



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
IX kadencja
Minister Zdrowia
SZUZ.07.211.2020.EW

Druk nr 586
Warszawa, 28 sierpnia 2020 r.

Pani
Elżbieta Witek
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek,

zgodnie z art. 187 ust.2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2020 r. poz. 1398) przedkładam zaopiniowane przez Ministra Finansów

- Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 rok,

przyjęte uchwałą Rady Narodowego Funduszu Zdrowia nr 4/2020/IV z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 r., wraz ze stanowiskiem Ministra Zdrowia w sprawie przedmiotowego Sprawozdania.

Z poważaniem

z up. Ministra Zdrowia

Waldemar Kraska

Sekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/



Minister Zdrowia

Warszawa, 28 sierpnia 2020

SZUZ.07.211.2020.EW

Pani
Elżbieta Witek
Marszałek Sejmu RP

Szanowna Pani Marszałek,

Zgodnie z art. 187 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1398) przedkładam zaopiniowane przez Ministra Finansów *Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 rok*, przyjęte uchwałą Rady Narodowego Funduszu Zdrowia nr 4/2020/IV z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie *przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 r.*, wraz ze stanowiskiem Ministra Zdrowia w sprawie przedmiotowego Sprawozdania.

Z poważaniem
z upoważnienia Ministra Zdrowia
Waldemar Kraska
Sekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

Stanowisko Ministra Zdrowia
w sprawie
Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2019

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 2020 r. poz. 1398)*, 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 2019, 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 4/2020/IV z dnia 27 sierpnia 2020 roku *w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 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 przedstawił Ministrowi Zdrowia opinię dotyczącą Sprawozdania pismem z dnia 27 lipca 2020 r., znak FS1.4542.12.2020. Zgłoszone przez Ministra Finansów uwagi zostały przekazane do Narodowego Funduszu Zdrowia, który ustosunkował się do tych uwag pismem z dnia 11 sierpnia 2019 r., znak DAil.0340.3.2020, 2020.94756.KG. Powyższe pisma załączono do Stanowiska.

Sprawozdanie przedstawia istotne działania podejmowane przez Fundusz w roku 2019, 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 (liczby oczekujących oraz mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania).

W roku 2019 zwiększono środki przewidziane w planie finansowym na zapewnienie **podstawowej opieki zdrowotnej** o 11,6%, tj. do kwoty 12 462 538 tys. zł. Łącznie w poszczególnych zakresach podstawowej opieki zdrowotnej świadczeń udzielało 9 531 świadczeniodawców. Udzielili oni 166 638 179 porad ponad 28 mln pacjentom. Ponadto zwiększono wartość współczynników korygujących stawkę kapitulacyjną w świadczeniach lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w celu uwzględnienia kosztów związanych ze świadczeniami udzielanymi pacjentom w przedziałach wiekowych 0 - 6 r.ż., 40-65 r.ż., 66-75 r.ż. Nastąpił również wzrost stawki kapitulacyjnej, którą stosuje się do pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, położnych podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarek szkolnych.

Wartość umów podpisanych na 2019 rok z 5815 świadczeniodawcami w **ambulatoryjnej opiece specjalistycznej** w porównaniu z rokiem 2018 wzrosła o 10,4% i wyniosła 4 167 949 tys. zł. Ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej skorzystało prawie 17,5 mln pacjentów, przy czym łączna liczba wszystkich porad w 2019 roku wyniosła ok. 87, 1 mln. 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.

Wartość kontraktów podpisanych na 2019 rok na **leczenie szpitalne** wzrosła o 17,4% w stosunku do nakładów z roku ubiegłego i wyniosła 50 088 207 tys. zł. Umowy zawarto z 966 świadczeniodawcami, którzy udzielili prawie 8,2 mln hospitalizacji o średniej wartości w grudniu 2019 r – 4 310 zł. Świadczeniami z zakresu chemioterapii na łączną kwotę 1 493 663 tys. zł objęto ponad 138 tys. osób.

W 2019 roku Fundusz zawarł umowy na udzielanie świadczeń z zakresu 95 programów lekowych, w tym 32 programy onkologiczne. Wartość świadczeń udzielonych w ramach tych umów wyniosła 4 351 776 tys. zł. W ramach programów onkologicznych i nieonkologicznych leczono 153,4 tys. pacjentów. Największe środki zostały wydatkowane w programach leczenia: raka piersi (491,9 mln zł - co stanowi 10,11%

kosztów wszystkich wykonanych świadczeń związanych z programami lekowymi), stwardnienia rozsianego (338,8 mln zł – 7,79%), zaawansowanego raka jelita grubego (233,6 mln zł – 5,37%) oraz leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca (224, 9 mln zł – 5,17%).

Wartość kontraktów podpisanych z 1352 świadczeniodawcami na 2019 rok na **leczenie psychiatryczne oraz uzależnień** wzrosła o 3% w stosunku do nakładów z roku ubiegłego i wyniosła 3 000 322 tys. zł. Liczba osób korzystających z tych świadczeń w roku 2019 wynosiła 1, 5 mln pacjentów.

W 2019 r. najwięcej osób oczekiwało do poradni psychogeriatrycznych, poradni dla osób z autyzmem dziecięcym, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci oraz oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych i oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu. W porównaniu z rokiem poprzednim odnotowano skrócenie czasu oczekiwania do oddziału terapii uzależnienia od alkoholu - pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne przyjmowani byli na bieżąco, a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla pacjentów w trybie stabilnym wynosiła 12 dni.

Świadczenia z zakresu **opieki długoterminowej** realizowane są w ramach świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wartość kontraktów podpisanych na 2019 rok na opiekę pielęgnacyjną i opiekuńczą wyniosła 1 861 635 tys. zł (co oznacza wzrost o 13 % w stosunku do nakładów z roku ubiegłego). Umowy realizowało 1498 świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń prawie 110 tys. osób. W przypadku świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej – wartość umów wzrosła o 10% i wyniosła 812 224,86 tys. zł. Świadczeń udzielało 521 świadczeniodawców. Pozytywnie należy ocenić dostępność do oddziałów szpitalnych i poradni medycyny paliatywnej, które przyjmują pacjentów na bieżąco.

Wartość kontraktów podpisanych na 2019 rok w **rehabilitacji leczniczej** w stosunku do roku poprzedniego wzrosła o 20% do kwoty 2 986 215,7 tys. zł, a liczba zakontraktowanych świadczeniodawców wyniosła 2 844. Świadczenia uzyskało ponad 3,3 mln osób.

Wartość zawartych umów w 2019 roku na **opiekę stomatologiczną** wzrosła w stosunku do roku ubiegłego o 1,7% i wyniosła 1 856 135,95 tys. zł. Świadczeń udzielało 6 992 świadczeniodawców. Z leczenia stomatologicznego skorzystało ponad 6,5 mln pacjentów. Największa liczba osób oczekuje na świadczenia poradni stomatologicznych

(ponad 116 tys.), poradni ortodontycznych i poradni ortodontycznych dla dzieci (ponad 64 tys.), poradni chirurgii stomatologicznej (20 tys.). Mimo dużej liczby osób oczekujących długie średnie czasy oczekiwania dotyczą jedynie poradni ortodontycznych (64 - 154 dni). W przypadku poradni stomatologicznych większość świadczeń udzielanych jest na bieżąco - w roku 2019 poradnie te udzieliły świadczeń ponad 763,7 tys. osób.

Wartość zawartych umów w roku 2019 w rodzaju **świadczenia kontraktowane odrębnie** wyniosła 2 182 981,69 tys. zł, czyli o 1,9% więcej niż w roku 2018. Umowy w tym zakresie zawarto z 429 świadczeniodawcami, którzy udzieliли ponad 9,9 mln świadczeń 220,74 tys. pacjentom. 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 odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej, teleradioterapia protonowa, domowa antybiotykoterapia dożylna, kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1), telekonsylium kardiologiczne, telekonsylium geriatryczne, koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC).

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 2019 r. obowiązywały 33 umowy, których wartość w stosunku do roku poprzedniego wzrosła o 5,45% i wyniosła 52 957 tys. zł. W 2019 r. zespoły sanitarne typu „N” wykonały 9 609 transportów, udzielając świadczeń 8 114 dzieciom.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 poz. 993 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 2019 r. odnotowano wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń w porównaniu do roku 2018 o 5,54 %, do kwoty 2 160 420 tys. zł. Zespoły ratownictwa

medycznego wykonały łącznie około 3 mln wyjazdów, udzielając świadczeń 2,5 mln osób.

Wartość zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju **leczenie uzdrowiskowe** wzrosła o 7,87% w stosunku do roku poprzedniego i wyniosła 713 299,67 tys. zł. W 2019 r. zawarto umowy ze 138 zakładami lecznictwa uzdrowiskowego, które zrealizowały łącznie 406 891 skierowań, obejmując leczeniem ponad 405 tys. pacjentów. Osoby korzystające z tej formy leczenia to przede wszystkim chorzy z chorobami przewlekłymi - chorób układu krążenia, chorób układu 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 2019 r. Terenowe Wydziały Kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia skontrolowały łącznie prawidłowość realizacji 1510 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w tym 797 umów w ramach kontroli planowych oraz 713 umów w ramach kontroli pozaplanowych (doraźnych). W wyniku kontroli zakwestionowano środki finansowe jako nienależnie wypłacone na kwotę ponad 48,9 mln zł oraz nałożono kary w wysokości ponad 23,4 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 2019 roku Terenowe Wydziały Kontroli NFZ przeprowadziły 319 kontroli, obejmując postępowaniem 1 308 osób uprawnionych do wystawiania recept 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 13,8 mln zł, co stanowi 56,5% wartości kontrolowanej ordynacji (tj. 24,4 mln zł).

W 2019 roku oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły łącznie 590 postępowań kontrolnych w aptekach, które w 556 przypadkach zakończyły się przekazaniem zaleceń pokontrolnych. W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości, dotyczących 16 036 recept (tj. 6,84% z 234 569 kontrolowanych recept), zakwestionowano refundację w wysokości ponad 4,15 mln zł i nałożono kary w wysokości ponad 1 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 lub EOG. W 2019 roku w oddziałach wojewódzkich Funduszu złożono 14 741 wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE lub EOG, tj. o 21,03% mniej niż w roku 2018. Wnioski o zwrot kosztów świadczeń udzielonych dotyczyły świadczeń udzielonych w sumie w 15 państwach członkowskich UE lub EOG.

Z 16 224 postępowań w sprawie zwrotu kosztów zakończonych w 2019 r. ponad 96% wniosków zostało rozpatrzonych pozytywnie. W 2019 r. Fundusz dokonał zwrotu kosztów w stosunku do 82 702 świadczeń opieki zdrowotnej, o łącznej wartości ponad 32,01 mln (średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń w przeliczeniu na jeden wniosek o zwrot kosztów wyniosła 2 tys. zł). Ponad 61% udzielonych świadczeń należało do świadczeń z zakresu leczenia stomatologicznego, 37,9% z zakresu leczenia szpitalnego. Najczęściej udzielanym świadczeniem, za które w 2019 roku Fundusz dokonał zwrotu kosztów były operacje usunięcia ząbmy (12 699 świadczeń o wartości 22,95 mln zł, wykazanych łącznie na 12 626 wnioskach). Średnia wysokość wypłaconego w 2019 r. zwrotu kosztów za zabieg usunięcia ząbmy wykonany w innym państwie członkowskim UE lub EOG wyniosła 1,81 tys. zł. 90,76 % łącznej liczby wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał zwrotu poniesionych kosztów świadczeń w 2019 r. i 92,32% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez NFZ dotyczyło leczenia na terenie Czech.

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 88 zgód (40,91% zgód dotyczyła świadczeń z dziedziny genetyki klinicznej, 11,36% z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, 7,85% chirurgii naczyniowej). Wartość udzielonych świadczeń oszacowano na kwotę ponad 17,01 mln zł, co stanowiło wzrost kosztów o ponad 200% w porównaniu z rokiem 2018 . Świadczenia te zostały zrealizowane w krajach członkowskich UE - najczęściej w Niemczech i Finlandii . Ponadto Prezes wydał 63 pozytywne decyzje dotyczące pokrycia kosztów transportu na łączną kwotę 478,18 tys. zł, co oznacza wzrost kosztów w stosunku do 2018 r. o 155,7%.

3) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych

Zgodnie z danymi zgromadzonymi w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych na koniec 2019 r., prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z tytułu ubezpieczenia posiadało 34 053 648 osób, co oznacza wzrost o ponad 114 tys. w porównaniu z rokiem poprzednim. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 205 269 osób to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 823 040 osób to członkowie rodzin. Umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego zawarło 18 187 osób, które zgłosiły do ubezpieczenia zdrowotnego 7 152 członków rodzin. Ponadto 11 241 osobom nieubezpieczonym spełniającym kryterium dochodowe, wydano decyzje potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie których mogli korzystać ze świadczeń.

Gospodarka finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia

Szczegółowe informacje dotyczące gospodarki finansowej Funduszu zostały przedstawione w *Sprawozdaniu finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2019* oraz w *Sprawozdaniu z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2019*. Minister Zdrowia nie zgłosił uwag do tych *Sprawozdań*.



Warszawa, dnia 27 lipca 2020 r.

RZECZPOSPOLITA POLSKA
MINISTER FINANSÓW
FS1.4542.12.2020

Pan
Janusz Cieszyński
Podsekretarz Stanu
W Ministerstwie Zdrowia

Dot.: SZUZ.07.190.2020.EW

Szanowny Panie Ministrze,

w odpowiedzi na pismo z dnia 6 lipca br., w którym przekazano *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 rok*, z prośbą o wyrażenie opinii zgodnie z art. 187 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.) uprzejmie informuję, że zwracam uwagę na występujące różnice w zakresie wartości wykonanych umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w niektórych rodzajach świadczeń wykazanych w przedmiotowym sprawozdaniu i *Sprawozdaniu z wykonania planu finansowego NFZ na 2019 rok*. Zidentyfikowane różnice dotyczą:

str. 81 - Tabela nr II.48. - *Wartość i wykonanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w latach 2017-2019 (w tys. zł);*

str. 85 - Tabela nr III.51. - *Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu "N w latach 2017-2019 i ich wykonanie (w tys. zł);*

str. 88 i 89 – informacja o wartości zaplanowanych i wykonanych kosztów finansowania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne;

Informacja o sfinansowanych w 2019 roku kosztach świadczeń z zakresach chemioterapii.

Z poważaniem
z upoważnienia
Ministra Finansów

Sebastian Skuza
Sekretarz Stanu
/podpisano kwalifikowanym
podpisem
elektronicznym/

Znak: *DAiI.0340.3.2020*
2020.94756.KG

Warszawa, 11.08.2020

Pani

Anna Miszczak

Dyrektor

Departament Systemu Zdrowia

Ministerstwo Zdrowia

Dotyczy: odniesienia się do uwag MZ do Sprawozdania z działalności NFZ za 2019 rok.

W odpowiedzi na pismo z dnia 30 lipca 2020 r., znak: SZUZ.07.190.2020.4, dotyczącego prośby o ustosunkowanie się do uwag Ministerstwa Finansów do Sprawozdania z działalności NFZ za 2019 rok (pismo z dnia 27 lipca 2020 r., znak FSI.4542.12.2020), uprzejmie proszę przyjąć poniższe wyjaśnienia.

Na wstępie należy zaznaczyć, że różnice w wartości kosztów finansowania wykonanych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach wskazanych w zapytaniu wynikają głównie z odmiennego sposobu tworzenia porównywanych sprawozdań. Niniejsze wynika w szczególności z innego układu prezentowania danych oraz ujęcia wyników finansowych w księgach rachunkowych oddziałów wojewódzkich NFZ. W Sprawozdaniu z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanym dalej „Sprawozdaniem z działalności” prezentowane są dane dotyczące tylko i wyłącznie kosztów realizacji danych umów.

Ad. 1 – str. 81 – Tabela nr II.48. - Wartość i wykonanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwa uzdrowiskowe w latach 2017-2019 (w tys. zł).

Różnice dotyczące lecznictwa uzdrowiskowego wynikają z faktu, że w tabeli II.48. Sprawozdania z działalności przedstawiono dane dotyczące umów (wartość świadczeń dla ubezpieczonych z terenu województwa, przydzielonych z umów do wysokości przekazanych upoważnień razem ze środkami na wzrost wynagrodzeń dla pielęgniarek, położnych i lekarzy) oraz dane dotyczące wartości zrealizowanych świadczeń przez świadczeniobiorców z terenu danego województwa – kolumna ta nie zawiera:

- kosztów dopłat poniesionych z tytułu art. 33. ust 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (tj. Dz. U. z 2019 r. poz. 1373, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o świadczeniach”,
- wartości dopłat ponoszonych z tytułu ustawy z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz. U. z 2017 r. poz. 2119),

- kosztów wynikających z przepisów art. 4 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r. poz. 1532) (dot. wzrost wynagrodzeń lekarzy),
- kosztów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1681) - (dot. wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych),
- kosztów wynikających z rozporządzenia z dnia 14 października 2015 r. Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1628) - (dot. wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych).

W związku z powyższym pełne dane dotyczące wykorzystania planu finansowego na leczenie uzdrowiskowe w 2019 r. zawarte są w Rocznym sprawozdaniu z wykonania planu finansowego NFZ na 2019 rok, zwanym dalej „Sprawozdaniem z wykonania planu”.

Ad. 2 - str. 85 - Tabela nr III.51. - Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu "N w latach 2017-2019 i ich wykonanie (w tys. zł).

Porównanie danych dotyczących zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny zawartych w ww. sprawozdaniach przedstawia poniższa tabela:

Pomoc doraźna i transport sanitarny w 2019 r. (w tys. zł)

OW NFZ	Sprawozdanie z działalności NFZ za 2019 r.		Sprawozdanie z wykonania planu finansowego na 2019 r.		Różnica	
	2019		2019		Różnica	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
1	4 684,00	4 583,80	4 684,00	4 607,48	0,00	23,68
2	2 880,00	2 871,82	2 880,00	2 871,82	0,00	0,00
3	3 532,00	3 222,21	3 532,00	3 222,21	0,00	0,00
4	1 936,00	1 827,12	1 936,00	1 894,65	0,00	67,53
5	2 606,00	2 488,19	2 606,00	2 494,39	0,00	6,20
6	1 892,00	1 794,74	1 892,00	1 794,74	0,00	0,00
7	8 366,00	8 335,78	8 366,00	8 335,78	0,00	0,00
8	1 410,00	1 409,61	1 410,00	1 409,61	0,00	0,00
9	3 177,00	3 167,68	3 177,00	3 176,13	0,00	8,45
10	1 702,00	1 682,94	1 702,00	1 682,94	0,00	0,00
11	1 574,00	1 567,50	1 574,00	1 567,50	0,00	0,00
12	7 872,00	7 603,35	7 872,00	7 603,35	0,00	0,00
13	1 743,00	1 607,97	1 743,00	1 637,03	0,00	29,06
14	2 996,00	2 974,45	2 996,00	2 982,33	0,00	7,88
15	4 000,00	2 920,00	4 000,00	3 143,67	0,00	223,67
16	2 587,00	2 541,03	2 587,00	2 541,03	0,00	0,00
Razem	52 957,00	50 598,18	52 957,00	50 964,66	0,00	366,48

Z ww. tabeli wynika, że różnica w wartościach przekazanych w obu ww. sprawozdaniach wynosi 366,48 tys. zł i dotyczy siedmiu oddziałów wojewódzkich Funduszu: dolnośląskiego, lubuskiego, łódzkiego, podkarpackiego, świętokrzyskiego, warmińsko-mazurskiego oraz wielkopolskiego. Poniżej przedstawiam wyjaśnienia właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu:

- dolnośląski – kwota wskazana w Sprawozdaniu z działalności obejmuje tylko świadczenia zrealizowane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” – 4 583,80. Kwota wskazana w Sprawozdaniu z wykonania planu obejmuje świadczenia zrealizowane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” (4 583,80) oraz wartość świadczeń udzielonych na podstawie art. 42i art. oraz 42j (23,68) ustawy o świadczeniach – co daje wartość 4 607,48 w kolumnie Wykonanie planu finansowego NFZ za 2019 r.
- lubuski – różnica kwot w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny wynika z faktu przekazania informacji o realizacji umowy w tym rodzaju świadczeń, która nie obejmuje środków finansowych przeznaczonych na transport zagraniczny. Środki te nie widnieją w umowie zawartej na zespół transportu sanitarnego „N”, dlatego też, kwota 1 827,12 zł wykazana w Sprawozdaniu z działalności to kwota zapłaconych świadczeń za zespół „N” oraz zespół „N” UE. Kwota 1 894,65 zł ujęta w FM – w Sprawozdaniu z wykonania planu zapłacone środki na realizację umowy – zespół transportu „N” i zespół transportu „N” UE oraz środki zapłacone za transport zagraniczny w wysokości 67,53 zł.
- łódzki – w tabeli nr III.51 Sprawozdania z działalności kwota 2 488,19 tys. zł odnosi się tylko do wykonania z tytułu realizacji umów w rodzaju świadczeń pomoc doraźna i transport sanitarny. W niniejszym sprawozdaniu nie został uwzględnione inne koszty w tym:
 - koszt transportu dalekiego (zagranicznego) wykonanego na podstawie Decyzji Nr 114/2018/LZT z art. 42j ustawy o świadczeniach na kwotę (+) 0,47 tys. zł.
 - saldo rezerwy na prawdopodobne zobowiązania z tytułu dodatkowych środków finansowych na świadczenia udzielane przez pielęgniarki i podwyżki (podwyżki wynagrodzeń) na kwotę (+) 5,73 tys. zł, co stanowi łącznie - (+) 6,2 ty zł.
- Podkarpacki – różnica kwot w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny wynika z faktu przekazania informacji o realizacji umowy w tym rodzaju świadczeń, która nie obejmuje środków finansowych przeznaczonych na transport zagraniczny. Środki te nie widnieją w umowie zawartej na zespół transportu sanitarnego „N”. W Sprawozdaniu z wykonania planu uwzględniona została kwota 8 450 zł stanowiąca koszt zgody indywidualnej na transport zagraniczny udzielonej przez Dyrektora Podkarpackiego OW NFZ.
- świętokrzyski – w Sprawozdaniu z wykonania planu – (poz. B2.10) kwota wykonania wynosi 1637,03 tys. zł i jest wyższa o 29,06 tys. zł od wartości realizacji świadczeń wykazanej w tabeli nr III.51 Sprawozdania z działalności. Na powstałą różnicę 29,06 tys. zł składają się następujące kwoty:
 - 25 550 zł – koszty transportu sfinansowane na podstawie decyzji Dyrektora Świętokrzyskiego OW NFZ (art. 42i ustawy o świadczeniach),
 - 1 214,79 zł – koszty transportu lotniczego zrealizowanego zgodnie z decyzją Prezesa NFZ (art. 42j ustawy o świadczeniach),
 - 2 292,06 zł – prawdopodobne zobowiązania za świadczenia zdrowotne ujęte w księgach rachunkowych miesiąca grudnia w biernych rozliczeniach międzyokresowych kosztów (dotyczy wzrostu kosztów wynagrodzeń dla pielęgniarek).

- warmińsko-mazurski – w tabeli nr III 51. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu "N" w latach 2017-2019 i ich wykonanie w kolumnie „realizacja” nie uwzględniono kosztu 7 900 zł, sfinansowania transportu dalekiego realizowanego na podstawie decyzji Dyrektora Warmińsko-Mazurskiego OW NFZ. Nie są to koszty realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w związku z czym nie zostały uwzględnione w Sprawozdaniu z działalności.
- wielkopolski – różnica kwot pomiędzy sprawozdaniami wynika z faktu, że w Sprawozdaniu z wykonania planu ujęto również koszty transportów pacjentów, udzielonych na podstawie przepisów o koordynacji (art. 42i oraz 42j ustawy o świadczeniach). Koszty te nie zostały ujęte w Sprawozdaniu z działalności, gdyż nie stanowią kosztów realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: pomoc doraźna i transport sanitarny.

Z przedstawionych wyżej wyjaśnień wynika, że w Sprawozdaniu z działalności oddziały wojewódzkie NFZ, których dotyczyły różnice w przedmiotowych danych, przekazały kwoty oznaczające wartość realizacji zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny (bez uwzględnienia świadczeń wykonanych na podstawie art. 42i i art. 42j ustawy o świadczeniach oraz kosztów transportu sanitarnego realizowanego na podstawie zgody indywidualnej Dyrektora OW NFZ). Wartości odnoszące się do wykonania planu finansowego dla przedmiotowego rodzaju świadczeń w 2019 r. zostały ujęte w Sprawozdaniu z wykonania planu.

Ad. 3 - str. 88 i 89 – Informacja o wartości zaplanowanych i wykonanych kosztów finansowania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne

Z porównania sprawozdań wynika, że różnica we wskazanych kosztach realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne dotyczy czterech oddziałów wojewódzkich Funduszu: dolnośląskiego, lubuskiego, warmińsko-mazurskiego oraz wielkopolskiego:

OW NFZ	Sprawozdanie z działalności NFZ za 2019 r.		Sprawozdanie z wykonania planu finansowego na 2019 r.		różnica	
	plan	realizacja	plan	realizacja	Plan	realizacja
1	160 014,00	157 392,36	160 014,00	158 700,37	0,00	1 308,01
4	76 163,00	75 363,30	76 163,00	75 356,65	0,00	-6,65
14	109 096,00	109 096,00	109 096,00	109 089,27	0,00	-6,73
15	170 369,00	169 760,00	170 369,00	169 728,61	0,00	-31,39
Razem						1 263,24

Poniżej przedstawiam wyjaśnienia właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu:

- dolnośląski – kwota wskazana w Sprawozdaniu z działalności obejmuje świadczenia zrealizowane przez zespoły ratownictwa medycznego, w tym podwyżki dla pielęgniarek i położnych oraz ratowników medycznych (158 883,33), które zostały pomniejszone o wysokość kar nałożonych na dysponentów w 2019 roku (1 490,97) – co daje wartość – 157 392,36. Kwota wskazana w Sprawozdaniu z wykonania planu - (158 700,37) dodatkowo uwzględniła korekty dotyczące rozliczenia świadczeń wynikające z rozporządzenia

zmieniającego OWU ratownictwo medyczne dla PiP i ratowników medycznych za 2018 rok (182,96), które nie zostały ujęte w Sprawozdaniu z działalności.

- lubuski – różnica pomiędzy kwotą wykazaną w Sprawozdaniu z wykonania planu – FM a kwotą wykazaną w Sprawozdaniu z działalności w wysokości 6,65 tys. zł, dotycząca wykonania umów w rodzaju ratownictwo medyczne, wynika z wystawionych korekt po zakończeniu roku, dotyczących roku poprzedniego. Sprawozdanie z działalności prezentuje dane z zapłaconych świadczeń w danym roku, natomiast sprawozdanie FM dane z zapłaconych świadczeń w danym roku, w tym również dotyczących lat poprzednich. Kwota 75 363,30 tys. zł to kwota zapłacona dysponentom z dotacji za 2019 r. bez uwzględnienia korekt rachunków z 2018 roku.
- warmińsko-mazurski – różnica wartości pomiędzy sprawozdaniami wynika z niewykorzystania przez dysponenta zespołów ratownictwa medycznego zakontraktowanej liczby etatów (wzrosty wynagrodzeń) za miesiąc grudzień 2019 roku. Przekazanie innych informacji w sprawozdaniach wynika z różnych dat generowania danych.
- wielkopolski – różnica wartości w Sprawozdaniu z wykonania planu wynika z korekty kosztów dotyczących poprzednich lat obrotowych, dokonanej zgodnie z zasadami rachunkowości w NFZ.

Z przedstawionych wyżej wyjaśnień wynika, że w Sprawozdaniu z działalności oddziały wojewódzkie NFZ, których dotyczyły różnice w przedmiotowych danych, przekazały kwoty oznaczające wartość realizacji zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w 2019 roku nie uwzględniając korekt finansowych z lat ubiegłych.

Ad. 3. Informacja o sfinansowanych w 2019 roku kosztach świadczeń z zakresach chemioterapii.

