1) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Rzecznika Praw Obywatelskich; 2) dwóch członków powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Radę Dialogu Społecznego; 3) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez stronę samorządową Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego; 4) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez organizacje pacjentów działających na rzecz praw pacjenta, zgłoszonych w terminie 14 dni od dnia publikacji na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia ogłoszenia o zamiarze powołania członka Rady Funduszu; 5) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych wspólnie przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i ministra właściwego do spraw wewnętrznych; 6) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych; 7) jednego członka wskazuje Prezes Rady Ministrów; 8) dwóch członków wskazuje minister właściwy do spraw zdrowia (art. 99 powołanej ustawy).

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

- kontrolowanie bieżącej działalności Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności,
- uchwalanie planu pracy Funduszu na dany rok oraz rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych,

⁶ Tekst jednolity regulaminu stanowi załącznik do uchwały Nr 30/2007/I Rady NFZ z dnia 30 sierpnia 2007 r. ze zm.).

- opiniowanie projektu planu finansowego na dany rok oraz systemu wynagradzania pracowników Funduszu,
- przyjmowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu, a także 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 NFZ w 2016 roku obradowała na 10 posiedzeniach. Podjęła łącznie 30 uchwał, w tym jedną uchwałę w trybie korespondencyjnego uzgodnienia stanowisk przez członków Rady (tj. w trybie obiegowym).

Uchwały Rady Funduszu są dostępne na stronie www.nfz.gov.pl w BIP NFZ.

W trakcie odbytych w 2016 roku posiedzeń Rada Funduszu między innymi:

1) uchwaliła:

- Plan Pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2016 r.,
- rzeczowy plan wydatków inwestycyjnych NFZ na 2017 r.,
- kilka nowelizacji rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2016 r., w związku z wnioskami Prezesa Funduszu,

2) wyraziła opinie w sprawach:

- odwołania Prezesa NFZ,
- odwołania Zastępcy Prezesa NFZ do spraw Służb Mundurowych,
- kandydata na stanowisko Zastępcy Prezesa NFZ do spraw Medycznych,
- kandydata na stanowisko Zastępcy Prezesa NFZ do spraw Finansowych,
- projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2017 r.,
- projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2016 r.,

3) przyjęła:

- okresowe sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2015 r. oraz I, II i III kwartał 2016 r.,
- sprawozdanie z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2015 r.,
- roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2015 r.,

4) dokonała:

- zmiany Planu pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2016 r.,
- pokrycia straty netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2015 r.,
- wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 rok,

- 5) wyraziła zgodę na:
- odpłatne obciążenie nieruchomości NFZ zlokalizowanej przy ul. Glinianej we Wrocławiu służebnością przesyłu,
 - zawarcie przez NFZ umów o świadczenie usług utrzymania Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ,
 - nieodpłatne obciążenie nieruchomości NFZ zlokalizowanej przy ul. Łomżyńskiej w Bydgoszczy służebnością przesyłu,
- 6) powołała Zespół Problemowy Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży,
- 7) powierzyła Zastępcy Prezesa NFZ ds. Finansowych czynności związane z udzieleniem zamówienia publicznego na badanie sprawozdania finansowego NFZ za 2016 r.,
- 8) zatwierdziła specyfikację istotnych warunków zamówienia publicznego na badanie sprawozdania finansowego NFZ za 2016 r.,
- 9) dyskutowała m.in. na temat:
- przedstawionego przez Prezesa NFZ opracowania pt.: Wdrożenie „pakietu kolejkowego” i jego wpływ na czas oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w oparciu o informacje z zakresu list oczekujących,
 - prognozy przychodów i kosztów NFZ na kolejne trzy lata (2017-2019),
 - negocjacji umów na subskrypcję i konserwację Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - założeń Projektu „Przygotowanie i budowa Otwartej Platformy Ubezpieczeń Zdrowotnych przez Narodowy Fundusz Zdrowia” przygotowanego w odpowiedzi na konkurs o dofinansowanie projektów w ramach Działania 2.1. Wysoka dostępność i jakość e-usług publicznych Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa,
 - obszarów współpracy NFZ z CSIOZ,
 - realizacji zadań w IV kwartale 2015 r., ujętych w Planie pracy Centrali NFZ na 2015 r.,
 - realizacji zadań w I, II i III kwartale 2016 r., ujętych w Planie pracy Centrali NFZ na 2016 r.,
 - realizacji zadań inwestycyjnych zaplanowanych przez NFZ na 2015 r.,
 - dokonanych przez Prezesa NFZ zmian w rzeczowym planie wydatków inwestycyjnych NFZ na 2016 r.,
 - stanu nieruchomości użytkowanych przez Centralę i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - polityki zakupu nieruchomości dla oddziałów wojewódzkich NFZ,
 - działań podjętych w celu rozpoznania możliwości zmiany lokalizacji siedziby Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia,
 - zakończonego badania sprawozdania finansowego NFZ za 2015 r.,
 - spraw koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży,
 - realizacji świadczeń pierwszorazowych w roku 2015 wykonywanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,
 - mechanizmów motywacyjnych wprowadzonych w 2015 r. do zasad finansowania świadczeń lekarza POZ na podstawie rocznej stawki kapitałowej,
 - wywiązywania się świadczeniodawców z obowiązku przekazywania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia,
 - przyczyn rozbieżności w poszczególnych regionach Polski w dostępności do poszczególnych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej,
 - zmian w metodyce audytu wewnętrznego NFZ,
 - list oczekujących za okres sprawozdawczy czerwiec 2016 r.,

- opracowanych przez NFZ we współpracy z Bankiem Światowym propozycji rozwiązań, w tym modeli opieki koordynowanej w POZ i AOS,
- projektowanych przepisów dotyczących sieci szpitali.

Rada Funduszu w 2016 roku powołała Zespół Problemowy do spraw koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (Uchwałą Nr 13/2016/III Rady NFZ z dnia 29 kwietnia 2016 r.). Zespół ma za zadanie przeprowadzenie pogłębionej analizy dotyczącej optymalizacji koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży, w oparciu o kryterium jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Stanowiska wypracowane w ramach prac tego Zespołu staną się podstawą rekomendacji przedłożonych Radzie Funduszu, Prezesowi Funduszu oraz Ministrowi Zdrowia.

Ponadto, w 2016 roku działał Zespół Problemowy do spraw kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej (powołany Uchwałą nr 9/2015/III Rady NFZ z dnia 23 czerwca 2015 r.). Jego celem jest przeprowadzenie pogłębionej analizy oraz przedstawienie Radzie opinii i rekomendacji w sprawie optymalizacji procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej przez Dyrektorów OW NFZ, w oparciu o kryterium efektywności wydatkowania środków przez NFZ na te świadczenia.

Prezes Funduszu

Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu, który reprezentuje Fundusz na zewnątrz. Prezesa Funduszu powołuje minister właściwy do spraw zdrowia spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje Prezesa Funduszu po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu.

Zadania Prezesa Funduszu zostały określone w art. 102 ustawy o świadczeniach. Prezes Funduszu wykonuje swoje zadania przy pomocy trzech zastępców Prezesa.

Minister właściwy do spraw zdrowia, na wniosek Prezesa Funduszu, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu, powołuje, spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru, zastępców Prezesa. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje zastępców Prezesa na wniosek Prezesa Funduszu, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu.

Zastępcę Prezesa do spraw służb mundurowych powołuje, spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru, minister właściwy do spraw zdrowia, na wspólny wniosek Prezesa Funduszu, Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. Minister właściwy do spraw zdrowia odwołuje zastępcę Prezesa do spraw służb mundurowych na wspólny wniosek Prezesa Funduszu, Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu.

Szczegółowe zakresy obowiązków zastępców Prezesa określa statut Funduszu.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu

Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu kieruje oddziałem wojewódzkim NFZ i reprezentuje go na zewnątrz w zakresie właściwości danego oddziału. Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu powołuje i odwołuje minister właściwy do spraw zdrowia, po zasięgnięciu opinii rady oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz Prezesa Funduszu. Niewydanie opinii w terminie 14 dni jest równoznaczne z akceptacją kandydata na dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu albo zgodą na jego odwołanie.

Zadania Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu zostały określone w art. 107 ustawy o świadczeniach. Dyrektor OW NFZ 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 NFZ działają rady oddziałów wojewódzkich Funduszu o charakterze opiniodawczo-nadzorczym.

W skład rady oddziału wojewódzkiego Funduszu wchodzi dziewięciu członków będących ubezpieczonymi zamieszkującymi na obszarze działania danego oddziału wojewódzkiego Funduszu, powoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym:

- dwóch członków powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez sejmik województwa,
- dwóch członków powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez właściwego wojewodę,
- jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez konwent powiatów z danego województwa,
- jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez właściwą miejscowo wojewódzką komisję dialogu społecznego,
- jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez organizacje pacjentów działających na rzecz praw pacjenta, zgłoszonych w terminie 14 dni od dnia publikacji na stronach Biuletynu Informacji Publicznej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw zdrowia ogłoszenia o zamiarze powołania członka rady,
- jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez reprezentatywne organizacje pracodawców,
- jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych wspólnie przez właściwego szefa wojewódzkiego sztabu wojskowego, właściwego komendanta wojewódzkiego Policji i właściwego komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej.

Kadencja rady oddziału wojewódzkiego Funduszu trwa cztery lata, licząc od dnia pierwszego posiedzenia rady oddziału wojewódzkiego Funduszu. Pierwsze posiedzenie rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zwołuje właściwy wojewoda.

Przewodniczący rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zaprasza do udziału w posiedzeniach rady oddziału wojewódzkiego Funduszu, w charakterze obserwatorów, przedstawicieli właściwej okręgowej rady lekarskiej, okręgowej rady pielęgniarek i położnych i okręgowej rady aptekarskiej, Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych oraz Krajowej Rady Fizjoterapeutów.

Zadania rady oddziału wojewódzkiego NFZ zostały określone w art. 106 ustawy o świadczeniach.

V.2. Stan zatrudnienia w centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu, w tym informacje o płynności kadr oraz średnim miesięcznym wynagrodzeniu w Centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu – wg stanu na koniec roku sprawozdawczego

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

Stan zatrudnienia na dzień	osoby			etaty		
	ogółem	centrala	oddziały	ogółem	centrala	oddziały
31 grudnia 2015 r.	5 254,00	393,00	4 861,00	5 191,32	390,34	4 800,98
31 grudnia 2016 r.	5 307,00	411,00	4 896,00	5 243,24	408,66	4 834,58

W trakcie 2016 roku stan osobowy pracowników Funduszu w stosunku do 2015 roku zwiększył się o 53 osoby. Zwiększenie zatrudnienia w Centrali i oddziałach wojewódzkich Funduszu było spowodowane koniecznością wzmocnienia realizacji zadań NFZ z zakresu informatyzacji Funduszu, działalności kontrolnej oraz związanych z rozpatrywaniem indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, w tym wydawanie decyzji administracyjnych oraz ich procedowanie.

Innymi przyczynami zwiększenia zatrudnienia w 2016 roku były: konieczność zawierania umów o pracę na zastępstwa za osoby przebywające na długotrwałych zwolnieniach lekarskich, urloпах macierzyńskich, rodzicielskich i wychowawczych oraz uzupełnienie niedoborów kadrowych.

W Funduszu w trakcie 2016 roku rozwiązano umowy o pracę z 359 pracownikami, natomiast nawiązano umowy o pracę z 379 osobami.

Roczny wskaźnik fluktuacji zatrudnienia dla NFZ ukształtował się na poziomie 7,20%.

Średnie miesięczne wynagrodzenie w NFZ na koniec okresu sprawozdawczego wyniosło 5 349,97 zł. Średnie miesięczne wynagrodzenie w Centrali wyniosło 7 311,51 zł, w oddziałach NFZ 5 185,77 zł. Podane ww. kwoty zawierają wynagrodzenia Prezesa Funduszu, jego zastępców oraz Dyrektorów oddziałów i ich zastępców.

V.3. Działania podejmowane w zakresie informatyzacji Funduszu, w tym realizowane projekty

Stałym zadaniem Funduszu jest utrzymanie w ruchu całego systemu. Wiąże się to z koniecznością administrowania i monitorowania wszystkich elementów składających się na ten system. Obejmuje to zarówno serwery, dedykowane pamięci masowe, sieciowy sprzęt teleinformatyczny, oprogramowanie systemowe jak i warstwę aplikacji użytkowych. Dla realizacji tych zadań niezbędne jest przeprowadzenie kilkudziesięciu postępowań o zamówienie publiczne na nabycie poszczególnych składników systemu i towarzyszących im usług wsparcia, ale także regularne kontrolowanie i rozliczanie zawartych umów.

Niezależnie od działań związanych ze stałą pielęgnacją systemu odbywa się także ciągły proces jego rozwoju wywołany zmianami w otoczeniu prawnym, to jest w ustawach, rozporządzeniach Ministra Zdrowia i zarządzeniach Prezesa NFZ, a także dążeniem do poprawy efektywności jego działania.

Po ponad dziewięćmiesięcznych negocjacjach podpisano z dniem 1 kwietnia 2016 roku umowy: Nr 23/2016 Konserwacji Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ (SIWDzNFZ) z firmą Kamsoft S.A., Nr 24/2016 Subskrypcji SIWDzNFZ z firmą Kamsoft S.A., Nr 25/2016 Konserwacji SIWDzNFZ z konsorcjum Kamsoft-Asseco, Nr 26/2016 Subskrypcji SIWDzNFZ z konsorcjum Kamsoft-Asseco. Sukcesem Funduszu było zawarcie wymienionych umów na okres 3 letni, do 30 marca 2019 roku, po raz pierwszy w historii NFZ, co skutkuje uniknięciem czasochłonnych corocznych negocjacji, do jakich dochodziło wcześniej. Udało się przy tym ograniczyć wzrost kosztów z tytułu realizacji umów do 2,5% (rok do roku) w okresie ich obowiązywania. Za sukces można również uznać udoskonalenie zapisów prawnych w zakresie licencji do oprogramowania i dokumentacji, depozytu kodu źródłowego, bezpieczeństwa systemu, oprogramowania osób trzecich, itp.

V.3.1. Systemy informatyczne

Oprogramowanie wspierające zadania realizowane przez Fundusz w trakcie całego roku podlegało wielu modyfikacjom. Poniżej przedstawione zostały jedynie niektóre obszary zmian, które ze względu na ich istotność oraz zakres funkcjonalny wymagają podkreślenia.

System Monitorowania Programów Terapeutycznych (SMPT)

System Monitorowania Programów Terapeutycznych, wspiera pracę świadczeniodawców w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne – programy lekowe. System ten umożliwia przetwarzanie danych w zakresie spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programu lekowego, kwalifikacji świadczeniobiorców do programu lekowego, zastosowanej terapii, w tym sposobu podawania i dawkowania leku albo środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, monitorowania przebiegu terapii i oceny jej skuteczności, terminu i przyczyny wyłączenia z programu lekowego oraz oceny skuteczności programu lekowego.

