SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
VIII kadencja
Minister Zdrowia
UZ-AK.070.44.2018.EW

Druk nr 2832

Warszawa, 29 sierpnia 2018 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 2018 r. poz. 1510 z późn. Zm.) przedkładam zaopiniowane przez Ministra Finansów

- Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2017,

przyjęte uchwałą Nr 15/2018/III z dnia 27 czerwca 2017 roku w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2017 r., wraz ze stanowiskiem Ministra Zdrowia w sprawie przedmiotowego Sprawozdania.

Z poważaniem

z upoważnienia Ministra Zdrowia
Podsekretarz Stanu
(-) Maciej Miłkowski

Narodowy Fundusz Zdrowia

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA ZA 2017 ROK

Przewodniczący Rady
Narodowego Funduszu Zdrowia
Rudolf Borusiewicz

Prezes
Narodowego Funduszu Zdrowia
Andrzej Jacyna

Warszawa, czerwiec 2018 rok

Spis treści

I. Podstawy prawne działalności Funduszu 5

II. Informacje o zakresach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz 9

II.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2017 roku 9

II.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej 27

III. Opis realizacji przez centralę Funduszu oraz oddziały wojewódzkie Funduszu zadań określonych w ustawie 61

IV. Informacje o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków NFZ..... 93

IV.1. Liczba osób oczekujących..... 93

IV.2. Geograficzna dostępność świadczeń opieki zdrowotnej według województw – w podziale na poszczególne zakresy tych świadczeń 106

V. Opis organizacji Funduszu 115

V.1. Struktura organizacyjna Funduszu 115

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..... 119

V.3. Działania podejmowane w zakresie informatyzacji Funduszu, w tym realizowane projekty... 119

V.3.1. Systemy informatyczne 120

V.3.2. Infrastruktura 123

V.3. Projekty unijne realizowane przez Fundusz..... 124

V.4. Działania edukacyjne i informacyjne..... 127

VI. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących Funduszu..... 132

VI.1. Głównej tematyki składanych skarg i zażaleń 132

VI.2. Tematyka kontroli wewnętrznych i kontroli zewnętrznych, z uwzględnieniem wyników tych kontroli 132

VII. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących świadczeniodawców 141

VII.1. Główna tematyka składanych skarg i zażaleń..... 141

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 2017 r. poz. 1938 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.

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 2017 roku ustawa o świadczeniach była nowelizowana następującymi aktami prawnymi:

1) 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 weszła w życie z dniem 1 września 2017 r.
2) ustawą z dnia 9 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 759); przedmiotowa zmiana miała na celu modyfikację tzw. pakietu onkologicznego wprowadzonego ustawą z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1138, z późn. zm.), mając na uwadze roczne doświadczenia z jego funkcjonowania. Przedmiotowa regulacja dotyczy w szczególności dwóch obszarów:

   - uproszczenia sprawozdawczości w zakresie prowadzenia list oczekujących w przypadku świadczeń udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, zwanej dalej „kartą DILO";
   - uproszczenia karty DILO z jednoczesnym uelastycznieniem możliwości jej wystawiania.

   Ustawa weszła w życie z dniem 1 lipca 2017 r;

3) ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zadaniami organów administracji publicznej w zakresie niektórych rejestrów publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 777) na mocy, której wprowadzono zmiany służące umożliwieniu obywatelom załatwienia szeregu spraw z administracją publiczną bez konieczności wychodzenia z domu, tj. za pośrednictwem systemów teleinformatycznych. Projektowane zmiany wpisują się w prowadzone przez Ministra Cyfryzacji we współpracy z innymi Ministrami prace w ramach programu „Od papierowej do cyfrowej Polski". Stanowią one kolejny krok ułatwiający obywatelowi ubieganie się o przysługujące mu świadczenia bez konieczności wielu wizyt w urzędach wydających różnorakie zaświadczenia. Przedmiotowy akt normatywny wprowadził do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych szczegółową regulację, które zapewnia nieodpłatne udostępnianie drogą elektroniczną podmiotom, takim jak: marszałek województwa, wojewoda, wójt, burmistrz, prezydent miasta, danych osobowych świadczeniobiorców, takich jak: imię, nazwisko, PESEL, informacje o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej. Celem udostępniania przedmiotowych danych jest weryfikacja przez wskazane powyżej podmioty praw osób fizycznych do świadczeń rodzinnych, świadczeń z funduszu alimentacyjnego, świadczeń wychowawczych lub osób, które dopiero ubiegają się o tego rodzaju świadczenia. Ustawa weszła w życie z dniem 1 lipca 2017 r.;
4) ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 844), która wprowadziła do systemu opieki zdrowotnej nową instytucję prawną w postaci systemu podstawowego, szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, który powinien być główną formą zabezpieczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w przychodniach przyszpitalnych. Zawieranie umów na udzielanie tych świadczeń opieki zdrowotnej na dotychczasowych zasadach, a więc w drodze konkursów

ofert lub rokowań, powinno pozostać jedynie jako rozwiązanie o charakterze subsydiarnym. Ustawa weszła w życie z dniem 4 maja 2017 r.;

5) ustawą z dnia 7 kwietnia 2017 r. o zmianie ustawy o repatriacji oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r. poz. 858), która miała na celu przyspieszenie powrotów repatriantów do kraju oraz wprowadzenie nowych form pomocy, w tym finansowej. Szczegółowe zmiany, które zostały wprowadzone do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych polegały na ustaleniu relacji pomiędzy tą ustawą a ustawą o repatriacji w zakresie nabywania przez osoby, które otrzymały obywatelstwo polskie w drodze repatriacji prawa do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa weszła w życie z dniem 1 maja 2017 r.;
6) ustawą z dnia 11 maja 2017 r. o biegłych rewidentach, firmach audytorskich oraz nadzorze publicznym (Dz. U. z 2017 r. poz. 1089) – wprowadzono do krajowego porządku prawnego nowe przepisy prawa UE z zakresu audytu obejmujące dyrektywę 2014/56/UE zmieniającą dyrektywę 2006/43/WE w sprawie ustawowych badań rocznych sprawozdań finansowych i skonsolidowanych sprawozdań finansowych (Dz. Urz. UE L 158 z 27.05.2014, str. 196) oraz rozporządzenie 537/2014 w sprawie szczegółowych wymogów dotyczących ustawowych badań sprawozdań finansowych jednostek interesu publicznego (Dz. Urz. UE L 158 z 27.05.2014, str. 77 wraz ze Sprostowaniem w Dz. Urz. UE L 170 z 11.06.2014, str. 66). Ustawa weszła w życie z dniem 21 czerwca 2017 r.;
7) ustawą z dnia 11 maja 2017 r. o zmianie ustawy o Krajowej Szkole Sądownictwa i Prokuratury, ustawy – Prawo o ustroju sądów powszechnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r. poz. 1139) – wprowadzono zmianę, zgodnie z którą Krajowa Szkoła Sądownictwa i Prokuratury oblicza, pobiera z dochodu ubezpieczonego i odprowadza składki na ubezpieczenie zdrowotne w stosunku do aplikantów, którym wypłacane jest przez tę instytucję stypendium. Krajowa Szkoła Sądownictwa i Prokuratury pełni w tym przypadku rolę płatnika składek. Ponadto przedmiotowa instytucja, w przypadku aplikantów, którzy nie korzystają stypendium, opłaca składki na ubezpieczenie zdrowotne. Ustawa weszła w życie z dniem 21 czerwca 2017 r.;
8) ustawą z dnia 11 maja 2017 r. o zmianie ustawy o zaopatrzeniu emerytalnym funkcjonariuszy Policji, Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, Agencji Wywiadu, Służby Kontrwywiadu Wojskowego, Służby Wywiadu Wojskowego, Centralnego Biura Antykorupcyjnego, Straży Granicznej, Biura Ochrony Rządu, Państwowej Straży Pożarnej i Służby Więziennej oraz ich rodzin oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2017 r. poz. 1321), która stanowi wykonanie wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 3 marca 2015 r. (sygnatura akt K 39/13). Zmiany, które zostały wprowadzone do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dotyczą podstawy ustalenia wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne w stosunku do takich osób jak: żołnierze zawodowi oraz żołnierze odbywający nadterminową zasadniczą służbę wojskową i służbę okresową, policjanci, funkcjonariusze Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego, funkcjonariusze Agencji Wywiadu, funkcjonariusze Centralnego Biura Antykorupcyjnego, funkcjonariusze Służby Kontrwywiadu Wojskowego, funkcjonariusze Służby Wywiadu Wojskowego, funkcjonariusze Służby Ochrony Państwa, funkcjonariusze Straży Granicznej, funkcjonariusze Straży Marszałkowskiej, funkcjonariusze Służby Celno-Skarbowej, funkcjonariusze Służby Więziennej, funkcjonariusze Państwowej Straży Pożarnej. Ustawa weszła w życie z dniem 23 lipca 2017 r.;
9) ustawą z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r. poz. 1200), która miała na celu optymalizację i zwiększenie przejrzystości wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia na gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej oraz standaryzację realizacji tych świadczeń. Cel ten zostanie zrealizowany przez uprawnienie ministra właściwego do spraw zdrowia do dokonywania zmiany technologii medycznej, co umożliwi doprecyzowanie zawartości wykazu świadczeń gwarantowanych. Zidentyfikowane zostaną świadczenia o nieudowodnionej skuteczności klinicznej lub nieudowodnionym bezpieczeństwie, które generują bardzo wysokie koszty po stronie płatnika publicznego. Nastąpi dostosowanie zakresu poszczególnych świadczeń gwarantowanych, także przez zmianę niektórych zasad refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Ustawa weszła w życie z dniem 23 lipca 2017 r.;

10) ustawą z dnia 8 czerwca 2017 r. o zmianie ustawy o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r. poz. 1386) wprowadzono zmiany pojęcia "osoby represjonowanej" i "kombatanta", zasad uwzględniania okresów osadzenia i internowania przy ustalaniu prawa do emerytury i renty i obliczaniu ich wysokości oraz korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach. Ustawa weszła w życie z dniem 31 sierpnia 2017 r.;
11) ustawą z dnia 22 czerwca 2017 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z realizacją programu "Za życiem" (Dz. U. z 2017 r. poz. 1292) ustanowiono zasady realizacji Programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem", ustanowionego na podstawie uchwały nr 160 Rady Ministrów z dnia 20 grudnia 2016 r. w sprawie programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem" (M.P. poz. 1250), przyjętej na podstawie art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz. U. poz. 1860), którego celem jest wspieranie osób niepełnosprawnych i ich rodzin. Zmianą wprowadzoną do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zobowiązano ministra właściwego do spraw zdrowia do opracowania, wdrożenia, realizacji i finansowania programu polityki zdrowotnej, którego celem jest wykonanie kompleksowego programu wsparcia dla rodzin „Za życiem". Ustawa weszła w życie z dniem 1 września 2017 r.;
12) ustawą z dnia 7 lipca 2017 r. o zmianie niektórych ustaw związanych z systemami wsparcia rodzin (Dz. U. z 2017 r. poz. 1428) wprowadzono zmiany w realizacji rządowego Programu „Rodzina 500+". Zmiany, którym uległy postanowienia ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych polegają na nieodpłatnym udostępnianiu drogą elektroniczną podmiotom, takim jak: marszałek województwa, wojewoda, wójt, burmistrz, prezydent miasta, danych osobowych świadczeniobiorców, w szczególności, takich jak: imię, nazwisko, PESEL, informacje o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej. Celem dostępu do ww. informacji jest weryfikacja przez wskazane organy praw do świadczeń rodzinnych osób ubiegających się o świadczenia w ramach Programu „Rodzina 500+" lub osób je pobierających oraz członków ich rodzin. Ustawa weszła w życie z dniem 1 stycznia 2018 r.;
13) ustawą z dnia 29 września 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2017 r. poz. 2110) oraz ustawą o odpowiedzialności za naruszenie dyscypliny finansów publicznych uzyskano:

    - stworzenie ram prawnych umożliwiających przeprowadzanie programów pilotażowych, których celem jest sprawdzenie planowanych nowych systemowych rozwiązań w zakresie organizacji, realizacji lub sposobu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej;
    - uproszczenie i doprecyzowanie procedury tworzenia programu polityki zdrowotnej, a także zapewnienie standaryzacji podejmowanych działań;
    - umożliwienie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia dostępu do danych osobowych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów zdrowotnych (obecnie prowadzonym pod nazwą System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki) i zmiany w trybie wyboru realizatora programu polityki zdrowotnej opracowanego przez ministra właściwego do spraw zdrowia;
    - zniesienie ograniczenia dostępności do korzystania z leczenia uzależnień grupom pacjentów cierpiących na zaburzenia obarczone negatywną oceną społeczną, którym przysługują gwarantowane świadczenia w placówkach leczenia uzależnień, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1386 i 1610).

    Ustawa weszła w życie z dniem 30 listopada 2017 r.;

14) ustawą z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2017 r. poz. 2217) wprowadzono do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych zmiany mające na celu zapewnienie spójnego funkcjonowania systemu podstawowej

opieki zdrowotnej, który został ukonstytuowany w szczególności na mocy tych dwóch ustaw. Ustawa weszła w życie z dniem 1 grudnia 2017 r.;

15) ustawą z dnia 24 listopada 2017 r. o imprezach turystycznych i powiązanych usługach turystycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2361) transponującą do polskiego porządku prawnego postanowienia dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2015/2302 z dnia 25 listopada 2015 r. w sprawie imprez turystycznych i powiązanych usług turystycznych, zmieniająca rozporządzenie (WE) nr 2006/2004 i dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/83/UE oraz uchylająca dyrektywę Rady 90/314/EWG. Wprowadzona zmiana jest jedynie zmianą porządkową, mającą na celu ujednolicenie pojęć, którymi posługuje się ustawa o imprezach turystycznych i powiązanych usługach turystycznych oraz ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa weszła w życie 1 lipca 2018 r.;
16) ustawą z dnia 24 listopada 2017 r. zmieniającą ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 2434) wprowadzano w nowo dodawanych art. 131c i art. 131d do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938) zasadę przeznaczania na finansowanie ochrony zdrowia corocznie środków finansowych w wysokości nie niższej niż 6% produktu krajowego brutto ustalanego w oparciu o wartość określoną na podstawie obwieszczenia Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego na podstawie art. 5 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto (Dz. U. poz. 1188 oraz z 2009 r. poz. 817), która w trakcie danego roku może zostać skorygowana. Ustawa weszła w życie 1 stycznia 2018 r.

Ponadto w 2017 r. ogłoszony został tekst jednolity ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938).

W 2017 r. Regulamin organizacyjny Centrali, wprowadzony zarządzeniem nr 15/2015/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 marca 2015 r., został zmieniony: zarządzeniem nr 21/2017/GPF z dnia 20 marca 2017 r. oraz zarządzeniem nr 37/2017/GPF z dnia 29 maja 2017 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. W rozdziale znajdują się także informacje dotyczące sposobu wykorzystania dotacji celowej na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych ponad limit określony w umowie (1 mld zł), a także o utworzeniu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (sieci szpitali).

II.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2017 roku

Podstawowa opieka zdrowotna

Umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, za wyjątkiem umów w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, są umowami przystąpienia, zawieranymi w trybie art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach. Powyższe umowy zawiera się na czas nieoznaczony. Świadczenia niniejsze są udzielane w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie, poradni lub przychodni), a w przypadkach uzasadnionych medycznie, także w domu pacjenta (również w domu pomocy społecznej). Obejmują również profilaktyczną opiekę nad dziećmi i młodzieżą sprawowaną przez pielęgniarkę/higienistkę w środowisku nauczania i wychowania. Przedmiotem umów w podstawowej opiece zdrowotnej są świadczenia gwarantowane określone przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. Finansowanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej realizowane jest w ponad 99% na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej, w oparciu o zweryfikowane listy świadczeniobiorców objętych opieką. Z uwagi na obciążenia kosztowe wynikające z liczby udzielanych świadczeń pacjentom w przedziałach wiekowych: 0-6 r.ż., 66-75 r.ż., powyżej 75 r.ż. i przebywających w DPS dokonano zmian w wartościach współczynników korygujących stawkę kapitacyjną w świadczeniach lekarza poz.

Leczenie szpitalne

Zmiany wprowadzone zarządzeniem 57/2017/DSOZ z dnia 26 lipca 2017 r., zmieniającym zarządzenie Nr 71/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, związane były z wejściem w życie ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844) wprowadzającej regulacje dotyczące systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia" oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1 270) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 czerwca 2017 r. w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (Dz. U. poz. 1 250) wprowadzających zmiany w warunkach realizacji leczenia onkologicznego. Celem wprowadzanych zmian było dostosowanie przepisów wydanych przez Prezesa Funduszu do obowiązujących aktów prawnych. W niniejszym zarządzeniu, zgodnie z art. 146 ust. 6 znowelizowanej ustawy o świadczeniach, zaimplementowano w katalogu grup, katalogu produktów odrębnych i katalogu produktów do sumowania nowe taryfy w przypadku niektórych świadczeń. Stanowiło to wprowadzenie w życie przepisów Obwieszczeń Prezesa Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 30 grudnia 2016 r. i 30 czerwca br. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne, które są stosowane do świadczeń udzielanych od 1 października 2017 r. Dodatkowo w zarządzeniu wprowadzono następujące modyfikacje:

1. W związku z nowelizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych katalogach do zarządzenia (w katalogu grup JGP, katalogu produktów odrębnych, katalogu produktów do sumowania, katalogu zakresów świadczeń i katalogu produktów onkologicznych – pakiety onkologiczne) wydzielono odrębne zakresy dla specjalistycznych świadczeń udzielanych w ramach profili, które znalazły się w wykazach kwalifikujących do podstawowego systemu zabezpieczenia świadczeń;
2. Uwzględniając wnioski podmiotów leczniczych udostępniających uczelni medycznej jednostki organizacyjne do prowadzenia kształcenia przeddyplomowego w zawodach medycznych, które udzielają świadczeń na podobnym poziomie diagnostycznym i leczniczym, tj. standardzie infrastruktury, personelu medycznego i sprzętu, co szpitale uniwersyteckie czy instytuty, po przeanalizowaniu wszystkich przedstawionych argumentów, w tym skutku finansowego dla płatnika, wprowadzono możliwość zastosowanie współczynnika korygującego dla tej grupy podmiotów leczniczych. Zastosowanie współczynnika korygującego przez te podmioty, będzie możliwe, o ile udostępnienie bazy szpitalnej następuje na zasadach określonych w art. 89 ust. 4 ww. ustawy o działalności leczniczej;
3. Wprowadzono także współczynniki korygujące dla:
    a. grupy świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie ortopedia i traumatologia narządu ruchu, którzy w ciągu roku kalendarzowego wykonują co najmniej 50 operacji rewizyjnych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego lub kolanowego (dotyczy to przypadków gdzie pierwotna endoprotezoplastyka stawu biodrowego lub kolanowego wykonana została u innego świadczeniodawcy). Zastosowanie współczynnika ma na celu podniesienie jakości udzielanych świadczeń oraz umożliwienie pacjentom uzyskania świadczeń na właściwym poziomie,
    b. wybranych świadczeń – w sytuacji wykonania jednoczasowo zabiegów operacyjnych na narządach parzystych - rozliczanych grupami: B16, B16G, B17, B17G, B18, B19, J01, J02, J04 oraz H94. Zastosowanie współczynnika ma na celu umożliwienie sfinansowania zrealizowanych procedur w przypadkach jednoczasowego wykonania zabiegów obustronnych, które ze względów klinicznych powinny być wykonywane jednoczasowo, a często nie są ze względów finansowych, ponieważ wartości punktowe JGP nie pokrywają pełnych kosztów zabiegu w takich przypadkach;
4. W katalogu grup, w oparciu o analizę z realizacji świadczeń w ramach sytemu JGP oraz analizę kosztową przekazaną przez AOTMiT:
    a. w grupach dla typu umowy hospitalizacja planowa wprowadzono od 1 października br. wartość punktową stanowiącą 92% wartości bazowej danej JGP (dotychczas 95%),
    b. w grupach dla typu umowy leczenie jednego dnia wprowadzono od 1 października br. wartość punktową stanowiącą 85% wartości bazowej danej JGP (dotychczas 90%),
    c. dla hospitalizacji < 3 dni - typ umowy hospitalizacja/ hospitalizacja planowa w grupach zachowawczych wprowadzono wartość punktową na poziomie 50% (dotychczas 30%dla hospitalizacji < 2 dni), a w grupach zabiegowych na poziomie 92% stawki bazowej (dotychczas 90% dla hospitalizacji < 2 dni),
    d. wyodrębniono grupy 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, rozliczanych grupami: C21, E22, E74, F07, F47, H62, H74, H85, J03, K53, L62.

Powyższe zmiany mają na celu urealnienie i dostosowanie poziomu finansowania hospitalizacji w zależności od długości pobytu pacjentów w szpitalu, jak również premiowanie szybkiej i kompleksowej diagnostyki.

5. W katalogu produktów onkologicznych – pakiety onkologiczne, z związku z nowelizacją rozporządzenia z zakresu leczenia szpitalnego i rozporządzenia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, w ramach leczenia onkologicznego włączone zostały nowe zakresy skojarzone, tj. dermatologia i wenerologia – hospitalizacja dermatologia

i wenerologia – hospitalizacja – hospitalizacja planowa oraz rozszerzono listę rozpoznań o rozpoznania uwzględniające nowotwory niezłośliwe: dużych gruczołów ślinowych, ucha środkowego i układu oddechowego oraz nadpłytkowość samoistną, wg ICD-10: D11.0, D14,0 i D75.2., aby były spójne z treścią ww. rozporządzeń. W ślad za nowymi rozpoznaniami rozszerzono także wykaz świadczeń w poszczególnych zakresach świadczeń o JGP: C32, C43, C44, P19, S07 (w ramach których realizowane było dotychczas leczenie z rozpoznaniem: D11.0, D14.0, D75.2) i o istotne procedury sprawozdawane w ramach pakietów onkologicznego.

6. W katalogu produktów do sumowania, wprowadzono produkt rozliczeniowy dedykowany do rozliczania opieki psychologicznej udzielanej kobiecie w sytuacji niepowodzenia położniczego (dokonane poronienie, zakończenie ciąży obumarłej) podczas jej pobytu w oddziale szpitalnym. Umożliwiono także rozliczanie wyrobów medycznych stosowanych w leczeniu pęcherzowego oddzielania naskórka z rozpoznaniem Q81.0-Q81.8 (dotyczy Peha-haft opaska elastyczna kohezyjna, Nobahaft-crepp, Mepilex Transfer, Mepilex EM, Niltac silikon do usuwania przylepca) na podstawie faktury;
7. W katalogu produktów odrębnych, w oparciu o opinię konsultanta krajowego w dziedzinie neurologii, zmodyfikowano warunki rozliczania padaczki lekoopornej w części dotyczącej badania EEG – w przypadku dzieci uznano za wystarczający zapis typu hipsarytmia lub SBA i ciągłych wyładowań napadowych. Ponadto, wprowadzono możliwości rozliczania leczenia powikłań infekcyjnych i nieinfekcyjnych, ostrego lub przewlekłego odrzucania przeszczepu lub przewlekłej choroby przeszczep przeciw gospodarzowi u chorego po przeszczepieniu narządu od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu odrzucenia i hospitalizacji związanej z graftektomią w zakresie chirurgii klatki piersiowej oraz chorób płuc, jak również możliwość rozliczania świadczeń onkologicznych z grup: F03, G26E, G26F, G33, G34, G35 w zakresie onkologii klinicznej.
8. W załączniku dotyczącym oceny stanu pacjenta według skali TISS-28, dokonano modyfikacji mających charakter porządkowy i dookreślający składowe podlegające ocenie w przedmiotowej skali. Zmiany wynikały przede wszystkim z aktualnej wiedzy w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, w tym z obecnie stosowanych technik/metod leczenia. Ponadto, w punktach dotyczącym innych interwencji uwzględniono procedurę związaną z udzielaniem kosztochłonnego świadczenia hipotermii leczniczej, jako istotnego do wykazania. W oparciu o opinię Konsultanta Krajowego w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii dookreślono składowe leków wazoaktywnych oraz zmodyfikowano zapis związany z monitorowaniem i oceną układu krążenia. W rozdziale dotyczącym innych interwencji w OAiIT rozszerzono katalog o kalorymetrię pośrednią, która jest wykorzystywana przy obliczaniu zapotrzebowania energetycznego.
9. Zmodyfikowano treść załącznika dotyczącego oceny problemów zdrowotnych pacjenta geriatrycznego według skali VES-13, zgodnie z stanowiskiem Ministra Zdrowia i Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Zmiany w tym zakresie mają na celu posługiwanie się oryginalną wersją skali VES-13 zalecaną do stosowania w opublikowanych Standardach postępowania w opiece geriatrycznej z 2013 r.
10. Uzupełniono wykaz badań genetycznych w chorobach nowotworowych o rozpoznania według ICD10: C92.2, C93.
11. W charakterystyce JGP, w celu wyeliminowania wątpliwości interpretacyjnych, dokonano zmian polegających m.in. na:
    a. dostosowaniu kodów procedur medycznych wg ICD-9 w grupie E50 – zgodnie ze słownikiem ICD-9 opublikowanym w wersji 5.34,
    b. wprowadzeniu do grupy E89 warunku dotyczącego czasu hospitalizacji poniżej dwóch dni,
    c. przesunięciu procedury 85.313 Obustronna zmniejszająca mammoplastyka, realizowanej w grupie J05 Średnia chirurgia piersi do grupy J03 Duże zabiegi w obrębie piersi – w ocenie ekspertów procedura ta w znaczący sposób odstaje, pod względem kosztowym od pozostałych procedur rozliczanych w tej grupie, jednocześnie jest zgodna z profilem zabiegów realizowanych w grupie J03, wprowadzeniu do grupy H01 i H11 rozpoznania T84.0,
    d. usunięciu z grupy H14 rozpoznań od M17.0 do M17.5,

e. usunięciu z grupy H15 rozpoznań od M16.0 do M16.7.

Dodatkowo w zarządzeniu dokonano zmian o charakterze porządkowym. Dotyczą one m.in. zmiany numeracji kodu produktu rozliczeniowego dedykowanego do rozliczania hospitalizacji świadczeniobiorcy KOC II/III w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii, który został zdublowany z numerem kodu produktu rozliczeniowego hospitalizacja do chemioradioterapii > 18 r.ż., oraz zmiany kodu zakresu świadczeń związanych z hemodializoterapią, który uległ zmianie z uwagi na podział tych świadczeń ze względu na tryb ich wykonywania (ambulatoryjny lub w ramach 24-godzinnego dyżuru) i określenie przez AOTMiT odrębnych taryf dla tych świadczeń. Doprecyzowania przepisów odwołujących się do świadczeń w zakresie kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał), finansowanych w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe, z uwagi na opublikowanie zarządzenia Prezesa NFZ nr 38/2017/DSOZ.

Zmiany wprowadzone zarządzeniem 73/2017/DSOZ z dnia 22 sierpnia 2017 r., zmieniającym zarządzenie Nr 71/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, polegały na implementacji w katalogu grup, katalogu produktów odrębnych i katalogu produktów do sumowania, stanowiących odpowiednio załączniki nr 1, 2 i 3 do zarządzenia, nowych produktów rozliczeniowych w przypadku niektórych świadczeń. Stanowiło to wprowadzenie do stosowania postanowień określonych w obwieszczeniach Prezesa Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 30 grudnia 2016 r. i 30 czerwca 2017 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, do czego zobowiązują Prezesa NFZ przepisy art. 146 znowelizowanej ustawy o świadczeniach. Nowe produkty rozliczeniowe wprowadzone w zakresie kardiologia, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca, uwzględniające rozpoznania i procedury medyczne zarekomendowane przez Radę ds. Taryfikacji i Prezesa AOTMiT, zostały przygotowane zgodnie z nazwą świadczenia jednostkowego i taryfą opublikowaną w załączniku do obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji z dnia 30 grudnia 2016 r. i 30 czerwca 2017 r. Dodatkowo, w zarządzeniu wprowadzono następujące modyfikacje:

1. W związku z wyodrębnieniem produktów jednostkowych dedykowanych do rozliczania świadczeń udzielanych w OAiIT do odrębnego katalogu, stanowiącego załącznik nr 1ts do zarządzenia, w części normatywnej zarządzenia zmodyfikowano przepisy odnoszące się do finansowania przedmiotowych świadczeń w ramach produktów z tego katalogu, aby były spójne z treścią załącznika nr 1ts;
2. W zakresach świadczeń – kardiochirurgia, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca wprowadzono zakresy skojarzone dla świadczeń dedykowanych pacjentom leczonym z powodu ostrego zawału serca (obejmującego pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką) i z hemofilią oraz pokrewnymi skazami krwotocznymi w wyspecjalizowanych ośrodkach leczenia hemofilii;
3. W zakresie skojarzonym neonatologia dodano świadczenia z grupy JGP N26;
4. Dodano przepis regulujący kwestie finansowania świadczeń w zakresach skojarzonych – w świetle tej regulacji kwota zobowiązania przeznaczana na realizację świadczeń w zakresach skojarzonych będzie obejmowała również świadczenia finansowane w ramach produktów jednostkowych, dedykowanych do sumowania z właściwymi grupami wymienionymi w tych zakresach, określonych w załączniku nr 1c do zarządzenia;
5. Wprowadzono współczynnik korygujący dla grupy świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie chirurgia naczyniowa – drugi poziom referencyjny;
6. Doprecyzowano przepisy zarządzenia odnoszące się do rozliczania świadczenia: Całościowa ocena geriatryczna finansowanego w ramach produktu nr 5.53.01.0001499 z katalogu produktów do sumowania, wskazując na konieczność udokumentowania przeprowadzenia oceny geriatrycznej przez lekarza geriatrę lub konsultacyjny zespół geriatryczny – dotyczy świadczeniodawców realizujących świadczenia na podstawie § 6a rozporządzenia szpitalnego, którzy nie dysponują oddziałem geriatrycznym ani poradnią geriatryczną;
7. Wprowadzono możliwość rozliczania produktu o kodzie nr 5.53.01.0001499 Całościowa ocena geriatryczna (COG) we wszystkich zakresach z wyjątkiem zakresów dedykowanych dzieciom (o profilu pediatrycznym) oraz położniczo – ginekologicznym, z jednoczesnym

wprowadzeniem przepisu w kolumnie „uwagi", że COG „przeprowadzana jest przez lekarza geriatrę lub konsultacyjny zespół geriatryczny" – w celu zachowania spójności z przepisami § 6a rozporządzenia szpitalnego oraz obowiązującym standardem postępowania w opiece geriatrycznej z 2013 r. opracowanych przez Zespół ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia;

8. Zmodyfikowano również opis dotyczący całościowej oceny geriatrycznej (część VI zał. nr 10 do załączenia), poprzez uszczegółowienie zakresu realizacji oceny geriatrycznej w ramach porady konsultacyjnej przeprowadzanej przez lekarza geriatrę i/lub konsultacyjny zespół geriatryczny oraz dodano w „Karcie całościowej oceny geriatrycznej" możliwości wpisania przez lekarza geriatrę wniosków diagnostycznych/leczniczych i zaleceń przekazywanych personelowi medycznemu sprawującemu opiekę nad pacjentem geriatrycznym (dotyczy oddziałów innych niż geriatryczne), w związku z wprowadzeniem możliwości rozliczania procedury Całościowa ocena geriatryczna przez wszystkich świadczeniodawców, w tym świadczeniodawców nie dysponujących oddziałami geriatrycznymi. Przedmiotowa modyfikacja wynika ze stanowiska Ministra Zdrowia oraz standardu postępowania w opiece geriatrycznej z 2013 r. opracowanego przez Zespół ds. Gerontologii przy Ministrze Zdrowia;
9. W katalogu produktów odrębnych i katalogu produktów do sumowania, dodano produkty rozliczeniowe dedykowane do rozliczania kosztów leków w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej – wprowadzenie wynika z przepisów ustawy z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1200); oraz kosztów wyrobów medycznych stosowanych w leczeniu pęcherzowego oddzielania naskórka;
10. w katalogu produktów onkologicznych – pakiety onkologiczne rozszerzono wykaz produktów Wozliczeniowych o produkt: 5.52.01.0000035 umożliwiający rozliczenie implantację portu naczyniowego z hospitalizacją;
11. W załączniku dotyczącym oceny stanu pacjenta według skali TISS – 28, w punkcie odnoszącym się do monitorowania hemodynamicznego za pomocą metod małoinwazyjnych, dokonano korekty oczywistej omyłki pisarskiej. Dodano punkt uwzględniający monitorowanie hemodynamiczne za pomocą metod małoinwazyjnych (określając jednocześnie katalog metod zaliczanych do punktacji). W punkcie odnoszącym się do diurezy wymuszanej farmakologicznie, rozszerzono katalog produktów leczniczych (dodano dwa diuretyki: spironolakton i torasemid) dookreślając jednoznacznie drogę podaży – podanie dożylne. W punkcie odnoszącym się do pomiaru ICP dodano uwagę nt. możliwość rozliczania kosztu jednorazowego zestawu do pomiaru ciśnienia śródczaszkowego produktem o kodzie nr 5.53.01.0001435 Wyrób medyczny nie zawarty w kosztach świadczenia. W pozostałej części skala TISS – 28 pozostaje bez zmian.

Zmiany w pozostałych katalogach (katalogu produktów do sumowania, katalogu zakresów, charakterystyka JGP), stanowiących odpowiednio załączniki nr 3, 5 i 8 do zarządzenia, wynikały z wprowadzenia zmian w katalogu grup (związanych z nowymi taryfami świadczeń). Dotyczyły modyfikacji (usunięcia, dodania, przeniesienia) procedur lub rozpoznań w obrębie charakterystyk JGP.

Dodatkowo w charakterystyce JGP, dla zachowania symetrii świadczeń realizowanych w zakresie kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego oraz w zakresie specjalistycznych świadczeń kardiologicznych w ramach podstawowego systemu zabezpieczenia świadczeń, z grup E10, E11, E12G, E15 z listy rozpoznań zostało wykreślone rozpoznanie wg ICD-10 I20.0 Dusznica niestabilna i I20.1 Dusznica bolesna z udokumentowanym skurczem naczyń wieńcowych. Zabiegi w tym wskazaniu rozliczane będą w ramach angioplastyk naczyń wieńcowych.

Zmiany wprowadzone zarządzeniem Nr 119/2017/DSOZ z dnia 30 listopada 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne:

1. wprowadzono zmiany związane między innymi z rozliczaniem świadczeń „Leczenie ciężkich, mnogich lub wielonarządowych obrażeń ciała u dzieci", polegające na udostępnieniu świadczeniodawcom posiadającym status centrum urazowego dla dzieci, do realizacji

i rozliczania świadczeń związanych z leczeniem wielonarządowych obrażeń ciała u dzieci, nowoutworzonych grup JGP T11 – T16 dedykowanych urazom dziecięcym.

2. zgodnie z art. 146 ust. 6 znowelizowanej ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, zaimplementowano w katalogu grup nowe taryfy dla świadczeń z zakresu ortopedia i traumatologia narządu ruchu – w związku opublikowaniem w dniu 3 listopada br. obwieszczeń Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne, które będą miały zastosowanie do świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2018 r.
3. zgodnie z przyjętymi przez AOTM i T założeniami do wyceny świadczeń gwarantowanych w rodzaju leczenie szpitalne i rekomendacjami dokonano wydzielenia nowych grup dla świadczeń artrotomii (nowa grupa H80 „Artrotomia w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej") oraz przeszczepów skóry (nowa grupa J31 „Zabiegi związane z przeszczepami skóry"). W związku z tym usunięto grupę H66 oraz wprowadzono zmiany w charakterystykach JGP: J32, H83, polegające na przeniesieniu właściwych procedur medycznych do wyodrębnionych grup.
4. dokonano zmian mających na celu dostosowanie przepisów zarządzenia do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 sierpnia 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1565) – wprowadzono produkty rozliczeniowe dedykowane do rozliczenia nowych świadczeń gwarantowanych: replantacja kończyny górnej, leczenie melfalanem podanym dotętniczo we wskazaniu nowotwór złośliwy oka, podanie immunoglobuliny anty-RhD pacjentce RhD-ujemnej.

Dodatkowo, wprowadzono następujące modyfikacje:

1. uwzględniając wniosek Konsultanta Krajowego w dziedzinie pediatrii
   - w katalogu JGP – w grupach z sekcji P (Choroby dzieci) – dla hospitalizacji <3 dni wprowadzono wartość punktową na poziomie 65% wartości bazowej danej JGP (dotychczas 50% dla hospitalizacji <3 dni),
   - w grupie C13 Średnie zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani <18 r.ż. dla typu umowy hospitalizacja, hospitalizacja planowa, leczenie jednego dnia wprowadzono jednakową taryfę świadczenia;
2. w katalogu produktów odrębnych – utworzono nowy statystyczny produkt rozliczeniowy o kodzie: 5.52.01.0001511 Badanie genetyczne materiału archiwalnego, umożliwiający rozliczanie wykonanych ponownie badań genetycznych z katalogu produktów do sumowania, z zastrzeżeniem, że rozliczanie badań tym produktem możliwe będzie w przypadku modyfikacji ustalonego leczenia przy jednoczesnej konieczności sprawozdania pierwotnej daty pobrania materiału do badań;
3. na wniosek środowiska onkologów wprowadzono nowy produkt rozliczeniowy o kodzie: 5.51.01.0017017 Z01 Kompleksowa diagnostyka onkologiczna dedykowany do rozliczania szeregu badań diagnostycznych, które ze względu na specyfikę i konieczność zastosowania m.in. znieczulenia nie mogą być wykonywane w ramach pakietów diagnostycznych w trybie ambulatoryjnym. Zmiana ma na celu poprawę kompleksowości udzielanych świadczeń oraz umożliwienie pacjentom onkologicznym uzyskanie diagnostyki w ramach „szybkiej ścieżki onkologicznej" zgodnie z zasadami postępowania diagnostyczno-terapeutycznego nowotworów złośliwych. Po przeanalizowaniu kosztów przekazanych w toku konsultacji zwiększono wartość punktową grupy Z01 do poziomu 3 222;
4. na wniosek nadzoru krajowego w dziedzinie chirurgii dziecięcej wyodrębniono z grupy L92 – ESWL grupę L92A ESWL <18 r.ż. dedykowaną do realizacji w zakresach: chirurgia dziecięca i urologia dziecięca oraz wprowadzono nową grupę diagnostyczno- zabiegową dla dzieci w przedmiotowych zakresach: L105 Procedury diagnostyczne zabiegowe w zakresie układu moczowo – płciowego <18 r.ż.;
5. w załączniku dotyczącym oceny stanu pacjenta według skali TISS-28, dokonano modyfikacji mających charakter porządkowy i dookreślający składowe podlegające ocenie w przedmiotowej skali. Zmiany wynikają przede wszystkim z aktualnej wiedzy w dziedzinie anestezjologii

i intensywnej terapii, w tym z obecnie stosowanych technik/metod leczenia; w charakterystyce JGP:

- dodano charakterystyki nowych grup: T11–T16 dedykowanych centrom urazowym dla dzieci,
- dodano charakterystyki grup: H80 Artrotomia w chorobach infekcyjnych, nowotworowych kości, stawów, tkanki łącznej i J31 Zabiegi związane z przeszczepami skóry, oraz w celu wyeliminowania wątpliwości interpretacyjnych, dokonano zmian polegających m.in. na:
    - wprowadzaniu w grupie E72 warunku dotyczącego wskazania rozpoznania zasadniczego z listy E72,
    - uporządkowaniu w grupach: S11, S12, S13, S15, S16 warunków zgodnie z wytycznymi otrzymanymi z AOTMiT,
    - przeniesieniu z grupy H19 procedury 00.852 do listy dodatkowej H3R.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS)

W 2017 r. wprowadzone zostały zmiany w zarządzeniach dotyczących ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), będących wynikiem zmian w przepisach prawa (rozporządzenie koszykowe) oraz dostosowaniem do rozwiązań wynikających z wejścia w życie ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844) wprowadzającej regulacje dotyczące systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Przepisami tego samego zarządzenia, wprowadzono także zmianę wyceny świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, rozliczanych w ramach umów o realizacji ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych (ASDK). Stanowi to wprowadzenie w życie przepisów Obwieszczenia Prezesa Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 27 marca 2017 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjna opieka specjalistyczna, do czego zobowiązują Prezesa NFZ przepisy art. 146 znowelizowanej ustawy o świadczeniach. Dodatkowo w zarządzeniu wprowadzono modyfikacje wynikające z nowelizacji rozporządzenia koszykowego AOS, dotyczące czasu realizacji wstępnej i pogłębionej diagnostyki onkologicznej oraz czasu realizacji poszczególnych etapów diagnostyki onkologicznej, a także inne drobne szczegółowe przepisy wynikające ze zgłaszanych uwag. Ponadto w 2017 roku przygotowano założenia do finansowania w AOS całkowicie nowego świadczenia, wprowadzonego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 września 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz.1766) obejmującego koszt leku i podanie immunoglobuliny anty RhD pacjentce RhD-ujemnej w 28-30 tygodniu ciąży, w ramach świadczeń w poradni położniczo-ginekologicznej.

Świadczenia kontraktowane odrębnie

Liczne zmiany wprowadzone do zarządzenia Nr 73/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie przedstawiono poniżej.

Zarządzenie 35/2017/DSOZ z dnia 23 maja 2017 r., które wprowadziło modyfikacje do realizowanego obecnie zakresu świadczeń: Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC) umożliwiające realizację świadczeń dotyczących opieki nad kobietą w ciąży na pierwszym poziomie opieki perinatalnej w formie koordynowanej opieki, od której oczekuje się poprawy jakości opieki nad kobietą w ciąży poprzez:

1. ułatwienie dostępności do świadczeń przez cały okres trwania ciąży, podczas porodu i w okresie połogu;
2. zwiększenie dostępności do świadczeń realizowanych przez ten sam zespół medyczny;
3. udzielanie świadczeń zgodnie ze wskazaniami medycznymi niezwłocznie w razie potrzeby (dostępność 24h/dobę);
4. realizację świadczeń zgodnie z przyjętymi standardami, tj.:

a. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. z 2016 r., poz. 1132);
b. rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie standardu 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);
c. możliwość bieżącej konsultacji, a w przypadku wskazań medycznych objęcia opieką, w ośrodkach III poziomu referencyjnego.

W stosunku do obecnego KOC, w przedstawionym programie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży – KOC I, w miejsce dotychczasowego jednego ryczałtu wprowadza się kilka ryczałtów zróżnicowanych w zależności od zaawansowania ciąży oraz wydzielony w przypadku prowadzenia ciąży przez położną. Wycena poszczególnych ryczałtów obejmuje opiekę nad kobietą w ciąży, poród oraz opiekę nad noworodkiem w okresie do 6 tygodni od urodzenia. W przypadku wystąpienia wskazań medycznych do dłuższej hospitalizacji dziecka wprowadza się możliwość odrębnego rozliczenia świadczeń w oparciu o odrębną wycenę świadczeń analogicznych do obecnych grup noworodkowych rozliczanych w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne;

Zarządzenie 92/2017/DSOZ z dnia 27 września 2017 r., które miało charakter porządkowy, a wprowadzało zmiany polegające na:

1. ujednoliceniu wartości punktowej części produktów rozliczeniowych dotyczących świadczeń Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży KOC I z wartościami, jakie zostały wdrożone w zarządzeniu odnoszącym się do świadczeń Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III) udzielanych od 1 października 2017 r.; Ujednolicenie wartości punktowej dla analogicznych świadczeń KOC I i KOC II/III polega na dokonaniu zaokrąglenia dotychczasowych wycen świadczeń KOC I z dwoma miejscami po przecinku do liczb całkowitych na zasadach ogólnych, celem zachowania symetrii wyceny świadczeń w obu zakresach i zarządzeniach Prezesa NFZ.
2. wprowadzeniu dwóch produktów dotyczących żywienia dojelitowego dedykowanych dla wcześniaków do ukończenia 4 tygodnia życia wieku korygowanego oraz chorych noworodków, które nie mogą być karmione piersią, do 4 tygodnia życia. Konieczność wprowadzenia modyfikacji w zarządzeniu w zakresie wprowadzenia dwóch produktów dotyczących żywienia dojelitowego ma na celu uwzględnienie przepisów obwieszczenia Prezesa Agencji Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, do czego zobowiązują Prezesa NFZ przepisy art. 146 ustawy o świadczeniach, jak i ujednolicenia sposobu finansowania analogicznych świadczeń realizowanych również w ramach umowy w rodzaju leczenia szpitalne (LSz), które zostały dopuszczone do realizacji w ramach rodzaju LSz zarządzeniem nr 57/2017/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 26 lipca 2017 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne. Stosownie do ww. obwieszczenia uchylono przepisy dotyczące współczynnika o wartości 1,01 stosowanego dotychczas przy rozliczaniu świadczeń neonatologicznych w przypadku stosowania przez świadczeniodawcę mleka kobiecego z banku mleka. Modyfikację zarządzenia w zakresie wdrożenia dwóch produktów dotyczących żywienia dojelitowego stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 listopada 2017 r. i jest ona spójna z analogiczną modyfikacją zarządzenia określającego realizację świadczeń Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III), natomiast wprowadzone zmiany polegające na ujednoliceniu wartości punktowej części produktów rozliczeniowych dotyczących świadczeń Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży KOC I znajdują

zastosowanie do rozliczania świadczeń od 1 listopada 2017 r. udzielanych od 1 października 2017 r.

Zarządzenie 106/2017/DSOZ z dnia 18 października 2017 r., które związana było z wydaniem przez Ministra Zdrowia rozporządzenia z dnia 5 września 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2017 r. poz. 1766).Przedmiotowa nowelizacja rozporządzenia wprowadziła do systemu opieki zdrowotnej nowe świadczenie gwarantowane: „hemodializa z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru".

W związku z powyższym, w zarządzeniu Nr 73/2016/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia obok istniejącego zakresu świadczeń „hemodializoterapia", dodano nowy zakres: „hemodializoterapia – z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru". Zakres ten zawiera jeden produkt rozliczeniowy „hemodializa – świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru oraz z dostępem do oddziału nefrologii lub o profilu nefrologicznym" z wartością punktową 440,97, która odpowiada taryfie opublikowanej w obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w dniu 29 czerwca 2016 r. Ponadto, w odniesieniu do istniejącego zakresu "hemodializoterapia" zmodyfikowano wartość punktową świadczenia „hemodializa – świadczenie wykonywane w trybie ambulatoryjnym" z 400 na 397,98 punktów, ponieważ ta wartość bliższa jest wycenie kwotowej wynikającej z obwieszczenia AOTMiT z 2016 r. (wyrażonej w złotówkach), obliczonej przy cenie 11,43 zł za punkt, niż dotychczasowa wartość, liczona w oparciu o wartość 11,49 zł za punkt, spowodowało konieczność publikacji zarządzenia Nr 127/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. W porównaniu do zarządzenia Nr 73/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2016 r., które poprzedziło niniejsze zarządzenie, uwzględniono wszystkie zmiany które zostały dokonane zarządzeniami zmieniającymi (w liczbie siedmiu), poprawiono zarządzenie pod względem legislacyjnym, merytorycznym oraz językowym, a także zmodyfikowano wartość punktową produktu rozliczeniowego dializa otrzewnowa w zakresie dializoterapia otrzewnowa, zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Dokonano również zmian mających na celu dostosowanie przepisów zarządzenia do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 sierpnia 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1565) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 września 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1766) – wprowadzono produkt rozliczeniowy dedykowany do rozliczenia nowego świadczenia gwarantowanego: podanie immunoglobuliny anty RhD pacjentce RhD-ujemnej.

Kompleksowa opieka po zawale serca

W 2017 r. wprowadzono zarządzeniem Nr 38/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe nowy zakres świadczeń: kompleksowa opieka po zawale serca. Zarządzenie było efektem zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 2163), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 2164) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 2162). Wymienione rozporządzenia wprowadzają do wykazu świadczeń gwarantowanych nowe świadczenie gwarantowane - opieka kompleksowa po zawale mięśnia sercowego. W związku z ww. przepisami, uwzględniając konieczność zapewnienia pacjentom po zawale mięśnia sercowego kompleksowego dostępu do specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej, które są niezbędne z punktu widzenia potrzeb klinicznych, tj. zabiegów kardiologii interwencyjnej, kompleksowej rehabilitacji, elektroterapii i specjalistycznej opieki kardiologicznej, wraz z zapewnieniem jej ciągłości

w okresie 12 miesięcy od wystąpienia zawału serca, wprowadzono do finansowania nowy zakres świadczeń: Kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał). W celu przeprowadzenia w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami, w oparciu o kryteria wyboru ofert, określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 498), warunki zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego, przeniesione zostały do odrębnego zarządzenia Prezesa Funduszu. Konsekwencją wyodrębnienia nowego zarządzenia dedykowanego dla świadczeń udzielanych w ramach opieki kompleksowej, jest wprowadzenie nowego wzoru umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe. Świadczeniodawcy realizujący opiekę kompleksową po zawale mięśnia sercowego, będą zobowiązani zagwarantować pacjentowi skoordynowaną kompleksową realizację świadczeń - obejmującą zarówno postępowanie diagnostyczno-terapeutyczne, jak również specjalistyczną opiekę ambulatoryjną oraz w zależności od wskazań medycznych różne formy rehabilitacji. Wprowadzenie zakresu świadczeń: kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) pozwoli sfinansować wielokierunkową zintegrowaną opiekę nad osobami po zawale serca, tj. szpitalną, ambulatoryjną i domową - zgodnie z indywidualnymi wskazaniami pacjentów, co zapewni tej grupie pacjentów właściwy dostęp do świadczeń. Dodatkowo w celu poprawy jakości udzielanej opieki oraz zapewnienia jej ciągłości i kompleksowości w optymalnym z punktu widzenia klinicznego czasie, wprowadzono współczynniki korygujące dla świadczeń w przedmiotowym zakresie, m.in. w sytuacji zapewnienia rehabilitacji kardiologicznej w jak najszybszym czasie (tj. do 14 dni od wypisu z szpitala), oraz w sytuacji zrealizowania wszystkich świadczeń w zgodnie z indywidualnym planem leczenia pacjenta w ciągu 12 miesięcy.

Wprowadzono również współczynnik korygujący 1,2 dla świadczeń związanych z pomostowaniem naczyń wieńcowych wykonywanych przez świadczeniodawców posiadających w strukturze organizacyjnej oddział kardiochirurgiczny (wpisany w rejestrze podmiotów wykonujących działalności leczniczą), funkcjonujący w trybie całodobowym z wyodrębnionym dyżurem lekarskim, ze względu na konieczność zapewnienia pacjentom objętym kompleksową opieką, szczególnie wymagającym pilnych interwencji kardiochirurgicznych w leczeniu zawału serca, ciągłej dostępności do interdyscyplinarnego zespołu i leczenia według aktualnych wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) dotyczących postępowania z chorymi z zawałem serca.

Wprowadzenie skoordynowanej i kompleksowej opieki kardiologicznej po zawale mięśnia sercowego, opartej na wdrożeniu leczenia interwencyjnego, kardiochirurgicznego oraz wczesnej rehabilitacji kardiologicznej i monitorowaniu w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej wskaźników dotyczących jakości opieki nad pacjentem ma na celu zapewnienie właściwego postępowania terapeutycznego nad pacjentami po zawale serca i właściwą kontrolę czynników ryzyka, co może wpłynąć pozytywnie na obniżenie odsetka śmiertelności odległej.

Do powyższego zarządzenia zarządzeniem Nr 79/2017/DSOZ z dnia 30 sierpnia 2017 wprowadzono następujące zmiany związane z wejściem w życie ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844) oraz wydanych na jej podstawie rozporządzeń ministra właściwego do spraw zdrowia wprowadzających regulacje dotyczące systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia".

W katalogu produktów rozliczeniowych, dla zachowania symetrii świadczeń realizowanych w zakresie kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego oraz w zakresie specjalistycznych świadczeń kardiologicznych w ramach podstawowego systemu zabezpieczenia świadczeń, dla hospitalizacji < 3 dni w grupach zachowawczych wprowadzono wartość punktową na poziomie 50% (dotychczas 30%dla hospitalizacji <2 dni), a w grupach zabiegowych na poziomie 92% stawki bazowej (dotychczas 90% dla hospitalizacji <2 dni).

Dodatkowo, wprowadzono zmiany o charakterze porządkowym polegające na dostosowaniu treści zarządzenia do zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne dotyczące modyfikacji w zakresie oceny stanu pacjenta według skali TISS – 28.

Leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne: zmiany wprowadzone następującymi zarządzeniami:

1. Nr 61/2017/DSOZ z dnia 26 lipca 2017 r., wprowadzającym zmiany związane są z wejściem w życie znowelizowanych przepisów ustawy o świadczeniach oraz wydanych na jej podstawie rozporządzeniach, wprowadzających regulacje dotyczące systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia". Zaimplementowano nowe taryfy dla świadczeń: przeszczepienie płuca, przeszczepienie komórek przytarczyc, wspomaganie serca pompami implantowalnymi, opublikowane przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Ponadto dokonano następujących zmian porządkowych:
    a. podzielono załącznik 1w na część a zawierającą świadczenia wysokospecjalistyczne i część b zawierającą hospitalizacje do tych świadczeń w celu umożliwienia włączenia hospitalizacji do świadczeń wysokospecjalistycznych do ryczałtu w ramach sieci szpital,
    b. podzielono zakres Operacje wad serca i aorty piersiowej na zakresy dla dzieci i dorosłych w celu dostosowania do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372 z późn. zm.);
2. Nr 99/2017/DSOZ z dnia 29 września 2017 r., wprowadzono współczynnik korygujący o wartości 1,2 przy rozliczaniu świadczeń Operacje wad serca i aorty piersiowej. Wysokość współczynnika ustalono w oparciu o wyniki analizy kosztowej tych świadczeń przekazanej przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Jednocześnie w ślad za zmianami w zarządzeniu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne zamieniono w katalogu 1z produkty Przetoczenie osocza i Przetoczenie krioprecypitatu na Przetoczenie osocza po karencji i Przetoczenie krioprecypitatu po karencji oraz zaktualizowano załączniki 3a i 3b dotyczące skali TISS-28.

System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia

Ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844) wprowadzono uregulowania definiujące tworzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia", „siecią szpitali" lub „systemem PSZ". System zabezpieczenia zapewnia świadczeniobiorcom dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania. W ramach systemu zabezpieczenia wyodrębnia się 6 poziomów zabezpieczenia świadczeń, w tym:

- szpitale I stopnia;
- szpitale II stopnia;
- szpitale III stopnia;
- szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne;
- szpitale pediatryczne;
- szpitale ogólnopolskie, które wyznaczane są przez rodzaje udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i określane przez wskazanie profili lub rodzajów komórek organizacyjnych,

o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach, w których te świadczenia są udzielane w trybie hospitalizacji określonym w tych przepisach, zwanych dalej profilami systemu zabezpieczenia. Świadczeniodawcę kwalifikuje się do systemu zabezpieczenia na okres 4 lat, w zakresie dotyczącym zakładu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, prowadzonego na terenie danego województwa. Kwalifikacja, o której mowa powyżej, obejmuje włączenie danego świadczeniodawcy do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia oraz wskazanie profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów świadczeń, w ramach których będą udzielane przez tego świadczeniodawcę świadczenia opieki zdrowotnej w systemie zabezpieczenia. Szczegółowe kryteria kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu zabezpieczenia określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1163).

Zgodnie z postanowieniami art. 3 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, do dnia 30 września 2017 r. dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ został zobowiązany do zawarcia ze świadczeniodawcami wymienionymi w wykazie, o którym mowa w art. 2 ust. 4 tej ustawy, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 159a ustawy o świadczeniach, obejmującej udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie profili systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 95l ust. 3 ustawy o świadczeniach, zakresów lub rodzajów świadczeń wskazanych dla danego świadczeniodawcy w tym wykazie.

Finansowanie kosztów świadczeń udzielanych na podstawie umów zawartych w ramach sieci szpitali, co do zasady, odbywa się w formie ryczałtowej. Na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na pierwszy okres rozliczeniowy (Dz. U. poz. 1242) oddziały wojewódzkie Funduszu dokonały ustalenia wartości ryczałtu na pierwszy okres rozliczeniowy dla poszczególnych podmiotów, które zostały zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia.

Równolegle w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu zabezpieczenia wyodrębniono środki na sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, które ze względu na konieczność zapewnienia odpowiedniego dostępu do tych świadczeń wymagają ustalenia odrębnego sposobu finansowania. Wykaz świadczeń, wymagających odrębnego sposobu finansowania został określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 1225).

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, wprowadzającej „System PSZ" oraz wydaniem ww. rozporządzeń ministra właściwego do spraw zdrowia, w dniu 10 sierpnia 2017 r. Prezes Funduszu wydał zarządzenie Nr 69/2017/DSOZ w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W szczególności, stosownie do upoważnienia, w ww. zarządzeniu określono warunki umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawieranych w ramach systemu PSZ, uwzględniając zasady udzielania i sprawozdawania świadczeń finansowanych ryczałtem oraz świadczeń finansowanych odrębnie – wskazanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania.

W celu zachowania reguły równego traktowania świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umów z Funduszem, zawartych w systemie PSZ, jak również zawieranych w trybie postępowań konkursowych, a także w związku z potrzebą zachowania ciągłości użytkowania systemów służących do komunikacji, w tym sprawozdawania płatnikowi wykonania świadczeń przez

świadczeniodawców, w przedmiotowym zarządzeniu zachowano zasady udzielania świadczeń określone w dotychczasowych regulacjach w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji świadczeń w rodzajach: leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, świadczenia odrębnie kontraktowane, rehabilitacja lecznicza, podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, pomoc doraźna i transport sanitarny.

Jednocześnie, w celu wprowadzenia porównywalności wartości jednostek rozliczeniowych (punktów) stosowanych w umowach o udzielanie świadczeń w różnych rodzajach, która jest niezbędna w przypadku objęcia ich finansowaniem ryczałtowym PSZ, dokonano proporcjonalnego przeszacowania wartości punktu i odpowiedniej korekty wszystkich wycen punktowych oraz cen jednostek rozliczeniowych w obowiązujących umowach[1]. W związku z przepisami określającymi terminy rozliczeń i płatności za świadczenia, określono 90-cio dniowy termin wyliczenia wartości ryczałtu na kolejny okres rozliczeniowy dla poszczególnych świadczeniodawców w systemie zabezpieczenia, od dnia zakończenia poprzedniego okresu rozliczeniowego.