Rozbieżności w odniesieniu do wartości kontraktów zawartych na chemioterapię, wynoszących w 2019 roku kwotę 1 503 977 tys. zł a kwotą ujętą w Sprawozdaniu z wykonania planu wynikają z okresu w jakim dokonuje się ostatecznego rozliczenia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Termin ten to 14 lutego 2020 roku w przypadku 2019 roku, natomiast ostatnia zmiana Planu finansowego może mieć miejsce 31 grudnia 2019 roku. Ostateczne rozliczenie umów powoduje, że ich kształt dostosowywany jest do ich rzeczywistego wykonania, a w tym okresie brak jest już możliwości dokonania zmiany planu finansowego.

Z poważaniem,

Dariusz Dzielak

Dyrektor Departamentu

Departament Analiz i Innowacji

/Dokument podpisano elektronicznie/

UCHWAŁA Nr 4/2020/IV
RADY NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
z dnia 27 sierpnia 2020 r.
w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności
Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 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 2020 r. poz. 1398), Rada Funduszu

uchwała, co następuje:

§ 1.

Rada Narodowego Funduszu Zdrowia, po rozpatrzeniu wniesionego w dniu 17 sierpnia 2020 r. wniosku Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, przyjmuje roczne Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 r., stanowiące załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Narodowego Funduszu Zdrowia
Rudolf Borusiewicz
Rudolf Borusiewicz

**Uzasadnienie uchwały Nr 4/2020/IV
Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2020 r.
w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności
Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 r.**

Stosownie do 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 2020 r. poz. 1398), do zadań Rady Narodowego Funduszu Zdrowia należy przyjmowanie m.in. rocznych sprawozdań z działalności Funduszu.

Zgodnie z art. 187 powołanej ustawy, Prezes Funduszu przedstawia corocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, nie później niż do dnia 30 czerwca roku następnego, przyjęte przez Radę Funduszu roczne sprawozdanie z działalności Funduszu. Minister właściwy do spraw zdrowia przedstawia to sprawozdanie Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej, nie później niż do dnia 31 sierpnia roku następnego po zaopiniowaniu tego sprawozdania przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych, wraz ze swoim stanowiskiem w sprawie tego sprawozdania.

Roczne sprawozdanie z działalności NFZ za 2019 r. zostało sporządzone przez Prezesa Funduszu w ustawowo wskazanym terminie, który jednak przypadł w przerwie między kadencjami Rady Funduszu. W dniu 17 sierpnia Prezes Funduszu przekazał sprawozdanie nowopowołanej Radzie Funduszu.

Rada rozpatrzyła sprawozdanie na posiedzeniu w dniu 27 sierpnia 2020 r. i przyjęła sprawozdanie.

Uchwała Nr 4/2020/IV Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 r. została podjęta jednogłośnie, dziewięcioma głosami „za”.

Maciej Mekiński

RADA PRAWNY
WA-5549



Narodowy Fundusz Zdrowia

**SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
ZA 2019 ROK**

Adam Niedzielski

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia

/podpisano podpisem elektronicznym/

Spis treści

I.	Podstawy prawne działalności Funduszu	7
II.	Strategia.....	11
III.	Informacje o zakresach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz	13
III.1.	Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2019 roku	13
III.1.1.	Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)	14
III.1.2.	Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS).....	14
III.1.3.	Profilaktyczne programy zdrowotne	18
III.1.4.	Leczenie szpitalne (LSZ).....	19
III.1.5.	System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	24
III.1.6.	Opieka kompleksowa	25
III.1.7.	Programy pilotażowe	27
III.1.8.	Świadczenia Kontraktowane Odrębnie.....	29
III.1.9.	Opieka Paliatywna i Hospicyjna	30
III.1.10.	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.....	30
III.1.11.	Zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie	31
III.1.12.	Leczenie stomatologiczne.....	31
III.1.13.	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	32
III.1.14.	Centra Zdrowia Psychicznego.....	33
III.1.15.	Rehabilitacja lecznicza	33
III.1.16.	Ratownictwo medyczne.....	35
III.1.17.	Kontrola	36
III.2.	Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej.....	38
III.2.1.	System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej	38
III.2.2.	Postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	48
III.2.3.	Podstawowa opieka zdrowotna.....	51
III.2.4.	Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	56
III.2.5.	Leczenie szpitalne.....	59
III.2.6.	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	62
III.2.7.	Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze	65
III.2.8.	Opieka paliatywno-hospicyjna.....	67
III.2.9.	Rehabilitacja lecznicza	70
III.2.10.	Leczenie stomatologiczne	72
III.2.11.	Świadczenia odrębnie kontraktowane	77
III.2.12.	Profilaktyczne programy zdrowotne	79
III.2.13.	Zaopatrzenie w wyroby medyczne.....	82

III.2.15. Pomoc doraźna i transport sanitarny	86
III.2.16. Ratownictwo medyczne	90
III.2.17. Chemioterapia	94
III.2.18. Programy lekowe	97
III.2.19. Art. 97 ust. 3 pkt 2b oraz 2c finansowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę. ...	102
III.2.20. Refundacja leków	105
III.2.21. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie środków finansowych przekazanych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń	111
III.2.22. Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ)	113
IV. Opis realizacji przez centralę Funduszu oraz oddziały wojewódzkie Funduszu zadań określonych w ustawie	114
IV.1. Zadania, o których mowa w art. 42a ust. 3 ustawy o świadczeniach	114
IV.2. Zadania, o których mowa w art. 42d ustawy o świadczeniach	120
IV.3. Zadania, o których mowa w art. 42i ustawy o świadczeniach	126
IV.4. Zadania, o których mowa w art. 42j ustawy o świadczeniach	127
IV.5. Centralny Wykaz Ubezpieczonych	128
IV.6. Plany zakupu świadczeń	134
IV.7. Zadania z zakresu monitorowania i kontroli	134
IV.8. Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego	158
V. Informacje o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków NFZ	163
V.1. Liczba osób oczekujących	163
V.1.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	168
V.1.2. Leczenie szpitalne	170
V.1.3. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	172
V.1.4. Rehabilitacja lecznicza	174
V.1.5. Opieka paliatywna i hospicyjna	176
V.1.6. Leczenie stomatologiczne	177
V.1.7. Wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących	179
V.1.8. Komórki organizacyjne oraz świadczenia, w których nastąpiła w okresie od grudnia 2018 r. do grudnia 2019 r. zmiana liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób	182
V.1.9. Przyczyny ograniczonej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej	184
V.2. Geograficzna dostępność świadczeń opieki zdrowotnej według województw – w podziale na poszczególne zakreśy tych świadczeń	187
VI. Opis organizacji Funduszu	195
VI.1. Struktura organizacyjna Funduszu	195

VI.2. Stan zatrudnienia w centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu	200
VI.3. Działania z zakresu informatyzacji, w tym realizowane projekty	201
VI.4. Infrastruktura	210
VI.5. Projekty unijne realizowane przez Fundusz	216
VI.5.1. Projekt POZ PLUS (Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS)	216
VI.5.2. Projekt SCIROCCO EXCHANGE	219
VI.6. Działania edukacyjne i informacyjne	220
VI.6.1. Zdrowe Dane	220
VI.6.2. Telefoniczna Informacja Pacjenta (TIP)	220
VI.6.3. Upraszczenie języka w komunikacji Narodowego Funduszu Zdrowia	223
VI.6.4. Forum Organizacji Pacjentów	224
VI.6.5. Badanie doświadczeń klientów	225
VI.6.6. Działania informacyjne	228
VI.6.7. Profilaktyka i promocja zdrowia	235
VII. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących Funduszu	237
VII.1. Kontrole wewnętrzne przeprowadzone przez Centralę Funduszu w 2019 r.	237
VII.2. Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w Funduszu	243
VII.3. Audyt wewnętrzny w Funduszu	244
VII.4. Sprawy sądowe	245
VII.5. Podejmowane przez Fundusz działania naprawcze	246
VIII. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących świadczeniodawców	246

W 2019 roku, zasady funkcjonowania, organizację oraz zadania Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ” lub „Funduszem”, były określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.¹), zwanej dalej „ustawą” lub „ustawą o świadczeniach” oraz statutu nadanego na podstawie przepisu art. 96 ust. 8 tej ustawy rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 1020 oraz 2338). Wewnętrzna organizacja Funduszu została szczegółowo określona w regulaminach organizacyjnych Centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Niniejsze sprawozdanie zostało przygotowane na podstawie przepisu art. 102 ust. 5 pkt 11 oraz art. 187 ust.1 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym 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 mogą się różnić 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.

¹ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2019 r. poz. 1394, 1590, 1694, 1726, 1818, 1905, 2020 i 2473 oraz z 2020 r. poz. 695 i 945.

I. Podstawy prawne działalności Funduszu

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

W 2019 roku ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych była nowelizowana następującymi aktami prawnymi:

- 1) ustawą z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. poz. 2192), którą wprowadzono do porządku prawnego Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, ukierunkowany na wsparcie społeczne. Przepisy art. 7 precyzują zasady przekazania środków Funduszu między dysponentem Funduszu (ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego) a innym właściwym ministrem lub Narodowym Funduszem Zdrowia, który będzie realizował rządowy program wsparcia osób niepełnosprawnych w zakresie określonym w tym programie, w ramach swoich kompetencji. Ustawa weszła w życie z dniem 11 stycznia 2019 r.;
- 2) ustawą z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2429), którą dokonano zmian dziesięciu ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, w tym przede wszystkim ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845, z późn. zm.), w następującym przedmiocie: skierowań w postaci elektronicznej, tzw. e-skierowań oraz modyfikacji rozwiązań dotyczących list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Ustawa weszła w życie 11 stycznia 2019 r.
- 3) ustawą z dnia 31 stycznia 2019 r. o rodzicielskim świadczeniu uzupełniającym (Dz. U. poz. 303), którą wprowadzone zostały przepisy mające na celu zapewnienie środków utrzymania osobom, które zrezygnowały z zatrudnienia lub go nie podjęły ze względu na wychowywanie dzieci w rodzinach wielodzietnych. Ustawa weszła w życie z dniem 1 marca 2019 r.;
- 4) ustawą z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie ustawy o dowodach osobistych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 60), którą wprowadzone zostały przepisy mające na celu zapewnienie każdemu obywatelowi bezpiecznego narzędzia do komunikacji elektronicznej z administracją, służbą zdrowia i podmiotami komercyjnymi. Ustawa weszła w życie z dniem 4 marca 2019 r.;
- 5) ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o Agencji Badań Medycznych (Dz. U. poz. 447), która określa zadania i uprawnienia Agencji Badań Medycznych powołanej w celu zapewnienia instytucjonalnego wsparcia dla finansowania analiz oraz badań

naukowych w ochronie zdrowia. Agencja w celu prowadzenia ww. badań będzie miała również dostęp do danych gromadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, jak również do innych baz danych dotyczących świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, rejestrów medycznych oraz dokumentacji medycznej; Ustawa weszła w życie z dniem 22 marca 2019 r.;

- 6) ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z zapewnieniem stosowania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. U. poz. 730), którą wprowadzono możliwość wdrożenia dodatkowych regulacji w odniesieniu do przetwarzania danych osobowych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w związku z wejściem w życie RODO. Ustawa weszła w życie z dniem 4 maja 2019 r.;
- 7) ustawą z dnia 15 marca 2019 r. o zmianie ustawy o kombatanach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 752), którą wprowadzono zmiany, dzięki którym represjonowani politycznie żołnierze zastępczej służby wojskowej nabyli prawo do pierwszeństwa w korzystaniu ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz prawo do uzyskania świadczenia specjalistycznego bez konieczności posiadania skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Z powyższym związana była konieczność wprowadzenia do słowniczka ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych definicji pojęcia żołnierza zastępczej służby wojskowej. Ustawa weszła w życie w dniu 10 maja 2019 r.;
- 8) ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 399), którą wprowadzono zmiany dotyczące kontroli realizowanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w zakresie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, realizacji recept i kontroli aptek w tym zakresie. Ustawa weszła w życie w dniu 1 czerwca 2019 r.;
- 9) ustawą z dnia 4 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1394), którą dodano ust. 3a w art. 83 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Celem zmiany było zakwalifikowanie przychodów z pracy oraz z umów zlecenia, do których ma zastosowanie zwolnienie, o którym mowa w art. 21 ust. 1 pkt 148 ustawy PIT, stanowiły – w zakresie obecnie obowiązującym – jako podstawy wymiaru składek na ubezpieczenie zdrowotne (podobnie jak stanowią podstawę wymiaru składek na ubezpieczenia społeczne). Ustawa weszła w życie w dniu 1 sierpnia 2019 r.;

10) ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. poz. 1590), którą wprowadzono rozwiązania dotyczące:

- ułatwień w obszarze wystawiania recept oraz określania poziomu refundacji produktów leczniczych i wyrobów medycznych;
- możliwości upoważniania asystentów medycznych przez pracowników medycznych do wystawiania w ich imieniu e-recept i e-skierowań;
- wprowadzenia nowych funkcjonalności Internetowego Konta Pacjenta oraz wygaszania Zintegrowanego Informatora Pacjenta, zwanego dalej „ZIP”;
- rozszerzenia zakresu stosowania publicznej aplikacji mobilnej na systemy teleinformatyczne;
- rozszerzenia katalogu osób uprawnionych do wystawiania recept w ramach programu „Leki 75+”;
- udostępniania elektronicznej dokumentacji medycznej oraz danych przetwarzanych w rejestrach medycznych;
- rozszerzenia katalogu podmiotów pełniących funkcję punktów potwierdzających profil zaufany o Narodowy Fundusz Zdrowia, który będzie mógł nadać uprawnienia do potwierdzania profilu świadczeniodawcom udzielającym świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, zwanej dalej „POZ”;
- zrealizowania wymogów w związku z zamiarem rozpoczęcia prowadzenia transgranicznej obsługi recept wewnątrz Unii Europejskiej przez wprowadzenie recept transgranicznych w postaci elektronicznej.

Ustawa weszła w życie w dniu 7 września 2019 r.;

11) ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy - Kodeks postępowania karnego oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1694), którą rozszerzono zakres zastosowania instytucji pełnomocnika pocztowego na uczestników postępowania, którzy ze względu na stan zdrowia nie mają możliwości lub w znacznym stopniu mają utrudnione osobiste odebranie pisma w placówce pocztowej. Stwierdzenie, że stan zdrowia osoby, która udzieliła pełnomocnictwa pocztowego do odbioru przesyłek pocztowych w placówce pocztowej, uniemożliwia lub w znacznym stopniu utrudnia osobiste odebranie pisma pozostawionego w placówce pocztowej, ma następować na podstawie zaświadczenia lekarza wystawionego, na czas określony albo bezterminowo (w zależności od stanu zdrowia tej osoby), na wniosek osoby upoważnionej na podstawie tego pełnomocnictwa. Ustawa weszła w życie w dniu 5 października 2019 r.;

12) ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie ustawy o weteranach działań poza granicami państwa oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1726), którą wprowadzono możliwość dofinansowywania z budżetu państwa kosztów gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczenia te dofinansowywane są z części, której dysponentami są odpowiednio Minister Obrony Narodowej, minister właściwy do spraw wewnętrznych, Szef Agencji Bezpieczeństwa Wewnętrznego albo Szef Agencji

Wywiadu, w części, w której świadczenia te nie są finansowane przez NFZ (dofinansowanie kosztów powyżej limitu NFZ). Ustawa weszła w życie w dniu 11 października 2019 r.;

- 13) ustawą z dnia 11 września 2019 r. o zmianie ustawy - Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1905), którą ujednolicono nazewnictwo w zakresie numerów nadawanych produktom leczniczym, zastępując oznaczenie „kod EAN” „numerem GTIN” zgodnym z systemem GS1. Numer GTIN to Globalny Numer Jednostki Handlowej służący do identyfikacji dowolnej jednostki (produktu lub usługi), która może być wyceniana, zamawiana lub fakturowana w celach handlowych pomiędzy uczestnikami w dowolnym punkcie łańcucha dostaw. Ustawa weszła w życie z dniem 23 października 2019 r.;
- 14) ustawą z dnia 20 grudnia 2019 r. o zmianie ustawy o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2473), którą rozszerzono zakres zadań i nadano Solidarnościowemu Funduszowi Wsparcia Osób Niepełnosprawnych nową nazwę – Fundusz Solidarnościowy. Zmiana w zakresie nazewnictwa Funduszu oraz tytułu ustawy spowodowały konieczność wprowadzenia zmian w innych aktach ustawach. Ustawa weszła w życie z dniem 22 grudnia 2019 r.;
- 15) ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o realizowaniu usług społecznych przez centrum usług społecznych (Dz. U. poz. 1818), którą wprowadzono możliwość tworzenia centrów usług społecznych w celu zaspokajania przez gminę potrzeb wspólnoty samorządowej w zakresie określonych usług społecznych oraz koordynacji tych usług na poziomie lokalnym. Możliwość przekształcenia ośrodka pomocy społecznej w centrum usług społecznych spowodowały konieczność wprowadzenia zmian w innych ustawach. Ustawa weszła w życie w dniu 1 stycznia 2020 r.;

Ponadto, w 2019 r. ogłoszony został tekst jednolity ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373).

W 2019 r. Regulamin organizacyjny Centrali, wprowadzony zarządzeniem nr 15/2015/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 marca 2015 r., został zmieniony zarządzeniami: nr 18/2019/GPF z dnia 14 lutego 2019 r.; nr 25/2019/GPF z dnia 1 marca 2019 r.; nr 56/2019/GPF z dnia 4 czerwca 2019 r.

Zarządzenie nr 15/2015/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 marca 2015 r. zostało uchylone zarządzeniem nr 67/2019/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2019 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

Regulamin organizacyjny Centrali wprowadzony zarządzeniem nr 67/2019/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 czerwca 2019 r., został zmieniony zarządzeniami: nr 95/2019/GPF z dnia 22 lipca 2019 r.; nr 101/2019/GPF z dnia 2 sierpnia 2019 r.; nr 107/2019/GPF z dnia 6 sierpnia 2019 r.; nr 111/2019/GPF z dnia 16 sierpnia 2019 r.; nr 144/2019/GPF z dnia 17 października 2019 r.; nr 147/2019/GPF z dnia 25 października 2019 r.; nr 170/2019/GPF z dnia 5 grudnia 2019 r.

II. Strategia

Strategia Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 została przyjęta przez Radę Narodowego Funduszu Zdrowia Uchwałą nr 7/2019/III, z dnia 28 marca 2019 r. Dokument poświęcony jest koncepcji zmian, jakie będą zachodziły w Funduszu w najbliższych latach.

Głównym celem „Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023” jest osiągnięcie przez NFZ statusu innowacyjnej instytucji zaufania społecznego. Realizacja tego celu jest możliwa poprzez zapewnienie sprawnej, przyjaznej i rzetelnej obsługi klientów.

W 2019 r. podejmowane były przede wszystkim przedsięwzięcia ukierunkowane na dalsze doskonalenie i podnoszenie jakości usług świadczonych dla klientów NFZ. Przejawem tych działań jest rozszerzenie usług elektronicznych poprzez wdrożenie w salach obsługi OW NFZ stanowisk ds. potwierdzania Profilu Zaufanego ePUAP. Przedłużenie ważności karty EKUZ z roku do 3 lat również usprawniano obsługę klientów i ograniczyło kolejki tuż przed sezonem wakacyjnym, a także zwiększyło możliwość wydania kart EKUZ i ich popularyzację oraz świadomość pacjentów o możliwościach związanych z posiadaniem karty EKUZ. Systematycznie usprawniano obsługę klientów w kontakcie bezpośrednim poprzez m. in.: utworzenie stacjonarnych i mobilnych kiosków profilaktycznych, w których udzielano informacji o dostępnych programach i akcjach profilaktycznych, porad dietetycznych, przekazywano dane teleadresowe i docelowo umawiano na wizytę lekarską. Natomiast w celu stworzenia przyjaznych i ujednoliconych warunków otoczenia wdrożono standardy organizacji Sali obsługi klientów w Narodowym Funduszu Zdrowia.

Realizując cel „Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej” wzmocniono finansowanie badań diagnostyki obrazowej (rezonans magnetyczny i tomografia komputerowa), zabiegów endoprotezoplastyki oraz zabiegów usunięcia zaćmy. Wprowadzono również zmiany w modelu finansowania świadczeń usunięcia zaćmy promujące realizację w trybie jednodniowym. Były to działania, które wpłynęły na zwiększenie dostępności i skrócenie czasu oczekiwania na świadczenie.

Równolegle Fundusz prowadził przedsięwzięcia dążące do realizacji kolejnego celu określonego w „Strategii” jakim jest „Upowszechnienie wiedzy o zdrowiu i publicznym systemie opieki zdrowotnej”. Były to działania polegające na stworzeniu rozwiązań poprawiających jakość i dostępność danych publicznych oraz możliwość ich dalszego wykorzystania. W ramach realizacji celu uruchomiono czynną 24/7 Telefoniczną Informację Pacjenta, zapewniając pacjentom szeroką informację. TIP zastąpił dotychczas funkcjonujące infolinie OW i Centrali NFZ, które działały w rozproszeniu i w różnych godzinach. Narodowy Fundusz Zdrowia prowadził również ogólnopolską kampanię edukacyjno-informacyjną „Nie cukrz”, której celem było uświadomienie, jak wiele cukru spożywamy i jak to wpływa na nasze życie. Zorganizowano również otwarte dni w oddziałach wojewódzkich i delegaturach pt. „Tydzień karmienia piersią”, „Zdrowe środy”, „Środy z profilaktyką”, a także w ramach akcji Światowy dzień spirometrii „Liczy się każdy oddech”.

Zgodnie z obranym w „Strategii” celem „Wspieranie świadczeniodawców w budowie mikroekonomicznej efektywności” Narodowy Fundusz Zdrowia uruchomił stronę zdrowedane.gov.pl dedykowaną do udostępniania informacji w postaci zestawień, analiz,

infografik, raportów. Stworzenie strony ma wpływ na budowanie wizerunku NFZ jako eksperta w dziedzinie analizy danych i prowadzenia polityki w oparciu o dane, skoordynowanie inicjatyw w zakresie analizy danych, budowanie świadomości o systemie ochrony zdrowia wśród organizacji, pacjentów i pozostałych interesariuszy. W ramach realizacji celu wypracowano również kodeks dobrych praktyk zarządczych w szpitalach. Zmiany w zarządzaniu placówkami medycznymi zwiększają zaufanie pacjentów, skracają czas hospitalizacji i przynoszą oszczędności.

Realizując cel „Poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej” wprowadzono zmiany finansowania świadczeń w części katalogu JGP poświęconej zakresowi okulistyka dziecięca, polegające na przeniesieniu świadczeń dziecięcych do sekcji PZ - choroby dzieci - leczenie zabiegowe. Wprowadzona zmiana przyczyniła się do znacznego skrócenia czasu hospitalizacji oraz oszczędności. W ramach realizacji celu podjęto działania związane z utworzeniem scentralizowanego korpusu kontrolerów wyposażonego w kompetencje i narzędzia do prowadzenia sprawnej i skutecznej kontroli. Stworzenie Korpusu Kontrolerskiego przyczyni się do sprawniejszej i skuteczniejszej kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej a to w dalszej kolejności spowoduje bardziej efektywne wydatkowanie środków publicznych, a w konsekwencji poprawę dostępności do świadczeń oraz poprawę ich jakości. W ramach prac związanych ze zmianami w obszarze świadczeń dedykowanych dzieciom został usunięty mechanizm redukcji wartości danej JGP dla hospitalizacji trwających poniżej 3 dni, co jak wynika z analiz prowadzonych w procesie monitorowania efektów wprowadzanych zmian przyczyniło się do znaczącego skrócenia czasu hospitalizacji.

Zgodnie z obranym w „Strategii” celem „Optymalizacja procesów wewnętrznych” uruchomiono Internetowy system do zarządzania rekrutacją online. Opracowano również założenia i wdrożono narzędzie informatyczne pozwalające na zgłoszenie niezgodności w danych osobowych za pomocą web service zidentyfikowanych w rejestrze PESEL. Z uwagi na dużą liczbę zidentyfikowanych niezgodności, rozwiązanie to usprawni pracę i pozwoli na zoptymalizowanie czasu i kosztów instytucji. W ramach działań prowadzących do realizacji celu opracowano Metodykę zarządzania procesowego w NFZ, procedurę „Tworzenie i aktualizacja procedur” oraz podręcznik obsługi narzędzia ARIS a także przeszkolono 110 osób z obsługi tego narzędzia. Wdrożenie zarządzania procesowego w NFZ pozwoli na wystandaryzowanie i optymalizowanie realizowanych procesów i w konsekwencji zmniejszy zróżnicowanie przebiegów, mierzonych średnim odchyleniem standardowych miar procesowych (sprawność, jakość, wydajność).

W ramach realizacji celu „Usprawnienie organizacji, zapewniające skuteczną realizację zadań” przeprowadzono Badanie satysfakcji pracowników, efektem którego będzie wprowadzenie optymalnych programów poprawiających sprawność realizacji zadań, co powinno skutkować poprawą zadowolenia pracowników z warunków pracy oraz zwiększeniem motywacji i zaangażowania do wykonywania obowiązków. Wdrożono również jednolity system EZD RP poprzez połączenie EZD PUW z systemem eDOK, stanowiący narzędzie IT wspierające podstawy funkcjonowania polskiej administracji publicznej. Efektem wdrożenia EZD w NFZ jest funkcjonujący w całej organizacji jednolity system kancelaryjny elektronicznego zarządzania dokumentacją co przekłada się na płynny przepływ dokumentów w oddziałach,

między oddziałami oraz między oddziałami a Centralą i znacząco przyspiesza realizację spraw oraz wpływa na ograniczenie kosztów wysyłki korespondencji. W ramach realizacji ww. celu Fundusz pozyskał nową siedzibę dla Centrali NFZ poprzez najem powierzchni biurowej w nowoczesnym budynku biurowym. Głównym celem projektu była poprawa warunków pracy pracowników Centrali NFZ oraz ograniczenie kosztów funkcjonowania Centrali w dwóch odrębnych budynkach, a także ujednoczenie warunków pracy i dostosowanie ich do potrzeb pracowników oraz sposobu funkcjonowania NFZ i jej komórek organizacyjnych.

Realizując cel jakim jest „Poprawa efektywności funkcjonowania NFZ” przeprowadzono analizę opłacalności przejścia na wynajem długoterminowy. W wyniku przeprowadzonej analizy zostało ogłoszone postępowanie o zamówienie publiczne na "Najem długoterminowy samochodów osobowych dla Centrali NFZ" oraz przygotowano wytyczne w tym zakresie dla oddziałów wojewódzkich. Utworzono również Centrum Usług Wspólnych w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia. Celem przedsięwzięcia jest scentralizowanie procesu udostępniania danych instytucjom upoważnionym do pozyskania danych osobowych oraz optymalizacja obciążenia pracą pracowników Centrali i OW NFZ.

Działania Funduszu na rzecz poprawy skuteczności i efektywności realizacji zadań są pozytywnie odbierane przez klientów NFZ. Z prowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) badań dotyczących oceny instytucji publicznych przez polskie społeczeństwo wynika, że systematycznie wzrasta liczba osób dobrze oceniających NFZ. Według najnowszych badań 43% respondentów ocenia „dobrze” działalność NFZ. Jest to o 12 punktów procentowych więcej w stosunku do badania z grudnia 2018 oraz jest to najlepszy wynik NFZ od początku badań prowadzonych przez CBOS.

III. 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.

III.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2019 roku

W zarządzeniu nr 173/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 grudnia 2019 r. w sprawie zmiany niektórych zarządzeń Prezesa NFZ w związku z dostosowaniem przepisów w zakresie stosowania ułatwień w obiegu dokumentacji, wprowadzono zmiany w załącznikach do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych rodzajach świadczeń, umożliwiające sygnowanie tych załączników w formie elektronicznej podpisem kwalifikowanym albo w formie papierowej: pieczęcią/nadrukiem/naklejką świadczeniodawcy - zawierającą nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem.

Rozwiązania wprowadzone niniejszym zarządzeniem mają na celu uproszczenie i informatyzację obiegu dokumentów pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami, a także pozwolą niewątpliwie zmniejszyć koszty świadczeniodawców związane z przekazywaniem przedmiotowych załączników w sposób tradycyjny tj. w postaci papierowego wydruku (koszt wydruku, papier, przechowywanie).