W 2016 roku prowadzone były intensywne prace związane z dostosowywaniem SMPT. Modyfikacje systemu i budowa nowych modułów w SMPT dokonywana była w oparciu o zmiany w opisach programów lekowych, w systematycznie publikowanych obwieszczeniach Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Opisy programów zawierają szczegółowe wytyczne dotyczące zasad realizacji poszczególnych programów, które – po dokonaniu modyfikacji systemu – znajdują odzwierciedlenie w SMPT. Wprowadzenie przez Ministra Zdrowia nowych programów lekowych także skutkuje koniecznością rozbudowy systemu SMPT.

Prace dostosowawcze obejmujące rejestry programów lekowych w aplikacji SMPT w 2016 roku prowadzone były również w związku z wprowadzeniem w ustawie o świadczeniach przepisów o konieczności wprowadzenia do SMPT możliwości gromadzenia danych o sposobie i dawce stosowanych leków w programach lekowych.

W związku z powyższym w 2016 roku przekazano do dostawcy oprogramowania 27 zgłoszeń obejmujących budowę lub modyfikację modułów dla programów lekowych w SMPT. W 2016 roku zainicjowano budowę 11 nowych rejestrów dla programów lekowych oraz zlecono 23 zgłoszenia modyfikacji istniejących modułów w SMPT.

Udział w programie SAFE

W ramach działań podejmowanych na rzecz wdrażania przepisów Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego odnośnie wdrożenia systemu elektronicznej wymiany danych – EESSI, NFZ zaangażował się w prace Programu SAFE (Social Agencies for Future Europe – S.A.F.E). Celem Programu, realizowanego przez trzynaście europejskich instytucji zabezpieczenia społecznego, jest wsparcie prac Komisji Europejskiej w zakresie budowy centralnej części informatycznego Systemu Elektronicznej Wymiany Dokumentów (EESSI), jak również wsparcie państw członkowskich UE w ich pracach nad częściami krajowymi systemów informatycznych. Program przewidziany jest na lata 2014-2018 i finansowany w 80% przez Komisję Europejską.

W ramach programu realizowane były projekty wspierające DG ds. Zatrudnienia we wdrażaniu Systemu EESSI, w tym m.in.:

- Projekt EXit – testy polegające na symulowaniu rzeczywistych procesów biznesowych (BUC) przy użyciu anonimowych danych. Ww. testy są prowadzone po uprzedniej weryfikacji i przeglądzie BUC, opracowanych przez Grupy Robocze (AHG) przy DG ds. Zatrudnienia
- Projekt TESTit – testy techniczne wspierające działania umożliwiające projektowanie, planowanie i realizację dwustronnych oraz wielostronnych testów kolejnych wersji systemu EESSI budowanego przez DG ds. Zatrudnienia (tzw. PB2, PB2*, PB3). W trakcie testów dokonano instalacji przedprodukcyjnych wersji Punktu Kontaktowego, o którym mowa w przepisach Rozporządzenia Rady i Parlamentu (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz w art. 97 ust. 3d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r.

o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, gdzie wskazano m.in. że NFZ prowadzi, w centrali Funduszu, Punkt Kontaktowy, służący do wymiany danych w ramach Systemu Elektronicznej Wymiany Informacji dotyczących Zabezpieczenia Społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych.

Realizacja testów wymagała budowy środowiska dla ww. Punktu Kontaktowego w NFZ, zaimplementowania oprogramowania dostarczonego przez Komisję Europejską oraz podniesienia kwalifikacji zaangażowanych w nie pracowników NFZ. Na podstawie wyników testów przygotowano wstępne warianty wdrożenia systemu EESSI w NFZ.

Wdrożenie systemu EESSI we wszystkich krajach UE, wg obecnych ocen, planuje się na lipiec 2019 r.

Projekt RUM II

Mianem projektu RUM II określa się zespół działań podejmowanych przez NFZ w celu realizacji programu wdrożenia silnych mechanizmów identyfikacji i uwierzytelniania na potrzeby systemu Rejestru Usług Medycznych. Najważniejszym celem projektu jest istotna zmiana jakości i wiarygodności otrzymywanych danych rozliczeniowych. W ten sposób ograniczone zostaną możliwości sprawozdawania fikcyjnych świadczeń medycznych, tj. takich w których nie było udziału pacjenta lub też sprawozdawany zakres różnił się znacząco od rzeczywistego, co w efekcie przełoży się na racjonalizację wydatków ponoszonych przez Fundusz. Realizacja projektu umożliwi również automatyzację procesów związanych z obsługą pacjenta.

Powyższe cele zgodnie z pierwotnymi założeniami miały zostać osiągnięte m.in. poprzez wprowadzenie elektronicznej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (KUZ), która miała być podstawowym dokumentem wykorzystywanym przy udzielaniu świadczenia. Karty te miały zostać wydane wszystkim osobom uprawnionym do świadczeń. Zgodnie z pierwotnymi założeniami planowane było wydanie karty dla personelu medycznego (KSM) i administracyjnego świadczeniodawców (KSA), które m.in. uprościły wiele działań w systemach informatycznych.

Działania w projekcie RUM II prowadzone są od końca 2012 roku na podstawie kierunkowej rekomendacji Komitetu Rady Ministrów ds. Cyfryzacji podjętej na posiedzeniu w dniu 21 marca 2012 roku oraz pisemnej decyzji Ministra Zdrowia przesłanej pismem znak MZ-UZ-AK-400-28814-2/MM/12 z dnia 2 października 2012 roku, choć poprzedzone były wieloma pracami przygotowawczymi prowadzonymi od 2007 roku.

W 2016 roku realizowano dalsze działania projektowe determinowane zmianą koncepcji wydania dedykowanej karty KUZ dla całej populacji na rzecz umieszczenia dotychczasowej funkcjonalności KUZ w ramach innych narzędzi (służących do identyfikacji). Prowadzono prace koncepcyjne dotyczące umieszczenia funkcjonalności KUZ na karcie schematu krajowego, opracowywanej w ramach uruchomionego „Programu od papierowej do cyfrowej Polski”. Równoległe na podstawie porozumienia pomiędzy Ministrem Cyfryzacji, Ministrem Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Ministrem Zdrowia, prowadzono prace nad implementacją funkcjonalności KUZ w ramach koncepcji Dowodu Osobistego z warstwą elektroniczną. Rozpoczęto również wspólne prace z udziałem przedstawicieli MZ, MC, banków i organizacji płatniczych nad możliwością wykorzystania karty płatniczej jako narzędzia identyfikacji i uwierzytelnienia w obszarze zdrowia.

W ramach zawartej umowy na budowę i serwis systemu PKI (Public Key Infrastructure) – czyli systemu, który zapewni możliwość wydawania i zarządzania elektronicznymi certyfikatami na kartach, dokonane zostały, przewidziane w tym zakresie w umowie odbiory zrealizowanych wcześniej prac.

Otwarta Platforma Ubezpieczeń Zdrowotnych (OPUZ)

Geneza projektu OPUZ związana jest z potrzebą unowocześnienia infrastruktury systemów, aplikacji i głównych rejestrów funkcjonujących w NFZ oraz zaplanowania koniecznych zmian w architekturze rozwiązań IT w taki sposób, aby Fundusz miał szansę przygotować się do spełnienia współczesnych rosnących wymagań w obszarze eZdrowia. Projekt w założeniach wyznaczał nowe podejście do budowy i rozwoju systemów informatycznych Funduszu, skierowane w stronę unifikacji, standaryzacji, otwartości postępowań i uniezależnienia się od dotychczasowych dostawców, jak również otwartości na potrzeby partnerów zewnętrznych (szczególnie świadczeniodawców) Funduszu i świadczeniobiorców, a także optymalizacji procesów, zarówno w relacjach zewnętrznych jak i wewnątrz NFZ. Realizacja projektu pozwalałaby na rozpoczęcie nowego kierunku rozwoju systemu informatycznego NFZ, realizowanego przez wykonawców wybranych w otwartych postępowaniach o zamówienia publiczne, przy pełnym wykorzystaniu warunków otwartej konkurencji pomiędzy dostawcami. NFZ posiadając pełnię praw do wytworzonego systemu oraz odpowiednie zasoby i kompetencje zdobyte podczas realizacji projektu, zapewniłby możliwość dalszego sprawnego rozwoju technologiczno-operacyjnego, niwelując kluczowe bariery rozwoju operacyjno-procesowego.

W 2016 roku Fundusz przygotował pełną dokumentację wymaganą w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa i po akceptacji Ministra nadzorującego, 31 marca 2016 r. złożył wniosek o dofinansowanie projektu w 3 naborze w ramach konkursu ogłoszonego przez CPPC dla działania 2.1 Wysoka dostępność i jakość e-usług publicznych. Wniosek o dofinansowanie przeszedł pozytywnie weryfikację formalną. Komitet Rady Ministrów ds. Cyfryzacji, po rozpatrzeniu wszystkich uwag w czerwcu 2016 r., zaopiniował projekt pozytywnie. W ramach procesu dalszych weryfikacji wniosek ostatecznie został odrzucony i nie uzyskał dofinansowania. W świetle dodatkowych okoliczności, w szczególności planowanej przez Ministerstwo Zdrowia reformy sektora opieki zdrowotnej oraz związanej z tym likwidacji NFZ, Fundusz nie kontynuował prac w tym zakresie.

Portal NFZ

W 2016 roku zostały zrealizowane kolejne etapy wprowadzania nowych funkcjonalności do Portalu NFZ dla świadczeniodawców oraz OW NFZ. W wyniku dostosowania struktur danych w Portalu NFZ do zakresu informacyjnego wynikającego z ustawy o działalności leczniczej oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, rozpoczęły się prace mające na celu migrację danych do nowych struktur świadczeniodawcy. Dodatkowo zostało uruchomione dostosowanie mające na celu integrację systemów CSIOZ i NFZ w zakresie wymiany danych z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) oraz Rejestrem Aptek (RA). Realizacja dostosowania pozwoli na wykorzystanie danych z RPWDL i RA w Portalu NFZ. Modyfikacja Portalu NFZ odbywa się sukcesywnie w odniesieniu do zmieniających się wymagań biznesowych. W 2016 roku przekazano dostawcom oprogramowania 22 zgłoszenia dostosowania systemu dotyczące Portalu NFZ.

SIMP – Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC)

W systemie SIMP (System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki) udostępniono w 2016 r. funkcjonalność umożliwiającą realizację, monitorowanie i rozliczanie świadczeń udzielanych w ramach programu koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży. System umożliwia rejestrację wykonania określonych czynności i procedur realizowanych w różnych miejscach udzielania świadczeń oraz wprowadzenie informacji istotnych na poszczególnych etapach realizacji opieki (obejmujących m.in. przyjęcie do KOC, realizację badań diagnostycznych w punktach kontrolnych, realizację edukacji przedporodowej, hospitalizacji i porodu, wypis ze szpitala).

Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP)

W 2016 roku w systemie Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP) utworzono 78 692 kont dla nowych użytkowników systemu. Od uruchomienia systemu w dniu 1 lipca 2013 r. do końca 2016 roku z ZIP korzysta 1 245 650 aktywnych użytkowników posiadających dane dostępne do systemu. W 2016 r. prowadzono prace związane z utrzymaniem systemu (aktualizowano treść pomocy, obsługiwano zgłoszenia serwisowe), nie uruchamiano nowych funkcjonalności.

Kolejki oczekujących

1. Obsługa wybranych kolejek oczekujących prowadzona jest w udostępnionej przez NFZ aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE). Praca w aplikacji możliwa jest z trzech perspektyw – od strony świadczeniodawców, pracowników oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz pracowników Centrali Funduszu. Świadczeniodawcy mogą wprowadzać i odpowiednio modyfikować dane pacjentów bezpośrednio w aplikacji lub za pośrednictwem udostępnionej przez Fundusz usługi typu Webservice – w przypadku wykorzystywania własnego oprogramowania.
2. W 2016 roku udostępniono możliwość dezaktywacji przez operatorów Funduszu kolejek tych świadczeniodawców, którzy zaprzestali udzielać świadczeń opieki zdrowotnej, lecz nie wyłączyli prowadzonych list oczekujących.
3. Wprowadzono nowe walidacje informacji z zakresu list oczekujących, sprawozdawanych komunikatem XML LIO CZ, a także sprawdzenia poprawności przekazanych danych o pierwszym wolnym terminie.
4. Umożliwiono zarządzanie sprawdzeniami bezpośrednio przez pracowników Centrali Funduszu.
5. Dostosowane i doskonalone były również narzędzia do generowania raportów i sprawozdań rocznych i okresowych dla Ministerstwa Zdrowia dotyczące kolejek oczekujących. Zmiany obejmowały zarówno aplikację AP-KOLCE jak i narzędzie Business Objects.

Elektroniczna Weryfikacja Upoważnień Świadczeniobiorców (eWUŚ)

Elektroniczny sposób potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych był w 2016 roku powszechnie i bez zakłóceń stosowany przez świadczeniodawców.

System obsługiwał średnio 3,5 mln zapytań w dni robocze i 1,1 tys. zapytań w dni wolne. Średnio w 2016 roku podczas weryfikacji prawa do świadczeń system eWUŚ nie potwierdzał prawa do świadczeń dla 4,1% osób ubiegających się o udzielenie świadczeń w dni robocze i dla 6,9% w dni wolne.

V.3.2. Infrastruktura

Rozwój systemów informatycznych jest procesem ciągłym, wymagającym stałego inwestowania i modernizacji w zakresie infrastruktury sprzętowej (serwery, macierze, urządzenia sieciowe i bezpieczeństwa), platformy wirtualizacyjnej i oprogramowania wspomagającego. Dlatego w 2016 roku kontynuowano projekty i inwestycje infrastrukturalne mające na celu usprawnienie funkcjonowania systemów informatycznych NFZ, dążące do podniesienia ich wydajności i dostępności oraz bezpieczeństwa przetwarzania danych.

Modernizacja infrastruktury serwerowej oraz środowiska wirtualnego

Modernizacja infrastruktury serwerowej oraz środowiska wirtualnego jest projektem, który wpływa na ciągłość działania Narodowego Funduszu Zdrowia, w związku z czym jest realizowana każdego roku. W 2016 roku dokonano rozbudowy jednego z serwerów bazodanowych oraz zakupiono infrastrukturę do monitorowania środowiska serwerów wirtualnych.

Wdrożenie systemu zarządzania tożsamością dla środowiska systemowego Linux w NFZ (IPA)

Wdrożenie systemu zarządzania tożsamością w Centrali NFZ było podyktowane potrzebą zwiększenia kontroli dostępu oraz wprowadzenia centralnego, zunifikowanego systemu obsługi kont dla użytkowników logujących się do serwerów z systemem operacyjnym Linux.

Zarządzanie tożsamością IPA (Identity, Policy, and Audit) dla serwerów z systemem operacyjnym Linux zostało wdrożone we własnym zakresie przez pracowników Departamentu Informatyki Centrali NFZ w ramach posiadanych kompetencji. Projekt zrealizowano w całości w 2016 roku.