Powyższe było kilkukrotnie modyfikowane (zarządzeniami: Nr 78/2017/DSOZ z dnia 30 sierpnia 2017 r., Nr 81/2017/DSOZ z dnia 8 września 2017 r., Nr 117/2017/DSOZ z dnia 30 listopada 2017 r., Nr 97/2017/DSOZ z dnia 28 września 2017 r., Nr 109/2017/DSOZ z dnia 27 października 2017 r., Nr 117/2017/DSOZ z dnia 30 listopada 2017 r.) m.in. w zakresie:

- wprowadzenia współczynnika korygującego o wartości 1,2 dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do poziomu ogólnopolskiego albo onkologicznego lub pulmonologicznego (hospitalizacje do chemioterapii i radioterapii);
- wprowadzenia możliwości stosowania ww. współczynnika korygującego przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do III poziomu zabezpieczenia, spełniających określone warunki w zakresie liczby i struktury udzielanych świadczeń.

Dodatkowo ujednolicono przepisy poszczególnych zarządzeń dotyczących ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, rehabilitacji leczniczej, świadczeń zdrowotnych odrębnie kontraktowanych, w zakresie stosowanych jednostek sprawozdawczych. Rozwiązanie takie umożliwiło prawidłowe wyliczanie wartości ryczałtów podstawowego systemu zabezpieczenia, o których mowa w art. 136c ustawy o świadczeniach.

Jednocześnie, zarządzeniami dotyczącymi ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, świadczeń zdrowotnych odrębnie kontraktowanych, leczenie szpitalne-świadczenia kompleksowe, skorygowano wycenę punktową świadczeń w związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, których wyceny nie były kompleksowo podnoszone od 2011 r. Zmiana powyższa była spowodowana między innymi ustawą z dnia 8 czerwca o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawody medyczne zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz podpisanym porozumieniem z dnia 18 lipca 2017 roku pomiędzy Ministerstwem Zdrowia i ratownikami medycznymi. Z uwagi na ograniczone środki w planie finansowym Funduszu proces ten rozłożono na dwa etapy, od 1 lipca 2017 r. zwiększono o 2% oraz 1 października 2017 r. zwiększono wyceny o 4% w stosunku do bazowej wyceny, co pozwoliło na zachowanie bezpieczeństwa finansowego płatnika.

Stomatologia

Od lipca 2017 r. w rozliczaniu niektórych świadczeń stomatologicznych wprowadzone zostały współczynniki korygujące cenę punktu.

[1] Od 1 października 2017 r. oczekiwana cena punktu w umowach: SZP, AOS, REH wynosiła 1 zł.

W przypadku świadczeń:

- udzielonych dzieciom do ukończenia 18. roku życia w ramach zakresów: świadczenia ogólnostomatologiczne oraz świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. roku życia – współczynnik korygujący wycenę punktową świadczenia, określoną w katalogu świadczeń stomatologicznych – 1,3;
- udzielonych kobietom w ciąży oraz w okresie połogu w ramach zakresu: świadczenia ogólnostomatologiczne – współczynnik korygujący wycenę punktową świadczeń określoną w katalogu świadczeń stomatologicznych – 1,2;
- profilaktycznych o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 10 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego – współczynnik korygujący wycenę punktową świadczeń, określoną w katalogu świadczeń stomatologicznych - 1,5;
- w sytuacji udzielania przez lekarza specjalistę w dziedzinie periodontologii lub lekarza dentystę będącego w trakcie specjalizacji z zakresu periodontologii świadczeń w zakresie świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii oraz świadczenia periodontologii świadczeń wymienionych w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne – współczynnik korygujący wycenę punktową świadczenia, określoną w katalogu świadczeń stomatologicznych - 2,0.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 59/2017/DSOZ z dnia 26.07.2017 z okresem obowiązywania od 1 lipca 2017 r – zał. 1 i od 1 października – zał. 2, skorygowano wycenę punktową świadczeń w związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, których wyceny nie były kompleksowo podnoszone od 2011 r. W roku 2017, w okresie obowiązywania zarządzenia, skutek finansowy wynikający z wprowadzenia zmiany wyceny punktu wobec nowelizowanego zarządzenia Nr 56/2016/DSOZ oszacowano, przy założeniu identycznej analogicznej struktury realizowanych świadczeń w skali sześciu miesięcy, na około 36 mln zł. Z uwagi na ograniczone środki w planie finansowym Funduszu proces ten rozłożono na dwa etapy, tj. od 1 lipca br. oraz od dnia 1 października br., co pozwoliło na zachowanie bezpieczeństwa finansowego płatnika.

Rehabilitacja lecznicza

Zmiany w finansowaniu świadczeń w rehabilitacji leczniczej w 2017 r. Włączenie do finansowania świadczeń – leczenie dorosłych chorych ze śpiączką oraz hybrydowej rehabilitacji kardiologicznej. Zmiana wynikała z konieczności dostosowania przepisów do aktualnego stanu prawnego, tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 listopada 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1825) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2016 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 2162). Określone zostały zasady sprawozdawania i finansowania świadczeń zrealizowanych w nowych zakresach kontraktowym.

Zmiana zasad sprawozdawania i finansowania świadczeń w rehabilitacji ogólnoustrojowej stacjonarnej

Zostały wprowadzone Jednorodne Grupy Pacjentów – nowe zasady rozliczania świadczeń. JGP utworzono przede wszystkim z myślą o pacjentach po leczeniu operacyjnym, ortopedycznym, urazach wielonarządowych czy oparzeniach, którzy wymagają szybkiego rozpoczęcia rehabilitacji stacjonarnej. Dla takich osób np. po zabiegach endoprotezoplastyki, jedyną formą rehabilitacji jest właśnie rehabilitacja ogólnoustrojowa. Fundusz finansuje ich leczenie odpowiednio wyższą stawką za osobodzień pobytu w oddziale rehabilitacji, pod warunkiem wczesnego rozpoczęcia rehabilitacji poszpitalnej (do 6 miesięcy). Ogólna charakterystyka grup:

- rehabilitacja ogólnoustrojowa pourazowa ciężka – dedykowana jest dla pacjentów z urazami wielonarządowymi i oparzeniami;
- rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu operacyjnym – pierwszym kwalifikatorem jest rozpoczęcie rehabilitacji w terminie do 6 miesięcy od zakończonej hospitalizacji w rodzaju leczenie szpitalne, rehabilitacja powinna rozpocząć się po wskazanych zabiegach operacyjnych;
- rehabilitacja ogólnoustrojowa narządu ruchu po leczeniu zachowawczym – rozpoczęcie rehabilitacji w terminie do 6 miesięcy od zakończonej hospitalizacji w rodzaju leczenie szpitalne, rehabilitacja powinna rozpocząć się po wskazanym leczeniu zachowawczym, grupa przeznaczona jest także do rozliczeń rehabilitacji dla dzieci, w sytuacji gdy leczone dziecko nie jest objęte grupami ww. wymienionymi, czyli pourazowymi i po leczeniu operacyjnym;
- rehabilitacja ogólnoustrojowa przewlekła – obejmuje wszystkie pozostałe pobyty pacjentów, w sytuacji gdy nie kwalifikują się do rozliczenia innymi grupami.

Zmiana zasad sprawozdawania i finansowania świadczeń w lekarskiej ambulatoryjnej opiece rehabilitacyjnej

Do dotychczasowego produktu – porada lekarska, dodano nowe produkty rozliczeniowe:

1. Poradę lekarską kompleksową:
    a. obejmuje, co najmniej 1 procedurę diagnostyczną obrazową ICD-9 lub co najmniej 2 procedury diagnostyczne laboratoryjne,
    b. jest możliwa do rozliczenia, gdy pacjent do celów prawidłowego postępowania rehabilitacyjnego wymaga pogłębionej diagnostyki,
2. Poradę lekarską zabiegową: obejmuje, co najmniej jedna procedurę zabiegową, jest możliwa do rozliczenia, gdy lekarz wykonuje zabiegi np. iniekcji dostawowej itp.

Dodatkowo należy podnieść kwestię włączenia, od dnia 1 października 2017 r., rehabilitacji leczniczej realizowanej w ośrodkach dziennych i w warunkach stacjonarnych do Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczania Świadczeń Opieki Zdrowotnej PSZ. W sumie ok. 12% wartości wszystkich umów w rehabilitacji objęta jest siecią PSZ.

W opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2017 r. wprowadzono z do przepisów zarządzenia nr 83/2017/DSOZ z dnia 9 września 2017 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, zmiany wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 stycznia 2017 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. poz. 236). Zmiany dotyczą włączenia do finansowania nowego świadczenia gwarantowanego – perinatalna opieka paliatywna i hospicyjna. Perinatalna opieka paliatywna zapewnia:

- wsparcie rodzicom dziecka, w tym będącego w fazie prenatalnej,
- opiekę nastawioną na zapewnienie komfortu i ochronę przed uporczywą terapią noworodków z ciężkim i nieodwracalnym upośledzeniem albo nieuleczalną chorobą zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu.

Zgodnie z Obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji z dnia 30 czerwca 2017 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieka paliatywna i hospicyjna, ustalono taryfę na poziomie 25,82 pkt. Założono, że świadczenie będzie rozliczane za kompleksową opiekę, natomiast liczba porad będzie dostosowana do potrzeb rodziców dziecka. Perinatalna opieka paliatywna uwzględnia porady i konsultacje lekarskie, porady psychologa lub psychoterapeuty, współpracę i koordynację opieki, wsparcie udzielane rodzicom dziecka, opiekę zapewniającą komfort i ochronę przed uporczywą terapią noworodka, przekazywanie informacji zwłaszcza dotyczącej postępowania w przypadku śmierci dziecka, wsparcie w żałobie po śmierci dziecka.

W świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w 2017 r., wprowadzona została do przepisów zarządzenia nr 105/2017/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 października 2017 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zmiana finansowania świadczeń stacjonarnych i domowych dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Zmiana wynika z Obwieszczenia Prezesa AOTMiT z dnia 13 września 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Zmiana polega na zwiększeniu finansowania świadczeń realizowanych w zakładach opiekuńczych dla wentylowanych mechanicznie oraz realizowanych przez zespół długoterminowej opieki domowej dla pacjentów dorosłych oraz dzieci wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną i nieinwazyjną.

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia gwarantowane z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie według limitów finansowania określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia 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 2017 r. poz. 1844). Z dniem 1 czerwca 2017 r. weszło w życie rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz. 1061), które uchyliło obowiązujące do 31 maja 2017 r. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz. 1565). Nowe rozporządzenie rozszerzyło dla niektórych wyrobów medycznych, katalog osób uprawnionych do wystawiania zleceń, m.in. o fizjoterapeutów, oraz nadało uprawnienia do ich wystawiania lekarzom będącym w trakcie specjalizacji. Ponadto wprowadziło, w uzasadnionych medycznie przypadkach, możliwość skrócenia okresu użytkowania wózków inwalidzkich dla dzieci.

Ponadto od 1 stycznia 2017 r., na podstawie art. 18 ustawy z dnia 4 listopada 2016 r. o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem" (Dz. U. poz. 1860), świadczeniobiorcom do 18 roku życia, u których stwierdzono ciężkie i nieodwracalne upośledzenie albo nieuleczalną chorobę zagrażającą życiu, które powstały w prenatalnym okresie rozwoju dziecka lub w czasie porodu, przysługuje prawo do wyrobów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, na zlecenie osoby uprawnionej, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w tych przepisach, według wskazań medycznych bez uwzględnienia okresów użytkowania. O ilości miesięcznego zaopatrzenia w te wyroby decyduje każdorazowo osoba uprawniona do wystawienia zlecenia, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji. Podstawą zaopatrzenia jest zlecenie wystawione przez osobę uprawnioną oraz zaświadczenie wystawione przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub lekarza ubezpieczenia zdrowotnego, posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: położnictwa i ginekologii, perinatologii, neonatologii lub pediatrii. Powyższe rozwiązania umożliwiły pacjentom szerszy dostęp do finansowanych ze środków publicznych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

Informacja w sprawie wykorzystania dotacji, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 2 grudnia 2016 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na 2017 rok.

W związku z przepisem art. 15a ust. 2 ustawy z dnia 2 grudnia 2016 r. o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2017 (Dz. U. poz. 1984 z późn. zm.) wprowadzonym mocą art. 1 ustawy z dnia 6 grudnia 2017 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na rok 2017 (Dz. U. poz. 2312) Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przedstawia informację w sprawie wykorzystania otrzymanej z budżetu państwa dotacji na finansowanie świadczeń gwarantowanych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w wysokości 1 000 000 tys. zł. W związku informacją Ministra Zdrowia o zwiększeniu planu wydatków w części 46 – Zdrowie, dziale 851 – Ochrona zdrowia o kwotę 1 000 000 000 zł, w tym:

- w rozdziale 85151 – Świadczenia wysokospecjalistyczne, §2840 – Dotacja celowa z budżetu państwa na finansowanie lub dofinansowanie ustawowo określonych zadań bieżących realizowanych przez pozostałe jednostki sektora finansów publicznych, o kwotę 53 946 000 zł,
- w rozdziale 85195 – Pozostała działalność, §2840 – Dotacja celowa z budżetu państwa na finansowanie lub dofinansowanie ustawowo określonych zadań bieżących realizowanych przez pozostałe jednostki sektora finansów publicznych, o kwotę 946 054 000 zł

oraz informacją, że powyższe środki zgodnie z art. 15a ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na 2017 r., przeznaczone są na dotację dla Funduszu na finansowanie świadczeń gwarantowanych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej Prezes NFZ wystąpił do Ministra Zdrowia z wnioskami o uruchomienie dotacji na finansowanie świadczeń gwarantowanych, w tym świadczeń wysokospecjalistycznych, udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ww. kwotach.

Uruchomione przez Ministra Zdrowia środki z dotacji z budżetu państwa w kwotach:

- 53 946 000 zł na finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- 946 054 000 zł na finansowanie świadczeń gwarantowanych udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

wpłynęły na wyodrębniony rachunek Centrali NFZ w dniu 21 grudnia 2017 r. i zostały przekazane do oddziałów wojewódzkich NFZ zgodnie z poniższym zestawieniem.

Podział kwoty dotacji pomiędzy oddziały wojewódzkie Funduszu został dokonany w oparciu o informacje przekazane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich o wartości niesfinansowanych, niezrzeczonych i nieprzedawnionych świadczeń gwarantowanych, innych niż wysokospecjalistyczne, udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów w latach 2006- 2016 oraz w okresie styczeń-wrzesień 2017 r. w następujących rodzajach świadczeń:

1) w odniesieniu do świadczeń udzielonych przed rokiem 2017 ponad kwotę zobowiązania wynikającą z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. nadwykonania) w rodzajach: leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień– stacjonarna (oddziały szpitalne), rehabilitacja lecznicza – stacjonarna (oddziały szpitalne), świadczenia zdrowotne odrębnie kontraktowane, w pozostałych rodzajach świadczeń – będące przedmiotem postępowań sądowych wszczętych przed dniem 21 listopada 2017 r.
2) w odniesieniu do świadczeń udzielonych w okresie styczeń – wrzesień 2017 r. ponad kwotę zobowiązania wynikającą z umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w następujących grupach zakresów: OAiIT, udary, specjalistyka dziecięca, onkologia, nielimitowane, toksykologia, transplantologia, hospitalizacje do świadczeń wysokospecjalistycznych

oraz w rodzaju: świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie w grupach zakresów związanych z zastosowaniem pompy insulinowej albo pompy baklofenowej.

Tabela nr II.1. Podział dotacji z budżetu państwa na finansowanie świadczeń.

w zł i gr.

Lp.	OW NFZ	Dotacja z budżetu państwa na finansowanie świadczeń gwarantowanych udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - pozostałe świadczenia	Dotacja z budżetu państwa na finansowanie świadczeń gwarantowanych udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej - świadczenia wysokospecjalistyczne	Razem kwoty dotacji z budżetu państwa
1	2	3	4	5=3+4
1.	Dolnośląski	152 879 000,00	3 269 000,00	156 148 000,00
2.	Kujawsko-Pomorski	101 347 000,00	6 086 824,93	107 433 824,93
3.	Lubelski	98 448 000,00	223 000,00	98 671 000,00
4.	Lubuski	3 935 000,00	1 262 000,00	5 197 000,00
5.	Łódzki	12 934 000,00	6 138 000,00	19 072 000,00
6.	Małopolski	27 181 000,00	3 567 000,00	30 748 000,00
7.	Mazowiecki	213 771 000,00	10 042 175,07	223 813 175,07
8.	Opolski	19 972 000,00	0	19 972 000,00
9.	Podkarpacki	22 479 000,00	3 750 000,00	26 229 000,00
10.	Podlaski	1 129 000,00	334 000,00	1 463 000,00
11.	Pomorski	19 827 000,00	0	19 827 000,00
12.	Śląski	91 196 000,00	7 475 000,00	98 671 000,00
13.	Świętokrzyski	11 022 000,00	798 000,00	11 820 000,00
14.	Warmińsko-Mazurski	25 197 000,00	176 000,00	25 373 000,00
15.	Wielkopolski	132 828 000,00	5 325 000,00	138 153 000,00
16.	Zachodniopomorski	11 909 000,00	5 500 000,00	17 409 000,00
	RAZEM	**946 054 000,00**	**53 946 000,00**	**1 000 000 000,00**

Podział pomiędzy oddziały wojewódzkie NFZ dotacji z budżetu państwa na finansowanie świadczeń wysokospecjalistycznych udzielonych ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej został dokonany w oparciu o informacje przekazane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich o prognozowanej wartości realizacji świadczeń wysokospecjalistycznych w 2017 r. Procesem finansowania z dotacji z budżetu państwa objęto świadczenia gwarantowane inne niż wysokospecjalistyczne udzielone ponad kwoty zobowiązań wynikających z zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej o łącznej wartości 1 306 699 346,45 zł. Łączna wartość wykorzystanych środków z dotacji z budżetu państwa wyniosła 945 411 729,99 zł. W stosunku do świadczeń ponadlimitowych o wartości 361 287 616,46 zł oddziały wojewódzkie NFZ uzyskały od świadczeniodawców zrzeczenie się ich roszczeń.

Tabela nr II.2. Wartość świadczeń ponadlimitowych innych niż wysokospecjalistyczne objętych procesem finansowania z dotacji z budżetu państwa oraz wartość wypłaconych środków z dotacji z budżetu państwa w podziale na OW NFZ.

Lp.	OW NFZ	Wartość świadczeń gwarantowanych innych niż wysokospecjalistyczne objętych ugodami	Wartość wypłaconych świadczeniodawcom środków z dotacji z budżetu państwa za świadczenia gwarantowane inne niż wysokospecjalistyczne	Wartość zrzeczonych roszczeń	% finansowania
1	2	3	4	5=4-3	
1.	Dolnośląski	208 062 466,45	152 839 783,24	55 222 683,21	73,46%
2.	Kujawsko-Pomorski	135 296 204,31	101 325 270,01	33 970 934,30	74,89%
3.	Lubelski	133 148 738,54	98 437 114,96	34 711 623,58	73,93%
4.	Lubuski	3 962 663,84	3 926 721,84	35 942,00	99,09%
5.	Łódzki	13 814 261,86	12 929 167,78	885 094,08	93,59%
6.	Małopolski	31 749 035,91	27 107 766,37	4 641 269,54	85,38%
7.	Mazowiecki	347 584 972,40	213 742 011,36	133 842 961,04	61,49%
8.	Opolski	39 495 222,38	19 970 715,20	19 524 507,18	50,56%
9.	Podkarpacki	26 480 358,12	22 475 381,96	4 004 976,16	84,88%
10.	Podlaski	978 365,44	880 913,28	97 452,16	90,04%
11.	Pomorski	19 855 167,10	19 817 707,58	37 459,52	99,81%
12.	Śląski	124 398 955,83	91 010 117,85	33 388 837,98	73,16%
13.	Świętokrzyski	11 617 615,42	11 021 328,68	596 286,74	94,87%
14.	Warmińsko-Mazurski	31 330 788,00	25 195 581,04	6 135 206,96	80,42%
15.	Wielkopolski	167 016 529,18	132 824 147,16	34 192 382,02	79,53%
16.	Zachodniopomorski	11 908 001,68	11 908 001,68	0	100,00%
	RAZEM	**1 306 699 346,45**	**945 411 729,99**	**361 287 616,46**	**72,35%**

Tabela nr II.3. Wartość świadczeń ponadlimitowych innych niż wysokospecjalistyczne objętych procesem finansowania z dotacji z budżetu państwa oraz wartość wypłaconych środków z dotacji z budżetu państwa w podziale na lata.

					w zł i gr.
Lp.	ROK	Wartość świadczeń gwarantowanych innych niż wysokospecjalistyczne objętych ugodami	Wartość wypłaconych świadczeniodawcom środków z dotacji z budżetu państwa za świadczenia gwarantowane inne niż wysokospecjalistyczne	Wartość zrzeczonych roszczeń	% finansowania
1	2	3	4	5=4-3	
1.	2006	1 446 686,25	895 443,50	551 242,75	61,90%
2.	2007	694 806,65	398 482,97	296 323,68	57,35%
3.	2009	8 168 848,62	5 630 803,65	2 538 044,97	68,93%
4.	2010	31 530 333,73	19 234 341,58	12 295 992,15	61,00%
5.	2011	85 082 491,35	80 906 205,58	4 176 285,77	95,09%
6.	2012	229 079 116,24	148 183 670,29	80 895 445,95	64,69%
7.	2013	181 266 234,08	110 392 834,22	70 873 399,86	60,90%
8.	2014	206 717 370,70	135 961 715,25	70 755 655,45	65,77%
9.	2015	91 973 702,80	37 523 949,08	54 449 753,72	40,80%
10.	2016	185 424 680,08	121 134 335,74	64 290 344,34	65,33%
11.	2017	285 315 075,94	285 149 948,12	165 127,82	99,94%
	RAZEM	**1 306 699 346,45**	**945 411 729,99**	**361 287 616,46**	**72,35%**

Tabela nr II.4. Wartość świadczeń ponadlimitowych innych niż wysokospecjalistyczne objętych procesem finansowania z dotacji z budżetu państwa oraz wartość wypłaconych środków z dotacji z budżetu państwa w podziale na rodzaj świadczeń.

					w zł i gr.
Lp.	RODZAJ ŚWIADCZEŃ	Wartość świadczeń gwarantowanych innych niż wysokospecjalistyczne objętych ugodami	Wartość wypłaconych świadczeniodawcom środków z dotacji z budżetu państwa za świadczenia gwarantowane inne niż wysokospecjalistyczne	Wartość zrzeczonych roszczeń	% finansowania
1	2	3	4	5=4-3	
1.	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	26 273 856,44	17 129 130,61	9 144 725,83	65,19%
2.	Leczenie szpitalne	1 198 424 448,73	877 491 851,82	320 932 596,92	73,22%
3.	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	7 247 319,05	4 674 201,43	2 573 117,62	64,50%
4.	Rehabilitacja lecznicza	36 056 498,53	17 029 800,32	19 026 698,21	47,23%
5.	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	1 232 377,24	1 136 695,10	95 682,14	92,24%
6.	Opieka paliatywna i hospicyjna	868 699,00	867 199,00	1 500,00	99,83%
7.	Leczenie stomatologiczne	50 798,00	0	50 798,00	0,00%
8.	Profilaktyczne programy zdrowotne	482 117,50	255 874,00	226 243,50	53,07%
9.	Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	36 063 231,95	26 826 977,71	9 236 254,24	74,39%
	RAZEM	**1 306 699 346,45**	**945 411 729,99**	**361 287 616,46**	**72,35%**

Ponadto, 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 z późn. zm.) dodano art. 43a dotyczącego bezpłatnego zaopatrzenia w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne określone w wykazie, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy o refundacji, ustalonym w sposób określony w ust. 2, na podstawie recepty wystawionej przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 55 ust. 2a, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej albo lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu, który zaprzestał wykonywania zawodu i wystawił receptę dla siebie albo dla małżonka, wstępnych lub zstępnych w linii prostej oraz rodzeństwa świadczeniobiorcom po ukończeniu 75. roku życia.

II.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej

<u>System PSZ</u>

Na podstawie przepisu art. 2 ust. 4 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844), dyrektorzy poszczególnych oddziałów Narodowego Funduszu Zdrowia ogłosili do dnia 27 czerwca 2017 r. wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Wykazy obowiązują od dnia 1 października 2017 r. do dnia 30 czerwca 2021.

W przypadkach niezakwalifikowania do systemu zabezpieczenia, kwalifikacji do niewłaściwego poziomu lub niewłaściwego wskazania profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów, świadczeniodawcy posiadający w dniu ogłoszenia wykazów umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, mogli wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu środek odwoławczy w postaci protestu (ogółem złożono 107 protestów), a w dalszej kolejności odwołanie do Prezesa Funduszu. Prezes Funduszu rozpatrzył 48 odwołań. Na rozstrzygnięcia dokonane przez Prezesa NFZ skargę do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie złożyło 11 świadczeniodawców, a w dalszej kolejności złożono 6 skarg kasacyjnych do Naczelnego Sądu Administracyjnego.

W ramach systemu zabezpieczenia wyróżniono następujące poziomy:

1) szpitale I stopnia;
2) szpitale II stopnia;
3) szpitale III stopnia;
4) szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne;
5) szpitale pediatryczne;
6) szpitale ogólnopolskie.

Poziomy systemu zabezpieczenia poszczególnych szpitali były wyznaczane przez rodzaje udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i określane przez wskazanie profili lub rodzajów komórek organizacyjnych. Szpitale zakwalifikowane do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Szpitale zakwalifikowane do sieci posiadają umowę z Funduszem, a świadczenia opieki zdrowotnej w większości są finansowane ryczałtem, którego wysokość zależy m.in. od liczby, struktury i sprawozdanych świadczeń przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych. Umowy obejmują udzielanie świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnych w poradniach przyszpitalnych, a także wybranych świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Aktualnie w ramach systemu PSZ jest odrębnie sklasyfikowanych 591 szpitali – zakładów leczniczych wymienionych w wykazach[2].

Tabela nr II.5. Liczba szpitali[3] zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów PSZ w województwach.

	Szpital I Stopnia	Szpital II Stopnia	Szpital III Stopnia	Szpital Ogólnopolski	Szpital Onkologiczny	Szpital Pediatryczny	Szpital Pulmonologiczny	Razem Szpitale
Dolnośląski	21	7	6	4	2		4	44
Kujawsko-Pomorski	16	3	4	4	1	1	1	30
Lubelski	18	4	5	7	1		2	37
Lubuski	11	2	3	3			1	20
Łódzki	15	8	5	7	1		1	37
Małopolski	11	12	3	7		1	2	36
Mazowiecki	37	7	9	20	3	3	2	81
Opolski	12	4		4	1		2	23
Podkarpacki	12	9	5	1	2		2	31
Podlaski	15	2	1	4	1			23
Pomorski	10	4	4	5		1	1	25
Śląski	33	13	7	9	2	2	8	74
Świętokrzyski	9	6	2	1	1		1	20
Warmińsko-Mazurski	20	4	2	3		2	1	32
Wielkopolski	26	9	4	6	1	1	2	49
Zachodniopomorski	15	2	2	6	2	1	1	29
Razem OW NFZ	281	96	62	91	18	12	31	591

[2] Wykazy placówek zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej dostępne są na stronach oddziałów wojewódzkich NFZ w Biuletynie Informacji Publicznej.
[3] Na podstawie danych o liczbie podmiotów, dla których obliczono ryczałt PSZ na I półrocze 2018 r.

Największą grupę w systemie PSZ stanowią szpitale na I poziomie (47,5%), w tym przede wszystkim szpitale, których organem tworzącym jest samorząd powiatowy. W województwie podlaskim takie szpitale stanowią prawie 2/3, a małopolskim niespełna 1/3 wszystkich jednostek zakwalifikowanych do PSZ. Najmniej jest szpitali zakwalifikowanych jako pediatryczne. Najwięcej szpitali włączono do systemu PSZ w województwach: mazowieckim i śląskim (łącznie 155, co stanowi ponad 1/4 całej sieci szpitali).

W czwartym kwartale 2017 r., który był pierwszym okresem rozliczeniowym dla umów zawartych ze świadczeniodawcami zakwalifikowanymi do systemu PSZ, udzielono łącznie prawie 5% świadczeń opieki zdrowotnej więcej, niż w analogicznym okresie 2016 roku[4].

Tabela nr II.6. Realizacja świadczeń w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej.

Nazwa rodzaju świadczeń	Liczba świadczeń opieki zdrowotnej				
	IV kw. 2016	IV kw. 2017			Dynamika (2016=100%)
		PSZ	Poza PSZ	Razem	
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	20 695 338	8 083 289	13 604 540	21 687 829	104,80%
Leczenie Szpitalne	4 308 455	4 141 064	277 037	4 418 101	102,50%
Rehabilitacja Lecznicza	12 455 102	221 582	12 967 098	13 188 680	105,90%
Świadczenia Odrębnie Kontraktowane	913 148	125 165	781 461	906 626	99,30%
Razem	**38 372 043**	**12 571 100**	**27 630 136**	**40 201 236**	**104,80%**

Na szczególne podkreślenie zasługuje istotny wzrost liczby świadczeń w rodzajach: ambulatoryjna opieka specjalistyczna i rehabilitacja lecznicza.

Tabela nr II.7. Realizacja świadczeń zakontraktowanych przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ w wybranych rodzajach świadczeń.

OW NFZ	Liczba świadczeń AOS					Liczba świadczeń SZP				
	IV kw. 2016	IV kw. 2017				IV kw. 2016	IV kw. 2017			
		PSZ	Poza PSZ	RAZEM	Dynamika (2016 =100%)		PSZ	Poza PSZ	RAZEM	Dynamika (2016 =100%)
Dolnośląski	1 413 268	427 273	1 049 849	1 477 122	104,50%	325 880	321 838	14 957	336 795	103,30%
Kujawsko-Pomorski	1 131 820	541 529	639 674	1 181 203	104,40%	248 786	256 314	9 098	265 412	106,70%
Lubelski	1 151 532	531 940	674 193	1 206 133	104,70%	241 204	232 645	13 200	245 845	101,90%
Lubuski	510 731	202 525	326 953	529 478	103,70%	87 005	84 602	5 522	90 124	103,60%
Łódzki	1 307 898	594 617	840 798	1 435 415	109,70%	289 560	277 443	24 420	301 863	104,20%
Małopolski	1 880 711	769 658	1 209 814	1 979 472	105,30%	351 775	327 059	28 223	355 282	101,00%
Mazowiecki	2 790 298	1 292 769	1 575 750	2 868 519	102,80%	692 966	674 476	34 126	708 602	102,30%
Opolski	443 061	197 857	285 021	482 878	109,00%	98 090	94 924	7 692	102 616	104,60%
Podkarpacki	1 171 116	451 335	780 736	1 232 071	105,20%	227 665	208 891	21 712	230 603	101,30%
Podlaski	732 099	331 851	418 293	750 144	102,50%	121 220	115 500	11 210	126 710	104,50%
Pomorski	1 235 969	395 777	927 846	1 323 623	107,10%	248 364	254 468	7 975	262 443	105,70%
Śląski	2 947 040	916 815	2 124 040	3 040 855	103,20%	532 191	480 049	49 282	529 331	99,50%
Świętokrzyski	623 889	246 522	414 499	661 021	106,00%	143 010	133 079	6 960	140 039	97,90%
Warmińsko-Mazurski	759 479	272 157	507 917	780 074	102,70%	132 376	126 322	11 974	138 296	104,50%
Wielkopolski	1 696 760	496 555	1 316 772	1 813 327	106,90%	373 291	363 023	25 168	388 191	104,00%
Zachodniopomorski	899 667	414 109	512 385	926 494	103,00%	195 072	190 431	5 518	195 949	100,40%
Razem OW NFZ	**20 695 338**	**8 083 289**	**13 604 540**	**21 687 829**	**104,80%**	**4 308 455**	**4 141 064**	**277 037**	**4 418 101**	**102,50%**

W przedmiotowym okresie łączna wartość świadczeń[5] (liczba punktów) sprawozdanych przez szpitale włączone do sieci wzrosła w stosunku do IV kwartału 2016 r. o 11% i wyniosła 9 439,- mln zł, w tym 5 581,- mln zł w ramach ryczałtów PSZ.

[4] Dotyczy to świadczeń, które były przedmiotem kontraktowania świadczeniodawców działających w sieci szpitali oraz analogicznych świadczeń kontraktowanych przez Fundusz poza PSZ.

[5] Z uwagi na wprowadzoną zmianę sposobu finansowania świadczeń objętych systemem podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w celu porównania poziomu liczby zrealizowanych świadczeń w IV kwartale 2017 r. i IV kwartale 2016 r., przyjęto, że

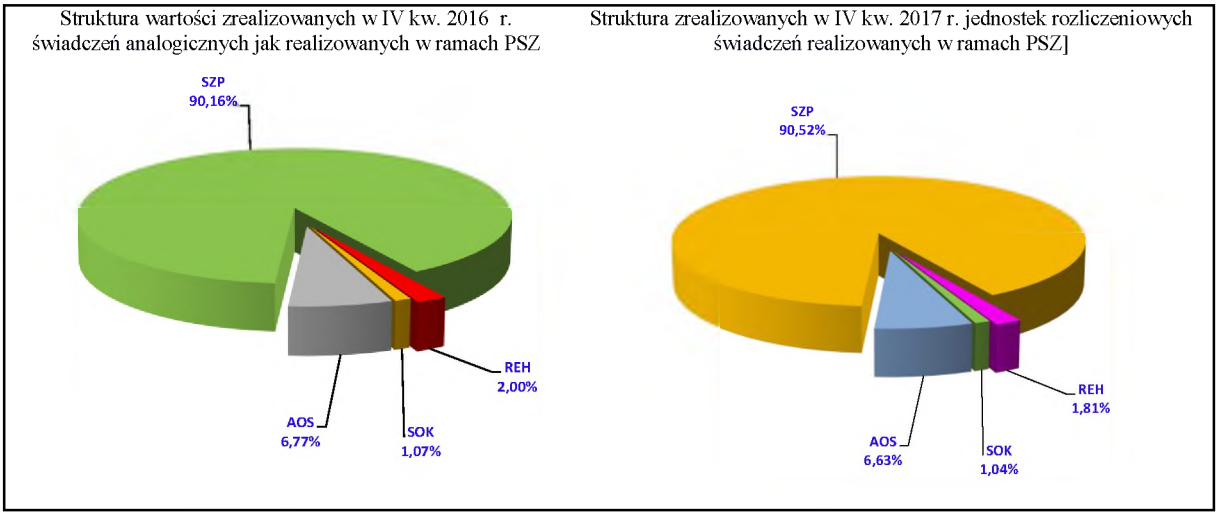
Odpowiednio w poszczególnych rodzajach świadczeń odnotowano następujące zwiększenia wartości (liczby jednostek rozliczeniowych) świadczeń: AOS[6] o 8,8%; SZP o 11,6%; REH o 0,5% i SOK o 8,5%. Zwiększonej liczbie jednostek rozliczeniowych (wartości świadczeń) towarzyszył wzrost liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń w podmiotach włączonych do sieci szpitali, co przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela nr II.8. Liczba pacjentów leczonych w podmiotach PSZ.

Nazwa rodzaju świadczeń	Liczba pacjentów leczonych w podmiotach PSZ	
	IV kw. 2016	IV kw. 2017
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	5 373 373	5 732 122
Leczenie Szpitalne	2 888 235	3 131 026
Rehabilitacja Lecznicza	75 701	75 655
Świadczenia Odrębnie Kontraktowane	50 590	45 105
Razem	**8 387 899**	**8 983 908**

Zmniejszenie liczby pacjentów odnotowano jedynie w przypadku świadczeń odrębnie kontraktowanych, co może jednak wynikać z niepełnej porównywalności danych w tym rodzaju świadczeń.

Wykres nr II.1. Struktura zrealizowanych w okresie październik-grudzień 2017 r. jednostek rozliczeniowych świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach systemu podstawowego zabezpieczenia świadczeń ukształtowała się podobnie jak struktura wartości analogicznych świadczeń opieki zdrowotnej w IV kwartale 2016 r.



Z powyższego wynika, że wprowadzona ustawą z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, modyfikacja organizacji i finansowania świadczeń objętych systemem PSZ nie spowodowała ograniczenia dostępu do tych świadczeń.

dane dotyczące IV kwartału 2017 r. prezentowane będą jako liczba jednostek rozliczeniowych natomiast dane dotyczące IV kwartału 2016 r. jako wartość świadczeń. Przedstawione w powyższym zestawieniu dane dotyczące 2016 r. są zawyżone z uwagi na fakt, iż zawierają one dane dotyczące świadczeń onkologicznych „poza pakietem onkologicznym", które powstały w momencie wejścia w życie systemu PSZ i zostały wyodrębnione poza ryczałt PSZ.

[6] AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna, SZP – leczenie szpitalne, REH – rehabilitacja lecznicza, SOK – świadczenia odrębnie kontraktowane.

W 2017 roku przeprowadzono postępowania w trybie konkursu ofert i rokowań. Wszystkich postępowań było 8 190. Rozstrzygnięto 5 780, unieważniono bądź odwołano 2 410.

Tabela nr II.9. Liczba postępowań w 2017 roku stan na 18.12.2017 r. (wszystkie).

Kod OW	Nazwa Oddziału	Liczba postepowań													
		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	10	11	27	10	146	97	108	555	6	32	0	0	0	1 002
02	Kujawsko-Pomorski	7	7	28	6	1	13	11	91	0	15	0	1	4	184
03	Lubelski	0	2	29	0	155	66	47	321	9	13	0	1	0	643
04	Lubuski	7	36	63	0	77	20	20	111	0	0	2	0	2	338
05	Łódzki	3	23	60	5	212	52	43	182	0	12	0	2	21	615
06	Malopolski	16	8	32	0	0	0	0	0	7	0	0	0	0	63
07	Mazowiecki	26	9	37	3	186	82	33	453	3	56	0	0	51	939
08	Opolski	5	47	103	4	67	0	0	356	0	4	0	0	11	597
09	Podkarpacki	4	9	31	15	79	43	51	182	10	15	0	1	2	442
10	Podlaski	2	6	65	0	71	39	24	227	2	14	0	1	9	460
11	Pomorski	9	5	45	1	198	44	32	141	0	60	0	2	30	567
12	Śląski	3	1	68	7	2	0	2	281	11	20	1	0	2	398
13	Świetokrzyski	7	7	101	14	0	32	37	270	8	23	0	1	0	500
14	Warmińsko-Mazurski	2	17	37	0	133	15	2	201	0	22	0	2	22	453
15	Wielkopolski	6	36	71	25	146	56	22	435	0	56	0	2	11	866
16	Zachodniopomorski	4	23	55	1	0	1	0	25	0	15	0	0	0	124
Razem		111	247	852	91	1473	560	432	3831	56	357	3	13	165	8 191

Tabela nr II.10. Liczba postępowań w roku 2017 stan na 18.12.2017 r. (status rozstrzygnięte).

Kod OW	Nazwa Oddziału	Liczba postepowań													
		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	8	18	10	95	65	57	232	5	25	0	0	0	520
02	Kujawsko-Pomorski	4	7	21	6	1	13	10	78	0	15	0	1	4	160
03	Lubelski	0	2	22	0	143	61	34	302	7	13	0	1	0	585
04	Lubuski	3	26	31	0	52	16	19	72	0	0	2	0	1	222
05	Łódzki	2	18	46	4	137	46	33	176	0	12	0	2	17	493
06	Malopolski	11	5	31	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	53
07	Mazowiecki	20	9	32	3	124	71	28	394	2	37	0	0	31	751
08	Opolski	2	33	50	2	39	0	0	172	0	2	0	0	7	307
09	Podkarpacki	3	8	25	12	77	39	38	144	10	14	0	1	2	373
10	Podlaski	1	5	53	0	63	37	21	193	1	11	0	1	5	391
11	Pomorski	8	4	38	1	111	40	29	132	0	26	0	1	15	405
12	Śląski	3	1	31	7	2	0	2	253	6	15	1	0	1	322
13	Świetokrzyski	2	1	60	7	0	30	27	134	6	14	0	1	0	282
14	Warmińsko-Mazurski	2	7	27	0	76	13	2	153	0	22	0	2	20	324
15	Wielkopolski	4	23	47	16	57	49	19	276	0	30	0	2	11	534
16	Zachodniopomorski	4	13	37	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	58
Razem		74	170	569	69	977	481	319	2711	43	238	3	12	114	5 780

Tabela nr II.11. Liczba postępowań w roku 2017 stan na 18.12.2017 r. (status odwołane).

Kod OW	Nazwa Oddziału	Liczba postepowań													
		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	3	9	0	51	32	51	323	1	7	0	0	0	482
02	Kujawsko-Pomorski	3	0	7	0	0	0	1	13	0	0	0	0	0	24
03	Lubelski	0	0	7	0	12	5	13	19	2	0	0	0	0	58
04	Lubuski	4	10	32	0	25	4	1	39	0	0	0	0	1	116
05	Łódzki	1	5	14	1	75	6	10	6	0	0	0	0	4	122
06	Malopolski	5	3	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	10
07	Mazowiecki	6	0	5	0	62	11	5	59	1	19	0	0	20	188
08	Opolski	3	14	53	2	28	0	0	184	0	2	0	0	4	290
09	Podkarpacki	1	1	6	3	2	4	13	38	0	1	0	0	0	69
10	Podlaski	1	1	12	0	8	2	3	34	1	3	0	0	4	69
11	Pomorski	1	1	7	0	87	4	3	9	0	34	0	1	15	162
12	Śląski	0	0	37	0	0	0	0	28	5	5	0	0	1	76
13	Świetokrzyski	5	6	41	7	0	2	10	136	2	9	0	0	0	218
14	Warmińsko-Mazurski	0	10	10	0	57	2	0	48	0	0	0	0	2	129
15	Wielkopolski	2	13	23	9	89	7	3	159	0	26	0	0	0	331
16	Zachodniopomorski	0	10	18	0	0	0	0	25	0	13	0	0	0	66
Razem		37	77	282	22	496	79	113	1120	13	119	0	1	51	2 410

W trakcie postępowań zgłoszono 664 protestów, z tego: 11 w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, 27 w leczeniu szpitalnym, 10 w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, 170 w rehabilitacji leczniczej, 213 w leczeniu stomatologicznym, 8 w świadczeniach odrębnie kontraktowanych, 127 w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych, 66 w opiece paliatywno-hospicyjnej.

Uwzględniono 103 protesty: 7 w leczeniu szpitalnym, 2 w opiece psychiatrycznej, w rehabilitacji leczniczej 32, w leczeniu stomatologicznym 25, w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych 26, w opiece paliatywno-hospicyjnej 5 i po jednym w leczeniu uzdrowiskowym, ambulatoryjnej opiece specjalistycznej oraz podstawowa opieka zdrowotna. Od rozstrzygnięć postępowań do dyrektorów oddziałów wojewódzkich zgłoszono również 814 odwołań. Z tego: 2 w poz – nocna i świąteczna opieka zdrowotna, 12 w ambulatoryjnej opiec specjalistycznej, 18 w leczeniu szpitalnym, 6 w opiece psychiatrycznej, 285 w rehabilitacji leczniczej, 344 w leczeniu stomatologicznym, 27 w profilaktycznych programach zdrowotnych, 3 w świadczeniach odrębnie kontraktowanych,

88 w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych, 28 w opiece paliatywno-hospicyjnej, 1 w lecznictwie uzdrowiskowym. Uwzględniono 11 w tym: 1 w rehabilitacji leczniczej, 5 w leczeniu stomatologicznym, 3 w świadczeniach pielęgnacyjno i opiekuńczych i 2 w opiece paliatywno-hospicyjnej.

Tabela nr II.12. Liczba i wartość umów 2017 w podziale na oddziały wojewódzkie.

OW NFZ	Liczba umów 2017	Wartośc umów 2017 (w tys. zł)	Wartość planu (bez POZ, ZSP, UZD, PDR, TS) tys.zł	Realizacja 2017 (bez POZ, ZSP, UZD, PDR, TS) tys.zł	Realizacja planu %
Dolnośląski	31 046	4 093 987	4 311 405	4 233 955	98,20%
Kujawsko-Pomorski	21 247	2 949 506	3 062 370	3 040 723	99,29%
Lubelski	22 794	3 066 395	3 241 011	3 209 480	99,03%
Lubuski	14 526	1 318 188	1 426 621	1 373 151	96,25%
Łódzki	26 873	3 564 469	3 768 703	3 650 924	96,87%
Małopolski	44 521	4 881 979	4 857 664	4 779 360	98,39%
Mazowiecki	39 479	8 665 224	8 421 098	8 341 143	99,05%
Opolski	18 326	1 266 372	1 372 118	1 349 965	98,39%
Podkarpacki	28 727	2 782 444	3 000 423	2 978 074	99,26%
Podlaski	14 589	1 685 324	1 712 300	1 690 158	98,71%
Pomorski	18 634	2 992 924	3 214 599	3 124 888	97,21%
Śląski	46 916	6 894 218	6 895 633	6 724 604	97,52%
Świetokrzyski	18 961	1 803 007	1 895 222	1 848 320	97,53%
Warmińsko-Mazurski	18 399	1 800 008	1 958 578	1 947 658	99,44%
Wielkopolski	50 825	4 810 473	5 063 674	4 920 755	97,18%
Zachodniopomorski	17 682	2 264 242	2 439 057	2 382 868	97,70%
Razem	**433 545**	**54 838 758**	**56 640 476**	**55 596 027**	**98,16%**

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 zdrowotne. Przedmiotem zwieranych 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.13. Liczba świadczeniodawców w podstawowej opiece zdrowotnej 2015-2017.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2015	liczba świadczeniodawców 2016	liczba świadczeniodawców 2017
01	Dolnośląski	719	732	726
02	Kujawsko-Pomorski	418	421	424
03	Lubelski	570	571	575
04	Lubuski	406	412	402
05	Łódzki	504	506	504
06	Małopolski	698	707	713
07	Mazowiecki	814	821	828
08	Opolski	262	262	259
09	Podkarpacki	686	689	684
10	Podlaski	292	299	299
11	Pomorski	501	506	510
12	Śląski	989	999	996
13	Świętokrzyski	279	277	278
14	Warmińsko-Mazurski	455	454	450
15	Wielkopolski	1 444	1 445	1451
16	Zachodniopomorski	453	456	461
Razem		**9 490**	**9 557**	**9 560**

Tabela nr II.14. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w latach 2015-2017 i ich wykonanie (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	POZ 2015		POZ 2016		POZ 2017	
	plan	realizacja (tys. zł)	plan	realizacja	plan	realizacja
Dolnośląski	657 712,00	656 809,15	704 600,00	704 043,87	762 998,00	761 127,76
Kujawsko-Pomorski	479 344,00	479 256,75	513 245,00	512 692,68	549 600,00	549 592,82
Lubelski	497 052,00	495 536,00	529 200,00	529 198,15	570 216,00	569 067,69
Lubuski	228 969,00	228 479,61	246 200,00	245 647,65	265 273,00	264 475,25
Łódzki	588 010,00	587 141,15	628 753,00	628 651,36	677 950,00	676 945,98
Małopolski	778 358,00	777 962,28	834 902,00	834 399,33	904 000,00	902 903,23
Mazowiecki	1 250 602,00	1 250 548,55	1 377 233,00	1 375 912,85	1 495 323,00	1 494 142,37
Opolski	209 025,00	208 556,94	224 009,00	224 137,68	242 749,00	241 886,47
Podkarpacki	475 900,00	475 649,61	509 250,00	509 023,76	549 461,00	548 886,99
Podlaski	266 250,00	266 197,62	284 750,00	284 691,25	306 450,00	306 219,86
Pomorski	523 991,00	523 598,36	565 637,00	565 583,76	617 768,00	613 866,93
Śląski	1 048 660,00	1 046 102,73	1 123 000,00	1 121 147,78	1 213 388,00	1 209 871,39
Świętokrzyski	281 258,00	280 034,18	299 347,00	298 413,19	321 973,00	321 484,00
Warmińsko-Mazurski	321 875,00	321 745,61	343 779,00	343 047,22	368 678,00	368 409,19
Wielkopolski	822 446,00	822 439,27	878 908,00	878 331,41	942 800,00	942 593,85
Zachodniopomorski	381 817,00	381 223,62	407 236,00	406 572,95	439 088,00	437 768,34
RAZEM:	**8 811 269,00**	**8 801 281,43**	**9 470 049,00**	**9 461 494,89**	**10 227 715,00**	**10 209 242,12**

Wykres nr II.15. Liczba porad w podstawowej opiece zdrowotnej **liczba osób wg unikalnego identyfikatora.*

Grupa wiekowa świadczeniobiorców	2015		2016		2017	
	Liczba porad	Liczba osób *	Liczba porad	Liczba osób *	Liczba porad	Liczba osób *
0-6 r.ż.	18 419 394	2 639 977	18 414 925	2 520 501	19 567 628	2 841 336
7-19 r.ż.	13 945 380	3 847 306	14 061 515	3 953 901	12 949 518	3 825 603
20-39 r.ż.	19 420 863	6 070 642	22 408 213	6 361 136	20 415 773	6 078 462
40-65 r.ż.	49 995 506	9 196 919	48 812 674	7 990 248	52 061 073	9 388 724
pow. 65 r.ż.	42 739 797	5 182 887				
66-75 r.ż.			22 410 913	3 986 447	23 913 166	3 195 582
pow. 75 r.ż.			22 134 695	2 562 308	22 663 130	2 442 638
razem	**144 520 940**	**26 664 640**	**148 242 935**	**27 374 541**	**151 570 288**	**27 772 345**

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

Tabela nr II.16. Liczba świadczeniodawców w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej 2015-2017.

Kod OW	Nazwa Oddzialu	liczba świadczeniodawców 2015	liczba świadczeniodawców 2016	liczba świadczeniodawców 2017
01	Dolnośląski	514	510	500
02	Kujawsko-Pomorski	330	330	329
03	Lubelski	260	259	252
04	Lubuski	180	181	176
05	Łódzki	409	399	386
06	Małopolski	433	423	418
07	Mazowiecki	563	555	545
08	Opolski	181	181	182
09	Podkarpacki	357	352	348
10	Podlaski	228	226	217
11	Pomorski	316	308	307
12	Śląski	920	920	907
13	Świętokrzyski	272	273	269
14	Warmińsko-Mazurs	336	326	321
15	Wielkopolski	696	678	656
16	Zachodniopomorsk	262	260	249
Razem		**6 257**	**6 181**	**6 062**

Tabela nr II.17. Wartość i wykonanie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w latach 2015-2017. **spadek wartości zakontraktowanych świadczeń w roku 2017 spowodowany tym, że cześć zakresów finansowana jest w ramach ryczałtu PSZ.*

Nazwa Oddziału	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	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2017 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2017 w tys. zł
Dolnośląski	421 822,31	416 231,44	434 806,76	433 031,63	397 341,48	418 118,09
Kujawsko-Pomorski	277 112,64	280 450,29	292 891,15	298 420,83	263 227,30	288 336,29
Lubelski	285 868,33	293 967,57	298 619,26	306 835,46	273 955,78	293 565,96
Lubuski	160 367,14	157 917,63	149 687,21	156 173,19	142 288,97	145 654,14
Łódzki	339 216,59	342 370,10	347 786,99	357 853,20	334 653,27	343 038,67
Małopolski	486 444,07	485 861,06	485 732,45	506 306,18	480 605,72	496 674,17
Mazowiecki	793 319,96	792 079,40	810 094,05	798 355,52	740 811,78	782 328,15
Opolski	132 236,38	132 468,58	123 812,27	130 457,03	120 480,80	125 818,10
Podkarpacki	281 104,14	284 513,32	295 096,77	298 585,77	275 891,58	286 918,11
Podlaski	197 698,39	196 920,36	202 570,93	201 135,26	188 566,66	193 103,91
Pomorski	340 737,54	340 996,24	333 152,05	354 515,56	317 365,04	351 277,44
Śląski	778 812,87	769 929,33	796 039,46	788 138,53	743 298,03	762 779,52
Świętokrzyski	171 313,20	171 848,31	177 573,46	177 124,25	162 799,37	171 454,17
Warmińsko-Mazurski	193 853,92	205 758,91	199 793,03	211 153,93	185 775,17	204 470,00
Wielkopolski	503 662,11	502 194,33	523 836,17	521 183,38	501 909,23	524 249,19
Zachodniopomorski	252 828,58	254 623,13	259 411,90	261 353,56	216 473,50	247 212,22
RAZEM:	**5 616 398,17**	**5 628 130,00**	**5 730 903,91**	**5 800 623,28**	**5 345 443,67**	**5 634 998,13**

Tabela nr II.18. Liczba wykonanych porad w ambulatoryjnej opiec specjalistycznej w latach 2015-2017.

OW NFZ	łączna liczba porad w 2015		łączna liczba porad w 2016		łączna liczba porad w 2017	
	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	5 319 358	615 158	5 288 957	617 201	5 098 362	600 821
Kujawsko-Pomorski	4 161 307	481 843	4 180 910	477 349	4 057 136	465 219
Lubelski	4 300 673	503 986	4 307 598	503 592	4 230 018	492 099
Lubuski	1 951 251	275 748	1 930 874	268 869	1 805 858	248 775
Łódzki	4 979 319	580 751	4 941 360	578 322	4 918 601	585 947
Małopolski	7 061 249	786 489	7 049 864	776 844	6 869 280	753 727
Mazowiecki	10 303 662	1 140 542	10 338 605	1 149 982	9 984 996	1 116 775
Opolski	1 717 842	188 035	1 734 239	182 770	1 650 626	172 631
Podkarpacki	4 348 389	453 171	4 394 070	453 928	4 347 399	453 325
Podlaski	2 691 120	331 666	2 618 961	334 018	2 576 231	332 022
Pomorski	4 541 257	579 236	4 603 279	586 480	4 491 034	581 726
Śląski	10 769 997	1 443 879	10 853 359	1 456 881	10 437 842	1 390 292
Świętokrzyski	2 413 066	292 594	2 381 045	287 935	2 282 514	276 854
Warmińsko-Mazurski	2 664 230	456 745	2 668 803	477 535	2 577 344	460 082
Wielkopolski	6 302 522	978 683	6 326 914	969 033	6 102 973	948 579
Zachodniopomorski	3 340 758	455 356	3 312 375	457 280	3 195 543	440 000
Razem:	**76 865 999**	**9 563 882**	**76 931 213**	**9 578 019**	**74 625 757**	**9 318 874**
	86 429 881		**86 509 233**		**83 944 631**	

Tabela nr II.19. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2015-2017.

OW NFZ	2015		2016		2017	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	1 340 391	6 191 685	1 320 814	6 143 301	1 298 642	5 971 911
Kujawsko-Pomorski	1 012 281	4 842 890	1 002 494	4 824 655	997 473	4 748 449
Lubelski	1 003 043	4 967 223	996 532	4 967 304	989 834	4 897 966
Lubuski	499 476	2 327 273	494 346	2 285 595	480 867	2 150 226
Łódzki	1 171 860	5 765 583	1 163 126	5 726 132	1 157 706	5 734 123
Małopolski	1 553 548	8 112 452	1 544 157	8 074 310	1 533 164	7 901 751
Mazowiecki	2 482 203	11 918 113	2 460 538	11 881 177	2 441 402	11 570 911
Opolski	452 287	1 999 827	445 646	1 988 926	441 668	1 923 357
Podkarpacki	1 005 755	4 946 448	1 001 929	4 991 546	995 444	4 953 343
Podlaski	605 906	3 125 855	596 352	3 056 225	593 127	3 030 668
Pomorski	1 088 321	5 353 735	1 083 645	5 377 217	1 079 444	5 309 449
Śląski	2 353 416	12 620 238	2 336 576	12 717 248	2 299 498	12 276 843
Świętokrzyski	588 736	2 826 658	583 873	2 779 832	574 490	2 686 873
Warmińsko-Mazurski	698 340	3 262 725	692 353	3 276 409	683 370	3 186 354
Wielkopolski	1 629 002	7 538 458	1 615 874	7 504 950	1 593 972	7 338 506
Zachodniopomorski	806 363	3 964 547	797 672	3 917 516	788 672	3 807 718
RAZEM:	**18 290 928**	**89 763 709**	**18 135 927**	**89 512 344**	**17 948 773**	**87 488 447**

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.

Tabela nr II.20. Liczba świadczeniodawców w leczeniu szpitalnym 2015-2017.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2015	liczba świadczeniodawców 2016	liczba świadczeniodawców 2017
01	Dolnośląski	86	86	81
02	Kujawsko-Pomorski	64	64	64
03	Lubelski	59	59	58
04	Lubuski	29	29	29
05	Łódzki	74	73	70
06	Małopolski	77	75	74
07	Mazowiecki	132	128	122
08	Opolski	34	34	35
09	Podkarpacki	58	59	58
10	Podlaski	36	35	36
11	Pomorski	47	46	44
12	Śląski	150	151	151
13	Świętokrzyski	35	33	36
14	Warmińsko-Mazurski	52	52	50
15	Wielkopolski	94	94	92
16	Zachodniopomorski	42	41	42
	Razem	**1 069**	**1 059**	**1 042**

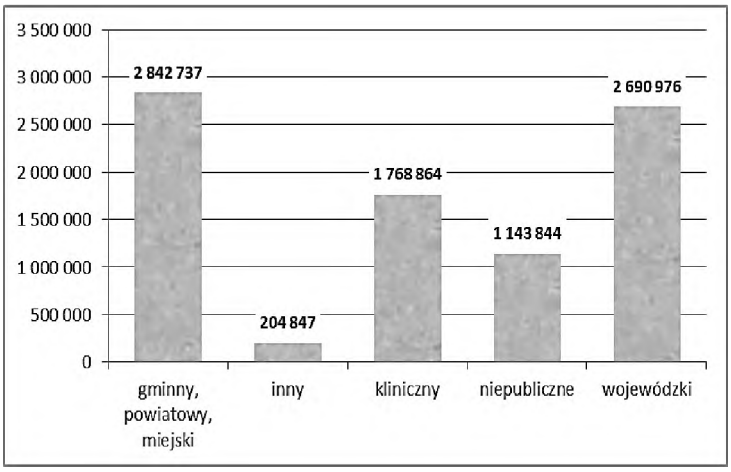
Tabela nr II.21. Wartość i wykonanie umów w rodzaju leczenie szpitalne w latach 2015-2017.