III.1.1. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

Umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ), za wyjątkiem umów w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, są umowami przystąpienia, zawieranymi w trybie określonym przepisem art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach. Powyższe umowy zawiera się na czas nieoznaczony. Świadczenia są udzielane w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie, poradni lub przychodni oraz w formie porad z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych i systemów łączności), 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. Przedmiotem umów w podstawowej opiece zdrowotnej są świadczenia gwarantowane określone w odnośnych przepisach wydanych na podstawie art. 31d wspomnianej ustawy. 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 grupach wiekowych: do 6 r.ż., 40-65 r.ż., 66-75 r.ż. dokonano wzrostu finansowania świadczeń lekarza POZ m.in. celem sfinansowania pochodnych od wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek praktyki lekarza POZ. W związku z poprawą jakości i dostępności do świadczeń lekarza POZ uregulowano rozłożenie w czasie wzrostu bazowej stawki kapitacyjnej w zakresie lekarza POZ. W wyniku wejścia w życie §1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dokonano wzrostu stawki kapitacyjnej, którą stosuje się do pielęgniarek POZ, położnych POZ oraz pielęgniarek szkolnych.

Ponadto, wprowadzono od 1 września 2019 roku motywacyjny system finansowania związany z wystawianiem recept w formie elektronicznej oraz premiujących świadczeniodawców, którzy uzyskali certyfikaty akredytacyjne po audycie dokonywanym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w zakresie jakości udzielania świadczeń.

III.1.2. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)

W ramach AOS w 2019 r. wprowadzono liczne rozwiązania mające na celu zwiększenie roli trybu ambulatoryjnego w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej. Wdrożone zostały liczne mechanizmy prowadzące do skracania list oczekujących do ambulatoryjnej diagnostyki

i leczenia w celu zastępowania hospitalizacji diagnostycznych, nie wynikających ze stanu klinicznego pacjenta. W roku 2019 zrealizowano m.in. następujące działania:

- wprowadzono mechanizm bezlimitowego rozliczania i finansowania świadczeń: tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (RM). Przepisy zarządzenia Prezesa NFZ miały zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 kwietnia 2019 r.;
- wprowadzono współczynnik korygujący 1,05 przy rozliczaniu świadczeń rezonansu magnetycznego (RM) przez tych świadczeniodawców, którzy dzięki podjętym działaniom zwiększyli istotnie dostępność do wskazanych badań, poprzez skrócenie co najmniej o 20% czasu oczekiwania na ich wykonanie, skreślili z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia o co najmniej 5% więcej osób niż w poprzedzającym okresie sprawozdawczym oraz zrealizowali w okresie sprawozdawczym, bezpośrednio poprzedzającym dany okres sprawozdawczy, co najmniej 400 badań RM w danej pracowni. Przepisy stosownego zarządzenia miały zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2019 r. Celem była aktywizacja świadczeniodawców do podejmowania działań prowadzących do wykonywania większej liczby badań i poprawy dostępności, która jest niezbędna z uwagi na dużą liczbę chorych oczekujących. Stworzyło to także możliwość racjonalizacji wydatkowania środków finansowych, poprzez unikanie zbędnych hospitalizacji diagnostycznych, których celem jest wyłącznie wykonanie tych badań;
- dokonano podwyższenia wyceny punktowej świadczeń w związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Modyfikacja wyceny obowiązuje dla świadczeń udzielanych od dnia 1 lipca 2019 r.

Ponadto, dla świadczeń udzielanych od dnia 1 października 2019 r.:

- wprowadzony został nowy tzw. zakres skojarzony pn. „ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych (AON)”. Rozliczanie świadczeń w ramach AON stosowane jest w poradniach specjalistycznych: ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dorosłych i dzieci, chirurgii dziecięcej oraz okulistyki dla dorosłych i dzieci. Wprowadzony zakres świadczeń, rozliczany z wykorzystaniem współczynnika 1,6 w określonym przedziale czasu, pozwala uzyskać pacjentom łatwiejszy dostęp do świadczeń ambulatoryjnych realizowanych na rzecz chorych z urazami i po urazach oraz z powodu nagłych schorzeń okulistyki, a także ograniczy liczbę osób zgłaszających się do SOR/IP z powodu powszechnych urazów i dolegliwości narządu wzroku;
- podniesiono wartość dwóch współczynników korygujących w poradniach specjalistycznych na rzecz dzieci w wieku 0-3 r.ż. (od urodzenia do ukończenia 3 r.ż.) oraz 4-18 r. ż. odpowiednio z 1,5 do 1,6 oraz z 1,2 do 1,3. Zmiana miała na celu dalsze premiowanie podmiotów leczniczych, które udzielają świadczeń dla najmłodszych pacjentów kompleksowo i na najwyższym poziomie;
- podniesiono wartość współczynnika korygującego przy rozliczaniu porad pierwszorazowych udzielanych świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia

wykonywanych w poradniach specjalistycznych następujących specjalności: alergologia, endokrynologia, kardiologia i neurologia z 1,4 do 1,6. Celem powyższych działań było znaczące zwiększenie liczby szybko przyjmowanych i diagnozowanych w trybie ambulatoryjnym chorych, co z kolei powinno skrócić czas oczekiwania na poradę, a także zrationalizować wydatkowanie publicznych środków, w tych specjalnościach;

- dokonano zmiany wyceny pakietów onkologicznych zgodnie z taryfą zawartą w Obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. W związku ze zmienioną wyceną pakietów, wydzielone zostały procedury diagnostyczne (m.in. badanie PET) z wyodrębnioną wyceną, do rozliczania na zasadach do sumowania. Tym samym wyłączone zostały one z rozliczania w ramach pakietów diagnostycznych onkologicznych.

Ponadto, w 2019 roku w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej kontynuowano realizację i finansowanie następujących profilaktycznych programów zdrowotnych:

- pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego (etap podstawowy programu profilaktyki raka szyjki macicy) podnosząc wycenę do 20 pkt od 1 lipca 2019 r.;
- program wczesnej diagnostyki i leczenia jaskry (badanie przesiewowe w kierunku wczesnego rozpoznania jaskry) podnosząc wycenę do 38 pkt od 1 lipca 2019 r.

Wskazane powyżej zmiany sposobu rozliczania świadczeń wdrożone zostały w ramach następujących zarządzeń Prezesa NFZ:

1. Zarządzenie nr 37/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Wdrożono nim rozwiązania umożliwiające skrócenie czasu oczekiwania na wykonanie tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (RM) poprzez wprowadzenie bezlimitowego rozliczania i finansowania tych świadczeń.
2. Zarządzenie nr 88/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Wprowadzono nim - od dnia 1 lipca 2019 r. - zmiany polegające na podwyższeniu wyceny punktowej świadczeń w związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej.
3. Zarządzenie nr 91/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 lipca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Wprowadzono nim zmiany polegają na wdrożeniu współczynnika korygującego 1,05 przy rozliczaniu świadczeń rezonansu magnetycznego (RM) przez tych świadczeniodawców, którzy dzięki podjętym działaniom zwiększyli istotnie dostępność, poprzez skrócenie co najmniej o 20% czasu oczekiwania na ich wykonanie, skreślili z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia o co najmniej 5% więcej osób niż

w poprzedzającym okresie sprawozdawczym oraz zrealizowali w okresie sprawozdawczym, bezpośrednio poprzedzającym dany okres sprawozdawczy, co najmniej 400 badań w danej pracowni. Dodatkowo doprecyzowano definicję świadczeń ASDK (ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne) wskazując, że obejmują one wykonanie badania wraz z wydaniem wyniku. Uwzględniając uwagi dodano przepis regulujący, że lekarze mogą udzielać świadczeń w zakresie badania tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (RM) także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, z zachowaniem wymogów określonych w przepisach powszechnie obowiązujących: w tym w szczególności z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z późn. zm., art. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2019 r. poz. 537), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 834) oraz przepisów ustawy - Prawo atomowe i przepisów aktów wykonawczych wydanych na jej podstawie.

4. Zarządzenie nr 132/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 października 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. W związku z faktem zgłaszania się na SOR wielu pacjentów z powszechnymi dolegliwościami narządu wzroku lub z urazami narządu ruchu, wprowadzono do rozliczania nowy zakres skojarzony: ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych (AON). W jego ramach rozliczane są świadczenia zrealizowane na rzecz chorych z rozpoznaniem, które wskazane zostały przez ekspertów, jako możliwe do realizacji w ambulatoryjnym trybie nagłym. Są one rozliczane z zastosowaniem współczynnika 1,6 stosowanego w określonym przedziale czasu: w odniesieniu do świadczeń okulistycznych 14 dni, w odniesieniu do świadczeń ortopedycznych 60 dni od rozpoznania. Dodatkowo, przy rozliczaniu świadczeń dla dzieci, podniesiono współczynniki korygujące do poziomu: 1,6 w odniesieniu do świadczeń dla dzieci do 3 r.ż., do poziomu 1,3 dla dzieci od 4 do 18 r.ż., oraz do wysokości 1,6 dla świadczeń pierwszorazowych realizowanych na rzecz osób powyżej 18 r. ż w wybranych specjalnościach: alergologia, endokrynologia, kardiologia i neurologia. Ponadto, wprowadzono zmienioną wycenę pakietów onkologicznych zgodnie z taryfą zawartą w Obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 5 czerwca 2019r., utrzymując dotychczasową wycenę pakietów diagnostycznych dla dzieci, na dotychczasowym poziomie. W związku ze zmienioną wyceną pakietów, dodane zostały procedury diagnostyczne (m.in. badanie PET) z wyodrębnioną wyceną, do dodatkowego rozliczania.
5. Zarządzenie nr 182/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna. Zmiany wprowadzone tym zarządzeniem zdefiniowały zmiany w udzielaniu świadczeń na 2020 rok i następny polegające na:

- zmianie sposobu rozliczania świadczeń diagnostycznych w zakresie endokrynologii związanych z diagnostyką chorób tarczycy. Polegają one na wprowadzeniu Katalogu diagnostycznych pakietów specjalistycznych, który zawiera produkt pod nazwą pakiet specjalistyczny – tarczyca. Obejmuje on ryczałtowe finansowanie pakietu badań, który zakończony powinien być postawieniem diagnozy, ustaleniem terapii oraz określeniem możliwości przejęcia opieki przez lekarza POZ;
- wprowadzeniu przepisów obejmujących zasady rozliczania porad pielęgniarskich i położnej, realizowanych w niektórych zakresach AOS. Zmiany w tym zakresie stanowią wprowadzenie w życie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 września 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Na podstawie przepisów niniejszego zarządzenia wydzielony został zakres skojarzony: ambulatoryjna opieka pielęgniarska lub położnej (AOP), który stosuje się do zakresów wskazanych w rozporządzeniu AOS: chirurgii ogólnej, ginekologii i położnictwa, kardiologii i diabetologii. Świadczenia w tym zakresie rozliczane są w oparciu o grupy świadczeń oznaczone kodami: PPW i PZ, które stanowią pochodną obowiązujących w AOS grup świadczeń specjalistycznych, zawartych w załączniku nr 5a do zarządzenia, po dostosowaniu ich do specyfiki nowych świadczeń.

Ponadto:

- wprowadzono, zgodnie z nowelizacją rozporządzenia AOS, do rozliczania świadczeń w poradni chirurgicznej porady zabiegowe związane z nacięciem ropnia,
- przywrócono możliwość rozliczania wlewu do pęcherza moczowego szczepionki BCG w ramach grupy Z107 o wartości 366 pkt. Mieści się w niej koszt najczęściej stosowanej szczepionki BCG. Jednocześnie, z uwagi na fakt, że okresowo pojawiają się trudności w dostępie do tej szczepionki wprowadzona została możliwość rozliczania samego wlewu BCG do pęcherza, w ramach grupy Z102, z możliwością dosumowania kosztu preparatu leczniczego na podstawie faktury. Pozwoli to zabezpieczyć, w różnych sytuacjach rynkowych, ciągłość leczenia chorych z nowotworem pęcherza,
- wprowadzono, przy rozliczaniu świadczeń DiLO możliwość dosumowania, badania PET do pakietu diagnostyki wstępnej lub pogłębionej przy diagnozowaniu nowotworu płuca, w miejsce obowiązującego wcześniej dosumowywania do pakietu diagnostyki pogłębionej. Stanowi to uwzględnienie wniosku onkologów i spójne jest z rozporządzeniem AOS, w części określającej wskazania do PET.

III.1.3. Profilaktyczne programy zdrowotne

W 2019 roku Narodowy Fundusz Zdrowia kontynuował finansowanie następujących programów profilaktycznych:

1. Program profilaktyki raka piersi obejmujący przesiewowe badania mammograficzne kobiet w wieku 50-69 lat. W przypadku nieprawidłowego wyniku mammografii w ramach programu zapewniona jest dalsza diagnostyka: mammografia uzupełniająca lub USG

i biopsja zmiany z badaniem histopatologicznym. Finansowany jest w ramach programów profilaktycznych zgodnie z rzeczywistym wykonaniem.

2. Program profilaktyki raka szyjki macicy obejmujący przesiewowe badania cytologiczne kobiet w wieku 25-59 lat. W przypadku nieprawidłowego wyniku cytologii w ramach programu zapewniona jest dalsza diagnostyka: kolposkopia lub kolposkopia z biopsją i badaniem histopatologicznym. Pobranie materiału do badania finansowane jest w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej, pozostałe etapy programu finansowane są w ramach programów profilaktycznych. Świadczenia we wszystkich etapach finansowane są zgodnie z rzeczywistym wykonaniem.
3. Program badań prenatalnych, który skierowany jest do kobiet w ciąży spełniających co najmniej jedno z następujących kryteriów: wiek matki od 35 lat, wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka, stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka, stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową, stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji chromosomowej lub wady płodu. Obejmuje badania biochemiczne, USG tzw. „genetyczne”, obliczenie ryzyka wystąpienia chorób u płodu, a w uzasadnionych przypadkach badanie genetyczne materiału płodowego i poradę genetyczną. Finansowany jest w ramach programów profilaktycznych.
4. Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc - POChP) obejmujący edukację antynikotynową, spirometrię w uzasadnionych przypadkach, edukację oraz terapię antynikotynową. Finansowany jest w ramach programów profilaktycznych.

Dla świadczeń realizowanych od 1 lipca 2019 r., zarządzeniem Nr 86/2019/DSOZ, podwyższono wycenę świadczeń finansowanych w ramach programów profilaktycznych o 5%. Ponadto, wycenę procedur: „kolposkopia” oraz „kolposkopia z celowanym pobraniem wycinków i badaniem histopatologicznym” w ramach etapu pogłębionej diagnostyki programu profilaktyki raka szyjki macicy podniesiono do poziomu finansowania analogicznych procedur w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

III.1.4. Leczenie szpitalne (LSZ)

1. Zarządzenie nr 38/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:
 - kontynuując działania Narodowego Funduszu Zdrowia prowadzące do zwiększenia dostępności i skrócenia czasu oczekiwania do zabiegów usunięcia zaćmy umożliwiono na wnioski świadczeniodawcy ciekwartalne zwiększanie kwoty zobowiązania w umowie o udzielanie świadczeń do kwoty zgodnej z wartością zrealizowanych świadczeń oraz wprowadzono mechanizm finansowy promujący wykonywanie zabiegów zaćm w ciągu jednego dnia;

- dodatkowo, w celu promowania efektywnej organizacji udzielania świadczeń ograniczające bezzasadne przedłużanie hospitalizacji, wprowadzono zmiany w modelu finansowania świadczeń rozliczanych grupami B18G i B19G polegające na korygowaniu rozliczenia ww. JGP współczynnikiem 0,9 w sytuacji kiedy czas hospitalizacji przekroczy jeden dzień, u świadczeniodawców, u których udział hospitalizacji jednodniowych związanych z zabiegiem usunięcia zaćmy jest mniejszy niż 80%;
- kontynuując wcześniejsze działania prowadzące do wydzielenia odrębnych JGP do rozliczania świadczeń udzielanych dzieciom, poszerzono sekcję PZ w załączniku 1a do zarządzenia o JGP dotyczące rozliczania zabiegów okulistycznych u dzieci;
- umożliwiono rozliczanie nowych świadczeń gwarantowanych: neuromodulacja krzyżowa, keratoprotezowanie rogówki, angioplastyka wieńcowa z użyciem balonu uwalniającym lek, wszczepienie/ wymiana całkowicie podskórnego kardiowertera-defibrylatora;
- poszerzono zakres zabiegów operacyjnych wykonywanych u noworodka możliwych do rozliczenia - zabieg chirurgiczny u noworodka z załącznika 1c do zarządzenia o zabiegach usunięcia zaćmy;
- w celu pozyskania wiarygodnej sprawozdawczości dotyczącej zabiegów wykonywanych metodą laparoskopową lub endoskopową, która umożliwi prowadzenie efektywnych analiz prowadzących do ewentualnego zróżnicowania wycen zabiegów wykonywanych przedmiotowymi metodami i metodami tradycyjnymi, wprowadzono obowiązek sprawozdawania procedury medycznej: 00.94 Zabieg wykonany techniką endoskopową / laparoskopową w sytuacji realizacji świadczenia zabiegowego (zabieg diagnostyczny lub leczniczy) z wykorzystaniem endoskopu/laparoskopu;
- w związku z opublikowaniem taryfy przez AOTMiT dotyczącej chemioterapii dootrzewnowej w hipertermii (HIPEC), wprowadzono odpowiedni produkt rozliczeniowy do katalogu 1b, obejmujący koszt zabiegu, zestawu do chemioterapii dootrzewnowej, cytostatyku oraz hospitalizacji.
- w związku z narastającymi kosztami udzielania świadczeń, a w szczególności zwiększającymi się kosztami wynagrodzeń personelu, zwiększono wartości punktowe grup JGP dedykowanych dla zakresów: chirurgia ogólna i choroby wewnętrzne o 6%, za wyjątkiem grup: F72 operacje przepuklin jamy brzusznej z wszczepem, F73 operacje przepuklin brzusznych, F83 wycięcie wyrostka robaczkowego, F93 średnie zabiegi odbytu, G25E wycięcie pęcherzyka żółciowego > 65 r.ż., G25F wycięcie pęcherzyka żółciowego < 66 r.ż., H83 średnie zabiegi na tkankach miękkich, J34 leczenie chirurgiczne zmian troficznych stopy, Q22 zakrzepowe zapalenie żył - leczenie operacyjne, Q23 operacje żyłaków z safenektomią, Q24 operacje żyłaków bez safenektomii, JGP dla których taryfa została określona przez AOTMiT, A32E choroby mięśni > 65 r.ż., D10E dychawica oskrzelowa > 65 r.ż., D37E inne choroby układu oddechowego > 65 r.ż., E74E wrodzone wady serca > 65 r.ż., F16E choroby żołądka i dwunastnicy > 65 r.ż., F26E choroby jelita cienkiego (bez chorób zapalnych) > 65 r.ż., F43E średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej > 65 r.ż., F58E choroby zapalne jelit > 65 r.ż., F86E choroby wyrostka robaczkowego > 65 r.ż., F07E choroby przełyku > 65 r.ż., F47E choroby infekcyjne jelit >

65 r.ż., G26E choroby dróg żółciowych > 65 r.ż., H96CE układowe choroby tkanki łącznej > 65 r.ż., K28E wrodzone wady metaboliczne > 65 r.ż., L84E inne choroby nerek > 65 r.ż., S42E zatrucie średnie > 65 r.ż., S55E gorączka niejasnego pochodzenia > 65 r.ż., D46 POCHP i inne obturacyjne choroby płuc, L82 ostra niewydolność nerek, K39 stopa cukrzycowa, D47 zapalenie płuc z pw, D48 zapalenie płuc bez pw, dla których: lit. a-l wartość punktową pozostawiono na dotychczasowym poziomie; lit. m-cc wartość punktową zwiększono o 10%; lit. dd –hh wartość punktową zwiększono o 15%.

Przepisy zarządzenia weszły w życie z dniem 1 kwietnia 2019 r., z wyjątkiem załącznika nr 1aa, który wszedł w życie z mocą od dnia 1 stycznia 2019 r. i miał zastosowanie do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w okresie od 1 stycznia do 31 marca 2019 r.

2. Zarządzenie nr 77/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:

- w zakresie: Operacje wad serca i aorty piersiowej ≥ 18 lat utworzono nowe produkty rozliczeniowe: 5.54.01.0000078 wariant 6a - zabieg na sercu lub aorcie – tętniaki aorty z zastosowaniem wszczepialnych środków technicznych o łącznej wartości mniejszej od zastawki biologicznej aortalnej oraz 5.54.01.0000079 wariant 6b – zabieg na sercu lub aorcie – tętniaki aorty z zastosowaniem wszczepialnych środków technicznych o łącznej wartości większej od zastawki biologicznej aortalnej;
- w zakresie: Przezcewnikowa nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej zmieniono dotychczasowy sposób rozliczania (rozliczenie za zgodną płatnika na wartość punktową) oraz dodatkowo w katalogu produktów odrębnych utworzono nowe produkty dedykowane rozliczeniu hospitalizacji do świadczenia wysokospecjalistycznego: Hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego¹³ oraz Hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego¹³ z powikłaniami chorobami współistniejącymi lub ≥ 80 lat;
- jednocześnie wyłączono możliwość sumowania procedury Diagnostyczne cewnikowanie serca/ biopsja mięśnia sercowego < 18 r.ż. z produktami wariant 1 - przezskórny zabieg naprawczy bez użycia zestawów zamykających oraz ocena bezpośrednia efektu hemodynamicznego i anatomicznego oraz wariant 2 - zabieg zamknięcia wrodzonych ubytków przegrody międzyprzedsionkowej, wybranych ubytków międzykomorowych, dużych pozasercowych połączeń naczyniowych u pacjentów z wadami wrodzonymi serca przy użyciu zestawów zamykających;
- wprowadzono w życie obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 5 czerwca 2019 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenie szpitalne – przeszczepienie nerki lub nerki z trzustką identyfikowane produktami rozliczeniowymi: L94, PZL12, L97 oraz replantacja kończyny górnej H40 poprzez modyfikację wartości punktowej;
- w związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz w szczególności zwiększającymi się kosztami wynagrodzeń personelu, zmianie uległa

wycena punktowa produktów z katalogu grup (załącznik nr 1a do zarządzenia) oraz wycena produktów z katalogu produktów odrębnych (załącznik nr 1b do zarządzenia) związanych z leczeniem długoterminowym gruźlicy, mykobakterioz oraz gruźlicy wielolekoopornej rozliczanych w osobodniach, jak i świadczenia z zakresu transplantologii klinicznej (wzrost o 3%), wycena świadczeń toksykologicznych uległa zmianie o 10%;

- dodatkowo w katalogu grup dla grupy S23 Przeszczepienie allogenicznych komórek krwiotwórczych od dawcy alternatywnego umożliwiono sumowanie z produktem Koszt donacji komórek, tkanek lub narządów od dawcy (obywatela obcego kraju) na rzecz polskiego biorcy;
- dodano nowy produkt rozliczeniowy Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności w celu częściowej refundacji kosztów pobytu opiekuna w szpitalu. Produkt ten jest stosowany w przypadku sprawowania dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, o której mowa w art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. poz.1128);
- dodano załącznik nr 3d Katalog produktów dedykowanych dla wybranych JGP udzielanych świadczeniobiorcom poniżej 18 r. ż. (produkty objęte współczynnikiem korygującym);
- w katalogu produktów onkologicznych (załącznik nr 3b do zarządzenia) wprowadzono możliwość rozliczenia, we wszystkich zakresach, produktu Rozliczenie za zgodą płatnika w ramach pakietu onkologicznego oraz w zakresie położnictwo i ginekologia – II i III poziom referencyjny dodano produkty: Podstawowe badanie genetyczne w chorobach nowotworowych, Złożone badanie genetyczne w chorobach nowotworowych i Zaawansowane badanie genetyczne w chorobach nowotworowych.

Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 lipca 2019 r., z wyjątkiem §1: pkt 3, pkt 5 w zakresie dotyczącym lp. 135 załącznika nr 3 do niniejszego zarządzenia i pkt 11, które weszły w życie z dniem 3 lipca 2019 r.; pkt 7, który wszedł w życie z mocą od dnia 1 kwietnia 2019 r.

3. Zarządzenie nr 102/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:

- w załączniku nr 1b – katalog produktów odrębnych dodano nowy produkt rozliczeniowy - Okresowa kontrola z zaopatrzeniem w niezbędne produkty – do rozliczenia w sytuacji konieczności zastosowania u świadczeniobiorcy produktów stosowanych w leczeniu pęcherzowego oddzielania naskórka lub podejrzenia tej choroby (kodowanego rozpoznaniem ICD-10: Q81.9), produkt ten obejmuje: wizytę, zaplanowanie oraz wydanie zaopatrzenia w niezbędne produkty na okres do 6 miesięcy oraz koszty transportu;
- w załączniku nr 1c - katalog do sumowania utworzono nowy produkt rozliczeniowy - Produkty stosowane w leczeniu pęcherzowego oddzielania naskórka (lub podejrzenia tej choroby kodowanego rozpoznaniem Q81.9). – produkt ten obejmuje wyroby medyczne

stosowane w leczeniu pęcherzowego oddzielania naskórka (z rozpoznaniem ICD-10: Q81.1, Q81.2, Q81.8, Q81.9) wymienione w obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz obejmuje wyroby medyczne/ produkty lecznicze/ żywność specjalnego przeznaczenia medycznego, stosowane pomocniczo w leczeniu pęcherzowego oddzielania naskórka oraz koszty transportu ww. produktów do miejsca pobytu stałego lub czasowego wskazanego przez świadczeniobiorcę.

Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania. Przepisy zarządzenia zastosowano do świadczeń udzielanych od dnia 1 lipca 2019 r.

4. Zarządzenie nr 149/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 października 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyskospecjalistyczne. Wprowadzana zmiana miała na celu umożliwienie rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych w ramach pilotażu świadczeniodawcom objętych finansowaniem w zakresie leczenia szpitalnego poza umowami w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń, z wyłączeniem kosztów substancji czynnych, seansów radioterapii, składników krwi i jej pochodnych, żywienia dojelitowego i pozajelitowego. Koordynacja opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej została sfinansowana w oparciu o współczynniki korygujące na poziomie: 1,05 – dla ośrodka współpracującego I poziomu; 1,175 – dla ośrodka współpracującego II poziomu; 1,35 – dla wojewódzkiego ośrodka koordynującego (WOK) na terenie województwa dolnośląskiego; 1,30 – dla WOK na terenie województwa świętokrzyskiego; 1,30 – dla WOK na terenie województwa podlaskiego (Białostockie Centrum Onkologii), w zakresie nowotworów innych niż nowotwory płuca oraz 1,175 w zakresie nowotworów płuca; 1,35 – dla WOK na terenie województwa pomorskiego; 1,175 – dla współpracującego uniwersyteckiego ośrodka klinicznego na terenie województwa podlaskiego (Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku), w zakresie nowotworów innych niż nowotwory płuca oraz 1,30 w zakresie nowotwory płuca.

Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 listopada 2019 r.

5. Zarządzenie nr 164/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyskospecjalistyczne. Wprowadzana zmiana miała na celu zapewnienie dostępności do świadczeń dotychczas finansowanych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wyskospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz. U. poz. 1958), które utraciły charakter świadczeń wyskospecjalistycznych i od 1 października 2019 r. są świadczeniami finansowanymi przez NFZ w zakresie leczenia szpitalnego. Przedmiotem zmiany stały się następujące świadczenia: wideotorakoskopowa ablacja w ciężkim, niepoddającym się leczeniu farmakologicznemu migotaniu przedsionków; operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym u dorosłych; przezskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca; przezcewnikowa nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej

u chorych wysokiego ryzyka.

Zarządzenie weszło w życie z dniem następnym po dniu podpisania. Przepisy miały zastosowanie do świadczeń udzielanych od dnia 1 października 2019 r.

III.1.5. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

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 system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. 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, 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, obejmowała włączenie danego świadczeniodawcy do jednego z poziomów systemu zabezpieczenia oraz wskazanie profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów świadczeń, w ramach których będą udzielane 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 Narodowego Funduszu Zdrowia został zobowiązany do zawarcia ze świadczeniodawcami wymienionymi w wykazie, o którym mowa w art. 2 ust. 4, 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. 951 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, odbywało się w formie ryczałtowej. Wartość ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń

opieki zdrowotnej na I półroczu i II półroczu 2019 r., dla poszczególnych podmiotów, które zostały zakwalifikowane do systemu zabezpieczenia, oddziały wojewódzkie Funduszu ustaliły w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczału systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1783 z późn. zm.). 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 z późn. zm.).