Rozbudowa system monitorowania serwerów bazodanowych i aplikacyjnych

System monitorowania serwerów bazodanowych i aplikacyjnych podlega ciągłej rozbudowie i modernizacji. W 2016 roku podpisano umowę na usługę monitoringu funkcjonalnego aplikacji eWUŚ i innych serwisów centralnych NFZ, dzięki której administratorzy są informowani na bieżąco o funkcjonowaniu serwisów dla świadczeniodawców i świadczeniobiorców. Rozszerzono licencję oprogramowania służącego do nadzoru nad środowiskiem serwerów i5. Projekt realizowany jest na bieżąco również w 2017 roku.

Wymiana urządzeń proxy w Centrali oraz wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ.

W trakcie przeprowadzonej migracji dotychczasowe urządzenia buforujące i zabezpieczające ruch do i z Internetu zostały wymienione na nowe odpowiedniki. Powodem wymiany było wygaśnięcie wsparcia serwisowego producenta na dotychczasowe modele urządzeń. Użytkowanie urządzeń bez powyższego wsparcia byłoby niedopuszczalne ze względu na ich kluczową rolę w ochronie i kontroli ruchu sieciowego. Projekt został w całości zrealizowany w 2016 r.

Wdrożenie systemu nagrywania rozmów w Centrali NFZ.

W celu podniesienia standardów komunikacji za pośrednictwem połączeń telefonicznych oraz bezpieczeństwa teleinformatycznego związanego z rejestrowaniem i archiwizacją połączeń głosowych, w Centrali NFZ wdrożono system nagrywania rozmów telefonii stacjonarnej. System ten umożliwia wykorzystanie nagrań dla celów dokumentacyjnych jak i dowodowych. Jego zastosowanie przyczyni się do podniesienia jakości merytorycznej prowadzonych rozmów a także umożliwi bezsporne rozstrzygnięcie wątpliwości interpretacji przebiegu rozmów prowadzonych przez petentów i pracowników NFZ. Projekt został w całości zrealizowany w 2016 r.

Rozbudowa systemu telefonii IP w oddziałach wojewódzkich Funduszu

W 2016 roku kontynuowano projekt rozbudowy telefonii IP w Funduszu. Objęto nim kolejne trzy oddziały wojewódzkie Funduszu: lubuski, zachodniopomorski oraz pomorski. Wdrożenie zostało całkowicie zrealizowane w 2016 roku. Aktualnie system telefonii IP funkcjonuje w Centrali i dziewięciu oddziałach wojewódzkich Funduszu.

Realizacja tego projektu ma na celu wprowadzenie w całym NFZ zunifikowanych, konwergentnych rozwiązań teleinformatycznych w zakresie połączeń głosowych, wideo i tekstowych. Dotyczy to między innymi takich usług jak:

- połączenia telefoniczne wewnątrz organizacji w ramach sieci LAN/WAN NFZ, w oparciu o wspólną książkę telefoniczną z pełną identyfikacją rozmówcy i bez dodatkowych kosztów,
- rozmowy wideo wysokiej jakości w przypadku aparatów wyposażonych w kamerę lub softfonów zainstalowanych na komputerach z odpowiednią kamerą,
- tele- i wideokonferencje, możliwość rozszerzenia do konferencji webowych, praca grupowa,

- komunikator/chat o poszerzonych możliwościach (np. udostępnianie plików, zdalnego pulpitu, prowadzenie prezentacji na odległość),
- błyskawiczne powiadomienia alarmowe i inne powiadomienia grupowe,
- system bilingowy,
- możliwość unifikacji systemów infolinii i nagrywania rozmów,
- możliwość integracji z systemami serwerów faksowych,
- możliwość wprowadzenia szyfrowania rozmów,
- duża odporność systemu na awarie (redundancja kluczowych elementów systemu, możliwość pracy oddziału w trybie awaryjnym – w przypadku braku połączenia z centralnym systemem zarządzającym).

W 2017 roku planowane jest rozszerzenie systemu o kolejne dwa oddziały.

V.4. Projekty unijne realizowane przez Fundusz

Projekt „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK)”

W oparciu o umowę zawartą pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a NFZ w dniu 23 października 2015 roku, NFZ realizuje projekt pozakonkursowy pt.: „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski”.

Projekt jest współfinansowany przez UE w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Numer i nazwa Osi priorytetowej: V – Wsparcie dla obszaru zdrowia

Numer i nazwa Działania: Działanie 5.2 Działania pro jakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.

Cel szczegółowy PO WER: Wdrożenie działań pro jakościowych i rozwiązań organizacyjnych w systemie ochrony zdrowia ułatwiających dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych.

Celem projektu jest poprawa jakości i efektywności opieki zdrowotnej w Polsce poprzez wprowadzenie standardów organizacyjnych i medycznych, a także modelu finansowania świadczeń, które doprowadzą do koordynacji poszczególnych etapów diagnostyki, terapii i rehabilitacji.

W projekcie planowane jest wypracowanie minimum 3 modeli opieki koordynowanej, w których zasadniczą rolę będzie odgrywała podstawowa i ambulatoryjna opieka zdrowotna z elementami profilaktyki.

Rok 2016 był pierwszym pełnym rokiem realizacji projektu. W tym okresie zostały zrealizowane następujące zadania:

- w ramach personelu Centrali NFZ zatrudniono Projektowych Zespołów Specjalistycznych oraz ekspertów projektu,
- przygotowano stronę internetową projektu oraz sukcesywnie uzupełnianą „Bazę Wiedzy”, zawierającą publikacje na temat systemów ochrony zdrowia, w tym koordynowanej opieki zdrowotnej. Na koniec roku biblioteka dokumentów zawierała 384

- pozycje w kategoriach „dostępne publicznie” oraz do użytku przez autoryzowanych ekspertów,
- prowadzono bazę ekspertów zewnętrznych, na koniec roku rejestr zawierał 145 osoby – specjalistów z zakresu ochrony zdrowia, w tym: organizacji i zarządzanie, finansowania, systemów informatycznych, legislacji i obszarów medycznych (POZ, AOS, SZP),
 - we współpracy z Bankiem Światowym dokonywano przeglądu rozwiązań z obszaru kluczowych aspektów systemu OOK z uwzględnieniem międzynarodowych i krajowych studiów przypadku,
 - zaangażowano świadczeniodawców POZ do udziału w projekcie poprzez opiniowanie dokumentów, wkład analityczno-koncepcyjny do planowanych rozwiązań z zakresu usług opieki koordynowanej w oparciu o posiadane możliwości organizacyjne i populację pacjentów objętych opieką zdrowotną,
 - przygotowano raport „Opieka koordynowana na świecie. Przykłady mające pomóc usprawnić podstawową opieką zdrowotną w Polsce. Raport sporządzony przez K. Viktorię Stein,
 - opracowano „Instrukcję Obsługi Programu Pilotażowego POZ+”, stanowiącą model 1: „Opieka podstawowa (POZ) z budżetem powierzonym (BP)”,
 - zorganizowano 4 zagraniczne wizyty studyjne, mające na celu zapoznanie się z rozwiązaniami organizacyjnymi podmiotów, których doświadczenie może stanowić znaczący wkład w przygotowaniu propozycji dla polskiego systemu. Dokonano publicznej prezentacji modelu POZ+ na forum międzynarodowym podczas „4th World Congress on Integrated Care” w Wellington,
 - prowadzono prace nad instrukcją (podręcznikiem) wdrożenia modelu POZ+ w tym nad szczegółowym zakresem badań wykonywanych w ramach bilansów medycznych i wytycznymi w zakresie systemów informatycznych,
 - opracowano zasady i metodykę modelowania założeń i wzorców dla ścieżek klinicznych (tzw. algorytmów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego) na rzecz przyszłego systemu opieki koordynowanej, wspierających lekarzy w udzielaniu świadczeń pacjentom, na wybranym przykładzie stanów chorobowych planowanych do prowadzenia przez lekarza POZ m. in. w oparciu o diagnostykę, rehabilitację i konsultacje specjalistyczne, rozliczane w ramach budżetu powierzonego dla nadciśnienia tętniczego samoistnego,
 - zlecano prace tłumaczeniowe materiałów dydaktycznych,
 - zorganizowano w dn. 2016.12.14 symposium pt. „Opieka Koordynowana – Kierunki Rozwoju Opieki Zdrowotnej” dla 270 osób, w tym usługi okołospotkaniowe – catering, tłumaczenia ustne symultaniczne i konsekwentne, usługi fotograficzne, audio-video ze streamingiem oraz wydruk materiałów edukacyjnych,
 - w ramach projektu odbyło się 32 spotkania ekspertów w łącznym składzie zespołów ds. POZ, AOS, SZP i Międzynarodowych. Z tego 6 stanowiło zewnętrzne spotkania z interesariuszami systemu ochrony zdrowia, mające na celu bieżącą prezentację wypracowanych rozwiązań oraz konsultacje środowiskowe. Prace zespołów dotyczyły m.in. koncepcji i budowy modeli POZ, AOS i SZP, strategii pilotażu wypracowanych modeli, profilaktyki zdrowotnej, bilansów zdrowotnych i zmian w systemach informatycznych, wspierających funkcje opieki koordynowanej,
 - przez cały okres podejmowano współpracę z Instytucją Pośredniczącą (Ministerstwo Zdrowia) w zakresie rozliczeń oraz sprawozdawczości.

Predefiniowany projekt pn.: „Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu” współfinansowany z Norweskiego Mechanizmu Finansowego

Fundusz jest Partnerem projektu predefiniowanego w ramach Programu Operacyjnego „Ograniczenie 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 2017

roku. 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 umożliwią 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 to 12 049 803 zł, środki krajowe to 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.

Decyzja o rozpoczęciu realizacji projektu została wydana przez Ministra Zdrowia w dniu 29.01.2014 roku. W 2016 roku zostały zrealizowane następujące zadania:

- pozyskano z systemu informatycznego NFZ dane za lata 2013-2015 dotyczące udzielonych świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych pacjentów z nieswoistym zapaleniem jelit (K50-K51) oraz leków zrefundowanych w związku z leczeniem tej choroby,
- pozyskano dane dotyczące świadczeń zdrowotnych zrealizowanych w okresie 2012-2014 dla osób, które zmarły w 2014 roku z powodu niewydolności serca (I50) i miażdżycy (I70.9),
- pozyskano informacje o statusie społecznym osób korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej opierając się o bazę danych CWU przypisując każdej osobie uprawnionej do świadczeń jeden ze statusów:
 - o dla osób o jednym tytule ubezpieczenia – bezrobotny, osoba objęta pomocą społeczną, rencista, emeryt, pracownik, przedsiębiorca, rolnik, służba mundurowa, pozostali, osoba bez tytułu ubezpieczenia, członek rodziny,
 - o dla osób o więcej niż jednym tytule ubezpieczenia – emeryt-pracownik, pracownik, przedsiębiorca, emeryt, pozostali, członek rodziny.
- pozyskano informację pozwalającą na wyodrębnienie grupy uprawnionych do świadczeń, którzy przez co najmniej 12 miesięcy byli bezrobotni,
- pozyskano informacje mające na celu określenie dostępności pacjentów do świadczeń. Zakres informacji obejmował:
 - o liczbę przechodni POZ (miejsc udzielania świadczeń) w powiecie/województwie/kraju,
 - o liczbę lekarzy POZ/pielęgniarek w powiecie/województwie/kraju,
 - o łączną liczbę etatów przeliczeniowych lekarzy POZ/pielęgniarek w powiecie/województwie/kraju,
 - o liczbę lekarzy rodzinnych w powiecie/województwie/kraju,
 - o liczbę podopiecznych lekarzy POZ/pielęgniarek w powiecie/województwie/kraju,
- wspierając część edukacyjną projektu przygotowano (na podstawie treści opracowanych przez ekspertów NIZP-PZH) i udostępniono w dniu 03.02.2016 r. na platformie edukacyjnej „Akademia NFZ” szkolenie e-learningowe pod tytułem „Przeciwdziałanie nierównościom w zdrowiu jako zadanie zdrowia publicznego” składające się z trzech modułów tematycznych:
 - o Zdrowie publiczne – funkcje i świadczenia,
 - o Światowe doświadczenia w zmniejszaniu nierówności w zdrowiu,
 - o Podstawy planowania działań zdrowia publicznego w zmniejszaniu nierówności w zdrowiu,

oraz trailery zachęcających do pogłębienia wiedzy z w/w zagadnień. Całość szkolenia zawiera zarówno treści szkoleniowe jak również ćwiczenia i testy sprawdzające. W swojej formie szkolenie jest interaktywne i udźwiękowione głosem lektora (instruktora). Szkolenie kończy test, którego zaliczenie na poziomie 70% umożliwia szkolącemu pobranie certyfikatu. Szkolenie zostało przygotowane również w wersji angielskiej. Według stanu na dzień 31.12.2016 r. ze szkoleń skorzystało 1 742 osób,

- wraz z uruchomieniem na platformie internetowej „Akademia NFZ” szkolenia e-learningowe pt. „Przeciwdziałanie nierównościom w zdrowiu jako zadanie zdrowia publicznego” (<http://akademia.nfz.gov.pl/przeciwdzialanie-nierownosciom-w-zdrowiu-jako-zadanie-zdrowia-publicznego/>) funkcjonuje helpdesk. E-opiekunowie, pod numerem kontaktowym (0-22) 572-64-62, na bieżąco odpowiadają na pytania i rozwiązują problemy związane z funkcjonalnością szkoleń e-learningowych, a także obsługą platformy e-learningowej. Zapytania użytkowników dotyczą głównie: problemów z założeniem konta, uruchomieniem szkoleń (wymogi techniczne), wypełnieniem formularzy rejestracyjnych, grupy odbiorczej szkolenia – kto i na jakich zasadach może skorzystać ze szkolenia, pobraniem certyfikatu potwierdzającego ukończenie szkolenia, powtórny zalogowaniem,
- rozpoczęto prace związane z przygotowaniem nowego szkolenia e-learningowego dotyczącego oceny potrzeb zdrowotnych. Wkład merytoryczny do szkolenia (treść szkolenia i materiały szkoleniowe) zostały przygotowane przez zespół Instytutu Zdrowia Publicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego-Collegium Medicum. Jednocześnie prowadzone były działania związane z wyłonieniem podwykonawcy szkolenia e-learningowego w wersji do zaimplementowania na platformę e-learningową. Zawarcie umowy z podwykonawcą planowana jest na drugą połowę stycznia 2017 r.,
- od sierpnia 2016 r. na platformie e-learningowej „Akademia NFZ” uruchomiono nowy moduł „baza wiedzy”. W ramach bazy wiedzy wyodrębniona została grupa tematyczna dotycząca nierówności w zdrowiu i zdrowia publicznego. Zgodnie z opracowaną formatką opisu poszczególnych publikacji na bieżąco aktualizowany jest ich wykaz. Baza wiedzy mieści się na stronie internetowej Akademii NFZ pod adresem: <http://akademia.nfz.gov.pl/biblioteka/>

Projekt pn.: „Opracowanie mobilnej aplikacji na smartfony dla kobiet z cukrzycą ciążową SweetPregna – słodka ciąża”

W ramach środków z Funduszu Współpracy Dwustronnej Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego Narodowy Fundusz Zdrowia jest beneficjentem projektu pod nazwą „Opracowanie mobilnej aplikacji na smartfony dla kobiet z cukrzycą ciążową”.