Nazwa Oddziału	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	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2017 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2017 w tys. zł
Dolnośląski	2 497 941,67	2 473 323,05	2 627 382,07	2 622 852,76	2 849 701,89	2 963 599,08
Kujawsko-Pomorski	1 840 594,71	1 821 255,80	1 904 679,39	1 886 075,55	2 106 684,65	2 164 821,02
Lubelski	1 834 840,64	1 919 030,62	1 914 581,38	2 005 166,56	2 126 275,15	2 243 732,59
Lubuski	772 960,23	843 356,57	778 422,22	881 802,35	848 450,14	924 410,02
Łódzki	2 197 075,57	2 278 155,72	2 301 437,57	2 416 939,27	2 557 845,76	2 611 327,25
Małopolski	2 827 022,81	2 771 740,82	2 956 020,64	3 004 913,57	3 313 053,49	3 256 031,59
Mazowiecki	5 397 740,56	4 935 980,69	5 663 461,78	5 247 605,02	6 287 286,39	5 974 289,53
Opolski	731 707,08	824 502,16	739 941,95	828 967,97	836 622,51	927 539,65
Podkarpacki	1 599 934,22	1 732 171,07	1 631 717,80	1 814 197,51	1 835 154,06	2 029 088,98
Podlaski	984 484,73	1 002 821,34	1 064 633,99	1 088 434,87	1 143 040,62	1 159 277,71
Pomorski	1 788 421,00	1 883 254,28	1 832 581,14	1 978 775,75	2 051 968,73	2 150 499,36
Śląski	4 076 823,38	3 964 408,47	4 306 987,93	4 180 159,03	4 687 268,52	4 546 185,96
Świętokrzyski	1 093 006,23	1 144 178,13	1 154 498,76	1 208 024,57	1 257 937,07	1 299 273,20
Warmińsko-Mazurski	1 045 361,31	1 162 351,19	1 100 521,82	1 205 145,88	1 220 708,71	1 330 808,49
Wielkopolski	2 923 819,01	2 924 631,39	3 107 223,84	3 096 350,99	3 358 558,75	3 436 321,51
Zachodniopomorski	1 487 646,69	1 520 805,66	1 537 825,61	1 571 176,04	1 587 351,26	1 665 160,75
RAZEM	**33 099 379,86**	**33 201 966,96**	**34 621 917,88**	**35 036 587,69**	**38 067 907,70**	**38 682 366,69**

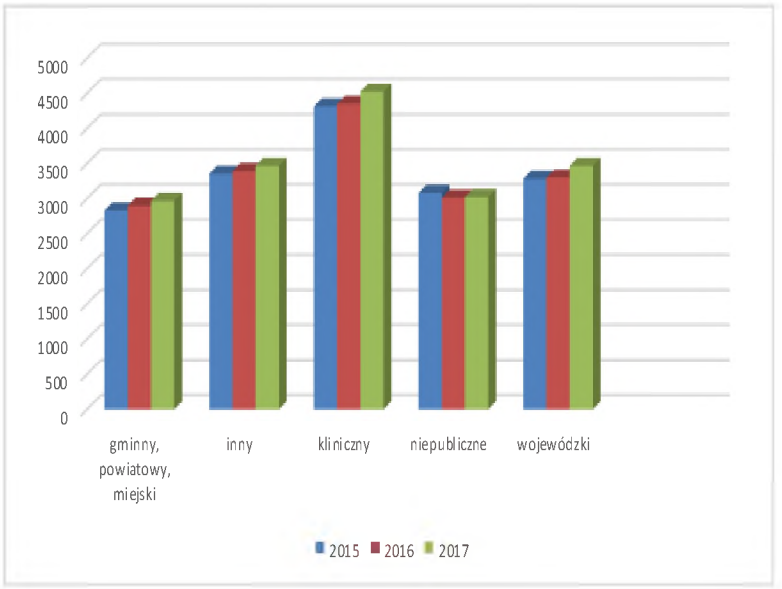
Tabela nr II.22. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu szpitalnym w latach 2015-2017.

	2015		2016		2017	
Nazwa Oddziału	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	668 074	1 171 738	664 087	1 194 324	666 186	1 206 964
Kujawsko-Pomorski	498 293	878 240	513 327	919 585	523 306	943 283
Lubelski	507 143	872 541	509 946	890 753	510 151	901 037
Lubuski	200 162	319 934	198 192	322 206	200 433	328 440
Łódzki	604 578	1 045 872	602 122	1 070 570	604 081	1 083 047
Małopolski	771 666	1 247 749	787 493	1 310 104	788 650	1 318 847
Mazowiecki	1 363 619	2 418 678	1 405 704	2 562 826	1 403 250	2 563 446
Opolski	230 805	377 834	234 116	385 435	235 590	391 972
Podkarpacki	503 959	832 566	507 749	856 968	509 242	863 529
Podlaski	260 741	434 495	268 218	455 943	267 680	456 043
Pomorski	545 157	924 575	550 075	938 567	552 039	947 570
Śląski	1 128 857	1 901 757	1 136 380	1 944 599	1 132 786	1 949 109
Świętokrzyski	295 798	505 353	305 188	524 948	304 661	525 908
Warmińsko-Mazurski	302 196	495 246	303 272	507 487	303 227	508 068
Wielkopolski	798 326	1 327 252	812 465	1 394 671	816 267	1 405 798
Zachodniopomorski	416 794	725 015	424 505	752 495	413 750	734 792
RAZEM:	**9 096 168**	**15 478 845**	**9 222 839**	**16 031 481**	**9 231 299**	**16 127 853**

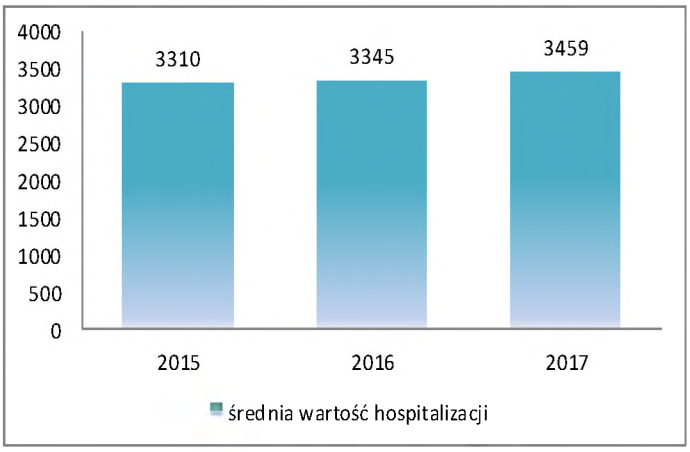
Wykres nr II.2. Liczba hospitalizacji zrealizowanych w 2017 r. przez poszczególne typy świadczeniodawców.



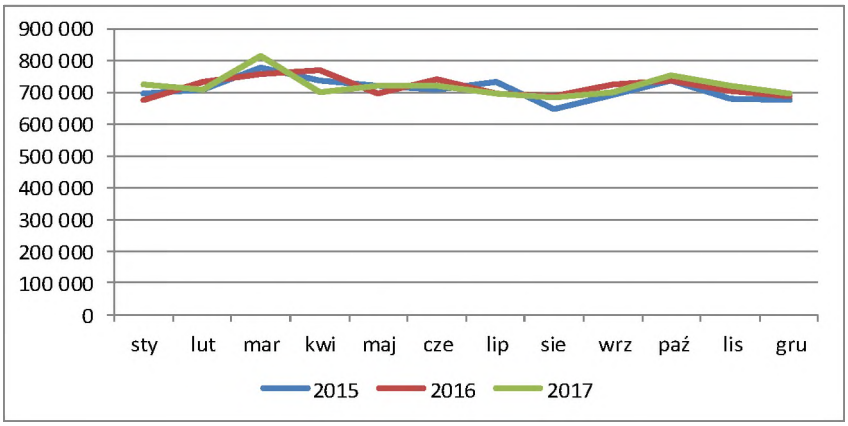
Wykres II.3. Średnia wartość hospitalizacji w podziale na typy szpitali w latach 2015-2017.



Wykres II.4. Średnia wartość hospitalizacji w podziale na lata 2015-2017.



Wykres nr II.5. Liczba hospitalizacji w podziale na miesiące w latach 2015-2017 r.



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

Tabela nr II.23. Liczba świadczeniodawców w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień 2015-2017.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2015	liczba świadczeniodawców 2016	liczba świadczeniodawców 2017
01	Dolnośląski	117	119	116
02	Kujawsko-Pomorski	75	78	78
03	Lubelski	81	79	80
04	Lubuski	44	43	43
05	Łódzki	99	97	95
06	Małopolski	117	113	114
07	Mazowiecki	181	181	181
08	Opolski	45	45	46
09	Podkarpacki	59	60	62
10	Podlaski	51	49	48
11	Pomorski	69	70	71
12	Śląski	183	185	183
13	Świętokrzyski	44	45	44
14	Warmińsko-Mazurski	51	50	51
15	Wielkopolski	151	150	147
16	Zachodniopomorski	66	66	66
Razem		**1 433**	**1 430**	**1 425**

Tabela nr II.24. Wartość i wykonanie umów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2015-2017.

Nazwa Oddziału	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	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2017 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2017 w tys. zł
Dolnośląski	188 764,52	187 151,33	196 034,48	196 333,60	212 983,08	214 718,06
Kujawsko-Pomorski	118 024,58	121 245,02	124 618,48	130 397,01	136 726,95	140 013,68
Lubelski	130 279,00	135 419,96	137 117,72	142 902,59	158 758,16	161 703,80
Lubuski	105 214,74	89 478,80	107 582,28	90 137,19	115 018,83	92 686,39
Łódzki	150 340,50	163 177,46	152 117,33	170 376,98	164 816,07	176 168,58
Małopolski	170 381,09	171 399,61	176 815,07	179 071,49	196 667,84	196 202,69
Mazowiecki	383 935,98	357 320,12	382 007,48	363 067,12	396 956,85	395 239,20
Opolski	67 983,05	62 030,69	66 415,87	63 039,53	73 189,15	66 544,07
Podkarpacki	111 440,13	115 813,45	114 347,90	119 238,43	123 285,18	128 740,24
Podlaski	93 022,84	84 582,72	90 660,90	77 515,29	99 546,74	88 120,13
Pomorski	151 181,78	144 897,40	152 110,57	148 248,49	164 875,52	160 328,53
Śląski	304 484,50	300 133,93	309 571,36	306 473,64	336 483,74	328 464,74
Świętokrzyski	67 016,24	72 062,56	72 158,28	77 140,26	77 490,89	81 642,49
Warmińsko-Mazurski	78 991,56	88 636,38	80 917,10	93 335,04	87 856,40	100 853,46
Wielkopolski	193 458,84	210 471,44	200 772,92	214 359,28	213 657,24	228 843,79
Zachodniopomorski	86 329,06	94 178,40	88 260,06	97 286,05	91 920,77	102 006,70
RAZEM:	**2 400 848,42**	**2 397 999,27**	**2 451 507,82**	**2 468 921,99**	**2 650 233,42**	**2 662 276,55**

Tabela nr II.25. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2015-2017.

Nazwa Oddziału	2015			2016			2017		
	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	121 105	897 821	990 171	120 537	943 901	993 766	119 448	919 526	1 008 170
Kujawsko-Pomorski	107 962	621 427	527 795	109 393	637 067	543 976	110 216	633 008	538 572
Lubelski	88 490	547 922	753 882	88 041	569 971	757 450	87 460	575 733	758 932
Lubuski	49 433	338 698	628 570	49 637	363 778	619 280	48 621	342 529	630 870
Łódzki	121 381	817 840	691 963	120 554	840 537	669 686	119 453	811 481	703 678
Małopolski	142 639	1 045 120	675 652	140 807	1 036 566	706 303	138 192	1 015 034	707 191
Mazowiecki	224 014	1 956 917	1 551 535	223 481	1 954 069	1 536 997	221 320	1 930 719	1 485 753
Opolski	40 488	283 997	352 162	40 575	281 088	358 269	40 932	275 153	357 614
Podkarpacki	94 805	569 579	515 441	94 668	579 218	506 392	94 055	579 182	507 636
Podlaski	58 272	398 050	449 383	58 756	397 282	429 850	58 463	393 255	435 762
Pomorski	111 926	816 830	729 307	113 639	828 585	729 745	113 957	824 856	750 939
Śląski	184 948	1 403 561	1 454 116	186 812	1 426 046	1 438 857	189 089	1 446 984	1 449 142
Świętokrzyski	55 131	302 231	340 547	55 413	328 247	336 516	55 541	299 195	356 538
Warmińsko-Mazurski	54 486	333 886	434 149	54 598	334 099	434 542	54 309	325 400	432 181
Wielkopolski	164 543	1 070 299	905 832	163 951	1 074 477	925 666	162 307	1 050 959	944 327
Zachodniopomorski	68 147	436 100	442 037	67 575	435 014	441 374	66 958	425 540	432 620
RAZEM:	**1 687 770**	**11 840 276**	**11 442 542**	**1 688 437**	**12 029 945**	**11 428 669**	**1 680 321**	**11 848 555**	**11 499 925**

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 rozliczna 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.26. Liczba świadczeniodawców w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2015-2017.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2015	liczba świadczeniodawców 2016	liczba świadczeniodawców 2017
01	Dolnośląski	152	152	153
02	Kujawsko-Pomorski	88	88	96
03	Lubelski	78	77	82
04	Lubuski	55	54	56
05	Łódzki	72	71	73
06	Małopolski	124	124	132
07	Mazowiecki	199	200	206
08	Opolski	58	58	57
09	Podkarpacki	150	150	153
10	Podlaski	46	46	49
11	Pomorski	45	45	48
12	Śląski	171	170	168
13	Świętokrzyski	49	50	54
14	Warmińsko-Mazurski	57	58	57
15	Wielkopolski	168	166	166
16	Zachodniopomorski	49	49	51
Razem		**1 561**	**1 558**	**1 601**

Tabela nr II.27. Wartość i wykonanie umów w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2015-2017.

Nazwa Oddziału	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	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2017 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2017 w tys. zł
Dolnośląski	98 434,48	100 242,38	105 818,84	107 551,32	118 943,06	125 171,33
Kujawsko-Pomorski	52 969,86	52 691,67	62 809,29	62 036,74	65 138,23	68 208,13
Lubelski	55 090,11	61 244,06	65 475,80	71 237,04	78 329,93	80 839,41
Lubuski	24 020,87	23 694,35	25 056,81	26 314,99	30 940,44	31 028,21
Łódzki	53 061,71	56 459,44	54 872,02	61 055,52	62 689,10	67 585,44
Małopolski	121 464,15	120 683,91	135 256,63	135 873,31	164 716,13	162 326,30
Mazowiecki	158 870,97	152 886,56	172 011,36	164 162,76	195 087,10	186 426,76
Opolski	48 495,49	46 622,64	52 049,83	51 369,31	57 247,59	55 779,12
Podkarpacki	99 933,64	96 327,37	105 207,02	101 853,82	119 897,65	117 258,27
Podlaski	27 290,88	28 575,51	30 996,51	31 979,61	34 151,45	35 929,37
Pomorski	46 934,45	45 492,51	49 203,94	48 723,52	52 452,63	52 822,26
Śląski	200 931,54	201 686,28	219 387,26	219 667,88	260 545,01	259 512,22
Świętokrzyski	45 751,02	49 404,69	49 556,54	53 071,64	54 227,75	56 862,57
Warmińsko-Mazurski	36 483,54	37 188,95	39 718,11	40 732,90	42 875,19	46 136,52
Wielkopolski	69 944,06	71 013,77	77 748,39	78 350,79	85 580,63	88 434,37
Zachodniopomorski	37 656,50	38 918,90	39 260,60	41 997,64	44 651,80	46 583,15
RAZEM:	**1 177 333,28**	**1 183 132,99**	**1 284 428,94**	**1 295 978,79**	**1 467 473,71**	**1 480 903,43**

Tabela nr II.28. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2015-2017.

Nazwa Oddziału	2015		2016		2017	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	7 729	1 786 840	7 609	1 828 256	8 215	1 840 679
Kujawsko-Pomorski	4 398	911 367	4 269	953 751	4 627	982 907
Lubelski	5 228	1 188 602	5 247	1 216 063	5 861	1 299 138
Lubuski	2 338	487 904	2 107	494 610	2 213	499 165
Łódzki	5 882	1 079 727	5 389	1 071 039	5 862	1 112 321
Małopolski	9 973	2 304 761	9 644	2 344 199	10 853	2 452 278
Mazowiecki	13 042	3 050 396	12 963	3 093 842	13 630	3 125 825
Opolski	5 277	1 217 590	5 009	1 216 087	5 059	1 199 081
Podkarpacki	8 918	2 111 745	8 782	2 153 887	9 134	2 173 770
Podlaski	2 430	491 971	2 391	509 875	2 616	530 480
Pomorski	3 712	621 457	3 631	636 196	3 777	651 017
Śląski	20 441	4 867 422	19 576	4 927 167	19 670	4 903 521
Świętokrzyski	4 639	1 037 757	4 490	1 072 754	4 592	1 008 034
Warmińsko-Mazurski	3 202	570 790	3 162	574 890	3 288	602 035
Wielkopolski	7 271	1 603 398	7 047	1 633 802	7 661	1 669 835
Zachodniopomorski	4 302	867 100	3 995	871 087	4 000	871 066
RAZEM:	**108 782**	**24 198 827**	**105 311**	**24 597 505**	**111 058**	**24 921 152**

Świadczenia gwarantowane 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 uśmierzanie, 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.29. Liczba świadczeniodawców w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2015-2017.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2015	liczba świadczeniodawców 2016	liczba świadczeniodawców 2017
01	Dolnośląski	29	34	36
02	Kujawsko-Pomorski	21	21	21
03	Lubelski	25	25	26
04	Lubuski	16	15	15
05	Łódzki	32	34	33
06	Małopolski	37	36	40
07	Mazowiecki	65	64	73
08	Opolski	11	11	11
09	Podkarpacki	43	43	49
10	Podlaski	14	13	15
11	Pomorski	26	26	29
12	Śląski	49	50	51
13	Świętokrzyski	20	23	23
14	Warmińsko-Mazurski	25	24	24
15	Wielkopolski	52	51	56
16	Zachodniopomorski	25	23	23
Razem		**490**	**493**	**525**

Tabela nr II.30. Wartość i wykonanie umów w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2015-2017.

Nazwa Oddziału	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	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2017 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2017 w tys. zł
Dolnośląski	35 503,57	35 386,73	40 800,13	41 169,83	59 730,08	63 319,74
Kujawsko-Pomorski	27 773,71	29 152,88	30 212,07	32 022,72	41 561,86	47 323,17
Lubelski	16 317,77	16 892,72	18 231,80	18 781,61	29 435,95	29 679,24
Lubuski	11 433,12	11 008,23	12 786,92	12 064,62	16 952,15	16 501,20
Łódzki	22 485,57	24 151,97	22 893,55	25 000,23	32 949,10	35 360,73
Małopolski	36 856,89	36 218,75	38 530,69	40 072,42	69 483,77	68 423,38
Mazowiecki	44 784,43	44 501,36	49 072,79	48 671,08	67 002,98	66 754,57
Opolski	12 423,04	11 889,33	14 009,89	13 622,51	19 402,01	18 859,72
Podkarpacki	26 806,78	26 385,94	32 214,49	31 627,29	47 836,52	47 124,06
Podlaski	12 156,41	12 316,43	13 772,60	13 826,92	18 582,19	18 841,31
Pomorski	24 532,84	23 951,19	24 541,53	26 308,17	39 212,98	42 438,17
Śląski	51 634,27	51 098,32	56 548,37	56 118,18	82 592,00	81 715,52
Świętokrzyski	17 244,67	17 446,71	18 779,74	18 822,48	26 625,45	26 532,05
Warmińsko-Mazurski	15 788,61	16 133,65	16 563,15	17 166,75	22 006,71	22 957,51
Wielkopolski	46 580,32	44 999,39	50 692,57	48 856,95	63 476,45	63 517,61
Zachodniopomorski	11 709,61	12 883,69	10 951,15	13 780,10	16 603,23	18 268,12
RAZEM:	**414 031,61**	**414 417,29**	**450 601,44**	**457 911,86**	**653 453,42**	**667 616,10**

Tabela nr II.31. 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.32. Liczba świadczeniodawców w rehabilitacji leczniczej w latach 2015-2017.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2015	liczba świadczeniodawców 2016	liczba świadczeniodawców 2017
01	Dolnośląski	176	175	184
02	Kujawsko-Pomorski	171	169	169
03	Lubelski	131	129	147
04	Lubuski	81	80	82
05	Łódzki	208	206	208
06	Małopolski	228	227	266
07	Mazowiecki	284	284	325
08	Opolski	90	88	92
09	Podkarpacki	324	323	341
10	Podlaski	51	50	51
11	Pomorski	117	116	125
12	Śląski	322	318	316
13	Świętokrzyski	116	114	111
14	Warmińsko-Mazurski	107	106	109
15	Wielkopolski	230	226	232
16	Zachodniopomorski	93	92	91
Razem		**2 729**	**2 703**	**2 849**

Tabela nr II.33. Wartość i wykonanie umów w opiece rehabilitacji leczniczej w latach 2015-2017.

Nazwa Oddziału	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	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2017 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2017 w tys. zł
Dolnośląski	159 197,89	165 546,00	168 782,80	174 758,05	158 120,22	183 220,89
Kujawsko-Pomorski	95 678,10	96 259,67	101 285,34	100 823,88	98 355,00	109 474,72
Lubelski	111 617,68	117 300,41	116 259,99	121 059,43	112 062,00	129 144,53
Lubuski	56 456,04	56 299,78	53 764,54	56 645,15	50 063,25	58 270,51
Łódzki	120 014,16	132 418,62	118 541,75	133 578,02	113 145,19	141 063,69
Małopolski	191 890,46	187 821,80	190 950,76	189 611,98	204 454,11	213 347,73
Mazowiecki	406 510,45	402 400,58	408 652,35	402 541,49	390 343,00	444 763,08
Opolski	60 534,40	55 526,73	59 617,62	56 454,51	55 013,13	58 157,96
Podkarpacki	148 219,45	147 901,89	145 793,83	145 794,97	145 663,07	154 473,98
Podlaski	56 414,74	57 930,27	59 399,78	60 639,37	56 686,17	63 711,98
Pomorski	111 764,79	112 960,21	113 599,12	117 726,71	105 036,68	119 045,01
Śląski	273 141,28	270 409,39	272 121,74	271 948,25	270 340,17	283 755,85
Świętokrzyski	87 562,23	80 120,70	84 156,35	76 438,50	81 659,54	80 619,16
Warmińsko-Mazurski	73 097,31	74 474,82	73 729,34	74 834,90	66 626,72	79 676,11
Wielkopolski	169 720,62	172 309,81	175 466,99	178 053,19	165 988,18	188 935,50
Zachodniopomorski	75 936,82	73 353,63	76 677,27	74 794,61	65 878,68	76 497,13
RAZEM:	**2 197 756,41**	**2 203 034,31**	**2 218 799,58**	**2 235 703,01**	**2 139 435,11**	**2 384 157,83**

Tabela nr II.34. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w rehabilitacji leczniczej w latach 2015-2017.

Nazwa Oddziału	2015			2016			2017		
	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	224 108	8 180 023	402 990	224 470	8 151 529	415 760	219 200	8 033 559	51 840
Kujawsko-Pomorski	198 198	8 672 463	105 467	200 450	8 522 066	119 638	201 899	8 630 420	17 024
Lubelski	187 520	8 231 458	160 900	191 137	8 388 278	166 473	191 046	8 362 023	14 891
Lubuski	89 360	4 009 116	107 235	87 706	3 956 565	109 196	85 190	3 859 246	25 291
Łódzki	237 652	9 746 074	204 031	242 802	9 968 774	209 541	243 167	10 065 805	13 877
Małopolski	307 634	11 882 551	364 422	307 931	11 603 193	366 877	311 851	11 864 136	62 830
Mazowiecki	516 357	21 029 016	464 354	522 736	20 663 153	456 690	523 952	20 695 809	46 586
Opolski	78 949	3 021 685	115 852	78 102	2 918 567	117 744	75 410	2 795 174	36 780
Podkarpacki	247 943	11 949 598	131 633	246 971	11 888 344	133 010	239 626	11 469 393	22 342
Podlaski	90 646	3 907 017	76 039	93 736	3 946 864	79 549	96 814	3 975 780	9 620
Pomorski	218 004	8 214 036	199 797	222 820	8 367 597	224 835	221 306	8 299 837	30 100
Śląski	366 226	13 050 191	575 576	379 419	13 616 582	586 881	377 037	13 577 922	121 341
Świętokrzyski	116 517	4 539 535	233 052	117 937	4 546 399	229 700	116 895	4 452 048	24 817
Warmińsko-Mazurski	115 106	3 930 487	135 829	116 183	3 978 228	133 876	114 627	3 925 409	21 709
Wielkopolski	235 215	9 291 021	363 612	240 902	9 645 774	371 135	236 712	9 559 673	65 718
Zachodniopomorski	116 189	3 979 028	179 758	112 931	3 817 806	174 748	109 737	3 721 167	11 115
RAZEM:	**3 345 624**	**133 633 299**	**3 820 547**	**3 386 233**	**133 979 719**	**3 895 653**	**3 364 469**	**133 287 401**	**575 881**

W ramach leczenia stomatologicznego udzielane są świadczenia dla dzieci i dla osób dorosłych. Fundusz finansuje zarówno wybrane, 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.35. Liczba świadczeniodawców w leczeniu stomatologicznym w latach 2015-2017.

Kod OW	Nazwa Oddzialu	liczba świadczeniodawców 2015	liczba świadczeniodawców 2016	liczba świadczeniodawców 2017
01	Dolnośląski	668	669	667
02	Kujawsko-Pomorski	471	462	459
03	Lubelski	598	590	610
04	Lubuski	224	219	221
05	Łódzki	440	436	445
06	Małopolski	455	451	449
07	Mazowiecki	662	673	705
08	Opolski	252	250	252
09	Podkarpacki	599	595	617
10	Podlaski	286	277	288
11	Pomorski	306	301	314
12	Śląski	934	931	943
13	Świętokrzyski	291	288	301
14	Warmińsko-Mazurski	394	392	384
15	Wielkopolski	801	792	825
16	Zachodniopomorski	380	377	371
Razem		**7 761**	**7 703**	**7 851**

Tabela nr II.36. Wartość i wykonanie umów w leczeniu stomatologicznym w latach 2015-2017 (w tys.zł.).

Nazwa Oddzialu	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2015	Koszty realizacji świadczeń 2015	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2016	Koszty realizacji świadczeń 2016	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2017	Koszty realizacji świadczeń 2017
Dolnośląski	121 124,17	116 282,27	121 753,35	120 103,16	119 246,55	113 090,12
Kujawsko-Pomorski	93 850,40	95 459,03	95 516,50	96 932,80	96 922,96	98 421,85
Lubelski	119 042,03	119 578,89	121 640,45	122 751,51	122 771,10	121 719,65
Lubuski	44 982,37	44 633,79	41 944,25	41 854,85	40 493,19	40 224,13
Łódzki	116 329,29	115 082,01	114 109,05	114 563,88	117 938,34	115 001,12
Małopolski	185 896,26	180 864,04	188 770,59	188 051,02	199 585,40	195 066,69
Mazowiecki	192 470,44	191 222,72	206 652,08	203 413,06	213 757,97	210 247,03
Opolski	45 799,81	45 533,54	44 847,34	45 055,05	44 505,39	44 013,31
Podkarpacki	103 644,75	104 750,97	102 447,26	103 795,55	105 590,24	105 839,93
Podlaski	64 113,45	63 474,23	62 981,81	62 599,47	63 766,81	63 003,04
Pomorski	104 665,45	103 246,03	104 539,14	103 499,42	103 554,29	104 524,02
Śląski	194 796,69	192 986,09	193 342,32	193 543,26	191 843,21	191 839,30
Świętokrzyski	61 438,68	62 656,76	60 697,55	62 147,94	62 002,45	62 876,23
Warmińsko-Mazurski	82 367,20	83 212,28	82 225,39	83 019,88	81 566,75	82 282,51
Wielkopolski	143 225,16	143 603,09	147 504,23	146 032,44	147 317,70	146 671,01
Zachodniopomorski	82 663,49	82 058,92	82 278,99	81 790,52	81 981,39	81 166,25
RAZEM:	**1 756 409,63**	**1 744 644,66**	**1 771 250,30**	**1 769 153,81**	**1 792 843,73**	**1 775 986,19**

Tabela nr II.37. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu stomatologicznym w latach 2015-2017.

Nazwa Oddziału	2015		2016		2017	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	475 722	3 527 302	467 983	3 634 275	447 224	3 630 683
Kujawsko-Pomorski	384 543	3 049 708	376 433	3 209 476	368 526	3 337 282
Lubelski	495 950	5 811 303	489 624	6 091 850	474 443	6 260 024
Lubuski	172 537	1 300 369	163 434	1 277 263	150 749	1 223 170
Łódzki	495 085	4 445 312	481 078	4 509 547	458 886	4 693 931
Małopolski	707 489	7 264 943	705 223	7 849 804	695 684	8 519 910
Mazowiecki	738 229	10 304 162	742 446	11 214 128	730 912	11 996 566
Opolski	168 508	2 907 084	159 687	2 350 914	152 621	2 305 484
Podkarpacki	419 686	3 359 909	413 753	3 459 735	404 773	3 621 299
Podlaski	260 492	2 669 675	256 959	2 736 286	249 824	2 892 612
Pomorski	425 867	4 117 342	418 556	4 515 927	404 659	4 798 267
Śląski	845 745	5 547 368	837 994	5 671 045	799 457	5 673 389
Świętokrzyski	243 912	2 537 560	238 335	2 591 382	232 692	2 679 103
Warmińsko-Mazurski	328 567	2 905 740	317 045	2 961 531	305 894	3 131 659
Wielkopolski	647 937	4 534 299	637 762	4 724 528	616 440	4 890 975
Zachodniopomorski	323 191	2 169 942	316 325	2 166 857	308 141	2 156 126
RAZEM:	**7 133 460**	**66 452 017**	**7 022 637**	**68 964 549**	**6 800 925**	**71 810 479**

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.38. Liczba świadczeniodawców w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2015-2017.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2015	liczba świadczeniodawców 2016	liczba świadczeniodawców 2017
01	Dolnośląski	32	32	32
02	Kujawsko-Pomorski	30	31	31
03	Lubelski	27	27	29
04	Lubuski	13	14	14
05	Łódzki	26	27	28
06	Małopolski	32	34	33
07	Mazowiecki	54	56	52
08	Opolski	15	14	15
09	Podkarpacki	24	24	26
10	Podlaski	21	21	23
11	Pomorski	18	21	19
12	Śląski	37	39	40
13	Świętokrzyski	23	23	23
14	Warmińsko-Mazurski	18	19	19
15	Wielkopolski	35	34	37
16	Zachodniopomorski	23	23	25
Razem		**428**	**439**	**446**

Tabela nr II.39. Wartość i wykonanie umów w rodzaju: świadczenia odrębnie kontraktowanych w latach 2015-2017.

Nazwa Oddziału	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	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2017 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2017 w tys. zł
Dolnośląski	131 077,62	133 277,62	140 995,06	143 080,01	130 992,10	139 913,62
Kujawsko-Pomorski	110 713,76	111 007,34	114 086,94	114 462,31	105 850,64	112 973,69
Lubelski	89 016,83	95 607,53	100 781,54	109 885,06	134 468,84	141 603,80
Lubuski	44 553,63	47 777,29	49 102,26	53 864,11	51 986,76	58 063,97
Łódzki	113 438,59	120 562,63	127 310,17	133 631,94	143 933,72	150 393,21
Małopolski	157 884,85	152 027,56	159 960,45	158 990,80	194 274,34	178 199,98
Mazowiecki	309 341,98	262 193,06	299 342,40	263 014,09	263 524,91	261 828,91
Opolski	34 136,23	40 495,51	36 595,38	44 058,15	43 255,47	48 758,31
Podkarpacki	85 925,10	92 598,71	89 838,85	99 405,05	93 962,67	101 157,71
Podlaski	38 102,58	42 256,16	42 215,94	46 380,96	61 928,24	63 833,75
Pomorski	108 928,82	114 070,16	119 351,59	129 421,02	118 785,55	134 538,41
Śląski	219 526,12	220 028,35	235 637,54	236 170,29	235 286,72	240 859,44
Świętokrzyski	58 217,95	58 129,11	63 123,27	63 770,45	60 870,07	63 799,11
Warmińsko-Mazurski	63 969,16	69 412,66	67 005,07	72 491,14	67 291,86	74 729,20
Wielkopolski	180 672,66	180 196,34	194 545,03	192 627,33	208 468,20	225 497,71
Zachodniopomorski	78 299,20	83 074,36	75 076,10	86 648,45	131 024,46	138 633,23
RAZEM:	**1 823 805,10**	**1 822 714,39**	**1 914 967,59**	**1 947 901,16**	**2 045 904,55**	**2 134 784,05**

Tabela II.40. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w rodzaju: świadczenia odrębnie kontraktowanych w latach 2015-2017.

Nazwa Oddziału	2015		2016		2017	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	12 393	532 663	14 912	551 749	15 379	582 085
Kujawsko-Pomorski	13 239	448 426	13 519	471 545	14 111	574 847
Lubelski	7 153	417 945	7 540	460 683	8 460	468 083
Lubuski	2 575	204 070	3 247	218 511	3 272	226 323
Łódzki	10 556	525 701	11 483	557 028	12 975	614 276
Małopolski	12 950	676 033	14 963	700 913	16 059	967 607
Mazowiecki	34 426	1 216 900	34 769	1 318 587	34 600	1 489 926
Opolski	3 145	183 710	3 180	209 366	3 497	222 329
Podkarpacki	7 400	481 527	8 161	536 261	8 326	595 390
Podlaski	5 806	223 487	6 046	242 441	6 546	247 840
Pomorski	9 392	418 181	9 763	472 065	9 474	625 994
Śląski	21 456	1 094 634	23 197	1 133 932	24 686	1 259 011
Świętokrzyski	7 348	380 015	8 322	395 662	8 434	402 892
Warmińsko-Mazurski	6 125	322 791	6 708	345 964	6 817	348 664
Wielkopolski	16 454	754 664	17 282	795 073	18 179	888 048
Zachodniopomorski	11 677	347 236	11 189	369 196	12 554	453 171
RAZEM:	**182 095**	**8 227 983**	**194 281**	**8 778 976**	**203 369**	**9 966 486**

Tabela nr II.41. Liczba świadczeniodawców w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne w latach 2014-2017.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2015	liczba świadczeniodawców 2016	liczba świadczeniodawców 2017
01	Dolnośląski	53	52	55
02	Kujawsko-Pomorski	42	41	48
03	Lubelski	37	36	39
04	Lubuski	21	21	21
05	Łódzki	34	33	36
06	Małopolski	56	52	52
07	Mazowiecki	76	71	94
08	Opolski	21	19	20
09	Podkarpacki	41	41	41
10	Podlaski	18	17	17
11	Pomorski	39	39	38
12	Śląski	107	108	123
13	Świętokrzyski	20	19	28
14	Warmińsko-Mazurski	24	25	24
15	Wielkopolski	56	56	59
16	Zachodniopomorski	28	27	27
Razem		**673**	**657**	**722**

Tabela nr II.42. Wartość i wykonanie umów w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne w latach 2015-2017.

Nazwa Oddziału	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	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2017 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2017 w tys. zł
Dolnośląski	13 619,73	13 472,35	14 181,36	14 113,10	14 511,57	12 804,38
Kujawsko-Pomorski	10 161,22	9 644,08	9 706,35	9 160,51	11 387,88	11 150,18
Lubelski	6 920,66	7 085,77	7 343,36	7 537,79	7 866,82	7 491,41
Lubuski	6 181,80	5 610,93	4 685,88	6 276,14	6 440,75	6 312,23
Łódzki	11 677,53	11 056,59	10 541,56	11 894,25	12 175,33	10 984,97
Małopolski	12 237,65	12 688,64	10 709,12	11 894,25	12 221,74	13 087,21
Mazowiecki	19 300,58	18 784,11	19 541,89	19 023,96	19 939,26	19 265,38
Opolski	4 452,05	4 193,70	3 956,35	3 992,14	4 313,88	4 494,84
Podkarpacki	7 056,62	7 243,80	7 263,87	7 428,36	7 308,14	7 472,42
Podlaski	4 199,65	4 038,79	4 351,28	4 202,96	4 666,35	4 337,27
Pomorski	8 897,84	9 046,42	9 038,99	9 279,98	8 972,20	9 415,07
Śląski	29 990,90	27 753,04	28 262,86	26 341,31	32 294,80	29 491,90
Świętokrzyski	5 299,39	5 454,19	4 581,99	4 678,83	5 735,67	5 261,02
Warmińsko-Mazurski	5 758,62	6 073,20	5 126,00	5 455,57	5 405,73	5 744,65
Wielkopolski	15 875,92	15 844,13	16 063,98	15 317,92	16 685,04	18 284,74
Zachodniopomorski	7 430,75	7 440,34	7 436,82	7 275,15	7 482,56	7 340,06
RAZEM:	**169 060,92**	**165 430,08**	**162 791,68**	**163 872,22**	**177 407,71**	**172 937,73**

Tabela nr II.43. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w rodzaju: profilaktyczne programy zdrowotne w latach 2015-2017 - pozostałe programy.

Nazwa Oddziału	2015		2016		2017	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	5 495	19 507	5 495	23 135	6 768	23 745
Kujawsko-Pomorsk	6 773	32 613	6 773	35 411	7 370	37 853
Lubelski	1 998	6 098	1 998	7 676	2 784	8 747
Lubuski	3 442	10 344	3 442	15 924	4 514	14 467
Łódzki	4 819	17 618	4 819	19 953	5 430	20 889
Małopolski	5 633	18 455	5 633	22 165	7 329	24 571
Mazowiecki	8 330	24 032	8 330	26 312	9 827	28 262
Opolski	1 956	7 302	1 956	8 833	2 476	8 931
Podkarpacki	2 830	8 462	2 830	11 081	4 074	12 538
Podlaski	1 934	6 899	1 934	7 693	2 432	9 539
Pomorski	5 236	16 808	5 236	17 539	5 564	18 196
Śląski	25 634	82 069	25 634	98 389	30 342	104 761
Świętokrzyski	3 688	10 995	3 688	12 271	3 950	12 622
Warmińsko-Mazurs	2 314	8 379	2 314	8 616	2 630	9 281
Wielkopolski	9 414	26 759	9 414	27 766	10 498	31 220
Zachodniopomorski	3 297	11 165	3 297	12 995	4 186	13 638
Suma końcowa	**92 843**	**307 505**	**103 090**	**355 759**	**110 174**	**379 260**

Powyżej przedstawiono realizacje świadczeń w pozostałych programach profilaktycznych realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Są to: 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 rokowań. Umowy zawierane są w trybie określonym w art. 159 ustawy o świadczeniach.

Tabela nr II.44. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju: wyroby medyczne w latach 2015-2017 i ich wykonanie.

Nazwa Oddziału	ZSP 2015		ZSP 2016		ZSP 2017	
	plan (tys. zł)	realizacja (tys. zł)	plan (tys. zł)	realizacja (tys. zł)	plan (tys. zł)	realizacja (tys. zł)
Dolnośląski	71 517,00	71 427,57	74 300,00	74 289,41	82 450,84	82 450,84
Kujawsko-Pomorski	48 284,00	48 282,77	51 573,00	51 569,84	58 346,00	58 329,23
Lubelski	48 412,00	48 018,70	51 200,00	51 198,09	57 613,00	55 278,11
Lubuski	25 310,00	24 439,21	26 000,00	25 360,76	27 600,00	27 122,03
Łódzki	59 806,00	59 805,95	64 291,00	64 127,01	68 921,00	68 293,71
Małopolski	74 716,00	74 635,13	80 400,00	80 029,35	87 000,00	86 196,15
Mazowiecki	116 171,00	112 682,76	123 000,00	121 965,49	134 000,00	131 647,74
Opolski	24 501,00	23 523,42	25 000,00	24 582,72	26 575,00	25 903,50
Podkarpacki	49 511,00	49 260,78	51 850,00	51 519,32	55 297,00	54 964,29
Podlaski	26 550,00	26 546,65	28 200,00	27 950,18	31 400,00	30 057,74
Pomorski	49 216,00	48 829,18	52 600,00	52 559,57	56 500,00	56 079,35
Śląski	128 100,00	124 683,03	132 410,00	130 685,30	141 437,00	139 474,92
Świętokrzyski	31 240,00	31 238,99	33 240,00	33 189,37	35 540,00	34 728,97
Warmińsko-Mazurski	31 910,00	31 672,08	33 590,00	33 348,61	35 308,00	35 290,95
Wielkopolski	80 229,00	80 170,65	85 500,00	83 517,60	92 000,00	91 676,38
Zachodniopomorski	39 054,00	39 052,40	40 100,00	40 450,00	44 500,00	43 933,84
RAZEM:	**904 527,00**	**894 269,27**	**953 254,00**	**946 342,62**	**1 034 487,84**	**1 021 427,75**

Lecznictwo uzdrowiskowe zajmuje się leczeniem, profilaktyką i rehabilitacją chorób przewlekłych. Z leczenia uzdrowiskowego w Polsce w 2017 roku skorzystało ponad 400 tys. ubezpieczonych, przede wszystkim chorzy z chorobami przewlekłymi w zakresie chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego, ortopedii, reumatologii i neurologii.

Polskie obiekty sanatoryjne wraz z niezbędną infrastrukturą uzdrowiskową znajdują się w 45 miejscowościach o statusie uzdrowiska. Na 2017 rok Fundusz zawarł kontrakty na szerokie spektrum świadczeń uzdrowiskowych ze 143 zakładami lecznictwa uzdrowiskowego. Kontrakty te zapewniają świadczeniobiorcom szeroki wachlarz usług uzdrowiskowych, w tym. leczenie ambulatoryjne, szpitalne dla dzieci i dorosłych, sanatoryjne dla dzieci i dorosłych oraz uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych.

W 2017 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. 8 oddziałów wojewódzkich NFZ dokonało aneksowania umów, z czego w trzech oddziałach wojewódzkich Funduszu tj. mazowieckim, podlaskim oraz śląskim, z uwagi na wygasające umowy z dniem 31 grudnia 2016 r. dokonano ich przedłużenia do 30 czerwca 2017 r. Następnie w ww. oddziałach wojewódzkich Funduszu, przeprowadzono postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert i rokowań. Łącznie w 8 oddziałach wojewódzkich Funduszu przeprowadzono postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert i rokowań (po jednym rokowaniu w oddziałach: małopolskim oraz mazowieckim). Oddziały wojewódzkie Funduszu łącznie ogłosiły 2 postępowania w trybie rokowań, 8 w trybie konkursu ofert oraz 8 postępowań w trybie aneksowania umów.

Tabela II.45. Tryb zawarcia umów w rodzaju: lecznictwo uzdrowiskowe oraz liczba umów w 2017 r.

Nazwa OW NFZ	2017	
	tryb postępowania	liczba umów
Dolnośląski	konkurs ofert	13
Kujawsko-Pomorski	aneksowanie	28
Lubelski	konkurs ofert	6
Łódzki	aneksowanie	1
Małopolski	konkurs ofert / rokowania	30
Mazowiecki	aneksowanie / konkurs ofert / rokowania	4
Podkarpacki	konkurs ofert	15
Podlaski	aneksowanie/ konkurs ofert	2
Pomorski	aneksowanie	4
Śląski	aneksowanie/ konkurs ofert	18
Świętokrzyski	konkurs ofert	8
Warmińsko- Mazurski	aneksowanie	3
Zachodniopomorski	aneksowanie	24
RAZEM		**156**

Tabela nr II.46. Liczba świadczeniodawców, z którymi NFZ zawarł umowy oraz liczba zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe (kontraktowanie świadczeń lecznictwa 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 zawartych umów w latach			Liczba umów w 2017 r. w stosunku do liczby umów w 2016 r.
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	
Dolnośląski	15	15	13	15	15	13	86,67%
Kujawsko-Pomorski	26	27	28	26	27	28	103,70%
Lubelski	6	6	6	6	6	6	100,00%
Łódzki	1	1	1	2	1	1	100,00%
Małopolski	31	30	30	31	30	30	100,00%
Mazowiecki	2	2	2	2	2	4	200,00%
Podkarpacki	14	14	15	14	14	15	107,14%
Podlaski	1	1	1	1	1	2	200,00%
Pomorski	4	4	4	4	4	4	100,00%
Śląski	8	7	8	8	7	18	257,14%
Świętokrzyski	9	9	8	9	9	8	88,89%
Warmińsko- Mazurski	2	2	3	2	2	3	150,00%
Zachodniopomorski	26	26	24	26	26	24	92,31%
RAZEM	**145**	**144**	**143**	**146**	**144**	**156**	**108,33%**

Fundusz w 2017 r. zawarł łącznie 156 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe ze 143 świadczeniodawcami. W porównaniu do lat poprzednich, w 2016 r. Fundusz zawarł o 12 umów mniej ze 144 świadczeniodawcami, natomiast w 2015 r. zawarto 146 umów ze 145 świadczeniodawcami.

Tabela nr II.47. Porównanie wartości (w tys. zł) i stopnia realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w latach 2015-2017.

Nazwa OW NFZ	2015			2016			2017			Dynamika wartości kontraktów 2017/2016
	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	58 218,09	57 938,13	99,52%	58 588,09	58 364,84	99,62%	57 076,78	56 711,35	99,36%	97,42%
Kujawsko-Pomorski	31 354,56	31 165,38	99,40%	31 523,11	31 355,95	99,47%	31 692,98	31 563,41	99,59%	100,54%
Lubelski	39 959,90	39 658,49	99,25%	40 364,74	40 080,86	99,30%	40 893,48	40 663,53	99,44%	101,31%
Lubuski	13 585,86	13 492,58	99,31%	14 047,52	13 955,02	99,34%	14 000,25	13 909,95	99,35%	99,66%
Łódzki	41 742,49	41 561,97	99,57%	42 570,78	42 346,58	99,47%	42 849,86	42 624,88	99,47%	100,66%
Małopolski	49 087,22	48 705,84	99,22%	48 078,04	47 644,19	99,10%	47 421,89	47 016,91	99,15%	98,64%
Mazowiecki	98 088,41	96 971,22	98,86%	97 270,56	96 617,15	99,33%	97 954,11	97 375,52	99,41%	100,70%
Opolski	12 521,10	12 398,79	99,02%	12 406,65	12 293,50	99,09%	12 518,76	12 421,32	99,22%	100,90%
Podkarpacki	31 323,59	31 153,25	99,46%	31 422,42	31 124,32	99,05%	31 424,99	31 242,42	99,42%	100,01%
Podlaski	18 454,67	18 336,49	99,36%	19 729,42	19 617,20	99,43%	19 694,16	19 489,96	98,96%	99,82%
Pomorski	25 791,01	25 633,27	99,39%	26 527,03	26 402,39	99,53%	26 832,14	26 686,98	99,46%	101,15%
Śląski	68 263,49	67 859,62	99,41%	69 613,38	69 236,83	99,46%	69 615,72	69 205,83	99,41%	100,00%
Świętokrzyski	24 792,63	24 612,57	99,27%	24 216,46	24 107,67	99,55%	23 715,07	23 580,91	99,43%	97,93%
Warmińsko- Mazurski	19 554,92	19 417,18	99,30%	20 467,27	20 319,45	99,28%	20 693,46	20 550,88	99,31%	101,11%
Wielkopolski	59 007,03	58 761,69	99,58%	61 513,63	61 265,17	99,60%	59 951,33	59 714,83	99,61%	97,46%
Zachodniopomorski	21 914,12	21 807,48	99,51%	21 582,49	21 549,02	99,84%	23 213,54	23 171,05	99,82%	107,56%
RAZEM	**613 659,10**	**609 473,96**	**99,32%**	**619 921,57**	**616 280,13**	**99,41%**	**619 548,52**	**615 929,73**	**99,42%**	**99,94%**

** 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 zrealizowanych świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego w 2017 r. wyniosła 615 929,73 tys. zł, co stanowi 99,42 % wartości zakontraktowanych świadczeń, wynoszących 619 548,52 tys. zł. W porównaniu do 2016 r. zmniejszyła się nieznacznie zarówno wartość zakontraktowanych świadczeń (spadek o 0,06%), jak i wartość zrealizowanych świadczeń (spadek o 0,06%).

Tabela nr II.48. Liczba zrealizowanych skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową oraz liczba osób, którym udzielono przedmiotowych świadczeń w latach 2015-2017.

OW NFZ, który kieruje świadczeniobiorców z terenu swojego województwa na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową.	2015 r.		2016 r.		2017 r.	
	Liczba skierowań	Liczba osób	Liczba skierowań	Liczba osób	Liczba skierowań	Liczba osób
Dolnośląski	37 625	37 527	38 048	37 971	36 620	36 595
Kujawsko-Pomorski	21 656	21 492	21 827	21 681	21 863	21 765
Lubelski	25 586	25 385	25 929	25 756	25 964	25 841
Lubuski	9 024	8 998	9 357	9 340	9 202	9 190
Łódzki	27 739	27 727	28 491	28 475	28 305	28 266
Małopolski	35 492	35 430	34 828	34 730	33 506	33 452
Mazowiecki	63 810	63 455	63 547	63 003	63 100	62 882
Opolski	8 277	8 277	8 261	8 260	8 194	8 194
Podkarpacki	20 806	20 728	20 792	20 708	20 375	20 322
Podlaski	11 973	11 967	12 855	12 853	12 676	12 670
Pomorski	17 483	17 480	18 014	18 008	17 905	17898
Śląski	45 546	45 428	46 566	46 408	45 551	45 420
Świętokrzyski	16 005	15 989	15 667	15 644	14 838	14 835
Warmińsko- Mazurski	12 085	12 082	12 634	12 628	12 613	12 595
Wielkopolski	37 903	37 888	39 729	39 703	38 224	38 217
Zachodniopomorski	12 879	12 869	12 756	12 729	13 608	13 580
RAZEM	**403 889**	**402 722**	**409 301**	**407 897**	**402 544**	**401 722**

W 2017 r. zrealizowano 402 544 skierowania na leczenie uzdrowiskowe, dla 401 722 osób. W porównaniu do 2016 r. nieznacznie zmniejszyła się liczba zrealizowanych skierowań oraz liczba osób, którzy skorzystali ze świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego, odpowiednio nastąpił spadek o 1,68% oraz 1,54%.

Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny realizowane są zgodnie z zakresem: 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 2017 r. zapewniali dobową gotowość do udzielania świadczeń przez zespoły 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 ryczał dobowy.

W 2017 r. we wszystkich oddziałach wojewódzkich Funduszu przeprowadzony został proces aneksowania niewygasających z końcem 2016 r. umów o udzielanie świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny. W związku z tym, że w 10 oddziałach wojewódzkich Funduszu umowy o udzielanie świadczeń w ww. rodzaju wygasały z dniem 30.06.2017 r., przeprowadzono postępowania konkursowe w celu zawarcia nowych umów. Wskazać należy również, że w 2017 r. świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N" zostały uznane za jeden z profili systemu zabezpieczenia, w związku z powyższym łącznie 16 zespołów transportu sanitarnego typu „N" (w 10 oddziałach wojewódzkich Funduszu) zostało objętych umową zawartą w ramach PSZ.

W 2017 r. świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny zabezpieczone zostały przez działanie 31 zespołów sanitarnych typu „N", w tym: 30 zespołów funkcjonujących całodobowo oraz 1 zespół funkcjonujący 12 godzin na dobę, w godzinach 8-20 (w woj. łódzkim).

Tabela nr II.49. Liczba świadczeniodawców, z którymi Fundusz zawarł umowy oraz liczba umów zawartych w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny. Dane obejmują okres 2015-2017 r.

Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba umów zawartych w latach			Liczba umów w 2017 r. w stosunku do liczby umów w 2016 r.
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	
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 2017 r., wyniosła łącznie 44 711 tys. zł i była wyższa od wartości świadczeń zakontraktowanych w 2016 roku o 1,79%. Koszt realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2017 r. wyniósł 44 644 tys. zł, co stanowi 99,85% 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 latach 2016-2017 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.50. Porównanie wartości (w tys. zł) i stopnia realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w latach 2015-2017.

Nazwa OW NFZ	2015 r.				2016 r.				2017 r.				2017/2016
	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	Wartość świadczeń zakontraktowanych na 2017 r.*	Koszty działalności zespołów sanitarnych typu "N" w 2017 r.*	Całkowite koszty realizacji świadczeń w rodzaju PDiTS w 2017 r.**	% realizacji kontraktów	dynamika kontraktów 2017/2016
Dolnośląski	4 203	4 198	4 216	99,88%	4 366	4 352	4 494	99,70%	4 455	4 448	4 475	99,83%	102,06%
Kujawsko-Pomorski	2 593	2 593	2 604	100,00%	2 605	2 605	2 617	100,00%	2 713	2 713	2 770	100,00%	104,15%
Lubelski	2 639	2 639	2 745	100,00%	2 880	2 878	2 878	99,93%	2 952	2 951	2 951	99,96%	102,51%
Lubuski	1 497	1 497	1 501	100,00%	1 574	1 574	1 574	100,00%	1 597	1 590	1 597	99,59%	101,44%
Łódzki	2 235	2 235	2 288	100,00%	2 276	2 276	2 276	100,00%	2 314	2 306	2 306	99,66%	101,65%
Małopolski	1 505	1 504	1 582	99,93%	1 535	1 531	1 577	99,79%	1 564	1 557	1 583	99,55%	101,91%
Mazowiecki	7 519	7 519	7 584	100,00%	7 637	7 636	7 801	99,99%	7 838	7 820	8 015	99,77%	102,63%
Opolski	1 281	1 281	1 287	100,00%	1 285	1 285	1 289	100,00%	1 281	1 281	1 337	100,00%	99,73%
Podkarpacki	3 073	3 073	3 073	100,00%	3 104	3 104	3 104	99,99%	3 122	3 122	3 122	100,00%	100,58%
Podlaski	1 395	1 394	1 394	99,90%	1 434	1 429	1 437	99,63%	1 489	1 486	1 491	99,79%	103,82%
Pomorski	1 369	1 369	1 400	100,00%	1 373	1 373	1 386	100,00%	1 378	1 378	1 390	100,00%	100,40%
Śląski	4 122	4 122	4 130	100,00%	4 207	4 207	4 323	100,00%	4 207	4 198	4 271	99,79%	100,01%
Świętokrzyski	1 413	1 413	1 490	99,98%	1 466	1 466	1 585	99,94%	1 514	1 508	1 528	99,60%	103,26%
Warmińsko- Mazurski	2 709	2 709	2 714	100,00%	2 785	2 785	2 826	100,00%	2 848	2 848	2 848	100,00%	102,27%
Wielkopolski	2 940	2 940	2 993	100,00%	3 010	3 010	3 071	100,00%	3 017	3 017	3 107	100,00%	100,23%
Zachodniopomorski	2 300	2 300	2 306	100,00%	2 390	2 390	2 439	100,00%	2 422	2 422	2 422	100,00%	101,34%
RAZEM	**42 793**	**42 785**	**43 310**	**99,98%**	**43 925**	**43 899**	**44 678**	**99,94%**	**44 711**	**44 644**	**45 212**	**99,85%**	**101,79%**

**) Wartość zakontraktowanych świadczeń oraz koszty działalności zespołów sanitarnych typu "N" uwzględniają 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.).*

***) 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. 42i oraz 42j ustawy o świadczeniach.*

W 2017 r. zespoły sanitarne typu „N" wykonały łącznie 10 291 transportów, udzielając świadczeń 8 693 osobom. Zarówno liczba wyjazdów zespołów sanitarnych typu „N" jak i liczba osób, którym zespoły udzieliły świadczeń w 2017 r., zwiększyła się w stosunku do roku poprzedniego.

Tabela nr II.51. Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba osób, którym udzielono świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w latach 2015-2017.

Oddział Wojewódzki NFZ	2015 r.		2016 r.		2017 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	921	641	908	646	923	665
Kujawsko-Pomorski	413	377	552	475	607	529
Lubelski	491	490	506	502	542	533
Lubuski	161	147	175	148	161	140
Łódzki	676	575	535	499	525	501
Małopolski	536	512	602	574	573	547
Mazowiecki	1 461	1 220	1 500	1 258	1 540	1 289
Opolski	350	256	380	266	424	258
Podkarpacki	440	380	568	508	582	524
Podlaski	359	331	373	331	336	322
Pomorski	671	515	752	600	675	546
Śląski	1 850	1 176	1 534	1 530	1 527	1 344
Świętokrzyski	201	172	183	140	214	166
Warmińsko- Mazurski	341	307	410	366	315	285
Wielkopolski	835	635	846	654	1 042	790
Zachodniopomorski	277	217	251	190	305	254
RAZEM	**9 983**	**7 951**	**10 075**	**8 687**	**10 291**	**8 693**

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 oddziału wojewódzkiego Funduszu. Dyrektor OW NFZ zawiera umowy na rejony operacyjne, 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 2017 r. we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ zostało przeprowadzone aneksowanie umów wieloletnich o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne.

W 2017 r. oddziały wojewódzkie Funduszu posiadały łącznie 203 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne. Liczba umów w przedmiotowym rodzaju świadczeń nie uległa zmianie w stosunku do roku 2016. Należy podkreślić, że informacji o liczbie zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne nie można utożsamiać z dostępnością do 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.52. Tryb zawarcia i liczba umów w rodzaju ratownictwo medyczne w 2017 roku.

Nazwa OW NFZ	2017	
	tryb postępowania	liczba umów
Dolnośląski	aneksowanie	12
Kujawsko-Pomorski	aneksowanie	21
Lubelski	aneksowanie	14
Lubuski	aneksowanie/ kontraktowanie	14
Łódzki	aneksowanie/ kontraktowanie	20
Małopolski	aneksowanie	2
Mazowiecki	aneksowanie	6
Opolski	aneksowanie	5
Podkarpacki	aneksowanie	22
Podlaski	aneksowanie	4
Pomorski	aneksowanie	20
Śląski	aneksowanie	4
Świętokrzyski	aneksowanie	1
Warmińsko- Mazurski	aneksowanie	21
Wielkopolski	aneksowanie	31
Zachodniopomorski	aneksowanie	6
RAZEM		**203**

Wartość świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne, zakontraktowanych na 2017 r., wyniosła łącznie 1 923 173 tys. zł i była wyższa od wartości świadczeń zakontraktowanych w 2016 roku o 2,9%. Koszt realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w niniejszym rodzaju w 2017 r. wyniósł 1 918 898 tys. zł, co stanowi 99,78 % wykorzystania zakontraktowanych środków finansowych.

Wartość zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne, oraz koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego w roku 2016 oraz 2017 uwzględniają koszty świadczeń wynikające 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.) oraz wartość kosztów świadczeń wynikających z Porozumienia zawartym pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Komitetem Protestacyjnym Ratowników Medycznych oraz Sekcją Krajową Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ „Solidarność" w dniu 18 lipca 2017 r.

Tabela nr II.53. Liczba świadczeniodawców oraz umów zawartych w latach 2015-2017 w rodzaju ratownictwo medyczne.

Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba umów zawartych w latach			Liczba umów w 2017 r. w stosunku do liczby umów w 2016 r.
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	
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%**

Tabela nr II.54. Porównanie wartości (w tys. zł) i stopnia realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w latach 2015-2017.