III.1.6. Opieka kompleksowa

KOS – Zawał

1. Zarządzenie nr 80/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe (KOS-Zawał). Wprowadzono zmiany spójne ze zmianami wprowadzonymi w innych rodzajach świadczeń:
 - wyceny świadczeń wykonywanych w trybie hospitalizacji oraz wyceny świadczeń wykonywanych w trybie ambulatoryjnym wzrosły o 3%, natomiast wyceny świadczeń rehabilitacji kardiologicznej wzrosły o 5%;
 - w celu częściowej refundacji kosztów pobytu opiekuna w szpitalu, umożliwiono rozliczenie produktu - Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności - zgodnie z załącznikiem 1 c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne i na warunkach w nim określonych;
 - z zarządzenia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, zaimplementowano produkt rozliczeniowy: grupę E29 - Angioplastyka wieńcowa balonowa (DEB), przy jednoczesnym umożliwieniu rozliczania tej grupy z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,1.

Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 lipca 2019 r., z wyjątkiem §1 pkt 1 w zakresie §12 ust. 2 (dot. pobytu opiekuna), który wszedł w życie z dniem 3 lipca 2019 r.

2. Zarządzenie nr 166/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 listopada 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe (KOS-Zawał).

Wprowadzono rozwiązania umożliwiające czytelne oznaczanie podmiotu lub jego cech indywidualnych bez jednoczesnego nakładania na niego obowiązku stosowania pieczętki lub pieczęci jednostki. Przepisy zarządzenia stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia

1 stycznia 2020 r.

3. Zarządzenie nr 186/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe (KOS-Zawał). Symetrycznie do zmian wprowadzonych w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyskospecjalistyczne, do katalogu 1k dodano nową grupę E34G Wszczepienie lub wymiana całkowicie podskórnego kardiowertera – defibrylatora (S-ICD).

Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.

KON – Piers

1. Zarządzenie nr 128/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2019 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych (KON-Piers). W celu zapewnienia należytej jakości i efektywności świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom z nowotworami piersi, na podstawie analizy istniejących rozwiązań, we współpracy z ekspertami, wprowadzono model obejmujący:
 - diagnostykę wstępną i pogłębioną w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
 - leczenie chirurgiczne, leczenie radioterapią, leczenie brachyterapią, leczenie systemowe oraz chirurgię rekonstrukcyjną i plastyczną, w zakresie leczenia szpitalnego oraz w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
 - rehabilitację pooperacyjną, późny okres pooperacyjny i rehabilitację wtórną wyodrębnioną w zakresie rehabilitacji leczniczej;
 - monitorowanie, które uwzględnia ocenę skuteczności i bezpieczeństwa (toksyczności) leczenia zdefiniowanego w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
2. Zarządzenie nr 187/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 grudnia 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielenie onkologicznych świadczeń kompleksowych
 - w celu symetryzacji z zarządzeniem w rodzaju leczenie szpitalne, do katalogu nr 1on do zarządzenia dodano grupę J10 Biopsja mammotomiczna oraz wprowadzono wartości punktowe dla hospitalizacji < 3 dni dla typu umowy hospitalizacja oraz hospitalizacja planowa;
 - zmodyfikowano treść §13, zobowiązując świadczeniodawców do prowadzenia stosownej dokumentacji (dotyczącej żywienia dojelitowego i pozajelitowego) zarówno w odniesieniu do modułu leczenie szpitalne jak i modułu rehabilitacja;
 - w module rehabilitacja, wprowadzono możliwość rozliczenia krotności (w odniesieniu do jednego dnia zabiegowego rozumianego jako osobodzień) produktu 5.11.00.000012 masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta, w tym min. 15 minut czynnego masażu, masaż limfatyczny ręczny, masaż podwodny w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczenioborcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych.

Przepisy te stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2020 r.

III.1.7. Programy pilotażowe

Programu pilotażowy z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOSM.

Pilotaż KOSM realizowany na mocy *zarządzenia nr 93/2019/DSOZ* Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 lipca 2019 r. w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOSM (z późniejszymi zmianami wprowadzonymi zarządzeniem nr 156/2019/DSOZ z dnia 18 listopada 2019 r. oraz zarządzeniem nr 173/2019/DSOZ z dnia 14 grudnia 2019 r.).

Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach pilotażu mogły być udzielane nie wcześniej niż od dnia 1 sierpnia 2019 r. i nie później niż do dnia 31 lipca 2022 r. Celem pilotażu jest zbadanie możliwości uzyskania poprawy efektów terapii pacjentów z rozpoznaniem stwardnieniem rozsianym (SM), w tym: ograniczenia występowania rzutów i pojawiania się nowych zmian demielinizacyjnych, oraz cofnięcie istniejących już zmian w układzie nerwowym poprzez zmianę sposobu organizacji udzielania świadczeń i objęcie kompleksową opieką świadczeniobiorców z SM według rozpoznań ICD-10, z umiarkowanym stopniem niesprawności (EDSS w skali 4.0-6.5 punktów). Produkty wynikowe do osiągnięcia poprzez realizację pilotażu to zmniejszenie liczby rzutów choroby, zmniejszenie nasilenia rzutów choroby, odroczenie momentu wystąpienia utrwalonej niepełnosprawności, spowolnienie postępu niepełnosprawności, wydłużenie okresu zdolności do pełnej samoobsługi i niezależności od osób trzecich, zmniejszenie liczby hospitalizacji, zmniejszenie liczby dni absencji chorobowej, utrzymanie zdolności do pracy zarobkowej, uczestnictwo w życiu społecznym, poprawa jakości życia chorego i bliskich. Ponadto, informacje zgromadzone od wszystkich uczestników programu mogą w przyszłości pomóc innym osobom z SM i wpłynąć na rozwiązania systemowe dotyczące opieki nad pacjentami z tą chorobą.

Program pilotażowy: Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy.

W związku z opublikowaniem 9 sierpnia 2019 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy” (Dz.U. z 2019 r. poz. 1537 ze zm.), wprowadzono od 2 września 2019 r. w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, nowy zakres świadczeń obejmujący ww. pilotaż. Jest to innowacyjny program, który kompleksowo określa i uszczegóławia standardy modelu żywienia, w ramach kompleksowej opieki szpitalnej. Skierowany jest do kobiet przebywających w szpitalach w całej Polsce na oddziałach o profilu: neonatologicznym lub położniczo-ginekologicznym lub ginekologicznym lub patologii ciąży lub położniczym lub położnictwa i neonatologii lub ginekologii onkologicznej. Realizacja pilotażu odbywa się przez co najmniej 12 miesięcy od daty podpisania umowy na pilotaż. Celem programu jest podniesienie jakości żywienia pacjentek oraz zwiększenie ich satysfakcji z hospitalizacji, uzyskanie wiedzy z zakresu zdrowego odżywiania poprzez edukację i poradnictwo dietetyczne. Ponadto celem strategicznym pilotażu jest zwiększenie oferty opieki kompleksowej i koordynowanej nad pacjentem, w tym poprzez rozwój usług telemedycznych

tj. propagowanie zasad prawidłowych nawyków żywieniowych wśród pań – także po zakończeniu leczenia szpitalnego – poprzez konsultacje on-line.

Pilotaż sieci onkologicznej.

Pilotaż sieci onkologicznej realizowany jest przez 18 miesięcy na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej z 13 grudnia 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 2423 ze zm.). Celem projektu jest ocena organizacji, jakości i efektów opieki onkologicznej w ramach sieci onkologicznej od lutego 2019 roku na terenie województw świętokrzyskiego i dolnośląskiego oraz od grudnia 2019 roku, zgodnie z rozporządzeniem zmieniającym² Ministra Zdrowia także podlaskiego i pomorskiego. W pilotażu oceniana jest zasadność oraz skuteczność funkcjonowania modelu opartego na sieci ośrodków onkologicznych oraz zapewnienie świadczeniobiorcy kompleksowej i skoordynowanej opieki onkologicznej w pięciu wybranych typach nowotworów złośliwych: gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi, lub płuca. W ramach realizacji programu planuje się osiągnąć poprawę bezpieczeństwa, jakości leczenia onkologicznego i satysfakcji pacjenta oraz optymalizację kosztową opieki onkologicznej.

Pilotaż z zakresu trombektomii mechanicznej.

Pilotaż trombektomii mechanicznej realizowany jest od grudnia 2018 r. na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1985 z późn. zm.). Początkowo pilotaż realizowany był przez 7 ośrodków w sześciu województwach: lubelskim, małopolskim, mazowieckim, podkarpackim, pomorskim, śląskim. Od lipca 2019 r., zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1236), pilotaż realizowany jest przez 17 świadczeniodawców na terenie całego kraju, z czego na terenie województwa mazowieckiego jest 3. Jedynie na terenie województwa lubuskiego nie wyodrębniono ośrodka do realizacji pilotażu. Świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego polegające na przeprowadzeniu zabiegu trombektomii mechanicznej w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mogą być udzielane od 1 grudnia 2018 r. do 30 listopada 2020 r. Kliniczne kryteria kwalifikacji pacjentów do programu zostały określone w §6 ww. rozporządzenia i dotyczą wyłącznie pacjentów w ostrej fazie udaru niedokrwiennego. Celem pilotażu jest ocena skuteczności praktycznej oraz wypracowanie optymalnego modelu organizacji leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych.

² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1902).

Projekt pilotażowy: Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej. Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS

Realizacja projektu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej POZ PLUS, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej została przedstawiona w rozdziale V sprawozdania.

III.1.8. Świadczenia Kontraktowane Odrębnie

W dniu 31 stycznia 2019 opublikowano zarządzenie nr 11/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Zarządzenie wprowadzało sposób rozliczania nowych świadczeń gwarantowanych, wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 marca 2018 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 657). Zmiany polegały na utworzeniu nowych produktów rozliczeniowych odpowiadających nowym świadczeniom wprowadzonym do wykazu świadczeń gwarantowanych, którymi były: diagnostyka cukrzycy monogenowej, diagnostyka zaburzeń czynności układu pozapiramidowego w przebiegu schorzeń zwyrodnieniowych ośrodkowego układu nerwowego za pomocą radiofarmaceutyków, hemodiafiltracja (HDF). Struktura i wyceny nowoutworzonych produktów rozliczeniowych odpowiadały taryfom świadczeń opublikowanym w obwieszczeniach Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie ustalenia taryfy świadczeń. Ponadto, dokonano zmian związanych z dostosowaniem przepisów zarządzenia do obowiązującego w 2019 roku rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2019 r. (Dz. U. poz. 1662). Mając na uwadze działania projakościowe, w załączniku nr 1a do zarządzenia (Katalog produktów dodatkowych do sumowania w KOC I) dookreślono, że żywienie powinno być prowadzone zgodnie z aktualnymi zasadami określonymi w Standardach żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego publikowanych przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego, lub – w przypadku dzieci – zgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci. Służy to zapewnieniu odpowiedniej jakości tych świadczeń. Duża liczba zmian wprowadzonych do obowiązującego w 2019 roku 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, spowodowała konieczność opracowania nowego zarządzenia. Dlatego w dniu 11 kwietnia 2019 r. opublikowano nowe zarządzenie 45/2019/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, w którym uwzględniono wszystkie zmiany które zostały wprowadzone zarządzeniami zmieniającymi ww. zarządzenie, a także poprawiono zarządzenie pod względem legislacyjnym, merytorycznym oraz językowym. Jednocześnie dokonano zmian mających na celu dostosowanie przepisów zarządzenia do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej

(Dz. U. poz. 1756). Zarządzeniem 83/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r., zmieniono zarządzenie 45/2019 w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Zmiany w finansowaniu świadczeń objęły:

- skorygowanie wycen w związku ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, a w szczególności zwiększającymi się kosztami wynagrodzeń personelu, zmiany były spójne ze zmianami wprowadzonymi w innych rodzajach świadczeń, wobec czego wyceny świadczeń wzrosły o 3%,
- uwzględnienie nowej taryfy świadczenia gwarantowanego z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego-oksygenacja hiperbaryczna,
- dodanie nowego produktu rozliczeniowego „Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności”.

III.1.9. Opieka Paliatywna i Hospicyjna

Do przepisów zarządzenia nr 74/2018/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, wprowadzono zmiany które dotyczyły wprowadzenia kodów porad i wizyt, umożliwiających elektroniczną weryfikację i walidację świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych przez lekarzy, pielęgniarki i fizjoterapeutów i psychologów.

Dla porad lekarza i psychologa oraz wizyt pielęgniarki i fizjoterapeuty zostały przypisane kody, które będą sprawozdawane przez świadczeniodawcę wraz z datą realizacji świadczenia. Na podstawie tych danych Narodowy Fundusz Zdrowia będzie miał możliwość zweryfikowania, czy warunki udzielania świadczeń określone w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz.U. z 2018 r. poz. 742 z późn. zm.), odnoszące się do liczby wykonanych porad lub wizyt zostały spełnione.

III.1.10. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

Do przepisów zarządzenia nr 45/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, została wprowadzona zmiana polegająca na podwyższeniu taryfy świadczeń gwarantowanych, określonej przez AOTMiT, dla świadczeń udzielanych w warunkach stacjonarnych w zakładzie opiekuńczym dla osób dorosłych i dzieci.

W zarządzeniu nr 94/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 lipca 2019 r. wprowadzono kody porad lekarza oraz wizyt pielęgniarki i fizjoterapeuty, które będą sprawozdawane przez świadczeniodawcę wraz z datą realizacji świadczenia. Na podstawie tych

danych Narodowy Fundusz Zdrowia będzie miał możliwość dokonania sprawdzeń, czy warunki udzielania świadczeń określone w przepisach rozporządzenia, odnoszące się do liczby wykonanych porad lub wizyt zostały spełnione zgodnie z rozporządzeniem. Wprowadzenie kodów zawartych w załączniku zarządzenia i ich sprawozdawanie przez świadczeniodawców, będzie miało wpływ na wstępną ocenę jakości oraz ułatwi monitorowanie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Z uwagi na zróżnicowanie wymagań dotyczących wizyt personelu w świadczeniach zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych, dodane zostały produkty rozliczeniowe, rozróżniające świadczenia względem czasu wentylacji pacjenta (do 8 godzin, od 8 do 16 godzin, powyżej 16 godzin). Zmiany wprowadziły wagę punktową produktu rozliczeniowego, różnicując wycenę świadczeń w zależności od wymogu zatrudnienia personelu medycznego, czasu wentylacji pacjenta oraz liczby minimalnych wizyt personelu medycznego, określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. z 2015 r. poz. 1658, z późn. zm.). Wprowadzone zmiany mają wpływ na podniesienie jakości realizowanych świadczeń.

III.1.11. Zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie

Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji są świadczenia gwarantowane określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2019 r. poz. 1267 i 1899) finansowane przez Fundusz ze środków publicznych. W niniejszym rozporządzeniu Minister Zdrowia określił limity finansowania, kryteria przyznawania, okresy użytkowania oraz limity cen napraw wyrobów medycznych. Następnie, przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz. 1899), wprowadzono zmiany mające na celu zapewnienie pacjentom lepszego dostępu do wyrobów medycznych, w tym: rozszerzono wykaz wyrobów medycznych o: czujnik do systemu monitorowania stężenia glukozy Flash (Flash Glucose Monitoring – FGM); rozszerzono uprawnienia fizjoterapeutów do wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

III.1.12. Leczenie stomatologiczne

Zarządzenie nr 6/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie nr 47/2018/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne wprowadziło współczynnik 1,5 w przypadku leczenia dzieci w zakresach: świadczenia ogólnostomatologiczne, świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 r. ż oraz świadczenia udzielane w dentobusach. Do chwili wprowadzenia zarządzenia w leczeniu dzieci w tych zakresach obowiązywał współczynnik

korygujący 1,3. Zmiana współczynnika miała na celu poprawę dostępności do świadczeń stomatologicznych dla dzieci oraz zrealizowanie wniosku Naczelnej Rady Lekarskiej o większe zróżnicowanie cen świadczeń u dzieci w stosunku do cen u dorosłych, uwzględniając m.in. materiały stomatologiczne stosowane do wypełnień w zębach u dzieci w związku z zakazem stosowania wypełnień amalgamatowych u tych pacjentów od dnia 1 lipca 2018 r. oraz fakt, że dzieci są trudniejszymi pacjentami od osób dorosłych.

Zarządzenie nr 120/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 września 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne wprowadziło bezlimitowe finansowanie świadczeń stomatologicznych dla uczniów w ramach zawartych przez Fundusz umów jako realizacja ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami, zgodnie z którą opieka stomatologiczna może być sprawowana w gabinecie dentystycznym zlokalizowanym w szkole, poza szkołą albo dentobusie, prowadzonymi przez podmiot wykonujący działalność leczniczą współpracujący ze szkołą.

III.1.13. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień realizowane były w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (Dz.U. 2013, poz. 1386 z póź.zm) oraz z dnia 19 czerwca 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 1285 z późn. zm.) i udzielane w warunkach: stacjonarnych: oddziałów psychiatrycznych, oddziałów leczenia uzależnień; oddziału/ośrodka dziennego: psychiatrycznego, leczenia uzależnień; ambulatoryjnych: poradni psychiatrycznych, zespołu leczenia środowiskowego, poradni leczenia uzależnień; oraz w formie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego. Wprowadzone przez NFZ w roku 2019 zmiany *zarządzeniem nr 82/2019/DSOZ* Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2019 r., w zakresie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień dotyczyły w szczególności:

- dostosowania warunków rozliczania czasu trwania sesji psychoterapii oraz psychoterapii grupowej w terapii leczenia uzależnień do przepisów określonych w załączniku nr 6 i 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. Przy czym wskazano, że w przypadku sesji psychoterapii grupowej w terapii uzależnień, rozliczeniu podlegają dwie pełne godziny sesji,
- zwiększenia wartości wagi punktowej świadczeń określonych w załączniku nr 1 zarządzenia nr 41/2018/DSOZ, jak również podniesienia wskaźnika korygującego na poszczególne świadczenia dla dzieci i młodzieży, w tym świadczenia odwykowe w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich do wysokości 1,2.

III.1.14. Centra Zdrowia Psychicznego

W 2019 roku kontynuowano realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, który rozpoczął się z dniem 1 lipca 2018 r. w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 852 z późn. zm.). Celem programu pilotażowego jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na centrach zdrowia psychicznego w aspektach organizacji, finansowania, jakości oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Pilotażem objęte są świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, zawarte w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, z wyłączeniem: świadczeń z zakresu leczenia uzależnień w warunkach stacjonarnych, dziennych i ambulatoryjnych; świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży oraz świadczeń psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia, realizowane przez realizatorów pilotażu na obszarach działania wskazanych w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

W związku ze zgłaszanymi przez realizatorów pilotażu oraz oddziały wojewódzkie wątpliwościami w zakresie realizacji pilotażu, zarządzeniem nr 78/2019/DSOZ z dnia 27 czerwca 2019 r. dokonano modyfikacji wcześniejszego zarządzenia nr 55/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego w szczególności poprzez:

- wskazanie zadań punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego stanowiących czynności związane z udzielaniem świadczenia zdrowotnego oraz określenie sposobu dokumentowania przedmiotowych czynności,
- dodanie zapisu, który zobowiązuje świadczeniodawcę do określania w indywidualnym planie terapii, udzielonej świadczeniobiorcy formy pomocy,
- dodanie przepisów stanowiących o prowadzeniu dokumentacji zbiorczej udzielanych świadczeń zdrowotnych, w szczególności w ramach punktu zgłoszeniowo-koordynacyjnego, w związku z realizacją sesji oraz przyjęciem do oddziału dziennego,
- dokonanie zmiany wyceny produktów rozliczeniowych,
- wprowadzenie zmiany w zakresie możliwości zbierania danych o liczbie mieszkańców rozliczanych w ramach centrum zdrowia psychicznego wraz ze wskazaniem obszaru działania/kodu terytorialnego.

III.1.15. Rehabilitacja lecznicza

W 2019 roku świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza realizowane były w zakresach:

- ambulatoryjnych: fizjoterapia ambulatoryjna, lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia domowa;
- ośrodkach/oddziałach dziennych: rehabilitacja ogólnoustrojowa, rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu

i mowy, rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku, rehabilitacja kardiologiczna lub kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa, rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii;

- stacjonarnych: rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja kardiologiczna, rehabilitacja ogólnoustrojowa, rehabilitacja pulmonologiczna, leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

W dniu 6 lutego 2019 opublikowano zarządzenie nr 13/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, którego opracowanie spowodowane było zmianą rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 465) oraz wprowadzonymi zmianami do zarządzenia Nr 42/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, spowodowały konieczność opracowania nowego zarządzenia, w którym m.in. w dodano zapis dotyczący rozliczania świadczeń w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w ośrodku/oddziale dziennym.

W dniu 27 czerwca 2019 r. opublikowano zarządzenie nr 75/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń: leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, które następnie zostało zmienione zarządzeniem nr 85/2019/DSOZ. Zmiany wprowadzone niniejszymi zarządzeniami polegały na zwiększeniu od 1 lipca 2019 r. wagi punktowej wszystkich produktów. Zwiększono wagę punktową o 2% na świadczenia w zakresie lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna oraz o 5% na wszystkie pozostałe świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Zmiana wagi punktowej nie dotyczy leczenia dzieci i dorosłych ze śpiączką. Wejście w życie zarządzenia skutkowało obciążeniem budżetu płatnika. Dokonano symulacji zwiększenia wartości wykonania odpowiednio o 2% i 5% i przeliczenia na sześć miesięcy. To dało możliwość wstępnej oceny skutków finansowych dla płatnika na poziomie 56 704 tys. zł. w odniesieniu do okresu lipiec-grudzień 2019 r.

W dniu 1 października 2019 r. opublikowano zarządzenie nr 133/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń-leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, w ramach którego zostały wprowadzone zmiany załącznika nr 1n „katalog zakresów świadczeń” gdzie dodano:

- nowy produkt rozliczeniowy - koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności w celu częściowej refundacji kosztów pobytu opiekuna w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej;
- zakres skojarzony do rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych - „rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym”. Zakres ten dedykowany dla świadczeniobiorców zakwalifikowanych do leczenia w grupie

JGP ROC01 oraz w nowej grupie ROO03. Wyodrębnienie zakresu skojarzonego zmieniło ścieżkę dostępu do świadczeń udzielanych w ramach rehabilitacji ogólnoustrojowej, z uwagi na wydzieloną w umowie wartość środków finansowych przeznaczonych na realizację tych świadczeń. W związku z tym nadano nowe brzmienie załącznikom nr: 1n, 1r, 3, oraz dodano załącznik 3aa dotyczący kwalifikacji do nowej grupy JGP;

- wprowadzono dodatkowe produkty i regulacje związane z rozliczaniem żywienia dojelitowego i żywienia pozajelitowego oraz załączników 7 i 8 związanych z tym leczeniem, dołączanych do dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy;

III.1.16. Ratownictwo medyczne

Zasady organizacji, funkcjonowania oraz finansowania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne w Polsce określone zostały w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r. poz. 993, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o PRM”. W 2019 r. weszły w życie przepisy ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1115, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą z dnia 10 maja 2019 r. o zmianie ustawy o PRM”, które wprowadziły szereg zmian w organizacji systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz w realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne. Obejmowały one w szczególności: zmianę definicji rejonu operacyjnego, określenie liczby dyspozytorni medycznych, zmianę definicji jednostek systemu, do których należą zespoły ratownictwa medycznego, możliwość współrealizacji świadczeń przez dysponentów zespołów ratownictwa medycznego na terenie danego rejonu operacyjnego.

W związku z ww. zmianami wydano zarządzenie Nr 14/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu zdrowia z dnia 7 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne, w którym wprowadzono zmiany wynikające z wejścia w życie ww. ustawy, m.in.:

- wprowadzono definicję świadczeniodawcy w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz współrealizatora, tj. Świadczeniodawcę, który na podstawie art. 49 ust. 5a ustawy o PRM wspólnie z innym lub z innymi dysponentami zespołów ratownictwa medycznego może ubiegać się o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rejonie operacyjnym oraz wspólnie z nimi ją wykonywać,
- określono zasady wspólnego ubiegania się o zawarcie i rozliczania umowy,
- w związku z nową definicją rejonu operacyjnego, doprecyzowano, że przedmiotem postępowania jest wyłonienie, w celu zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, świadczeniodawcy – dysponenta zespołów ratownictwa medycznego, z wyłączeniem lotniczych zespołów ratownictwa medycznego, który kompleksowo zabezpieczy realizację świadczeń przez wszystkie zespoły ratownictwa medycznego w rejonie operacyjnym wskazanym w postępowaniu wraz z zapewnieniem działania dyspozytorni medycznej zabezpieczającej dany rejon operacyjny, zgodnie z planem działania systemu.

Zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia ma zastosowanie do umów zawartych i realizowanych od dnia 1 kwietnia 2019 r., w związku z faktem, że nowe, wprowadzone ww. ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o PRM, zasady organizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne zaczęły obowiązywać od tego dnia.

III.1.17. Kontrola

W roku sprawozdawczym wprowadzono zmiany struktury kontrolnej Narodowego Funduszu Zdrowia oraz zmiany w procedurze kontrolnej. Zmiany wprowadzone zostały przepisami ustawy z dnia 28 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 399 z późn. zm.). Zmiany weszły w życie z dniem 1 czerwca 2019 r. Wprowadzone zmiany polegają m.in. na:

- przeniesieniu uprawnień kontrolnych Funduszu na poziom Prezesa – w dotychczasowych regulacjach realizacja kontroli była zadaniem własnym dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, a kompetencja kontrolna Prezesa Funduszu była ograniczona do sytuacji wyjątkowych. Utworzenie korpusu kontrolerskiego i skupienie uprawnień kontrolnych na poziomie Prezesa Funduszu wzmocniło rolę kontroli w działalności Funduszu. Realizowana jest obecnie jedna spójna polityka kontrolna Funduszu, według jednolitych zasad i z zastosowaniem jednolitych ocen działalności kontrolowanej;
- rozpoczęciu procesu tworzenia korpusu kontrolerskiego – w dotychczasowych regulacjach kontrolerzy zatrudnieni w Funduszu nie byli objęci żadnymi szczególnymi regulacjami dotyczącymi wymogów szkoleniowych, posiadania uprawnień kontrolerskich (na kształt profesjonalnej kadry kontrolerskiej Najwyższej Izby Kontroli, czy Krajowej Administracji Skarbowej), ani też nie stworzono dla tej grupy zawodowej – szczególnie istotnej zważywszy na znaczenie kontroli w funkcjonowaniu podmiotu dysponującego środkami publicznymi – żadnych regulacji dotyczących ich stosunku pracy oraz czynników motywacyjnych. Utworzenie korpusu kontrolerskiego opartego na przygotowanym programie kształcenia pozwoli na pozyskanie osób, które zostaną przygotowane do pracy kontrolera w trakcie programu szkolenia skonstruowanego w sposób umożliwiający zdobycie jak najszerszego zakresu wiedzy i umiejętności niezbędnych do efektywnego przeprowadzenia każdego typu kontroli;
- ujednoczeniu trybu kontrolnego dla wszystkich podmiotów kontrolowanych – dotychczasowe regulacje ustawy o świadczeniach i ustawy refundacyjnej w odmienny sposób regulowały tryb kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz kontroli ordynacji leków i kontroli aptek;
- ograniczeniu dokumentowania ustaleń z kontroli do wystąpienia pokontrolnego wraz z określeniem trybu odwoławczego, co pozwoliło na usprawnienie i istotne skrócenie czasu na przeprowadzenie jednostkowej kontroli co najmniej o połowę w odniesieniu do poprzedniego obowiązującego trybu;

- wprowadzeniu komunikacji pomiędzy Prezesem Funduszu, kontrolerami a podmiotem kontrolowanym za pomocą środków komunikacji elektronicznej, co uprościło, przyspieszyło oraz obniżyło koszty przeprowadzania kontroli przez Prezesa Funduszu.;
- wdrożeniu instrumentów usprawniających prowadzenie procesu kontrolnego i realizujących zasadę ekonomiki procesu kontroli:
 - utworzenie trybu umożliwiającego uproszczoną weryfikację danych i wyciąganie w oparciu o tak powzięte ustalenia konsekwencji wobec podmiotów kontrolowanych (czynności sprawdzające),
 - wprowadzenie trybu kontroli „na legitymację” umożliwiającego rozpoczęcie kontroli bez zawiadomienia w sytuacjach wymienionych w ustawie,
 - umożliwienie wykorzystania w procesie kontroli informacji zgromadzonych przed wszczęciem postępowania kontrolnego,
 - uzyskanie nieodpłatnych informacji z akt spraw, zbiorach danych, ewidencjach i rejestrach przez organy administracji publicznej. Ponadto, wprowadzono obowiązek współdziałania z Prezesem Funduszu organów administracji rządowej i samorządowej oraz państwowych i samorządowych jednostek organizacyjnych przy wykonywaniu zadań kontrolnych,
 - uzyskanie informacji o wynikach przeprowadzanych w zakresie ochrony zdrowia przez organy kontroli i inspekcji działające w administracji rządowej i samorządzie terytorialnym.