Działania projektu mają na celu poprawę opieki perinatalnej poprzez edukację zdrowotną kobiet ze zdiagnozowaną cukrzycą ciążową. Cel ten zostanie zrealizowany poprzez stworzenie i powszechne udostępnienie aplikacji na smartfony.

Okres realizacji projektu: sierpień 2016-wrzesień 2017.

Budżet projektu: 211 817 zł (dofinansowanie z NMF – 180 044 zł, wkład własny NFZ – 31 773 zł).

Projekt będzie realizowany w partnerstwie z Uniwersytetem w Tromsø z Norwegii, który posiada ogromne doświadczenie w zakresie budowania aplikacji dla diabetyków. W 2016 roku:

- przeprowadzono dialog techniczny wśród firm mających doświadczenie w budowaniu aplikacji mobilnych,
- zrekrutowano ekspertów merytorycznych z zakresu diabetologii, dietetyki oraz ginekologii mających za zadanie opracowanie merytorycznych treści aplikacji mobilnej dla kobiet w ciąży,

- zorganizowano I-szą wizytę studyjną partnera z Norwegii,
- rozpoczęto pracę we współpracy z partnerem z Norwegii mające na celu opracowanie raportu na temat doświadczeń międzynarodowych w zakresie opieki nad kobietą ciężarną z cukrzycą ciążową.

Projekt pn.: „CanCell Cancer – zapobieganie rozwojowi chorób nowotworowych poprzez edukację zdrowotną”

W ramach środków z Funduszu Współpracy Dwustronnej Mechanizmu Finansowego EOG i Norweskiego Mechanizmu Finansowego Narodowy Fundusz Zdrowia jest beneficjentem projektu pod nazwą „CanCell Cancer – zapobieganie rozwojowi chorób nowotworowych poprzez edukację zdrowotną”.

Celem projektu jest zapobieganie rozwojowi chorób nowotworowych poprzez edukację społeczeństwa w zakresie prowadzenia zdrowego stylu życia i stosowania badań profilaktycznych. Cel zostanie zrealizowany przez stworzenie i udostępnienie powszechnej aplikacji na smartfony.

Okres realizacji projektu: sierpień 2016 r. –wrzesień 2017 r. Budżet projektu: 225 079 zł, w tym dofinansowanie z NMF – 191 317 zł (85%), wkład własny NFZ – 33 762 zł (15%)

Projekt jest realizowany w partnerstwie z Uniwersytetem w Bergen z Norwegii, Wydział Nauk Klinicznych (K2 Institutt). Wydział Nauk Klinicznych prowadzi badania nad chorobami rzadkimi, psychicznymi i nowotworowymi z zastosowaniem najnowszych metod genetyki i informatyki. Strona norweska jest odpowiedzialna za opracowanie specyfikacji technicznej i funkcjonalności aplikacji mobilnej oraz konsultacje merytoryczne w zakresie promocji zdrowia i zapobiegania rozwojowi chorób nowotworowych. W 2016 roku:

- przygotowano opis funkcjonalności aplikacji oraz przeprowadzono dialog techniczny z firmami IT mającymi doświadczenie w tworzeniu aplikacji mobilnych,
- zrekrutowano ekspertów merytorycznych z zakresu genetyki i profilaktyki chorób nowotworowych mających za zadanie opracowanie merytorycznych treści aplikacji mobilnej,
- zorganizowano spotkanie dla kluczowych uczestników projektu, opracowano plan współpracy.

V.5. Działania edukacyjne i informacyjne

Działania edukacyjne i informacyjne

Fundusz realizuje zadania z zakresu edukacji i informacji, określone w ustawie o świadczeniach, ustawie o prawach pacjenta, ustawie o dostępie do informacji publicznej oraz ustawie Prawo prasowe, poprzez środki społecznego przekazu, publikacje własne, serwis internetowy, serwis społecznościowy Twitter, 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, prezentacja informacji i danych dotyczących bieżącej działalności, kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, programu opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży (KOC), refundacji leków dla pacjentów powyżej

75. roku życia, koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży i dzieckiem w ramach ustawy „Za życiem”, 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, program opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży (KOC), refundacja leków dla pacjentów powyżej 75. roku życia, koordynowana opieka nad kobietą w ciąży i dzieckiem w ramach ustawy „Za życiem”, 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, programu opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży (KOC), refundacji leków dla pacjentów powyżej 75. roku życia, koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży i dzieckiem w ramach ustawy „Za życiem”, a także 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,
 - współpracę z portalami internetowymi,
 - cykliczną współpracę z mediami regionalnymi – oddziały wojewódzkie Funduszu nawiązały stałą współpracę z mediami regionalnymi, dotyczącą działalności Funduszu, zasad korzystania z opieki zdrowotnej, programów profilaktycznych finansowanych przez Fundusz, a także programu opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży (KOC), refundacji leków dla pacjentów powyżej 75. roku życia oraz koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży i dzieckiem w ramach ustawy „Za życiem”, np. artykuły w „Gazecie Pomorskiej”, „Expressie Bydgoskim”, „Toruńskich Nowościach” i Radio PiK (oddział kujawsko-pomorski); cykliczna współpraca z dziennikiem Gazetą Lubuską oraz udział w cyklu spotkań w ramach m.in. „godziny z Ekspertem” w „Radiu Zachód” (oddział lubuski); dodatki specjalne do „Gazety Wyborczej”, „Dziennika Łódzkiego” i „Ekspresu Ilustrowanego”, cykliczna kolumna w „Ekspresie Ilustrowanym”, cykliczne materiały w Biuletynie Pielęgniarek i Położnych i czasopismach „My młodzi” „OIL w Łodzi”, przygotowano scenariusze 24 audycji telewizyjnych (TVP Łódź, TV Toya) program ABC pacjenta oraz Pora na seniora (oddział łódzki); comiesięczne publikacje dodatku „Lekarz Małopolski” w „Polskiej Gazecie Krakowskiej” oraz cykliczna współpraca z Dziennikiem Polskim, Tygodnikiem Podhalańskim, TVP Kraków (oddział małopolski); cykliczna współpraca z Gazetą Wyborczą (Stołeczna, Radom, Płock) Echo Dnia Radom, Tygodnik Mazowiecki, TVP Warszawa (oddział mazowiecki); „Nasze Miasto Opole” dodatek do dziennika „Nowa Trybuna Opolska” i cykl audycji w Radiu Opole, produkcja w TVP Opole w ramach programu „Żyjmy Zdrowo” (oddział opolski), artykuły i informator pacjenta w gazecie „Nowiny” (oddział podkarpacki); audycje w studenckim radiu „Akadera” (oddział podlaski), współpraca z Gazetą Wyborczą Trójmiasto i lokalną telewizją TVG, audycje w „Radiu Gdańsk” (oddział pomorski); artykuły w „Gazecie Wyborczej” i „Dzienniku Zachodnim”, (oddział śląski); stały biuletyn informacyjno-poradnikowy w „Echu Dnia”, comiesięczny dodatek w kolorowym wydaniu „Forum Zdrowia” (oddział świętokrzyski); cotygodniowa audycja „Informator Pacjenta” w „Radiu Olsztyn” (oddział warmińsko-mazurski); program „Medycyna i Ty” w „TVP3” oraz artykuły w „Głosie Wielkopolski” (oddział wielkopolski); artykuły w koszalińskiej gazecie „Twoje Zdrowie” (oddział zachodniopomorski). Ponadto oddziały wojewódzkie publikowały w mediach regionalnych ogłoszenia, informatory i poradniki w zależności do bieżących potrzeb pacjentów.

Publikacje

- plakaty, ulotki, ogłoszenia i banery dotyczące bezpłatnych leków dla seniorów powyżej 75. roku życia, systemu ZIP, dostępu do POZ, finansowanych przez Fundusz programów profilaktycznych, dystrybuowane do: świadczeniodawców, placówek ZUS, KRUS, urzędów, jednostek administracji rządowej i samorządowej, lokalnej prasy,
- 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 OW NFZ,
- foldery informacyjne dotyczące bezpłatnych leków dla seniorów powyżej 75. roku życia, praw pacjenta oraz refundacji leków, środków ortopedycznych i pomocniczych, dystrybuowane do redakcji prasowych, radiowych i telewizyjnych oraz umieszczane na stronach internetowych,
- publikacje własne opublikowane na stronie Centrali NFZ m.in.: „Podstawowa opieka zdrowotna – potencjał i jego wykorzystanie”, „Realizacja świadczeń endoprotezoplastyki stawowej w 2015 r.”,
- informatory zawierające wykaz świadczeniodawców, którzy zawarli umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2016 roku,
- broszury, ulotki i plakaty adresowane do pacjentów w akcjach organizowanych przez stowarzyszenia, fundacje i Ministerstwo Zdrowia oraz kolportaż wśród świadczeniodawców;
- informatory, poradniki i broszury na temat dostępu do świadczeń, praw pacjenta, zasad korzystania z opieki zdrowotnej w krajach UE, praw pacjenta, szczególnych uprawnień Zasłużonych Honorowych Dawców Krwi, zasad ubezpieczenia oraz działalności Funduszu;
- broszury, ulotki i plakaty informacyjne dla osób chorych na cukrzycę,
- laurki z hasłem „Badajcie się Drogie Mamy, bo my dzieci Was kochamy”, zachęcające do badań profilaktycznych, które były przekazane do wszystkich publicznych przedszkoli na Dolnym Śląsku (oddział dolnośląski),
- Kalendarzyki Rodzinne 2016 (oddział podlaski, mazowiecki, łódzki),
- broszury, ulotki i plakaty adresowane do studentów dotyczące zasad ubezpieczenia zdrowotnego.

Wydarzenia specjalne

Przedstawiciele Funduszu udzielali informacji m.in. na temat zasad korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, programów profilaktycznych finansowanych przez NFZ, koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC), zasad refundacji bezpłatnych leków dla seniorów powyżej 75. roku życia, koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży w ramach ustawy „Za życiem”.

Przedstawiciele Funduszu uczestniczyli również w konferencjach, sympozjach, szkoleniach, seminariach; organizowali lub brali udział w wydarzeniach specjalnych, m.in. takich jak:

- wdrożenie programu opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży (KOC) – 13 kwietnia 2016 r., którego głównym założeniem jest objęcie kompleksową opieką medyczną matki w okresie ciąży, porodu, porożu oraz jej nowo narodzonego dziecka, a także pełna dostępność do świadczeń zgodnie ze wskazaniami medycznymi i możliwość zgłoszenia do programu na każdym etapie ciąży. Wymiernym efektem wprowadzonych zmian ma być kompleksowa opieka medyczna nad matką i dzieckiem, poprawa komfortu i poczucia bezpieczeństwa kobiet w okresie ciąży, porodu i porożu, zmniejszenie umieralności okołoporodowej, a także mniejsza liczba cięć cesarskich,
- zorganizowanie ogólnopolskiej konferencji szkoleniowej dla położnych (6 maja 2016 r.) nt.: „Koordynowana opieka zdrowotna nad kobietą w ciąży – czy można prowadzić ciążę bez porożnej?”,

- przeprowadzenie w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ w Lublinie, Warszawie, Gdańsku, Poznaniu, Katowicach i Łodzi cyklu spotkań szkoleniowych pt.: „Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży w praktyce”. W spotkaniach licznie wzięli udział przedstawiciele kierownictw szpitali, ordynatorzy oddziałów położniczo-ginekologicznych, położne, reprezentanci praktyk POZ oraz AOS, a także członkinie Izby Pielęgniarek i Położnych,
- przeprowadzanie wspólnego projektu Ministerstwa Zdrowia i NFZ mającego na celu wdrożenie działań informacyjnych w zakresie kampanii edukacyjno-informacyjnej dotyczącej dostępu do leków dla osób powyżej 75. roku życia (od 1 września 2016 r.),
- wdrożenie programu koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży i dzieckiem w ramach ustawy „Za życiem”, zainaugurowane konferencją prasową w Łukowie, 12 grudnia 2016 r., z udziałem Prezesa NFZ oraz przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej,
- akcje informacyjne i promocyjne oraz dni otwarte na temat profilaktyki onkologicznie w obchodów (4 lutego) Światowy Dzień Walki z Rakiem. Z tej okazji oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia zapraszają do specjalnych stanowisk w wybranych ośrodkach onkologicznych w całym kraju oraz w siedzibach oddziałów wojewódzkich NFZ,
- akcje informacyjne i promocyjne związane z obchodami Światowego Dnia Chorego (11 lutego),
- wydawanie hasła dostępu do systemu ZIP organizowane bezpośrednio przez OW NFZ oraz organizowane w ramach współorganizowanych wydarzeń publicznych i kampanii społecznych,
- wydawanie hasła dostępu w mobilnych stanowiska ZIP w urzędach, starostwach, gminach, placówkach medycznych, uczelniach wyższych, firmach, przedstawicielstwach ZUS, zakładach pracy, galeriach, imprezach plenerowych i innych,
- ogólnopolska kampania informacyjna dotycząca odwoływania wizyt przez pacjentów,
- „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,
- „Dni otwarte” w OW NFZ poświęcony skutkom polipragmazji (nadużywania leków),
- „Dni otwarte” w OW NFZ poświęcone bezpłatnym lekami dla seniorów powyżej 75. roku życia,
- prowadzenie akcji informacyjnej w ramach Światowego Tygodnia i Europejskiego Dnia Wiedzy o Antybiotykach,
- prowadzenie stoisk informacyjno-edukacyjnych w ramach organizowanych lub współorganizowanych imprez i kampanii społecznych m.in.: Dni Otwarte w ZUS, Dni Ubezpieczonego w ZUS, Dzień Profilaktyki Raka Piersi, Dzień Walki z Cukrzycą, Senioralia, Światowy Dzień Świadomości Autyzmu, Światowy Dzień Walki z Rakiem, Światowy Tydzień Wiedzy o Antybiotykach i Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach, Tydzień Walki z Rakiem, Dzień bez Tytoniu,
- prowadzenie akcji promujących badania profilaktyczne w związku z: Światowym Dniem Walki z Rakiem, Dniem Kobiet, Światowym Dniem Walki z Cukrzycą, Światowym Dniem Walki z Gruźlicą, IV Polskim Dniem Spirometrii, Dniem Ratownictwa Medycznego, Światowym Dniem POChP, Światowym Dniem bez Tytoniu,
- prowadzenie akcji informacyjnej przez OW NFZ dotyczącej opieki medycznej i możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych podczas Światowych Dni Młodzieży Kraków 2017,
- zbiórka książek dla dzieci i młodzieży w ramach ogólnopolskiej kampanii społecznej „Zaczytani”,
- prowadzenie działań edukacyjnych dla młodych mam poprzez zachęcanie do wypełnienia ankiety na temat opieki w okresie ciąży, porodu i porożenia,
- przeprowadzenie działań promocyjnych dotyczących szkolenia internetowego dla mam i personelu medycznego nt. karmienia piersią,
- „Białe Soboty” i „Białe Niedziele” w ramach Dni Otwartych w NFZ oraz placówkach medycznych,
- konferencje organizowane i współorganizowane przez NFZ jak również stowarzyszenia, fundacje, jednostki samorządu terytorialnego i ośrodki akademickie,

- akcja informacyjna „Badajcie się drogie Mamy, bo my Dzieci Was kochamy” (oddział dolnośląski),
- debata nt. „Profilaktyki zdrowotnej” zorganizowana wspólnie ze Stowarzyszeniem Dziennikarzy RP oddziału w Zielonej Górze (oddział lubuski),
- V edycja konkursu dla lubuskich dziennikarzy zajmujących się tematyką medyczną (oddział lubuski),
- II Łódzkie Senioralia (oddział łódzki),
- „Debata o męskim zdrowiu” (oddział lubuski),
- „XIX Wampiriada” w Katowicach (oddział śląski),
- akcje informacyjne poświęcone promocji karmienia piersią w ramach Światowego Tygodnia Karmienia Piersią (m.in. oddziały lubelski, mazowiecki, łódzki),
- Światowy Tydzień Karmienia Piersią „Badaj się – to nic nie kosztuje” oraz „Bądź szybsza od raka” – akcje informacyjne dotyczące profilaktyki chorób nowotworowych i programów profilaktycznych (oddział świętokrzyski),
- „Lekarz Roku” – plebiscyt dla najlepszego lekarza województwa świętokrzyskiego (oddział świętokrzyski),
- 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.