Nazwa OW NFZ	2015 r.				2016 r.				2017 r.				2017/2016
	Wartość świadczeń zakontraktowanych na 2015 r. *	Koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego w 2015 r. *	Całkowity koszt realizacji świadczeń w 2015 r.**	% realizacji kontraktów	Wartość świadczeń zakontraktowanych na 2016 r.*	Koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego w 2016 r.*	Całkowity koszt realizacji świadczeń w 2016 r.**	% realizacji kontraktów	Wartość świadczeń zakontraktowanych na 2017 r.*	Koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego w 2017 r.*	Całkowity koszt realizacji świadczeń w 2017 r.**	% realizacji kontraktów	dynamika kontraktów 2017/2016
Dolnośląski	139 736	139 717	139 717	99,99%	141 318	141 215	141 215	99,93%	144 028	143 666	143 554	99,75%	101,92%
Kujawsko-Pomorski	109 215	109 211	109 211	100,00%	110 860	110 842	110 628	99,98%	112 601	112 271	112 239	99,71%	101,57%
Lubelski	113 107	113 096	113 096	99,99%	114 569	114 451	114 448	99,90%	116 647	116 252	116 252	99,66%	101,81%
Lubuski	65 540	65 532	65 526	99,99%	66 343	66 311	66 307	99,95%	65 745	65 517	64 800	99,65%	99,10%
Łódzki	120 000	119 992	119 959	99,99%	122 159	122 113	122 113	99,96%	125 201	124 791	124 791	99,67%	102,49%
Małopolski	141 299	141 297	141 204	100,00%	146 114	146 090	146 090	99,98%	158 147	157 930	157 930	99,86%	108,24%
Mazowiecki	229 147	229 117	229 117	99,99%	231 435	231 331	231 331	99,95%	238 292	237 992	237 992	99,87%	102,96%
Opolski	52 082	51 971	51 950	99,79%	52 549	52 534	52 113	99,97%	54 175	54 088	52 464	99,84%	103,09%
Podkarpacki	107 026	107 022	107 003	100,00%	108 001	107 982	107 973	99,98%	111 483	111 227	111 133	99,77%	103,22%
Podlaski	69 328	69 307	69 307	99,97%	70 234	70 199	70 199	99,95%	71 863	71 789	71 788	99,90%	102,32%
Pomorski	104 291	104 286	104 285	100,00%	105 476	105 446	105 338	99,97%	108 264	107 910	107 865	99,67%	102,64%
Śląski	198 875	198 859	198 853	99,99%	201 185	201 105	201 105	99,96%	206 944	206 446	206 446	99,76%	102,86%
Świętokrzyski	56 603	56 566	56 566	99,93%	57 074	56 980	56 980	99,84%	59 031	58 874	58 874	99,73%	103,43%
Warmińsko- Mazurski	91 996	91 976	91 976	99,98%	92 790	92 731	92 712	99,94%	95 131	94 879	94 857	99,74%	102,52%
Wielkopolski	146 192	146 190	146 185	100,00%	147 650	147 613	146 474	99,97%	151 367	151 083	146 379	99,81%	102,52%
Zachodniopomorski	100 106	100 105	100 105	100,00%	101 294	101 280	101 251	99,99%	104 252	104 181	104 091	99,93%	102,92%
RAZEM	**1 844 543**	**1 844 242**	**1 844 059**	**99,98%**	**1 869 051**	**1 868 223**	**1 866 276**	**99,96%**	**1 923 173**	**1 918 898**	**1 911 455**	**99,78%**	**102,90%**

**) Wartość zakontraktowanych świadczeń oraz koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego uwzględniają koszty świadczeń wynikających z § 2 rozporządzenia MZ z 08.09.2015 r. w sprawie OWU (Dz.U. poz.1400), z rozporządzenia MZ z 15.10.2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie OWU (Dz.U. poz.1628, z późn. zm.) oraz wartość kosztów świadczeń wynikających z Porozumienia pomiędzy MZ a rat. med. z dn. 18 lipca 2017 r.*

***) Całkowite koszty realizacji świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne są to koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego pomniejszone o kwoty zwrócone przez świadczeniodawców w związku z nieprawidłowościami stwierdzonymi w toku kontroli przeprowadzonych przez OW NFZ.*

W 2017 r. zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 2 945 652 wyjazdy, udzielając świadczeń 2 408 936 różnym osobom. Zarówno liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego jak i liczba osób, którym te zespoły udzieliły świadczeń w 2017 r. zmniejszyła się w porównaniu do roku poprzedniego.

Tabela nr II.55. Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w latach 2015-2017 oraz liczba osób, wg unikalnych nr PESEL, którym udzielono przedmiotowych świadczeń w poszczególnych latach.

Oddział Wojewódzki NFZ	2015 r.		2016 r.		2017 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	285 784	223 227	277 505	218 839	275 492	216 779
Kujawsko-Pomorski	163 247	126 081	168 598	129 212	169 858	133 044
Lubelski	158 072	126 338	164 883	131 024	163 382	130 895
Lubuski	80 213	61 027	77 587	57 634	75 981	62 446
Łódzki	208 712	162 297	201 389	186 201	200 870	188 238
Małopolski	221 725	213 938	240 641	227 874	193 110	183 403
Mazowiecki	458 466	367 415	450 734	369 114	427 621	350 140
Opolski	64 322	58 880	66 338	60 451	67 835	52 749
Podkarpacki	138 722	110 988	137 259	131 419	140 922	134 692
Podlaski	86 440	68 729	84 319	67 241	79 606	64 346
Pomorski	157 473	128 682	147 037	120 917	153 802	128 021
Śląski	395 442	395 166	622 842	622 530	396 372	293 632
Świętokrzyski	105 589	82 798	108 590	84 249	106 676	81 830
Warmińsko- Mazurski	126 829	96 615	123 942	94 794	122 599	94 070
Wielkopolski	194 260	157 978	197 590	159 502	197 441	159 497
Zachodniopomorski	162 869	124 365	168 420	129 943	174 085	135 154
RAZEM	**3 008 165**	**2 504 524**	**3 237 674**	**2 790 944**	**2 945 652**	**2 408 936**

Chemioterapia – w 2017 roku Fundusz sfinansował świadczenia w zakresach chemioterapii na kwotę 1 376 005 tys. zł. Wartość umów podpisanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu na te świadczenia została zagwarantowana w planie finansowym na kwotą 1 449 306 tys. zł. Faktyczne wykonanie stanowiło 94,94 % kwoty planowanej. Różnice w wartościach dotyczących wykonania, mogą wynikać z różnych dat generowania raportów w systemach NFZ oraz możliwych zmian danych sprawozdawczych, wynikających m.in. z korekt świadczeniodawców czy migracji.

Tabela nr II.56. Wartość wykonanych świadczeń w ramach poszczególnych zakresów chemioterapii.

Nazwa zakresu świadczeń	2017	
	Suma z kontraktów zakresie [tys.]*	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych w zakresach w umowie 03/3 [tys.]*
03.0000.111.02 CHEMIOTERAPIA W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH Z ZAKRESEM SKOJARZONYM	46 936	46 935
03.0000.112.02 CHEMIOTERAPIA W TRYBIE JEDNODNIOWYM Z ZAKRESEM SKOJARZONYM	167 014	166 863
03.0000.113.02 CHEMIOTERAPIA - HOSPITALIZACJA Z ZAKRESEM SKOJARZONYM	503 641	500 084
03.0000.115.02 CHEMIOTERAPIA	5 434	6 064
03.0001.111.02 SUBSTANCJE CZYNNE W CHEMIOTERAPII W WARUNKACH AMBULATORYJNYCH Z ZAKRESEM SKOJARZONYM	158 194	158 164
03.0001.112.02 SUBSTANCJE CZYNNE W CHEMIOTERAPII W TRYBIE JEDNODNIOWYM Z ZAKRESEM SKOJARZONYM	198 738	200 993
03.0001.113.02 SUBSTANCJE CZYNNE W CHEMIOTERAPII - HOSPITALIZACJI Z ZAKRESEM SKOJARZONYM	291 689	292 331
03.0001.115.02 SUBSTANCJE CZYNNE W CHEMIOTERAPII	3 889	4 571
Suma:	1 375 535	1 376 005

Tabela nr II.57. Podział populacji pacjentów leczonych w chemioterapią w odniesieniu do rozpoznania zasadniczego sprawozdanego jako główny powód wykonania świadczeń dla których NFZ finansował terapie w 2017.

KOD ROZPOZNANIA	Nazwa rozpoznania	Liczba pacjentów 2017
Z51.1	CYKLE CHEMIOTERAPII NOWOTWORÓW	104 728
C50.9	SUTEK, NIE OKREŚLONY	5 428
Z51.0	SEANSE RADIOTERAPII	3 397
C90.0	SZPICZAK MNOGI	3 135
C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA	2 729
C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY	2 225
C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIE OKREŚLONE	2 139
C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA	2 133
C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA (UWAGA 5)	2 104
C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO	2 073
C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA	1 751
D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA	1 671
C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA	1 494
C18.9	OKRĘŻNICA, NIE OKREŚLONA	1 347
C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA	1 254
D70	AGRANULOCYTOZA	1 180
C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA	1 151
C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO	1 096
C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA	1 096
C18.7	ESICA	1 046

Tabela nr II.58. Struktura populacji leczonych z uwzględnieniem płci w ramach chemioterapii.

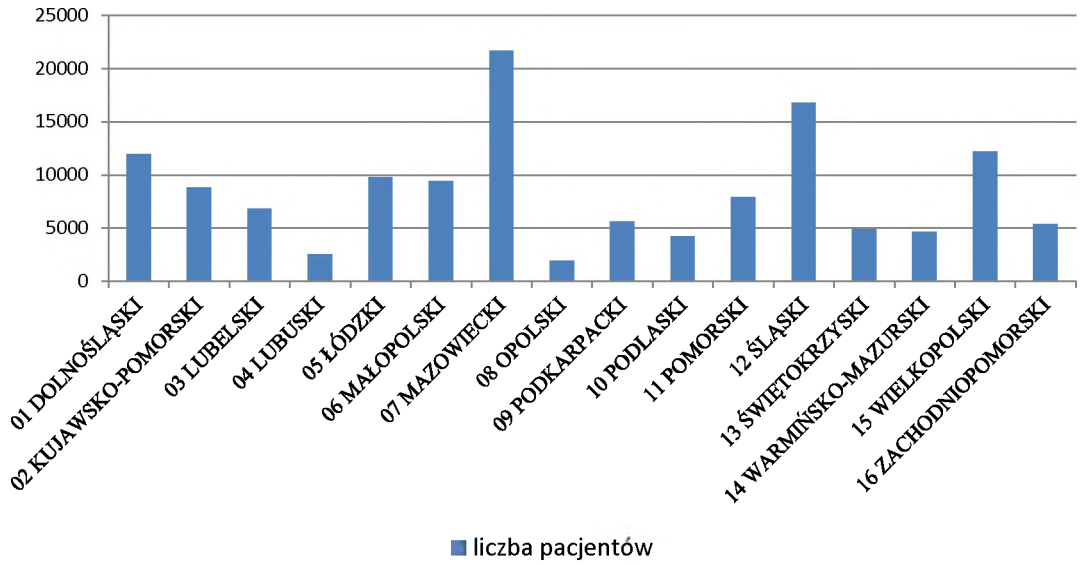
Płeć	Liczba świadczeniobiorców	Średni wiek świadczeniobiorcy
Mężczyzna	60 401	62,5
Kobieta	72 960	61

W zakresach związanych z realizacją chemioterapii również jak w programach lekowych zauważa się większy udział kobiet niż mężczyzn (54,71 % kobiet, 45,29 % mężczyzn) ze średnim wiekiem 61 lat. Najwyższą wartość środków wydatkowano na chemioterapię w województwie mazowieckim z kwotą 254 mln zł. Następnymi z kolei województwami, w których wydatkowano najwyższe środki pieniężne jest województwo śląskie (168,1 mln zł) oraz wielkopolskie (126,9 mln zł).

Tabela nr II.59. Wartość zrealizowanych i rozliczonych jednostek rozliczeniowych w chemioterapii w podziale na OW NFZ.

OW NFZ	wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych [tys.]	wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych [tys.]
01 DOLNOŚLĄSKI	115 509	115 291
02 KUJAWSKO-POMORSKI	73 832	71 943
03 LUBELSKI	90 192	89 582
04 LUBUSKI	25 748	25 702
05 ŁÓDZKI	73 922	73 805
06 MAŁOPOLSKI	100 815	99 673
07 MAZOWIECKI	255 168	254 443
08 OPOLSKI	23 794	23 339
09 PODKARPACKI	63 157	62 572
10 PODLASKI	45 313	45 203
11 POMORSKI	77 229	77 030
12 ŚLĄSKI	175 545	168 064
13 ŚWIĘTOKRZYSKI	51 375	51 247
14 WARMIŃSKO-MAZURSKI	41 066	39 794
15 WIELKOPOLSKI	127 131	126 895
16 ZACHODNIOPOMORSKI	51 995	51 421
Suma:	1 391 791	1 376 005

Wykres nr II.6. Liczba świadczeniobiorców w ramach finansowania chemioterapii w 2017 r.



Programy lekowe

W 2017 roku wartość świadczeń udzielonych w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie „programy zdrowotne (lekowe)" wyniosła 3 514 098 tys. zł, liczba pacjentów objętych leczeniem w zakresie programów lekowych wyniosła 120 821 osób. Różnice w wartościach dotyczących wykonania, mogą wynikać z różnych dat generowania raportów w systemach NFZ oraz możliwych zmian danych sprawozdawczych, wynikających m.in. z korekt świadczeniodawców czy migracji. Plan Finansowy NFZ na 2017 r. na refundację programów lekowych przewidywał kwotę 3 643 737 tys. zł. Faktyczne wykonanie stanowiło zatem 96,44% kwoty planowanej. W 2017 roku Fundusz finansował 86 programów lekowych w tym 30 programów onkologicznych, gdzie objęto finansowaniem następujące programy lekowe:

- B.81 Leczenie mielofibrozy pierwotnej oraz mielofibrozy wtórnej w przebiegu czerwienicy prawdziwej i nadpłytkowości samoistnej
- B.82 Leczenie certolizumabem pegol pacjentów z ciężką, aktywną postacią spondyloartropatii osiowej (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK
- B.83 Leczenie spastyczności kończyny dolnej po udarze mózgu z użyciem toksyny botulinowej typu A
- B.84 Lenalidomid w leczeniu pacjentów z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q
- B.85 Leczenie pacjentów z przerzutowym gruczolakorakiem trzustki
- B.86 Leczenie wrodzonych zespołów autozapalnych
- B.87 Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc
- B.88 Leczenie chorych na zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry wismodegibem
- B.89 Leczenie ewerolimusem chorych na stwardnienie guzowate z niekwalifikującymi się do leczenia operacyjnego guzami podwyściółkowymi olbrzymiokomórkowymi (SEGA)
- B.90 Leczenie zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona
- B.91 Leczenie rytuksymabem ciężkiej pęcherzycy opornej na immunosupresję
- B.92 Ibrutynib w leczeniu chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową
- B.93 Piksantron w leczeniu chłoniaków złośliwych.

Tabela nr II.60. Wartość wykonanych świadczeń w ramach finansowania programów lekowych (w tys. zł.) w 2017 roku.

OW NFZ rozliczający	wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych	wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych
01 DOLNOŚLĄSKI	291 568	297 245
02 KUJAWSKO-POMORSKI	174 532	188 189
03 LUBELSKI	171 412	177 603
04 LUBUSKI	61 705	61 803
05 ŁÓDZKI	232 139	232 404
06 MAŁOPOLSKI	339 087	343 779
07 MAZOWIECKI	671 058	672 071
08 OPOLSKI	54 004	54 071
09 PODKARPACKI	163 655	164 609
10 PODLASKI	88 921	89 120
11 POMORSKI	197 551	197 973
12 ŚLĄSKI	436 557	455 066
13 ŚWIĘTOKRZYSKI	101 161	101 862
14 WARMIŃSKO-MAZURSKI	93 698	98 801
15 WIELKOPOLSKI	312 086	312 936
16 ZACHODNIOPOMORSKI	124 964	125 941
Suma:	3 514 098	3 573 470

Najwyższą wartość środków wydatkowano na programy lekowe w województwie mazowieckim z kwotą blisko 670 mln zł. Następnymi z kolei województwami, w których wydatkowano najwyższe środki pieniężne jest województwo śląskie (436 mln zł) oraz małopolskie (339 mln zł). Największe środki zostały wydatkowane w programie leczenia raka piersi 478,1 mln zł, co stanowi 13,6% kosztu wszystkich wykonanych świadczeń związanych z programami lekowymi, następnie kolejny program to program lekowy Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową (436,1 mln zł), program leczenia stwardnienia rozsianego (272,8 mln zł) oraz leczenia zaawansowanego raka jelita grubego (148, 1 mln zł) odpowiednio 12,41%, 7,76%, 4,21%.

Tabela nr II.61 . Top 7 substancji czynnych wg kwoty refundacji w 2017 r.

Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych [mln zł]
TRASTUZUMABUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	380,6
OMBITASVIRUM, PARITAPREVIRUM, RITONAVIRUM - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	168,3
LENALIDOMIDUM - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	143,7
LEDIPASVIRUM, SOFOSBUVIR - O - DOUSTNIE (ORAL, PER MOUTH) - 1 MG	130,8
ADALIMUMABUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	118,8
IMMUNOGLOBULINUM HUMANUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	89,6
BEVACIZUMABUM - P - POZAJELITOWO (PARENTERAL) - 1 MG	84,7

W programach onkologicznych i nieonkologicznych zauważa się większy udział kobiet niż mężczyzn. W programach onkologicznych leczonych jest ponad 60,1% kobiet, nieonkologicznych 54,9% kobiet. W 2017 roku w związku z leczeniem 25,3 tys. pacjentów w ramach programów lekowych onkologicznych (z wyłączeniem chemioterapii niestandardowej) wydatkowano 1 612 498 142 zł, natomiast w programach lekowych nieonkologicznych wydatkowano 1 897 413 337 zł na leczenie 94,2 tys. pacjentów Środki wydatkowane na terapię kobiet w ramach programów lekowych stanowią 56 % całości.. Wydatki na terapię kobiet w podziale na programy onkologiczne oraz nieonkologiczne stanowią odpowiednio 60,8% i 53,4%. 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, np. na program leczenia raka piersi.

Finansowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1.

Tabela nr III.62. Wartość zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych w okresie 2017 r.

Miesiąc realizacji 2017 roku	Wartość refundacji leku
styczeń	66 919 133,41 zł
luty	65 272 259,14 zł
marzec	82 442 872,26 zł
kwiecień	75 117 042,59 zł
maj	98 967 297,09 zł
czerwiec	101 634 129,68 zł
lipiec	97 234 169,60 zł
sierpień	102 633 829,87 zł
wrzesień	102 703 219,52 zł
październik	107 727 867,52 zł
listopad	114 668 489,16 zł
grudzień	110 541 223,16 zł
Razem	**1 125 861 533,00 zł**

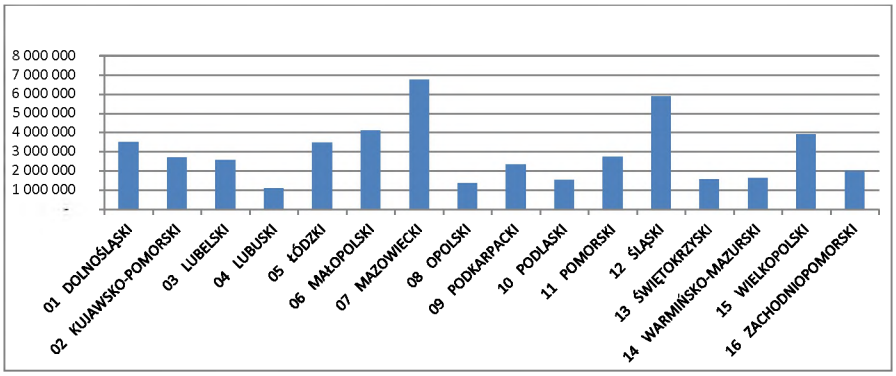
Tabela nr III.63. Liczba zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych w okresie 2017 r. w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ.

OW	Styczeń	Luty	Marzec	Kwiecień	Maj	Czerwiec	Lipiec	Sierpień	Wrzesień	Październik	Listopad	Grudzień	Suma końcowa
01 DOLNOŚLĄSKI	214 333,10	200 803,60	246 245,97	221 737,50	314 360,50	323 384,12	307 347,60	322 595,10	323 007,37	335 130,67	355 362,53	338 925,97	3 503 234,02
02 KUJAWSKO-POMORSKI	162 913,60	150 984,90	185 461,10	170 198,10	241 114,30	248 802,30	243 085,80	252 482,60	252 504,70	258 996,80	272 624,10	262 777,50	2 701 945,80
03 LUBELSKI	157 591,03	146 389,28	175 915,70	156 095,80	233 169,22	237 485,67	229 656,70	243 410,00	240 488,80	251 070,60	261 393,37	249 660,10	2 584 346,27
04 LUBUSKI	68 146,17	64 321,20	77 748,30	70 799,30	99 320,00	103 295,37	97 981,00	103 287,00	102 232,30	106 460,30	110 557,20	105 959,63	1 110 107,97
05 ŁÓDZKI	206 809,60	197 477,98	242 642,38	218 456,15	314 929,70	321 057,17	309 322,73	324 053,20	323 886,00	335 964,12	352 818,50	335 865,98	3 483 283,52
06 MAŁOPOLSKI	247 960,50	232 401,70	286 007,80	254 856,00	368 647,30	375 803,10	360 823,80	374 734,10	384 045,40	395 688,03	419 771,27	399 618,90	4 100 359,90
07 MAZOWIECKI	397 810,95	376 104,07	461 184,63	413 301,67	617 312,45	630 223,80	591 875,42	620 570,67	638 182,00	664 998,63	681 887,27	655 006,37	6 748 457,92
08 OPOLSKI	83 429,62	78 092,03	95 712,33	84 035,73	124 439,12	128 153,02	120 429,00	126 815,40	126 296,00	131 808,30	138 435,03	132 268,50	1 369 914,08
09 PODKARPACKI	144 233,62	133 594,33	161 362,00	145 307,93	212 533,50	216 875,10	208 671,30	218 236,97	220 021,93	228 685,25	242 002,90	226 693,27	2 358 218,10
10 PODLASKI	90 697,60	85 156,20	105 736,60	92 697,30	142 803,00	144 084,30	139 488,80	146 914,40	144 848,50	152 887,00	158 577,40	152 103,00	1 555 994,10
11 POMORSKI	168 096,95	157 988,87	195 176,55	176 614,17	250 136,13	252 309,67	239 858,07	252 797,00	256 769,72	263 414,63	276 295,63	263 667,52	2 753 124,90
12 ŚLĄSKI	341 048,03	331 389,40	402 971,50	363 389,13	531 136,23	542 091,87	515 856,63	544 680,67	542 585,90	570 171,34	604 498,42	568 059,23	5 857 878,36
13 ŚWIĘTOKRZYSKI	96 363,60	88 783,37	110 421,73	97 076,30	142 122,30	143 932,80	138 939,80	146 919,70	145 872,80	150 615,80	159 814,30	149 698,30	1 570 560,80
14 WARMIŃSKO-MAZURSKI	99 504,82	92 777,80	111 090,33	101 968,62	148 701,47	151 925,70	147 851,20	156 073,40	153 843,20	159 164,30	167 846,70	159 377,10	1 650 124,63
15 WIELKOPOLSKI	239 248,70	224 302,30	274 703,57	248 574,20	345 223,00	355 943,00	345 143,30	367 536,97	359 493,40	374 528,69	389 534,38	382 141,47	3 906 375,17
16 ZACHODNIOPOMORSKI	124 967,63	113 874,20	138 285,00	126 103,90	180 109,50	183 509,20	177 111,00	189 056,90	185 619,80	191 095,40	200 718,40	190 250,40	2 000 703,33
Suma końcowa	2 843 155,52	2 674 441,23	3 270 665,50	2 943 213,81	4 266 077,72	4 358 876,17	4 173 442,15	4 390 168,07	4 399 697,82	4 570 680,06	4 792 137,40	4 572 073,43	47 254 628,87

Tabela nr III.64. Liczba zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych, suma za 2017 r.

Oddział Wojewódzki NFZ	Liczba zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych, suma za okres od 1 września do 31 grudnia 2017 r.
01 DOLNOŚLĄSKI	3 503 234
02 KUJAWSKO-POMORSKI	2 701 946
03 LUBELSKI	2 584 346
04 LUBUSKI	1 110 108
05 ŁÓDZKI	3 483 284
06 MAŁOPOLSKI	4 100 360
07 MAZOWIECKI	6 748 458
08 OPOLSKI	1 369 914
09 PODKARPACKI	2 358 218
10 PODLASKI	1 555 994
11 POMORSKI	2 753 125
12 ŚLĄSKI	5 857 878
13 ŚWIĘTOKRZYSKI	1 570 561
14 WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 650 125
15 WIELKOPOLSKI	3 906 375
16 ZACHODNIOPOMORSKI	2 000 703
SUMA	**47 254 629**

Wykres nr III.7. Liczba zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych, suma za 2017 r.



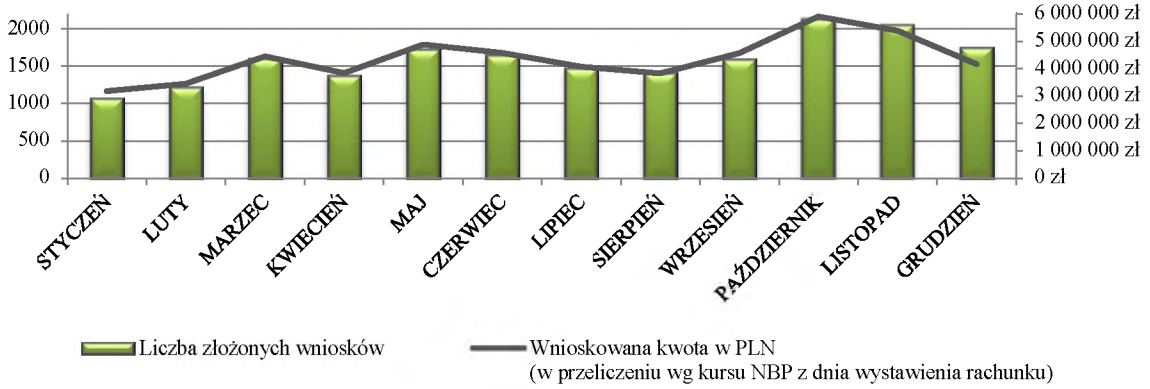
III. Opis realizacji przez centralę Funduszu oraz oddziały wojewódzkie Funduszu zadań określonych w ustawie

Narodowy Fundusz Zdrowia 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. Przedmiotowe 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 2017 r. w oddziałach wojewódzkich Funduszu złożonych zostało łącznie 18 974 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 52 234 793,18 zł. W 2017 r., w porównaniu do 2016 r., liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach była wyższa o 78,38%, natomiast łączna wartość kwot wynikająca ze złożonych wniosków była wyższa o 68,06%. Wnioski o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach, złożone w oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2017 r., dotyczyły świadczeń udzielonych łącznie w 21 państwach członkowskich UE. 82,25% liczby wniosków złożonych w Funduszu w 2017 r. ogółem oraz 83,19% wnioskowanej kwoty zwrotu ogółem dotyczyło leczenia na terenie Czech.

Na wykresie nr III.1 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 2017 r. Na podstawie danych zaobserwować można, że przez większość 2017 r. w Funduszu składanych było około 1 500 wniosków o zwrot kosztów miesięcznie, w wyjątkiem IV kwartału 2017 r., w którym liczba składanych wniosków była wyższa w porównaniu do miesięcy poprzednich.

Wykres III.1. Liczba wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach złożonych w 2017 r. w poszczególnych miesiącach oraz kwota wnioskowana do zwrotu.



W 2017 r. zakończonych zostało 18 166 postępowań w sprawie zwrotu kosztów, w tym 15 736 postępowań, które dotyczyły spraw prowadzonych na podstawie wniosków o zwrot kosztów złożonych w oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2017 r., 2 422 postępowania dotyczące wniosków złożonych w 2016 r. oraz 8 postępowań dotyczących wniosków złożonych w 2015 r. Zakończenie w 2017 r. postępowań w odniesieniu do wniosków z 2016 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 2017 r. postępowań dotyczących wniosków złożonych w 2015 r. związane było natomiast z prowadzonym postępowaniem odwoławczym lub skomplikowanym charakterem sprawy. W tabeli III.1 przedstawiono liczbę spraw rozpatrzonych w 2017 r. w podziale na sposób zakończenia postępowania.

Tabela III.1. Liczba spraw dotyczących zwrotu kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach zakończonych w 2017 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)	17 146	94,39%
Decyzja o odmowie zwrotu kosztów (art. 42d ust. 2 ustawy o świadczeniach)	249	1,37%
Decyzja o umorzeniu postępowania	98	0,54%
Pozostawienie sprawy bez rozpoznania	532	2,93%
Odmowa wszczęcia postępowania	28	0,15%
Odesłanie do właściwego oddziału	82	0,45%
Inne	31	0,17%
ŁĄCZNIE	**18 166**	**100%**

Wnioski o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w prawie 95% zostały rozpatrzone pozytywnie. Decyzje o odmowie zwrotu kosztów stanowią zaledwie niecałe 1,5% zakończonych postępowań w 2017 r. Najczęstszą przyczyną odmowy było niespełnienie wymagań określonych w art. 42d ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach, który dotyczył 86,75% wniosków o zwrot kosztów rozpatrzonych negatywnie. Odmowa zwrotu kosztów wynikała przeważnie z uwagi na skorzystanie w innym państwie członkowskim UE ze świadczeń niegwarantowanych, tj. ze świadczeń, które nie zostały objęte jednym z wykazów świadczeń gwarantowanych zawartych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach lub nie zostały wymienione w załączniku do obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych – wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, z późn.zm.).

W 2017 r. do Prezesa Funduszu jako organu II instancji wpłynęły 224 odwołania świadczeniobiorców od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu oraz 2 zażalenia na postanowienie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wydane w toku przedmiotowych postępowań, co łącznie stanowi 1,35% wszystkich zakończonych w 2017 r. postępowań. Odwołania dotyczyły zarówno decyzji o odmowie zwrotu kosztów, jak i decyzji pozytywnych w sprawie zwrotu kosztów.

W 2017 r. Prezes Funduszu wydał 44 decyzje w ramach rozpatrywania odwołań złożonych od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wydanych na podstawie art. 42d ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach. Wydane w 2017 r. decyzje dotyczyły zarówno odwołań złożonych w 2017 r., jak i w roku wcześniejszym.

W 2017 r. Prezes Funduszu wydał ponadto 54 postanowienia w związku z postępowaniami o zwrot kosztów prowadzonymi przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Zgodnie z art. 42d ust. 17 ustawy o świadczeniach, zwrot kosztów dokonywany jest w terminie 7 dni od dnia powzięcia przez oddział wojewódzki Funduszu wiadomości o tym, że decyzja w sprawie zwrotu kosztów stała się ostateczna. W 2017 r. Fundusz dokonał zwrotu w odniesieniu do 16 982 wniosków o zwrot kosztów złożonych przez świadczeniobiorców, którzy skorzystali ze świadczeń zdrowotnych podczas pobytu na terenie 14 innych państw członkowskich UE. Dokonane wypłaty dotyczyły w 80,47% wniosków złożonych w 2017 r., w 19,47% wniosków złożonych w 2016 r., w 0,04% wniosków złożonych w 2015 r. i w 0,01% wniosków złożonych w 2014 r. Łączna wartość dokonanych zwrotów z tytułu świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach wyniosła 36 197 693,13 zł. W 2017 r., w porównaniu do 2016 r., liczba wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty z tytułu zwrotu kosztów udzielonych świadczeń oraz kwota dokonanych wypłat były wyższe odpowiednio o 112,81% i 104,99%.

Średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń, w przeliczeniu na jeden wniosek, wyniosła 2 131,53 zł.

W 2017 r. Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 31 166 świadczeń opieki zdrowotnej, wykazanych łącznie na 16 982 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.

Fundusz dokonał w 2017 r. zwrotu kosztów w łącznej kwocie w wysokości 34 699 789,08 zł za 16 480 świadczeń, które zostały zakwalifikowane, zgodnie z podziałem przyjętym w planie finansowym Funduszu, do rodzaju leczenie szpitalne – oddziały. Świadczenia szpitalne stanowiły 52,88% łącznej liczby świadczeń, w przypadku których dokonano wypłaty i 95,86% wartości wypłaconych kwot ogółem. 45,31% w łącznej liczbie świadczeń, dla których dokonano wypłaty stanowiły świadczenia opieki stomatologicznej. Zwrot kosztów za świadczenia w tym rodzaju stanowił przy tym jedynie 2,60% całkowitej kwoty wydatkowanej przez Fundusz z tytułu zwrotu kosztów, ponieważ w przypadku jednego wniosku o zwrot kosztów oddziały wojewódzkie Funduszu dokonywały wypłaty przeważnie za kilkadziesiąt świadczeń stomatologicznych. Dla porównania, w 2016 r. zwrot kosztów za świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne – oddziały został przyznany w przypadku 88,74% łącznej liczby świadczeń, za które Fundusz dokonał zwrotu kosztów i 99,06% wypłaconych kwot ogółem. Świadczenia w rodzaju leczenie stomatologiczne stanowiły odpowiednio 3,87% liczby wypłat i 0,17% łącznej wartości wypłaconych kwot.

Tabela III.2. Liczba i wartość świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty w 2017 r.

Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej	Liczba świadczeń	Łączna kwota zwrotów w zł
podstawowa opieka zdrowotna	10	340,00
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	400	434 664,48
leczenie szpitalne, w tym:	16 497	34 703 890,10
leczenie szpitalne - oddziały	16 480	34 699 789,08
leczenie szpitalne - programy terapeutyczne (lekowe)	0	0
leczenie szpitalne - programy terapeutyczne: leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego	0	0
leczenie szpitalne - chemioterapia	7	2 432,72
leczenie szpitalne - chemioterapia: leki	10	1 668,30
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	0	0
rehabilitacja lecznicza	46	432,36
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	0	0
leczenie stomatologiczne	14 120	942 113,76
lecznictwo uzdrowiskowe	0	0
pomoc doraźna i transport sanitarny	0	0
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych	0	0
świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie	0	0
zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy	77	114 510,00
refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	14	466,91
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	2	1 275,52
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	**31 166**	**36 197 693,13**

Największy udział w liczbie świadczeń w 2017 r. stanowiły zabiegi usunięcia zaćmy, za które zwrot został dokonany w odniesieniu do 15 729 świadczeń, wykazanych łącznie na 15 666 wnioskach o zwrot kosztów, na kwotę 33 675 560,88 zł, co stanowiło 92,25% liczby wszystkich wniosków z dokonaną wypłatą oraz 93,03% łącznej wypłaconej kwoty zwrotu. Dla porównania, w 2016 r. wypłata zwrotu kosztów za zabieg usunięcia zaćmy dotyczyła 7 790 świadczeń, wykazanych na 7 641 wnioskach o zwrot kosztów, na kwotę 16 831 531,40 zł, co stanowiło odpowiednio 95,75% łącznej liczby wniosków z dokonaną wypłatą i 95,32% wypłaconej kwoty świadczeń ogółem. Średnia wysokość wypłaconego w 2017 r. zwrotu kosztów za operację usunięcia zaćmy, w przeliczeniu na jedno świadczenie, wyniosła 2 140,99 zł.

Zdecydowana większość (88,95%) wniosków, w stosunku do których w 2017 r. Fundusz 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 15 106

wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie Czech stanowił 89,92% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz w 2017 r.

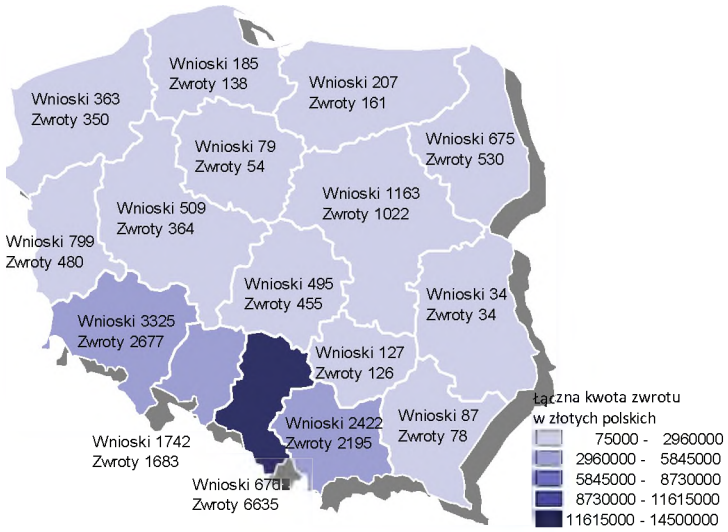
Tabela III.3. Liczba dokonanych zwrotów oraz kwoty zwrotu wypłacone w 2017 r. za świadczenia udzielone na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach – wg państw członkowskich.

Państwo UE	Liczba zwrotów	Udział %	Łączna kwota zwrotów w zł	Udział %
Austria	6	0,04%	5 744,92	0,02%
Belgia	3	0,02%	14547,24	0,04%
Bułgaria	4	0,02%	1195,16	0,00%
Chorwacja	3	0,02%	495,87	0,00%
Cypr	0	0,00%	0	0,00%
Czechy	15 106	88,95%	32 548 859,58	89,92%
Dania	0	0,00%	0	0,00%
Estonia	0	0,00%	0	0,00%
Finlandia	0	0,00%	0	0,00%
Francja	8	0,05%	13 829,04	0,04%
Grecja	1	0,01%	31,04	0,00%
Hiszpania	62	0,37%	94 848,94	0,26%
Holandia	1	0,01%	140,47	0,00%
Irlandia	0	0,00%	0	0,00%
Litwa	656	3,86%	1 408 533,89	3,89%
Luksemburg	0	0,00%	0	0,00%
Łotwa	0	0,00%	0	0,00%
Malta	0	0,00%	0	0,00%
Niemcy	1 062	6,25%	1 938 765,22	5,36%
Portugalia	0	0,00%	0	0,00%
Rumunia	0	0,00%	0	0,00%
Słowacja	67	0,39%	149 025,30	0,41%
Słowenia	0	0,00%	0	0,00%
Szwecja	0	0,00%	0	0,00%
Węgry	1	0,01%	308,81	0,00%
Wielka Brytania	0	0,00%	0,00	0,00%
Włochy	2	0,01%	21 367,65	0,06%
ŁĄCZNIE	**16 982**	**100%**	**36 197 693,13**	**100%**

Największa liczba wypłat w 2017 r. została dokonana przez oddział śląski, który dokonał zwrotu w stosunku do 6 635 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę 14 418 310,69 zł. Kwota ta stanowiła 39,83% 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 2 677 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę w wysokości 5 603 273,26 zł (15,48% łącznej kwoty zwrotu). Następnymi w kolejności oddziałami były oddziały: małopolski (12,96% łącznej kwoty zwrotu) i opolski (9,99% łącznej kwoty zwrotu).

Wykres III.2. Liczba złożonych wniosków i dokonanych zwrotów oraz kwoty zwrotu wypłacone w 2017 r. za świadczenia udzielone na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach – wg oddziałów wojewódzkich Funduszu.



W 16 982 wnioskach o zwrot kosztów, w stosunku do których Fundusz dokonał w 2017 r. wypłaty, świadczeniobiorcy wnioskowali o zwrot na łączną kwotę w wysokości 47 945 723,28 zł. Dokonane zwroty kosztów stanowiły 75,50% kosztów wnioskowanych. Różnica między kwotami wnioskowanymi a kwotami, które zostały zwrócone świadczeniobiorcom, wynikają przede wszystkim z:

1) 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,
2) 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 2017 r. do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wpłynęły 4 wnioski o przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Z informacji przekazanych Centrali Funduszu wg stanu na styczeń 2018 r. w przypadku tych wniosków wnioskodawcy zostali wezwani do usunięcia braków formalno-prawnych.

W analogicznym okresie 2016 r. do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wpłynęło 9 wniosków wskazujących jako podstawę prawną przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. W przypadku 7 z ww. wniosków wnioskodawcy zostali wezwani do usunięcia braków formalnych, zaś na podstawie 2 wniosków wydano decyzje.

W tym miejscu wskazać należy, iż w porównaniu do całego 2015 r. i 2016 r. w 2017 r. dwukrotnie zmniejszyła się liczna wniosków wskazujących jako podstawę prawną przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

W 2017 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu nie wydali żadnej decyzji wyrażającej zgodę na przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Natomiast w analogicznych okresach – w 2016 r. oraz w 2015 r. – dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu wydali 4 decyzje wyrażające zgodę na przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji, przy czym 2 decyzje wydane w 2016 r. dotyczyły wniosków, które zostały złożone w oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2015 r.

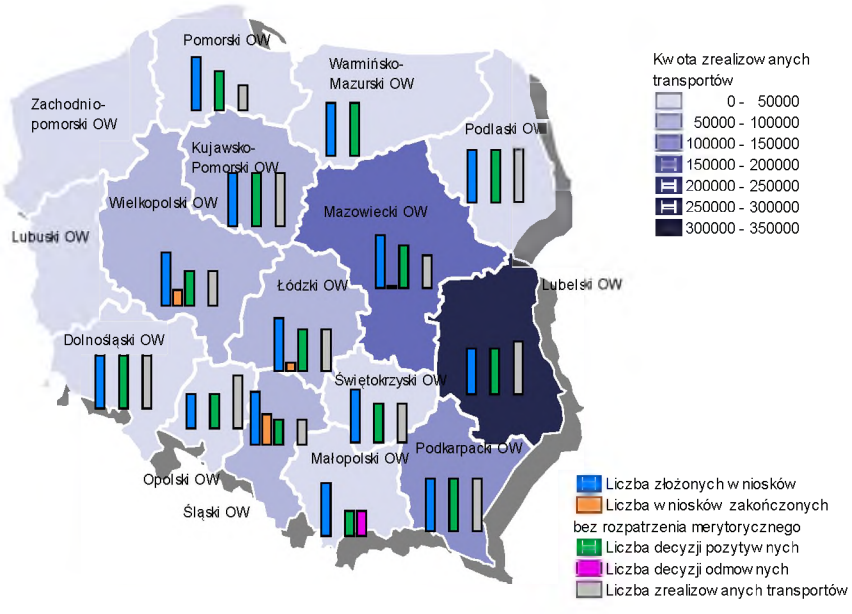
W 2017 r. do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wpłynęło 65 wniosków o zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju złożonych w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach, z czego 11 spraw (16,92%) zostało zakończonych bez rozstrzygnięcia merytorycznego. Oznacza to zmniejszenie liczby złożonych wniosków w stosunku do roku 2016 o 33,85%.

W 2017 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu wydali 54 decyzje merytoryczne 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 52 pozytywne (96,30%) oraz 2 odmowy (3,70%). Oznacza to zmniejszenie liczby wydanych decyzji w stosunku do roku 2016 o 24,07%.

W 2017 r. zostało zrealizowanych 48 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 965 436,40 zł. Oznacza to zmniejszenie liczby zrealizowanych transportów w stosunku do roku 2016 o 25,00% z jednoczesnym wzrostem ich kosztu o 31,07%.

Rozkład terytorialny liczby i kwoty wnioskowanych i zrealizowanych transportów w 2017 r. wg właściwości oddziału wojewódzkiego NFZ przedstawia poniższy wykres.

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



W 2017 r. Prezes Funduszu wydał 178 decyzji dotyczących skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych (art. 42j ustawy o świadczeniach), w tym:

- 114 zgód, co stanowi 64,04% wszystkich wydanych decyzji;
- 59 odmów, co stanowi 33,14% wszystkich wydanych decyzji;
- 5 umorzeń, co stanowi 2,80% wszystkich wydanych decyzji.

Ponadto, w analizowanym okresie Prezes Funduszu wydał 1 decyzję utrzymującą w mocy decyzję o odmowie stwierdzenia nieważności decyzji Prezesa Funduszu wydanej w 2016 r.

Prezes Funduszu wydał również jedną decyzję odmawiającą stwierdzenia nieważności decyzji Prezesa Funduszu odmawiającej skierowania do przeprowadzenie leczenia poza granicami kraju.

W tym miejscu wskazać należy, że w 2016 r. Prezes Funduszu wydał 184 decyzje, w tym:

- 139 zgód, co stanowi 75,54% wszystkich wydanych decyzji;
- 37 odmów, co stanowi 20,10% wszystkich wydanych decyzji;
- 3 umorzenia, co stanowi 1,63% wszystkich wydanych decyzji;
- 5 decyzji innych, co stanowi 2,71% wszystkich wydanych decyzji.

Porównanie powyższych danych wskazuje, że w 2017 r. w stosunku do 2016 r. Prezes Funduszu wydał:

- 25 zgód mniej, co stanowi 17,98% spadek liczby zgód wydanych w 2017 r. w stosunku do liczby zgód wydanych w 2016 r.;
- 22 odmowy więcej, co stanowi 59,45% wzrost liczby odmów wydanych w 2017 r. w stosunku do liczby odmów wydanych w 2016 r.;
- 2 umorzenia więcej, co stanowi 66,66% wzrost liczby umorzeń wydanych w 2017 r. w stosunku do liczby umorzeń wydanych w 2016 r.

Natomiast dane z 2015 r., z których wynika, że w 2015 r. Prezes Funduszu wydał 173 decyzje, w tym:

- 146 zgód (28,07% więcej niż w 2017 r.),
- 22 odmowy (62,71% mniej niż w 2017 r.),
- 5 umorzeń (bez zmian w stosunku do 2017 r.),

wskazują, że od 2015 r. obserwuje się tendencję wzrostową w zakresie liczby wydanych przez Prezesa Funduszu decyzji. Niemniej jednak zwrócić uwagę należy na tendencję spadkową w zakresie liczby wydanych zgód oraz tendencję wzrostową w zakresie liczby wydanych odmów.

Spośród 114 zgód wydanych w 2017 r. dotyczących skierowania wnioskodawcy na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju, 46 dotyczyło leczenia planowanego (co stanowi 40,35% decyzji pozytywnych) natomiast 68 dotyczyło badań diagnostycznych (co stanowi 59,64% wydanych zgód). W analogicznym okresie 2016 r. spośród 139 zgód dotyczących skierowania wnioskodawcy na uzyskanie świadczeń opieki zdrowotnej poza granicami kraju, 98 dotyczyło leczenia planowanego (co stanowi 70,50% wydanych decyzji pozytywnych), a 41 badań diagnostycznych (co stanowi 29,49% wydanych zgód).

Największa liczba zgód Prezesa Funduszu wydanych w 2017 r. dotyczyła przeprowadzenia leczenia oraz badań diagnostycznych w Niemczech (odpowiednio 29 i 47), Wielkiej Brytanii (odpowiednio 3 i 7), Finlandii (odpowiednio 0 i 6). Podkreślenia wymaga, iż powyższa kolejność w stosunku do 2016 r. oraz 2015 r. uległa zmianie, bowiem w ww. okresach największa liczba zgód Prezesa Funduszu dotyczyła przeprowadzenia leczenia oraz badań diagnostycznych kolejno w Niemczech, USA oraz Wielkiej Brytanii.

Ogólny szacowany koszt świadczeń opieki zdrowotnej, na realizację których Prezes NFZ wyraził zgodę w analizowanym okresie wyniósł 7 186 tys. zł i stanowił około 38,14% analogicznych kosztów w 2016 r. (18 840 tys. zł) oraz był o 20,81% niższy od kosztów z 2015 r. (34 522 tys. zł).

W 2017 r. Prezes Funduszu wydał 86 decyzji o pokrycie kosztów transportu, w tym:

- 79 decyzji dotyczyło 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,
- 7 decyzji dotyczyło pokrycia kosztów transportu powrotnego tj. do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju dla pacjentów, którzy uprzednio otrzymali zgodę Prezesa NFZ 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 86 decyzji dotyczących sfinansowania transportu, procedura rozpatrywania 69 wniosków została zakończona wydaniem decyzji pozytywnej, natomiast procedura rozpatrywania 17 wniosków została zakończona wydaniem decyzji negatywnej.

Ogółem wartość transportu, na którego sfinansowanie Prezes Funduszu wyraził zgodę w okresie od 1 stycznia 2017 r. do 31 grudnia 2017 r. szacowana jest na kwotę 177 191,78 zł, w tym:

- koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń wynoszą szacunkowo 168 782,75 zł, przy czym w jednym przypadku wyniósł 51 320,00 zł i był to transport lotniczy z asystą lekarza i pielęgniarki (przeszczepienie ludzkiej grasicy) do Wielkiej Brytanii;
- koszty transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju wynoszą szacunkowo 8 409,03 zł.

Wśród zmian wprowadzonych w 2017 r. mających wpływ na realizację dokonywania przez Fundusz zwrotu kosztów, o którym mowa w art. 42b ustawy o świadczeniach wskazać należy wejście w życie z dniem 1 czerwca ustawy z dnia 7 kwietnia 2017 r. *o zmianie ustawy – Kodeks postępowania administracyjnego oraz niektórych innych ustaw* (Dz. U. z 2017 r. poz. 935), która m.in. wprowadziła możliwość zrzeczenia się prawa do wniesienia odwołania od decyzji organu I instancji, czyli w przypadku postępowań w sprawie zwrotu kosztów – od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Zrzeczenie się prawa do wniesienia odwołania pozwoliło przyspieszyć uzyskanie decyzji ostatecznej i w rezultacie, w przypadku świadczeniobiorców, którzy skorzystali z tego prawa, skróciło czas na uzyskanie zwrotu kosztów za świadczenia udzielone w innym państwie członkowskim UE.

Najczęstsze trudności, które powstały w trakcie procedowania wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach wynikały z funkcjonowania na rynku firm pośredniczących, organizujących dla polskich świadczeniobiorców wyjazdy na leczenie do placówek medycznych działających na terenie innych państw członkowskich UE. Wątpliwości budziła kwestia zasadności kierowania pacjentów do zabiegów przez pośredników, dla których prowadzona działalność miała głównie charakter zarobkowy. Zaobserwowano, że większość pacjentów, którzy ze świadczeń skorzystali w innym państwie członkowskim UE nie była wcześniej zapisana na liście oczekujących na zabieg w kraju – jedynie w przypadku 1 798 świadczeń usunięcia zaćmy dokonano wykreślenia pacjenta z listy oczekujących z uwagi na skorzystanie z leczenia w innym państwie członkowskim UE, co stanowiło 11,43% wszystkich tego typu świadczeń udzielonych w 2017 r. w ramach transgranicznej opieki zdrowotnej. Część pacjentów rezygnowała ponadto z niezbędnych badań po wykonanym zabiegu. Dodatkowo, niektóre firmy pośredniczące posługiwały się logotypem Funduszu, co mogło błędnie sugerować świadczeniobiorcom, że Fundusz sprawuje nad tymi firmami zewnętrzną kontrolę lub ma z nimi podpisaną umowę na realizację usług.

Mając na uwadze powyższe, na stronie Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej umieszczono komunikat przypominający o konieczności przestrzegania zaleceń

terapeutycznych oraz wskazujący na brak powiązania Funduszu z pośrednikami organizującymi wyjazdy na leczenie na zasadach komercyjnych. Ponadto, prowadzono korespondencję z firmami pośredniczącymi posługującymi się logotypem Funduszu przypominającą o braku podstaw prawnych do wykorzystywania tego znaku graficznego.

Zadania, które zostały nałożone na Narodowy Fundusz Zdrowia 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 2017 r. przez Fundusz na bieżąco. Prawie 95% zakończonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu postępowań w sprawie zwrotu kosztów zakończyło się w 2017 r. wydaniem decyzji pozytywnych w sprawie zwrotu kosztów. Fundusz dokonał zwrotu w odniesieniu do 16 982 złożonych wniosków o zwrot kosztów na łączną wartość 36 197 693,13 zł.

Realizacja zadań prowadzonych przez Fundusz na podstawie art. 42i oraz art. 42j ustawy o świadczeniach w 2017 r. prowadzona była na bieżąco. W 2017 r. Prezes Funduszu procedował 247 wniosków (z czego procedowanie 54 wniosków rozpoczęto w 2016 r.) W 2017 r. procedura 178 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:
    - ubezpieczonych w Funduszu,
    - osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji,
    - 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 2017 r., w CWU zarejestrowane były 33 876 567 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, 33 851 777 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 24 790 osób posiadających uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, po zawarciu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 25 952 773 osoby, to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 899 004 osoby, to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 17 377 osób, ze zgłoszonymi 7 413 członkami rodziny

Tabela nr III.4. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – wg stanu na koniec 2017 roku.

	Oddział	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych
		ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
1	2	3	4	5	6	7	8	9=(3+6)
	ogółem	33 851 777	25 952 773	7 899 004	24 790	17 377	7 413	33 876 567
1	DOLNOŚLĄSKI	2 502 516	1 963 036	539 480	2 055	1 640	415	2 504 571
2	KUJAWSKO-POMORSKI	1 809 845	1 396 985	412 860	841	597	244	1 810 686
3	LUBELSKI	1 888 441	1 442 026	446 415	646	505	141	1 889 087
4	LUBUSKI	872 886	670 178	202 708	448	271	177	873 334
5	ŁÓDZKI	2 246 755	1 777 357	469 398	728	577	151	2 247 483
6	MAŁOPOLSKI	3 004 960	2 254 628	750 332	2 753	2 130	623	3 007 713
7	MAZOWIECKI	4 937 623	3 802 851	1 134 772	5 785	4 292	1 493	4 943 408
8	OPOLSKI	810 220	629 477	180 743	339	264	75	810 559
9	PODKARPACKI	1 838 339	1 368 043	470 296	838	785	53	1 839 177
10	PODLASKI	1 018 757	774 246	244 511	439	319	120	1 019 196
11	POMORSKI	2 004 393	1 497 455	506 938	3 591	1 853	1 738	2 007 984
12	ŚLĄSKI	4 034 307	3 079 806	954 501	1 722	1 278	444	4 036 029
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	1 093 133	847 185	245 948	175	128	47	1 093 308
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 204 229	919 222	285 007	349	208	141	1 204 578
15	WIELKOPOLSKI	3 159 677	2 428 610	731 067	1 865	1 379	486	3 161 542
16	ZACHODNIOPOMORSKI	1 425 694	1 101 666	324 028	2 216	1 151	1 065	1 427 910
	Nieokreślony	2	2	0	0	0	0	2

Na koniec 2016 r., w CWU zarejestrowanych było 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.5. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – wg stanu na koniec 2016 r. data generacji 03-01-2017 r.

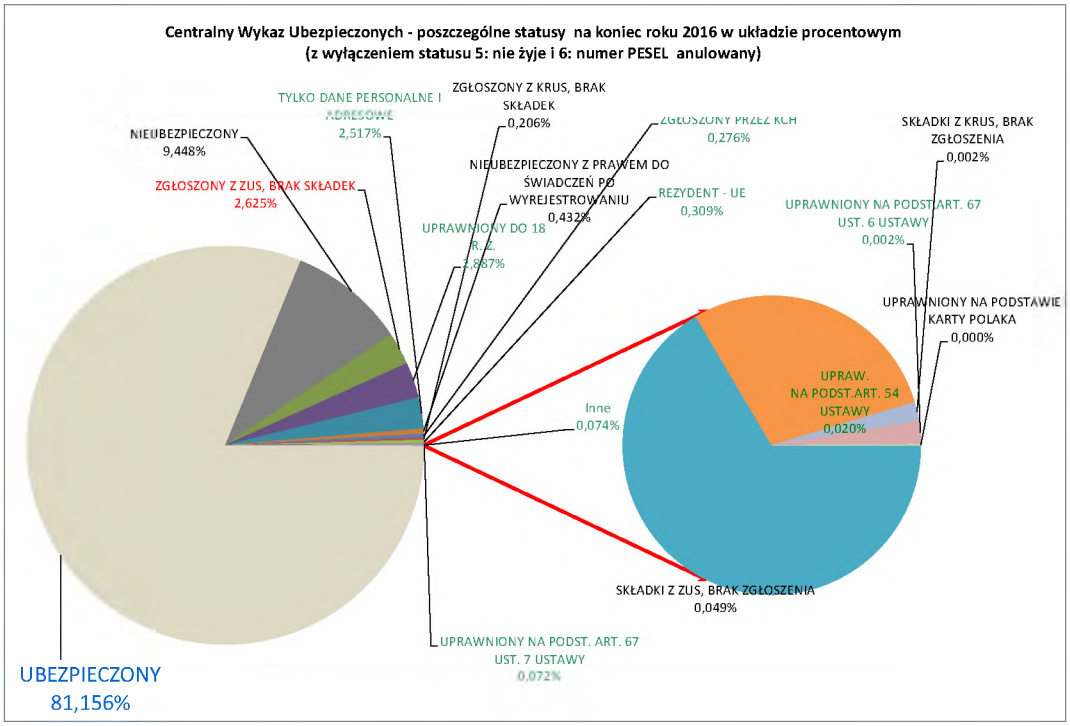
	Oddział	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych
		ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
1	2	3	4	5	6	7	8	9=(3+6)
	ogółem	33 762 286	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	PODLASKI	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

Tabela nr III.6. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – różnica między stanem na koniec 2017 roku do końca 2016 r.