Zgodnie a art. 12 ust. 1 ustawy z dnia 28 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 399 z późn. zm.) osoby zatrudnione dotychczas w wydziałach kontroli oddziałów wojewódzkich NFZ, stały się pracownikami Centrali NFZ. Wdrożenie ww. ustawy w życie wiązało się z wprowadzeniem szeregu zmian regulacyjnych, jak zmiana Statutu NFZ, z regulaminów organizacyjnych Centrali oraz OW NFZ, Zakładowego Układu Zbiorowego Pracy, a także licznych przepisów rangi zarządzeń Prezesa NFZ (w tym w szczególności w zakresie szczegółowego określenia trybu realizacji kontroli) oraz rozporządzeń Ministra Zdrowia (w szczególności w zakresie ogólnych warunków umów ze świadczeniodawcami i aptekami).

Szczegółowy zakres tych zmian został ujęty w planie pracy NFZ na rok 2019 i wiązał się z ogromem zadań głównie dla Departamentu Kontroli, który w związku z wdrożeniem nowych przepisów, również stał się podmiotem zmian organizacyjnych. Zmiany te polegały nie tylko na włączeniu w strukturę dotychczasowego departamentu struktur dotychczasowych wydziałów kontroli OW NFZ, ale także na przekształceniu struktury i zadań dotychczasowej części departamentu, tak by możliwe było w wydziałach centralnych departamentu realizowanie zadań zarządczych w zakresie całego procesu kontroli zachodzącego w 16 włączonych do Centrali Funduszu strukturach umiejscowionych w poszczególnych województwach.

III.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej

III.2.1. System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej

W rozdziale przedstawiono efekty wprowadzenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w kontekście wprowadzenia nowej formy finansowania szpitali – ryczałtu systemu – po dwóch latach funkcjonowania. Porównano funkcjonowanie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”, „siecią szpitali”, „PSZ” lub „systemem PSZ”, w okresie 2017 (IV kwartał) – 2018 (I - III kwartał) do 2018 (IV kwartał) – 2019 (I - III kwartał) tj. rok do roku. Dane wykorzystane do analizy pochodzą z systemu informatycznego Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia i zostały wygenerowane w dniu 4 lutego 2020 r.

Funkcjonowanie systemu PSZ w latach 2017-2019

Tabela nr III.1. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ za okres IV kw. 2018 – III kw. 2019 w stosunku do realizacji analogicznych świadczeń za okres IV kw. 2017 – III kw. 2018 r. (wartości świadczeń wyrażone w mln zł).

OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	Q4 2017 - Q3 2018	Q4 2018 - Q3 2019	Q4 2017 - Q3 2018	Q4 2018 - Q3 2019
Dolnośląski	2 976 151	3 038 236	2 870,49	3 058,66
Kujawsko-pomorski	3 088 973	3 095 919	2 179,76	2 282,94
Lubelski	3 129 033	3 159 487	2 085,32	2 197,49
Lubuski	1 111 899	1 120 551	836,32	881,20
Łódzki	3 410 369	3 425 684	2 443,22	2 610,39
Małopolski	4 325 418	4 311 595	3 210,59	3 360,34
Mazowiecki	8 154 979	8 233 121	6 366,74	6 782,54
Opolski	1 148 772	1 151 773	727,41	770,98
Podkarpacki	2 615 600	2 640 582	1 793,13	1 899,61
Podlaski	1 801 432	1 823 220	1 097,37	1 160,42
Pomorski	2 575 135	2 643 090	2 070,15	2 185,55
Śląski	5 585 113	5 566 735	4 542,39	4 729,39
Świętokrzyski	1 564 033	1 612 275	1 224,15	1 302,95
Warmińsko-mazurski	1 663 861	1 670 452	1 221,30	1 268,63
Wielkopolski	3 444 009	3 517 998	3 295,80	3 494,86
Zachodniopomorski	2 384 106	2 419 135	1 672,92	1 750,89
Polska	48 978 883	49 429 853	37 637,05	39 736,84

Tabela nr III.2. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne za okres IV kw. 2018 – III kw. 2019 w stosunku do realizacji analogicznych świadczeń za okres IV kw. 2017-III kw. 2018 r. (wartości świadczeń wyrażone w mln zł).

OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	Q4 2017 - Q3 2018	Q4 2018 - Q3 2019	Q4 2017 - Q3 2018	Q4 2018 - Q3 2019
Dolnośląski	2 976 151	3 038 236	2 651,57	2 820,70
Kujawsko-pomorski	3 088 973	3 095 919	1 947,55	2 039,27
Lubelski	3 129 033	3 159 487	1 865,24	1 959,27
Lubuski	1 111 899	1 120 551	741,18	778,35
Łódzki	3 410 369	3 425 684	2 191,56	2 337,54
Małopolski	4 325 418	4 311 595	2 893,72	3 026,50
Mazowiecki	8 154 979	8 233 121	5 737,23	6 114,99
Opolski	1 148 772	1 151 773	635,89	674,36
Podkarpacki	2 615 600	2 640 582	1 623,40	1 718,09
Podlaski	1 801 432	1 823 220	979,04	1 033,48
Pomorski	2 575 135	2 643 090	1 871,86	1 969,70
Śląski	5 585 113	5 566 735	4 134,41	4 293,93
Świętokrzyski	1 564 033	1 612 275	1 099,78	1 169,03
Warmińsko-mazurski	1 663 861	1 670 452	1 082,77	1 121,51
Wielkopolski	3 444 009	3 517 998	3 012,71	3 180,48
Zachodniopomorski	2 384 106	2 419 135	1 479,78	1 544,00
Polska	48 978 883	49 429 853	33 947,69	35 781,19

Tabela nr III.3. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ w rodzaju AOS za okres IV kw. 2018 – III kw. 2019 w stosunku do realizacji analogicznych świadczeń za okres IV kw. 2017 – III kw. 2018 r. (wartości świadczeń w mln zł).

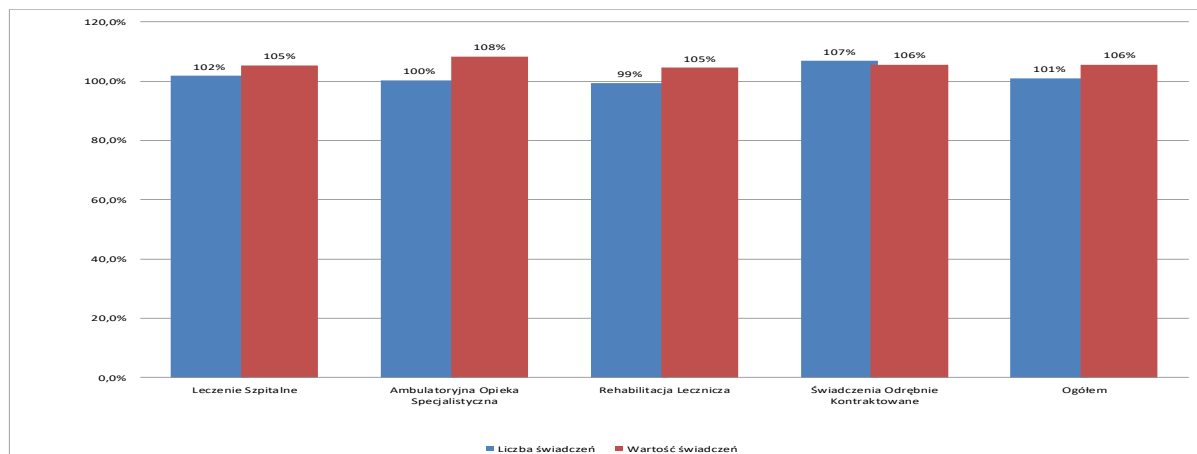
OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	Q4 2017 - Q3 2018	Q4 2018 - Q3 2019	Q4 2017 - Q3 2018	Q4 2018 - Q3 2019
Dolnośląski	1 617 454	1 637 237	147,46	161,55
Kujawsko-pomorski	2 049 047	2 034 421	170,73	180,32
Lubelski	2 059 807	2 076 691	154,61	168,32
Lubuski	762 446	766 586	67,45	73,86
Łódzki	2 197 366	2 217 951	174,85	190,00
Małopolski	2 895 895	2 872 464	229,63	245,81

OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	Q4 2017 - Q3 2018	Q4 2018 - Q3 2019	Q4 2017 - Q3 2018	Q4 2018 - Q3 2019
Mazowiecki	4 909 354	4 923 273	403,64	435,24
Opolski	750 922	746 946	57,62	61,10
Podkarpacki	1 702 478	1 706 058	123,44	134,07
Podlaski	1 298 061	1 310 666	94,59	103,93
Pomorski	1 493 562	1 532 708	134,20	147,45
Śląski	3 482 492	3 444 620	296,64	318,35
Świętokrzyski	943 582	955 080	75,53	80,87
Warmińsko-mazurski	1 056 601	1 057 946	83,27	91,17
Wielkopolski	1 912 469	1 945 376	177,46	196,95
Zachodniopomorski	1 586 402	1 603 123	150,67	163,14
Polska	30 717 938	30 831 146	2 541,79	2 752,14

Tabela nr III.4. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ za okres IV kw. 2018 – III kw. 2019 w stosunku do realizacji analogicznych świadczeń za okres IV kw. 2017 – III kw. 2018 r. wg rodzaju świadczeń (wartości świadczeń w mln zł).

Rodzaj świadczeń	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	Q4 2017 - Q3 2018	Q4 2018 - Q3 2019	Q4 2017 - Q3 2018	Q4 2018 - Q3 2019
Leczenie Szpitalne	16 824 548	17 132 912	33 947,69	35 781,19
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	30 717 938	30 831 146	2 541,79	2 752,14
Rehabilitacja Lecznicza	916 287	910 183	747,98	781,66
Świadczenia Odrębnie Kontraktowane	520 110	555 612	399,59	421,85
Suma	48 978 883	49 429 853	37 637,05	39 736,84

Wykres nr III.1. Porównanie dynamiki wzrostu w ujęciu liczbowym i wartościowym wg rodzaju świadczeń.

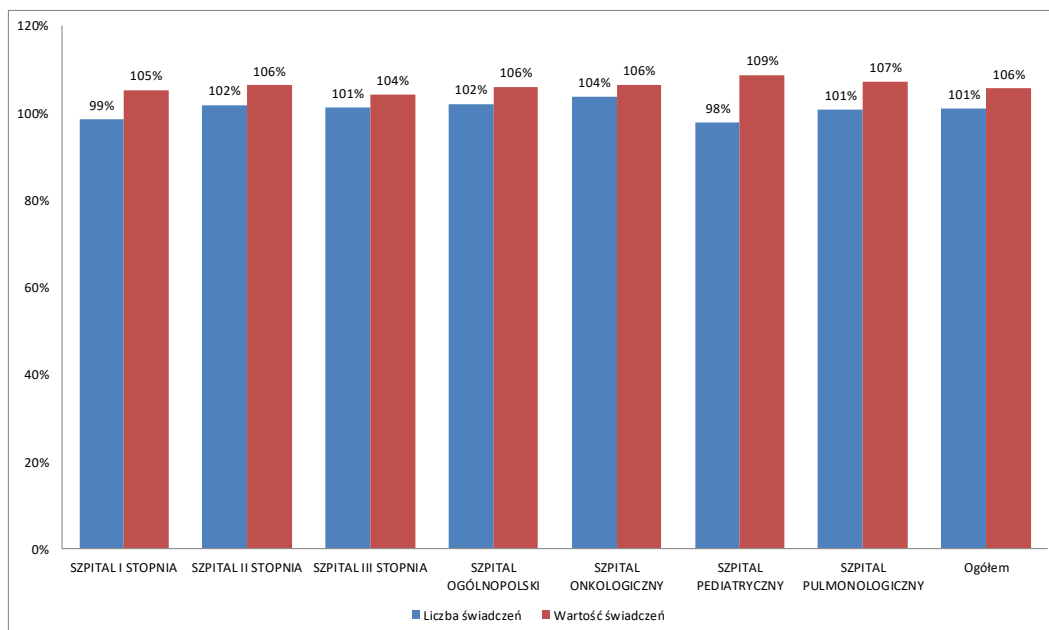


Wzrost liczby świadczeń w okresie Q4 2018 - Q3 2019 objętym systemem PSZ to ok. 1% w skali kraju, przy jednoczesnym wzroście wartościowym o ok 6%. Mamy do czynienia ze wzrostem liczby świadczeń we wszystkich rodzajach świadczeń poza rehabilitacją leczniczą- stacjonarną i dzienną, której liczba świadczeń zanotowała niski spadek (ok 0,6%). W ujęciu wartościowym mamy do czynienia ze wzrostem dla wszystkich rodzajów świadczeń w przedziale od 5% - 8%. Warto również zauważyć, że liczba świadczeń w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane wzrosła o ok 7 % przy wzroście finansowania 6%.

Tabela nr III.5. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ za okres IV kw. 2018 – III kw. 2019 w stosunku do realizacji analogicznych świadczeń za okres IV kw. 2017 – III kw. 2018 r. wg poziomu PSZ (wartości świadczeń w mln zł).

Poziom zabezpieczenia zdrowotnego	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	Q4 2017 - Q3 2018	Q4 2018 - Q3 2019	Q4 2017 - Q3 2018	Q4 2018 - Q3 2019
Szpital I Stopnia	12 431 949	12 248 621	6 610,35	6 958,30
Szpital II Stopnia	10 104 990	10 285 913	6 744,33	7 169,62
Szpital III Stopnia	10 110 923	10 237 946	8 534,37	8 883,86
Szpital Ogólnopolski	12 124 688	12 373 624	12 264,09	13 001,22
Szpital Onkologiczny	2 500 331	2 595 270	2 272,59	2 418,74
Szpital Pediatryczny	1 017 811	995 815	472,06	513,07
Szpital Pulmonologiczny	688 191	692 664	739,25	792,02
Ogółem	48 978 883	49 429 853	37 637,05	39 736,84

Wykres nr III.2. Porównanie dynamiki w ujęciu liczbowym i wartościowym wg poziomu szpitali.

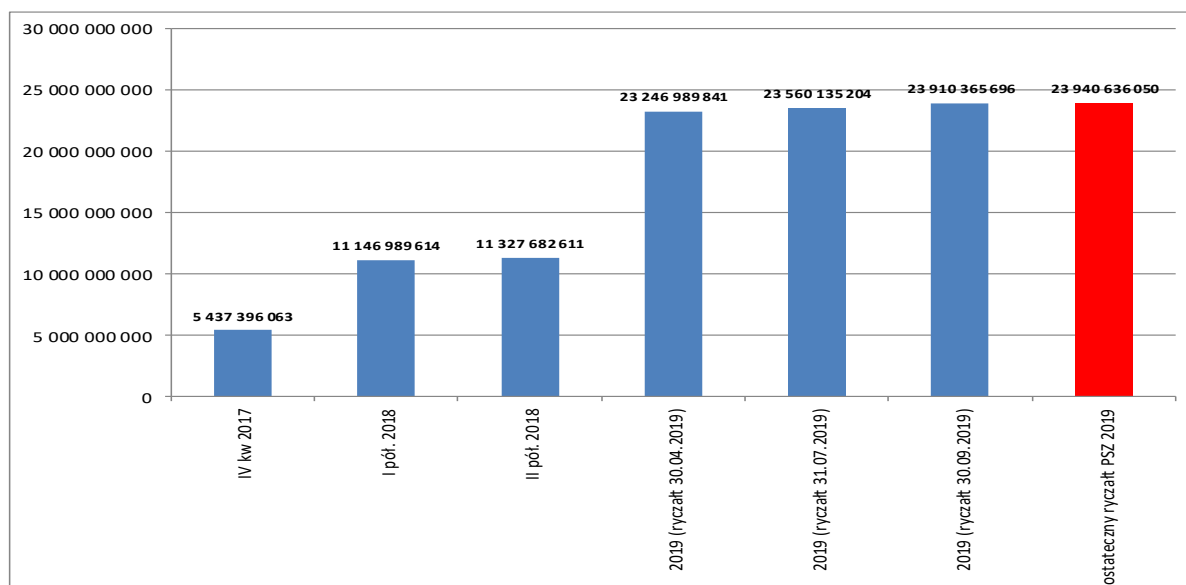


Wzrost liczby świadczeń zanotowały szpitale większości poziomów zabezpieczenia zdrowotnego poza szpitalami I stopnia oraz pediatrycznymi. We wszystkich poziomach szpitali nastąpił natomiast wzrost wartości świadczeń.

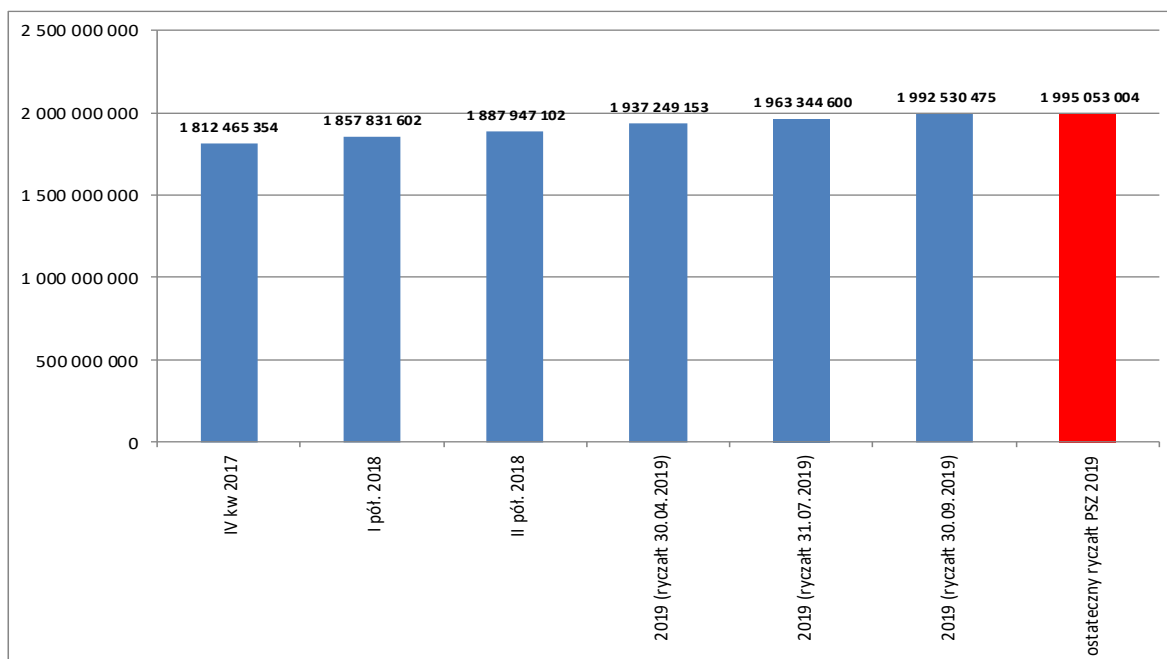
Wartość ryczału PSZ

W 2019 roku, mając na uwadze wzrost kosztów świadczeń, Narodowy Fundusz Zdrowia sukcesywnie podejmował kroki zmierzające do zwiększenia finansowania działalności szpitali. W zarządzeniu Nr 38/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, które weszło w życie od 1 kwietnia 2019 r. zwiększono wartości punktowe grup JGP dedykowanych dla zakresów: chirurgia ogólna i choroby wewnętrzne o 6%. Kolejna zmiana finansowania świadczeń nastąpiła od 1 lipca 2019 r. Zarządzeniem Nr 77/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne zmianie o 3% uległa wycena punktowa produktów z katalogu grup (załącznik nr 1a do zarządzenia). W zarządzeniu Nr 126/2019/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 września 2019 w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej dla świadczeń rozliczanych w ryczałcie dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do I stopnia poziomu PSZ ustalono współczynnik korygujący wartości 1,04 natomiast dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do II stopnia poziomu PSZ współczynnik korygujący wartości 1,03. Powyższe zmiany znacząco wpłynęły na zmianę wartości ryczału PSZ w ciągu 2019 roku.

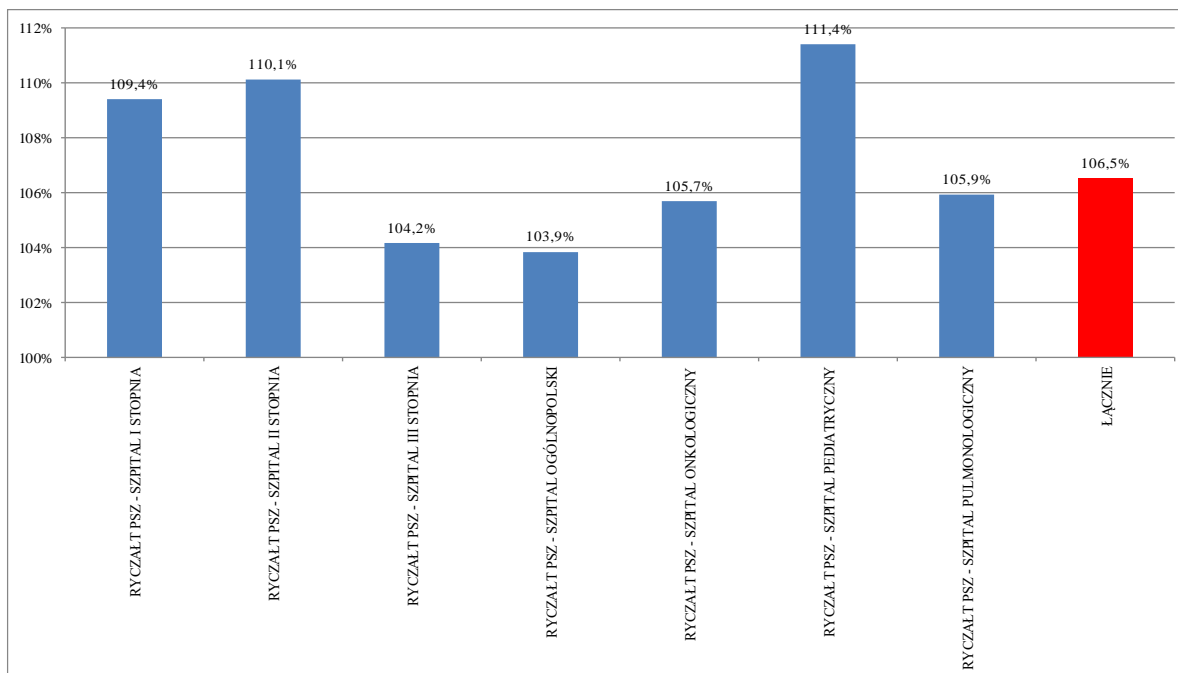
Wykres nr III.3. Wartość ryczałtów w podziale na okresy rozliczeniowe od początku funkcjonowania sieci PSZ (w zł).



Wykres nr III.4. Wartość ryczałtów w poszczególnych okresach rozliczeniowych od początku funkcjonowania sieci PSZ przeliczona średnio na miesiąc (w zł).



Wykres nr III. 5. Dynamika wartości ryczałtu rok 2019 vs 2018.



Powyższe wykresy obrazują znaczny wzrost wartości ryczałtu w całym okresie istnienia systemu podstawowego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ) oraz wzrost w ciągu 2019 roku spowodowany licznymi zmianami opisanymi powyżej. Wartość ryczałtu porównując 2019 do 2018 wzrosła w skali kraju o 6,5% w czym największy wzrost odnotowały szpitale pediatryczne (11,4%) szpitale III stopnia (10,1%) oraz szpitale I stopnia (9,4%).

Współczynniki korygujące (jakościowe QI)

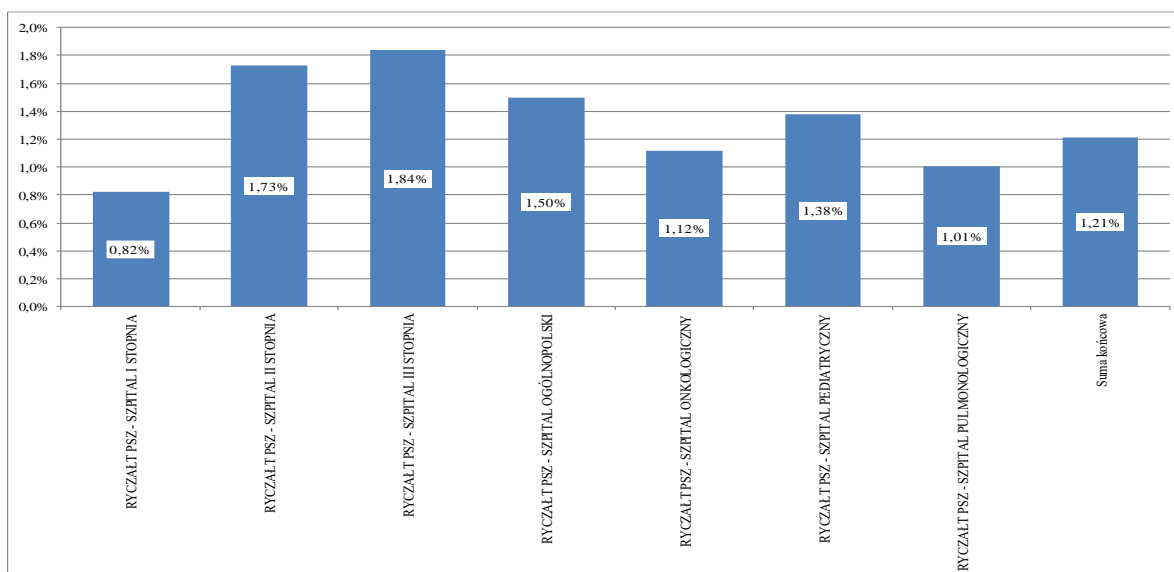
Tabela nr III.6. Świadczeniodawcy w ujęciu liczbowym i procentowym, którzy w 2019 roku spełnili warunki do skorzystania z współczynnika korygującego jakościowego (Q) przy wyliczaniu wartości ryczałtu PSZ.

(ql1 – certyfikat akredytacyjny, ql2 – świadectwa COBJDM dla laboratorium diagnostycznego lub mikrobiologicznego, ql3 – świadectwa COBJDM dla chemii klinicznej, ql4 – wzrost liczby jednostek sprawozdawczych z zakresu AOS, ql5 - spadek liczby jednostek sprawozdawczych z zakresu AOS, ql6 – szpital III stopnia i ogólnopolski – wzrost średniej wartości hospitalizacji, ql7 - szpital III stopnia i ogólnopolski – spadek średniej wartości hospitalizacji , ql8 – skrócenie średniego czasu oczekiwania do każdej poradni udzielającej świadczeń AOS).