Internet

W Centrali NFZ prowadzi się serwis internetowy, 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 BIP NFZ,
- zakładka eWUŚ – serwis zawierający informacje na temat systemu Elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców,
- Biuletyn „Nasz Fundusz”,
- „Statystyka JGP” – serwis umożliwiający dokonanie kompleksowej analizy systemu Jednorodnych Grup Pacjentów od 2009 r.,
- Informacja na temat miejscowości w których miały stacjonować mammobusy.

Twitter

Od 2016 r. Centrala Funduszu rozpoczęła informowanie o działaniach NFZ i promowanie instytucji na kanale społecznościowym Twitter poprzez prowadzenie oficjalnego konta @NFZ_Rzecznik. Na koncie NFZ publikowane były tweety dotyczące bieżącej działalności Centrali i oddziałów wojewódzkich NFZ, w tym m.in.:

- informacje o „Dniach otwartych” w oddziałach wojewódzkich NFZ poświęconych bezpłatnym lekami dla seniorów powyżej 75. roku życia czy skutkom polipragmazji,
- informacje o wdrażaniu programu koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC),
- informacje dotyczące przeprowadzanie wspólnie przez MZ i NFZ kampanii edukacyjno-informacyjnej dotyczącej dostępu do leków dla osób powyżej 75. roku życia (od 1 września 2016 r.),
- informacje dotyczące wdrożenie programu koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży i dzieckiem w ramach ustawy „Za życiem”,
- informacje dotyczące ogólnopolskiej kampanii informacyjnej poświęconej odwoływaniu wizyt przez pacjentów.

Ponadto na oficjalnym koncie NFZ na Twitterze zamieszczane były fotorelacje z udziału Prezesa NFZ i przedstawicieli Funduszu w licznych kongresach i wydarzeniach medycznych, dotyczące m.in.:

- udziału Prezesa NFZ oraz przedstawicieli Funduszu w Kongresie Wyzwań Zdrowotnych HCC w Katowicach,
- udziału Prezesa NFZ oraz przedstawicieli Funduszu w Europejskim Kongresie Gospodarczym EKG Katowice 2016,
- udziału Prezesa NFZ oraz przedstawicieli Funduszu w Forum Ekonomicznym w Krynicy (Economic Forum Krynica 2016),
- udziału Prezesa NFZ oraz przedstawicieli Funduszu w XI Forum Rynku Zdrowia,
- udziału Prezesa NFZ oraz przedstawicieli Funduszu w konferencji „Rola lekarza rodzinnego w opiece koordynowanej” (oddział lubuski),
- udziału przedstawicieli NFZ w obchodach Światowego Dnia Wcześniaka pt.: „Mleko mamy jako element terapii żywieniowej wcześniaków” w Pałacu Prezydenckim pod patronatem Pierwszej Damy,
- udziału przedstawicieli Funduszu w ogólnopolskiej konferencji NFZ ze świadczeniodawcami nt. koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC),
- udziału przedstawicieli NFZ w cyklu spotkań szkoleniowych pt.: „Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży w praktyce” w poszczególnych OW NFZ w Lublinie, Warszawie, Gdańsku, Poznaniu, Katowicach i Łodzi,
- udziału Prezesa NFZ oraz przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej w konferencji inaugurującej program koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży i dzieckiem w ramach ustawy „Za życiem” w Łukowie, (12 grudnia 2016 r.).

VI. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących Funduszu

VI.1. Głównej tematyki składanych skarg i zażaleń

Tabela nr VI. 1. Główna tematyka skarg i zażaleń w 2016 roku.

	Główna tematyka skarg:
NFZ	<ul style="list-style-type: none"> – sposób rozpatrzenia skierowania na leczenie uzdrowiskowe: nieodpowiednia kwalifikacja skierowania, brak aprobaty skierowania pod względem celowości leczenia – zagubienie przez oddział wojewódzki NFZ skierowania na leczenie uzdrowiskowe – odmowa potwierdzenia skierowania osobie, która leczy się psychiatrycznie – brak odpowiedzi na wniesione pismo – nedoręczenie korespondencji przez PGP SA – firmę realizującą usługi pocztowe na rzecz Mazowieckiego OW NFZ, nedoręczenie w terminie skierowania na leczenie uzdrowiskowe – zarzut beczynności urzędu w sprawie zgłoszenia braku otrzymania urzędowego potwierdzenia przekazania skargi przez platformę ePUAP – opieszałość oddziału wojewódzkiego w udzielaniu odpowiedzi na pismo – niewłaściwy sposób obsługi Ubezpieczonego w delegaturze oddziału, niewłaściwy sposób obsługi Pacjentki w Punkcie Ewidencyjnym, gdzie zgłosiła się w sprawie potwierdzenia zaopatrzenia w wyrób medyczny – przekazanie nieprawidłowych informacji przez pracownika Punktu Informacyjnego OW – wydanie po terminie poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium RP – odmowa potwierdzenia zlecenia na zaopatrzenie ortopedyczne – wystawienie karty EKUZ niezgodnie z dyspozycją na wniosku, błędne zaadresowanie przesyłki z kartą EKUZ, odmowa wydania karty EKUZ

VI.2. Kontroli wewnętrznych i kontroli zewnętrznych, z uwzględnieniem wyników tych kontroli

Kontrole wewnętrzne przeprowadzone przez Centralę Funduszu w 2016 roku

Kontrola wewnętrzna w Centrali Funduszu w 2016 r. realizowana była w ramach:

1. Kontroli instytucjonalnej, przez Dział Kontroli Wewnętrznej Departamentu Kontroli (zwanym dalej DKW) – w okresie 5.04.2016 r.-9.06.2016 r. przez Dział Kontroli Wewnętrznej i Zarządczej Departamentu Kontroli (zwanym dalej DKW).
2. Kontroli funkcjonalnej, w zakresie nadzoru merytorycznego przez właściwe komórki organizacyjne Centrali.

W ramach kontroli instytucjonalnej DKW Departamentu Kontroli przeprowadził łącznie 21 kontroli, w tym:

- 7 kontroli planowych (jedną wspólnie z Działem Realizacji Kontroli Departamentu Kontroli),
- 13 kontroli doraźnych (jedną wspólnie z DSOZ, jedną wspólnie z DI, jedną wspólnie z Działem Realizacji Kontroli Departamentu Kontroli, jedną wspólnie z BKiS, jedną wspólnie z Sekcją Zwalczenia Nadużyć oraz jedną wspólnie z Działem Realizacji Kontroli Departamentu Kontroli i DSOZ).1 kontrolę koordynowaną.

W ramach kontroli funkcjonalnej przeprowadzono łącznie 36 kontroli, w tym: DSM 7 planowych i 1 doraźną wspólnie z DKW, DEF 6 planowych, DSS 5 planowych, DGL 2 planowe, DWM 4 planowe, BKiS 2 z 5 zaplanowanych i 2 doraźne, BK 4 planowe, SZN (Departament Kontroli) 2 doraźne i 1 wspólnie z DI.

Kontrole planowe objęły następujące obszary działalności Funduszu:

1. Ocenę prawidłowości postępowań o udzielanie zamówień publicznych przeprowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w latach 2014-2015, ze szczególnym uwzględnieniem infrastruktury teleinformatycznej. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: przypadków wszczęcia postępowania o zamówienie publiczne, w terminie który nie zabezpieczał w sposób należyty ciągłości usługi dostępu do sieci internet, przypadku podania terminu uruchomienia usługi w pierwotnej części SIWZ na tyle krótkiego, że mógł naruszyć zasady uczciwej konkurencji, a sama usługa mogła być realizowana przez ograniczone grono wykonawców, sposobu szacowania wartości zamówienia oraz sposobu dokonywania zmian w składzie komisji przetargowej.
2. Ocenę prawidłowości realizacji zadań przez komórki ds. kontroli wewnętrznej OW NFZ – ze szczególnym uwzględnieniem stosowania Regulaminu kontroli wewnętrznej NFZ w 2015 roku. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m.in.: niewłaściwego obiegu dokumentacji pokontrolnej, niewłaściwego monitorowania wykonania zaleceń pokontrolnych, niewłaściwego sporządzania dokumentów z kontroli, niewłaściwego opracowania programów kontroli.
3. Ocenę wykonywania zadań przez komórkę właściwą do spraw kontroli ordynacji lekarskiej. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m.in.: niewłaściwego opracowania programów kontroli, niewłaściwego sporządzania protokołów z kontroli, nierzetelnego gromadzenia materiału dowodowego oraz niewłaściwego sporządzania wystąpienia pokontrolnego (kontrola ordynacji lekarskiej), niewłaściwego sporządzania zawiadomienia o kontroli, wystawiania upoważnienia do kontroli aptek oraz sposobu prowadzenia akt kontroli.

Kontrole doraźne objęły następujące obszary działalności Funduszu:

1. Wykorzystanie samochodów służbowych. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: incyidentalnego wykorzystywania samochodów służbowych dla celów prywatnych, nierzetelnego prowadzenia ksiąg przebiegu pojazdów służbowych za okres objęty kontrolą.
2. Przebiegu postępowań konkursowych i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także prawidłowość procesu zawierania umów. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: braku należytego nadzoru nad realizacją umów zawartych ze świadczeniodawcą, niezaproszenia do udziału w rokowaniach świadczeniodawców mogących udzielać świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania oraz przyjęcie do postępowania oferenta niespełniającego wymaganych warunków określonych w przepisach prawa, niewłaściwego sporządzenia ogłoszenia o postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, opóźnienia terminu przekazania Urzędowi Oficjalnych Publikacji Wspólnot Europejskich ogłoszeń o wyniku rozstrzygnięcia postępowań, braku stosownego poinformowania Prezesa Funduszu o wyrażeniu przez Dyrektora OW NFZ zgody na odstąpienie od stosowania Procedury w zakresie przeprowadzenia kontroli oferentów.
3. Prawidłowość funkcjonowania Wydziału Informatyki. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: braku należytej kontroli przez administratorów nad serwerami bazodanowymi, braku należytej kontroli nad pracownikami przez bezpośredniego przełożonego, braku procedur operatorskich z opisem jakie obszary systemu operacyjnego powinny być monitorowane, nieaktualnionej procedury w planie awaryjnym.
4. Prawidłowość przeprowadzania postępowań kontrolnych u Świadczeniodawcy. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: prowadzenia dokumentacji sporządzonej z kontroli przeprowadzonej u świadczeniodawcy, sporządzania dokumentów kontroli (upoważnienia, notatki służbowe zamiast protokołów oględzin).
5. Prawidłowość finansowania przez OW NFZ świadczeń udzielonych przez świadczeniodawcę. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m.in.: opracowania przez oddział analizy finansowej zawierającej tabelę EXCEL sporządzoną niezgodnie z regulaminem i nie odpowiadającą rzeczywistości stanowi finansów Oddziału, co w konsekwencji spowodowało zawyżenie rezerwy finansowej i powstanie szkody.
6. Ocena prawidłowości przeprowadzonego naboru na stanowisko zastępcy dyrektora ds. medycznych w OW NFZ – brak nieprawidłowości.

Wyniki kontroli funkcjonalnej

W ramach kontroli funkcjonalnej komórki organizacyjne Centrali Funduszu przeprowadziły łącznie 36 kontroli.

Departament ds. Służb Mundurowych przeprowadził 7 kontroli planowych i 1 doraźną (wspólnie z DKW), których przedmiotem było m. in.:

- prowadzenie postępowań konkursowych w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe,
- realizacja w OW zadań przez Wydział ds. Służb Mundurowych,
- realizowanie przez Wydział ds. Służb Mundurowych zadań związanych z obsługą umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne oraz pomoc doraźna i transport sanitarny – ich zawieranie, aneksowanie oraz bieżące monitorowanie,
- realizacja zadań obronnych, zarządzania kryzysowego i obrony cywilnej w OW NFZ,
- planowanie, organizacja zabezpieczenia oraz ocena realizacji przez Łódzki OW NFZ świadczeń, na terenie miasta Łodzi oraz wybranych powiatów, w obszarze położnictwa i opieki okołoporodowej.

W badanych obszarach stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: nieprawidłowej organizacji pracy Sekcji Świadczeń Zdrowotnych, Analiz Finansowych i Rozliczeń dla Służb Mundurowych, nieprawidłowej zasady podziału zadań wynikających z ustawy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz Regulaminu Organizacyjnego OW, ustalenia harmonogramu postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju RTM w sposób uniemożliwiający zachowanie terminów wskazanych w art. 153 oraz 154 ustawy o świadczeniach, braku tworzenia, w badanym okresie, papierowych wersji aneksów statystycznych do umów, rozdrobnienia kompetencji i odpowiedzialności za obsługę umów w badanych rodzajach świadczeń.

Departament Ekonomiczno-Finansowy przeprowadził 6 kontroli planowych, których przedmiotem było wykonanie planu finansowego przez OW NFZ.