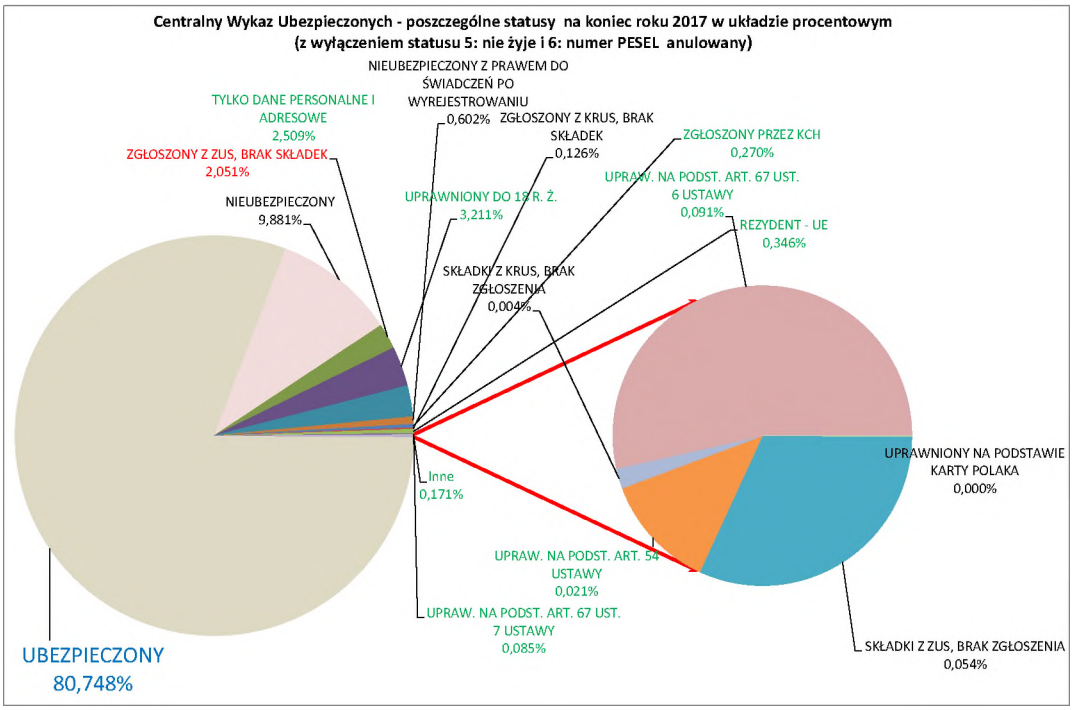
	Oddział	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych
		ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
1	2	3	4	5	6	7	8	9=(3+6)
	ogółem	89 491	201 750	-112 259	823	908	-85	90 314
1	DOLNOŚLĄSKI	13 355	23 413	-10 058	188	196	-8	13 543
2	KUJAWSKO-POMORSKI	-1 794	5 237	-7 031	76	72	4	-1 718
3	LUBELSKI	-9 871	-547	-9 324	41	44	-3	-9 830
4	LUBUSKI	1 182	5 604	-4 422	6	20	-14	1 188
5	ŁÓDZKI	-967	5 934	-6 901	34	39	-5	-933
6	MAŁOPOLSKI	23 690	27 038	-3 348	38	28	10	23 728
7	MAZOWIECKI	47 053	49 470	-2 417	316	290	26	47 369
8	OPOLSKI	-441	2 992	-3 433	-14	-8	-6	-455
9	PODKARPACKI	-1 867	5 667	-7 534	-43	-46	3	-1 910
10	PODLASKI	-2 287	2 140	-4 427	16	10	6	-2 271
11	POMORSKI	18 219	23 342	-5 123	-121	-4	-117	18 098
12	ŚLĄSKI	1 758	18 339	-16 581	99	103	-4	1 857
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	-9 111	-2 543	-6 568	18	4	14	-9 093
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	-6 648	-67	-6 581	10	-1	11	-6 638
15	WIELKOPOLSKI	18 839	28 058	-9 219	79	111	-32	18 918
16	ZACHODNIOPOMORSKI	-1 582	7 696	-9 278	80	50	30	-1 502
	Nieokreślony	-37	-23	-14	0	0	0	-37

Porównując dane między okresami, w ogólnej liczbie osób zarejestrowanych w CWU, wykazywanych jako ubezpieczone, zauważalny jest wzrost liczby ubezpieczonych obowiązkowo o ponad 89 tysięcy. W grupie ubezpieczonych dobrowolnie, widoczny jest wzrost liczby osób zawierających umowę (opłacających składkę) o 908 osób.

Wykres nr III.4. Statusy osób zarejestrowanych w CWU wg stanu na koniec 2016 r.



Wykres nr III.5. Statusy osób zarejestrowanych w CWU wg stanu na koniec 2017 r.



Dla prawidłowej interpretacji danych konieczne jest uwzględnienie informacji, że statusy w CWU to opis umożliwiający sprawne odczytanie danych na podstawie przetwarzanych informacji[7].

[7] UBEZPIECZONY; ID statusu 1 – przypisany do danych osób, które zostały zgłoszone do ubezpieczenia (tzw. aktywne zgłoszenie) oraz mają opłaconą składkę na ubezpieczenie zdrowotne za ostatnie 3 miesiące, a także zgłoszeni do systemu ubezpieczeń zdrowotnych członkowie ich rodzin.
NIEUBEZPIECZONY; ID statusu 3 – przypisany do danych osób powyżej 18 r. życia, które nie mają aktywnego zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz brak jest informacji o opłaconej składce na ubezpieczenie tj. osób wyrejestrowanych z ubezpieczenia zdrowotnego przez ZUS lub KRUS; przypisany do danych osób, które ukończyły 18 r. życia, a które były zgłoszone jako członkowie rodziny i nie wpłynęło dla nich wyrejestrowanie wraz z wyrejestrowaniem osoby zgłaszającej (głównego ubezpieczonego); status ten mają również osoby powyżej 18 r. życia, które zgłoszone były z tytułem „członek rodziny – dziecko", bez określonego stopnia niepełnosprawności, które ukończyły 26 rok życia.
UPRAWNIONY DO 18 R.Ż.; ID statusu 4 - inne niż wymienione w art. 2 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o świadczeniach, osoby, które nie ukończyły 18. roku życia posiadające obywatelstwo polskie (niezgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego).
NIE ŻYJE; ID statusu 5 – przypisany do danych osób, dla których do Funduszu wpłynęła informacja z organu prowadzącego centralną ewidencję PESEL o dacie zgonu – art. 87 ust. 10 a ustawy o świadczeniach.
NUMER PESEL ANULOWANY (INFORMACJA Z MSWiA); ID statusu 6 – przypisany do danych osób, dla których do Funduszu wpłynęła informacja z organu prowadzącego centralną ewidencję PESEL o anulowaniu numeru PESEL – art. 87 ust. 10a ustawy o świadczeniach.
ZGŁOSZONY Z KCH; ID statusu 7 – przypisany do danych osób, których dane pochodzą z rejestrów byłych Kas Chorych, a nie ma żadnych okresów ubezpieczenia z ZUS lub KRUS i informacji o opłaconej składce.
REZYDENT UE; ID statusu 8 – status ten otrzymują osoby, będące obywatelami państw członkowskich UE lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.
TYLKO DANE PERSONALNE I ADRESOWE; ID statusu 9 – taki status otrzymują osoby powyżej 18 roku życia, dla których do Funduszu wpłynęła informacja z organu prowadzącego centralną ewidencję PESEL o nadaniu numeru PESEL – art. 87 ust. 10a ustawy o świadczeniach a nie ma żadnych okresów ubezpieczenia z ZUS lub KRUS i informacji o opłaconej składce.
UPRAWNIONY NA PODSTAWIE ART. 54 USTAWY; ID statusu -9 (minus 9) – przypisany do danych osób, dla których dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, rejestrowana w systemie przez Fundusz.
UPRAWNIONY NA PODSTAWIE ART. 67 UST. 6 USTAWY o świadczeniach; ID statusu -8 (minus 8) – status przypisany do danych osób pobierających zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, którego nie zalicza się do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz członków ich rodzin, zgłaszanych do systemu przez ZUS, które pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia mają wraz z członkami rodziny prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w okresie pobierania przez tę osobę.
UPRAWNIONY NA PODSTAWIE ART. 67 UST. 7 USTAWY ; ID statusu -7 (minus 7) – status przypisany do danych osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty, które pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia mają wraz z członkami rodziny prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.
UPRAWNIONY NA PODSTAWIE KARTY POLAKA; ID statusu -6 (minus 6) – dotyczy osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie Karty Polaka wydanej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. z 2017 poz.1459), rejestrowanych w systemie przez Fundusz.
ZGŁOSZONY Z ZUS, BRAK SKŁADEK; ID statusu 21 – przypisany do danych osób, które zostały zgłoszone do ubezpieczenia (tzw. aktywne zgłoszenie) ale brak jest informacji o opłaconej składce a także zgłoszeni do systemu ubezpieczeń zdrowotnych członkowie ich rodzin.
ZGŁOSZONY Z KRUS, BRAK SKŁADEK; ID statusu 22 – przypisany do danych osób, które zostały zgłoszone do ubezpieczenia (tzw. aktywne zgłoszenie) ale brak jest informacji o opłaconej składce a także zgłoszeni do systemu ubezpieczeń zdrowotnych członkowie ich rodzin.

Uprawnienia z tytułu członka rodziny mają charakter pochodny w stosunku do prawa głównego ubezpieczonego, który zgodnie z art. 67 ust. 3 ustawy o świadczeniach, podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego i ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny.

Należy zaznaczyć, że dane w CWU są przetwarzane w trybie ciągłym, jest to baza dynamiczna, w której każda implementacja danych (z ZUS, KRUS, MC[8]), czy też aktualizacja z wykorzystaniem dostępnych narzędzi i funkcji lub rejestracje decyzji z art. 54 ustawy o świadczeniach oraz umów dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, aktualizuje dane statystyczne.

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 o świadczeniach. Należy zaznaczyć, że CWU 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).

Tabela nr III.7. Centralny Wykaz Ubezpieczonych – Decyzje z art. 54 – stan na koniec 2017 r.

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	10 328	5 873	1 983	770	12	10 340	10 295	15	
1	DOLNOŚLĄSKI	778	427	159	7	1	779	778	0	
2	KUJAWSKO-POMORSKI	514	206	86	215	0	514	512	3	
3	LUBELSKI	355	174	77	10	0	355	351	2	
4	LUBUSKI	616	474	125	1	0	616	614	0	
5	ŁÓDZKI	589	363	168	8	0	589	586	0	
6	MAŁOPOLSKI	698	511	175	3	0	698	696	0	
7	MAZOWIECKI	1 357	589	257	385	6	1 363	1 358	1	
8	OPOLSKI	317	172	30	17	0	317	317	0	
9	PODKARPACKI	355	259	92	4	0	355	354	0	
10	PODLASKI	282	173	100	0	0	282	282	4	
11	POMORSKI	728	539	86	6	1	729	720	0	
12	ŚLĄSKI	929	265	143	3	0	929	925	0	
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	259	155	102	0	0	259	257	2	
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	592	425	164	2	0	592	589	0	
15	WIELKOPOLSKI	1 388	885	144	102	4	1 392	1 385	3	
16	ZACHODNIOPOMORSKI	571	256	75	7	0	571	571	0	

Plany zakupu świadczeń opieki zdrowotnej są przygotowywane przez poszczególnych 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". W związku ze znacznymi zmianami w sposobie kontraktowania świadczeń wynikającymi z wprowadzenia systemu PSZ, zestawienia zostały przygotowane na podstawie nowej wersji ww. procedury, podpisanej dnia 28 sierpnia 2017 r. Plany zakupu na 2018 rok w wersji wstępnej zostały przekazane do Centrali Funduszu w październiku 2017 r., a w wersji ostatecznej w marcu 2018 r. We wskazanych powyżej terminach Centrala Funduszu przygotowała zestawienie zbiorcze przesłanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu planów. O ewentualnych zmianach planów oddziały wojewódzkie Funduszu informują raz na kwartał.

SKŁADKI Z ZUS, BRAK ZGŁOSZENIA; ID statusu 23 – przypisany do danych osób, dla których wpłynęła z ZUS informacja o opłaconej składce a brak jest zgłoszenia do ubezpieczenia, a także zgłoszeni do systemu ubezpieczeń zdrowotnych członkowie ich rodzin.
SKŁADKI Z KRUS, BRAK ZGŁOSZENIA; ID statusu 24 - przypisany do danych osób, dla których wpłynęła z KRUS informacja o opłaconej składce a brak jest zgłoszenia do ubezpieczenia, a także zgłoszeni do systemu ubezpieczeń zdrowotnych członkowie ich rodzin.
NIEUBEZPIECZONY Z PRAWEM DO ŚWIADCZEŃ PO WYREJESTROWANIU; ID statusu 41 – przypisany do danych osób, które mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego (art. 67 ust. 4 ustawy o świadczeniach).

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

Zadania z zakresu monitorowania i kontroli

W 2017 roku, oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły łącznie 1 929 kontroli[9] w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach których skontrolowały 2049 umów[10] – 822 umowy w ramach kontroli planowych oraz 1227 umów w ramach kontroli doraźnych. Realizowane kontrole doraźne miały charakter interwencyjny, wynikający z potrzeby pilnego zbadania nagłych zdarzeń (priorytety kierownictwa, bieżące analizy danych o zrealizowanych świadczeniach, doniesienia prasowe, skargi itp.). Kontrolom poddawano zarówno prawidłowość wykonania umów zawartych na rok bieżący, jak i umów z lat poprzednich.

W wyniku prowadzonych postępowań kontrolnych oddziały wojewódzkie Funduszu wskazały w wystąpieniach pokontrolnych wartość nienależnie przekazanych środków finansowych w wysokości 40 213 885,71 zł, oraz nałożyły kary umowne na kwotę 13 571 801,14 zł, co daje łącznie wartość 53 785 686,85 zł.

Dodatkowo, przeprowadzono 83 postępowania sprawdzające na podstawie art. 107 ust. 5 pkt 12 lit. b ustawy o świadczeniach oraz 3 kontrole w związku ze złożonym wnioskiem o zapłatę za świadczenia udzielone na podstawie art. 19 ustawy o świadczeniach.

Tabela nr III.8. Liczba kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu w latach 2016-2017.

OW NFZ	2016	2017	Zmiana 2017/2016
Dolnośląski	154	156	2
Kujawsko-Pomorski	105	96	-9
Lubelski	109	145	36
Lubuski	40	51	11
Łódzki	175	189	14
Małopolski	159	187	28
Mazowiecki	236	227	-9
Opolski	66	46	-20
Podkarpacki	80	100	20
Podlaski	94	74	-20
Pomorski	80	110	30
Śląski	145	145	0
Świętokrzyski	103	84	-19
Warmińsko-Mazurski	99	150	51
Wielkopolski	139	118	-21
Zachodniopomorski	59	51	-8
RAZEM	1843	1929	86

[9] o przypisaniu kontroli do okresu sprawozdawczego decydowała data przekazania wystąpienia pokontrolnego
[10] czyt. liczba kontroli w poszczególnych rodzajach świadczeń (jedno postępowanie kontrolne może obejmować kilka rodzajów świadczeń).

Tabela nr III.9. Liczba skontrolowanych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2016-2017 r.[11]

Rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej	2016	2017	Zmiana 2017/2016
AOS	405	359	-46
OPH	26	26	0
PDT	1	1	0
POZ	218	228	10
PRO	20	6	-14
PSY	39	51	12
REH	139	87	-52
RTM	34	42	8
SOK	19	4	-15
SPO	65	87	22
STM	333	269	-64
SZP	545	818	273
UZD	33	22	-11
ZPO	59	49	-10
RAZEM	1936	2049	113

Po przeprowadzeniu analizy liczby skontrolowanych umów stwierdzono, że w 2017 roku skontrolowano o 113 umów więcej (5,8%), niż w roku ubiegłym. Liczba kontroli wzrosła w dziesięciu oddziałach wojewódzkich Funduszu. Największy względny wzrost w liczbie kontroli odnotowano w oddziale warmińsko-mazurskim o 51,9%, zaś największy względny spadek liczby kontroli wystąpił w oddziale świętokrzyskim o 27,7%.

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;
- ocena 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);
- ocena zasadności udzielania i wykazywania do rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej;
- ocena zgodności danych przekazywanych do rozliczenia do NFZ w zestawieniu z wpisami w dokumentacji medycznej;
- ocena zasadności kwalifikacji pacjenta do świadczenia;
- ocena sposobu prowadzenia dokumentacji medycznej;
- ocena spełnienia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych;
- ocena spełnienia warunków zadeklarowanych w ofercie;
- ocena 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 40 213 451 zł, oraz nałożyły kary umowne na kwotę 13 571 801 zł, co daje łącznie wartość 53 785 687 zł.

[11] Kontrole wielorodzajowe zostały wykazane w wszystkich rodzajach, których dotyczyły.

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 2016-2017 (w zł).

OW	Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	Zmiana 2017/2016
Dolnośląski	2 043 992	697 067	575 588	672 094	2 619 580	1 369 161	-1 250 419
Kujawsko-Pomorski	3 793 064	2 597 388	951 163	491 413	4 744 227	3 088 801	-1 655 426
Lubelski	1 440 045	3 884 837	431 089	357 450	1 871 134	4 242 287	2 371 153
Lubuski	911 409	360 362	285 421	779 805	1 196 830	1 140 168	-56 662
Łódzki	5 392 149	3 016 742	2 474 896	1 494 461	7 867 044	4 511 203	-3 355 841
Małopolski	1 015 471	1 761 818	1 272 302	661 344	2 287 773	2 423 162	135 389
Mazowiecki	4 934 167	7 288 282	1 650 709	1 420 429	6 584 876	8 708 711	2 123 835
Opolski	1 762 608	1 474 101	631 351	643 566	2 393 959	2 117 667	-276 291
Podkarpacki	1 710 772	7 477 479	658 880	783 976	2 369 652	8 261 455	5 891 803
Podlaski	1 731 496	484 892	642 158	919 159	2 373 653	1 404 051	-969 602
Pomorski	972 520	1 324 279	761 801	1 484 992	1 734 321	2 809 271	1 074 950
Śląski	1 407 806	1 557 245	3 959 595	2 270 449	5 367 401	3 827 694	-1 539 707
Świętokrzyski	871 693	393 913	589 428	458 639	1 461 121	852 552	-608 569
Warmińsko-Mazurski	2 037 792	948 670	238 926	160 002	2 276 718	1 108 672	-1 168 046
Wielkopolski	3 527 270	1 217 622	535 868	566 193	4 063 137	1 783 814	-2 279 323
Zachodniopomorski	968 198	5 729 189	360 979	407 830	1 329 177	6 137 019	4 807 842
Razem	**34 520 451**	**40 213 886**	**16 020 152**	**13 571 801**	**50 540 603**	**53 785 687**	**3 245 083**

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 2016-2017 (w zł).

Symbol rodzaju świadczeń	Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		zem skutki finansowe kontr		
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	Zmiana 2017/2016
AOS	3 538 932	1 955 128	1 038 101	825 595	4 577 033	2 780 724	-1 796 309
OPH	78 012	562 005	141 017	171 747	219 028	733 752	514 723
PDT	0	0	0	0	0	0	0
POZ	408 051	523 684	382 497	392 307	790 549	915 991	125 443
PRO	2 260	0	8 900	301	11 160	301	-10 859
PSY	624 034	1 539 393	200 594	335 062	824 627	1 874 456	1 049 828
REH	1 086 160	646 132	681 327	489 435	1 767 486	1 135 567	-631 919
RTM	131 100	23 150	209 938	577 389	341 038	600 539	259 501
SOK	168 455	1 578	14 134	49 251	182 589	50 829	-131 760
SPO	579 526	568 132	435 908	280 347	1 015 434	848 479	-166 956
STM	1 148 893	4 385 677	451 007	443 242	1 599 900	4 828 919	3 229 019
SZP	26 649 808	29 848 794	12 202 300	9 806 418	38 852 109	39 655 212	803 104
UZD	0	198	198 298	141 798	198 298	141 996	-56 302
ZPO	105 221	160 015	56 132	58 908	161 353	218 923	57 569
Razem	**34 520 451**	**40 213 886**	**16 020 152**	**13 571 801**	**50 540 603**	**53 785 687**	**3 245 083**

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;
- brak lub ograniczenie dostępności do świadczeń, nieudzielanie świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie, udzielanie świadczeń niezgodnie z harmonogramem;

- 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);
- brak spełnienia warunków realizacji świadczeń w zakresie personelu udzielającego świadczeń;
- 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);
- niepodanie do wiadomości świadczeniobiorców zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń.

Ponadto, Departament Kontroli w Centrali NFZ przeprowadził w 2017 r. szesnaście kontroli świadczeniodawców, dotyczących następujących tematów:

- prawidłowość kwalifikowania pacjentów do programu lekowego „Leczenie wtórnej nadczynności przytarczyc u pacjentów hemodializowanych" i stosowania leku Mimpara u pacjentów dializowanych (1 świadczeniodawca),
- ocena prawidłowości realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie produktu kontraktowego: chirurgia szczękowo-twarzowa pod kątem zgodności stanu faktycznego z załącznikiem nr 2 do umowy (harmonogram-zasoby) oraz spełnienia warunków wymaganych, dotyczących w szczególności organizacji i sposobu udzielania świadczeń w podmiocie leczniczym (1 świadczeniodawca),
- sprawdzenie poprawności zastosowania kryteriów kwalifikacji świadczeniobiorców do udzielania świadczenia „Przezskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca", o których mowa w załączniku do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz. U. poz.1958) w zakresie kwalifikacji do świadczeń określonych w pkt 7 pozycji 10 załącznika do ww. rozporządzenia oraz weryfikacja prawidłowości sprawozdawania określona w pkt 10 poz.10 ww. załącznika (5 świadczeniodawców),
- ocena prawidłowości realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: opieka paliatywna i hospicyjna, w zakresie hospicjum domowe oraz hospicjum domowe dla dzieci (5 świadczeniodawców),
- realizacja umów i rozliczanie udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie produktu rozliczeniowego: 5.52.01.0000261 badanie audiologiczne dzieci do 4 roku życia oraz 5.52.01.0000264 badanie pedoaudiologiczne w podejrzeniu głuchoty u dziecka. (4 świadczeniodawców).

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 2017 roku oddziały wojewódzkie NFZ łącznie przeprowadziły 950 postępowań kontrolnych[12] w aptekach, z czego 901 kontroli zakończyło się przekazaniem zaleceń pokontrolnych.

[12] 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.

Tabela nr III.12. Liczba przeprowadzonych kontroli aptek w latach 2016-2017.

OW NFZ	2016	2017	Zmiana 2017/2016
Dolnośląski	54	42	-12
Kujawsko-Pomorski	77	60	-17
Lubelski	60	51	-9
Lubuski	94	89	-5
Łódzki	46	40	-6
Małopolski	42	89	47
Mazowiecki	202	234	32
Opolski	23	25	2
Podkarpacki	40	43	3
Podlaski	36	41	5
Pomorski	29	31	2
Śląski	24	29	5
Świętokrzyski	57	45	-12
Warmińsko-Mazurski	71	74	3
Wielkopolski	79	39	-40
Zachodniopomorski	20	18	-2
RAZEM	954	950	-4

Tabela nr III.13. Zestawienie danych dotyczących skutków finansowych kontroli aptek (w zł.) za lata 2016-2017.

OW	Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	Zmiana 2017/2016
Dolnośląski	106 915	99 073	51 850	45 856	158 765	144 928	-13 836
Kujawsko-Pomorski	187 208	18 823	20 680	16 841	207 888	35 664	-172 224
Lubelski	53 932	52 123	7 975	29 047	61 907	81 170	19 263
Lubuski	64 019	56 377	44 748	22 056	108 767	78 433	-30 334
Łódzki	510 547	20 913	2 430	35 889	512 978	56 801	-456 177
Małopolski	3 193 889	74 333	7 960	49 932	3 201 849	124 265	-3 077 584
Mazowiecki	141 674	204 658	134 834	97 348	276 509	302 006	25 497
Opolski	20 051	4 378	7 124	6 130	27 175	10 508	-16 667
Podkarpacki	449 970	89 003	28 971	24 815	478 942	113 819	-365 123
Podlaski	119 125	94 461	25 900	47 786	145 025	142 247	-2 778
Pomorski	30 683	67 549	10 337	25 449	41 020	92 998	51 978
Śląski	83 227	93 847	98 665	79 388	181 892	173 235	-8 657
Świętokrzyski	139 259	31 802	49 596	49 752	188 855	81 555	-107 300
Warmińsko-Mazurski	72 534	47 530	5 268	14 850	77 802	62 379	-15 423
Wielkopolski	286 177	1 363 520	32 226	58 223	318 403	1 421 742	1 103 340
Zachodniopomorski	100 255	176 276	6 909	7 448	107 164	183 723	76 559
RAZEM	5 559 465	2 494 664	535 474	610 810	6 094 939	3 105 474	-2 989 465

<u>Kontrole niekoordynowane (planowe i doraźne)</u>

Kontrole niekoordynowane planowe i doraźne dotyczyły głównie:

- sprawdzenia wytypowanych recept pod względem spełniania wymogów formalnych i merytorycznych oraz weryfikacji poprawności wykonywania umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego,
- weryfikacji danych o obrocie refundowanymi lekami i wyrobami medycznymi przekazanych przez apteki w komunikatach elektronicznych w oparciu o dane odczytane ze zrealizowanych recept podlegających refundacji, a także sprawdzenia innych dokumentów związanych z ich realizacją (wydruków przychodów i rozchodów wybranej grupy leków),
- sprawdzenia ewidencji osób zatrudnionych w aptece na dzień kontroli oraz terminowości przekazywania informacji o zmianach na stanowisku kierownika apteki,
- sprawdzenia realizacji umowy w zakresie realizacji recept wystawionych przez osoby uprawnione (felczerzy medycyny) na niedozwolone leki z wykazów: A, P1-P3, N1-N2,

- weryfikacji komunikatu elektronicznego LEK, po terminie określonym w art. 45 ust. 6 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych[13],
- wyceny i realizacji recept refundowanych zrealizowanych na import docelowy,
- realizacji recept refundowanych:
    - w diecie eliminacyjnej w fenyloketonurii,
    - na leki niedopuszczone do obrotu w punktach aptecznych;
    - na leki zawierające substancję czynną Fentanyl (grupa I-N);
    - na leki z grup: ATC N05 (leki psycholeptyczne), A10 (leki stosowane w cukrzycy) oraz R03 (leki stosowane w chorobach obturacyjnych dróg oddechowych),
    - na leki z listy zagrożonej wywozem z terytorium RP w dużych ilościach,
    - na leki narkotyczne i psychotropowe,
    - na leki posiadające kategorię dostępności Rpw,
    - na leki o cenach detalicznych niezgodnych z odpowiadającymi im cenami detalicznymi w obwieszczeniach MZ,
    - na bezpłatne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dla pacjentów po 75 r. ż.,
    - wystawionych przez stomatologów (w szczególności na leki, które mogą być wykorzystywane przy udzielaniu świadczeń takich jak argentum nitricum oraz lidocaina z noradrenaliną lub na leki wypisywane pacjentom niezgodnie ze wskazaniami),
    - na leki zaordynowane przez pielęgniarki i położne,
    - dla pacjentów z uprawnieniami IB, ZK, IW, DN, S,
    - wykazanych jako wystawione po zgonie pacjenta,
    - w aptekach posiadających wysoki poziom refundacji,
- kontroli w związku z zawiadomieniem do prokuratury o podejrzeniu popełnienia przestępstwa sfałszowanie podpisu kierownika.

Kontrole koordynowane

Kontrola koordynowana zlecona przez Centralę Funduszu do realizacji w oddziałach wojewódzkich NFZ na IV kwartał 2017 r. dotyczyła „Realizacji recept wystawionych na wybrane leki dla pacjentów z uprawnieniami IB ze szczególnym uwzględnieniem leków posiadających status RPZ."
Z 652 923 recept skontrolowanych w 2017 r. zakwestionowano łącznie 30 402 recepty, tj. 4,66% recept poddanych kontroli. Średnia liczba recept zakwestionowanych przypadająca na jedno przeprowadzone postępowanie kontrolne wyniosła 32. W toku przeprowadzonych w 2017 roku kontroli aptek zakwestionowano łącznie 30 402 recept o wartości 2 505 439,06 zł oraz nałożono kary umowne w kwocie 611 663,77 zł razem skutki finansowe wyniosły 3 117 102,83 zł.

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 2017 r. oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły 455 kontroli ordynacji lekarskiej z czego 100 kontroli dotyczyło lekarzy wystawiających recepty w oparciu o umowy indywidualne na wystawianie recept na leki i wyroby medyczne objęte refundacją, a 355 kontroli obejmowało realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ordynacji lekarskiej. W porównaniu z 2016 rokiem liczba kontroli wzrosła o 1,11%. Skontrolowano 1 536 lekarzy.

[13] ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Tabela nr III.14. Liczba kontroli ordynacji lekarskiej przeprowadzonych w latach 2016-2017.

OW	Liczba kontroli		
	2016	**2017**	**Zmiana 2017/2016**
Dolnośląski	40	33	-7
Kujawsko-Pomorski	16	10	-6
Lubelski	40	39	-1
Lubuski	26	24	-2
Łódzki	25	26	1
Małopolski	25	41	16
Mazowiecki	72	89	17
Opolski	11	11	0
Podkarpacki	14	15	1
Podlaski	42	25	-17
Pomorski	13	20	7
Śląski	15	36	21
Świętokrzyski	41	30	-11
Warmińsko-Mazurski	17	26	9
Wielkopolski	36	17	-19
Zachodniopomorski	17	13	-4
RAZEM	**450**	**455**	**5**

Tabela nr III.15. Liczba skontrolowanych lekarzy w latach 2016-2017 (pojedynczy NPWZ).

Oddział Wojewódzki NFZ	Liczba lekarzy (umowy indywidualne)		Liczba lekarzy (umowy ze świadczeniodawcami)		Razem liczba lekarzy skontrolowanych (pojedynczy NPWZ)		Razem liczba lekarzy skontrolowanych (pojedynczy NPWZ)
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	Zmiana 2017/2016
Dolnośląski	12	1	87	91	98	92	-6
Kujawsko - Pomorski	3	1	57	50	60	51	-9
Lubelski	9	5	147	326	154	331	177
Lubuski	0	3	54	63	54	66	12
Łódzki	4	11	32	40	34	51	17
Małopolski	8	16	19	26	25	42	17
Mazowiecki	16	19	209	355	220	374	154
Opolski	1	0	45	32	46	32	-14
Podkarpacki	2	2	14	33	16	35	19
Podlaski	8	4	117	97	119	101	-18
Pomorski	7	2	10	113	17	115	98
Śląski	2	18	21	26	23	44	21
Świętokrzyski	4	5	127	51	130	56	-74
Warmińsko - Mazurski	3	8	24	71	25	79	54
Wielkopolski	6	2	52	33	58	35	-23
Zachodniopomorski	5	3	23	27	28	30	2
Razem	90	100	1 038	1434	1 107	1534	427

Ogółem wartość kontrolowanej ordynacji w 2017 r. wynosiła 23 431 675 zł.

Tabela nr III.16. Wartość kontrolowanej ordynacji w latach 2016-2017 (w zł.).

Oddział Wojewódzki NFZ	Wartość kontrolowanej ordynacji - umowy indywidualne		Wartość kontrolowanej ordynacji - umowy ze świadczeniodawcami		Razem - Wartość kontrolowanej ordynacji		Razem - Wartość kontrolowanej ordynacji
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	Zmiana 2017/2016
Dolnośląski	230 206	2 242	2 133 650	1 393 691	2 363 856	1 395 933	-967 922
Kujawsko - Pomorski	43 768	3 983	1 852 000	3 782 750	1 895 768	3 786 733	1 890 965
Lubelski	868 861	389 216	4 759 508	3 826 421	5 628 369	4 215 637	-1 412 732
Lubuski	0	17 142	1 680 177	1 665 768	1 680 177	1 682 910	2 734
Łódzki	6 900	115 135	119 575	325 626	126 475	440 761	314 286
Małopolski	226 425	1 042 686	8 557 844	2 202 839	8 784 269	3 245 526	-5 538 743
Mazowiecki	1 275 949	310 781	7 555 611	1 078 629	8 831 560	1 389 411	-7 442 149
Opolski	1 639	0	124 556	355 586	126 195	355 586	229 392
Podkarpacki	6 551	20 926	112 543	296 717	119 094	317 643	198 549
Podlaski	422 857	19 198	1 173 806	291 922	1 596 663	311 120	-1 285 542
Pomorski	272 142	119 516	206 551	849 043	478 693	968 559	489 866
Śląski	37 261	90 472	1 678 151	1 322 734	1 715 412	1 413 206	-302 206
Świętokrzyski	14 381	422 600	1 840 347	1 818 500	1 854 728	2 241 101	386 372
Warmińsko - Mazurski	11 796	94 047	1 758 831	949 676	1 770 626	1 043 722	-726 904
Wielkopolski	563 241	58 885	1 712 595	244 130	2 275 837	303 014	-1 972 823
Zachodniopomorski	304 576	167 614	375 348	153 197	679 923	320 812	-359 112
Razem	4 286 552	2 874 445	35 641 093	20 557 230	39 927 644	23 431 675	-16 495 969

Łącznie w wyniku przeprowadzonych kontroli ordynacji lekarskiej w 2017 roku wartość zakwestionowanej ordynacji (1 557 686 zł) oraz kar umownych (643 152 zł) wyniosła 2 200 838 zł. Po rozpatrzeniu środków odwoławczych kwota do zwrotu wyniosła 2 192 595 zł, co stanowiło 9,36% wartości kontrolowanej ordynacji.

Tabela nr III.17. Wartość zakwestionowanej ordynacji oraz kar umownych w latach 2016-2017 (w zł.).

Oddział Wojewódzki NFZ	Wartość zakwestionowanej ordynacji		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		Razem skutki finansowe kontroli
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	Zmiana 2017/2016
Dolnośląski	32 786	26 760	74 556	75 305	107 342	102 065	-5 277
Kujawsko-Pomorski	1 178 922	127 450	23 205	20 274	1 202 127	147 724	-1 054 403
Lubelski	48 323	326 963	4 658	36 026	52 981	362 988	310 007
Lubuski	28 089	93 094	2 463	4 000	30 552	97 094	66 542
Łódzki	26 349	26 980	12 700	48 838	39 049	75 818	36 768
Małopolski	493 807	117 857	79 868	31 379	573 675	149 236	-424 439
Mazowiecki	6 186 291	273 017	132 440	45 875	6 318 731	318 892	-5 999 839
Opolski	22 937	15 498	2 244	6 050	25 181	21 548	-3 633
Podkarpacki	6 707	12 583	27 800	35 900	34 507	48 483	13 975
Podlaski	33 686	37 452	83 537	31 566	117 223	69 019	-48 204
Pomorski	5 449	228 482	21 583	83 374	27 032	311 856	284 824
Śląski	670 006	14 308	31 004	93 375	701 010	107 683	-593 328
Świętokrzyski	22 523	11 396	24 722	66 750	47 245	78 145	30 901
Warmińsko-Mazurski	578	100 268	4 084	13 258	4 662	113 526	108 864
Wielkopolski	88 342	92 242	14 856	16 936	103 198	109 178	5 980
Zachodniopomorski	15 381	53 338	38 039	26 003	53 420	79 341	25 921
RAZEM	8 860 177	1 557 686	577 759	634 909	9 437 936	2 192 595	-7 245 341

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

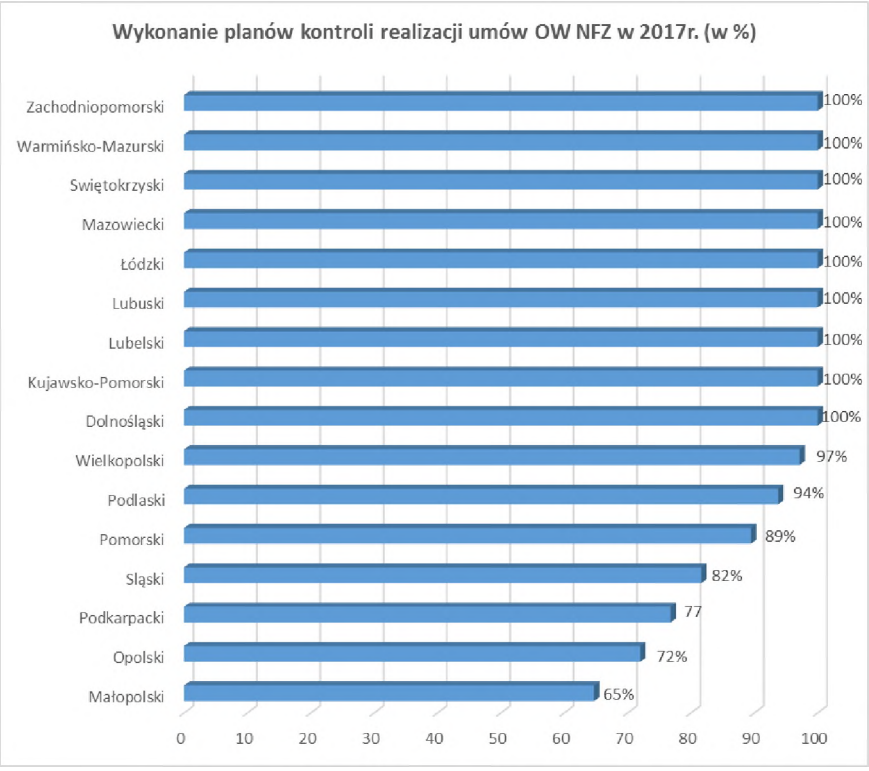
- wystawiania recept niezgodnie z przepisami obowiązującymi w okresie kontroli: oznaczania poziomu odpłatności niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami; przepisywania leków refundowanych niezgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi i/lub w ilości

przewyższającej wskazania dotyczące dawkowania oraz niezgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego; ordynowania leków refundowanych z kodem uprawnień dodatkowych pacjenta „S" przez nieuprawnionych lekarzy; ordynowanie bez uprawnień leków refundowanych przez felczera;

- prowadzenia dokumentacji medycznej: nieczytelne, niechronologiczne i nieuporządkowane prowadzenie dokumentacji; brak/nieczytelne wpisy w dokumentacji medycznej dotyczące porad ambulatoryjnych, wywiadu lekarskiego, badania przedmiotowego, zaordynowanych leków i dawkowania oraz wystawionych recept; brak rozpoznania choroby, brak potwierdzenia zasadności ordynacji leków; braki formalne w dokumentacji medycznej (np. brak podpisu i pieczątki lekarza we wpisach; brak numeracji stron itp.); rozbieżności danych w dokumentacji z danymi na receptach; brak uzasadnienia w dokumentacji medycznej ilości opakowań przepisanych na receptach; brak wpisów potwierdzających szczególne uprawnienia pacjenta; brak wpisów stanowiących zlecenia lekarskie na wystawianie recept przez pielęgniarkę;
- braku dokumentacji medycznej;
- niezrealizowania zaleceń pokontrolnych;
- utrudniania lub udaremniania czynności kontrolnych;
- udostępnienia druków recept osobom trzecim bądź ordynowania leków na recepcie z puli recept wydanych w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, podczas porady prywatnej.

Przeciętny poziom realizacji planów kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez oddziały wojewódzkie Funduszu na koniec 2017 r. wyniósł 91%, przy czym 9 oddziałów wojewódzkich Funduszu zrealizowało plan na poziomie 100%. Przedstawione dane uwzględniają wszelkie zgłoszone w ciągu całego 2017 r. zmiany w odniesieniu do pierwotnych planów przekazanych przez OW NFZ do Departamentu Kontroli Centrali NFZ na 1 stycznia 2017 r.

Wykres nr III.6. Realizacja planów kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2017 r.



Przeciętny poziom realizacji planów kontroli aptek przez oddziały wojewódzkie Funduszu na koniec 2017 r. wyniósł 99%, przy czym 15 oddziałów wojewódzkich Funduszu zrealizowało plan na poziomie 100%. Przedstawione dane uwzględniają wszelkie zmiany do pierwotnego planu złożonego na 1 stycznia 2017 r. zgłoszone w ciągu 2017 r.

Przeciętny poziom realizacji planów kontroli ordynacji lekarskiej przez oddziały wojewódzkie Funduszu na koniec 2017 r. wyniósł 99%, przy czym 15 oddziałów wojewódzkich Funduszu zrealizowało plan na poziomie 100%. Przedstawione dane uwzględniają wszelkie zmiany do pierwotnego planu złożonego na 1 stycznia 2017 r. zgłoszone w ciągu całego 2017 r.

Monitorowanie celowości, udzielanych w ramach umów, świadczeń opieki zdrowotnej (zadania wskazane w art. 107 ust. 5 pkt 14 ustawy o świadczeniach) oddziały wojewódzkie Funduszu realizują przede wszystkim poprzez kontrole realizacji umów zawartych ze świadczeniodawcami oraz bieżącą weryfikację udzielanych świadczeń. 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), wniosków o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju, oraz wniosków za leczenie pacjentów w stanach nagłych przez podmioty które nie zawarły umowy o udzielanie świadczeń. W ramach tego działania analizuje się dokumentację medyczną oraz kosztorysy zawierające szczegółowe zestawienie wykonanych czynności medycznych. Ponadto oddziały wojewódzkie Funduszu monitorują skutki wprowadzenia „sieci szpitali", refundację leków z uwzględnieniem programu „Lek dla seniora 75+" oraz realizację świadczeń w zakresie pakietu onkologicznego (karty DILO). Informacji dotyczących celowości udzielania świadczeń dostarczają także badania ankietowe pacjentów (realizowane np. przez oddziały: świętokrzyski, lubelski, łódzki).

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. NFZ 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 NFZ prowadzono liczne rekrutacje do Wydziałów Kontroli,

starając się pozyskać w szczególności pracowników posiadających wykształcenie medyczne, w tym lekarskie.

Monitorowanie i koordynowanie realizacji uprawnień dla szczególnych grup świadczeniobiorców

Fundusz w ramach monitorowania przedmiotowych uprawnień, powołał w Centrali 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 rozwiazywania indywidulanych problemów, prowadzić uprawnionego po systemie opieki zdrowotnej. Fundusz przy współpracy z Ministerstwem Spraw Wewnętrznych (MSW) i Ministerstwem Obrony Narodowej (MON), 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 MON i MSW. Następnie opracowuje sprawozdania kwartalne z udzielonych świadczeń weteranom poszkodowanym odpowiednio do MON i MSW, 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 przypisanych świadczeń.

Kombatanci – w zakresie monitorowania i koordynowania uprawnień kombatantów, Fundusz pozyskuje, na podstawie obowiązujących przepisów prawa bazę nr PESEL z Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych, kwartalnie w trybie przyrostowym.

Inwalidzi wojenni, wojskowi wdowy wdowcy po inwalidach wojennych, działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane ze względów politycznych, żołnierze zastępczej służby wojskowej przymusowo zatrudnieni w kopalniach, kamieniołomach, zakładach rud uranu i batalionach budowlanych –Fundusz rozpatruje indywidualne sprawy związane z dostępem do świadczeń oraz uprawnieniami wynikającymi z przepisów prawa, publikacji i aktualizacji uprawnień dla tej grupy świadczeniobiorców.

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

Oddziały wojewódzkie Fundusz, kwartalnie dokonują analizy kosztów dofinansowania zaopatrzenia w produkty lecznicze stosowane u uprawnionego żołnierza i pracownika. Na podstawie dokonanych analiz, dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Z przekazuje do MON zestawienie o wysokości należnej kwoty refundacji. Zestawienia przekazywane są przez oddziały wojewódzkie Funduszu kwartalnie. MON wystawia właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu Funduszu, dokument potwierdzający wysokość przyznanego dofinansowania oraz zobowiązanie do przekazania środków finansowych na konto Funduszu, a w konsekwencji dokonuje zwrotu tych środków. W 2017 r. status uprawnionego żołnierza lub pracownika wojska posiadało 170 osób.

Oddziały wojewódzkie Funduszu 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 Funduszu opracowuje kwartalne sprawozdania z realizacji świadczeń udzielonych weteranom poszkodowanym odpowiednio do MON i MSN. W 2017 r. status weterana poszkodowanego żołnierza posiadały 743 osoby, natomiast status weterana poszkodowanego funkcjonariusza – 73 osoby. W 2017 r. udzielono łącznie 1 560 świadczeń weteranom poszkodowanym żołnierzom oraz 220 świadczeń weteranom poszkodowanym funkcjonariuszom.

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 2017 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu wydali łącznie 6 545 decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach, co stanowi spadek o 15,31% względem 2016 r., kiedy wydano łącznie 7 728 decyzji. Na decyzje wydane w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego w 2017 r. przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu składają się:

- 6 022 decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, co stanowi spadek o 15,52% w stosunku do liczby decyzji wydanych do końca 2016 r., kiedy wydano 7 128 rozstrzygnięć,
- 523 decyzje dotyczące ustalenia prawa do świadczeń, co stanowi spadek o 12,83% w stosunku do liczby decyzji wydanych do końca 2016 r., kiedy wydano 600 decyzji.

Łącznie w 2017 roku dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wydali 6 022 decyzji w zakresie ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. W sprawach dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym decyzje wydawane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ dotyczyły najczęściej:

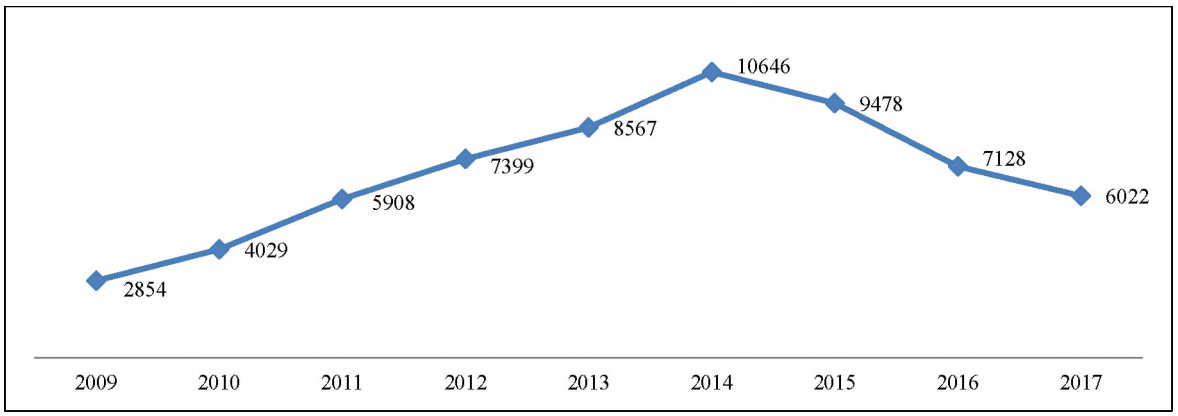
- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umów zlecenia (2 976 decyzji, co stanowi 49,42% wszystkich rozstrzygnięć),
- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących działalność gospodarczą (1 819 decyzji, co stanowi 30,21% wszystkich rozstrzygnięć),
- podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (750 decyzji, co stanowi 12,45% wszystkich rozstrzygnięć).

Ponadto, w 2017 r. wśród innych spraw rozpatrywanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w zakresie ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego znaczącą liczbę stanowiły sprawy dotyczące podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu pobierania świadczeń alimentacyjnych, zagranicznych, pozostawania studentem/doktorantem, osobą duchowną, bezrobotną oraz objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie rozstrzygnięcia sądowego (156). W dalszej kolejności należy wymienić sprawy dotyczące wykonywania umów zlecenia (75) oraz posiadania statusu członka rodziny (27). W 2017 r., nadal utrzymuje się tendencja spadku liczby decyzji wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie wykonywania umów o dzieło, które noszą znamiona umów zlecenia. Spadek liczby takich decyzji po raz pierwszy zaobserwowano w 2016 r. W obecnie analizowanym okresie sprawozdawczym względem ubiegłego roku spraw tych rozpatrzono w oddziałów wojewódzkich NFZ o 373 mniej (w 2017 r. – 2 976 wydanych decyzji, w 2016 r. – 3 349 wydanych decyzji), co stanowi ponad 11% zmniejszenie wydanych decyzji w 2017 r. w porównaniu do poprzedniego roku. Spadek liczby rozpatrywanych spraw w ww. zakresie 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 2017 r. poz. 1778, z późn. zm.) zmniejszyła się liczba wniosków ZUS kierowanych do oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w przypadku zawarcia wielu umów cywilnoprawnych z jednym ubezpieczonym, w przypadku gdy osoba ta nie była nigdzie zatrudniona

i nie była emerytem/rencistą. Spadek rozpatrywanych spraw w porównaniu do 2016 r. zauważono także w zakresie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (mniej w 2017 r. o 78 decyzji) oraz objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących działalność pozarolniczą (mniej w 2017 r. o 36 decyzji). Na uwagę zasługuje również liczba umorzonych postępowań administracyjnych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. Takich przypadków było 156 w 2017 roku. Nadal na terenie niektórych województw (głównie śląskiego 441 wydanych decyzji, ale również lubelskiego 344 wydanych decyzji, dolnośląskiego 334 wydanych decyzji oraz zachodniopomorskiego 297 wydanych decyzji), odbywały się wzmożone kontrole płatników składek, dokonywane przez komórki terenowe ZUS, które kwestionowały kwalifikację podpisanych umów o dzieło i wnosiły o uznanie powyższych umów jako noszących charakter umów zlecenia, podlegających tym samym obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Wartym zauważenia jest fakt, że w czterech oddziałach wojewódzkich Funduszu (lubelski, dolnośląski, łódzki i małopolski) liczba tych decyzji była dominująca i znacząco przewyższyła liczbę wydanych decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących działalność gospodarczą. Znaczna część (ponad 30%) decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydanych do końca 2017 r. przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczyła objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, na podstawie wniosków kierowanych 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.

Dokonując analizy liczby wydawanych decyzji w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ na przestrzeni ostatnich lat, należy wskazać, że po okresach znaczącego wzrostu liczby takich decyzji, w omawianym okresie sprawozdawczym obserwujemy spadek liczby wydanych decyzji, który nastąpił po raz pierwszy w 2015 r. Z analizy 2017 roku wynika, że mamy do czynienia z porównywalna liczbą wydanych decyzji w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym do 2011 roku, kiedy liczba wydanych decyzji wyniosła 5 908, co przedstawia szczegółowo poniższy wykres zawierający liczbę decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ wydawanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w latach 2009-2017.

Wykres nr III.7. Liczba decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ wydawanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w latach 2009-2017.



Nadal wiodącym tematem wniosków inicjujących postępowania zakończone wydaniem decyzji przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ jest objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umów zlecenia.

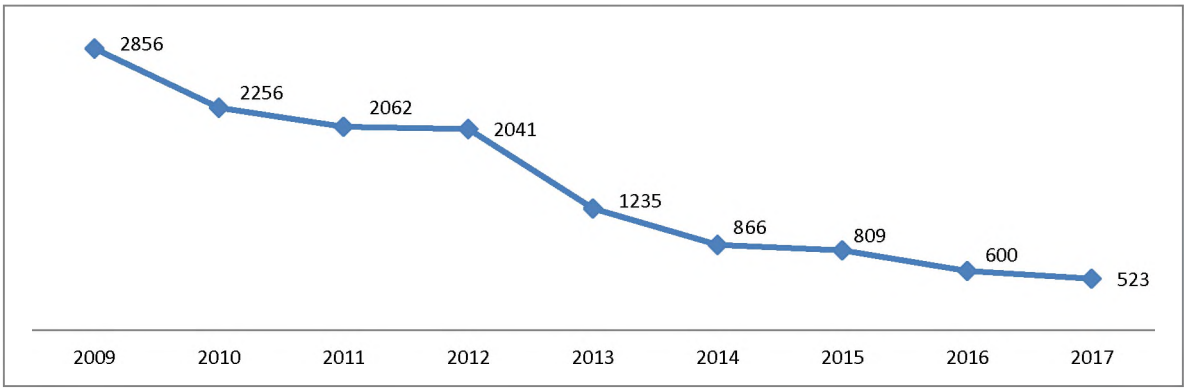
W przypadku decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ z zakresu ustalenia prawa do świadczeń, najczęściej występującą tematyką wniosków było:

- potwierdzenie uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki (363 decyzje, co stanowi 6% wszystkich wydanych decyzji na podstawie art. 109 ustawy o świadczeniach),
- refundacja kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego (127 decyzji, co stanowi 2% wszystkich wydanych decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego).

Liczba decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w 2017 r. spadła o 77 względem 2016 r., co stanowi prawie 13% spadek (523 wydanych decyzji w 2017 r. przy 600 wydanych w 2016 r.). Analizując dynamikę zmian liczby wydawanych decyzji przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w zakresie ustalenia prawa do świadczeń należy zauważyć, że nastąpił spadek o ponad 7% (z 393 decyzji w 2016 r. do 363 decyzji w 2017 r.) liczby decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ z zakresu potwierdzenia uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki. Również liczba decyzji umarzających postępowanie z wniosku o refundację kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zmniejszyła się o prawie 15% (z 149 w 2016 r. do 127 w 2017 r.).

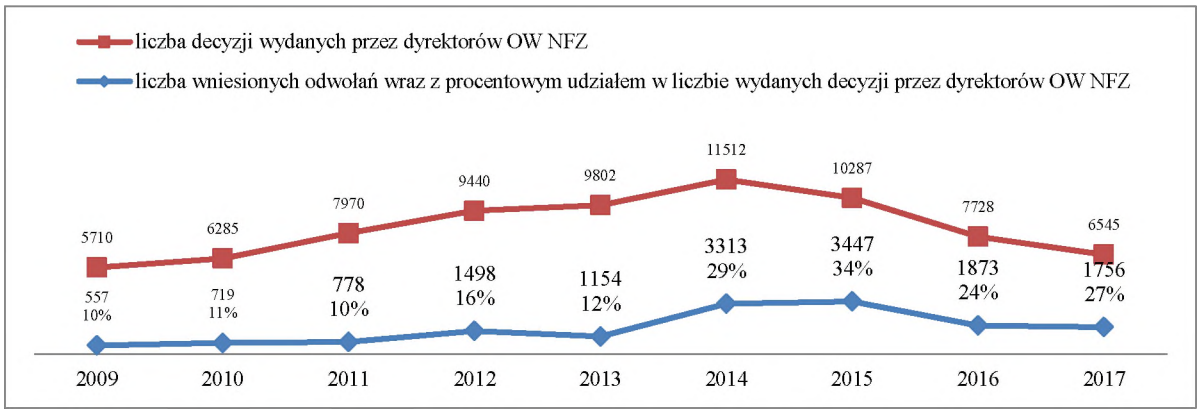
W ciągu kilku ostatnich lat obserwujemy spadek liczby wydawanych decyzji z zakresu ustalenia prawa do świadczeń, co związane jest z większą świadomością społeczną, że NFZ nie ma możliwości bezpośredniego zwrotu kosztów leczenia osobie ubezpieczonej. Potwierdza to orzecznictwo sądów w tym zakresie, np. wyroki WSA w Warszawie, gdzie w uzasadnieniach wyjaśniono wprost, że art. 109 ustawy o świadczeniach nie uzasadnia bezpośredniego zwrotu świadczeniobiorcy poniesionych opłat za wykonane świadczenie poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ, ponieważ ww. ustawa nie przewiduje możliwości zwrotu na wniosek ubezpieczonego kosztów leczenia w Polsce.

Wykres nr III.8. Liczba decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ wydawanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego dotyczących ustalenia prawa do świadczeń w latach 2009-2017.



Od decyzji wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach, stronom postępowania przysługuje prawo wnoszenia odwołania do Prezesa Funduszu. W 2017 r. do Prezesa NFZ wpłynęło 1 756 odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ wydawanych w powyższym zakresie. Odwołania od decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym stanowiły 1 731 odwołań a 25 odwołań wniesiono w sprawach z zakresu ustalenia prawa do świadczeń. Analizując udział liczby wniesionych odwołań do liczby wydanych decyzji przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ obserwujemy obecnie wzrost o 4% względem 2016 roku, przy zauważeniu, że zmniejszyła się liczba wydanych decyzji ogółem.

Wykres nr III.9. Liczba wydanych decyzji przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego z liczbą wniesionych odwołań i udziałem procentowym względem liczby wydanych decyzji w latach 2009-2017.



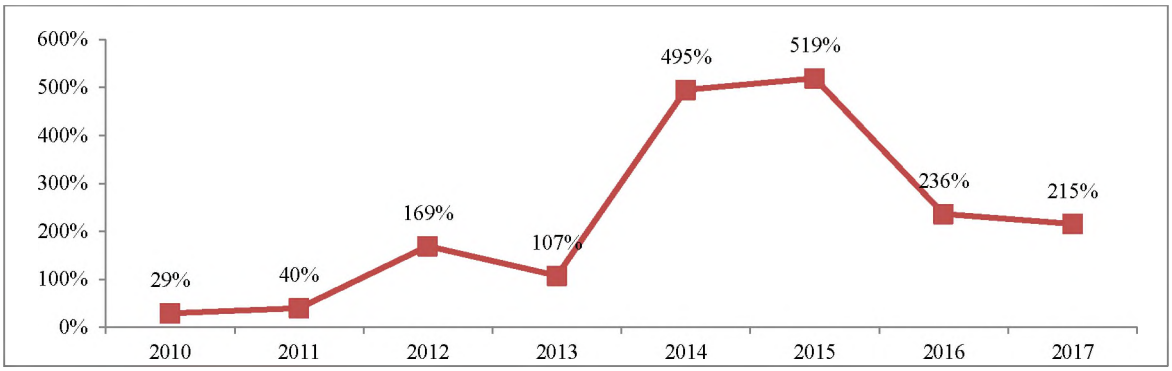
W 2017 roku Prezes NFZ rozpatrzył łącznie 1 320 odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego (wydając 1 085 decyzji oraz 235 postanowień), co stanowi spadek o 7,37% w stosunku do analogicznego okresu ubiegłego roku, w którym rozpatrzono 1 425 odwołania. Zmniejszenie się liczby rozpatrzonych odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego w 2017 r. jest związane z jednoczesnym wzrostem (względem poprzednich lat) liczby rozpatrzonych odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń na podstawie art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach. W tym zakresie w 2017 r. Prezes NFZ rozpatrzył 865 odwołań, wydając 829 decyzji, 36 postanowień oraz 3 sprawy pozostawił bez rozpoznania ze względu na nieuzupełnienie braków formalnych odwołania. Reasumując powyższe zauważyć należy, że łącznie w 2017 r. Prezes NFZ rozpatrzył 2 185 odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ (w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego – 1 320 i z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów świadczeń – 865), co stanowi wzrost względem 2016 roku o ponad 52%, ponieważ w 2016 r. łącznie Prezes NFZ rozpatrzył 1 436 odwołań (w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego – 1 426 i z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów świadczeń – 10). W 2017 roku po raz pierwszy zmniejszyła się liczba odwołań pozostających do rozpatrzenia przez Prezesa NFZ. Według stanu na koniec 2017 r. w Centrali NFZ do rozpatrzenia pozostało łącznie około 6 500 spraw (w tym również odwołań od decyzji wydanych na podstawie art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach).

W związku z wniesionymi odwołaniami Prezes NFZ wydał 1 085 decyzji, utrzymując w mocy 1 039 decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ oraz uchylając lub zmieniając decyzję dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w przypadku 46 odwołań. Dla porównania w analogicznym okresie ubiegłego roku Prezes NFZ rozpatrzył 1 275 odwołania, uchylając lub zmieniając 85 decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu. Udział decyzji zmienionych lub uchylonych we wszystkich rozpatrzonych odwołaniach stanowi w analizowanym okresie 3,5% i jest mniejszy o 2,4% od udziału takich rozstrzygnięć w ogólnej liczbie rozpatrzonych odwołań rok wcześniej, kiedy to wynosił 5,9%. Pomijając ubiegły rok (gdy zaobserwowano wzrost zmienionych i uchylonych decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ względem 2015 r.) należy wskazać, że zauważalny jest wyraźny spadek decyzji uchylonych i zmienionych, co należy uznać za pozytywne zjawisko, wyrażające dobrą ocenę pracy oddziałów wojewódzkich NFZ przy wydawaniu decyzji.

Od decyzji Prezesa NFZ stronom postępowania przysługuje prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie (art. 110 ustawy o świadczeniach). Według stanu na koniec 2017 r. strony wniosły 224 skargi do WSA w Warszawie. Dla porównania w 2016 roku ubiegłego odnotowano 359 skarg do WSA w Warszawie, co stanowi spadek o ponad 37,6%. Należy zauważyć, że w rozpatrywanym okresie sprawozdawczym wzorem poprzedniego roku obserwujemy zahamowanie długotrwałego

okresu wzrostu liczby odwołań wnoszonych od decyzji wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego.