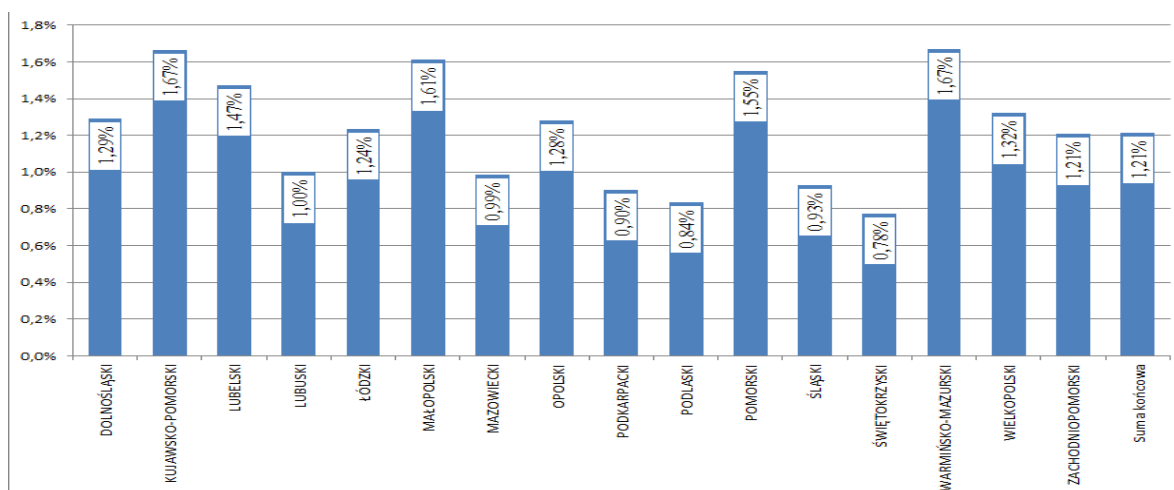
POZIOM PSZ	ql,1	ql,2	ql,3	ql,4	ql,5	ql,6	ql,7	ql,8	
Ryczałt PSZ - Szpital I Stopnia	52	87	116	86	41	0	0	4	
Ryczałt PSZ - Szpital II Stopnia	59	55	68	34	12	0	0	3	
Ryczałt PSZ - Szpital III Stopnia	34	42	46	10	12	20	5	0	
Ryczałt PSZ - Szpital Ogólnopolski	42	48	59	19	22	26	11	0	
Ryczałt PSZ - Szpital Onkologiczny	9	8	13	5	8	0	0	1	
Ryczałt PSZ - Szpital Pediatryczny	8	6	7	1	4	0	0	1	
Ryczałt PSZ - Szpital Pulmonologiczny	10	10	11	8	5	0	0	0	
	214	256	320	163	104	46	16	9	
Poziom Psz	ql,1	ql,2	ql,3	ql,4	ql,5	ql,6	ql,7	ql,8	LICZBA
Ryczałt PSZ - Szpital I Stopnia	18,8%	31,5%	42,0%	31,2%	14,9%	0,0%	0,0%	1,4%	276
Ryczałt PSZ - Szpital II Stopnia	60,8%	56,7%	70,1%	35,1%	12,4%	0,0%	0,0%	3,1%	97
Ryczałt PSZ - Szpital III Stopnia	55,7%	68,9%	75,4%	16,4%	19,7%	32,8%	8,2%	0,0%	61
Ryczałt PSZ - Szpital Ogólnopolski	46,7%	53,3%	65,6%	21,1%	24,4%	28,9%	12,2%	0,0%	90
Ryczałt PSZ - Szpital Onkologiczny	47,4%	42,1%	68,4%	26,3%	42,1%	0,0%	0,0%	5,3%	19
Ryczałt PSZ - Szpital Pediatryczny	66,7%	50,0%	58,3%	8,3%	33,3%	0,0%	0,0%	8,3%	12
Ryczałt PSZ - Szpital Pulmonologiczny	32,3%	32,3%	35,5%	25,8%	16,1%	0,0%	0,0%	0,0%	31
	36,5%	43,7%	54,6%	27,8%	17,7%	7,8%	2,7%	1,5%	586

Certyfikat akredytacyjny w 2019 roku posiadało 36,5% świadczeniodawców w skali kraju z czego najwięcej szpitale pediatryczne (66,7%), szpitale II stopnia (60,8%) oraz III stopnia (55,7%). Z kolei najmniej certyfikatów (18,8%) posiadały szpitale I stopnia. Wzrost liczby jednostek sprawozdawczych z zakresu AOS w skali kraju nastąpił u 27,8% świadczeniodawców, natomiast u 17,7% świadczeniodawców nastąpił spadek liczby przedmiotowych jednostek sprawozdawczych.

Wykres nr III.6. Procentowa zmiana wartości ryczału PSZ uwzględniająca współczynniki korygujące jakościowe (Q) wg poziomu szpitala.



Wykres nr III.7. Procentowa zmiana wartości ryczału PSZ uwzględniająca współczynniki jakościowe (Q) wg OW NFZ.

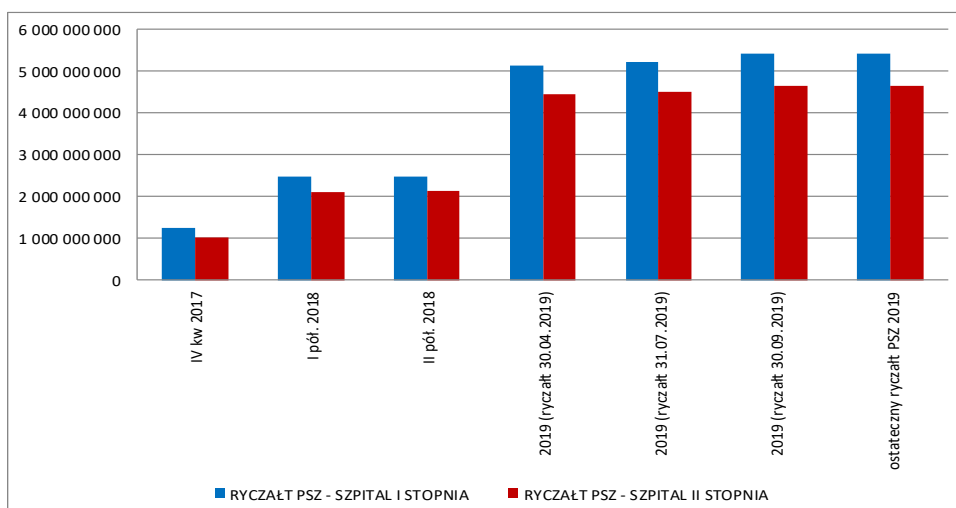


Wartość ryczału PSZ w 2019 roku po uwzględnieniu współczynników korygujących jakościowych wzrosła o 1,21% w skali kraju z czego najwięcej dla szpitali III stopnia (1,84%) oraz szpitali II stopnia (1,73%). Przedmiotowe współczynniki zwiększyły najbardziej wartość ryczału w oddziałach: kujawsko-pomorskim, warmińsko-mazurskim oraz małopolskim, natomiast najmniejszy wzrost zanotowały: świętokrzyski, podlaski, podkarpacki oraz mazowiecki (poniżej 1%).

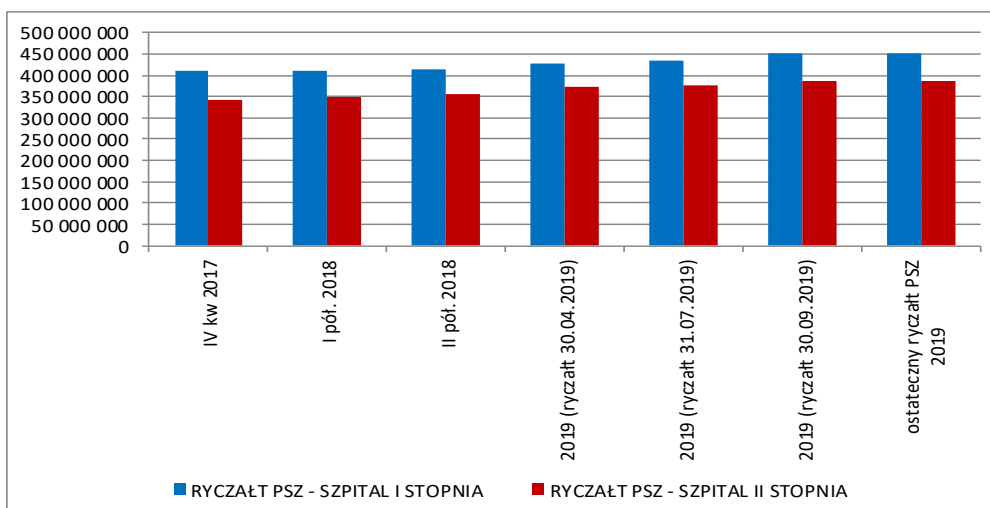
Szpital Powiatowe (I i II stopnia)

Poniżej przedstawiono sytuacje finansowe szpitali powiatowych po wprowadzeniu tzw. Sieci szpitali. Prezentowane są dane dot. wartości ryczałów dla szpitali I i II stopnia szpitalnego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych od początku istnienia PSZ oraz wartości wszystkich kontraktów (ryczałt oraz wyodrębnione) przedmiotowych szpitali w ramach PSZ w okresie 2018- 019. Dane wykorzystane do analizy pochodzą z systemu informatycznego Centrali NFZ i zostały wygenerowane w dniu 4 oraz 6 lutego 2020 r.

Wykres nr III.8. Wartość ryczałtu PSZ dla szpitali I i II stopnia w podziale na okresy rozliczeniowe.



Wykres nr III.9. Wartość ryczałtu PSZ dla szpitali I i II stopnia średniomiesięczna w podziale na okresy rozliczeniowe.



Wykres nr III. 10. Porównanie dynamiki w ujęciu liczbowym i wartościowym wg poziomu szpitali za okres IV kw. 2018 – III kw. 2019 w stosunku do realizacji analogicznych świadczeń za okres IV kw. 2017 – III kw 2018 r dla szpitali I i II stopnia.

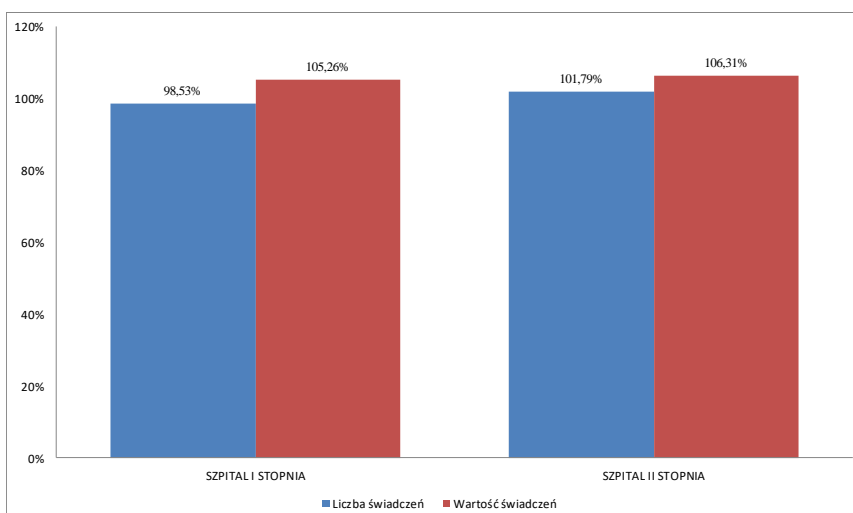
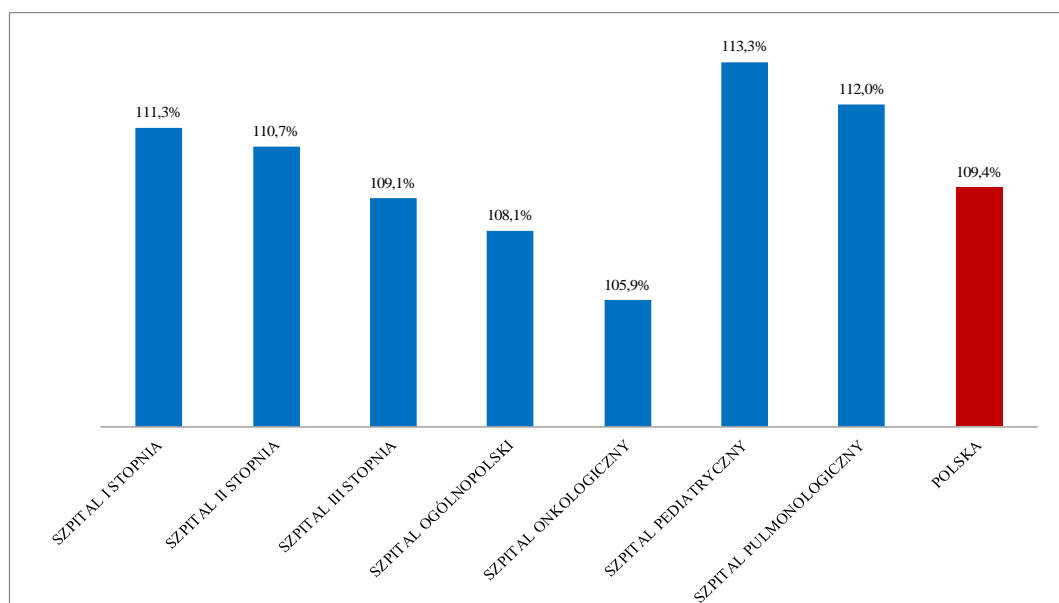


Tabela nr III.7. Wartość kontraktów w PSZ dla szpitali I i II stopnia w podziale na OW za okres 2018 – 2019 r. (w mln zł).

OW NFZ	2018	2019	Dynamika
	Wartość umów (typ umowy 03/8)		
Dolnośląski	1 182,15	1 303,56	110%
Kujawsko-Pomorski	645,51	717,83	111%
Lubelski	819,24	898,50	110%
Lubuski	254,61	283,45	111%
Łódzki	937,24	1 042,90	111%
Małopolski	1 839,74	2 063,58	112%
Mazowiecki	1 925,67	2 129,65	111%
Opolski	544,86	605,25	111%
Podkarpacki	1 217,87	1 342,50	110%
Podlaski	561,00	633,26	113%
Pomorski	594,42	668,91	113%
Śląski	2 118,01	2 338,43	110%
Świętokrzyski	659,40	730,87	111%
Warmińsko-Mazurski	645,18	717,21	111%
Wielkopolski	1 604,65	1 795,81	112%
Zachodniopomorski	497,05	543,36	109%
RAZEM	16 046,61	17 815,06	111%

Wykres nr III.12. Dynamika wartości kontraktów szpitali w PSZ rok 2019 vs 2018 wg poziomów.



Powyższe dane pokazują znaczną dynamikę wzrostu wartości umów zawartych przez przedmiotowe szpitale na realizację świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia w ramach PSZ. Pomiędzy oddziałami województwami jest niewielkie zróżnicowanie w dynamice. Przedstawione wykresy pokazują natomiast, że w skali kraju wartość Ryczału PSZ w okresie istnienia „systemu zabezpieczenia” systematycznie wzrastała dla rozpatrywanych w analizie grup szpitali.

Reasumując, z powyższej analizy wynika, że zestawiając rok 2019 do 2018 wartość ryczału szpitali I i II stopnia wzrosła odpowiednio 9,4% oraz 10,1% co jest znacznie powyżej średniej krajowej, która wynosi 6,5%. Ponadto wartość wszystkich kontraktów szpitali I i II stopnia w typie umowy 03/8 wzrosła w 2019 roku o ok 11% w porównaniu do roku poprzedniego gdzie średnia krajowa to ok 9%.

III.2.2. Postępowania w zaprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

W 2019 roku przeprowadzono postępowania w trybie konkursu ofert i rokowań. Wszystkich postępowań było 3 689. Rozstrzygnięto 2 445, unieważniono bądź odwołano 1 241.

Tabela nr III.8. Liczba postępowań w 2019 roku stan na 31.12.2019 r. (wszystkie).

Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Leczenie szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekunkowe	Leczenie stomatologiczne	Leczenie uzdrowiskowe	Profilaktyczne programy zdrowotne	Zaopatrzenie w wyroby medyczne	Ratownictwo medyczne	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Programy pilotażowe	Liczba postępowań
Dolnośląski		18	64	181	6		4		5	1	1	1			281
Kujawsko-Pomorski		15	29	67	2	1	16				2				132
Lubelski	2	124	11			8	9			1	4				159
Lubuski	1	32	20	67	27	2	34		27	2	1				213
Łódzki	1	49	23	6	2	1	6	2		5	1		2		98
Małopolski		12	30	4	4		4		48		3				105
Mazowiecki		232	29	106	26	5	79	1			5	2	4		489
Opolski		59	12	6	4	2	11		16	4	1	1			116
Podkarpacki		24	19	5	6		19	1	2		5				81
Podlaski		92	23	101	4	4	15	1	7		3	5			255

Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Leczenie szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	Leczenie stomatologiczne	Leczenie uzdrowskowe	Profilaktyczne programy zdrowotne	Zaopatrzenie w wyroby medyczne	Ratownictwo medyczne	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Programy pilotażowe	Liczba postępowań
Pomorski		54	15	3	11	1	13	3	2		3	1			106
Śląski		84	28	162	117	47	16			96	5				555
Świętokrzyski		23	20		7	1	15			1	1				68
Warmińsko-Mazurski		38	39	7	4		42	2	5	50	1	1			189
Wielkopolski	1	124	25	2		5	19			9	3				188
Zachodniopomorski		19	22	5	163	49	251	29	71	41	2	1	1		654
Razem	5	999	409	721	383	126	553	39	183	210	41	12	7	0	3 689

Tabela nr III.9. Liczba postępowań w 2019 roku stan na 31.12.2019 r. (status rozstrzygnięte).

Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Leczenie szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	Opieka paliatywno-hospicyjna	Leczenie stomatologiczne	Leczenie uzdrowskowe	Profilaktyczne programy zdrowotne	Ratownictwo medyczne	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Programy pilotażowe	liczba postępowań
Dolnośląski		10	39	160	2	1		3		1	1				217
Kujawsko-Pomorski		12	23	64	1			6			2				108
Lubelski	1	62	11			1	3	8			4				90
Lubuski	1	10	15	41	15	2		7		14	1				106
Łódzki	1	37	21	6	2	5	1	5	2		1		2		83
Małopolski		6	26	3	3			2		34	2				76
Mazowiecki		82	25	77	17		3	36	1		5	1	4		251
Opolski		23	8	5	2	2	1	5		12	1				59
Podkarpacki		16	16	3	5			13	1	2	5				61

Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Leczenie szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	Opieka paliatywno-hospicyjna	Leczenie stomatologiczne	Leczenie uzdrowskowe	Profilaktyczne programy zdrowotne	Ratownictwo medyczne	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Programy pilotażowe	liczba postępowań
Podlaski		43	13	63			1	8	1		3				132
Pomorski		47	14	1	7		1	7	3	2	3	1			86
Śląski		71	26	150	113	53	28	8			5				454
Świętokrzyski		16	5		3			10			1				35
Warmińsko-Mazurski		17	18	6	2	48		9	2		1	1			104
Wielkopolski	1	73	20	2		5	1	11			2				115
Zachodniopomorski		9	17	1	109	39	31	220	17	21	2	1	1		468
Razem	4	534	297	582	281	156	70	358	27	86	39	4	7	0	2 445

W trakcie postępowań zgłoszono 340 protestów, z tego: 55 w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, 23 w leczeniu szpitalnym, 53 w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, 113 w rehabilitacji leczniczej, 24 w leczeniu stomatologicznym, 9 w lecznictwie uzdrowskowym, 17 w profilaktycznych programach zdrowotnych, 29 w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych, 17 w opiece paliatywno-hospicyjnej.

Uwzględniono 45 protestów: 5 w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, 2 w leczeniu szpitalnym, 5 w opiece psychiatrycznej, w rehabilitacji leczniczej 14, w leczeniu stomatologicznym 10, w lecznictwie uzdrowskowym 2, w profilaktycznych programach zdrowotnych 2, w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych 5.

Od rozstrzygnięć postępowań do dyrektorów oddziałów wojewódzkich zgłoszono również 178 odwołań. Z tego: 40 w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, 11 w leczeniu szpitalnym, 41 w opiece psychiatrycznej, 42 w rehabilitacji leczniczej, 8 w leczeniu stomatologicznym, 2 w profilaktycznych programach zdrowotnych, 27 w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych, 7 w opiece paliatywno-hospicyjnej. Uwzględniono 3, w tym: 1 w rehabilitacji leczniczej, 1 w leczeniu stomatologicznym, 1 w leczeniu szpitalnym.

Liczba i wartość umów w 2019 roku

Tabela nr III.11. Liczba i wartość umów w 2019 roku w podziale na oddziały wojewódzkie (wartości umów i wartości planu finansowego zawierają migracje) (wartości w tys. zł).

OW NFZ	Liczba umów	Wartość umów	Wartość planu (bez POZ, ZSP, UZD, PDR, TS)	Realizacja 2019 (bez POZ, ZSP, UZD, PDR, TS)	Realizacja planu %
Dolnośląski	2 497	4 855 532	4 995 105	4 948 178	99,06%
Kujawsko-Pomorski	1 715	3 494 660	3 502 101	3 466 401	98,98%
Lubelski	1 890	3 631 966	3 773 528	3 739 213	99,09%
Lubuski	1 134	1 553 936	1 674 496	1 623 613	96,96%
Łódzki	2 039	4 314 768	4 488 191	4 390 675	97,83%
Małopolski	2 314	5 814 812	5 816 469	5 755 397	98,95%
Mazowiecki	3 306	10 325 209	9 963 461	9 773 489	98,09%
Opolski	1 092	1 453 927	1 566 068	1 560 903	99,67%
Podkarpacki	2 377	3 344 476	3 593 666	3 554 855	98,92%
Podlaski	1 155	2 017 670	2 052 194	2 016 437	98,26%
Pomorski	1 542	3 684 923	3 809 902	3 745 503	98,31%
Śląski	4 156	8 017 403	8 124 571	8 047 691	99,05%
Świętokrzyski	1 250	2 145 992	2 250 637	2 225 254	98,87%
Warmińsko-Mazurski	1 543	2 118 868	2 274 828	2 261 548	99,42%
Wielkopolski	4 116	5 645 979	5 872 485	5 671 516	96,58%
Zachodniopomorski	1 884	2 676 276	2 843 099	2 779 327	97,76%
Razem	34 010	65 096 398	66 600 801	65 560 000	98,44%

III.2.3. Podstawowa opieka zdrowotna

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

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

położnej POZ, świadczenia pielęgniarstwa szkolnej, świadczenia transportu sanitarnego w POZ oraz świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Tabela nr III.12. Liczba świadczeniodawców w podstawowej opiece zdrowotnej 2017-2019.

Nazwa Oddziału	Liczba świadczeniodawców		
	2017	2018	2019
Dolnośląski	726	721	718
Kujawsko-Pomorski	424	427	430
Lubelski	575	578	568
Lubuski	402	397	407
Łódzki	504	498	506
Małopolski	713	704	703
Mazowiecki	828	825	817
Opolski	259	255	257
Podkarpacki	685	677	677
Podlaski	299	299	291
Pomorski	510	512	514
Śląski	996	990	1001
Świętokrzyski	278	277	284
Warmińsko-Mazurski	450	452	460
Wielkopolski	1451	1454	1451
Zachodniopomorski	461	444	447
Razem	9 560	9 510	9 531

Z powyższych danych zaobserwować można nieznaczny wzrost liczby świadczeniodawców w stosunku do ubiegłego roku.

Tabela nr III.13. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w latach 2017–2019 i ich wykonanie (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2017		2018		2019	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Dolnośląski	762 998,00	761 127,76	842 335,00	841 871,45	935 676,00	933 198,50
Kujawsko-Pomorski	549 600,00	549 592,82	608 154,00	607 943,26	667 825,00	667 821,78
Lubelski	570 216,00	569 067,69	568 716,00	620 539,08	685 954,00	685 927,26
Lubuski	265 273,00	264 475,25	289 853,00	289 555,93	320 804,00	320 400,34

Nazwa Oddziału	2017		2018		2019	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Łódzki	677 950,00	676 945,98	741 026,00	740 774,83	820 089,00	820 080,42
Małopolski	904 000,00	902 903,23	1 001 110,00	1 000 598,09	1 117 558,00	1 117 026,05
Mazowiecki	1 495 323,00	1 494 142,37	1 651 607,00	1 651 451,64	1 835 799,00	1 832 666,00
Opolski	242 749,00	241 886,47	266 246,00	265 647,02	293 609,00	292 866,79
Podkarpacki	549 461,00	548 886,99	604 563,00	604 391,69	668 624,00	668 623,73
Podlaski	306 450,00	306 219,86	333 850,00	333 635,68	370 273,00	369 897,71
Pomorski	617 768,00	613 866,93	676 015,00	675 104,04	760 856,00	753 463,37
Śląski	1 213 388,00	1 209 871,39	1 332 391,00	1 331 168,12	1 476 454,00	1 472 132,02
Świętokrzyski	321 973,00	321 484,00	353 479,00	353 406,77	387 793,00	386 891,14
Warmińsko-Mazurski	368 678,00	368 409,19	386 294,00	400 705,77	448 705,00	443 376,56
Wielkopolski	942 800,00	942 593,85	1 029 500,00	1 028 879,72	1 136 000,00	1 135 952,74
Zachodniopomorski	439 088,00	437 768,34	480 917,00	480 191,08	536 519,00	535 006,56
RAZEM:	10 227 715,00	10 209 242,12	11 166 056,00	11 225 864,17	12 462 538,00	12 435 330,97

Zobrazowane powyżej dane świadczą o wzrost planowych kosztów finansowania świadczeń i ich wykonania w stosunku do lat poprzednich.

Tabela nr III.14. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w POZ w latach 2017-2019 (liczba osób wg unikalnego identyfikatora).

Nazwa Oddziału	2017		2018		2019	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	2 055 157	12 060 604	2 051 091	11 924 063	2 049 220	12 219 664
Kujawsko-Pomorski	1 543 465	9 393 894	1 548 333	9 407 439	1 528 920	9 463 732
Lubelski	1 597 893	9 461 803	1 603 526	9 658 628	1 592 310	9 882 090
Lubuski	736 395	4 279 325	740 676	4 340 269	733 125	4 358 204
Łódzki	1 908 426	11 762 144	1 894 466	11 583 592	1 876 477	11 637 539
Małopolski	2 464 857	13 455 371	2 479 315	13 640 920	2 468 398	13 885 508
Mazowiecki	3 795 794	20 359 765	3 826 018	20 758 991	3 791 528	20 730 788
Opolski	686 921	4 042 011	682 892	3 978 463	679 475	4 153 767
Podkarpacki	1 553 318	8 764 314	1 559 608	8 949 323	1 547 750	9 000 265

Nazwa Oddziału	2017		2018		2019	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Podlaski	859 383	5 127 255	865 025	5 272 149	858 507	5 328 565
Pomorski	1 760 003	9 876 187	1 744 434	9 642 806	1 747 537	9 977 858
Śląski	3 396 139	19 460 100	3 361 633	18 907 399	3 354 006	19 783 726
Świętokrzyski	911 069	5 345 045	915 075	5 495 623	909 404	5 553 175
Warmińsko-Mazurski	1 042 156	6 297 219	1 046 395	6 415 261	1 034 714	6 476 525
Wielkopolski	2 651 739	15 745 577	2 668 045	15 969 545	2 641 415	16 244 406
Zachodniopomorski	1 265 647	7 708 601	1 275 605	7 889 578	1 260 513	7 942 367
RAZEM:	28 228 362	163 139 215	28 262 137	163 834 049	28 073 299	166 638 179

Biorąc pod uwagę powyższe dane widoczny jest wzrost liczby świadczeń z jednoczesnym spadkiem liczby pacjentów.

Tabela nr III.15. Zestawienie kosztów świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej sfinansowanych w 2019 r. (w tys. zł).