W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: rozliczenia świadczeń ponadlimitowych za 2015 r., nieprzeprowadzania przez oddział kontroli instytucjonalnych u świadczeniodawców, zakwalifikowania świadczeń jako wykonanych w trybie nagłym, na zasadach określonych w art. 64 ustawy o świadczeniach, mimo znaczącej skali realizowanych wniosków, wypłatę wynagrodzenia za ww. świadczenia opieki zdrowotnej, pozyskiwania od świadczeniodawców skorygowanych dokumentów rozliczeniowych związanych z rozliczeniem dodatkowych środków finansowych przekazywanych świadczeniodawcom na świadczenia opieki zdrowotnej, w udzielaniu których biorą udział pielęgniarki i położne, utworzenia rezerwy na zobowiązanie wynikające z wniosku o wypłatę wynagrodzenia za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym w niewłaściwej wysokości, nieprzeprowadzania kontroli w trybie art. 64 ustawy o świadczeniach w podmiotach leczniczych występujących o zapłatę za świadczenia zrealizowane w trybie art. 19 ustawy, zaewidencjonowania kosztów sądowych (w subpozycji F2 – rezerwy na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych) w kwocie mniejszej niż wskazana w wyroku sądowym, zawarcia 24 aneksów rozliczeniowych z naruszeniem terminu określonego w § 27 ust. 2 OWU.

Departament Gospodarki Lekami przeprowadził 2 kontrole planowe, których przedmiotem była ocena prawidłowości procedowania decyzji o objęciu refundacją leków w związku z wnioskami świadczeniobiorców i świadczeniodawców w OW NFZ w okresie od dnia 1 stycznia 2015 r. do dnia 31 grudnia 2015 r. Nie stwierdzono uchybień i nieprawidłowości.

Departament Spraw Świadczeniobiorców przeprowadził 5 kontroli planowych, których przedmiotem było:

- monitorowanie przez OW NFZ informacji z zakresu list oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- realizacja zadań w zakresie rozpatrywania skarg i wniosków wynikających z regulaminów organizacyjnych oddziałów wojewódzkich NFZ za 2016 r.,
- wykonanie zadań oddziałów wojewódzkich w zakresie wydawania decyzji w indywidualnych sprawach z ubezpieczenia zdrowotnego z uwzględnieniem kryteriów: legalności, celowości i rzetelności w oparciu o obowiązujące przepisy.

W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: niewystarczającego działania, polegającego na sprawdzaniu przekazywania przez świadczeniodawców informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, niesporządzaniu okresowo przekrojowych analiz, niewystarczającego monitorowania wywiązywania się świadczeniodawców z obowiązku prowadzenia list oczekujących w czasie rzeczywistym w aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE).

Departament Współpracy Międzynarodowej przeprowadził 4 kontrole planowe, których przedmiotem było:

- refundacja kosztów świadczeń za osoby ubezpieczone w oparciu o formularze E 126 i ustalenie należnej kwoty refundacji za osoby uprawnione w oparciu o formularze E 126,
- realizacja zadań na podstawie przepisów o koordynacji przez oddziały wojewódzkie Funduszu.

W badanym obszarze stwierdzono uchybienie nie mające wpływu na realizację procesu koordynacji zabezpieczenia społecznego.

Biuro Kadr i Szkoleń przeprowadziło 2 kontrole planowe i 2 kontrole doraźne, których przedmiotem było:

- badanie i ocena prawidłowości prowadzenia dokumentów kadrowych przez komórkę organizacyjną właściwą do spraw kadr, w tym zgodności z obowiązującymi przepisami prawa oraz zgodności zapisów Zakładowego Układu Zbiorowego Pracy ze stosowaną praktyką, w zakresie sprawdzenia wykonania zaleceń pokontrolnych wskazanych w wyniku przeprowadzonej kontroli,
- ocena realizacji przez komórkę organizacyjną właściwą do spraw kadr, zadań określonych w Regulaminie Organizacyjnym oraz zgodności zapisów Zakładowego Układu Zbiorowego Pracy,
- ocena prawidłowości realizacji zadań określonych w ustawie o świadczeniach,
- weryfikacja kadry kierowniczej oddziału wojewódzkiego NFZ w związku z podejrzeniem wystąpienia nepotyzmu i mobbingu.

W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: prawidłowości zapisów w umowach o pracę, przechowywania niezbędnej dokumentacji pracowniczej, zasad i trybu prowadzenia postępowań dotyczących naboru na wolne stanowiska pracy, sposobu prowadzenia ewidencji czasu pracy w zakresie wyjść prywatnych pracowników, godzin nadliczbowych i ich odbioru, wykonywanie pracy w dni wolne od pracy, posiadania przez pracowników aktualnych szkoleń okresowych z zakresu BHP, badań z zakresu medycyny pracy oraz upoważnienia POIN do przetwarzania danych osobowych, braku zgody Prezesa NFZ na prowadzenie działalności jak i na dodatkowe zatrudnienie, sposobu przeprowadzania naborów na wolne stanowiska, terminu przeprowadzania szkoleń dotyczących przetwarzania danych osobowych przed dopuszczeniem pracownika do pracy, dopuszczenia pracowników do pracy bez przeprowadzenia szkolenia wstępnego, w tym instruktażu ogólnego BHP, niezapewnienia pracownikom bezpiecznego środowiska pracy, wielokrotnego naruszania zasad współzycia społecznego oraz nierównego traktowania.

Biuro Księgowości przeprowadziło 4 kontrole planowe, których przedmiotem była ocena prawidłowości prowadzenia ksiąg rachunkowych i sporządzania sprawozdań finansowych w świetle ustawy o rachunkowości i uregulowań wewnętrznych Funduszu, obiegu dowodów księgowych oraz regulowania zobowiązań i dochodzenia należności. W badanym obszarze nie stwierdzono uchybień i nieprawidłowości.

Sekcja Zwalczania Nadużyć (Departament Kontroli) przeprowadziła 3 kontrole doraźne, których przedmiotem było:

- przyczyny i zakres awarii serwerów bazodanowych IBM oraz podjęte przez OW NFZ działania związane z wystąpieniem awarii,
- prawidłowość wyboru ofert i zasadność realizacji szkoleń w OW NFZ,
- prawidłowość przeprowadzania postępowań w trybie konkursu ofert w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: niewłaściwego szacowania wartości zamówienia dwóch postępowań o udzielenie zamówienia publicznego oraz nie stosowanie przepisów pzp.

Kontrole wewnętrzne oddziałów wojewódzkich Funduszu

- Dolnośląski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 12 kontroli wewnętrznych, w tym 8 kontroli problemowych (planowych), 1 koordynowaną, 2 doraźne i 1 sprawdzającą.
- Kujawsko-Pomorski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 5 kontroli wewnętrznych, w tym 3 kontroli problemowych (planowych), 1 koordynowaną, 1 doraźną.
- Lubelski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 8 kontroli wewnętrznych, w tym 6 kontroli problemowych (planowych), 1 koordynowaną, 1 doraźną.
- Lubuski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 7 kontroli wewnętrznych, w tym 5 kontroli problemowych (planowych), 1 koordynowaną, 1 doraźną.
- Łódzki OW NFZ – przeprowadzono łącznie 4 kontrole wewnętrzne, w tym 3 kontrole problemowe (planowe) i 1 koordynowaną.
- Małopolski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 6 kontroli wewnętrznych, w tym 5 kontroli problemowych (planowych) i 1 koordynowaną.
- Mazowiecki OW NFZ – przeprowadzono łącznie 12 kontroli wewnętrznych, w tym 5 kontroli problemowych (planowych), 1 koordynowaną, 5 doraźnych i 1 sprawdzającą.
- Opolski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 1 kontrolę sprawdzającą i 1 koordynowaną.
- Podkarpacki OW NFZ – przeprowadzono łącznie 9 kontroli wewnętrznych, w tym 8 kontroli problemowych (planowych), 1 koordynowaną.
- Podlaski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 10 kontroli wewnętrznych, w tym 7 kontroli problemowych (planowych), 1 koordynowaną, 2 doraźne.
- Pomorski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 6 kontroli wewnętrznych, w tym 5 kontroli problemowych (planowych), 1 koordynowaną.
- Śląski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 8 kontroli wewnętrznych, w tym 7 kontroli problemowych (planowych), 1 koordynowaną.
- Świętokrzyski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 9 kontroli wewnętrznych, w tym 7 kontroli problemowych (planowych), 1 koordynowaną, 1 doraźną.
- Warmińsko-Mazurski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 9 kontroli wewnętrznych, w tym 6 kontroli problemowych (planowych), 1 koordynowaną, 1 doraźną i 1 sprawdzającą.
- Wielkopolski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 12 kontroli wewnętrznych, w tym 10 kontroli problemowych (planowych), 1 koordynowaną, 1 doraźną.
- Zachodniopomorski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 7 kontroli wewnętrznych, w tym 5 kontroli problemowych (planowych), 1 koordynowaną, 1 doraźną.

Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w NFZ

W 2016 roku instytucje kontroli zewnętrznej prowadziły w jednostkach organizacyjnych Funduszu 47 kontroli. Większość postępowań została przeprowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli (15), następnie: Ministerstwo Zdrowia (11), Państwowa Inspekcja Pracy (5), Archiwum Państwowe (5), Urzędy Wojewódzkie (3), Zakład Ubezpieczeń Społecznych (3), Archiwum Narodowe (1) i Śląski Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska (1).

Na dzień 20 lutego 2017 r., tj. dzień sporządzania podstawie informacji zbiorczej o wynikach kontroli przeprowadzonych przez instytucje kontroli zewnętrznej w 2016 r. w NFZ, zakończono 26 kontroli, w wyniku których sześć oceniono pozytywnie, jedną pozytywnie z uchybieniami, natomiast w 19 przypadkach nie sformułowano oceny. W toku pozostawało 21 kontroli.

Kontrole przeprowadzone w Centrali Funduszu

W Centrali Funduszu instytucje kontroli zewnętrznej prowadziły osiem kontroli zewnętrznych.

1. Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła trzy kontrole w zakresie:

- Realizacja zadań NFZ w 2015 r. – wystąpienie pokontrolne zawierało ocenę opisową i wnioski zalecające, m.in. wyjaśnienie spraw dotyczących finansowania świadczeń udzielonych przez zmarłych lekarzy lub na rzecz osób zmarłych, podjęcie działań w celu zapewnienia komórce Audytu Wewnętrznego bezpośredniej podległości Prezesowi NFZ i warunków niezbędnych do niezależnego prowadzenia audytu wewnętrznego oraz zapewnienie szybszego rozpatrywania odwołań od decyzji administracyjnych dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ.
- Profilaktyka zdrowotna w systemie ochrony zdrowia – wystąpienie pokontrolne zawierało uwagi i wnioski zalecające zintensyfikowanie działań zmierzających do poprawy dostępności do programów profilaktycznych oraz zmniejszenia różnic w dostępie do świadczeń udzielanych w poszczególnych regionach kraju w ramach programów profilaktyki zdrowotnej oraz uwzględnianie priorytetów i wskaźników epidemiologicznych w planach zakupu świadczeń przyjmowanych przez Centralę oraz oddziały wojewódzkie NFZ.
- Przygotowanie i wdrożenie pakietu onkologicznego – wystąpienie pokontrolne zawierało uwagi i wnioski zalecające podjęcie działań zmierzających do poprawy dostępności świadczeń zdrowotnych zarówno w ramach pakietu onkologicznego jak i w ramach świadczeń limitowanych, uwzględnienie w toku kontroli poprawności realizacji świadczeń z zakresu pakietu onkologicznego, weryfikacji spełniania warunków określonych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego, przeprowadzenie postępowań wyjaśniających i kontrolnych w związku z udzieleniem świadczeń z zakresu brachyterapii niezgodnie z przyjętym przez Fundusz modelem finansowania, określonym w zarządzeniach Prezesa NFZ dotyczących rodzaju świadczeń: leczenie szpitalne, wyjaśnienie spraw i ściągnięcie należności w związku z udzielaniem w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 30 września 2015 r. świadczeń w ramach pakietu z rozpoznaniem ICD D33.0- 33.4, D35.2, D35.4 oraz D76.0 wprowadzonymi od 1 października 2015 r., wyjaśnienie spraw i ściągnięcie należności w związku z udzieleniem 14 świadczeń udzielonych z przekroczeniem terminów oraz przeprowadzenie analizy odnośnie wyceny pakietów onkologicznych i ustalenie rzeczywistych kosztów udzielania świadczeń w ramach poszczególnych pakietów diagnostycznych.

2. Ministerstwo Zdrowia (MZ) przeprowadziło cztery kontrole, których tematem było:

- Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I. Opracowanie modeli zintegrowanej/ koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski. Projekt nr POWER.05.02.00-00-0150/15. W wyniku kontroli stwierdzono uchybienia dotyczące m.in. opóźnienia w realizacji projektu w odniesieniu do harmonogramu realizacji projektu, niewłaściwego rozliczenia całkowitego kosztu wynajmu sali i kosztu usługi gastronomicznej, błędnych zapisów umowy na usługę hotelarsko-gastronomiczną oraz błędnego oznaczenia na stronie internetowej projektu. W ramach zaleceń pokontrolnych zobowiązano do terminowej realizacji projektu zgodnie z wnioskiem o dofinansowanie projektu.
- Wizyta monitoringowa w projekcie pt. „Przygotowanie, przestrzeganie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki okołoporodowej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski”. W toku kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości i odstąpiono od wydania zaleceń pokontrolnych.
- Zbadanie działalności Centrali NFZ w zakresie wybranych aspektów funkcjonowania Departamentu Gospodarki Lekami NFZ w okresie od 1 stycznia 2014 – 30 września 2015 r. W trakcie kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości i odstąpiono od wydania zaleceń pokontrolnych.
- Zbadanie działalności Prezesa NFZ w zakresie prawidłowości rozpatrywania zażaleń w sprawie rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie

- szpitalne w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych w okresie od 1 stycznia 2014 r. do 31 grudnia 2015 r. Kontrola pozostaje w toku.
- Zakończono kontrolę rozpoczętą w 2015 r. na temat Wybrane aspekty funkcjonowania jednostki w zakresie prowadzenia i utrzymania elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych (okres objęty kontrolą 01.12.2015 r. - 15.01.2016 r.). W wyniku kontroli nie sformułowano oceny, stwierdzono jednak nieprawidłowości dotyczące uprawnień dostępu do SMPT przez użytkowników oraz braku wykonania zaleceń pokontrolnych i wydano zalecenia pokontrolne dotyczące m.in. przeprowadzenia weryfikacji uprawnień dostępu do SMPT, niezwłoczną realizację zaleceń pokontrolnych, objęcie systemem SMPT programów lekowych nieobjętych tym systemem w dniu wejścia w życie ustawy z dnia 9 października 2015 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz dostosowanie SMPT do wymogów określonych w art. 188 c ust. 2 ustawy o świadczeniach.
3. Państwowa Inspekcja Pracy przeprowadziła kontrolę Sprawdzenie realizacji poprzednich decyzji oraz przestrzegania przez Pracodawcę przepisów obowiązującego prawa. W protokole z kontroli wskazano uchybienia dotyczące braku potwierdzenia przez pracownika datą i podpisem faktu zapoznania się z informacją o dodatkowych warunkach zatrudnienia i faktu przyjęcia ustalonych w umowie warunków pracy i płacy, dopuszczenia do pracy pracownika nie posiadającego aktualnie wydanego przez lekarza medycyny pracy zaświadczenia o braku przeciwwskazań do pracy na danym stanowisku i bez posiadania aktualnego przeszkolenia z zakresu BHP oraz braku poddania szkoleniu wstępnemu stanowiskowemu w dziedzinie BHP dwóch pracowników Centrali NFZ.