Wykres nr III.10. Dynamika zmian liczby odwołań od decyzji oddziałów wojewódzkich NFZ (%).



Nie ma to jednak wpływu na liczbę spraw pozostających do rozpatrzenia przez Centralę NFZ. Dotyczy to zarówno liczby odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ jak i procentowego udziału odwołań w stosunku do wydanych decyzji. W rozpatrywanych sprawach przez Prezesa NFZ po raz kolejny wydano najwięcej (49,42%) decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umów zlecenia.

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. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wydali 7 519 decyzji, w tym 5 654 decyzji obciążających świadczeniobiorców kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej. Według stanu na koniec 2017 r. w oddziałach wojewódzkich NFZ wydano 7 519 decyzji ustalających obowiązek poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, co stanowi spadek do 2016 roku o 12% (8 544 decyzji).

Tabela nr III.18. Liczba decyzji wydanych przez poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu oraz liczba wniesionych odwołań na koniec 2017 r.

Oddział Wojewódzki NFZ	liczba wydanych ogółem decyzji na podstawie art. 50 ustawy o świadczeniach	w tym:			Liczba wniesionych odwołań
		udzielonych na podstawie oświadczenia	udzielonych na podstawie dokumentu	udzielonych na podstawie oświadczenia i dokumentu	
Dolnośląski	713	691	15	7	31
Kujawsko-Pomorski	350	288	20	42	26
Lubelski	542	533	3	6	3
Lubuski	381	275	34	72	4
Łódzki	345	315	4	26	11
Małopolski	465	440	8	17	16
Mazowiecki	413	268	81	64	4
Opolski	410	373	9	28	15
Podkarpacki	551	540	5	6	6
Podlaski	242	235	4	3	5
Pomorski	734	657	24	53	9
Śląski	687	646	18	23	27
Świętokrzyski	443	443	0	0	7
Warmińsko-Mazurski	241	212	11	18	19
Wielkopolski	882	677	134	71	8
Zachodniopomorski	120	105	6	9	0
ogółem	7 519	6 698	376	445	191

Wśród wydanych decyzji przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ 6 698 dotyczyło świadczeń udzielonych na podstawie oświadczenia, 376 decyzji dotyczyło świadczeń udzielonych na podstawie okazanego dokumentu, natomiast 445 wydanych decyzji dotyczyło świadczeń udzielonych zarówno na podstawie oświadczenia, jak i okazanego dokumentu. Większość wydawanych decyzji dotyczyła więcej niż jednego udzielonego świadczenia opieki zdrowotnej. Należy również wskazać, że 19 odwołań od decyzji zostało rozpatrzonych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ na podstawie art. 132 k.p.a.

Zgodnie z art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach do postępowania w sprawach o ustalenie poniesienia kosztów stosuje się przepisy k.p.a. Zgodnie z art. 127 § 2 k.p.a. przysługuje prawo wniesienia odwołania do Prezesa NFZ. Według stanu na koniec 2017 r. wpłynęło do Prezesa NFZ 191 odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ. Prezes NFZ rozpatrzył 865 odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, wydając 829 decyzji, 36 postanowień oraz 3 sprawy pozostawił bez rozpoznania ze względu na nieuzupełnienie braków formalnych odwołania. Liczba rozpatrzonych przez Prezesa NFZ odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w stosunku do liczby wniesionych w 2017 r. odwołań jest wyższa, bowiem wynika to faktu, że w liczbie rozpatrzonych odwołań w 2017 r. są również uwzględnione te odwołania, które wpłynęły w latach poprzednich.

Od rozstrzygnięć Prezesa NFZ na podstawie art. 54 § 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2017 r. poz. 1369, z późn. zm.), stronie postępowania przysługuje prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie. W I półroczu 2017 r. nie wpłynęła do Centrali NFZ żadna skarga kierowana do WSA w Warszawie, natomiast w II półroczu 2017 r. wpłynęło ich 11. Niewielka liczba wniesionych skarg do sądu wynika z faktu, że w pierwszej kolejności były rozpatrywane przez Prezesa NFZ sprawy, gdzie dokonano „wstecznego" zgłoszenia do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego i stan faktyczny nie budził wątpliwości.

Należy wskazać, że w trakcie okresu sprawozdawczego została znowelizowana ustawa o świadczeniach (Dz. U. z 2016 r. poz. 2173), zmiana ta obowiązuje od dnia 12 stycznia 2017 r. Dzięki zapisom tej 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 roku życia), ale nią nie była (w momencie korzystania ze świadczeń złożyła pisemne oświadczenie o prawie do świadczeń lub dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń), mogła dokonać „wstecznego" zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Warunkiem nieobciążania kosztami leczenia było dokonanie przez płatnika składek, np. w przypadku pracownika poprzez pracodawcę, zleceniodawcę w przypadku zleceniobiorcy, organu emerytalno-rentowego w przypadku emerytarencisty „wstecznego" (prawidłowego) zgłoszenia członka rodziny. W związku z powyższym – w terminie do 90 dni od wejścia ustawy w życie – można było dokonać „wstecznego" zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego dla osób, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej przed wejściem w życie ww. ustawy (termin na dokonanie ww. czynności upłynął w dniu 12 kwietnia 2017 r.). Powyższa nowelizacja wprowadziła również stałą regulację, która jest stosowana w stosunku do zdarzeń przyszłych. Zgodnie bowiem z art. 50 ust. 18 a ustawy o świadczeniach osoba, która w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych spełniała przesłanki do bycia osobą ubezpieczoną, ale nią nie była, może w terminie 30 dni od dnia udzielenia świadczenia albo 30 dni od dnia poinformowania przez Fundusz o wszczęciu postępowania administracyjnego, jeżeli przyczyną braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej było niezgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego mimo podlegania takiemu zgłoszeniu, takiego zgłoszenia dokonać. W przypadku dokonania powyższej czynności nie wszczyna się lub umarza już wszczęte postępowanie administracyjne ustalające obowiązek poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Wobec powyższego NFZ wysłał ok. 100 tys. pism do stron postępowania informujących, że znowelizowano ustawę o świadczeniach, umożliwiającą „wsteczne" zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego. Pomimo faktu, że pracownicy NFZ informowali na piśmie a także telefonicznie strony postępowania o zmianach w przepisach prawa, liczba wydanych decyzji przez oddziały wojewódzkie NFZ spadła do 2016 roku o 12%, natomiast w Centrali NFZ nastąpił wzrost wydanych rozstrzygnięć z 25 w 2016 roku do 865 w 2017 roku. Podjęte przez Fundusz działania mające na celu poinformowanie stron postępowania o możliwości dokonania „wstecznego" zgłoszenia do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego oraz przeprowadzona kampania informacyjna w mediach, odniosły skutek, co znalazło odzwierciedlenie w liczbie wydanych przez Prezesa NFZ rozstrzygnięć korzystnych dla stron postępowania (tj. uchylenie decyzji oddziału wojewódzkiego NFZ i umorzenie postępowania I instancji), natomiast w oddziałach wojewódzkich NFZ postępowania administracyjne nie były wszczynane, bądź były umarzane.

W związku z m.in. wdrożeniem od 1 stycznia 2013 r. systemu e-WUŚ oraz wprowadzeniem przepisów umożliwiających dochodzenie przez NFZ należności za świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych udzielone osobom nieuprawnionym, zwiększyła się liczba osób ubezpieczonych

co jednocześnie wpłynęło na wzrost środków finansowych wpływających do NFZ ze składek na obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne. Ponadto, znacząco zwiększyła się liczba rezydentów z 73 799 w 2012 r. do 141 869 w 2017 r., za które NFZ otrzymuje środki finansowe z UE. Jednocześnie zwiększyła się liczba osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach z 3 627 w 2012 r. do 8 704 w 2017 r. oraz uległa zwiększeniu liczba obywateli polskich korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie wystawionej EKUZ przez inne państwa UE/EFTA.

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

IV.1. Liczba osób oczekujących

Dane statystyczne z zakresu list oczekujących świadczeniodawcy w 2017 r. przekazywali co miesiąc do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziałów wojewódzkich Funduszu szczegółowymi komunikatami sprawozdawczymi XML określonymi zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane za okresy sprawozdawcze styczeń-grudzień 2017 r. były przekazywane komunikatem XML określonym w zarządzeniu Nr 13/2015/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia 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 poniższej tabeli przedstawiono odsetek świadczeniodawców, którzy w poddanych analizie okresach sprawozdawczych 2017 r. przekazali do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziałów wojewódzkich Funduszu komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących. Na szczególną uwagę zasługują oddziały: kujawsko-pomorski, lubelski, małopolski, podlaski i pomorski, gdyż w każdym z przedstawionych 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 NFZ w wybranych okresach sprawozdawczych (według stanu na 26 marca 2018 r.).

Lp.	Nazwa OW NFZ	Okres sprawozdawczy 2017 r.			
		marzec	czerwiec	wrzesień	grudzień
1	Dolnośląski	99%	98%	99%	99%
2	Kujawsko-Pomorski	100%	100%	100%	100%
3	Lubelski	100%	100%	100%	100%
4	Lubuski	99%	99%	99%	99%
5	Łódzki	99%	99%	99%	99%
6	Małopolski	100%	100%	100%	100%
7	Mazowiecki	98%	98%	97%	98%
8	Opolski	98%	99%	99%	97%
9	Podkarpacki	99%	99%	99%	99%
10	Podlaski	100%	100%	100%	100%
11	Pomorski	100%	100%	100%	100%
12	Śląski	99%	99%	99%	100%
13	Świętokrzyski	100%	98%	99%	100%
14	Warmińsko-Mazurski	99%	99%	99%	100%
15	Wielkopolski	98%	98%	98%	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 2017 r. za pośrednictwem udostępnionej przez Fundusz 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 Funduszu.

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 (do czerwca 2017 r.),
- 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 w oddziałach wojewódzkich Funduszu był w 2017 r. podejmowany szereg działań:

- 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 Narodowy Fundusz Zdrowia Kolejki Centralne (AP-KOLCE), w tym określania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, aktualizacji daty oceny kolejki, prowadzenia list oczekujących w czasie rzeczywistym,
- publikowanie m.in. na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich Funduszu komunikatów dla świadczeniodawców przypominających o obowiązkach sprawozdawczych i zasadach sporządzania sprawozdań dla Funduszu, informujących o brakach w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących,
- telefoniczne monitowanie świadczeniodawców nieprzekazujących danych z zakresu list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, przekazujących je nieterminowo lub z błędami,

- prowadzenie korespondencji (papierowej i elektronicznej) ze świadczeniodawcami nieprzekazującymi danych w terminie lub przekazującymi błędne dane,
- 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 2017 r. oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły 15 szkoleń dla świadczeniodawców dotyczących prowadzenia list oczekujących oraz przygotowywania sprawozdawczości dla Funduszu. 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 2017 r. oddziały wojewódzkie Funduszu nałożyły kary umowne na ponad 510 świadczeniodawców za niewywiązywanie 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 2017 r. prawie 1 400 ankiet sprawdzających 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 2017 r. Obok liczby osób oczekujących zawierają one medianę oraz trzeci kwartyl średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określonego w dniach.

Sprawozdanie zawiera również sporządzoną dla każdego zakresu świadczeń tabelę prezentującą liczbę osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w okresie od styczeń-grudzień 2015 r., 2016 r. i 2017 r. z list oczekujących do ww. komórek organizacyjnych z największą według stanu na koniec 2017 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 2017 r.

W sprawozdaniu ww. dane zostały również przedstawione w odniesieniu do komórek organizacyjnych oraz świadczeń, w przypadku których nastąpiło, porównując stan na koniec 2016 r. i 2017 r., 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 2017 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, poradni specjalistycznych: endokrynologicznych, neurochirurgicznych, kardiologicznych, gastroenterologicznych i okulistycznych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni endokrynologicznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" wyniosła 230 dni, a do 25% poradni przekroczyła 339 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie okulistyczne i kardiologiczne wyróżniły się dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą odpowiednio: 270 444 i 126 821 osób. Na przestrzeni lat mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" w przypadku wszystkich poradni, a liczba osób oczekujących zmniejszyła się jedynie w przypadku poradni okulistycznej, a w ciągu ostatniego roku również w przypadku poradni endokrynologicznej. Poradnie okulistyczne wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od styczeń-grudzień 2015 r., 2016 r. i 2017 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 869 961 osób. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2017 r. uległa spadkowi w porównaniu z 2016 r. w przypadku wszystkich poradni. Wśród osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w przypadku wszystkich wykazanych w tabeli nr IV.3 poradni zaobserwowano wzrost udziału w kolejnych latach osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny".

Tabela nrIV.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 2017 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2015 r.			Grudzień 2016 r.			Grudzień 2017 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	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci
1	Poradnie endokrynologiczne	Przypadek pilny	3 515	7	26	5 341	13	42	5 961	18	64
		Przypadek stabilny	88 230	169	246	97 224	211	290	92 140	230	339
3	Poradnie neurochirurgiczne	Przypadek pilny	856	6	28	1 605	10	46	2 757	27	79
		Przypadek stabilny	23 246	109	197	27 164	140	224	28 024	156	254
2	Poradnie kardiologiczne	Przypadek pilny	4 579	5	20	6 462	9	27	8 746	11	33
		Przypadek stabilny	114 602	100	175	119 868	106	188	118 075	115	199
4	Poradnie gastroenterologiczne	Przypadek pilny	1 116	1	14	1 631	5	21	2 255	7	31
		Przypadek stabilny	39 890	76	132	39 455	81	147	41 196	85	158
5	Poradnie okulistyczne	Przypadek pilny	2 928	0	2	3 634	0	5	4 938	0	6
		Przypadek stabilny	270 780	60	122	268 292	65	131	265 506	67	138

Tabela nr IV.3. Informacje o osobach skreślonych w okresie od styczeń-grudzień 2015 r., 2016 r. i 2017 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 2015 r.	średnio miesięcznie w 2015 r	w 2016 r.	średnio miesięcznie w 2016 r	w 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r
1	Poradnie endokrynologiczne	Przypadek pilny	22 998	1 917	29 336	2 445	27 632	2 303
		Przypadek stabilny	128 745	10 729	122 986	10 249	110 103	9 175
2	Poradnie neurochirurgiczne	Przypadek pilny	5 110	426	7 540	628	7 836	653
		Przypadek stabilny	53 583	4 465	51 933	4 328	46 383	3 865
3	Poradnie kardiologiczne	Przypadek pilny	43 817	3 651	60 207	5 017	62 068	5 172
		Przypadek stabilny	325 762	27 147	307 940	25 662	295 166	24 597
4	Poradnie gastroenterologiczne	Przypadek pilny	9 272	773	11 833	986	12 538	1 045
		Przypadek stabilny	122 235	10 186	107 844	8 987	96 994	8 083
5	Poradnie okulistyczne	Przypadek pilny	33 226	2 769	43 020	3 585	44 814	3 735
		Przypadek stabilny	1 122 734	93 561	961 960	80 163	825 147	68 762

Leczenie szpitalne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2017 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano 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-ortopedycznej dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" wyniosła 166 dni, a do 25% oddziałów przekroczyła 335 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych oddziały: chirurgii urazowo-ortopedycznej i otorynolaryngologiczne wyróżniły się dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą odpowiednio 159 425 i 105 653 osoby. Na przestrzeni 2017 r. mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" uległa spadkowi tylko w przypadku oddziałów neurochirurgicznych i oddziałów reumatologicznych, dla pozostałych oddziałów obserwuje się jej wzrost. W przypadku wszystkich oddziałów szpitalnych wykazanych w tabeli nr IV.4 zaobserwowano, porównując stan na koniec grudnia 2017 r. i grudnia 2016 r., wzrost liczby osób oczekujących. Oddziały otorynolaryngologiczne, a następnie oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od styczeń-grudzień 2015 r., 2016 r. i 2017 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła odpowiednio: 116 971 i 110 126 osób. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2017 r. zwiększyła się w porównaniu z 2016 r. w przypadku oddziałów: otorynolaryngologicznych dla dzieci i otorynolaryngologicznych. W przypadku oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej i oddziałów otorynolaryngologicznych dla dzieci zaobserwowano wzrost wśród osób skreślonych udziału 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 2017 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2015 r.			Grudzień 2016 r.			Grudzień 2017 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	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci
1	Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	Przypadek pilny	17 752	17	56	22 414	19	65	25 657	22	64
		Przypadek stabilny	124 643	128	268	128 227	151	340	133 768	**166**	335
2	Oddziały otorynolaryngologiczne dla dzieci	Przypadek pilny	581	16	65	779	18	97	812	23	46
		Przypadek stabilny	12 295	163	217	10 636	149	212	12 372	**160**	219
3	Oddziały otorynolaryngologiczne	Przypadek pilny	2 788	7	25	3 200	8	31	3 548	7	38
		Przypadek stabilny	93 353	131	207	101 591	146	234	102 105	**152**	252
4	Oddziały neurochirurgiczne	Przypadek pilny	5 121	15	49	5 932	16	59	6 489	29	62
		Przypadek stabilny	26 444	99	275	28 900	122	205	31 043	**117**	268
5	Oddziały reumatologiczne	Przypadek pilny	2 689	16	32	3 283	17	41	2 873	18	38
		Przypadek stabilny	15 441	79	173	13 170	74	169	14 234	**68**	189

Tabela nr IV.5. Informacje o osobach skreślonych w okresie od styczeń-grudzień 2015 r., 2016 r. i 2017 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 2015 r.	średnio miesięcznie w 2015 r	w 2016 r.	średnio miesięcznie w 2016 r	w 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r
1	Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	Przypadek pilny	29 917	2 493	34 240	2 853	37 431	3 119
		Przypadek stabilny	77 509	6 459	76 579	6 382	72 695	6 058
2	Oddziały otorynolaryngologiczne dla dzieci	Przypadek pilny	2 544	212	2 899	242	3 451	288
		Przypadek stabilny	13 619	1 135	14 003	1 167	13 840	1 153
3	Oddziały otorynolaryngologiczne	Przypadek pilny	12 431	1 036	15 141	1 262	15 399	1 283
		Przypadek stabilny	102 243	8 520	100 541	8 378	101 572	8 464
4	Oddziały neurochirurgiczne	Przypadek pilny	2 609	217	3 451	288	3 322	277
		Przypadek stabilny	21 714	1 810	22 369	1 864	21 816	1 818
5	Oddziały reumatologiczne	Przypadek pilny	12 303	1 025	14 360	1 197	14 045	1 170
		Przypadek stabilny	28 532	2 378	26 574	2 215	26 451	2 204

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2017 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano 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, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych i oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni psychogeriatrycznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" wyniosła 48 dni, a do 75% poradni nie przekroczyła 93 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci wyróżniły się stosunkowo dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą 7 559 osób. Na przestrzeni 2017 r. mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" zmalała w przypadku wszystkich komórek, a liczba osób oczekujących zmniejszyła się do poradni psychogeriatrycznych i oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu. Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od styczeń-grudzień 2015 r., 2016 r. i 2017 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 28 533 osoby. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2017 r. nieznacznie wzrosła w porównaniu z 2016 r. w przypadku poradni psychogeriatrycznych i oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych.

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 2017 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2015 r.			Grudzień 2016 r.			Grudzień 2017 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	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci
1	Poradnie psychogeriatryczne	Przypadek pilny	2	0	0	2	0	0	1	0	0
		Przypadek stabilny	482	44	85	746	59	87	697	**48**	93
2	Poradnie dla osób	Przypadek pilny	148	0	6	314	0	0	465	0	3
		Przypadek stabilny	2 265	51	181	2 821	51	130	3 176	**34**	161
3	Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci	Przypadek pilny	50	0	0	94	0	0	120	0	0
		Przypadek stabilny	6 605	32	60	6 887	32	59	7 439	**28**	60
4	Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych	Przypadek pilny	45	0	3	37	0	3	101	0	1
		Przypadek stabilny	3 245	31	62	4 102	32	73	5 098	**24**	161
5	Oddziały terapii uzależnienia	Przypadek pilny	2	0	0	5	0	0	8	0	0
		Przypadek stabilny	3 713	24	46	3 435	24	48	3 187	**21**	44

Tabela nr IV.7. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń-grudzień 2015 r., 2016 r. 2017 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 2015 r.	średnio miesięcznie w 2015 r	w 2016 r.	średnio miesięcznie w 2016 r	w 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r
1	Poradnie psychogeriatryczne	Przypadek pilny	58	5	54	5	66	6
		Przypadek stabilny	2 165	180	1 761	147	1 827	152
2	Poradnie dla osób	Przypadek pilny	349	29	498	42	639	53
		Przypadek stabilny	5 542	462	6 338	528	6 122	510
3	Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci	Przypadek pilny	533	44	792	66	879	73
		Przypadek stabilny	31 519	2 627	29 076	2 423	27 654	2 305
4	Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych	Przypadek pilny	403	34	553	46	630	53
		Przypadek stabilny	3 855	321	3 712	309	3 752	313
5	Oddziały terapii uzależnienia	Przypadek pilny	143	12	47	4	27	2
		Przypadek stabilny	7 175	598	7 051	588	6 587	549

Rehabilitacja lecznicza

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2017 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, oddziałów rehabilitacji neurologicznej, oddziałów rehabilitacji pulmonologicznej oraz zespołów rehabilitacji domowej. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów rehabilitacyjnych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" wyniosła 464 dni, a do 75% oddziałów nie przekroczyła 749 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych oddziały rehabilitacyjne wyróżniły się dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą 230 683 osoby. Na przestrzeni ostatniego prezentowanego w tabeli nr IV.8 roku mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" zmniejszyła się w przypadku: oddziałów rehabilitacji narządu ruchu i zespołów rehabilitacji domowej, dla pozostałych komórek zwiększyła się, natomiast liczba osób oczekujących uległa spadkowi tylko w przypadku zespołów rehabilitacji domowej. Oddziały rehabilitacyjne wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od styczeń-grudzień 2015 r., 2016 r. i 2017 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 97 690 osób (tabela nr IV.9). Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2017 r. spadła w porównaniu z 2015 r. i 2016 r. w przypadku oddziałów rehabilitacyjnych, oddziałów rehabilitacji narządu ruchu i oddziałów rehabilitacji neurologicznej, a dla pozostałych przedstawionych w tabeli 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 2017 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2015 r.			Grudzień 2016 r.			Grudzień 2017 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	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci
1	Oddziały rehabilitacyjne	Przypadek pilny	26 263	37	91	32 682	50	124	34 719	51	114
		Przypadek stabilny	167 226	347	630	178 745	404	683	195 964	**464**	749
2	Oddziały rehabilitacji narządu ruchu	Przypadek pilny	2 924	88	165	4 041	83	189	3 667	81	140
		Przypadek stabilny	12 354	282	667	13 014	403	794	17 530	**392**	578
3	Oddział rehabilitacji neurologicznej	Przypadek pilny	1 411	5	11	1 522	6	11	1 755	6	16
		Przypadek stabilny	13 921	54	279	15 880	131	442	17 119	**204**	429
4	Oddział rehabilitacji pulmonologicznej	Przypadek pilny	178	0	24	329	0	26	533	0	33
		Przypadek stabilny	4 439	206	239	6 019	122	290	7 116	**191**	310
5	Zespół rehabilitacji domowej	Przypadek pilny	297	80	120	418	59	170	641	0	118
		Przypadek stabilny	8 611	226	325	11 016	218	541	10 428	**139**	755

Tabela nr IV.9. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń-grudzień 2015 r., 2016 r. i 2017 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 2015 r.	średnio miesięcznie w 2015 r	w 2016 r.	średnio miesięcznie w 2016 r	w 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r
1	Oddziały rehabilitacyjne	Przypadek pilny	37 950	3 163	43 756	3 646	46 829	3 902
		Przypadek stabilny	67 221	5 602	60 235	5 020	50 861	4 238
2	Oddziały rehabilitacji narządu ruchu	Przypadek pilny	4 649	387	5 300	442	5 164	430
		Przypadek stabilny	4 407	367	4 186	349	3 233	269
3	Oddział rehabilitacji neurologicznej	Przypadek pilny	11 523	960	12 085	1 007	12 109	1 009
		Przypadek stabilny	7 594	633	7 763	647	6 813	568
4	Oddział rehabilitacji pulmonologicznej	Przypadek pilny	856	71	970	81	1 127	94
		Przypadek stabilny	5 421	452	5 299	442	5 641	470
5	Zespół rehabilitacji domowej	Przypadek pilny	694	58	541	45	924	77
		Przypadek stabilny	4 976	415	7 889	657	7 960	663

Opieka paliatywna i hospicyjna

Od okresu sprawozdawczego kwiecień 2015 r. Fundusz pozyskuje od świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej dane dotyczące poradni medycyny paliatywnej, natomiast od okresu sprawozdawczego lipiec 2017 r. również dane dotyczące oddziałów medycyny paliatywnej. Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2017 r. wynika, że do poradni medycyny paliatywnej oczekiwało 35 osób, a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wyniosła 0 dni. Jak wynika z przedstawionych danych, liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia była 23 razy większa od liczby osób oczekujących odnotowanej na koniec 2017 r. W przypadku oddziałów medycyny paliatywnej liczba osób oczekujących wyniosła 42 osoby, a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania 0 dni. W ciągu półrocza 2017 r. z list oczekujących do oddziałów medycyny paliatywnej z powodu wykonania świadczenia zostało skreślonych 327 osób.

Tabela nr IV.10. Informacja o liczbie osób oczekujących oraz średnim rzeczywistym czasie oczekiwania do poradni medycyny paliatywnej za grudzień 2017 r. – „przypadki stabilne".

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2015 r.			Grudzień 2016 r.			Grudzień 2017 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	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci
1	Oddziały medycyny paliatywnej	Przypadek pilny	bd	bd	bd	bd	bd	bd	3	0	2
		Przypadek stabilny	bd	bd	bd	bd	bd	bd	42	0	6
2	Poradnie medycyny paliatywnej	Przypadek pilny	3	0	0	1	0	0	0	0	0
		Przypadek stabilny	34	0	0	25	0	0	35	0	0

Tabela nr IV.11. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń-grudzień 2015 r, 2016 r. i 2017 r. z list oczekujących do poradni medycyny paliatywnej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2015 r.	średnio miesięcznie w 2015 r	w 2016 r.	średnio miesięcznie w 2016 r	w 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r
1	Oddziały medycyny paliatywnej	Przypadek pilny	bd	bd	bd	bd	79	13
		Przypadek stabilny	bd	bd	bd	bd	248	41
2	Poradnie medycyny paliatywnej	Przypadek pilny	106	9	30	3	4	0
		Przypadek stabilny	1 248	104	902	75	801	67

Leczenie stomatologiczne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2017 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, poradni ortodontycznych dla dzieci, poradni chirurgii stomatologicznej, poradni periodontologicznych oraz chorób błon śluzowych przyzębia i poradni stomatologicznych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni ortodontycznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" wyniosła 49 dni, a do 75% poradni nie przekroczyła 168 dni. W przypadku poradni stomatologicznych mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wyniosła 0 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie stomatologiczne wyróżniły się pod względem dużej liczby osób oczekujących, wynoszącej 103 447 osób. Pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2017 r. z powodu wykonania świadczenia wyróżniły się poradnie stomatologiczne. Liczba ta wynosiła 884 504 osoby. W przypadku poradni stomatologicznych oraz poradni chirurgii stomatologicznej liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia zmniejszyła się w 2017 r. w porównaniu z 2016 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 2017 r.

Lp	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2015 r			Grudzień 2016 r			Grudzień 2017 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	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci
1	Poradnie ortodontyczne	Przypadek pilny	186	0	0	223	0	0	201	0	0
		Przypadek stabilny	46 226	39	145	50 012	40	169	53 263	49	168
2	Poradnie ortodontyczne dla dzieci	Przypadek	13	0	0	57	0	0	30	0	0
		Przypadek	2 141	16	83	3 249	55	120	3 702	47	157
3	Poradnie chirurgii stomatologicznej	Przypadek	97	0	0	88	0	0	66	0	0
		Przypadek	19 329	8	30	19 045	9	36	17 770	9	30
4	Poradnie periodontologiczne oraz chorób błon śluzowych przyzębia	Przypadek	2	0	0	1	0	0	9	0	0
		Przypadek	1 231	0	15	1 416	0	25	1 720	7	44
5	Poradnie stomatologiczne	Przypadek	511	0	0	455	0	0	230	0	0
		Przypadek	130 745	0	14	116 952	0	12	103 167	0	10

Tabela nr IV.13. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń-grudzień 2015 r., 2016 r. i 2017 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 2015 r.	średnio miesięcznie w 2015 r	w 2016 r.	średnio miesięcznie w 2016 r	w 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r
1	Poradnie ortodontyczne	Przypadek pilny	698	58	900	75	1 027	86
		Przypadek stabilny	105 932	8 828	71 159	5 930	72 527	6 044
2	Poradnie ortodontyczne dla dzieci	Przypadek pilny	33	3	56	5	58	5
		Przypadek stabilny	4 982	415	3 830	319	4 092	341
3	Poradnie chirurgii stomatologicznej	Przypadek pilny	1 293	108	2 082	174	2 404	200
		Przypadek stabilny	90 071	7 506	82 335	6 861	75 704	6 309
4	Poradnie periodontologiczne oraz chorób błon śluzowych przyzębia	Przypadek pilny	59	5	77	6	231	19
		Przypadek stabilny	7 463	622	7 731	644	8 213	684
5	Poradnie stomatologiczne	Przypadek pilny	17 103	1 425	14 865	1 239	12 351	1 029
		Przypadek stabilny	1 333 060	111 088	990 932	82 578	872 153	72 679

<u>Wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących.</u>

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2017 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano 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, leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową, świadczenia tomografii komputerowej, koronarografię, leczenie aparatem ortodontycznym, operacje wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym i badania medycyny nuklearnej.

Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla endoprotezoplastyki stawu kolanowego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" wynosiła według stanu na koniec grudnia 2017 r. 532 dni, a do 75% oddziałów nie przekroczyła 967 dni. Kolejnym świadczeniem z dużą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania są zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), dla których dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" wyniosła 484 dni, a do 75% oddziałów nie przekroczyła 718 dni. Bardzo duża mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, wynosząca 480 dni, zaobserwowana została również dla endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Dla powyższych procedur odnotowano także duże liczby osób oczekujących, które według stanu na koniec grudnia 2017 r. wyniosły odpowiednio: 117 898, 495 054 i 102 511 osób. Duże liczby osób oczekujących odnotowano również na świadczenia rezonansu magnetycznego (301 066 osób) i świadczenia tomografii komputerowej (141 102 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 2017 r. znajdowało się 6 625 osób, a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wyniosła 125 dni dla kategorii medycznej „przypadek stabilny".

W przypadku zabiegów w zakresie soczewki (zaćma), leczenia aparatem ortodontycznym oraz świadczeń: rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej zaobserwowano spadek mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" zarówno w porównaniu do 2015 r. jak i 2016 r. W przypadku ww. świadczeń oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego i leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową liczba osób oczekujących na koniec 2017 r. zmniejszyła się w porównaniu do grudnia 2016 r. Niewielki wzrost liczby osób oczekujących odnotowano jedynie w przypadku operacji wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym oraz badań medycyny nuklearnej.

Świadczenia tomografii komputerowej wyróżniły się pod względem największej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2017 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 935 987 osób. W większości prezentowanych świadczeń liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2017 r. uległa wzrostowi w porównaniu z 2015 r. i 2016 r. Jedynie w przypadku leczenia aparatem ortodontycznym i badań medycyny nuklearnej uległa spadkowi w porównaniu do 2016 r.

Dla świadczeń tomografii komputerowej 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 i zakładów medycyny nuklearnej.

Tabela 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 2017 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2015 r.			Grudzień 2016 r.			Grudzień 2017 r.		
			liczba osób	średni czas oczekiwania		liczba osób	średni czas oczekiwania		liczba osób	średni czas oczekiwania	
			oczekujących	mediana	kwartyl trzeci	oczekujących	mediana	kwartyl trzeci	oczekujących	mediana	kwartyl trzeci
1	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	Przypadek pilny	12 157	114	332	14 455	136	355	17 657	126	292
		Przypadek stabilny	92 235	480	939	98 489	535	977	100 241	532	967
2	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	Przypadek pilny	23 116	122	202	25 095	110	184	23 125	88	139
		Przypadek stabilny	521 898	568	788	518 849	585	795	471 929	484	718
3	Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	Przypadek pilny	12 257	124	266	13 890	132	285	14 837	106	253
		Przypadek stabilny	89 806	432	897	91 106	462	860	87 674	480	838
4	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	50 833	54	79	77 699	91	122	63 913	68	98
		Przypadek stabilny	240 883	175	217	254 938	193	230	237 153	171	227
5	Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią	Przypadek pilny	666	0	1	1 302	5	113	547	0	94
		Przypadek stabilny	3 006	0	12	8 597	36	198	6 078	125	306
6	Świadczenia tomografii komputerowej	Przypadek pilny	17 858	17	34	28 776	21	41	21 532	21	36
		Przypadek stabilny	136 184	64	102	150 232	70	106	119 570	59	87
7	Koronarografia	Przypadek pilny	1 980	1	17	2 327	2	15	2 323	3	17
		Przypadek stabilny	10 429	34	75	11 338	38	70	10 868	38	78
8	Leczenie aparatem ortodontycznym	Przypadek pilny	501	0	0	488	0	0	400	0	0
		Przypadek stabilny	73 832	43	202	76 690	45	313	75 451	36	311
9	Operacje wad serca w krążeniu pozaustrojowym	Przypadek pilny	150	2	21	234	0	16	464	3	23
		Przypadek stabilny	644	27	72	746	26	74	777	27	57
10	Badania medycyny nuklearnej	Przypadek pilny	171	0	7	382	0	13	703	0	11
		Przypadek stabilny	5 398	17	29	7 211	26	51	7 450	26	67

Tabela IV.15. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń – grudzień 2015 r., 2016 r. i 2017 r. z list oczekujących na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2015 r.	średnio miesięcznie w 2015 r	w 2016 r.	średnio miesięcznie w 2016 r	w 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r
1	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	Przypadek pilny	7 051	588	8 096	675	11 425	952
		Przypadek stabilny	9 529	794	10 622	885	13 015	1 085
2	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	Przypadek pilny	54 856	4 571	61 480	5 123	76 561	6 380
		Przypadek stabilny	165 494	13 791	177 504	14 792	216 349	18 029
3	Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	Przypadek pilny	14 537	1 211	15 496	1 291	19 233	1 603
		Przypadek stabilny	15 515	1 293	16 048	1 337	19 219	1 602
4	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	189 119	15 760	215 880	17 990	311 907	25 992
		Przypadek stabilny	419 119	34 927	424 684	35 390	465 935	38 828
5	Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonowa	Przypadek pilny	424	212	3 085	257	2 923	244
		Przypadek stabilny	475	238	2 439	203	6 044	504
6	Świadczenia tomografii komputerowej	Przypadek pilny	159 026	13 252	204 160	17 013	252 212	21 018
		Przypadek stabilny	602 348	50 196	645 421	53 785	683 775	56 981
7	Koronarografia	Przypadek pilny	13 082	1 090	13 706	1 142	13 793	1 149
		Przypadek stabilny	47 307	3 942	44 715	3 726	47 625	3 969
8	Leczenie aparatem ortodontycznym	Przypadek pilny	739	62	1 100	92	1 083	90
		Przypadek stabilny	37 175	3 098	52 851	4 404	51 262	4 272
9	Operacje wad serca w krążeniu pozaustrojowym	Przypadek pilny	788	88	1 373	114	1 805	150
		Przypadek stabilny	2 221	247	3 042	254	3 034	253
10	Badania medycyny nuklearnej	Przypadek pilny	4 556	380	4 175	348	5 096	425
		Przypadek stabilny	45 966	3 831	45 338	3 778	41 759	3 480

<u>Komórki organizacyjne oraz świadczenia, w przypadku których nastąpiła w okresie od grudnia 2016 r. do grudnia 2017 r. zmiana liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób.</u>

W tabeli nr IV.16. przedstawiono dane dotyczące komórek organizacyjnych i świadczeń, w przypadku których nastąpił od grudnia 2016 r. do grudnia 2017 r. wzrost lub spadek liczby osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny" i „przypadek stabilny" o co najmniej 10 tys. osób. Zgodnie z przedstawionymi w tabeli danymi w przypadku poradni stomatologicznych oraz świadczeń rezonansu magnetycznego, świadczeń tomografii komputerowej oraz zabiegów w zakresie soczewki (zaćma) zaobserwowano spadek liczby osób oczekujących odpowiednio o: 13 960, 31 571, 37 906 i 44 980 osób. W przypadku pozostałych wymienionych w tabeli nr IV.16. dwóch komórek organizacyjnych odnotowano wzrost liczby osób oczekujących. Wzrost liczby osób oczekujących nastąpił w przypadku działów (pracowni) fizjoterapii o 23 463 osoby i oddziałów rehabilitacyjnych o 19 256 osób. Należy zauważyć, że jedynie w przypadku oddziałów rehabilitacyjnych odnotowano wzrost wartość mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania.

Zgodnie z prezentowanymi w tabeli nr IV.17. informacjami dotyczącymi komórek organizacyjnych oraz świadczeń, w przypadku których nastąpiła duża zmiana liczby osób oczekujących, najwięcej osób zostało w 2017 r. skreślonych z powodu wykonania świadczenia z listy oczekujących do działów (pracowni) fizjoterapii (2 417 361 osób), a następnie z listy na świadczenia tomografii komputerowej (935 987 osób) oraz do poradni stomatologicznych (884 504 osoby). Wzrost liczby osób skreślonych w 2017 r. z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w porównaniu z latami 2015-2016 zaobserwowano w przypadku: świadczeń rezonansu magnetycznego, świadczeń tomografii komputerowej oraz zabiegów w zakresie soczewki (zaćmy).

Tabela IV.16. Wykaz komórek organizacyjnych, świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których w ciągu roku, porównując dane za grudzień 2016 r. i grudzień 2017 r., nastąpiła zmiana w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2015 r.			Grudzień 2016 r.			Grudzień 2017 r.			Zmiana liczby osób oczekujących ogółem w grudniu 2017 r. w stosunku do grudnia 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	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci	
1	Działy (pracownie) fizjoterapii	Przypadek pilny	55 188	13	41	79 626	22	58	94 437	23	65	23 463
		Przypadek stabilny	876 675	95	148	947 113	113	171	955 765	107	176	
2	Oddziały rehabilitacyjne	Przypadek pilny	26 263	37	91	32 682	50	124	34 719	51	114	19 256
		Przypadek stabilny	167 226	347	630	178 745	404	683	195 964	464	749	
3	Poradnie stomatologiczne	Przypadek pilny	511	0	0	455	0	0	280	0	0	-13 960
		Przypadek stabilny	130 745	0	14	116 952	0	12	103 167	0	10	
4	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	50 833	54	79	77 699	91	122	63 913	68	98	-31 571
		Przypadek stabilny	240 883	175	217	254 938	193	230	237 153	171	227	
5	Świadczenia tomografii komputerowej	Przypadek pilny	17 858	17	34	28 776	21	41	21 532	21	36	-37 906
		Przypadek stabilny	136 184	64	102	150 232	70	106	119 570	59	87	
6	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	Przypadek pilny	23 116	122	202	25 095	110	184	23 125	88	139	-44 980
		Przypadek stabilny	521 898	568	788	518 849	585	795	471 929	484	718	

Tabela nr IV.17. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń – grudzień 2015 r., 2016 r. i 2017 r. z list oczekujących do komórek organizacyjnych, świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których, porównując dane za grudzień 2016 r. i grudzień 2017 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 2015 r.	średnio miesięcznie w 2015 r	w 2016 r.	średnio miesięcznie w 2016 r	w 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r
1	Działy (pracownie) fizjoterapii	Przypadek pilny	253 028	21 086	307 762	25 647	337 541	28 128
		Przypadek stabilny	2 303 606	191 967	2 178 531	181 544	2 079 820	173 318
2	Oddziały rehabilitacyjne	Przypadek pilny	37 950	3 163	43 756	3 646	46 829	3 902
		Przypadek stabilny	67 221	5 602	60 235	5 020	50 861	4 238
3	Poradnie stomatologiczne	Przypadek pilny	17 103	1 425	14 865	1 239	12 351	1 029
		Przypadek stabilny	1 333 060	111 088	990 932	82 578	872 153	72 679
4	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	189 119	15 760	215 880	17 990	311 907	25 992
		Przypadek stabilny	419 119	34 927	424 684	35 390	465 935	38 828
5	Świadczenia tomografii komputerowej	Przypadek pilny	159 026	13 252	204 160	17 013	252 212	21 018
		Przypadek stabilny	602 348	50 196	645 421	53 785	683 775	56 981
6	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	Przypadek pilny	54 856	4 571	61 480	5 123	76 561	6 380
		Przypadek stabilny	165 494	13 791	177 504	14 792	216 349	18 029

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, neurochirurgii, kardiologii, gastroenterologii, okulistyki oraz świadczenia rezonansu magnetycznego i świadczenia tomografii komputerowej;
- szpitalne realizowane w oddziałach: chirurgii urazowo-ortopedycznej, otorynolaryngologicznych, otorynolaryngologicznych dla dzieci, neurochirurgicznych, reumatologicznych oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego, endoprotezoplastyki stawu biodrowego i zabiegi w zakresie soczewki (zaćma);

- rehabilitacji leczniczej realizowane w: oddziałach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacji narządu ruchu, oddziałach rehabilitacji neurologicznej, oddziałach rehabilitacji pulmonologicznej;
- realizowane w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w: poradniach psychogeriatrycznych, poradniach dla osób z autyzmem dziecięcym, oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych, poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci, oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu;
- stomatologiczne realizowane w poradniach ortodontycznych dla dzieci, poradniach ortodontycznych oraz wykonywane w ramach leczenia aparatem ortodontycznym;
- realizowane w ramach leczenia 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 można wyróżnić:

1. Zwiększające się zapotrzebowanie na niektóre rodzaje świadczeń, co powoduje bardzo duże przyrosty liczby osób oczekujących np. na świadczenia rehabilitacyjne;
2. Procesy demograficzne, tj. starzejące się społeczeństwo oraz wydłużająca się przeciętna długość życia, czemu towarzyszy podwyższona zgłaszalność podyktowana wzrostem zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne;
3. Niewielka liczba świadczeniodawców udzielających określonych świadczeń np. wyspecjalizowanych ośrodków neurochirurgicznych;
4. Niewystarczające nakłady finansowe płatnika świadczeń opieki zdrowotnej, 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 różnic między najdłuższymi a najkrótszymi kolejkami w danym zakresie świadczeń, obserwowane np. w przypadku endoprotezoplastyk stawowych, zabiegów w zakresie soczewki (zaćma);
6. Niewystarczająca liczba lekarzy określonej specjalności (np. neurochirurgii, ortodoncji, psychiatrii dziecięcej, gastroenterologii, endokrynologii, okulistyki zabiegowej) w skali kraju lub danego regionu powoduje, że wydłuża się czas oczekiwania na świadczenia z danego zakresu. Występują też sytuacje, że lekarze nie są zainteresowani zawieraniem umów z Funduszem z uwagi na fakt, że na rynku prywatnym są znacznie lepiej wynagradzani;
7. Duża liczba pozostających pod opieką poradni specjalistycznych dłużej niż wskazywałby na to postęp choroby lub dynamika procesu chorobowego, przez co osoby kontynuujące leczenie „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, pozostawanie 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 specjalistką;
8. Zbyt pochopne lub niezasadne kierowanie pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do poradni specjalistycznych w sytuacjach, gdy dane schorzenie może być leczone w POZ;
9. Brak możliwości zakontraktowania świadczeń, które mogłyby być realizowane w mniejszych miejscowościach, co utrudnia dostęp do lekarzy;

10. Upowszechnienie badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, które stają się jednym z podstawowych badań diagnostycznych, co powoduje ciągły wzrost zapotrzebowania na świadczenia i zwiększenie liczby oczekujących oraz czasu oczekiwania;
11. Zwiększona liczba wskazań do wykonania badań diagnostycznych, kierowanie pacjenta na badania kosztochłonne bez wcześniejszego wykorzystania innych metod diagnostycznych;
12. Zwiększenie wyceny procedur JGP dla pacjentów objętych kontynuacją leczenia po leczeniu operacyjnym, co powoduje szybszą realizację kontraktu i wydłużenie czasu oczekiwania dla pacjentów z chorobami przewlekłymi;
13. Brak uszczegółowienia standardów postępowania w przypadku świadczeń z ograniczoną dostępnością np. postępowania w przypadku leczenia zaćmy - wielu pacjentów jest wpisywanych zbyt wcześnie na listę oczekujących z powodu długiego czasu oczekiwania, mają wielokrotnie potem przesuwane terminy udzielenia świadczenia, blokując miejsca innym pacjentom;
14. 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.
15. 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;
16. Wyznaczanie odległych terminów udzielenia świadczenia na życzenie pacjenta w oderwaniu od kolejności zgłoszeń, co przekłada się na wydłużenie sprawozdawanych średnich rzeczywistych czasów oczekiwania;
17. Brak skutecznego dostępu pacjentów do informacji o miejscach udzielania świadczeń. Często pacjenci kierują się do znanych sobie placówek medycznych, nie wiedząc, że mogą uzyskać dane świadczenie w krótszym terminie u innego świadczeniodawcy;
18. Błędy w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących powodujące, że niekiedy wykazywane są dłuższe czasy oczekiwania i większe liczby osób oczekujących w związku przede wszystkim z wykazywaniem osób wpisanych na wyodrębnioną kolejkę np. endoprotezoplastykę stawu biodrowego lub kolanowego także w kolejce do oddziału chirurgii urazowo-ortopedyczny (podwójne wpisywanie tego samego pacjenta do kilku kolejek). Błędy w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących są na bieżąco wyjaśniane przez oddziały wojewódzkie Funduszu.

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

W poniższej tabeli przedstawiono dane dotyczące liczby zrealizowanych skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ w 2017 r. oraz wskaźnik dostępności niniejszych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Tabela IV.18. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w 2017 r. w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu.

Nazwa OW NFZ	ogółem liczba ubezpieczonych	Liczba zrealizowanych skierowań w roku 2017	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdroowtnej
Dolnośląski	2 629 314	36 620	139
Kujawsko-Pomorski	1 897 520	21 863	115
Lubelski	1 954 843	25 964	133
Lubuski	918 762	9 202	100
Łódzki	2 331 433	28 305	121
Małopolski	3 112 693	33 506	108
Mazowiecki	5 163 216	63 100	122
Opolski	844 565	8 194	97
Podkarpacki	1 905 622	20 375	107
Podlaski	1 055 712	12 676	120
Pomorski	2 116 171	17 905	85
Śląski	4 166 670	45 551	109
Świętokrzyski	1 134 202	14 838	131
Warmińsko- Mazurski	1 268 662	12 613	99
Wielkopolski	3 313 670	38 224	115
Zachodniopomorski	1 510 465	13 608	90
Ogółem	**35 323 520**	**402 544**	**114**

* *dane wg Centralnego Wykazu Ubezpieczonych wg stanu na koniec 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 2017 r. oraz wskaźnik dostępności niniejszych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Tabela IV.19. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2017 r. w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu.

Nazwa OW NFZ	**ogółem liczba ubezpieczonych**	**Liczba osób, którym udzielono świadczeń w roku 2017**	**Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej**
Dolnośląski	2 629 314	665	2,53
Kujawsko-Pomorski	1 897 520	529	2,79
Lubelski	1 954 843	533	2,73
Lubuski	918 762	140	1,52
Łódzki	2 331 433	501	2,15
Małopolski	3 112 693	547	1,76
Mazowiecki	5 163 216	1 289	2,50
Opolski	844 565	258	3,05
Podkarpacki	1 905 622	524	2,75
Podlaski	1 055 712	322	3,05
Pomorski	2 116 171	546	2,58
Śląski	4 166 670	1 344	3,23
Świętokrzyski	1 134 202	166	1,46
Warmińsko- Mazurski	1 268 662	285	2,25
Wielkopolski	3 313 670	790	2,38
Zachodniopomorski	1 510 465	254	1,68
Ogółem	**35 323 520**	**8 693**	**2,46**

Zgodnie z danymi przedstawionymi w poniższej tabeli, w ramach ratownictwa medycznego na 2017 rok zakontraktowanych zostało łącznie 1 547 zespołów ratownictwa medycznego, w tym: 1 057 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego (w tym 12 wodnych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego) i 490 specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego.

Ogólna liczba zespołów ratownictwa medycznego wzrosła w 2017 r. względem roku poprzedniego o 20 (1,31%), przy czym liczba specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 72, natomiast liczba podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 92. Wskazane powyżej zmiany w liczbie zespołów ratownictwa medycznego wynikają z modyfikacji treści wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz konieczności przekwalifikowywania specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego na zespoły podstawowe, z uwagi na brak personelu medycznego (lekarzy) niezbędnego do zapewnienia odpowiedniego ich funkcjonowania.

Tabela IV.20. Liczba zakontraktowanych na rok 2017 zespołów ratownictwa medycznego w podziale na rodzaj zespołów oraz informacje, dotyczące ich dostępności w latach 2016-2017.

Tabela IV.20. Liczba zakontraktowanych na rok 2017 zespołów ratownictwa medycznego w podziale na rodzaj zespołów oraz informacje, dotyczące ich dostępności w latach 2016-2017.			
Liczba zespołów ratownictwa medycznego *			
Rodzaj zespołu	Liczba zespołów w 2016 r.	Liczba zespołów w 2017 r.	Liczba zespołów w 2017 r. w stosunku do liczby zespołów w 2016 r.
Zespół ratownictwa medycznego **podstawowy**	965	1057	109,53%
Zespół ratownictwa medycznego **specjalistyczny**	562	490	87,19%
RAZEM	**1527**	**1547**	**101,31%**
Dostępność zespołów ratownictwa medycznego**			
Rodzaj zespołu	2016 r.	2017 r.	Dostępność zespołów w 2017 r. w stosunku do dostępności zespołów w 2016 r.
Zespół ratownictwa medycznego **podstawowy**	909,73	998,86	109,80%
Zespół ratownictwa medycznego **specjalistyczny**	556,31	488,67	87,84%
RAZEM	**1466,04**	**1487,53**	**101,47%**
**) 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 2016-2017, 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 2017 o 1,47% większa niż w roku 2016, przy czym dostępność podstawowych zespołów zwiększyła się o 9,8%, natomiast dostępność specjalistycznych zespołów zmniejszyła się o 12,16%.

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.

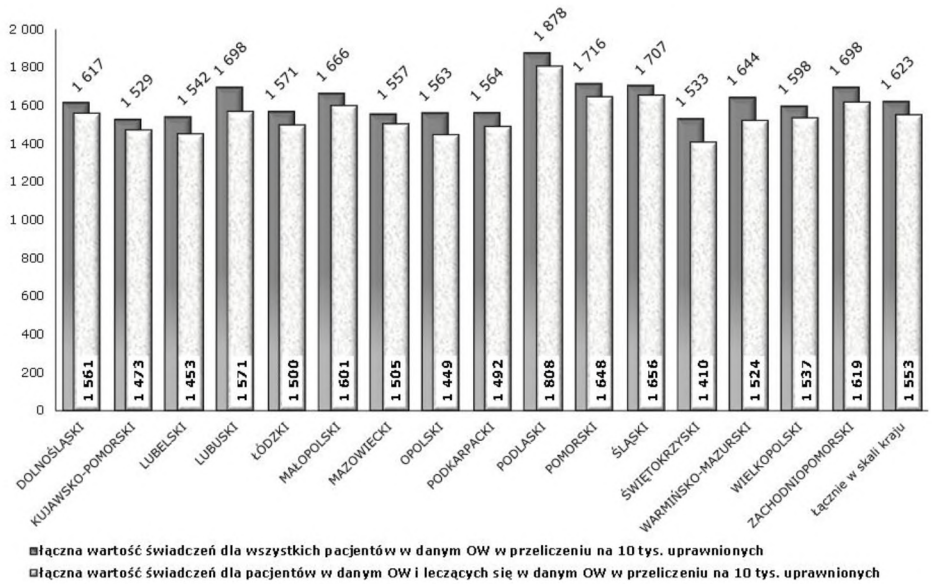
Drugi z wymienionych powyższej wskaźników przyjmuje:

- najwyższe wartości w województwach: warmińsko – mazurskim (0,52), lubuskim (0,50), oraz zachodniopomorskim (0,48);
- najniższe wartości w województwach: wielkopolskim (0,34), małopolskim, mazowieckim oraz pomorskim (0,35).

Tabela nr IV.21. Liczba zakontraktowanych zespołów ratownictwa medycznego w 2017 r. w odniesieniu do ludności województw.

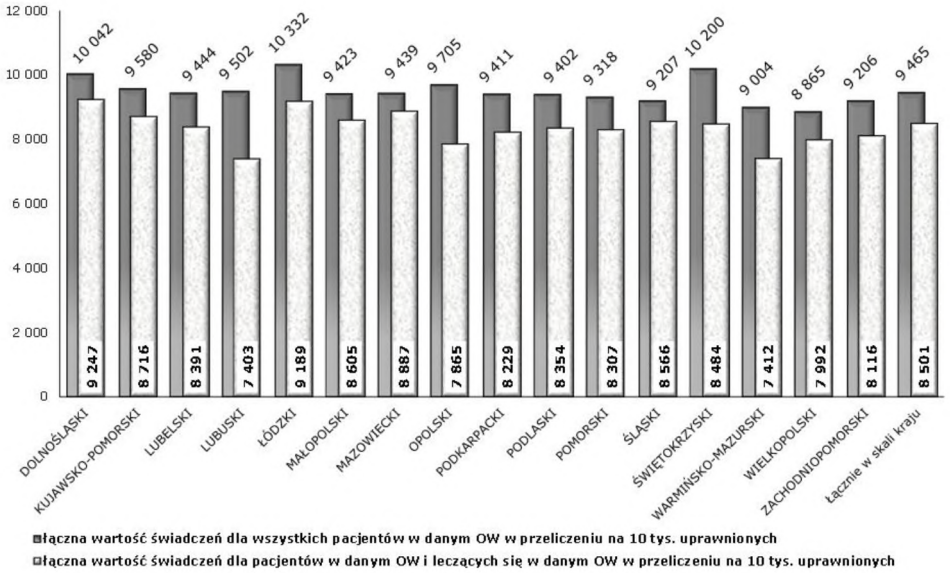
OW NFZ	Ludność w tys. os. (wg GUS stan na 30.12.2017 r.)	Liczba ZRM w 2017 r. (z uwzględnieniem dostępności)	Liczba osób (w tys.) przypadająca na jeden ZRM w 2017 r.	Liczba ZRM w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w 2017 r.
Dolnośląski	2 902,55	110,50	26,27	0,38
Kujawsko-Pomorski	2 082,94	85,34	24,41	0,41
Lubelski	2 126,32	89,00	23,89	0,42
Lubuski	1 016,83	51,00	19,94	0,50
Łódzki	2 476,32	99,75	24,82	0,40
Małopolski	3 391,38	119,58	28,36	0,35
Mazowiecki	5 384,62	186,62	28,85	0,35
Opolski	990,07	41,50	23,86	0,42
Podkarpacki	2 129,14	85,19	24,99	0,40
Podlaski	1 184,55	55,00	21,54	0,46
Pomorski	2 324,25	81,78	28,42	0,35
Śląski	4 548,18	162,00	28,08	0,36
Świętokrzyski	1 247,73	46,50	26,83	0,37
Warmińsko- Mazurski	1 433,95	74,67	19,20	0,52
Wielkopolski	3 489,21	118,00	29,57	0,34
Zachodniopomorski	1 705,53	81,09	21,03	0,48
RAZEM	**38 433,56**	**1 487,53**	**25,84**	**0,39**

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).



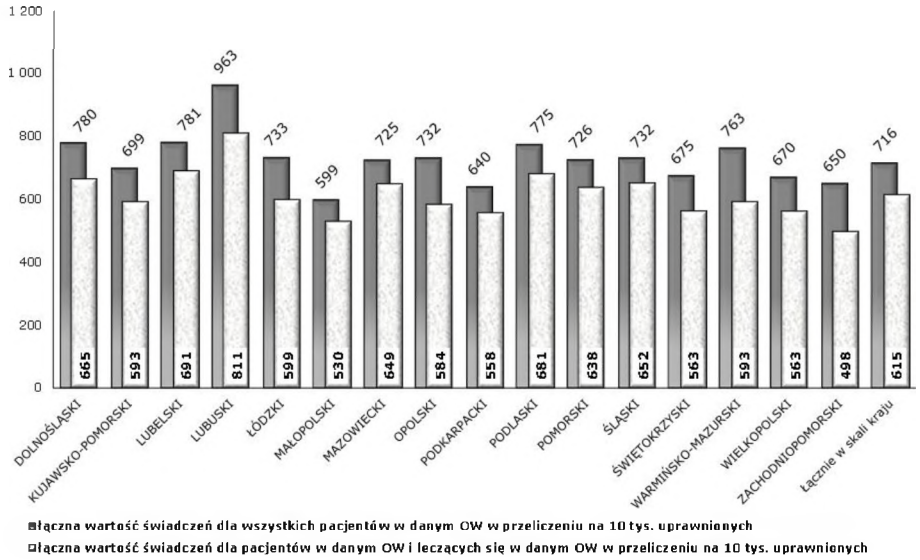
Największy wskaźnik wydatków w AOS w przeliczeniu na 10 tys. „swoich" uprawnionych na terenie całego kraju w 2017 r. osiągnął oddział podlaski (1 834 tys. zł).

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 w 2017 roku 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 poniósł oddział łódzki (10 332 tys. zł). W skali całego kraju koszty te wyniosły 9 189 tys. zł.

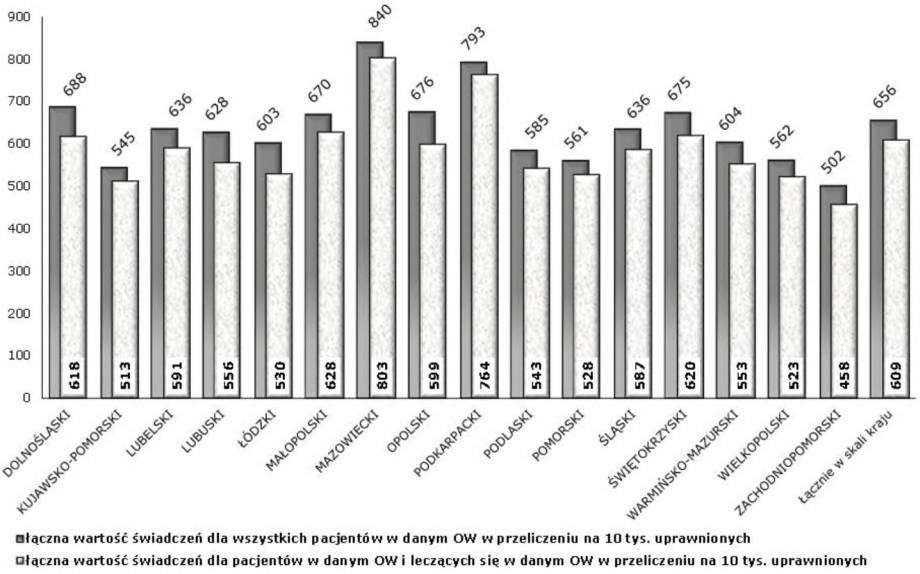
Wykres nr IV.3. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.).