Nazwa świadczenia	Koszt świadczeń w 2019 r.	Koszt wzrostu finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, zrealizowany w związku z przepisami OWU	Średniomiesięczna populacja świadczeniobiorców uwzględnionych w rozliczeniu 2019 r. (średnia z 12 miesięcy)
Świadczenia lekarza poz			
Świadczenia lekarza poz - kapitacja, w tym:	8 723 612,12	0,00	34 246 049,17
• grupa 0-6 r.ż.	1 043 243,27	0,00	2 454 273,08
• grupa 7-19 r.ż.	922 956,04	0,00	4 886 412,92
• grupa 20-39 r.ż.	1 355 198,36	0,00	8 612 072,08
• grupa 40-65 r.ż.	2 483 589,91	0,00	11 819 425,58
• grupa 66 - 75 r.ż.	1 631 614,52	0,00	
• grupa powyżej 75 r.ż.	1 241 700,52	0,00	3 836 356,25
• grupa dps	45 309,50	0,00	2 544 631,00
Świadczenia lekarza poz w ramach realizacji profilaktyki ChUK	9 562,85	0,00	92 878,25
Świadczenia lekarza poz udzielane świadczeniobiorcom spoza listy	25 673,69	0,00	1 679,00
Świadczenia lekarza poz w ramach kwalifikacji do realizacji transportu „dalekiego” w POZ	22,66	0,00	9 750,00
Porady związane z wydaniem Karty DiLO	2 471,32	0,00	54,00

Nazwa świadczenia	Koszt świadczeń w 2019 r.	Koszt wzrostu finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, zrealizowany w związku z przepisami OWU	Średniomiesięczna populacja świadczeniobiorców uwzględnionych w rozliczeniu 2019 r.(średnia z 12 miesięcy)
Razem koszty	8 930 383,42	0	
Świadczenia pielęgniarki poz			
Świadczenia pielęgniarki poz - kapitacja, w tym:	1 701 788,01	395 649,15	32 915 285,00
• grupa 0-6 r.ż	182 963,79	39 856,46	2 235 692,17
• grupa 7-65 r.ż.	998 864,53	223 372,78	24 384 927,42
• grupa powyżej 65 r.ż.	510 237,55	111 127,67	6 226 701,25
• grupa dps	9 722,14	2 011,87	67 964,17
Świadczenia pielęgniarki poz w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy	849,27	0,00	3 516,00
Świadczenia pielęgniarki poz udzielane świadczeniobiorcom spoza listy	308,07	0,00	398,00
Razem koszty	1 702 945,35	395 649,15	
Świadczenia położnej poz			
Świadczenia położnej poz - kapitacja	430 853,79	177 771,87	16 095 824,67
Świadczenia położnej poz - wizyty	86 034,32	0,00	63 002,00
Świadczenia położnej poz - przesiewowe badania cytologiczne	456,48	0,00	613,00
Świadczenia położnej poz udzielane świadczeniobiorcom spoza listy	8,11	0,00	58,00
Razem koszty	517 352,71	177 771,87	
Świadczenia pielęgniarki szkolnej			
Świadczenia pielęgniarki szkolnej - kapitacja wg typów uczniów, w tym:	509 529,71	177 361,95	4 585 168,25
• uczniowie typ I.1	344 086,58	116 546,78	3 928 027,50
• uczniowie typ I.2	32 002,08	10 646,68	216 123,25
• uczniowie typ I.3A	22 505,20	6 780,46	51 507,50
• uczniowie typ I.3B	4 087,55	1 195,14	4 953,50
• uczniowie typ I.3C	3 132,76	871,01	1 431,42
• uczniowie typ II	47 197,81	15 018,40	318 527,33
• uczniowie typ IIIA	14 016,41	4 421,46	31 872,50
• uczniowie typ IIIB	17 561,95	5 511,65	21 367,75
• uczniowie typ IIIC	24 939,36	7 746,15	11 357,50

Nazwa świadczenia	Koszt świadczeń w 2019 r.	Koszt wzrostu finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, zrealizowany w związku z przepisami OWU	Średniomiesięczna populacja świadczeniobiorców uwzględnionych w rozliczeniu 2019 r.(średnia z 12 miesięcy)
Świadczenia pielęgniarki szkolnej udzielane w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej- kapitacja w klasach I-VI szkół podstawowych	12 124,88	0,00	1 761 826,33
Razem koszty	521 654,58	177 361,95	
Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej			
Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej - ryczałt	662 512,95	6 517,63	3 973 934,00
Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej - UE	2 068,49	0,00	1 330,00
Razem	664 581,44	6 517,63	
Świadczenia transportu sanitarnego w POZ			
Świadczenia transportu sanitarnego w POZ – kapitacja	176 924,83	0,00	29 283 070,08
Świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ	6 646,38	0,00	821,00
Razem	177 405,08	6 166,13	
Koszt ogółem	12 514 322,58	726 679,80	

III.2.4. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

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

Tabela nr III.16. Liczba świadczeniodawców w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej 2016-2018.

Nazwa OW	liczba świadczeniodawców		
	2017	2018	2019
Dolnośląski	499	491	478
Kujawsko-Pomorski	329	323	313
Lubelski	251	248	250
Lubuski	176	171	160
Łódzki	383	382	370
Małopolski	416	416	404

Nazwa OW	liczba świadczeniodawców		
	2017	2018	2019
Mazowiecki	545	537	527
Opolski	182	184	183
Podkarpacki	348	340	333
Podlaski	217	208	206
Pomorski	307	297	293
Śląski	905	883	871
Świętokrzyski	269	266	264
Warmińsko-Mazurski	321	313	304
Wielkopolski	657	648	619
Zachodniopomorski	249	248	240
Razem	6 054	5 955	5 815

Zauważalny jest spadek liczby świadczeniodawców w porównaniu do lat 2017 i 2018.

Tabela nr III.17. Wartość i wykonanie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w latach 2017-2019 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2017		2018		2019	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	397 341	418 118	318 048	374 370	352 817	412 859
Kujawsko-Pomorski	263 227	288 336	160 207	218 224	176 221	239 858
Lubelski	273 956	293 566	169 867	225 813	182 327	244 205
Lubuski	142 289	145 654	94 551	116 340	106 176	127 129
Łódzki	334 653	343 039	220 008	274 434	252 271	307 726
Małopolski	480 606	496 674	335 236	404 500	346 557	441 594
Mazowiecki	740 812	782 328	463 575	590 180	512 050	655 295
Opolski	120 481	125 818	82 682	98 284	90 916	109 533
Podkarpacki	275 892	286 918	206 110	240 260	233 306	269 999
Podlaski	188 567	193 104	124 416	147 297	141 494	167 481
Pomorski	317 365	351 277	252 248	308 482	280 082	342 683
Śląski	743 298	762 780	561 100	667 626	619 921	733 720
Świętokrzyski	162 799	171 454	121 985	151 307	138 389	166 995

Nazwa Oddziału	2017		2018		2019	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Warmińsko-Mazurski	185 775	204 470	134 087	161 064	143 855	179 499
Wielkopolski	501 909	524 249	397 305	453 657	447 252	501 032
Zachodniopomorski	216 473	247 212	132 938	192 220	144 314	207 412
RAZEM:	5 345 444	5 634 998	3 774 364	4 624 058	4 167 949	5 107 021

Spadek wartości zakontraktowanych świadczeń w latach 2018 i 2019 spowodowany był finansowaniem części zakresów w ramach ryczału PSZ.

Tabela nr III.18. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2017-2019.

Nazwa Oddziału	2017		2018		2019	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	1 298 642	5 971 911	1 276 841	5 612 069	1 262 680	5 923 544
Kujawsko-Pomorski	997 473	4 748 449	978 537	4 561 175	966 323	4 716 168
Lubelski	989 834	4 897 966	982 454	4 730 468	979 665	4 882 856
Lubuski	480 867	2 150 226	465 921	2 001 001	456 885	2 101 874
Łódzki	1 157 706	5 734 123	1 144 852	5 451 934	1 134 905	5 612 921
Małopolski	1 533 164	7 901 751	1 514 942	7 659 067	1 498 384	7 849 091
Mazowiecki	2 441 402	11 570 911	2 394 212	11 306 033	2 373 916	11 944 879
Opolski	441 668	1 923 357	432 030	1 884 609	425 299	1 998 372
Podkarpacki	995 444	4 953 343	982 592	4 818 617	974 720	4 969 602
Podlaski	593 127	3 030 668	590 480	2 919 460	589 656	3 044 710
Pomorski	1 079 444	5 309 449	1 067 730	5 193 377	1 062 035	5 297 047
Śląski	2 299 498	12 276 843	2 247 341	11 468 963	2 232 784	11 906 030
Świętokrzyski	574 490	2 686 873	571 290	2 493 145	570 209	2 654 267
Warmińsko-Mazurski	683 370	3 186 354	669 324	2 929 082	658 099	3 085 252
Wielkopolski	1 593 972	7 338 506	1 566 454	6 970 075	1 550 336	7 275 518
Zachodniopomorski	788 672	3 807 718	775 159	3 569 444	769 578	3 839 617
RAZEM:	17 948 773	87 488 447	17 660 159	83 568 520	17 505 474	87 101 748

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.

III.2.5.Leczenie szpitalne

Tabela nr III.19. Liczba świadczeniodawców w leczeniu szpitalnym 2017-2019.

Nazwa Oddziału	Liczba świadczeniodawców		
	2 017	2 018	2 019
Dolnośląski	81	76	74
Kujawsko-Pomorski	64	64	60
Lubelski	58	60	56
Lubuski	29	30	29
Łódzki	70	69	65
Małopolski	74	68	68
Mazowiecki	122	121	118
Opolski	35	34	34
Podkarpacki	58	50	50
Podlaski	36	36	35
Pomorski	44	38	39
Śląski	151	151	126
Świętokrzyski	36	34	36
Warmińsko-Mazurski	50	49	49
Wielkopolski	92	94	90
Zachodniopomorski	42	36	37
Razem	1 042	1 010	966

Tabela nr III.20. Wartość i wykonanie umów w rodzaju leczenie szpitalne w latach 2017-2019 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2017		2018		2019	
	Wartość umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość umów	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	2 849 701,89	2 963 599,08	3 268 006,01	3 168 340,40	3 752 200,33	3 524 705,93
Kujawsko-Pomorski	2 106 684,65	2 164 821,02	2 298 860,63	2 269 545,73	2 736 513,37	2 555 473,38
Lubelski	2 126 275,15	2 243 732,59	2 411 183,94	2 463 672,41	2 814 324,32	2 727 298,51

Nazwa Oddziału	2017		2018		2019	
	Wartość umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość umów	Koszty realizacji świadczeń
Lubuski	848 450,14	924 410,02	933 425,74	1 048 946,02	1 109 669,53	1 139 302,77
Łódzki	2 557 845,76	2 611 327,25	2 877 569,51	2 971 339,18	3 468 646,57	3 316 436,11
Małopolski	3 313 053,49	3 256 031,59	3 660 465,43	3 600 128,55	4 200 169,42	4 019 581,10
Mazowiecki	6 287 286,39	5 974 289,53	7 161 766,65	6 578 038,29	8 341 064,20	7 310 752,54
Opolski	836 622,51	927 539,65	903 379,13	1 004 165,33	1 071 197,87	1 104 634,49
Podkarpacki	1 835 154,06	2 029 088,98	2 102 913,94	2 237 718,29	2 433 463,42	2 496 726,60
Podlaski	1 143 040,62	1 159 277,71	1 269 788,81	1 294 325,27	1 509 407,95	1 468 130,48
Pomorski	2 051 968,73	2 150 499,36	2 312 101,43	2 396 344,72	2 720 844,99	2 663 751,59
Śląski	4 687 268,52	4 546 185,96	5 231 990,04	5 010 373,82	6 101 960,90	5 673 141,13
Świętokrzyski	1 257 937,07	1 299 273,20	1 378 695,21	1 437 372,14	1 645 068,79	1 609 622,27
Warmińsko-Mazurski	1 220 708,71	1 330 808,49	1 380 773,08	1 477 048,15	1 645 447,42	1 644 073,22
Wielkopolski	3 358 558,75	3 436 321,51	3 656 362,38	3 670 494,71	4 340 499,91	4 098 864,92
Zachodniopomorski	1 587 351,26	1 665 160,75	1 805 484,42	1 842 265,94	2 197 728,16	2 024 997,91
RAZEM	38 067 907,70	38 682 366,69	42 652 766,35	42 470 118,95	50 088 207,15	47 377 492,95

Z przedstawionych danych zaobserwować można wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń w latach 2018-2019. Wzrost spowodowany tym, że część zakresów z innych rodzajów świadczeń finansowana jest w ramach ryczału PSZ w rodzaju leczenie SZP.

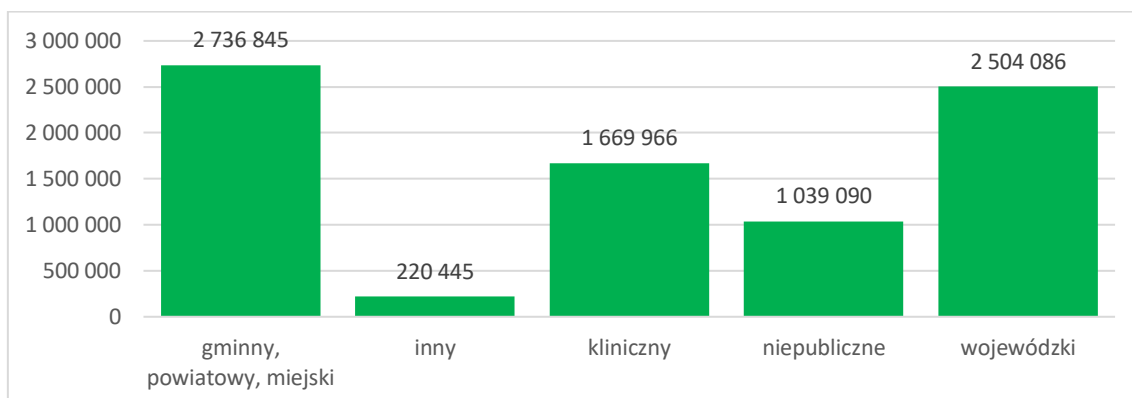
Tabela nr III.21. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu szpitalnym w latach 2017-2019.

Nazwa Oddziału	2017		2018		2019	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	666 186	1 206 964	663 124	1 217 157	655 250	1 251 041
Kujawsko-Pomorski	523 306	943 283	516 142	934 040	510 507	961 185
Lubelski	510 151	901 037	502 247	902 061	495 509	919 045
Lubuski	200 433	328 440	196 633	327 130	193 388	336 985
Łódzki	604 081	1 083 047	599 137	1 095 747	591 805	1 114 949
Małopolski	788 650	1 318 847	766 191	1 283 807	760 002	1 307 047
Mazowiecki	1 403 250	2 563 446	1 381 113	2 521 749	1 374 320	2 568 479
Opolski	235 590	391 972	229 627	384 143	225 617	384 509

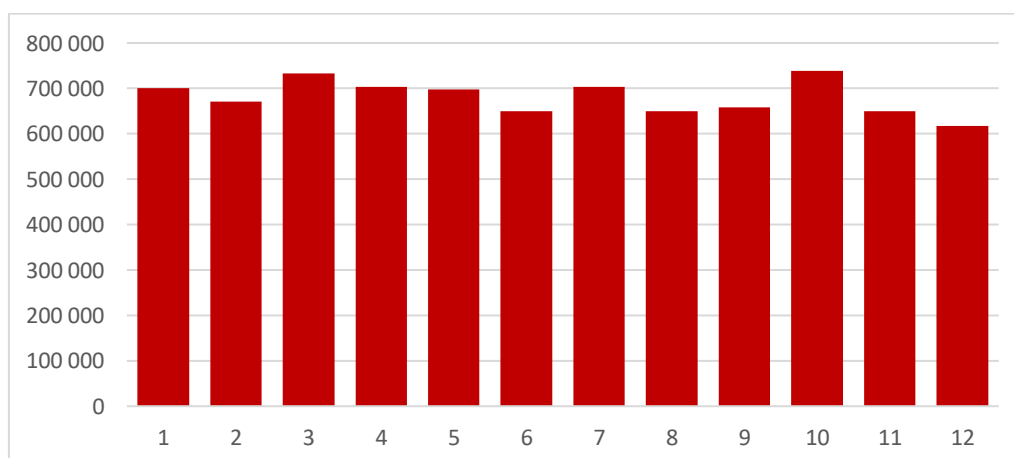
Nazwa Oddziału	2017		2018		2019	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Podkarpacki	509 242	863 529	507 510	869 828	503 345	887 821
Podlaski	267 680	456 043	268 473	461 331	267 149	473 972
Pomorski	552 039	947 570	550 985	963 576	545 903	991 891
Śląski	1 132 786	1 949 109	1 116 377	1 948 308	1 106 219	2 013 815
Świętokrzyski	304 661	525 908	310 144	545 521	306 001	571 330
Warmińsko-Mazurski	303 227	508 068	302 051	509 660	300 913	525 408
Wielkopolski	816 267	1 405 798	800 449	1 372 555	793 997	1 408 139
Zachodniopomorski	413 750	734 792	409 980	738 263	400 241	740 396
RAZEM:	9 231 299	16 127 853	9 120 183	16 074 876	9 030 166	16 456 012

Widoczny spadek liczby pacjentów z jednoczesnym wzrostem liczby świadczeń w stosunku do ubiegłego roku.

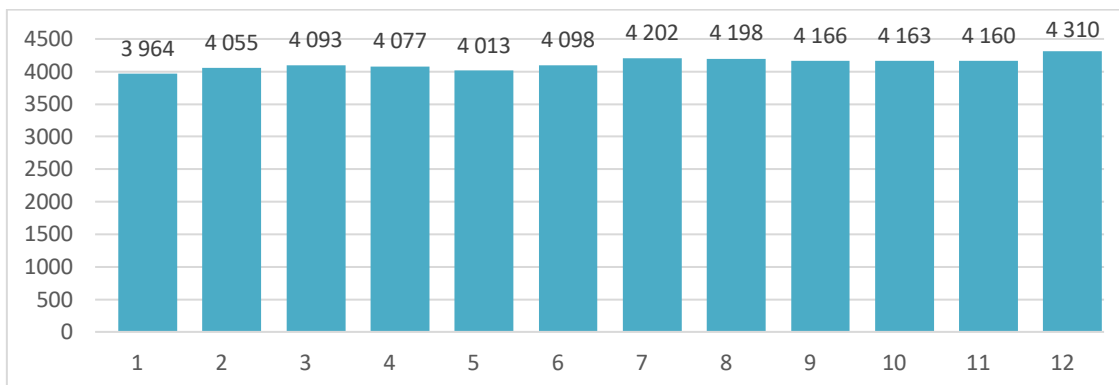
Wykres nr III.13. Liczba hospitalizacji zrealizowanych w 2019 r. przez poszczególne typy świadczeniodawców.



Wykres nr III.14. Liczba hospitalizacji w podziale na miesiące w 2019 r.



Wykres nr III.15. Średnia wartość hospitalizacji w podziale na miesiące w 2019 r. (w zł).



III.2.6. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

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

Tabela nr II.22. Liczba świadczeniodawców w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień 2017-2019.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2017	2018	2019
Dolnośląski	116	116	116
Kujawsko-Pomorski	78	77	72
Lubelski	80	96	93
Lubuski	43	43	40
Łódzki	95	99	86
Małopolski	114	117	106
Mazowiecki	181	182	179
Opolski	46	46	45
Podkarpacki	62	63	59
Podlaski	48	48	45
Pomorski	71	72	72
Śląski	183	182	146
Świętokrzyski	44	48	49
Warmińsko-Mazurski	51	53	47
Wielkopolski	147	151	133
Zachodniopomorski	66	68	64
Razem	1 425	1 461	1 352

Z danych zawartych w tabeli zaobserwować można spadek liczby świadczeniodawców w stosunku do ubiegłego roku (część z nich uczestniczy w programie pilotażowym).

Tabela nr II.23. Wartość i wykonanie umów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2017-2019 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń w 2017	Koszty realizacji świadczeń w 2017	Wartość zakontraktowanych świadczeń w 2018	Koszty realizacji świadczeń w 2018	Wartość zakontraktowanych świadczeń w 2019	Koszty realizacji świadczeń w 2019
Dolnośląski	212 983,08	214 718,06	235 567,39	234 017,15	254 682,06	257 009,00
Kujawsko-Pomorski	136 726,95	140 013,68	149 941,36	151 133,99	155 407,46	159 023,04
Lubelski	158 758,16	161 703,80	171 382,01	173 106,26	181 622,93	184 285,42
Lubuski	115 018,83	92 686,39	122 386,67	101 638,29	118 064,41	99 419,18
Łódzki	164 816,07	176 168,58	179 202,01	185 804,49	156 109,34	170 913,04
Małopolski	196 667,84	196 202,69	230 763,55	214 149,92	221 350,48	224 477,15
Mazowiecki	396 956,85	395 239,20	439 023,49	407 200,85	441 819,40	428 119,20
Opolski	73 189,15	66 544,07	81 776,68	73 128,81	89 492,12	78 419,84
Podkarpacki	123 285,18	128 740,24	135 243,64	134 388,45	127 762,92	134 857,85
Podlaski	99 546,74	88 120,13	96 921,99	84 800,26	101 231,49	90 538,02
Pomorski	164 875,52	160 328,53	186 642,46	175 435,62	209 634,46	201 130,36
Śląski	336 483,74	328 464,74	373 532,79	357 858,53	386 502,43	374 465,61
Świętokrzyski	77 490,89	81 642,49	83 626,10	89 943,63	94 865,44	100 957,47
Warmińsko-Mazurski	87 856,40	100 853,46	95 950,52	103 496,88	92 174,37	106 912,13
Wielkopolski	213 657,24	228 843,79	228 186,05	248 792,07	266 425,55	273 197,74
Zachodniopomorski	91 920,77	102 006,70	101 162,39	108 894,37	103 177,01	113 970,63
RAZEM:	2 650 233,42	2 662 276,55	2 911 309,09	2 843 789,57	3 000 321,88	2 997 695,68

Biorąc pod uwagę powyższe dane można zaobserwować wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń oraz kosztów realizacji świadczeń.

Tabela nr III.24. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2017-2019.

Nazwa Oddziału	2017			2018			2019		
	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	119 448	919 526	1 008 170	118 891	909 273	1 011 716	119 360	951 090	967 393
Kujawsko-Pomorski	110 216	633 008	538 572	110 088	622 832	536 294	96 091	580 665	527 318
Lubelski	87 460	575 733	758 932	88 915	569 841	741 914	89 558	652 585	709 955
Lubuski	48 621	342 529	630 870	48 527	334 937	620 105	40 786	312 578	566 150
Łódzki	119 453	811 481	703 678	119 167	762 650	675 720	95 485	629 848	530 773
Małopolski	138 192	1 015 034	707 191	136 997	993 060	682 501	118 688	938 968	627 862

Nazwa Oddziału	2017			2018			2019		
	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
Mazowiecki	221 320	1 930 719	1 485 753	221 686	1 889 081	1 480 171	204 171	1 831 010	1 445 978
Opolski	40 932	275 153	357 614	41 066	353 260	366 475	40 985	283 071	369 525
Podkarpacki	94 055	579 182	507 636	92 767	570 321	499 154	84 448	542 158	417 277
Podlaski	58 463	393 255	435 762	58 705	356 579	407 875	45 155	315 172	373 863
Pomorski	113 957	824 856	750 939	115 366	807 872	747 376	114 981	847 393	744 984
Śląski	189 089	1 446 984	1 449 142	187 367	1 330 993	1 427 623	170 897	1 350 114	1 383 987
Świętokrzyski	55 541	299 195	356 538	56 051	270 650	341 964	55 663	322 252	330 428
Warmińsko-Mazurski	54 309	325 400	432 181	54 398	291 963	411 298	49 681	299 724	379 976
Wielkopolski	162 307	1 050 959	944 327	161 690	977 838	978 084	162 291	1 073 710	999 336
Zachodniopomorski	66 958	425 540	432 620	67 856	421 215	422 352	62 788	412 960	396 040
RAZEM:	1 680 321	11 848 555	11 499 925	1 679 537	11 462 362	11 350 622	1 551 028	11 343 296	10 770 845

Z danych z tabeli zaobserwować można spadek liczby pacjentów i liczby świadczeń spowodowany był realizacją programu pilotażowego w CZP.

Tabela nr III.25. Liczba świadczeniodawców, liczba pacjentów (wg unikalnego identyfikatora) i liczba wykonanych świadczeń w programie pilotażowym w Centrach Zdrowia Psychicznego (CZP) w 2019 roku.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców	liczba pacjentów wg identyfikatora	liczba świadczeń
Dolnośląski	1	2 951	67 114
Kujawsko-pomorski	1	14 158	82 628
Lubelski	2	5 444	65 198
Lubuski	2	9 118	88 522
Łódzki	2	25 502	304 426
Małopolski	3	19 325	168 711
Mazowiecki	4	22 377	221 732
Podkarpacki	2	9 568	129 714
Podlaski	4	15 267	124 586
Pomorski	1	2 733	21 451
Śląski	2	11 965	96 997
Świętokrzyski	1	2 581	31 450
Warmińsko-mazurski	1	5 548	57 367

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców	liczba pacjentów wg identyfikatora	liczba świadczeń
Zachodniopomorski	1	6 901	51 976
Razem:	27	153 438	1 511 872

III.2.7. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze

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.³

Tabela nr III.26. Liczba świadczeniodawców w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2016-2018.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2017 rok	2018 rok	2019 rok
Dolnośląski	153	139	139
Kujawsko-Pomorski	96	91	90
Lubelski	82	77	76
Lubuski	56	53	52
Łódzki	73	69	72
Małopolski	132	124	123
Mazowiecki	206	185	181
Opolski	57	56	53
Podkarpacki	153	153	154
Podlaski	49	41	41
Pomorski	48	47	49
Śląski	168	166	168
Świętokrzyski	54	50	50
Warmińsko-Mazurski	57	57	57
Wielkopolski	166	140	142
Zachodniopomorski	51	50	51
RAZEM:	1 601	1 498	1 498

³ Wymóg oceny skalą Barthel nie dotyczy dzieci do ukończenia 3 roku życia.

Tabela nr III.27. Wartość i wykonanie umów w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2017-2019 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2017 rok		2018 rok		2019 rok	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	118 943,06	125 171,33	126 889,47	129 105,97	157 145,58	159 365,57
Kujawsko-Pomorski	65 138,23	68 208,13	75 093,44	74 679,79	87 799,10	87 499,82
Lubelski	78 329,93	80 839,41	106 598,90	92 239,66	97 426,13	101 490,54
Lubuski	30 940,44	31 028,21	37 136,14	37 542,39	41 414,41	43 593,73
Łódzki	62 689,10	67 585,44	75 958,66	80 340,22	87 905,08	93 939,44
Małopolski	164 716,13	162 326,30	178 762,11	176 163,07	203 888,82	210 407,35
Mazowiecki	195 087,10	186 426,76	217 312,08	209 470,01	246 124,45	236 565,16
Opolski	57 247,59	55 779,12	61 609,63	59 672,77	69 073,68	66 689,97
Podkarpacki	119 897,65	117 258,27	128 493,02	128 321,72	160 415,34	156 891,13
Podlaski	34 151,45	35 929,37	38 775,71	40 699,29	44 559,95	46 398,99
Pomorski	52 452,63	52 822,26	61 155,04	59 899,94	72 733,10	69 346,12
Śląski	260 545,01	259 512,22	286 524,99	285 410,43	314 774,40	310 107,45
Świętokrzyski	54 227,75	56 862,57	56 214,79	59 198,58	62 994,49	67 083,01
Warmińsko-Mazurski	42 875,19	46 136,52	45 879,42	45 723,02	53 289,44	56 060,43
Wielkopolski	85 580,63	88 434,37	100 234,03	99 720,52	106 022,09	111 211,99
Zachodniopomorski	44 651,80	46 583,15	49 643,37	51 711,68	56 068,86	58 537,45
RAZEM:	1 467 474	1 480 903	1 646 281	1 629 899	1 861 635	1 875 188

Powyższe dane przedstawiają wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń i kosztów realizacji świadczeń w stosunku do lat 2017 i 2018.

Tabela nr III.28. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2017-2019.

Nazwa Oddziału	2017 rok		2018 rok		2019 rok	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	8 215	1 840 679	7 904	1 684 800	7 732	1 954 813
Kujawsko-Pomorski	4 627	982 907	4 725	975 263	4 557	1 098 896
Lubelski	5 861	1 299 138	5 917	1 344 222	5 861	1 488 042
Lubuski	2 213	499 165	2 401	534 295	2 588	590 717

Nazwa Oddziału	2017 rok		2018 rok		2019 rok	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Lódzki	5 862	1 112 321	5 899	1 175 060	5 846	1 260 066
Małopolski	10 853	2 452 278	11 008	2 468 412	11 100	2 809 384
Mazowiecki	13 630	3 125 825	13 471	3 176 552	13 392	3 360 173
Opolski	5 059	1 199 081	4 901	1 127 520	4 485	1 110 456
Podkarpacki	9 134	2 173 770	9 224	2 249 906	9 207	2 341 630
Podlaski	2 616	530 480	2 500	540 482	2 407	556 625
Pomorski	3 777	651 017	3 738	671 049	3 664	715 678
Śląski	19 670	4 903 521	19 552	4 858 590	20 222	5 122 379
Świętokrzyski	4 592	1 008 034	4 255	875 686	4 088	1 015 809
Warmińsko-Mazurski	3 288	602 035	3 228	539 872	3 083	629 916
Wielkopolski	7 661	1 669 835	7 604	1 650 383	7 728	1 806 010
Zachodniopomorski	4 000	871 066	4 114	864 988	4 004	884 839
RAZEM:	111 058	24 921 152	110 441	24 737 080	109 964	26 745 433

Widoczny nieznaczny spadek liczby pacjentów z jednoczesnym wzrostem liczby świadczeń.