Kontrole przeprowadzone w oddziałach wojewódzkich Funduszu

W 2016 roku instytucje kontroli zewnętrznej w oddziałach wojewódzkich Funduszu przeprowadziły łącznie 32 kontrole:

- Najwyższa Izba Kontroli (9) w oddziałach: dolnośląskim, lubelskim, lubuskim, łódzkim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, śląskim,
- Ministerstwo Zdrowia (7) w oddziałach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, małopolskim, opolskim, podkarpackim, śląskim),
- Archiwum Państwowe (5) w oddziałach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubelskim, opolskim, pomorskim,
- Archiwum Narodowe (1) oddział małopolskim,
- Urząd Wojewódzki i wojewodowie (3) w oddziałach: lubuskim, świętokrzyskim, podkarpackim,
- Państwowa Inspekcja Pracy (4) w oddziałach: lubuskim, łódzkim, mazowieckim, śląskim,
- Zakład Ubezpieczeń Zdrowotnych (3) w oddziałach: śląskim, świętokrzyskim, łódzkim,
- Wojewódzki Inspektorat Ochrony Środowiska (1) w oddziale śląskim.

W 2016 roku w trzech oddziałach wojewódzkich NFZ instytucje kontroli zewnętrznej nie przeprowadzały kontroli (oddziały: warmińsko-mazurski, wielkopolski, zachodniopomorski).

Zgodnie z art. 274 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1870 j.t. z późn. zm.) w Funduszu prowadzony jest audyt wewnętrzny. Zadania audytowe realizowane są na podstawie planu audytu, opracowanego na podstawie analizy ryzyka. W uzasadnionych przypadkach audyt wewnętrzny przeprowadza się także poza planem audytu.

W 2016 roku zostały przeprowadzone planowe zadania audytowe w poniższym zakresie:

1. Planowanie i realizacja wydatków administracyjnych o wartości powyżej 30 tys. euro, ze szczególnym uwzględnieniem zakupów sprzętu IT (zadanie zapewnijące zrealizowane w Centrali).
2. Bezpieczeństwo danych (zadanie zapewnijące zrealizowane w Centrali).

3. Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 19 ustawy (16 zadań zapewniających zrealizowanych w oddziałach wojewódzkich).
4. Weryfikacja i monitorowanie realizacji świadczeń (16 zadań zapewniających zrealizowanych w oddziałach wojewódzkich).
5. Przeprowadzanie kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (1 zadanie zapewniające zrealizowane w oddziale wojewódzkim).
6. Przeprowadzanie kontroli aptek i ordynacji lekarskich (3 zadania zapewniające zrealizowane w oddziałach wojewódzkich).

W 2016 roku zostały przeprowadzone pozaplanowe zadania audytowe w poniższym zakresie:

1. Ocena zasadności ogłaszania dodatkowych i uzupełniających postępowań konkursowych (1 zadanie zapewniające zrealizowane w oddziale wojewódzkim).
2. Funkcjonowanie delegatury OW NFZ (1 zadanie doradcze zrealizowane w oddziale wojewódzkim).
3. Budowa i rozwój Platformy Analitycznej SAS (17 czynności doradczych zrealizowanych w Centrali i oddziałach wojewódzkich).
4. Funkcjonowanie systemów finansowo-księgowych w wybranych jednostkach sektora finansów publicznych (zadanie zlecone przez MF – czynności doradcze).
5. Zarządzanie i administrowanie nieruchomościami własnymi i lokalami użytkowymi przez OW w zakresie remontów i inwestycji (5 zadań doradczych zrealizowanych w oddziałach wojewódzkich).
6. Organizacja i terminowość udzielania porad, wyjaśnień, sporządzania opinii i prowadzenia spraw sądowych w zakresie obowiązujących przepisów prawa (5 zadań doradczych zrealizowanych w oddziałach wojewódzkich).
7. Uczestnictwo w zespole ds. kontroli zarządczej (czynności doradcze zrealizowane w Centrali),
8. Wsparcie procesu samooceny kontroli zarządczej w NFZ (czynności doradcze zrealizowane w Centrali).

W 2016 roku przeprowadzono następujące czynności sprawdzające:

1. Ocena procesu planowania, utrzymania i rozwoju zasobów aplikacyjnych (w tym systemów informatycznych) oraz sprzętowych w odniesieniu do zidentyfikowanych potrzeb (czynności sprawdzające przeprowadzone w Centrali).
2. Realizacja procesu opracowania oraz wdrożenia na poziomie Centrali NFZ systemów: SZBI, SZRK oraz SZCD (czynności sprawdzające przeprowadzone w Centrali).
3. Rozpatrywanie skarg i wniosków, w tym na działalność świadczeniodawców w ramach umów (8 czynności sprawdzających przeprowadzonych w oddziałach wojewódzkich).
4. Finansowanie nielimitowanych produktów onkologicznych (6 czynności sprawdzających przeprowadzonych w oddziałach wojewódzkich).
5. Gospodarowanie majątkiem rzeczowym z uwzględnieniem zakupów sprzętu IT (5 czynności sprawdzających przeprowadzonych w oddziałach wojewódzkich).
6. Zapewnienie świadczeń opieki zdrowotnej przez NFZ w nocy i w okresie świątecznym (4 czynności sprawdzające przeprowadzone w oddziałach wojewódzkich).
7. Realizacja zadań w obszarze zmniejszenia czasu oczekiwania na świadczenia (5 czynności sprawdzających przeprowadzonych w oddziałach wojewódzkich).
8. Ocena zasadności ogłaszania dodatkowych i uzupełniających postępowań konkursowych (5 czynności sprawdzających przeprowadzonych w oddziałach wojewódzkich).
9. Proces rozpatrywania i realizacji wniosków na leczenie uzdrowiskowe (5 czynności sprawdzających przeprowadzonych w oddziałach wojewódzkich).
10. Zarządzanie i administrowanie nieruchomościami własnymi i lokalami użytkowymi przez OW NFZ, w zakresie remontów i inwestycji (8 czynności sprawdzających przeprowadzonych w oddziałach wojewódzkich).

11. Organizacja i terminowość udzielania porad, wyjaśnień, sporządzania opinii i prowadzenia spraw sądowych w zakresie obowiązujących przepisów prawa (8 czynności sprawdzających przeprowadzonych w oddziałach wojewódzkich).
12. Działania w oddziale wojewódzkim w celu wydania jak największej liczbie ubezpieczonych kodów dostępu do Zintegrowanego Informatora Pacjenta (ZIP) (6 czynności sprawdzających przeprowadzonych w oddziałach wojewódzkich).

Sprawy sądowe

Tabela nr VI.2. Zestawienie spraw sądowych prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu.

Zestawienie spraw sądowych prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu			Zbiorcza			
Stan na koniec 2016 roku						
Lp.	Sprawy		Sprawy prowadzone w okresie sprawozdawczym		W tym sprawy wszczęte w okresie sprawozdawczym	
			liczba	kwota roszczeń (w tys. zł)	liczba	kwota roszczeń (w tys. zł)
1	2		3	4	5	6
1.	cywilne	z powództwa Funduszu	784	26 915,35	336	9 453,38
2.		sprawy przeciwko Funduszowi	927	1 536 476,83	372	435 011,14
3.	sądowoadministracyjne		115	0,00	47	0,00
4.	ogółem		1826	1 563 392,17	755	444 464,52

W 2016 roku oddziały wojewódzkie Funduszu prowadziły łącznie 1 826 spraw sądowych, na kwotę roszczeń wynosząca ponad 1,5 mld zł. Większość toczących się postępowań stanowiły sprawy cywilne – ogółem 1 711 postępowań, których kwota roszczeń wynosiła ponad 1,5 mld zł. W samym 2016 roku wszczętych było 708 tego rodzaju spraw na kwotę roszczeń ponad 444 mln. zł. Oddziały wojewódzkie Funduszu w danym okresie sprawozdawczym prowadziły 927 spraw cywilnych wytoczonych przeciwko Funduszowi, których łączna kwota roszczeń wynosiła ponad 1,536 mld zł. Wśród tych spraw w 2016 roku wszczęto 372 postępowania, na kwotę ponad 435 mln zł. Pozostałe 784 postępowania prowadzone były z powództwa Funduszu na kwotę blisko 27 mln zł, z czego wszczętych w 2016 r. zostało 336 postępowań na kwotę ok. 9,5 mln. zł. Ponadto w okresie sprawozdawczym prowadzonych było 115 spraw sądowoadministracyjnych, z których 47 postępowań zostało wszczętych w 2016 roku.

Podjęte przez Fundusz działania naprawcze

Działania naprawcze podejmowane przez Fundusz polegają na realizacji wniosków i zaleceń pokontrolnych i poaudytowych wydanych w wyniku kontroli wewnętrznych i zewnętrznych oraz zadań audytowych zrealizowanych w Funduszu. Informacja o wykonaniu zaleceń pokontrolnych i poaudytowych przekazywana jest właściwym komórkom kontroli wewnętrznej, instytucjom kontroli zewnętrznej i komórce audytu wewnętrznego w trybie określonym w przepisach stanowiących podstawę realizacji kontroli/zadania audytowego. Monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych należy do zadań komórek organizacyjnych przeprowadzających kontrolę instytucjonalną i funkcjonalną.

VII. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących świadczeniodawców

VII.1. Główna tematyka składanych skarg i zażaleń

Główna tematyka zażaleń na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, dotyczących ordynacji lekowych (sprawy rozpatrywane na posiedzeniach Zespołu Arbitrażowego) dotyczyła: czynności podejmowanych w toku postępowania kontrolnego, nałożenia kary umownej, nałożenia się obowiązku zwrotu kosztu refundacji leków (zwrot nienależnej refundacji) wraz z odsetkami, nieuwzględnienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, podtrzymania decyzji o nałożeniu kary umownej. W 2016 roku do Centrali Funduszu wpłynęło 12 zażaleń dotyczących ordynacji leków. W sprawie tych zażaleń, wydano 16 rozstrzygnięć, w tym 4 dotyczące zażaleń, które wpłynęły na koniec 2015 r. (w I kwartale 3, w II kwartale 6, w III kwartale 4, a w IV kwartale 3).

Główna tematyka zażaleń na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, dotyczących świadczeń, chemioterapii, terapeutycznych programów zdrowotnych i programów zdrowotnych (lekowych), rozpatrywanych w Centrali Funduszu dotyczyła: zakwestionowania środków finansowych i nałożenia kary umownej, rozwiązania umowy, nieuwzględnienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, rozliczenia za zgodą płatnika, renegocjacji warunków umowy i trybu kontroli. W 2016 roku w Centrali NFZ rozpatrzono 227 zażaleń w tym zakresie.

W 2016 roku do Prezesa Funduszu na podstawie art. 47 ust. 16 w zw. z art. 42 ust. 7 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 z późn. zm.) wpłynęło 23 odwołania: 22 wniesione przez kierowników aptek lub podmioty prowadzące apteki oraz jedno po przekroczeniu 14-dniowego ustawowego terminu, w skutek czego odwołanie pozostawiono bez rozpatrzenia. Wystosowano 23 stanowiska Prezesa, z czego 19 stanowisk dotyczyło odwołań wniesionych w 2016 r., a 4 stanowiska dotyczyły odwołań wniesionych w 2015 roku. Dwa stanowiska dotyczące odwołań wniesionych w 2016 r. zostały wystosowane do odwołujących się w 2017 r. W większości spraw podtrzymano w całości decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ. Przeważająca liczba odwołań nieuwzględnionych w całości w stosunku do odwołań uwzględnionych, wskazuje na poprawę jakości realizacji zadań kontrolnych, dotyczących kontroli aptek. Informację o liczbie odwołań złożonych w 2016 r. z podziałem na oddziały wojewódzkie Funduszu i z uwzględnieniem sposobu rozpatrzenia przedstawia poniższa.

Tabela nr VII.1. Liczba odwołań złożonych w 2016 roku z podziałem na oddziały wojewódzkie Funduszu i z uwzględnieniem sposobu rozpatrzenia.

Id.	Oddział Wojewódzki NFZ	Liczba rozpatrzonych odwołań	Liczba odwołań uwzględnionych w całości lub w części	Liczba odwołań nieuwzględnionych w całości
1	Dolnośląski	2	1	1
2	Kujawsko-Pomorski	1	-	1
6	Małopolski	2	-	2
7	Mazowiecki	5	1	4
8	Opolski	1	-	1
10	Podlaski	4	1	3
12	Śląski	2	-	2
13	Świętokrzyski	5	4	1
16	Zachodniopomorski	3	-	3

Główna tematyka złożonych odwołań dotyczyła skutków finansowych nałożonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu, w związku z:

- realizacją recept z naruszeniem przepisów: ustawy o refundacji oraz przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz.U. z 2016 r. poz. 62 z późn. zm.) czego konsekwencją – w myśl art. 43 ust. 1 pkt 6 ustawy o refundacji oraz w związku z § 6 ust. 1 umowy na wydawanie refundowanego leku, środka specjalnego

- przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, co jest równoznaczne z nienależyтым niewykonaniem § 5 ust. 1 i § 5 ust. 3 pkt. 1 umowy,
- niewykonywaniem przez apteki obowiązków, o których mowa w art. 43 ust. 1 pkt 7 ustawy o refundacji, co jest równoznaczne z nienależyтым niewykonaniem § 5 ust. 1 i § 5 ust. 3 pkt. 6 umowy,
 - przekazaniem przez apteki w komunikatach elektronicznych niezgodnych ze stanem faktycznym danych wynikające ze zrealizowanych recept, co narusza przepisy art. 43 ust.1 pkt 2 ustawy o refundacji, w związku z § 2 ust.1 pkt 13 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie informacji gromadzonych przez apteki oraz informacji przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. z 2017 r., poz. 547 j.t.) – co pociąga za sobą konsekwencje określone w § 8 ust. 6 pkt 2 ogólnych warunków umów na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, stanowiących załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie ogólnych warunków umów na realizację recept oraz ramowego wzoru umowy na realizację recept (Dz. U. z 2013 r., poz. 364 j.t.) zwane dalej „OWU”, tj. nałożenie na podmiot prowadzący aptekę kary umownej;,
 - realizacją recept przez osoby nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do ich realizacji, za co zgodnie z § 8 ust. 6 pkt 1 OWU nakładana jest kara umowna.