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

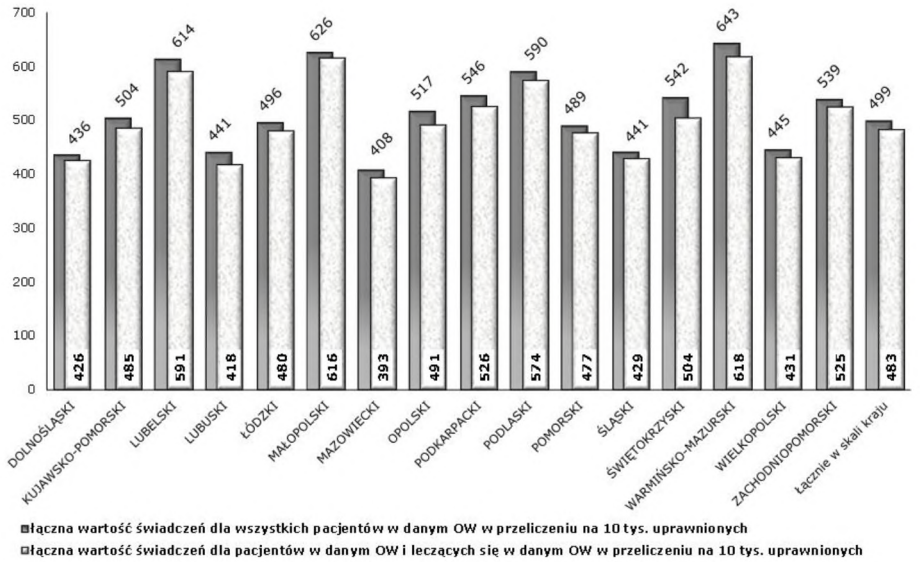
we „własnym" oddziale wojewódzkim Funduszu. Wszystko w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu psychiatrycznym i leczeniu uzależnień w 2017 r. osiągnął lubuski oddział wojewódzki Funduszu 963 tys. zł.

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.).



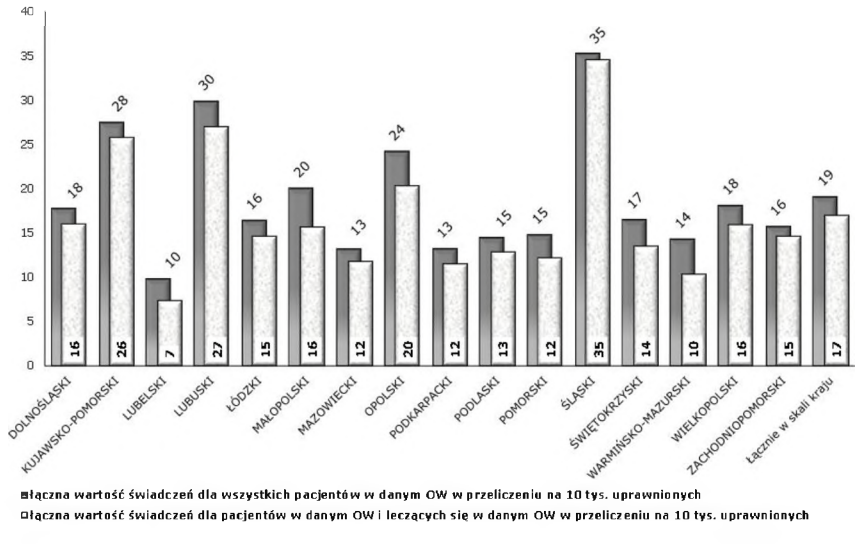
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym" oddziale. Największy wskaźnik wykonania w rodzaju rehabilitacja lecznicza na 10 tys. ubezpieczonych w 2017 r. osiągnął oddział mazowiecki (840 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.).



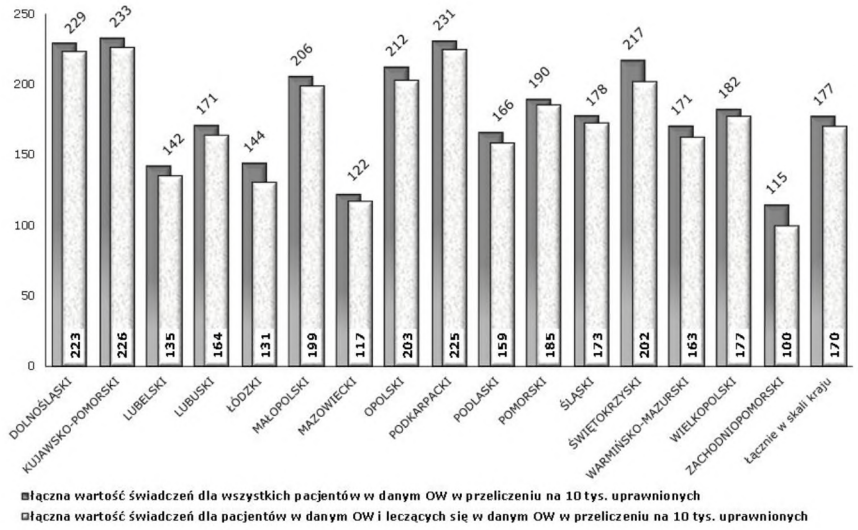
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym" oddziale. Największe koszty w leczeniu stomatologicznym na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. osiągnął oddział warmińsko-mazurski (643 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.).



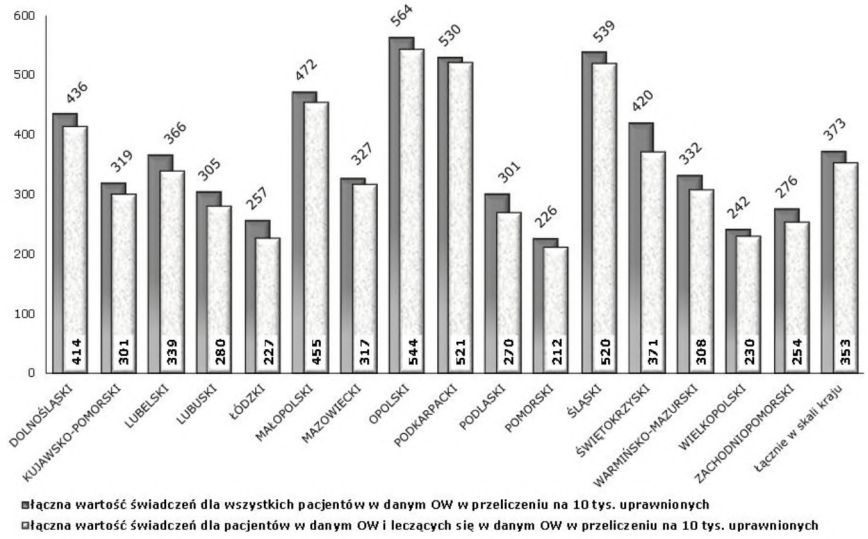
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym" oddziale. Największe koszty profilaktycznych programach zdrowotnych w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2017 r. osiągnął oddział śląski (35 tys. zł) a najmniej oddział lubelski (10 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.).



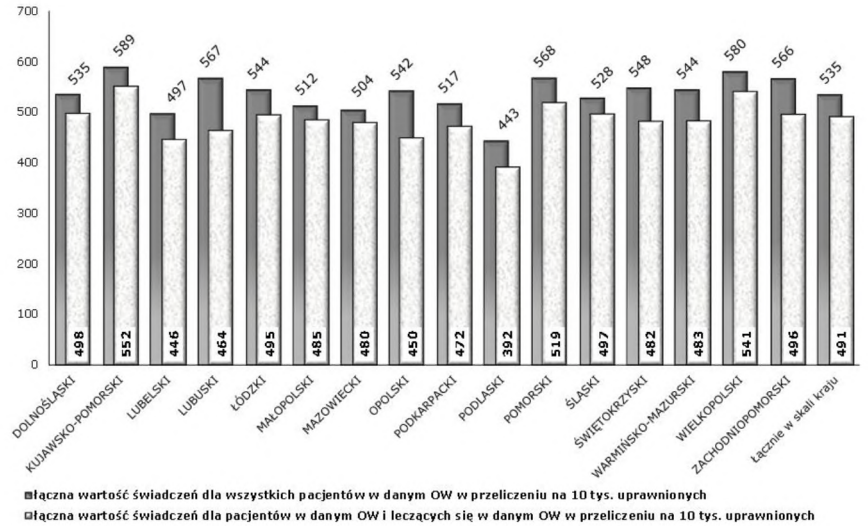
Powyższy wykres przedstawia koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym" oddziale. Największy wskaźnik wykonania w opiece paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w 2017 r. osiągnął oddział kujawsko-pomorski 233 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 2017 r. osiągnął opolski oddział wojewódzki Funduszu 564 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. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczeń) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym" oddziale. Największy wskaźnik wykonania w świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie na 10 tys. uprawnionych w skali 2017 r. osiągnął oddział kujawsko- pomorski (589 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 NFZ[14].

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,
- 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,

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

- dokonywanie wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdania finansowego Funduszu, wnioskowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ich realizacji,
- wyrażanie opinii w sprawie kandydata na Prezesa Funduszu lub kandydatów na jego zastępców,
- wyrażanie opinii w sprawie odwołania Prezesa Funduszu lub jego zastępców.

Rada Funduszu w 2017 roku obradowała na 9 posiedzeniach. Podjęła łącznie 27 uchwał. Uchwały Rady Funduszu są dostępne na stronie www.nfz.gov.pl w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ.

W trakcie odbytych w 2017 roku posiedzeń Rada Funduszu między innymi:

1) uchwaliła:

   - Plan Pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2017 r.
   - kilka nowelizacji rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2017 r., w związku z wnioskami Prezesa Funduszu,
   - rzeczowy plan wydatków inwestycyjnych NFZ na 2018 r.

2) wyraziła opinie w sprawach:

   - projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2018 r.,
   - projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2017 r.

3) przyjęła:

   - okresowe sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2016 r. oraz I, II i III kwartał 2017 r.,
   - roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 r.,
   - sprawozdanie z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 r.,

4) wyraziła zgodę na:

   - zawarcie umowy o świadczenie asysty technicznej i konserwacji na oprogramowanie Oracle,
   - zawarcie umowy o świadczenie usług serwisowych dla macierzy HPE wraz z osprzętem w oddziałach wojewódzkich NFZ,
   - zawarcie umowy o udzielenie subskrypcji, licencji oraz zapewnienie wsparcia technicznego, aktualizacji i poprawek oprogramowania,
   - odpłatne zbycie nieruchomości Narodowego Funduszu Zdrowia położonych w Bydgoszczy przy Al. A. Mickiewicza 15 oraz przy ul. J. Słowackiego 3,
   - na powrotne przeniesienie własności nieruchomości w Dąbrowie Górniczej na Skarb Państwa,
   - na nieodpłatne przeniesienie własności nieruchomości w Katowicach na Skarb Państwa,

5) powierzyła Zastępcy Prezesa NFZ ds. Finansowych czynności związane z udzieleniem zamówienia publicznego na badanie sprawozdania finansowego NFZ za 2017 i 2018 rok,
6) zatwierdziła specyfikację istotnych warunków zamówienia publicznego na badanie sprawozdania finansowego NFZ za 2017 i 2018 rok,
7) dokonała:

   - pokrycia straty netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 r.,
   - wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2017 i 2018 rok,

8) dyskutowała m.in. na temat:

- sprawozdania z prac Zespołu przedstawionego przez Przewodniczącą Zespołu Problemowego Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży,
- prognozy przychodów i kosztów NFZ na kolejne trzy lata (2018-2020),
- dokonanych przez Prezesa NFZ zmian w rzeczowym planie wydatków inwestycyjnych NFZ na 2017 r.,
- realizacji zadań w IV kwartale 2016 r., ujętych w Planie pracy Centrali NFZ na 2016 r.,
- realizacji zadań w I, II i III kwartale 2017 r., ujętych w Planie pracy Centrali NFZ na 2017 r.,
- realizacji zadań inwestycyjnych zaplanowanych przez NFZ na 2016 r.,
- sprawozdania z wdrożonego przez Fundusz pilotażowego programu koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC),
- wyników prac Zespołu działającego przy Prezesie NFZ, dotyczących całościowych (bezpośrednich i pośrednich, także społecznych i budżetowych) kosztów niektórych chorób,
- zakończonego badania sprawozdania finansowego NFZ za 2016 r.,
- realizacji świadczeń koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC) wdrożonych od 1 lipca 2016 r.,
- list oczekujących na wybrane świadczenia oraz wartości zakontraktowanych i udzielonych świadczeń (w tym za okres sprawozdawczy wrzesień i grudzień 2016r.),
- problemów kadrowych Funduszu związanych z odchodzeniem pracowników i trudnościami w naborze nowych, w związku z zapowiadaną likwidacją NFZ,
- podziału dodatkowych środków z budżetu państwa na finansowanie tzw. nadwykonań za lata poprzednie,
- zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w ramach podstawowego szpitalnego zabezpieczenia (PSZ),
- kontraktowania świadczeń, które nie zostały zabezpieczone w tzw. sieci szpitali,
- kolejek oczekujących na wybrane świadczenia oraz wartości zakontraktowanych i udzielonych świadczeń.

Rada Funduszu w oparciu o przepisy Regulaminu działania Rady Narodowego Funduszu Zdrowia może również powoływać Zespoły Problemowe (stałe albo doraźne) zajmujące się szczegółową analizą określonych obszarów działalności Funduszu, jak również szeroko pojętą problematyką świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Zespoły realizują swoje zadania na podstawie pogłębionej analizy danych udostępnianych przez Fundusz, jak również w dialogu ze środowiskami eksperckimi oraz świadczeniodawcami. W 2017 roku funkcjonował Zespół Problemowy do spraw koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży, powołany uchwałą Nr 13/2016/III z dnia 29 kwietnia 2016 r. Prowadził on pogłębioną analizę dotyczącą optymalizacji koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży, w oparciu o kryterium jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Równolegle działał Zespół Problemowy Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, powołany uchwałą Rady Nr 9/2015/III z dnia 23 czerwca 2015 r. Prace w/w Zespołów są kontynuowane.

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 2016 r.	5 307,00	411	4 896,00	5 243,24	408,66	4 834,58
31 grudnia 2017 r.	5 378,00	422	4 956,00	5 317,43	420,32	4 897,11

W trakcie 2017 r. stan osobowy pracowników Funduszu w stosunku do 2016 r. zwiększył się o 71 osób. Zwiększenie zatrudnienia w Centrali i oddziałach 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 2017 r. były: konieczność zawierania umów o pracę na zastępstwa za osoby przebywające na długotrwałych zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich, rodzicielskich i wychowawczych oraz uzupełnienie niedoborów kadrowych. W Funduszu w trakcie 2017 r. rozwiązano umowy o pracę z 381 pracownikami, natomiast nawiązano umowy o pracę z 456 osobami. Roczny wskaźnik fluktuacji zatrudnienia dla NFZ ukształtował się na poziomie 8,51%. Średnie miesięczne wynagrodzenie w Funduszu na koniec okresu sprawozdawczego wyniosło 5 374,60 zł. Średnie miesięczne wynagrodzenie w Centrali wyniosło 7 513,64 zł, w oddziałach wojewódzkich NFZ – 5 191,37 zł. Podane 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.

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.

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, Fundusz zaangażował się w prace Programu SAFE (Social Agencies for Future Europe – S.A.F.E). Celem Programu, realizowanego przez trzynaście europejskich instytucji zabezpieczenia społecznego, było 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 przede wszystkim projekty obejmujące testy techniczne dostarczanego przez Komisję Europejską oprogramowania. W trakcie testów dokonano instalacji zarówno produkcyjnej (PRR) jak i poprodukcyjnej wersji (post PRR) 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 o świadczeniach, gdzie wskazano mi.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, wymiany dokumentów elektronicznych, wymagała budowy kolejnych wersji środowiska dla ww. Punktu Kontaktowego w NFZ, zaimplementowania oprogramowania dostarczonego przez Komisję Europejską oraz ciągłego podnoszenia kwalifikacji zaangażowanych w nie pracowników NFZ. Dokonano również instalacji oprogramowania aplikacji RINA, dostarczanego przez Komisję Europejską, która docelowo w NFZ będzie wykorzystywana do obsługi elektronicznej wymiany dokumentów z zagranicą. Wdrożenie systemu EESSI we wszystkich krajach UE planuje się na lipiec 2019 r.

Wprowadzenie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali)

Narodowy Fundusz Zdrowia w 2017 r. prowadził intensywne prace koncepcyjne i dostosowawcze w związku z wdrażaniem systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (tzw. sieci szpitali), na podstawie ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wymagało to przebudowy całego Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ. Podczas prac analitycznych zidentyfikowano wiele obszarów SI NFZ podlegających modyfikacji. Przyjęto założenie, aby system informatyczny w jak największym stopniu wspomógł OW NFZ we wdrażaniu systemu PSZ. Działania dostosowujące objęły przygotowanie nowych struktur konfiguracyjnych odzwierciedlających system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, wprowadzony na podstawie ustawy i rozporządzeń wykonawczych. Przygotowano również nowe słowniki poziomów PSZ i profili PSZ zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 13 czerwca 2017 r. w sprawie określenia szczegółowych kryteriów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Dzięki dokonanym zmianom oddziały wojewódzkie NFZ mogły wprowadzić do systemu informatycznego wyniki kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu PSZ. System informatyczny stanowił wsparcie dla OW NFZ podczas tworzenia umów ze świadczeniodawcami zakwalifikowanymi do systemu PSZ, co stało się możliwe po wypracowaniu koncepcji nowej struktury dla umów PSZ oraz zapewnieniu wspomagania tworzenia specyfikacji umowy. W związku z zasadami przyjętymi przez

ustawodawcę w obszarze rozliczeń i ustaleniu finansowania w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia dla świadczeń udzielanych na podstawie umów PSZ oraz ustaleniu odrębnego sposobu finansowania dla świadczeń wskazanych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2017 r. w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania, NFZ wprowadził zmiany w sprawozdawczości i rozliczaniu świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych. Wymagało to znacznych modyfikacji SI NFZ. Zmianie uległy zasady wyznaczania wartości świadczeń rozliczanych w ramach umów PSZ. Dla rozliczania pozycji umowy finansowanych ryczałtem PSZ utworzony został dedykowany typ rachunku, gdzie w generowanym szablonie cena i wartość równa się wartości ryczałtu PSZ ustalonego za dany miesiąc. Przygotowano również system do generacji oddzielnego rachunku dla pozycji finansowanych odrębnie. Po zmianach wynikających z budowy umów PSZ zmodyfikowany został import komunikatu sprawozdawczego XML SWIAD. Dostosowano istniejące procedury bilingowe ze względu na sposób finansowania pozycji rozliczeniowych sprawozdanych komunikatem sprawozdawczym XML SWIAD (pozycje rozliczeniowe finansowane odrębnie/pozycje rozliczeniowe finansowane w ramach ryczałtu sieciowego). Zmianie uległa funkcjonalność generowania dla świadczeniodawców komunikatów R_UMX zawierających dane umożliwiające wygenerowanie elektronicznej postaci rachunków rozliczających ryczałt PSZ. Przebudowie podlegały również procesy udostępniania danych z umów PSZ dla innych podsystemów w ramach SIWDzNFZ.

System Monitorowania Programów Terapeutycznych (SMPT)

System Monitorowania Programów Terapeutycznych, w skrócie SMPT, wspiera pracę świadczeniodawców w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie 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 2017 roku prowadzone były bardzo intensywne prace związane z dostosowywaniem SMPT. Modyfikacje systemu i budowa nowych funkcjonalności 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 2017 roku prowadzone były również w związku z wprowadzeniem w ustawie o świadczeniach przepisu o konieczności wprowadzenia do SMPT możliwości gromadzenia danych o sposobie i dawce stosowanych leków w programach lekowych. W związku z powyższym w 2017 roku odnotowano duży wzrost liczby składanych zgłoszeń dostosowania. Do dostawcy oprogramowania przekazano 47 zgłoszeń obejmujących budowę lub modyfikację modułów dla programów lekowych w SMPT. W 2017 roku zainicjowano budowę 11 nowych rejestrów dla programów lekowych oraz zlecono 36 zgłoszeń modyfikacji istniejących modułów w SMPT.

Portal NFZ

W 2017 roku zostały zrealizowane kolejne etapy wprowadzania nowych funkcjonalności do Portalu NFZ dla świadczeniodawców oraz OW NFZ. Modyfikacja Portalu NFZ odbywa się sukcesywnie w odniesieniu do zmieniających się wymagań biznesowych. W ramach realizacji zgłoszenia dotyczącego wymiany danych między Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą i Rejestrem Aptek a systemami NFZ zostały wykonane 3 z 6 etapów zgłoszenia. W systemie Centrali NFZ została stworzona kopia rejestrów z CSIOZ oraz zasilenie danymi z plików XML, pobranych ze strony internetowej CSIOZ. Dodatkowo zostały zaimplementowane usługi w systemie Centrali NFZ

udostępniające do systemów OW NFZ dane z rejestrów. W 2017 roku przekazano dostawcom oprogramowania 12 zgłoszeń dostosowania systemu dotyczących Portalu NFZ.

Projekt dotyczący wdrożenia rozwiązania informatycznego wspierającego proces obsługi zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne

W 2017 r. na podstawie zarządzenia nr 2/2017/DI Prezesa NFZ z dnia 2 stycznia 2017 r. został powołany Zespół zadaniowy ds. automatyzacji procesu obsługi zleceń na wyroby medyczne. Prace Zespołu prowadzone były w formie posiedzeń, które odbywały się w Centrali NFZ w terminie od 5 stycznia 2017 r. do 6 lutego 2017 r. Członkami Zespołu byli przedstawiciele Centrali NFZ, Oddziałów Wojewódzkich NFZ, Ministerstwa Zdrowia, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia oraz dostawców oprogramowania dla NFZ. Zespół wypracował koncepcje rozwiązania informatycznego wspierającego proces obsługi zleceń na wyroby medyczne oraz wykonał analizę dotyczącą możliwości wdrożenia. Po uzyskaniu zgody Ministra Zdrowia zainicjowano prace dostosowawcze. Głównym celem wdrażanego rozwiązania informatycznego jest wyeliminowanie wizyty pacjenta w siedzibie OW NFZ w celu uzyskania potwierdzenia do realizacji zlecenia na wyroby medyczne. Pacjent już podczas wizyty u lekarza będzie mógł uzyskać potwierdzenie na realizację takiego zlecenia. Prace nad dostosowaniem systemu informatycznego będą kontynuowane w 2018 roku

SIMP – Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC)

W systemie SIMP (System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki) w 2017 r. rozwijano funkcjonalność umożliwiającą realizację, monitorowanie i rozliczanie świadczeń udzielanych w ramach programu koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży. Proces opieki nad kobietą w ciąży w ramach świadczenia „ Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży" rozpoczyna się z chwilą zgłoszenia się pacjentki w ciąży do świadczeniodawcy i zgłoszenia przez pacjentkę chęci do korzystania z tego rodzaju świadczeń. W trakcie pierwszej porady świadczeniodawca sprawdza w systemie informatycznym uprawnienie pacjentki do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz pozyskuje informację, czy pacjentka nie jest już objęta opieką u innego lub tego świadczeniodawcy. W trakcie pierwszej wizyty przeprowadzany jest wstępny wywiad i określany jest termin porodu. Następnie świadczeniodawca przygotowuje i przekazuje pacjentce „Informację dla kobiety objętej koordynowaną opieką nad kobietą w ciąży". Świadczeniodawca opracowuje indywidualny plan opieki, realizuje i zapewnia świadczenia związane z porodem, a w przypadku wskazań medycznych także hospitalizacje. Pacjentka może zrezygnować z udziału w opiece koordynowanej, jak również może zmienić świadczeniodawcę realizującego opiekę koordynowaną. Świadczeniodawca ma obowiązek rejestrowania i gromadzenia określonego zakresu danych w systemie informatycznym wspierającym realizację procesu koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży. Na koniec realizacji procesu, po porodzie przekazywana jest pacjentce ankieta do wypełnienia w celu oceny poziomu satysfakcji pacjentki z opieki koordynowanej. Proces realizacji opieki jest na bieżąco monitowany przez pracowników OW NFZ poprzez ocenę wskaźników jakościowych. Opisana funkcjonalność została wprowadzona w formie pilotażu od lipca 2016 r. Pilotaż trwał do 30 września 2017 r. Od 1 stycznia 2017 funkcjonalność została rozszerzona o prowadzenie ciąży patologicznej i opieki nad chorym noworodkiem u świadczeniodawców na II lub III poziomie opieki perinatalnej realizujących świadczenia w oparciu o ustawę z dnia 4 listopada 2016 r o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem". Od października 2017 moduł SIMP – Koordynowana opieka nad kobietą w ciąży obsługuje świadczeniodawców posiadających co najmniej I poziom referencyjny położnictwa i ginekologii oraz poziom neonatologii wraz z obsługą leczenia noworodków.

Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP)

W roku 2017 podjęto prace zmierzające do umożliwienia posiadaczom Profilu Zaufanego zakładania konta oraz logowania się do Zintegrowanego Informatora Pacjenta. Równolegle, w Ministerstwie Zdrowia rozpoczęły się prace legislacyjne nad nowym rozporządzeniem Ministra Zdrowia, które umożliwiało taki sposób dostępu do systemu ZIP. W pracach tych znaczący udział mieli przedstawiciele

Funduszu. Od strony technicznej prace były prowadzone w ścisłej współpracy z Ministerstwem Cyfryzacji oraz Centralnym Ośrodkiem Informatyki, jako jednostkami odpowiedzialnymi za Profil Zaufany. Udostępnienie obywatelom funkcjonalności dostępu do ZIP z wykorzystaniem Profilu Zaufanego miało miejsce na początku stycznia 2018, po wejściu z życie rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców (eWUŚ)

Elektroniczny sposób potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych był w 2017 roku powszechnie i bez zakłóceń stosowany przez świadczeniodawców. System obsługiwał średnio 3,7 mln zapytań w dni robocze i 1,3 tys. zapytań w dni wolne. Średnio w 2017 roku podczas weryfikacji prawa do świadczeń system eWUŚ nie potwierdzał prawa do świadczeń dla 4,4% osób ubiegających się o udzielenie świadczeń w dni robocze i dla 7,3% 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 2017 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.

Budowa infrastruktury serwerowej oraz instalacja Punktu Dostępu(AP) oraz aplikacji RINA na potrzeby wdrożenia systemu EESSI

W 2017 r., na potrzeby wdrażanego w Centrali NFZ Systemu Elektronicznej Wymiany Dokumentów (EESSI) pomiędzy instytucjami UE, zakupiono nowe urządzenia serwerowe. Sprzęt służył instalacji poszczególnych modułów systemu: punktu dostępowego, baz danych, aplikacji. Zapewnił uruchomienie środowiska akceptacyjnego systemu EESSI w NFZ i pozwoli na uruchomienie środowisk testowego i produkcyjnego. Umożliwi utrzymanie ciągłości działania systemu i jego wysokiej dostępności.

Rozbudowa systemu telefonii IP w Oddziałach Wojewódzkich NFZ

W 2017 roku kontynuowano projekt rozbudowy telefonii IP w NFZ. Objęto nim kolejne dwa oddziały wojewódzkie Funduszu: Świętokrzyski i Kujawsko-Pomorski. Wdrożenie zostało całkowicie zrealizowane w 2017 roku. Aktualnie system telefonii IP funkcjonuje w Centrali i jedenastu oddziałach wojewódzkich. 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 2018 roku planowane jest rozszerzenie systemu o kolejne trzy oddziały.

Rozbudowa środowiska bazodanowego

W 2017 roku został zakupiony nowy serwer bazodanowy dla systemu CWU. System CWU w Narodowym Funduszu Zdrowia jest jednym z kluczowych systemów bazodanowych. W systemie gromadzone i przetwarzane są dane dotyczące ubezpieczonego i statusu ubezpieczenia. System zasilany jest regularnie z różnych źródeł miedzy innymi z ZUS, KRUS, MSW. Pozyskane dane są gromadzone i przetwarzane w różnych modułach sprawiając, że dostępność bazy danych ze względu na szereg zależności jest istotnym elementem w celu zapewnienia ciągłości działania całego systemu NFZ. Należy zwrócić uwagę na fakt, że System CWU jest jedną z największych baz danych w skali całego kraju, na których przeprowadzane są skomplikowane przetwarzania, dzięki którym możliwe jest utrzymanie aktualnego stanu danych między innymi dla modułu EWUŚ, który pobiera codziennie dane z systemu CWU.

Modernizacja infrastruktury serwerów opartych o technologię x86

W 2017 roku na potrzeby zwiększenia wydajności w infrastruktury informatycznej w Centrali NFZ zakupiono urządzenia serwerowe. Sprzęt posłużył do modernizacji istniejących środowisk wirtualnych. Nowe serwery o zwiększonej mocy obliczeniowej umożliwią utrzymanie ciągłości działania kluczowych aplikacji i ich wysokiej dostępności.

V.3. Projekty unijne realizowane przez Fundusz

Projekt: „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski".

W oparciu o umowę zawartą pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia w dniu 23 października 2015 roku, NFZ zrealizował 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 był współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój.

Przedmiot realizacji:

Opracowanie, także w oparciu o doświadczenia międzynarodowe, modeli opieki koordynowanej, w której zasadniczą rolę będzie odgrywała podstawowa i ambulatoryjna opieka zdrowotna z elementami profilaktyki; upowszechnienie informacji o najlepszych rozwiązaniach międzynarodowych; konferencje i spotkania interesariuszy systemu ochrony zdrowia na temat nowych rozwiązań organizacyjnych oraz aktywna edukacja w tym zakresie, skierowana także do pacjentów.

Rok 2017 był drugim rokiem realizacji projektu. W tym okresie zostały zrealizowane m.in. następujące zadania:

- ukończono prace nad podręcznikami wdrożenia pilotażu modelu 1 (POZ PLUS), modelu 2 (AOS), modelu 3 (SZP),
- opracowano materiały dotyczące „Profilaktycznych badań bilansowych dla osób dorosłych – realizowanych w ramach pilotażu opieki koordynowanej POZ PLUS",
- prace eksperckie z zakresu opracowania wymagań związanych z systemami informatycznymi u świadczeniodawców, przystępujących do pilotażu modelu POZ PLUS,
- dokonano preselekcji podmiotów zainteresowanych pilotażem POZ PLUS,

- przeprowadzono warsztaty dla wybranych w preselekcji świadczeniodawców, w których łącznie wzięło udział ponad 600 osób,
- dokonano badania opinii pacjentów dotyczących organizacji opieki koordynowanej poprzez planowane wprowadzenie programu pilotażowego POZ PLUS wraz z raportem,
- opracowano ścieżki kliniczne (tzw. algorytmy postępowania diagnostyczno-terapeutycznego) na rzecz przyszłego systemu opieki koordynowanej, wspierających lekarzy w udzielaniu świadczeń pacjentom dla wymienionych poniżej jednostek chorobowych w ramach 5 grup, które są planowane do prowadzenia przez lekarza POZ m.in. w oparciu o diagnostykę, rehabilitację i konsultacje specjalistyczne, rozliczane w ramach budżetu powierzonego:
    - Grupa 1: Cukrzyca typu 2,
    - Grupa 2: Przewlekła choroba wieńcowa, Utrwalone migotanie przedsionków, Przewlekła niewydolność serca,
    - Grupa 3: Astma oskrzelowa, POCHP
    - Grupa 4: Wole miąższowe i guzowate tarczycy, Niedoczynność tarczycy
    - Grupa 5: Choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych, Zespoły bólowe kręgosłupa

    Zamówienie uzupełniające, opracowanie dodatkowych ścieżek w ramach 3 grup:

    - Grupa 1: Kamica dróg moczowych, Przewlekła choroba nerek,
    - Grupa 2: Cukrzyca t. I, Otyłość i zespół metaboliczny,
    - Grupa 3: Miażdżyca zarostowa tętnic kkd., Przewlekła niewydolność żylna, Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa.
- dokonano tłumaczenia i przygotowania do druku publikacji „Opieka koordynowana. Lepiej i taniej" Guusa Schrijversa. Organizacja spotkania z autorem, promującego publikację w polskiej wersji językowej.
- zorganizowano 17 spotkań ekspertów projektu, mających na celu m.in. prezentację, konsultacje i przygotowanie do pilotażu modelu POZ PLUS.
- współpracowano z Instytucją Pośredniczącą (Ministerstwo Zdrowia) w zakresie rozliczeń oraz sprawozdawczości. Korespondencja i kwartalna sprawozdawczość była prowadzona w dedykowanej aplikacji SL2014.

Projekt: „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS"

W oparciu o umowę zawartą pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia w dniu 28 listopada 2017 roku, NFZ rozpoczął realizację projektu pozakonkursowego pt.: „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS".

Celem projektu jest pilotażowe wdrożenie modelu opieki koordynowanej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, tzw. modelu POZ PLUS. Cele szczegółowe modelu POZ PLUS to:

- poprawa jakości usług medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki medycznej;
- zwiększenie liczby świadczeń medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki medycznej;
- poprawa koordynacji usług medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Od dnia podpisania umowy (28.11.2017 r.) realizowano:

1) Prace nad projektem zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS" (wraz z załącznikami);

2) Określono zakres wsparcia merytorycznego i analitycznego procesu monitoringu, ewaluacji oraz działań mających na celu skuteczną realizację założonych celów pilotażu, będących przedmiotem planowanej umowy z Bankiem Światowym.

Projekt: „Opracowanie mobilnej aplikacji na smartfony dla kobiet z cukrzycą ciążową SweetPregna".

W oparciu o umowę zawartą pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia w sierpniu 2016 r. NFZ rozpoczął realizację projektu *„Opracowanie mobilnej aplikacji na smartfony dla kobiet z cukrzycą ciążową SweetPregna”*, stanowiącego część Programu PL07, współfinansowanego z Funduszu Współpracy Dwustronnej Mechanizmu Finansowego EOG 2009-2014 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego.

Celem projektu była poprawa opieki perinatalnej kobiet w ciąży poprzez edukację zdrowotną kobiet ze zdiagnozowaną cukrzycą ciążową. Cel został zrealizowany przez stworzenie i powszechne udostępnienie aplikacji na smartfony.

Projekt był realizowany w partnerstwie z Uniwersytetem w Tromso z Norwegii, który posiada ogromne doświadczenie w zakresie budowania aplikacji dla diabetyków.

Aplikacja na smartfony „SweetPregna” jest doskonałym narzędziem dla zrozumienia problemu cukrzycy ciążowej w najbliższym otoczeniu przyszłej matki, również dla zespołów terapeutycznych (lekarz diabetolog, lekarz ginekolog – położnik, pielęgniarka, dietetyk) aby ułatwić proces przygotowania ciężarnej do prawidłowej samokontroli cukrzycy. Nadrzędnym celem Projektu jest zwiększenie świadomości jak i poziomu wiedzy kobiet z cukrzycą ciążową w zakresie zasad dotyczących samokontroli i prawidłowego odżywiania, aktywności fizycznej i kontroli masy ciała. Grupa docelowa to, według danych własnych NFZ z 2015 r., populacja licząca 27.932 kobiety.

Okres realizacji projektu: sierpień 2016 – wrzesień 2017

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

W oparciu o umowę zawartą pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia zawartą w grudniu 2016 r. Narodowy Fundusz Zdrowia był beneficjentem Projektu „CanCell Cancer – Zapobieganie rozwojowi chorób nowotworowych poprzez edukację zdrowotną” współfinansowanego ze środków Funduszu Współpracy Dwustronnej na poziomie Programu Operacyjnego PL07„Poprawa i lepsze dostosowanie do trendów demograficzno- epidemiologicznych” w ramach Mechanizmu Finansowego EOG 2009-2014 i Norweskiego Mechanizmu Finansowego 2009-2014.

Projekt był realizowany był 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.

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

Aplikacja skierowana jest do osób zdrowych, które poprzez codzienne podejmowanie decyzji sprzyjających zdrowiu chcą prowadzić zdrowy tryb życia i w ten sposób zapobiegać zapadalności na choroby nowotworowe, a w szczególności do osób zdrowych o podwyższonym ryzyku zachorowania na nowotwór. Użytkownik będzie miał możliwość oszacowania predyspozycji genetycznej i ryzyka zachorowania na chorobę nowotworową.

Zadaniem aplikacji mobilnej „CanCell Cancer” jest uświadomienie użytkownikom, jak istotne znaczenie w zapobieganiu chorobom nowotworowym ma obniżanie czynników ryzyka powstania tych chorób, badania profilaktyczne, jak również prowadzenie zdrowego stylu życia: prawidłowe odżywianie się, aktywność fizyczna, niepalenie papierosów. Aplikacja ma zachęcić użytkowników do zmiany zachowań, tak aby zminimalizować ryzyko zachorowania na nowotwór.

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

Narodowy Fundusz Zdrowia był Partnerem projektu predefiniowanego w ramach Programu Operacyjnego „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu” na podstawie umowy zawartej pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia w dniu 12 grudnia 2013 r. Projekt realizowany był realizowany do 30 kwietnia 2017 roku. Projekt obejmował swoim zasięgiem całą Polskę i był współfinansowany ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego.

Program operacyjny p.n. „Ograniczanie społecznych nierówności w zdrowiu" miał 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 obejmowały:

- 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 powstała baza materiałów opracowanych w ramach projektu, w której znalazły 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 służy 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).

V.4. 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.

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, systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej „Sieć szpitali". Nowych punktów nocnej i świątecznej pomocy medycznej od 1 października 2017 r., refundacji leków dla pacjentów powyżej 75. roku życia, programu opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży (KOC), 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 w czasie których przedstawiciele Funduszu pełnili dyżury eksperckie, 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", system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej „Sieć szpitali" ,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,
- 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, systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej „Sieć szpitali". Nowych punktów nocnej i świątecznej pomocy medycznej

od 1 października 2017 r., 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 lecznictwa uzdrowiskowego, zaopatrzenia w środki ortopedyczne i pomocnicze, programów profilaktycznych, ubezpieczenia zdrowotnego, pomocy w nagłych przypadkach, opieki hospicyjnej i paliatywnej, praw pacjenta, zasad i miejsc udzielania nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,

- 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 np. artykuły w: „Gazecie Pomorskiej", „Expressie Bydgoskim", „Toruńskich Nowościach" i Radio PiK (oddział kujawsko-pomorski); cykliczne audycje w TVP 3 Lublin (oddział lubelski), udział w cyklu spotkań w ramach „Godziny z Ekspertem" w „Radiu Zachód" (oddział lubuski); dodatki specjalne do „Dziennika Łódzkiego", cykliczna kolumna w „Gazecie Wyborczej" i „Ekspresie Ilustrowanym", program ABC pacjenta w „TVP Łódź" oraz Pora na seniora w „TV Toya" (oddział łódzki); cotygodniowy dodatek do „Gazety Krakowskiej" (oddział małopolski); Informator dla Pacjenta w gazecie codziennej „Nowiny" oraz cykl artykułów NFZ Przypomina w gazecie „Super Nowości" (oddział podkarpacki); stały comiesięczny biuletyn informacyjno-poradnikowy w „Echu Dnia" pt. „Nasz Fundusz" oraz comiesięczny dodatek w kolorowym wydaniu „Forum Medycznego" (oddział świętokrzyski); program „Medycyna i Ty" w „TVP3" (oddział wielkopolski); Ponadto oddziały wojewódzkie publikowały w mediach regionalnych ogłoszenia, informatory i poradniki w zależności do bieżących potrzeb pacjentów.

Publikacje

- plakaty, ulotki, ogłoszenia i banery dotyczące m.in. systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej tzw. sieci szpitali, placówek nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej od 1 października 2017 r., bezpłatnych leków dla seniorów powyżej 75. roku życia, wstecznego zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, opieki stomatologicznej dla dzieci i kobiet w ciąży, portalu ZIP, dostępu do POZ, finansowanych przez Fundusz programów profilaktycznych, karmienia piersią, dostępu do świadczeń, zasad korzystania z opieki zdrowotnej w krajach UE, praw pacjenta, szczególnych uprawnień Zasłużonych Honorowych Dawców Krwi, zasad ubezpieczenia oraz działalności Funduszu. Materiały dystrybuowane były do: świadczeniodawców, placówek ZUS, KRUS, urzędów, jednostek administracji rządowej i samorządowej, lokalnej prasy oraz kolportaż wśród pacjentów przez pracowników OW NFZ w ramach wydarzeń specjalnych i plenerowych.
- 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 nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej tzw. sieci szpitali, 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.: „Opieka koordynowana - lepiej i taniej. Wybór ponad 100 dobrych praktyk koordynowanej opieki zdrowotnej", „Badanie opinii pacjentów na temat organizacji opieki koordynowanej (OOK)",„Realizacja świadczeń endoprotezoplastyki stawowej w 2016 r.",
- informatory zawierające wykaz świadczeniodawców, którzy zawarli umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2017 roku,
- broszury, ulotki i plakaty adresowane do pacjentów w akcjach organizowanych przez stowarzyszenia, fundacje i Ministerstwo Zdrowia oraz kolportaż wśród świadczeniodawców;

- 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),
- Koperty Życia dla seniorów (oddział mazowiecki),
- folder informacyjny dla pacjentów w ramach akcji „Pomoc w stanach nagłych – gdzie szukać?" opracowany przez oddział wojewódzki wraz z pracownikami pogotowia (oddział wielkopolski),
- 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, systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej tzw. sieci szpitali, placówek nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej od 1 października 2017 r., wstecznego zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego, koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC), zasad refundacji bezpłatnych leków dla seniorów powyżej 75. roku życia, programów profilaktycznych finansowanych przez NFZ, koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży w ramach ustawy „Za życiem", zasad korzystania z opieki zdrowotnej w krajach UE. Przedstawiciele Funduszu uczestniczyli również w konferencjach, sympozjach, szkoleniach, seminariach; organizowali lub brali udział w wydarzeniach specjalnych, m.in. takich jak:

- ogólnopolska kampania informacyjna dotycząca systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej tzw. sieć szpitali. Przygotowanie materiałów do prasy, plakatów i ulotek informujących o wprowadzanych zmianach, briefingów prasowych oraz akcja informacyjna pt. Środy z siecią szpitali. Pracownicy Funduszu w każdą środę września 2017 r. spotykali się z pacjentami w ramach specjalnych punktów informacyjnych zorganizowanych w szpitalach z tzw. „sieci szpitali". Pacjenci mogli uzyskać odpowiedź na wszystkie pytania dotyczące leczenia po wejściu w życie „sieci szpitali",
- ogólnopolska kampania informacyjna dotycząca zmian w organizacji nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej od 1 października 2017 r. Przygotowanie materiałów dla prasy, ulotek, tablic informacyjnych, briefingów prasowych oraz punktów informacyjnych w nocy z 30 września na 1 października 2017 r. pod placówkami które przestały świadczyć usługi nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej,
- ogólnopolska kampania informacyjna „Abolicji NFZ" dotycząca możliwości wstecznego zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego osób, które w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych (począwszy od 1.01.2013 r.) spełniały przesłanki do bycia osobą ubezpieczoną,
- kampania informacyjna dotycząca przekazania kwoty miliarda złotych na sfinansowanie nadwykonań, które powstały w latach 2008-2017,
- kampania informacyjna skierowana do kobiet w ciąży. Promocja programu opieki koordynowanej nad kobietą w ciąży (KOC), szczególnych uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej kobiet w ciąży w ramach przepisów ustawy „za życiem", opieki stomatologicznej dla kobiet w ciąży i dzieci, promocja naturalnego karmienia piersią. Organizacja dni otwartych i stoisk informacyjnych w ramach wydarzeń plenerowych i tematycznych w ramach m.in. Tygodnia Promocji Karmienia Piersią, Dni Matki, szkoleń i konferencje dla położników i położnych,
- kampania informacyjna dla seniorów nt. dostępu do leków dla osób powyżej 75. roku życia oraz promocji zachowań prozdrowotnych wśród seniorów. Udział m.in. w Targach Seniora w Krakowie, Senioraliach, targach dla Seniorów „VIVA". Organizacja stoisk informacyjnych w ramach Dni Seniora, Gorzowskiej Jesieni Seniora, spotkania z emerytowanymi policjantami w ramach współpracy z Komendami Wojewódzkimi, punkty informacyjne w ramach Dni Babci i Dziadka, akcja pt. „Wyjdź z Domu" dedykowana seniorom w ramach współpracy z ZUS, dystrybucja „kopert życia" i kalendarzyków z informacjami o programie bezpłatnych leków dla seniorów 75+,

- akcje informacyjne i promocyjne oraz dni otwarte na temat profilaktyki onkologicznej w ramach obchodów Światowego Dnia Walki z Rakiem. Z tej okazji oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia zorganizowały specjalne stanowiska w wybranych ośrodkach onkologicznych w całym kraju oraz w siedzibach oddziałów wojewódzkich NFZ,
- akcje informacyjne i promocyjne związane z obchodami Światowego Dnia Chorego,
- wydawanie haseł dostępu do systemu ZIP organizowane bezpośrednio przez OW NFZ oraz w ramach współorganizowanych wydarzeń publicznych i kampanii społecznych,
- wydawanie haseł dostępu w mobilnych stanowiskach ZIP w urzędach, starostwach, gminach, placówkach medycznych, uczelniach wyższych, firmach, przedstawicielstwach ZUS, zakładach pracy, galeriach, imprezach plenerowych i innych,
- „Dni otwarte" w oddziałach wojewódzkich Funduszu w ramach cyklicznej kampanii „NFZ bliżej Pacjenta" – 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:
    - „Dzień otwarty" w OW NFZ w ramach Dni Walki Z Rakiem i Światowego Dnia Chorego,
    - „Dzień otwarty" w OW NFZ pod hasłem „sprawdź czy jesteś ubezpieczony" w związku z możliwością wstecznego ubezpieczenia zdrowotnego i abolicji w NFZ,
    - „Dzień otwarty" w OW NFZ pod hasłem „spokojne wakacje" poświęcony dostępowi do świadczeń medycznych w trakcie wakacji w Polsce i zagranicą,
    - „Dzień otwarty" w OW NFZ pod hasłem „Sieć Szpitali" dotyczący leczenia po wejściu w życie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej,
- udział w ogólnopolskiej kampanii informacyjnej Ministerstwa Zdrowia pt. „Korupcja Szkodzi Zdrowiu",
- działania edukacyjne i informacyjne w ramach uruchomienia Aplikacji mobilnej NFZ „CanCell Cancer" i „SweetPregna",
- 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 Walki z Rakiem, Światowy Tydzień Wiedzy o Antybiotykach i Europejski Dzień Wiedzy o Antybiotykach, Tydzień Walki z Rakiem,
- prowadzenie akcji promujących badania profilaktyczne w związku z: Światowym Dniem Walki z Rakiem, Dniem Kobiet, Światowym Dniem Walki z Cukrzycą, Polskim Dniem Spirometrii, Światowym Dniem POChP, Światowym Dniem bez Tytoniu,
- prowadzenie działań edukacyjnych dla młodych mam poprzez zachęcanie do wypełnienia ankiety na temat opieki nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, porodu, połogu oraz opieki nad noworodkiem,
- „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. problemów zdrowotnych mężczyzn w ramach corocznej akcji „MOVEMBER (mężczyźni zapuszczają wąsy)" (oddział lubuski),
- organizacja szkolenia dla położników, lekarzy w trakcie specjalizacji z zakresu ginekologii i położnictwa oraz oddziałowych oddziałów położniczo-ginekologicznych (oddział lubuski);
- Senioralia (oddział łódzki, wielkopolski),
- inauguracja akcji podlaskiego OW NFZ i Książnicy Podlaskiej w Białymstoku pod hasłem „Nie bądź jak Scarlett… Pomyśl o tym dzisiaj". Zadaniem kampanii było skłonienie czytelników do refleksji nad zdrowiem i profilaktyką zdrowotną; (oddział podlaski)

- „Wampiriada" w Katowicach (oddział śląski),
- Wystawa fotografii pt. „Pragnę zwyciężać" przedstawiająca dokonania niepełnosprawnych sportowców która zainaugurowała współpracę Śląskiego OW NFZ z Oddziałem Śląskim Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (oddział śląski),
- „Lekarz Roku" – plebiscyt dla najlepszego lekarza województwa świętokrzyskiego (oddział świętokrzyski),
- „Mały pacjent, wielkie prawa" – kampania informacyjna w ramach finału konkursu plastycznego dla dzieci przebywających w szpitalach uzdrowiskowych (oddział zachodniopomorski);
- 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 Uprawnień 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., poprzez cały rok 2017, 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.:

- kampania informacyjna dotycząca systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej tzw. sieci szpitali,
- informacje nt. akcji informacyjnej „Środy z siecią szpitali" w ramach której pracownicy Funduszu w każdą środę września 2017 r. spotykali się z pacjentami w ramach specjalnych punktów informacyjnych zorganizowanych w szpitalach z tzw. „sieci szpitali",
- nowych punktów udzielania nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej od 1 października 2017 r.
- informacje nt. przekazania dodatkowych środków finansowych do oddziałów wojewódzkich Funduszu w wyniku zmiany planu finansowego na 2017 r. aby poprawić dostępność do świadczeń medycznych i skrócić kolejki oczekujących pacjentów,
- Informacje dotycząca przekazania kwoty miliarda złotych na sfinansowanie nadwykonań, które powstały w latach 2008-2017,
- informacje o „Dniach otwartych" w oddziałach wojewódzkich NFZ.

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

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 2017 roku.

	Główna tematyka skarg:
NFZ	– sposób rozpatrzenia i kwalifikacji skierowania na leczenie uzdrowiskowe: odmowa kwalifikacji dziecka, nieterminowe potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe – podanie nieprawdziwych informacji w przeglądarce skierowań na leczenie uzdrowiskowe o terminie rozpoczęcia leczenia – zakwalifikowanie Pacjenta do leczenia uzdrowiskowego pomimo istniejącego przeciwwskazania do leczenia ze względu na chorobę nowotworową – zagubienie przez oddział wojewódzki NFZ przesyłki z wnioskiem o wydanie karty EKUZ – błędna informacja przekazana przez pracownika oddziału wojewódzkiego o sposobie odbioru karty EKUZ wstawionej na podstawie wniosku złożonego elektronicznie – niezasadne skreślenie z listy oczekujących na leczenie uzdrowiskowe – nieudzielenie odpowiedzi na korespondencję dotyczącą przyczyn dezaktywowania karty KUZ (Śląski OW) – opieszałość oddziału wojewódzkiego w udzielaniu odpowiedzi na pismo – przekazanie nieprawidłowych informacji przez konsultanta infolinii zewnętrznej – sposób potwierdzania zleceń na wyroby medyczne – długi czas oczekiwania na otrzymanie karty EKUZ za pośrednictwem poczty, odmowa wydania karty EKUZ, zachowanie pracowników delegatury w związku z wydaniem karty EKUZ

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

Kontrole wewnętrzne przeprowadzone przez Centralę Funduszu w 2017 roku

Kontrola wewnętrzna w Centrali Funduszu w 2017 r. realizowana była w ramach:

1. Kontroli instytucjonalnej, przez Dział Kontroli Wewnętrznej, a następnie przez Wydział Kontroli Wewnętrznej (zwany dalej WKW) wydzielony z Departamentu Kontroli zgodnie z zarządzeniem Nr 21/2017/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 marca 2017 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia,
2. Kontroli funkcjonalnej, w zakresie nadzoru merytorycznego przez właściwe komórki organizacyjne Centrali.

W ramach kontroli instytucjonalnej WKW przeprowadził łącznie 31 kontroli, w tym: 19 kontroli planowych, 10 kontroli doraźnych (w tym jedną wspólnie z BKiS), 1 kontrolę sprawdzającą, 1 kontrolę koordynowaną.

W ramach kontroli funkcjonalnej przeprowadzono łącznie 36 kontroli, w tym: DSM 9 planowych, DEF 7 planowych, DGL 3 planowe, DSS 4 planowych, DWM 2 planowe, BKiS 3 planowe, BK 4 planowe, DK bez WKW 2 doraźne i 2 rozpoznawcze.

Kontrole planowe objęły następujące obszary działalności Funduszu:

1. Prawidłowość i terminowość rozliczania w 2016 roku skutków finansowych będących wynikiem przeprowadzonych kontroli prawidłowości realizacji umów o udzielanie świadczeń

zdrowotnych ze świadczeniodawcami oraz kontroli aptek. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: niewłaściwego sporządzenia wystąpień pokontrolnych oraz niezachowania terminów przy sporządzeniu dokumentów rozliczeniowych.

2. Prawidłowość przeprowadzania postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej prowadzonych w trybie rokowań na podstawie art. 144 ustawy o świadczeniach, w latach 2015-2016. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: wskazania nieprawidłowej podstawy prawnej przeprowadzenia rokowań, niewłaściwego uzasadnienia do wyboru trybu rokowań, niezaproszenia wszystkich świadczeniodawców mogących udzielać świadczeń w przedmiocie postępowania, niewłaściwego sporządzenia protokołu z wynikami weryfikacji oferentów oraz protokołu końcowego z negocjacji, określenia niewłaściwej podstawy do unieważnienia postępowania.
3. Prawidłowość zawierania umów w roku 2016 dotyczących dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m.in.: wskazania daty objęcia ubezpieczeniem niezgodnej z wnioskiem, przyjmowania niekompletnych wniosków, niewłaściwego naliczenia opłaty dodatkowej.
4. Ocena prawidłowości aneksowania umów zawartych ze świadczeniodawcami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej niewygasających z końcem okresu finansowania w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna i leczenie szpitalne przez OW NFZ w latach 2015-2016. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: sposobu uzgadniania propozycji finansowej.
5. Prawidłowość realizacji zadań przez komórki/osoby ds. kontroli wewnętrznej w OW NFZ – ze szczególnym uwzględnieniem stosowania Regulaminu kontroli wewnętrznej NFZ w okresie 3.08.2016-31.03.2017 r. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia dotyczące m. in.: niewłaściwego numerowania kontroli, niewskazania na upoważnieniu adresu kontrolowanej jednostki, niepotwierdzania za zgodność z oryginałem każdej strony materiałów stanowiących akta kontroli.
6. Prawidłowość zapłaty za świadczenia wykonane ponad limit umowy zawartej ze świadczeniodawcą o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz rehabilitacja lecznicza w latach 2015-2016. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia dotyczące m. in.: nieparafowania każdej strony ugody oraz przypadków braku podpisów przy skreśleniach w treści umowy.
7. Prawidłowość zawierania umów na korzystanie z Portalu Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2015-2016 r. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: niewłaściwego sporządzania komparycji umów, niezgodności danych w umowie upoważniającej do korzystania z Portalu NFZ z danymi wskazanymi w wyciągu z KRS/CEiDG/zaświadczeniu o wpisie do działalności ewidencji gospodarczej, przypadków braku wyciągów z właściwych rejestrów, będących załącznikiem do formularza rejestracyjnego.
8. Prawidłowość wydawania decyzji administracyjnych na podstawie art. 42d ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w sprawie zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym, udzielonym na terytorium innego niż RP państwa członkowskiego UE w 2016 roku. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: przypadków niepotwierdzania weryfikacji uprawnień dokumentami czy adnotacjami zawartymi w aktach spraw, zamieszczania w zawiadomieniach o zakończeniu postępowania dowodowego pouczenia strony, niezgodnego z brzmieniem treści art. 10 § 1 kpa, przypadków niekompletnego wypełniania wniosków.
9. Prawidłowość prowadzenia postępowań kontrolnych w okresie od 01.07.2016 r. do 31.12.2016 r. przez Wydział Kontroli OW, umów zawartych o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia dotyczące m. in.: niewłaściwego sporządzenie protokołu oględzin.

Kontrole doraźne objęły następujące obszary działalności Funduszu:

1. Prawidłowość przeprowadzenia postępowań kontrolnych u Świadczeniodawcy. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: niewłaściwego sporządzenia protokołu przyjęcia ustnych wyjaśnień, protokołu kontroli i wystąpienia pokontrolnego, nierzetelnego prowadzenia akt kontroli, nieuzasadnionego zmniejszenia wysokości kary umownej.
2. Prawidłowość dokonania wyboru nowej lokalizacji dla OW NFZ oraz sposobu jej zaadaptowania – brak uchybień i nieprawidłowości.
3. Prawidłowość postępowania przy organizacji wyjazdów służbowych kierownictwa Funduszu. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: braku jednoznacznego przepisu w Regulaminie Organizacyjnym Centrali NFZ odnoszącego się do sposobu organizacji wyjazdów służbowych kierownictwa Funduszu, w tym określenia kompetencji i odpowiedzialności pracowników wykonujących zadania, pozostające we właściwości dwóch lub więcej komórek organizacyjnych oraz braku merytorycznej komunikacji wewnętrznej pomiędzy komórkami organizacyjnymi podejmującymi wspólne działania na rzecz organizacji.
4. Prawidłowość i rzetelność udzielenia odpowiedzi na zapytanie poselskie. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: braku podjęcia czynności zmierzających do skrupulatnego wyjaśnienia sprawy i udzielenia rzetelnej, wyczerpującej odpowiedzi.
5. Prawidłowość i rzetelność rozpatrywania skarg świadczeniobiorców na realizację i rozliczanie świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza udzielanych przez Świadczeniodawcę. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m.in.: niedochowania należytej staranności w udzieleniu odpowiedzi na zgłoszenie świadczeniobiorcy dokonane poprzez ZIP.
6. Prawidłowość zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej od 01.07.2017 r. – brak uchybień i nieprawidłowości.
7. Ocena prawidłowości prowadzenia postępowań odwoławczych po ogłoszeniach o rozstrzygnięciu postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju rehabilitacja lecznicza w 2017 r. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia dotyczące m. in.: nierzetelnego przygotowania czterech decyzji administracyjnych.

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

Departament ds. Służb Mundurowych przeprowadził 9 kontroli planowych, których przedmiotem była:

- realizacja w OW zadań przez Wydział ds. Służb Mundurowych,
- realizacja 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,
- prowadzenie postępowań konkursowych w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe,
- realizacja zadań obronnych, zarządzania kryzysowego i obrony cywilnej w OW w okresie od stycznia 2011 do dnia rozpoczęcia kontroli.

W badanych obszarach nie stwierdzono uchybień i nieprawidłowości.