Tabela nr VII.2. Główna tematyka skarg i zażaleń w 2016 roku.

zakres świadczeń	tematyka skarg:
podstawowa opieka zdrowotna	<ul style="list-style-type: none"> – sposób rejestrowania Pacjentów do lekarza poz, brak możliwości telefonicznej rejestracji, odmowa zarejestrowania do lekarza poz, trudności z uzyskaniem wizyty w dniu zgłoszenia – żądanie złożenia oświadczenia o rezygnacji z opieki wyjazdowej lekarza i pielęgniarki poz w momencie złożenia deklaracji wyboru – trudności w dostępie do świadczeń – trudności z uzyskaniem skierowania do szpitala oraz zlecenia na transport sanitarny – trudności w uzyskaniu patronażowej wizyty położnej – nieprawidłowości w zarządzaniu podmiotem leczniczym – długi czas oczekiwania na wizytę lekarza w domu, odmowa realizacji wizyty domowej – odmowa wypisania skierowania na leczenie uzdrowiskowe – trudności w uzyskaniu recepty na lek z refundacją, trudności w uzyskaniu recepty zgodnej z zaleceniami lekarza specjalisty, wypisanie recepty bez refundacji – wyznaczenie konkretnych godzin na uzyskanie recepty na leki przyjmowane stale – wykazanie deklaracji wyboru lekarza poz w innej placówce, wykazanie Pacjenta na liście aktywnej lekarza poz bez jego wiedzy, wykreślenie Pacjenta z listy aktywnej lekarza bez jego wiedzy i zgody – odmowa wpisania na listę oczekujących Pacjenta, który zgłosił się ze skierowaniem na oddział i żądanie dostarczenia skierowania do poradni specjalistycznej – odmowa przyjęcia deklaracji dziecka do lekarza poz, odmowa przyjęcia deklaracji wyboru lekarza poz – odmowa udzielenia świadczenia z powodu niepotwierdzenia przez system eWUŚ prawa do świadczeń – odmowa udzielenia pomocy choremu dziecku z powodu realizacji świadczeń tylko dzieciom zdrowym – pobranie opłaty za świadczenia gwarantowane, w tym: za szczepienie dziecka, za świadczenia udzielone w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, za wypisanie zaświadczenia o niepełnosprawności – odmowa wykonania iniekcji, odmowa podania zastrzyku Prolia w warunkach domowych – odmowa wystawienia zlecenia na pieluchomajtki – odmowa realizacji świadczenia transportu sanitarnego dla Pacjenta z kartą EKUZ, kwestionowanie karty EKUZ i trudności w uzyskaniu świadczenia na jej podstawie – odmowa wystawienia karty zgonu – odmowa udzielenia świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, ograniczanie dostępności do świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej spowodowane nieobecnością lekarza dyżurującego – ograniczanie dostępu do programów profilaktycznych – odmowa wpuszczenia Pacjenta do poradni, ponieważ za 10 minut kończyły się godziny pracy – niezakwalifikowanie wcześniaka do bezpłatnych szczepień przeciwko pneumokokom, niepoinformowanie mamy o takiej możliwości, trudności z wykonaniem obowiązkowego szczepienia – niezgodności czasu pracy lekarzy z harmonogramem wynikającym z umowy

<p>ambulatoryjna opieka specjalistyczna</p>	<ul style="list-style-type: none"> - trudności w zarejestrowaniu się na wizytę, wymóg aktualizacji skierowania, brak możliwości telefonicznej rejestracji, utrudnienia w rejestracji do poradni, odmowa rejestracji Pacjenta w planie leczenia, trudności z ustaleniem terminu wizyty kontrolnej - niewłaściwy sposób prowadzenia listy oczekujących - odmowa udzielenia wizyty specjalistycznej w domu Pacjenta - odmowa udzielenia świadczenia (powoływanie się na „ostry dyżur”, zdjęcie szwów u dziecka i wydanie skierowania) - odmowa udzielenia świadczenia pomimo wyznaczonego terminu wizyty (odesłanie Pacjenta do innego świadczeniodawcy) - odmowa przyjęcia Pacjentów oczekujących przed gabinetem (prawdopodobnie jako protest lekarza spowodowany dużą liczbą oczekujących Pacjentów) - nieprawidłowo wystawione zlecenie na aparat słuchowy w poradni otolaryngologicznej - niewystawienie zlecenia na protezę kończyny dolnej z powodu braku znajomości przez lekarza kodu, który należy wpisać na zleceniu - niewykonanie badania endoskopowego z powodu zwolnienia pielęgniarki - trudności z realizacją recepty z powodu nieczytelnie wpisanych danych - odesłanie Pacjenta do lekarza po skierowanie na badanie TSH i kreatyniny przed planowanym badaniem PET-CT - przerwanie procedury odczulania dziecka w poradni alergologicznej z powodu braku środków finansowych, przyjmowanie tylko Pacjentów pierwszorazowych - niewłaściwa organizacja udzielania świadczeń, odmowa realizacji skierowania z powodu zagubienia skierowania przez świadczeniodawcę, odmowa udzielenia świadczenia z powodu źle wypełnionego skierowania przez lekarza kierującego - wprowadzanie tzw. „rejonizacji” - niewskazanie miejsca realizacji zleconego badania diagnostycznego - długi czas oczekiwania na świadczenia, mimo wyznaczenia godziny badania - trudności w wyznaczeniu wizyty z powodu „upływu terminu ważności skierowania”, żądanie skierowania na wizyty będące kontynuacją leczenia - zła jakość wyniku TK na płycie CD, długi czas oczekiwania na opis badania TK - niezapewnienie możliwości wykonania badania rtg (niesprawny aparat) pomimo wydania skierowania i odesłanie Pacjenta do innego świadczeniodawcy - odmowa wykonania badania USG u ciężarnej, niezapewnienie badania USG zleconego przez lekarza - uzależnienie udzielenia świadczenia w poradni patologii ciąży od podpisania deklaracji udziału w KOC - odmowa leczenia kolejnego schorzenia, niewymienionego w skierowaniu – wymaganie osobnego skierowania - nierespektowanie skierowań z dopiskiem „pilne”, nawet w przypadku niemowląt - niezapewnienie pompy insulinowej dziecku - wystawienie skierowania na płatne badania laboratoryjne - odmowa realizacji porady w terminie wskazanym na karcie informacyjnej z SOR - zmiana terminu udzielenia świadczenia bez powiadomienia Pacjenta - nieodwołanie wizyty pomimo nieobecności lekarza - trudności w dostępie do świadczeń, w tym do badań diagnostycznych - trudności z realizacją transportu sanitarnego - odmowa udzielenia świadczenia po negatywnej weryfikacji w eWUŚ - odmowa kontynuacji leczenia z powodu „wyczerpania” kontraktu z NFZ - niezgodność czasu pracy lekarzy z harmonogramem wynikającym z umowy - przyjmowanie Pacjentów komercyjnych w godzinach pracy poradni wskazanych w harmonogramie do umowy z NFZ - nierespektowanie uprawnień osób do korzystania ze świadczeń poza kolejnością - pobieranie opłat za świadczenia gwarantowane
<p>rehabilitacja lecnicza</p>	<ul style="list-style-type: none"> - brak możliwości telefonicznej rejestracji - nieokreślenie terminu udzielenia świadczenia, zmiana terminu udzielenia świadczenia, propozycja odległego terminu dla Pacjenta ze skierowaniem w trybie pilnym, nieuzasadniona zmiana terminu udzielenia świadczenia w poradni rehabilitacyjnej - brak informacji o braku możliwości realizacji skierowania na rehabilitację kardiologiczną - zła jakość świadczenia rehabilitacyjnego: zastrzeżenia do sposobu realizacji świadczeń w zakresie rehabilitacji w ramach ośrodka rehabilitacji dziennej dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, niewłaściwa realizacja ćwiczeń indywidualnych, w tym czasookres oraz brak obecności fizjoterapeuty podczas ich wykonywania - odmowa zapisu na zabiegi, w kolejkę oczekujących - odmowa realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych z powodu braku czytelnego podpisu Pacjenta na karcie zabiegowej - odmowa kontynuacji leczenia - skracanie cyklu rehabilitacji z uwagi na dni świąteczne, nieprawidłowości w realizacji zleconych zabiegów, niewykonanie przez świadczeniodawcę całości zleconych zabiegów - odmowa wizyty lekarza w warunkach domowych - odmowa przyjęcia do oddziału rehabilitacyjnego - brak możliwości uzyskania świadczenia w poradni rehabilitacyjnej w wyznaczonym terminie - pobranie opłaty za usługi pielęgniarstwa podczas pobytu na leczeniu stacjonarnym - odmowa leczenia na oddziale rehabilitacji ogólnej po zabiegu urazowo-ortopedycznym z uwagi na wrodzoną chorobę neurologiczną

	<ul style="list-style-type: none"> - trudności w realizacji rehabilitacji ambulatoryjnej w warunkach domowych - trudności z realizacją transportu sanitarnego - omyłkowe rozliczenie niewykonanego zabiegu rehabilitacyjnego - nierespektowanie uprawnień osób do korzystania ze świadczeń poza kolejnością
lecznictwo szpitalne	<ul style="list-style-type: none"> - odmowa udzielenia świadczenia w wyznaczonym terminie; odmowa wykonania zabiegu zaćmy ze względów medycznych, brak kwalifikacji i odesłanie Pacjenta po nowe skierowanie; pomimo posiadania skierowania od okulisty żądanie ponownej rejestracji do poradni okulistycznej celem kwalifikacji - odmowa wyznaczenia terminu udzielenia świadczenia, odmowa przyjęcia do szpitala pomimo wyznaczonego terminu hospitalizacji - nieudzielenie pełnej informacji dotyczącej świadczeń - zła organizacja udzielania świadczeń - odesłanie Pacjenta przez lekarza SOR do lekarza poz po receptę na zlecony lek - niepowiadomienie Pacjenta o odwołaniu zabiegu oraz niewyznaczenie nowego terminu - odmowa wpisania Pacjenta w kolejkę oczekujących - niewłaściwy sposób prowadzenia kolejek oczekujących - niewystawienie skierowania do poradni specjalistycznej po zakończonej hospitalizacji - niewystawienie przez lekarza oddziału szpitalnego skierowania na rehabilitację neurologiczną - nierespektowanie uprawnień osób do korzystania ze świadczeń poza kolejnością - odmowa wydania dokumentacji medycznej, niewydanie karty informacyjnej w dniu wypisu - odmowa zwrotu skierowania pomimo rezygnacji ze świadczeń - odmowa przeprowadzenia jednoczasowej rekonstrukcji obu piersi - zmiana wyznaczonych terminów udzielenia świadczenia - niezgodność czasu pracy lekarzy z harmonogramem wynikającym z umowy - długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia - konieczność zakupu surowicy przeciw tężcowi celem podania w Izbie Przyjęć Szpitala, konieczność wykupu leków w czasie hospitalizacji - niewłaściwe zaopatrzenie medyczne dziecka przed odesłaniem do innego podmiotu leczniczego - trudności w realizacji transportu sanitarnego - pobieranie opłat za świadczenia gwarantowane (w tym: za znieczulenie do porodu, za świadczenia udzielane w szpitalnej izbie przyjęć)
leczenie stomatologiczne	<ul style="list-style-type: none"> - odmowa udzielenia świadczenia, w tym: w związku z nieuregulowaną fakturą za świadczenia wykonane komercyjnie, z powodu braku materiałów do leczenia, w związku z brakiem numeru PESEL - trudność w dostępie do świadczeń: zapisania się do poradni chirurgii twarzowo-szczękowej, trudności z uzyskaniem leczenia ortodontycznego dziecka - jakość zrealizowanych świadczeń, w tym jakość wykonanych protez zębowych - wykreślenie z kolejki oczekujących na udzielenie świadczenia z powodu braku możliwości nawiązania kontaktu z Pacjentem, pomimo wyznaczonego terminu wizyty - niewłaściwy sposób sprawozdania i rozliczenia świadczeń - kwestionowanie korzystania z leczenia protetycznego szczęki w ramach ubezpieczenia w 2012 r. - niezasadne wykazanie do rozliczenia protezy zębowej, która nie została wykonana - sprawdzanie przez rejestratorkę prawa do świadczeń w systemie eWUŚ pomimo nieudzielenia Skarżącym świadczeń w danym dniu (prawdopodobnie do celów prywatnych) - odmowa wykonania uzupełnienia światłoutwardzalnego osobie z orzeczeniem o niepełnosprawności, odmowa naprawy protezy - długi czas oczekiwania na wykonanie protezy stomatologicznej - odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego w zaplanowanym terminie z powodu braku potwierdzenia ubezpieczenia w systemie eWUŚ - nierespektowanie uprawnień osób do korzystania ze świadczeń poza kolejnością - odmowa przyjęcia Pacjenta z bólem - pobieranie opłat za świadczenia gwarantowane - żądanie wniesienia opłaty za znieczulenie u dziecka

Sprawy sądowe

W 2016 r. zakończonych zostało 167 spraw prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu związanych ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limit określony w umowie, za które Fundusz poniósł koszt ponad 185 mln. zł, w tym 112 mln. zł z tytułu zasądzenia przez sąd oraz ponad 73 mln. zł z tytułu ugód sądowych. W odniesieniu do 2015 r. liczba tego typu spraw zmniejszyła się o 105 spraw (tj.: 61%). Ponadto oprócz ww. spraw oddziały wojewódzkie Funduszu zakończyły 101 postępowań o zapłatę wynikającą z wykonania umowy, w wyniku których Fundusz zapłacił ogółem kwotę ponad 7 mln. zł (ponad 3 mln. zł z tytułu wyroków oraz ponad 3 mln. zł w wyniku

zawartych ugód sądowych). W odniesieniu do 2015 r. liczba prowadzonych tego typu spraw zmniejszyła się o 99 postępowań (tj.: 50%).

Tabela nr VII.3. Zestawienie spraw sądowych zakończonych.

Lp.	Sprawy	Liczba spraw	Kwota (w tys. zł)					
			ogółem		zasądzona		wynikająca z ugód sądowych	
			na rzecz Funduszu	od Funduszu	na rzecz Funduszu	od Funduszu	na rzecz Funduszu	od Funduszu
1	2	3	4=(6+8)	5=(7+9)	6	7	8	9
1.	związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity	167	0,00	185 925,80	0,00	112 849,58	0,00	73 315,15
2.	o zapłatę wynikające z wykonania umowy	101	208,65	7 296,22	208,65	3 811,20	0,00	3 485,04
3.	postępowania sądowoadministracyjne	109	7,00	53,00	7,00	53,00	0,00	0,00
4.	pozostałe postępowania sądowe	438	2 304,05	18 798,06	1 014,50	5 048,62	1 133,56	12 074,40
5.	ogółem	815	2 519,70	212 073,08	1 230,15	121 762,40	1 133,56	88 874,59

* W zakresie postępowań sądowoadministracyjnych najczęściej wskazywane były postępowania konkursowe w przedmiocie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej natomiast w grupie pozostałych postępowań sądowych sprawy z zakresu prawa wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, wystawiania recept bez ważnej umowy z Funduszem, zwrotu kosztów leczenia poza granicami kraju.

W 2016 roku ogółem w oddziałach wojewódzkich Funduszu prowadzone były 44 sprawy karne, w których Fundusz ma status oskarżyciela posiłkowego lub powoda cywilnego, wszczęte na skutek zawiadomienia przez Fundusz organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, z czego: wszczęte zostały 4 sprawy, w toku pozostało 30 spraw a zakończonych zostało 13 spraw. Ponadto, w toku jest jedna sprawa karna z oskarżenia publicznego, przy udziale oskarżyciela posiłkowego Centrali Funduszu.