Departament Ekonomiczno-Finansowy przeprowadził 7 kontroli planowych, których przedmiotem było wykonanie planu finansowego przez OW NFZ. Nie stwierdzono uchybień i nieprawidłowości.

Departament Gospodarki Lekami przeprowadził 3 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 4 kontrole planowe, których przedmiotem była:

- realizacja zadań w zakresie rozpatrywania skarg i wniosków wynikających z regulaminów organizacyjnych oddziałów wojewódzkich NFZ za 2017 r.,
- monitorowanie przez oddział wojewódzki NFZ informacji z zakresu list oczekujących na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: zawiadomienia o negatywnym rozpatrzeniu skargi bez uzasadnienia prawnego, powoływania się na niewłaściwe przepisy prawa powszechnie obowiązującego, niezasadnego żądania uzupełnienia skargi, niewystarczającego monitorowania wywiązywania się świadczeniodawców z obowiązku prowadzenia list oczekujących w czasie rzeczywistym w aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE), braku regularności w przygotowywaniu przekrojowych analiz, niewystarczających działań w sytuacji zakończenia udzielania świadczeń przez świadczeniodawców.

Departament Współpracy Międzynarodowej przeprowadził 2 kontrole planowe, których przedmiotem była:

- realizacja zadań na podstawie przepisów o koordynacji przez Oddziały Wojewódzkie NFZ w zakresie: zadań wynikających z regulaminu organizacyjnego Oddziału NFZ przy wydawaniu i rejestrowaniu dokumentów uprawniających do rzeczowych świadczeń zdrowotnych, refundacji kosztów świadczeń za osoby ubezpieczone w oparciu o formularz E 126, ustalania należnej kwoty refundacji za osoby uprawnione w oparciu o formularz E 126,
- rozliczanie kosztów rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego na podstawie rozporządzeń 883/2004 oraz 987/2009 w oparciu o formularz E125.

W badanym obszarze stwierdzono uchybień i nieprawidłowości.

Biuro Kadr i Szkoleń przeprowadziło 3 kontrole planowe, których przedmiotem była:

- ocena prawidłowości zadań realizowanych przez komórkę właściwą do spraw kadrowych.

W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: zapisów w umowach o pracę i dokumentach dotyczących rozwiązania stosunku pracy, przebiegu rekrutacji i sposobie prowadzenia dokumentów związanych z naborami, sposobu prowadzenia i przechowywania akt pracowniczych, sposobu realizacji zadań służby BHP, nierzetelnego ewidencjonowania czasu pracy.

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

Departament Kontroli przeprowadził 2 kontrole doraźne i 2 kontrole rozpoznawcze, których przedmiotem była:

- ocena wykonywania zadań przez komórkę właściwą do spraw kontroli realizacji umów, w zakresie prawidłowości przeprowadzenia postępowania kontrolnego u Świadczeniodawcy,
- sprawdzenie i ocena realizacji metodyki postępowania wybranych OW NFZ obejmującej sposób reagowania w przypadku uzasadnionego podejrzenia rozliczenia świadczeń, które nie miały miejsca,

- ocena wykonywania zadań przez komórkę właściwą do spraw kontroli ordynacji i aptek w 2017 r., w zakresie prawidłowości przeprowadzenia postępowania kontrolnego w podmiocie.

W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m. in.: oceny badanej dokumentacji medycznej, braku realizacji tematyki w zakresie oceny prawidłowości zastosowanego procesu diagnostyczno-leczniczego, braku jednoznacznego sformułowania odpowiedzialności za prowadzenie elektronicznego rejestru zgłoszeń ZIP, prowadzenie czynności kontrolnych pomimo braku zgodnej z KRS osoby reprezentującej kontrolowany podmiot.

Kontrole wewnętrzne oddziałów wojewódzkich Funduszu

- Dolnośląski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 9 kontroli wewnętrznych, w tym 2 kontrole problemowe,5 kontroli doraźnych, 1 kontrolę sprawdzającą i 1 kontrolę koordynowaną.
- Kujawsko-Pomorski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 6 kontroli wewnętrznych, w tym 3 kontrole problemowe, 2 kontrole sprawdzające i 1 kontrolę koordynowaną.
- Lubelski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 8 kontroli wewnętrznych w tym 6 kontroli problemowych, 1 kontrolę doraźną i 1 kontrolę koordynowaną.
- Lubuski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 7 kontroli wewnętrznych, w tym 5 kontroli problemowych,1 kontrolę sprawdzającą i 1 kontrolę koordynowaną.
- Łódzki OW NFZ – przeprowadzono łącznie 4 kontrole wewnętrzne, w tym 2 kontrole problemowe, 1 kontrolę doraźną i 1 kontrolę koordynowaną.
- Małopolski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 5 kontroli wewnętrznych, w tym 4 kontrole problemowe i 1 kontrolę koordynowaną.
- Mazowiecki OW NFZ – przeprowadzono łącznie 11 kontroli wewnętrznych, w tym 6 kontroli problemowych, 1 kontrolę doraźną, 3 kontrole sprawdzające i 1 kontrolę koordynowaną.
- Opolski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 4 kontrole wewnętrzne, w tym 3 kontrole problemowe i 1 kontrolę koordynowaną.
- Podkarpacki OW NFZ – przeprowadzono 9 kontroli wewnętrznych, w tym 7 kontroli problemowych, 1 kontrolę sprawdzającą i 1 kontrolę koordynowaną.
- Podlaski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 10 kontroli wewnętrznych, w tym 5 kontroli problemowych, 1 kontrolę doraźną, 3 kontrole rozpoznawcze i 1 kontrolę koordynowaną.
- Pomorski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 5 kontroli wewnętrznych, w tym 3 kontrole problemowe, 1 kontrolę sprawdzającą i 1 kontrolę koordynowaną.
- Śląski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 7 kontroli wewnętrznych w tym 5 kontroli problemowych, 1 kontrolę sprawdzającą i 1 kontrolę koordynowaną.
- Świętokrzyski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 8 kontroli wewnętrznych, w tym 4 kontrole problemowe, 3 kontrole sprawdzające i 1 kontrolę koordynowaną.
- Warmińsko-Mazurski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 7 kontroli wewnętrznych, w tym 5 kontroli problemowych, 1 kontrolę sprawdzającą i 1 kontrolę koordynowaną.
- Wielkopolski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 11 kontroli wewnętrznych, w tym 7 kontroli problemowych, 3 kontrole doraźne i 1 kontrolę koordynowaną.
- Zachodniopomorski OW NFZ – przeprowadzono łącznie 5 kontroli wewnętrznych, w tym 4 kontrole problemowe i 1 kontrolę koordynowaną.

Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w NFZ

W 2017 roku instytucje kontroli zewnętrznej przeprowadziły w jednostkach organizacyjnych Funduszu 43 kontrole. Większość postępowań została przeprowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli (12) i Ministerstwo Zdrowia (12), a następnie: Państwowa Inspekcja Pracy (5), Archiwum Akt Nowych (5), Urzędy Wojewódzkie (3), Zakład Ubezpieczeń Społecznych (2), Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny (2), Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych (1) i Powiatowy Urząd Pracy (1).

Na dzień 16 lutego 2018 r., tj. dzień sporządzania informacji zbiorczej o wynikach kontroli przeprowadzonych przez instytucje kontroli zewnętrznej w 2017 r. w NFZ, zakończono 24 kontrole, w wyniku których 13 oceniono pozytywnie, 9 pozytywnie z uwagami, 2 pozytywnie z uchybieniami, natomiast w 12 przypadkach nie sformułowano oceny. W toku pozostawało 7 kontroli.

Oprócz przedstawionych powyżej danych, dotyczących kontroli przeprowadzonych przez organy kontroli zewnętrznej w 2017 roku, 22 kontrole zostały rozpoczęte w 2016 roku i zakończone w 2017 roku. Większość postępowań została przeprowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli (8) i Ministerstwo Zdrowia (6), a następnie: Archiwum Akt Nowych (3), Urzędy Wojewódzkie (2), Urząd Zamówień Publicznych (2) i Centralne Biuro Antykorupcyjne (1).

Kontrole przeprowadzone w Centrali Funduszu

W 2017 roku w Centrali Funduszu instytucje kontroli zewnętrznej prowadziły 8 kontroli zewnętrznych:

1. Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła dwie kontrole obejmujące realizację zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 r. i profilaktykę i leczenie cukrzycy typu 2. Zakończono kontrolę rozpoczętą w 2016 roku, w zakresie przygotowania i wdrożenia pakietu onkologicznego. W ww. kontrolach nieprawidłowości nie stwierdzono, zostały sformułowane oceny opisowe, w których działalność Funduszu została oceniona pozytywnie z uwagami. W zakresie wykonania zadań NFZ w 2016 roku uwagi wniesiono do pozostawienia nie wykorzystanych środków z dodatkowych przychodów oraz z rezerwy (transgranicznej i koordynacyjnej) i nie przeznaczenie ich w 2016 roku na świadczenia opieki zdrowotnej. W zakresie kontroli dotyczącej profilaktyki leczenia cukrzycy typu 2 stwierdzono, że nie doprowadzono do poprawy dostępności świadczeń dla pacjentów oczekujących do poradni diabetologicznych. W kontroli przygotowania i wdrożenia pakietu onkologicznego uwagi dotyczyły między innymi niepełnej realizacji zadań w ramach przygotowania i wdrożenia pakietu onkologicznego i nieuwzględnienia w planach kontroli na lata 2015/2016 – kontroli realizacji szybkiej ścieżki onkologicznej.
2. Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło cztery kontrole w ramach obowiązków operatora programu lub instytucji wdrażającej (instytucja pośrednicząca II stopnia), które dotyczyły realizacji trzech projektów: „Ograniczenie społecznych nierówności w zdrowiu", „Akademia NFZ", „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) – Etap I Opracowanie modeli zintegrowanej/koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski" – dwie kontrole. We wszystkich ww. kontrolach działalność oceniono pozytywnie. Nieprawidłowości nie stwierdzono. Zgłoszono uwagi dotyczące stosowanego formularza ofertowego oraz niespójności pomiędzy zapisami ujętymi w SIWZ, a ogłoszeniem o zamówieniu publicznym, a także dokumentowania ustaleń dotyczących kwalifikowalności personelu projektu. W projekcie finansowanym ze środków Norweskiego Mechanizmu Finansowego wskazano na jedno uchybienie, mające charakter błędu formalnego, dotyczącego publikacji zapytania ofertowego, które nie zostało uznane, jako skutkujące koniecznością naliczenia korekty finansowej. Zakończona została kontrola rozpoczęta w 2016 roku dotycząca rozpatrywania zażaleń w sprawie rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo szpitalne oraz lecznictwo szpitalne w zakresie świadczeń wysokospecjalistycznych w latach 2014-2015. Oceny nie sformułowano, stwierdzono przekroczenie terminów rozpatrywania zażaleń oraz wniesiono uwagi do powiadamiania strony o konieczności szczegółowego przeanalizowania sprawy i udzielenia odpowiedzi w ustalonym późniejszym terminie.
3. Generalny Inspektor Ochrony Danych Osobowych przeprowadził kontrolę dotyczącą udostępniania danych osobowych pacjentów zawartych w receptach lekarskich na wniosek organów kontroli skarbowej i na wniosek organów Krajowej Administracji Skarbowej (po jej utworzeniu). Nieprawidłowości nie stwierdzono. Oceny nie sformułowano.
4. Archiwum Akt Nowych przeprowadziło kontrolę, dotyczącą przestrzegania przepisów o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach. W dniu 9 maja 2018 r. otrzymano wystąpienie pokontrolne, do którego zgłoszono umotywowane zastrzeżenia. Procedura odwoławcza jest w toku.

Kontrole przeprowadzone w oddziałach wojewódzkich Funduszu

W 2017 roku instytucje kontroli zewnętrznej w oddziałach wojewódzkich Funduszu przeprowadziły łącznie 35 kontroli:

- Najwyższa Izba Kontroli (10) w oddziałach: kujawsko-pomorskim, lubelskim, łódzkim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, śląskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim,
- Ministerstwo Zdrowia (8) w oddziałach: lubuskim, łódzkim, małopolskim, pomorskim, śląskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim,
- Państwowa Inspekcja Pracy (5) w oddziałach: lubuskim, małopolskim, śląskim i świętokrzyskim – 2 kontrole,
- Archiwum Akt Nowych (4) w oddziałach: lubuskim, łódzkim, mazowieckim, i zachodniopomorskim,
- Urzędy Wojewódzkie (3) w oddziałach: lubelskim, lubuskim i podkarpackim,
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych (2) w oddziałach: lubuskim i podkarpackim,
- Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny (2) w oddziale: lubuskim – 2 kontrole,
- Państwowy Urząd Pracy (1) w oddziale świętokrzyskim.

W 2017 roku w jednym oddziale wojewódzkim NFZ instytucje kontroli zewnętrznej nie przeprowadzały kontroli (oddział: dolnośląski).

W 2017 roku zostały przeprowadzone planowe zadania audytowe w poniższym zakresie:

1. Planowanie kontroli świadczeniodawców i aptek (zadanie zapewniające zrealizowane w Centrali).
2. Przeprowadzanie kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (7 zadań zapewniających zrealizowanych w oddziałach wojewódzkich).
3. Przeprowadzanie kontroli aptek i ordynacji lekarskich (5 zadań zapewniających zrealizowanych w oddziałach wojewódzkich).
4. Realizacja wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń (16 zadań zapewniających zrealizowanych w oddziałach wojewódzkich).
5. Organizacja i rozliczanie podróży służbowych (13 zadań zapewniających zrealizowanych w oddziałach wojewódzkich).
6. Wsparcie procesu samooceny kontroli zarządczej w NFZ (czynności doradcze zrealizowane w Centrali).
7. Uczestnictwo w zespole ds. kontroli zarządczej (czynności doradcze zrealizowane w Centrali).
8. Analiza zasobów kadrowych w odniesieniu do realizowanych zadań w DWM i DSŚ (czynności doradcze zrealizowane w Centrali).
9. Wsparcie zespołów audytujących Zintegrowany System Zarządzania (czynności doradcze zrealizowane w Centrali i 16 oddziałach wojewódzkich).
10. Zastosowanie i praktyczna przydatność elektronicznego systemu obiegu dokumentów (5 zadań doradczych zrealizowanych w oddziałach wojewódzkich).

W 2017 roku zostało przeprowadzone pozaplanowe zadanie audytowe w poniższym zakresie:

1. Uczestnictwo w zespole arbitrażowym ds. audytu Zintegrowanego Systemu Zarządzania (czynności doradcze zrealizowane w Centrali).

W 2017 roku przeprowadzono następujące czynności sprawdzające:

1. Planowanie i realizacja wydatków administracyjnych o wartości powyżej 30 tys. euro, ze szczególnym uwzględnieniem zakupów sprzętu IT (czynności sprawdzające przeprowadzone w Centrali).

2. Rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 19 ustawy (16 czynności sprawdzających przeprowadzonych w oddziałach wojewódzkich).
3. Bezpieczeństwo danych (czynności sprawdzające przeprowadzone w Centrali).
4. Weryfikacja i monitorowanie realizacji świadczeń (16 czynności sprawdzających przeprowadzonych w oddziałach wojewódzkich).
5. Planowanie kontroli świadczeniodawców i aptek (czynności sprawdzające przeprowadzone w Centrali).
6. Przeprowadzanie kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (7 czynności sprawdzających przeprowadzonych w oddziałach wojewódzkich).
7. Przeprowadzanie kontroli aptek i ordynacji lekarskich (8 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						
Stan na koniec 2017 roku						
	Sprawy		Sprawy prowadzone w okresie sprawozdawczym		W tym sprawy wszczęte w okresie sprawozdawczym	
Lp.			liczba	kwota roszczeń (w tys. zł)	liczba	kwota roszczeń (w tys. zł)
1	2		3	4	5	6
1.	cywilne	z powództwa Funduszu	616	29 499,07	293	8 996,59
2.		sprawy przeciwko Funduszowi	823	1 357 858,49	229	402 549,31
3.	sądowoadministracyjne		203	0,00	131	0,00
4.	ogółem		1642	1 387 357,56	653	411 545,90

W 2017 roku oddziały wojewódzkie Funduszu prowadziły łącznie 1 642 sprawy sądowe, na kwotę roszczeń wynoszącą ponad 1,3 mld zł.

Większość toczących się postępowań stanowiły sprawy cywilne – ogółem 1 439 postępowań, których kwota roszczeń wynosiła ponad 1,3 mld zł. W samym 2017 r. wszczętych zostało 522 tego rodzaju spraw na kwotę roszczeń ponad 411 mln zł.

Oddziały wojewódzkie Funduszu w danym okresie sprawozdawczym prowadziły 823 sprawy cywilne wytoczone przeciwko Funduszowi, których łączna kwota roszczeń wynosiła ponad 1,357 mld zł. W tej kategorii spraw w 2017 r. wszczęto 229 postępowań, na kwotę ponad 402 mln zł. Pozostałe 616 postępowań prowadzonych było z powództwa Funduszu na kwotę blisko 29,5 mln zł, z czego wszczęte w 2017 r. zostały 293 postępowania na kwotę ok. 9 mln zł.

Ponadto w okresie sprawozdawczym prowadzone były 203 sprawy sądowoadministracyjne, z których 131 zostało wszczętych w 2017 roku.

Podejmowane 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/zadani audytowego. Monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych należy do zadań komórek organizacyjnych przeprowadzających kontrolę instytucjonalną i funkcjonalną. W zakresie kontroli zewnętrznych realizowanych w Centrali Funduszu, komórką która realizuje zadanie monitorowania wykonania zaleceń pokontrolnych jest Wydział Kontroli Wewnętrznej. W odniesieniu

do wyników zadań audytowych, Wydział Audytorów Wewnętrznych monitoruje realizacje zaleceń oraz w miarę potrzeb przeprowadza czynności sprawdzające ich wykonanie.

Monitorowanie wykonania zaleceń poaudytowych prowadzone jest na bieżąco przez Wydział Audytorów Wewnętrznych. Po upływie roku od przeprowadzenia zadania audytowego przeprowadzane są czynności sprawdzające realizację zaleceń.

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 realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, rozpatrywanych w Centrali Funduszu dotyczyła: zakwestionowania środków finansowych, nałożenia kary umownej, rozwiązania umowy, nieuwzględnienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, braku zgody na rozliczenia za zgodą płatnika, renegocjacji warunków umowy. W 2017 roku w przedmiotowym zakresie rozpatrzono 132 zażalenia.

Główna tematyka zażaleń na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, dotyczących ordynacji lekowych (sprawy rozpatrywane na posiedzeniach Zespołu Arbitrażowego powołanego zarządzeniem Nr 31/2013/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 maja 2013 r. w sprawie procedury rozpatrywania zażaleń składanych do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na czynności Dyrektora Wojewódzkiego Oddziału Funduszu dotyczące kontroli w zakresie monitorowania ordynacji lekarskiej ze zm.) dotyczyła: nieuwzględnienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, nałożenia kary umownej, zwrotu nienależnej refundacji, wystawienia recepty pacjentowi po dacie jego zgonu. W 2017 r. do Departamentu Kontroli Centrali NFZ wpłynęło 16 zażaleń dotyczących ordynacji leków. W sprawie tych zażaleń, wydano w 2017 r. łącznie 14 rozstrzygnięć, w tym jedno dotyczące zażalenia, które wpłynęły na koniec 2016 r. (w I kwartale wydano 8, w II kwartale - 2, w III kwartale - 3, a w IV kwartale - 1). Dwa zażalenia oczekują na rozpatrzenie. W 2017 roku odbyło się 6 posiedzeń Zespołu Arbitrażowego w dniach: 19.01.2017 r., 02.03.2017 r., 06.04.2017 r., 08.06.2017 r., 22.06.2017 r. oraz 25.10.2017 r. Ostateczna kwota należna do zapłaty przez świadczeniodawców po decyzji Prezesa NFZ wyniosła 923 625,11 zł.

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 (2 zażalenia), nałożenia kary (11), zawiadomienia do kontroli (1), inne zażalenia na czynności dyrektora OW NFZ dot. kontroli (4). W 2017 r. do Departamentu Kontroli wpłynęło 18 zażaleń dotyczących świadczeń, w tym 8 zażaleń i 10 wniosków z DSOZ dotyczących opracowania wkładów merytorycznych do rozstrzygnięcia zażalenia. Rozpatrzonych zostało ogółem 17 spraw, w tym 7 zażaleń i 10 wkładów dla DSOZ. Jedno zażalenie na czynności dyrektora OW NFZ, jest w toku rozpatrywania, gdyż w sprawie prowadzone jest dochodzenie przez Prokuraturę Okręgową.

Odwołania wniesione 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. W 2017 roku do Departamentu Kontroli wpłynęło: 17 odwołań wniesione na podstawie art. 47 ust. 16 ustawy o refundacji przez kierowników aptek lub podmioty prowadzące apteki, dodatkowo wpłynął jeden wniosek o ponowne rozpatrzenie odwołania pozostawiono bez rozpatrzenia, gdyż na wcześniej złożone odwołanie stanowisko Prezesa NFZ było ostateczne, w związku z tym tryb odwoławczy został wyczerpany. Dwa stanowiska dotyczące odwołań wniesionych w 2017 r. zostały wystosowane do odwołujących się w 2018 r. W złożonych 17 odwołaniach, podtrzymano w całości decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ. W jednym przypadku wniosek o ponowne rozpatrzenie odwołania pozostawiono bez rozpatrzenia, gdyż tryb odwoławczy został wyczerpany. W ocenie Departamentu Kontroli, fakt, że wszystkie wniesione odwołania nie zostały uwzględnione w całości, wskazuje na poprawę jakości realizacji zadań kontrolnych, dotyczących kontroli aptek. Informację o liczbie odwołań złożonych w 2017 r. z podziałem na oddziały wojewódzkie Funduszu i z uwzględnieniem sposobu rozpatrzenia przedstawia poniższa.

Tabela nr VII.1. Liczba odwołań złożonych w 2017 roku z podziałem na oddziały wojewódzkie Funduszu i z uwzględnieniem sposobu rozpatrzenia.

Id.	Oddział Wojewódzki NFZ	Liczba wniesionych odwołań	Liczba odwołań pozostawionych bez rozpatrzenia	Liczba odwołań uwzględnionych w całości lub w części	Liczba odwołań nieuwzględnionych w całości
1	Dolnośląski	1	0	0	1
2	Kujawsko-Pomorski	1	0	0	1
6	Małopolski	1	0	0	1
7	Mazowiecki	3	0	0	3
9	Podkarpacki	1	0	0	1
10	Podlaski	1	0	0	1
12	Śląski	2	1	0	1
13	Świętokrzyski	4	0	0	4
15	Wielkopolski	1	0	0	1
16	Zachodniopomorski	3	0	0	3

Złożone odwołania dotyczyły głównie skutków finansowych nałożonych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich 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 2017 r. poz. 1570.) 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 nienależytym wykonaniem § 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 nienależytym wykonaniem § 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 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 z późn. zm.), 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) , tj. nałożenie na podmiot prowadzący aptekę kary umownej;
- niewłaściwym naliczeniem marży na lek wydany na receptę IB.

Tabela nr VII.2. Główna tematyka skarg i zażaleń w 2017 roku.

zakres świadczeń	tematyka skarg:
podstawowa opieka zdrowotna	– sposób rejestrowania Pacjentów do lekarza poz, brak możliwości telefonicznej rejestracji, odmowa zarejestrowania do lekarza poz, trudności z uzyskaniem wizyty w dniu zgłoszenia, brak możliwości zapisania się do lekarza w godzinach porannych – odmowa udzielenia świadczenia, również kobiecie ciężarnej – zastrzeżenia do funkcjonowania przychodni poz: brak lekarzy, w tym pediatry i pielęgniarek oraz zabezpieczenia badań diagnostycznych dla Pacjentów – odmowa udzielenia świadczenia na podstawie oświadczenia o prawie do świadczeń – trudności w dostępie do świadczeń (w tym: uzyskania skierowania na badania diagnostyczne), trudności z zarejestrowaniem dziecka na wizytę do lekarza poz w związku z koniecznością planowego szczepienia – odmowa udzielenia wizyty patronażowej przez położną – odmowa realizacji wizyty domowej również w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – odmowa wypisania: zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy, skierowania na leczenie uzdrowiskowe, recepty na lek bezpłatny dla seniora, recepty na leki w ramach programu 75+

	– wypisanie recepty bez refundacji – wykazanie Pacjenta na liście aktywnej poz w placówce, w której nie składał deklaracji, wykreślenie Pacjenta z listy aktywnej lekarza bez jego wiedzy i zgody – odmowa udzielenia porady Pacjentowi spoza listy aktywnej, odmowa przyjęcia dziecka spoza listy i odesłanie do szpitala, odmowa wykonania badań kontrolnych niezbędnych przy ordynacji leków, odmowa wykonania dziecku bilansu, odmowa przyjęcia dziecka na wcześniej umówioną wizytę – brak możliwości złożenia deklaracji wyboru lekarza poz przez osobę Ubezpieczoną, która nie posiadała nr PESEL, odmowa przyjęcia deklaracji wyboru lekarza poz i pielęgniarki poz – odmowa udzielenia świadczenia ze względu na skrócenie godzin pracy lekarza, z powodu braku ubezpieczenia, niepotwierdzenia przez system eWUŚ prawa do świadczeń – niewskazanie pracowni do wykonania badania zleconego przez lekarza – pobranie opłaty za świadczenia gwarantowane (w tym: zlecenie odpłatnego badania rtg, za wypisanie zaświadczenia w celu kontynuacji nauki dziecka, obciążanie Pacjenta kosztem zakupu opatrunku) – odmowa zaszczepienia szczepionką zakupioną przez Pacjenta w aptece – nieprawidłowa organizacja udzielania świadczeń – trudności w realizacji świadczenia transportu sanitarnego – odmowa wystawienia karty zgonu – nieprzesłanie przez świadczeniodawcę do oddziału wojewódzkiego NFZ skierowania na leczenie uzdrowiskowe Pacjenta – odmowa przyjęcia Pacjenta uprawnionego do korzystania ze świadczeń poza kolejnością – żądanie od Pacjentów własnych strzykawek i igieł w celu wykonania iniekcji, wyznaczanie godzin podawania iniekcji, odmowa wykonania iniekcji przez pielęgniarkę z innej przychodni, odmowa wykonania iniekcji zleconych przez lekarza specjalistę – niezgodność czasu pracy lekarzy z harmonogramem wynikającym z umowy
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	– trudności w zarejestrowaniu się na wizytę, wymaganie skierowania na wizytę kontrolną, brak możliwości telefonicznej rejestracji, wyznaczanie jednego dnia na rejestrację, utrudnienia w rejestracji do poradni, odmowa rejestracji, trudności z ustaleniem terminu wizyty kontrolnej, trudności w dostępie do świadczeń, nieustalenie terminu udzielenia świadczenia, wyznaczenie odległego terminu wizyty Pacjentowi w planie leczenia, odmowa przyjęcia zgodnie z planem leczenia – niewłaściwy sposób prowadzenia listy oczekujących – odmowa kontynuowania leczenia ciężarnej w ramach ubezpieczenia z powodu wyczerpania środków finansowych z umowy, odmowa prowadzenia ciąży, brak możliwości odbycia porady w kontynuacji leczenia z powodu wyczerpania kontraktu z NFZ – niezasadne wykreślenie z listy oczekujących – odmowa udzielenia świadczenia pomimo wyznaczonego terminu wizyty – odmowa wystawienia skierowania na zabieg w poradni specjalistycznej, odmowa wystawienia skierowania na rehabilitację – odmowa zmiany opatrunków pooperacyjnych, niepoinformowanie Pacjenta o zmianie miejsca udzielania świadczeń, odmowa zdjęcia szwów po operacji – brak możliwości wykonania badania USG z powodu awarii sprzętu – odesłanie Pacjenta do dalszego leczenia w gabinecie prywatnym – odesłanie Pacjenta do lekarza poz w celu wykonania zleconych badań, odesłanie Pacjenta z poradni przyszpitalnej po zwolnienie lekarskie do lekarza poz – trudności z wyznaczeniem wizyty domowej w poradni dermatologicznej – zastrzeżenia do sposobu prowadzenia kolejki oczekujących – niewskazanie miejsca realizacji zleconego badania diagnostycznego – długi czas oczekiwania na świadczenia – błędne wystawienie zlecenia na wyroby medyczne – skierowanie Pacjentki bez Jej zgody do programu koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży – odmowa wystawienia skierowania na stacjonarną rehabilitację ogólnoustrojową z powodu braku stosownych formularzy – niezapewnienie badań diagnostycznych niezbędnych do zrealizowania wizyty – wystawienie skierowania na płatne badania laboratoryjne – odmowa założenia wkładki domacicznej w ramach świadczeń opieki zdrowotnej i zaproponowanie Pacjentce usługi komercyjnej, odesłanie Pacjenta do dalszego leczenia w gabinecie prywatnym – zmiana terminu pierwszej wizyty, zmiana terminu udzielenia świadczenia bez powiadomienia Pacjenta, niepoinformowanie Pacjenta o odwołaniu wizyty w poradni specjalistycznej – nieobecność lekarza w poradni specjalistycznej w godzinach zgłoszonych w harmonogramie do umowy z NFZ – trudności w dostępie do świadczeń – trudności w realizacji transportu sanitarnego – odmowa udzielenia świadczenia pomimo okazania dokumentu uprawniającego do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w ramach ubezpieczenia – odmowa kontynuacji leczenia zgodnie z planem leczenia, odmowa realizacji wizyty kontrolnej – niezgodność czasu pracy lekarzy z harmonogramem wynikającym z umowy, nieobecność lekarza w godzinach pracy zgłoszonych w harmonogramie do umowy z NFZ – przyjmowanie Pacjentów poza kolejnością, organizacja udzielania świadczeń – nierespektowanie uprawnień osób do korzystania ze świadczeń poza kolejnością, udzielanie świadczeń niezgodnie z harmonogramem – pobieranie opłat za świadczenia gwarantowane

rehabilitacja lecznicza	– trudności w dostępie do świadczeń, trudności z uzyskaniem wizyty domowej, trudności w zmianie terminu zaplanowanych świadczeń – odmowa zarejestrowania skierowania na zabiegi rehabilitacyjne w dniu zgłoszenia, nieprowadzenie przez świadczeniodawcę zapisów w kolejkę oczekujących do poradni rehabilitacyjnej, odmowa telefonicznej rejestracji – nieuwzględnienie przez świadczeniodawcę zaświadczenia o wpisaniu na listę oczekujących Pacjenta, który oczekiwał w kolejce u świadczeniodawcy, który zakończył realizację umowy – trudności z wyznaczeniem terminu przyjęcia do oddziału rehabilitacyjnego na zabiegi fizjoterapeutyczne, nieokreślenie terminu udzielenia świadczenia podczas rejestracji skierowania, zmiana terminu wizyty w poradni rehabilitacyjnej – niewyznaczenie terminu udzielenia świadczenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych mimo wpisania na listę oczekujących – wypisanie Pacjenta do domu zamiast przewiezienia do szpitala uzdrowiskowego, co umożliwiłoby kontynuację leczenia w ramach oddziału wczesnej rehabilitacji kardiologicznej w zakładzie uzdrowiskowym – odmowa zapisu na zabiegi również w trybie „pilnym" – odmowa rejestracji na rehabilitację domową ze skierowaniem „pilne" – odmowa udzielenia świadczenia w ramach wczesnej rehabilitacji kardiologicznej – odmowa wykonania części zabiegów fizjoterapeutycznych – sposób prowadzenia zapisów do poradni rehabilitacyjnej – konieczność zakupu leków oraz środków higienicznych do realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych – niezawiadomienie rodziców rehabilitowanego dziecka o przerwie w udzielaniu świadczeń w dniu zabiegów i niedostosowanie godzin rehabilitacji do potrzeb pracujących rodziców – przerwanie rehabilitacji domowej po dwóch dniach – żądanie od Pacjenta podpisania karty zabiegów przed wykonaniem świadczenia – skracanie cyklu rehabilitacji z uwagi na dni świąteczne, nieprawidłowości w realizacji zleconych zabiegów, niewykonanie przez świadczeniodawcę całości zleconych zabiegów – zmiana kwalifikacji kategorii pilnej na stabilną – brak możliwości uzyskania świadczenia w poradni rehabilitacyjnej w wyznaczonym terminie – pobranie opłaty za zabiegi fizjoterapeutyczne, za pobyt w oddziale rehabilitacyjnym – nieprzestrzeganie harmonogramu pracy przez lekarza poradni – nierespektowanie uprawnień osób do korzystania ze świadczeń poza kolejnością
lecznictwo szpitalne	– trudności w ustaleniu terminu udzielenia świadczenia w oddziale chirurgii jednego dnia, odmowa ustalenia wizyty kwalifikacyjnej i wpisania w kolejkę oczekujących na podstawie skierowania do szpitala, odmowa udzielenia świadczenia w wyznaczonym terminie, niewskazanie terminu rozpoczęcia leczenia pomimo dostarczenia skierowania, brak jednoznacznej informacji o terminie planowej hospitalizacji w oddziale – odmowa udzielenia świadczenia również Pacjentowi znajdującemu się w stanie nagłym, odmowa wyznaczenia terminu udzielenia świadczenia, odmowa przyjęcia do szpitala Pacjentki z obumarłą ciążą – trudności w zrealizowaniu skierowania do szpitala wystawionego przez lekarza z prywatnej praktyki – odesłanie dziecka z Izby Przyjęć do innego szpitala – opóźnienie wykonania zabiegu z powodu nieobecności lekarza w oddziale – wykazanie do NFZ do rozliczenia świadczenia udzielonego Pacjentowi nieubezpieczonemu, od którego pobrano opłatę – niepodjęcie właściwego leczenia i odesłanie Pacjenta do innego szpitala w celu wykonania dalszej diagnostyki – nierespektowanie ustawy „za życiem" – dotyczącej wykonania badania ABR poza kolejnością – pozostawienie Pacjenta na dobę bez opieki w SOR – niepowiadomienie Pacjenta o odwołaniu zabiegu oraz niewyznaczenie nowego terminu – niewłaściwy sposób prowadzenia kolejek oczekujących, skreślenie z listy oczekujących na zabieg – nierespektowanie uprawnień osób do korzystania ze świadczeń poza kolejnością – odmowa przyjęcia ze względu na miejsce zamieszkania Pacjenta, odmowa udzielenia świadczenia w Izbie Przyjęć szpitala oraz w SOR Ubezpieczonej bez numeru PESEL – zmiana wyznaczonych terminów udzielenia świadczenia, brak wyznaczenia kolejnego terminu, niedotrzymanie terminu przyjęcia dziecka do oddziału szpitalnego, wielokrotna zmiana terminu zabiegu – nierespektowanie uprawnień osób do korzystania ze świadczeń poza kolejnością – niezgodność czasu pracy lekarzy z harmonogramem wynikającym z umowy – długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia – trudności w realizacji transportu sanitarnego, omyłkowe nieuwzględnienie Pacjentki w powrotnym transporcie sanitarnym po zrealizowanej konsultacji – pobieranie opłat za świadczenia gwarantowane (w tym: za zakup kołnierza ortopedycznego podczas hospitalizacji, za wizytę kobiety ciężarnej, która nie była ubezpieczona, za konsultację lekarza pediatry, za świadczenia udzielane w SOR, za materiały użyte przy zabiegu ginekologicznym, za świadczenia udzielone noworodkowi, za transport sanitarny po zakończonej hospitalizacji, za świadczenia udzielone na podstawie karty EKUZ)
leczenie stomatologiczne	– odmowa udzielenia świadczenia (w tym: z powodu braku potwierdzenia praw do świadczeń w systemie eWUŚ, dziecku z bólem zęba) – trudność w dostępie do świadczeń: brak lekarza stomatologa – jakość zrealizowanych świadczeń, w tym jakość wykonanych protez zębowych – sposób sprawozdania i rozliczenia świadczeń – skierowanie dziecka w ramach prowadzonego leczenia ortodontycznego na odpłatne wykonanie zdjęcia pantomograficznego

	– odmowa kontynuacji leczenia, odmowa wykonania aparatu ortodontycznego – odmowa wykonania zabiegu stomatologicznego w znieczuleniu ogólnym Pacjentowi z grupy ryzyka, pomimo wyznaczenia terminu – kwestionowanie odebrania protezy zębowej – niezabezpieczenie dyżuru doraźnej pomocy stomatologicznej w ramach zawartej umowy – udzielanie świadczeń niezgodnie z harmonogramem zgłoszonym do NFZ – 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 – pobieranie opłat za świadczenia gwarantowane

Sprawy sądowe

W 2017 r. zakończonych zostało 177 spraw prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu związanych ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limit określony w umowie. Z tego tytułu Fundusz poniósł koszt w wysokości ponad 128 mln zł, w tym ponad 22,5 mln zł z tytułu zasądzenia wyrokami sądów oraz prawie 106 mln zł z tytułu ugód sądowych. W odniesieniu do 2016 r. liczba tego typu spraw zwiększyła się o 10 spraw (tj.: ok. 5%). Ponadto oprócz ww. spraw, oddziały wojewódzkie Funduszu zakończyły 112 postępowań o zapłatę wynikających z wykonania umowy, w wyniku których Fundusz zapłacił ogółem kwotę ponad 4 mln zł (prawie 2,5 mln zł na podstawie wyroków oraz ponad 1,8 mln zł w wyniku zawartych ugód sądowych). W odniesieniu do 2016 r. liczba prowadzonych tego typu spraw zwiększyła się o 11 postępowań (tj.: 10%).

Tabela nr VII.3. Zestawienie spraw sądowych zakończonych.

Zestawienie spraw sądowych zakończonych								
Stan na koniec 2017 roku								
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	177	0	128581,14	0	22582,01	0	105999,12
2.	o zapłatę wynikające z wykonania umowy	112	750,12	4353,91	541,62	2495,38	208,48	1835,66
3.	postępowania sądowoadministracyjne[2)]	165	18,72	64,85	18,72	64,85	0	0
4.	pozostałe postępowania sądowe[2)]	418	2814,72	8317,41	2720,42	4500,63	54,71	3804,97
5.	ogółem	872	3583,56	141317,31	3280,76	29642,87	263,19	111639,75

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.
Kolumna nr 9 nie zawiera wszystkich ugód związanych ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limit finansowanych ze środków z dotacji budżetowej przyznanej Narodowemu Funduszowi Zdrowia na podstawie ustawy z dnia 6 grudnia 2017 r. o zmianie ustawy ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowj na rok 2017 (Dz. U. poz. 2312), ze względu na brak wydania do końca 2017 r. prawomocnych postanowień o umorzeniu przedmiotowych spraw przez sądy, przed którymi były one prowadzone. Oddziały Funduszu, które nie wykazały takich ugód sądowych to: dolnośląski, kujawsko-pomorski, lubelski, łódzki, małopolski, mazowiecki, pomorski, wielkopolski.

W 2017 r. ogółem w oddziałach wojewódzkich Funduszu prowadzonych było 159 spraw karnych, w których Fundusz ma status oskarżyciela posiłkowego lub powoda cywilnego, wszczętych na skutek zawiadomienia przez Fundusz organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, z czego: wszczętych zostało 104 sprawy, zakończonych zostało 64 sprawy a w toku pozostało 95 spraw.

Stanowisko Ministra Zdrowia

w sprawie

Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2017

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 2017 r. poz. 1938 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, roczne sprawozdanie z działalności Funduszu przyjęte przez Radę Narodowego Funduszu Zdrowia.

Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2017, 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 15/2018/III z dnia 27 czerwca 2017 roku *w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2017 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 Finansów nie zgłosił uwag do *Sprawozdania* (pismo z dnia 13 lipca 2018 r., znak FS1.4542.12.2018 w załączeniu).

Sprawozdanie przedstawia istotne działania podejmowane przez Fundusz w roku 2017, 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, a ponadto (e) informacji wynikających z list oczekujących (liczbie oczekujących oraz medianie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania).

W roku 2017 zwiększono środki przewidziane w planie finansowym na zapewnienie **podstawowej opieki zdrowotnej** o 8%, tj. do kwoty 10 227 715 tys. zł. Łącznie w poszczególnych zakresach podstawowej opieki zdrowotnej świadczeń udzielało 9 560 świadczeniodawców. Udzielili oni 151 570 288 porad ponad 27,7 mln pacjentom. Ponadto

zwiększono wartość współczynników korygujących stawkę kapitacyjną w świadczeniach lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w celu uwzględnienia kosztów związanych ze świadczeniami udzielanymi pacjentom w przedziałach wiekowych 0-6 r.ż., 66-75 r.ż., powyżej 75 r.ż. i przebywających w domach pomocy społecznej.

Wartość umów podpisanych na 2017 rok z 6 062 świadczeniodawcami w **ambulatoryjnej opiece specjalistycznej** w porównaniu z rokiem 2016 spadła o 7% i wyniosła 5 345 444 tys. zł. Na spadek ten wpływ miało wprowadzenie w IV kwartale 2018 r. tzw. sieci szpitali, gdyż niektóre specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne wykonywane przez szpitale zakwalifikowanych do tej sieci finansowane są w formie ryczałtu - z umowy zawartej w rodzaju leczenie szpitalne. Ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej skorzystało prawie 18 mln pacjentów, przy czym łączna liczba wszystkich porad w 2017 roku wyniosła ok. 84 mln - z tego znacząca większość to porady o charakterze zachowawczym (prawie 75 mln), a tylko ok. 10% to porady o charakterze zabiegowym. Ponadto ambulatoryjna opieka specjalistyczna obejmuje badania kosztochłonne (m.in. badania tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego) oraz kompleksową ambulatoryjną opiekę nad pacjentem zakażonym HIV oraz z cukrzycą.

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 230 dni), neurochirurgicznych (156 dni), kardiologicznych (115 dni), gastroenterologicznych (85 dni) i okulistycznych (67 dni). W przypadkach pilnych średni czas dla tych poradni nie przekracza miesiąca.

Wartość kontraktów podpisanych na 2017 rok na **leczenie szpitalne** wzrosła o 10% w stosunku do nakładów z roku ubiegłego i wyniosła 38 067 908 tys. zł. Umowy zawarto z 1042 świadczeniodawcami, którzy udzielili prawie 8,6 mln hospitalizacji o średniej wartości 3 459 zł. Świadczeniami z zakresu chemioterapii na łączną kwotę 1 376 005 tys. zł objęto ponad 133 tys. osób.

W 2017 roku Fundusz zawarł umowy na udzielanie świadczeń z zakresu 86 programów lekowych, w tym 30 programów onkologicznych. Wartość świadczeń udzielonych w ramach tych umów wyniosła 3 514 098 tys. zł. W ramach programów nieonkologicznych leczono 94,2 tys. pacjentów, a programami onkologicznymi objęto 25,3 tys. pacjentów. Największe środki zostały wydatkowane w programach leczenia: raka piersi (478,1 mln zł - co stanowi 13,6% kosztu wszystkich wykonanych świadczeń związanych z programami lekowymi), przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową (12,41%),

stwardnienia rozsianego (272,8 mln – 7,76%), oraz zaawansowanego raka jelita grubego(148,1 mln zł – 4,1%).

Do oddziałów szpitalnych, do których oczekiwało najwięcej osób w skali kraju, najdłuższe czasy oczekiwania odnotowywano do oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej (dla którego mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wynosiła 166 dni), otorynolaryngologicznych dla dzieci (160 dni), otorynolaryngologicznych (152 dni), neurochirurgicznych (117 dni) i reumatologicznych (68 dni). W porównaniu z rokiem 2016 poprawa w zakresie średniego czasu oczekiwania nastąpiła w przypadku oddziałów neurochirurgicznych i oddziałów reumatologicznych.

Wartość kontraktów podpisanych z 1425 świadczeniodawcami na 2017 rok na **leczenie psychiatryczne oraz uzależnień** wzrosła o 8% w stosunku do nakładów z roku ubiegłego i wyniosła 2 650 233 tys. zł. Liczba osób korzystających z tych świadczeń systematycznie rośnie – w roku 2017 było to ponad 1, 6 mln pacjentów.

W 2017 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. W porównaniu z rokiem poprzednim odnotowano skrócenie czasu oczekiwania do wszystkich wymienionych komórek - pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne przyjmowani byli na bieżąco, a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla pacjentów w trybie stabilnym nie przekraczała 1, 5 miesiąca.

Świadczenia z zakresu **opieki długoterminowej** realizowane są w ramach świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wartość kontraktów podpisanych na 2017 rok na opiekę pielęgnacyjną i opiekuńczą wyniosła 1 467 474 tys. zł (co oznacza wzrost o 14 % w stosunku do nakładów z roku ubiegłego). Umowy realizowało 1601 świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń ponad 111 tys. osób. W przypadku świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej – wartość umów wzrosła o 45% i wyniosła 653 453,42 tys. zł. Świadczeń udzielało 525 świadczeniodawców. W 2017 r. wprowadzono nowe świadczenie gwarantowane - perinatalną opiekę paliatywną i hospicyjną. Pozytywnie należy ocenić dostępność do oddziałów szpitalnych i poradni medycyny paliatywnej, które przyjmują pacjentów na bieżąco.

Wartość kontraktów podpisanych na 2017 rok w **rehabilitacji leczniczej** w stosunku do roku poprzedniego spadła o 3,6% do kwoty 2 139 435,11 tys. zł, a liczba zakontraktowanych świadczeniodawców wyniosła 2 849. Świadczenia uzyskało pond 3, 3 mln osób. Czasy oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji należą do jednych z najdłuższych –

najtrudniej dostępne są świadczenia oddziałów rehabilitacji i oddziałów rehabilitacji narządu ruchu, dla których mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na przyjęcie w trybie stabilnym przekracza rok (wynosi odpowiednio 464 i 392 dni). Jest to efektem bardzo dużej liczby osób oczekujących. Mimo, że łącznie w roku 2017 na tych oddziałach udzielono świadczeń ponad 106 tys. osobom z list oczekujących, to na koniec roku nadal na przyjęcie do wymienionych oddziałów oczekiwało ponad 251 tys. osób.

Wartość zawartych umów w 2017 roku na **opiekę stomatologiczną** wzrosła w stosunku do roku ubiegłego o 1,2% i wyniosła 1 792 843,73 tys. zł. Świadczeń udzielało 7 851 świadczeniodawców. Z leczenia stomatologicznego skorzystało ponad 6,8 mln pacjentów. Największa liczba osób oczekuje na świadczenia poradni stomatologicznych (ponad 130 tys.), poradni ortodontycznych i ortodontycznych dla dzieci (ponad 48 tys.), poradni chirurgii stomatologicznej (19,5 tys.). Mimo dużej liczby osób oczekujących długie średnie czasy oczekiwania dotyczą jedynie poradni ortodontycznych (47- 49 dni). W przypadku poradni stomatologicznych większość świadczeń udzielanych jest na bieżąco - w roku 2017 poradnie te udzieliły świadczeń ponad 884,5 tys. osób.

Wartość zawartych umów w roku 2017 w rodzaju **świadczenia kontraktowane odrębnie** wyniosła 2 045 904,55 tys. zł, czyli o 6,8% więcej niż w roku 2016. Umowy w tym zakresie zawarto z 446 świadczeniodawcami, którzy udzielili ponad 9,9 mln świadczeń 203 tys. pacjentów. Do świadczeń kontraktowanych odrębnie należą: dializoterapia otrzewnowa, hemodializoterapia, terapia hiperbaryczna, tlenoterapia domowa, żywienie pozajelitowe oraz 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 oraz 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). W 2017 r. wprowadzono nowe świadczenie gwarantowane - kompleksową opiekę po zawale serca, mające na celu zapewnienie pacjentom po zawale kompleksowego dostępu do specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej, niezbędnych z punktu widzenia potrzeb klinicznych, tj. zabiegów kardiologii interwencyjnej, kompleksowej rehabilitacji, elektroterapii i specjalistycznej opieki kardiologicznej, wraz z zapewnieniem jej ciągłości w okresie 12 miesięcy od wystąpienia zawału.

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 2017 r. obowiązywało 31 umów, których wartość w stosunku do roku poprzedniego wzrosła o 1,8% i wyniosła 44 711 tys. zł. W 2017 r. zespoły sanitarne typu „N" wykonały 10 291 transportów, udzielając świadczeń 8 693 dzieciom.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017, poz. 2195 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 2017 r. odnotowano wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń w porównaniu do roku 2016 o 2,9 %, do kwoty 1 923 173 tys. zł. Zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie ponad 2,9 mln wyjazdów, udzielając świadczeń 2,4 mln osób.

Wartość zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju **leczenie uzdrowiskowe** wyniosła 619 548,52 tys. zł, tj. nieznacznie spadła w stosunku do 2016 r. o 0,1%. W 2017 r. zawarto umowy ze 143 zakładami lecznictwa uzdrowiskowego, które zrealizowały łącznie 402 544 skierowania, obejmując leczeniem ponad 401 tys. pacjentów. Osoby korzystające z tej formy leczenia to przede wszystkim chorzy z chorobami przewlekłymi - 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 realizacji umów o świadczenia opieki zdrowotnej oraz refundacji leków (aptek i ordynacji lekarskich)

W 2017 r. oddziały wojewódzkie Funduszu skontrolowały łącznie prawidłowość realizacji 2049 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (o 5,8% więcej niż w roku poprzednim) – w tym 822 umów w ramach kontroli planowych oraz 1 227 umów w ramach kontroli pozaplanowych (doraźnych). Dodatkowo, przeprowadzono 83 postępowania sprawdzające oraz 3 kontrole w związku ze złożonymi wnioskami 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 40 mln zł oraz nałożono kary w wysokości ponad 13,5 mln zł. Najczęściej stwierdzone nieprawidłowości nie ulegają zmianie na przestrzeni ostatnich lat i dotyczą głównie rozliczeń (w tym zawyżania wartości rozliczanych świadczeń, wykazywania jako hospitalizacji świadczeń, które mogły być

wykonane w warunkach ambulatoryjnych, nieprzestrzegania wymaganych warunków udzielania świadczenia lub udzielania ich niezgodnie z harmonogramem).

Wykonując zadanie w zakresie monitorowania ordynacji lekarskich w 2017 roku oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły 455 kontroli, obejmując postępowaniem 1 534 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 2,2 mln zł, co stanowi 9,36% wartości kontrolowanej ordynacji (tj. 23 mln zł).

W 2017 roku oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły łącznie 950 postępowań kontrolnych w aptekach, które w 901 przypadkach zakończyły się przekazaniem zaleceń pokontrolnych. W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości, dotyczących 30 402 recept (tj. 4,66% z 652 923 kontrolowanych recept), zakwestionowano refundację w wysokości ponad 2,4 mln zł i nałożono kary w wysokości ponad 0,6 mln zł.

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

Od 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 2017 roku w oddziałach wojewódzkich Funduszu złożono 18 974 wnioski o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE, tj. o 78% więcej niż w roku 2016. Wnioski o zwrot kosztów świadczeń udzielonych dotyczyły świadczeń udzielonych w sumie w 21 państwach członkowskich UE, z tym że prawie 83,2% wnioskowanej kwoty zwrotu ogółem dotyczyło leczenia na terenie Czech.

Z 18 166 postępowań w sprawie zwrotu kosztów zakończonych w 2017 r. ponad 95% wniosków zostało rozpatrzonych pozytywnie. W 2017 r. Fundusz dokonał zwrotu kosztów w stosunku do 31 166 świadczeń opieki zdrowotnej, wykazanych na 16 982 wnioskach, o łącznej wartości ponad 36 mln (średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń w przeliczeniu na jeden wniosek o zwrot kosztów wyniosła 2 131 zł). Ponad 53% udzielonych świadczeń należało do świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego. Najczęściej udzielanym świadczeniem, za które w 2017 roku Fundusz dokonał zwrotu kosztów były operacje usunięcia

zaćmy (15 729 świadczeń o wartości 33 mln zł, co stanowiło prawie 93% wszystkich wypłaconych środków).

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 114 zgód (w tym 46 dotyczyło planowanego leczenia, a 68 badań diagnostycznych). Wartość udzielonych świadczeń oszacowano na kwotę ponad 7,1 mln zł, co stanowiło 38 % analogicznych kosztów w roku 2016. Świadczenia te zostały zrealizowane w krajach członkowskich UE i EFTA - najwięcej w Niemczech i Wielkiej Brytanii oraz Finlandii. Ponadto Prezes wydał 86 pozytywnych decyzji dotyczących pokrycia kosztów transportu na łączną kwotę 177 tys. zł - z czego koszty transportu do miejsca udzielania świadczenia poza granicami Polski oszacowano na 168 tys. zł (przy czym w jednym przypadku koszty te wyniosły ponad 51 tys. zł), a koszty transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju - na 8 tys. zł.

W 2017 r. nie wydano żadnej decyzji wyrażającej zgodę na 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) .

Ponadto Fundusz poniósł koszty transportu w wysokości ponad 965 tys. zł za przewóz do Polski 48 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, na podstawie której prowadzone jest elektroniczne potwierdzanie prawa do świadczeń (za pośrednictwem systemu elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców). System ten stał się dominującym sposobem potwierdzania prawa do świadczeń, powszechnie stosowanym przez świadczeniodawców. Średnio w 2017 r. podczas weryfikacji prawa do świadczeń system eWUŚ nie potwierdzał prawa do świadczeń dla 4,4% osób ubiegających się o udzielenie świadczeń w dni robocze i dla 7,3% w dni wolne (przy średniej liczbie 3, 7 mln zapytań w dni robocze i 1,3 tys. zapytań w dni wolne).

Zgodnie z danymi zgromadzonymi w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych na koniec 2017 r., prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z tytułu ubezpieczenia posiadało 33 876 567 osób, co oznacza wzrost o ponad 89 tys. w porównaniu z rokiem poprzednim. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 25 952 773 osoby to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 899 004 osoby to członkowie rodzin. Umowę

dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego zawarło 17 377 osób, które zgłosiły do ubezpieczenia zdrowotnego 7 413 członków rodzin. Ponadto 10 340 osobom nieubezpieczonym spełniającym kryterium dochodowe, wydano decyzje potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie których mogli korzystać ze świadczeń. Zwiększyła się także liczba rezydentów, za których Fundusz otrzymuje środki finansowe z Unii Europejskiej (w 2012 r. było ich 73 799 – w roku 2017 – 141 869).

Ponadto w *Sprawozdaniu* omówiono pierwszy okres funkcjonowania systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia, zwanego dalej „siecią", wprowadzonego od 1 października 2017 r. Zgodnie z przyjętą koncepcją, szpitale zakwalifikowane do sieci zapewniają dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: leczenia szpitalnego, świadczeń wysokospecjalistycznych, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanej w poradniach przyszpitalnych, rehabilitacji leczniczej, programów lekowych, leków stosowanych w chemioterapii oraz nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, przy jednoczesnym zagwarantowaniu ciągłości i kompleksowości udzielanych świadczeń oraz stabilności ich finansowania. Większość świadczeń finansowana jest ryczałtem, którego wysokość zależy m.in. od liczby i struktury sprawozdanych świadczeń przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych. Do sieci, do jednego z sześciu poziomów zabezpieczenia świadczeń zakwalifikowano 591 szpitali, w tym największą grupę stanowią szpitale I poziomu (47,5%). W czwartym kwartale 2017 r., który był pierwszym okresem rozliczeniowym dla umów w sieci, udzielono łącznie prawie 5% świadczeń opieki zdrowotnej więcej, niż w analogicznym okresie 2016 roku – istotny wzrost liczby świadczeń odnotowano w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (o 4,8%) oraz rehabilitacji leczniczej (o 5,9%). W przypadku świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz leczenia szpitalnego zaobserwowano także wzrost liczby leczonych pacjentów - odpowiednio o 6,7% oraz 8,4%.

Dodatkowe zadania w roku 2017 wiązały się także z wprowadzeniem od stycznia 2017 r. możliwości dokonania „wstecznego" zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego w przypadku osób, które nie zostały zgłoszone do ubezpieczenia, pomimo spełniania kryteriów do bycia osobą ubezpieczoną. Dotychczas osoby niezgłoszone jako osoby nie posiadające prawa do świadczeń zobowiązane były do dokonania zwrotu kosztów udzielonych im świadczeń. Narodowy Fundusz Zdrowia podjął szeroką kampanię informującą o możliwości dokonania wstecznego ubezpieczenia i umorzenia prowadzonych postępowań do ok. 100 tys. osób, wobec których toczyły się postępowania ustalające obowiązek poniesienia kosztów.

Gospodarka finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia

Szczegółowe informacje dotyczące gospodarki finansowej Funduszu zostały przedstawione w *Sprawozdaniu finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2017* oraz w *Sprawozdaniu z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2017.* Minister Zdrowia nie zgłosił uwag do tych *Sprawozdań.*

Warszawa, dnia 13.07. 2018 r.

RZECZPOSPOLITA POLSKA
MINISTER FINANSÓW
FS1.4542.12.2018

DU7
17.07.2018

PODSEKRETARZ STANU
w Ministerstwie Zdrowia
Maciej Miłkowski

Pan
Maciej Miłkowski
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Dot.: UZ-AK.070.17.2018.EW

MINISTERSTWO ZDROWIA
2018 -07- 17
WPŁYNĘŁO
Dep. ... Zał. ...

Departament Ubezpieczenia Zdrowotnego
18. 07. 2018

Szanowny Panie Ministrze,

uprzejmie informuję, że nie zgłaszam uwag do przekazanego przy piśmie z dnia 29 czerwca br. rocznego *Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2017 rok*, które zgodnie z art. 187 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.) podlega zaopiniowaniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

Z poważaniem

Z upoważnienia Ministra Finansów
PODSEKRETARZ STANU
Tomasz Kobaczyński

RPW/91825/2018 P
Data:2018-07-17
ID:00890203283921

SEKRETARIAT
PODSEKRETARZA STANU
Macieja Miłkowskiego
2018 -07- 17
WPŁYNĘŁO
Poz. nr. 139622

Ministerstwo Finansów

ul. Świętokrzyska 12, 00-916 Warszawa | tel.: +48 22 694 51 00 | fax: +48 22 694 45 50 | e-mail: Sekretariat.FS@mf.gov.pl

UCHWAŁA Nr 15/2018/III
RADY NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
z dnia 27 czerwca 2018 r.
w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2017 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 2017 r., poz. 1938 z późn. zm.[1]), Rada Funduszu

uchwala, co następuje:

§ 1.

Rada Narodowego Funduszu Zdrowia, po rozpatrzeniu wniesionego w dniu 19 czerwca 2018 r. wniosku Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, przyjmuje roczne Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2017 r., stanowiące załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Narodowego Funduszu Zdrowia
Rudolf Borusiewicz

[1] Zmiany tekstu jednolitego powołanej ustawy zostały opublikowane w Dz. U. z 2017 r. poz. 2110, 2217, 2361, 2434 oraz z 2108 r. poz. 107, 138, 650, 697 i 730, 771, 858, 912, 932, 1115 i 1128.

Maciej Mekiński
RADCA PRAWNY
WA-5549