III.2.8. Opieka paliatywno-hospicyjna

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

Tabela nr III.29. Liczba świadczeniodawców w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2017-2019.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2017 rok	2018 rok	2019 rok
Dolnośląski	36	32	32
Kujawsko-Pomorski	21	21	21
Lubelski	26	26	27
Lubuski	15	14	14

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2017 rok	2018 rok	2019 rok
Łódzki	33	32	33
Małopolski	40	40	41
Mazowiecki	73	77	72
Opolski	11	11	11
Podkarpacki	49	46	48
Podlaski	15	16	16
Pomorski	29	29	29
Śląski	51	51	55
Świętokrzyski	23	19	20
Warmińsko-Mazurski	24	25	24
Wielkopolski	56	54	53
Zachodniopomorski	23	24	25
RAZEM:	525	517	521

Widoczny niewielki wzrost liczby świadczeniodawców w porównaniu do ubiegłego roku.

Tabela nr III.30. Wartość i wykonanie umów w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2017-2019 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2017 rok		2018 rok		2019 rok	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	59 730,08	63 319,74	66 630,79	66 320,57	78 227,73	77 744,11
Kujawsko-Pomorski	41 561,86	47 323,17	46 745,59	47 815,83	49 663,84	51 112,86
Lubelski	29 435,95	29 679,24	33 369,28	31 934,02	33 939,82	34 018,26
Lubuski	16 952,15	16 501,20	19 815,51	19 156,66	22 876,37	21 716,64
Łódzki	32 949,10	35 360,73	35 794,59	38 051,13	37 773,49	40 495,70
Małopolski	69 483,77	68 423,38	78 940,69	72 455,96	80 059,83	80 903,15
Mazowiecki	67 002,98	66 754,57	85 643,19	83 920,74	94 217,43	93 238,66
Opolski	19 402,01	18 859,72	22 313,86	22 064,26	25 679,58	25 903,08
Podkarpacki	47 836,52	47 124,06	49 688,43	48 791,61	62 426,53	61 106,45
Podlaski	18 582,19	18 841,31	22 605,79	22 805,22	23 977,17	24 307,22
Pomorski	39 212,98	42 438,17	48 455,46	47 607,06	51 769,28	50 046,32

Nazwa Oddziału	2017 rok		2018 rok		2019 rok	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Śląski	82 592,00	81 715,52	84 948,23	89 187,74	95 222,48	95 684,61
Świętokrzyski	26 625,45	26 532,05	30 650,19	31 972,20	34 856,87	34 251,46
Warmińsko-Mazurski	22 006,71	22 957,51	22 570,94	22 942,90	24 618,87	26 371,60
Wielkopolski	63 476,45	63 517,61	71 467,50	68 767,83	75 066,71	72 442,42
Zachodniopomorski	16 603,23	18 268,12	17 870,44	19 496,03	21 848,87	24 009,75
RAZEM:	653 453,42	667 616,10	737 510,49	733 289,76	812 224,86	813 352,29

Tabela nr III.31. Porównanie liczby pacjentów i liczby świadczeń w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2017-2019.

Nazwa Oddziału	2017		2018		2019	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	8 416	598 356	8 927	687 378	9 358	855 433
Kujawsko-Pomorski	6 582	545 215	6 522	553 946	6 643	645 877
Lubelski	3 838	258 363	4 071	296 147	4 175	361 897
Lubuski	2 900	227 588	2 951	249 611	2 993	278 101
Łódzki	5 962	360 193	6 082	380 523	5 991	420 513
Małopolski	7 073	472 925	7 428	544 435	7 610	635 624
Mazowiecki	10 505	758 486	11 510	838 759	12 143	1 088 723
Opolski	2 688	250 118	2 863	281 141	2 834	311 815
Podkarpacki	4 900	418 410	5 187	486 387	5 064	541 031
Podlaski	2 396	166 084	2 431	182 809	2 438	191 761
Pomorski	5 695	360 865	5 905	400 999	6 019	449 735
Śląski	12 619	834 639	12 782	865 527	12 775	964 160
Świętokrzyski	3 494	237 978	3 660	250 477	3 688	273 702
Warmińsko-Mazurski	3 847	277 679	3 620	261 235	3 789	308 264
Wielkopolski	8 049	588 894	8 291	629 277	8 316	689 567
Zachodniopomorski	3 227	219 900	3 244	216 321	3 186	252 194
RAZEM:	92 191	6 575 693	95 474	7 124 972	97 022	8 268 397

III.2.9.Rehabilitacja lecznicza

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

Tabela nr III.32. Liczba świadczeniodawców w rehabilitacji leczniczej w latach 2017-2019.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2017 rok	2018 rok	2019 rok
Dolnośląski	184	172	169
Kujawsko-Pomorski	169	189	184
Lubelski	147	150	150
Lubuski	82	81	84
Łódzki	208	188	193
Małopolski	266	259	261
Mazowiecki	325	320	311
Opolski	92	83	83
Podkarpacki	341	337	338
Podlaski	51	49	48
Pomorski	125	112	120
Śląski	316	312	321
Świętokrzyski	111	141	143
Warmińsko-Mazurski	109	107	103
Wielkopolski	232	255	237
Zachodniopomorski	91	91	99
RAZEM:	2 849	2 846	2 844

Powyższe dane obrazują coroczny niewielki spadek liczby świadczeniodawców.

Tabela nr III.33. Wartość i wykonanie umów w opiece rehabilitacji leczniczej w latach 2017-2019 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2017 rok		2018 rok		2019 rok	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	158 120,22	183 220,89	178 026,24	186 736,60	220 389,61	224 989,01
Kujawsko-Pomorski	98 355,00	109 474,72	122 180,67	125 165,73	139 009,60	140 231,52
Lubelski	112 062,00	129 144,53	125 783,98	132 946,09	145 510,12	149 189,79
Lubuski	50 063,25	58 270,51	62 094,45	61 808,10	74 411,69	74 376,82
Łódzki	113 145,19	141 063,69	129 195,05	133 285,19	147 623,65	165 786,96
Małopolski	204 454,11	213 347,73	246 678,94	261 883,36	276 425,85	284 715,58
Mazowiecki	390 343,00	444 763,08	451 632,29	467 241,13	555 084,68	547 386,52
Opolski	55 013,13	58 157,96	61 202,78	62 342,21	75 756,79	72 004,87
Podkarpacki	145 663,07	154 473,98	166 284,12	178 085,36	205 388,25	204 993,12
Podlaski	56 686,17	63 711,98	62 135,42	66 970,63	73 039,95	74 807,89
Pomorski	105 036,68	119 045,01	131 827,12	135 921,52	158 923,30	157 719,39
Śląski	270 340,17	283 755,85	301 021,08	290 549,10	361 629,74	360 388,64
Świętokrzyski	81 659,54	80 619,16	95 800,13	99 095,70	118 019,33	106 879,87
Warmińsko-Mazurski	66 626,72	79 676,11	78 207,78	85 395,59	92 806,86	93 851,27
Wielkopolski	165 988,18	188 935,50	187 290,25	193 604,03	238 527,22	228 850,47
Zachodniopomorski	65 878,68	76 497,13	85 288,48	84 274,81	103 669,05	101 186,72
RAZEM:	2 139 435,11	2 384 157,83	2 484 648,78	2 565 305,15	2 986 215,70	2 987 358,44

Widoczny coroczny wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń oraz kosztów realizacji świadczeń.

Tabela nr II.34. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w rehabilitacji leczniczej w latach 2017-2019.

Nazwa Oddziału	2017			2018			2019		
	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	219 200	8 033 559	51 840	211 582	7 998 202	51 648	211 401	8 606 248	53 195
Kujawsko-Pomorski	201 899	8 630 420	17 024	206 540	9 301 333	19 090	209 025	9 992 963	20 148
Lubelski	191 046	8 362 023	14 891	190 483	8 551 701	13 964	189 302	9 025 297	14 471

Nazwa Oddziału	2017			2018			2019		
	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
Lubuski	85 190	3 859 246	25 291	82 954	3 903 499	29 799	86 325	4 494 850	33 730
Łódzki	243 167	10 065 805	13 877	235 998	10 075 153	19 695	232 003	10 292 301	20 199
Małopolski	311 851	11 864 136	62 830	328 165	13 890 633	66 846	326 716	14 624 977	67 896
Mazowiecki	523 952	20 695 809	46 586	531 662	22 776 508	48 364	529 891	24 760 569	60 010
Opolski	75 410	2 795 174	36 780	72 006	2 691 373	37 035	71 812	2 939 248	41 886
Podkarpacki	239 626	11 469 393	22 342	236 208	11 859 731	22 389	228 893	12 599 732	26 795
Podlaski	96 814	3 975 780	9 620	99 066	4 139 974	10 928	101 306	4 269 786	9 669
Pomorski	221 306	8 299 837	30 100	215 997	8 143 799	40 168	219 262	8 859 665	34 155
Śląski	377 037	13 577 922	121 341	372 037	13 534 430	118 270	375 038	15 252 891	125 026
Świętokrzyski	116 895	4 452 048	24 817	118 594	4 665 027	24 674	119 292	5 316 140	25 554
Warmińsko-Mazurski	114 627	3 925 409	21 709	112 409	3 907 452	24 295	111 077	4 029 313	31 604
Wielkopolski	236 712	9 559 673	65 718	240 167	10 219 064	64 988	238 227	11 092 063	64 678
Zachodniopomorski	109 737	3 721 167	11 115	107 199	3 726 858	11 042	108 477	4 193 117	10 931
RAZEM:	3 364 469	133 287 401	575 881	3 361 067	139 384 737	603 195	3 358 047	150 349 160	639 947

Powyższe dane prezentują spadek liczby pacjentów z jednoczesnym wzrostem liczby świadczeń w warunkach ambulatoryjnych oraz stacjonarnych.

III.2.10. Leczenie stomatologiczne

W ramach leczenia stomatologicznego udzielane są świadczenia dla dzieci i dla osób dorosłych. NFZ finansuje zarówno wybrane, gwarantowane świadczenia stomatologicznego 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 III.35. Liczba świadczeniodawców w leczeniu stomatologicznym w latach 2017-2019.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2017 rok	2018 rok	2019 rok
Dolnośląski	667	601	586
Kujawsko-Pomorski	459	432	415

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2017 rok	2018 rok	2019 rok
Lubelski	610	542	537
Lubuski	221	196	191
Łódzki	445	389	388
Małopolski	449	461	425
Mazowiecki	705	651	646
Opolski	252	246	243
Podkarpacki	617	590	581
Podlaski	288	254	249
Pomorski	314	298	287
Śląski	943s	712	711
Świętokrzyski	301	288	286
Warmińsko-Mazurski	384	360	353
Wielkopolski	825	740	729
Zachodniopomorski	371	361	365
RAZEM:	7 851	7 121	6 992

Z danych w tabeli zaobserwować można coroczny spadek liczby świadczeniodawców.

Tabela nr II.36. Wartość i wykonanie umów w leczeniu stomatologicznym w latach 2017-2019 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2017 rok		2018 rok		2019 rok	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	119 246,55	113 090,12	120 776,83	117 210,07	121 070,55	118 772,77
Kujawsko-Pomorski	96 922,96	98 421,85	99 285,45	100 370,04	100 984,43	102 118,76
Lubelski	122 771,10	121 719,65	122 826,13	124 123,95	125 056,88	124 356,95
Lubuski	40 493,19	40 224,13	39 049,60	38 770,51	41 946,29	39 873,96
Łódzki	117 938,34	115 001,12	120 904,87	119 610,61	125 788,07	124 244,24
Małopolski	199 585,40	195 066,69	205 655,92	200 182,13	206 611,98	210 095,59
Mazowiecki	213 757,97	210 247,03	218 216,60	215 326,68	229 151,93	225 797,55
Opolski	44 505,39	44 013,31	41 489,39	41 929,82	41 872,54	42 499,13
Podkarpacki	105 590,24	105 839,93	110 530,58	111 622,39	113 159,66	113 465,34
Podlaski	63 766,81	63 003,04	62 828,36	62 650,38	64 152,10	63 826,53
Pomorski	103 554,29	104 524,02	112 044,62	110 909,15	114 315,03	113 907,91
Śląski	191 843,21	191 839,30	195 880,36	195 586,64	195 537,89	195 899,23
Świętokrzyski	62 002,45	62 876,23	64 297,13	65 679,75	64 773,76	65 457,26
Warmińsko-Mazurski	81 566,75	82 282,51	78 612,79	79 396,16	79 409,61	79 815,54
Wielkopolski	147 317,70	146 671,01	148 489,42	146 205,05	152 203,80	148 407,51
Zachodniopomorski	81 981,39	81 166,25	83 220,98	82 426,29	80 101,41	77 797,14
RAZEM:	1 792 843,74	1 775 986,19	1 824 109,03	1 811 999,62	1 856 135,95	1 846 335,41

W powyższej tabeli zaprezentowane dane uwidaczniają wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń oraz kosztów realizacji świadczeń.

Tabela nr III.37. Porównanie liczby pacjentów i liczby świadczeń w leczeniu stomatologicznym w latach 2017-2019.

Nazwa Oddziału	2017		2018		2019	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	447 224	3 630 683	430 494	3 467 202	419 195	3 932 531
Kujawsko-Pomorski	368 526	3 337 282	356 333	3 099 743	349 016	3 759 136
Lubelski	474 443	6 260 024	456 604	5 471 714	452 841	6 521 047
Lubuski	150 749	1 223 170	139 698	1 070 158	140 632	1 239 701

Nazwa Oddziału	2017		2018		2019	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Łódzki	458 886	4 693 931	445 902	4 421 907	445 974	5 394 161
Małopolski	695 684	8 519 910	679 184	7 855 469	672 465	9 589 772
Mazowiecki	730 912	11 996 566	715 929	11 786 983	720 702	14 056 797
Opolski	152 621	2 305 484	143 548	1 122 511	143 193	1 714 079
Podkarpacki	404 773	3 621 299	402 843	3 387 708	401 370	4 081 656
Podlaski	249 824	2 892 612	237 646	2 690 401	237 206	3 219 479
Pomorski	404 659	4 798 267	396 036	4 911 195	391 728	5 899 086
Śląski	799 457	5 673 389	745 220	5 402 394	754 298	6 415 938
Świętokrzyski	232 692	2 679 103	229 349	2 511 390	226 937	2 960 800
Warmińsko-Mazurski	305 894	3 131 659	292 465	2 856 037	284 612	3 269 026
Wielkopolski	616 440	4 890 975	588 509	4 419 304	582 297	5 220 602
Zachodniopomorski	308 141	2 156 126	297 424	1 958 248	287 966	2 116 899
RAZEM:	6 800 925	71 810 479	6 557 184	66 432 364	6 510 432	79 390 709

Tabela nr III.38. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu stomatologicznym dla pacjentów poniżej 18 r.ż. w latach 2017-2019.

Nazwa Oddziału	2017		2018		2019	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	123 447	1 002 624	119 550	1 023 680	118 878	1 077 186
Kujawsko-Pomorski	121 240	1 338 287	120 794	1 384 283	122 406	1 484 936
Lubelski	176 920	2 957 147	176 076	3 039 691	178 574	3 012 603
Lubuski	42 288	385 291	40 394	361 808	44 280	391 339
Łódzki	125 613	1 483 084	126 237	1 522 230	133 582	1 699 064
Małopolski	233 611	3 354 261	229 720	3 283 280	229 986	3 377 012
Mazowiecki	228 089	3 572 983	228 274	3 648 564	240 732	3 972 260
Opolski	44 929	442 460	43 123	429 200	45 654	463 739
Podkarpacki	127 828	1 345 326	127 375	1 374 324	130 569	1 432 920
Podlaski	73 961	905 295	72 038	908 486	74 661	982 671

Nazwa Oddziału	2017		2018		2019	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Pomorski	122 332	1 339 711	120 979	1 455 442	122 092	1 519 683
Śląski	200 123	1 490 907	200 574	1 664 602	209 776	1 852 947
Świętokrzyski	72 086	971 779	72 654	1 030 277	75 372	1 095 763
Warmińsko-Mazurski	83 621	900 454	81 421	888 184	82 369	923 384
Wielkopolski	184 794	1 787 569	178 255	1 787 494	181 901	1 886 740
Zachodniopomorski	81 680	650 887	78 776	619 680	78 434	603 375
RAZEM:	2 042 562	23 928 065	2 016 240	24 421 225	2 069 266	25 775 621

Z danych przedstawionych powyżej zaobserwować można coroczny wzrost liczby pacjentów i liczby świadczeń.

Tabela nr III.39. Liczba świadczeniodawców, liczba pacjentów, liczba wykonanych świadczeń oraz wartość rozliczonych świadczeń w zakresie „świadczenia udzielane w dentobusie” za 2019 rok.

Nazwa Oddziału	Liczba świadczeniodawców	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń
Dolnośląski	1	822	2 720	42 281
Kujawsko-pomorski	1	3 684	7 676	233 679
Lubelski	1	2 380	24 396	223 130
Lubuski	1	6 022	32 262	457 561
Łódzki	1	7 558	66 856	547 364
Małopolski	1	3 749	7 662	202 002
Mazowiecki	1	5 228	46 368	412 516
Opolski	1	3 923	35 221	417 292
Podkarpacki	1	5 823	8 171	410 458
Podlaski	1	2 789	36 387	355 885
Pomorski	1	4 481	9 662	248 794
Śląski	1	6 964	10 120	401 919
Świętokrzyski	1	5 088	43 520	511 312
Warmińsko-mazurski	1	4 016	15 625	277 314
Wielkopolski	1	800	15 837	224 825

Nazwa Oddziału	Liczba świadczeniodawców	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń
Zachodniopomorski	1	3 285	24 153	300 734
Razem:	16	66 612	386 635	5 267 067

W porównaniu do roku 2018 występuje wyraźny wzrost liczby pacjentów (o 51%), liczby świadczeń (o 54%) i wartości rozliczonych świadczeń (o 52%).

III.2.11. Świadczenia odrębnie kontraktowane

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 odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej; teleradioterapia protonowa; domowa antybiotykoterapia dożylna; kompleksowe leczenie ran przewlekłych(KLRP-1); telekonsylium kardiologiczne; telekonsylium geriatryczne; koordynowana opieka nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju (KO-CZR); dziecięca opieka koordynowana (DOK).

Tabela nr III.40. Liczba świadczeniodawców w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2017-2019.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2017 rok	2018 rok	2019 rok
Dolnośląski	32	31	30
Kujawsko-Pomorski	31	33	31
Lubelski	29	28	28
Lubuski	14	15	14
Łódzki	28	28	25
Małopolski	33	33	33
Mazowiecki	52	53	50
Opolski	15	16	16
Podkarpacki	26	27	28
Podlaski	23	23	22
Pomorski	19	19	19

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2017 rok	2018 rok	2019 rok
Śląski	40	42	37
Świętokrzyski	23	22	21
Warmińsko-Mazurski	19	18	18
Wielkopolski	37	35	35
Zachodniopomorski	25	22	22
RAZEM:	446	445	429

Tabela nr III.41. Wartość i wykonanie umów w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2017-2019 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2017 rok		2018 rok		2019 rok	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	130 992,10	139 913,62	132 954,15	137 244,11	146 116,46	158 694,86
Kujawsko-Pomorski	105 850,64	112 973,69	111 102,44	109 014,36	105 305,54	119 293,95
Lubelski	134 468,84	141 603,80	140 220,28	124 945,66	157 681,82	165 873,01
Lubuski	51 986,76	58 063,97	52 363,42	57 367,64	65 958,37	72 729,26
Łódzki	143 933,72	150 393,21	146 066,76	147 955,43	143 101,81	159 478,10
Małopolski	194 274,34	178 199,98	259 572,18	238 211,94	248 539,42	267 713,94
Mazowiecki	263 524,91	261 828,91	242 732,73	240 293,36	237 411,19	253 635,72
Opolski	43 255,47	48 758,31	48 614,71	52 532,74	51 156,10	55 994,15
Podkarpacki	93 962,67	101 157,71	94 419,65	100 562,16	100 707,49	108 423,08
Podlaski	61 928,24	63 833,75	70 325,57	69 647,05	73 373,51	75 498,74
Pomorski	118 785,55	134 538,41	118 375,80	122 829,94	109 475,41	136 750,78
Śląski	235 286,72	240 859,44	245 564,65	244 354,94	250 724,41	273 338,94
Świętokrzyski	60 870,07	63 799,11	57 385,25	58 028,18	55 771,93	68 035,81
Warmińsko-Mazurski	67 291,86	74 729,20	61 284,17	65 464,98	59 044,79	68 852,61
Wielkopolski	208 468,20	225 497,71	206 536,44	204 398,41	216 501,50	220 840,05
Zachodniopomorski	131 024,46	138 633,23	155 586,86	153 945,96	162 111,95	163 634,64
RAZEM:	2 045 904,55	2 134 784,05	2 143 105,06	2 126 796,86	2 182 981,69	2 368 787,64

Tabela nr III.42. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2017-2019.

Nazwa Oddziału	2017		2018		2019	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	15 379	582 085	15 680	619 086	16 748	670 205
Kujawsko-Pomorski	14 111	574 847	14 955	482 241	14 867	527 260
Lubelski	8 460	468 083	8 610	476 928	9 500	515 363
Lubuski	3 272	226 323	3 445	232 148	3 904	235 315
Łódzki	12 975	614 276	15 524	588 957	16 863	611 294
Małopolski	16 059	967 607	16 410	790 437	17 196	839 490
Mazowiecki	34 600	1 489 926	35 499	1 393 516	36 681	1 404 118
Opolski	3 497	222 329	3 719	229 227	4 242	260 370
Podkarpacki	8 326	595 390	8 194	571 737	8 208	603 169
Podlaski	6 546	247 840	6 608	260 222	6 874	269 379
Pomorski	9 474	625 994	10 932	459 178	11 196	498 053
Śląski	24 686	1 259 011	25 156	1 198 489	25 734	1 328 830
Świętokrzyski	8 434	402 892	8 059	402 012	8 240	392 205
Warmińsko-Mazurski	6 817	348 664	6 802	346 814	7 206	364 882
Wielkopolski	18 179	888 048	19 274	965 232	19 953	1 089 942
Zachodniopomorski	12 554	453 171	12 029	348 350	13 333	376 223
RAZEM:	203 369	9 966 486	210 896	9 364 574	220 745	9 986 098

Dane zaprezentowane w powyższej tabeli wskazują na wyraźny wzrost liczby pacjentów i liczby świadczeń w stosunku do 2018 roku.

III.2.12. Profilaktyczne programy zdrowotne

Tabela nr II.43. Liczba świadczeniodawców w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2017-2019.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2017 rok	2018 rok	2019 rok
Dolnośląski	55	47	49
Kujawsko-Pomorski	48	42	40
Lubelski	39	35	34

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2017 rok	2018 rok	2019 rok
Lubuski	21	17	17
Łódzki	36	26	24
Małopolski	52	52	55
Mazowiecki	94	86	81
Opolski	20	19	19
Podkarpacki	41	34	33
Podlaski	17	14	15
Pomorski	38	37	36
Śląski	123	103	100
Świętokrzyski	28	23	24
Warmińsko-Mazurski	24	22	21
Wielkopolski	59	47	47
Zachodniopomorski	27	25	25
RAZEM:	722	629	620

Tabela nr II.44. Wartość i wykonanie umów w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2017-2019 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2017	Koszty realizacji świadczeń 2017	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2018	Koszty realizacji świadczeń 2018	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2019	Koszty realizacji świadczeń 2019
Dolnośląski	14 511,57	12 804,38	14 294,90	14 002,04	14 841,89	14 037,66
Kujawsko-Pomorski	11 387,88	11 150,18	11 273,48	10 979,18	11 964,17	11 789,89
Lubelski	7 866,82	7 491,41	8 090,01	8 322,64	8 298,50	8 495,55
Lubuski	6 440,75	6 312,23	6 071,56	5 984,49	4 895,90	5 471,51
Łódzki	12 175,33	10 984,97	10 876,08	10 586,11	11 812,59	11 655,08
Małopolski	12 221,74	13 087,21	12 830,47	13 272,93	14 864,20	15 909,08
Mazowiecki	19 939,26	19 265,38	23 250,16	22 110,38	23 885,83	22 698,58
Opolski	4 313,88	4 494,84	3 718,21	3 929,23	4 865,39	5 224,72
Podkarpacki	7 308,14	7 472,42	7 386,34	7 659,61	8 013,68	8 392,36
Podlaski	4 666,35	4 337,27	4 893,20	4 655,76	5 742,68	5 448,69
Pomorski	8 972,20	9 415,07	10 178,36	10 208,66	9 842,67	10 166,64
Śląski	32 294,80	29 491,90	30 002,64	27 885,43	33 140,92	30 945,80

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2017	Koszty realizacji świadczeń 2017	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2018	Koszty realizacji świadczeń 2018	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2019	Koszty realizacji świadczeń 2019
Świętokrzyski	5 735,67	5 261,02	5 355,23	5 260,65	5 989,38	5 971,50
Warmińsko-Mazurski	5 405,73	5 744,65	5 319,03	5 618,28	5 660,05	6 112,53
Wielkopolski	16 685,04	18 284,74	15 501,08	13 048,07	17 147,31	16 668,29
Zachodniopomorski	7 482,56	7 340,06	7 649,94	7 590,63	7 895,24	7 780,89
RAZEM:	177 407,71	172 937,73	176 690,68	171 114,09	188 860,40	186 768,77

Zaprezentowane dane wskazują na widoczny wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń i kosztów realizacji świadczeń w stosunku do 2018 roku.

Tabela nr III.45. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2017-2019- pozostałe programy.

Nazwa Oddziału	2017		2018		2019	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	6 768	23 745	6 953	24 425	7 451	26 317
Kujawsko-Pomorski	7 370	37 853	8 263	41 528	7 944	41 691
Lubelski	2 784	8 747	2 989	10 165	3 335	11 852
Lubuski	4 514	14 467	4 230	13 353	3 894	12 119
Łódzki	5 430	20 889	5 315	21 622	5 492	23 137
Małopolski	7 329	24 571	8 150	27 463	9 889	34 544
Mazowiecki	9 827	28 262	11 431	34 478	11 715	39 930
Opolski	2 476	8 931	2 482	8 227	3 467	11 680
Podkarpacki	4 074	12 538	4 493	13 987	4 720	14 980
Podlaski	2 432	9 539	2 527	10 655	2 884	12 076
Pomorski	5 564	18 196	6 065	20 285	5 354	18 942
Śląski	30 342	104 761	29 519	103 897	29 534	111 486
Świętokrzyski	3 950	12 622	4 559	14 510	4 309	14 604
Warmińsko-Mazurski	2 630	9 281	2 577	9 110	2 782	9 458
Wielkopolski	10 498	31 220	10 812	31 970	11 075	35 271
Zachodniopomorski	4 186	13 638	4 024	13 903	4 010	14 270
Suma końcowa	110 174	379 260	114 389	399 578	117 855	432 357

Powyżej przedstawiono realizację 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 i program badań prenatalnych.

Tabela nr III.46. Liczba pacjentów i liczba wykonanych świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych w 2019 r.

Programy zdrowotne - świadczenia gwarantowane w 2019 roku				Ogółem OW NFZ - świadczenia zatwierdzone
lp.	Nazwa i etap programu zdrowotnego	Liczba osób objętych programem	Liczba świadczeniodawców realizujących program	Liczba wykonanych świadczeń w poszczególnych zakresach
1	Pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego - zakres skojarzony z 02.1450.001.02	471 097	1 902	477 161
2	Świadczenia położnej poz w programie profilaktyki raka szyjki macicy	5 506	110	5 554
3	Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny	476 211	79	482 271
4	Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap pogłębionej diagnostyki	2 627	73	2 627
5	Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni stacjonarnej	477 251	286	477 251
6	Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni mobilnej	566 350	79	566 350
7	Program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki	33 239	146	85 473
8	Świadczenia lekarza w poz w ramach realizacji profilaktyki chuk	90 516	2 145	90 516

III.2.13. Zaopatrzenie w wyroby medyczne

Wykaz wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie osoby uprawnionej wraz z określeniem limitów finansowania określa Minister Zdrowia w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1536 ze zm.). Umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej- zaopatrzenie w wyroby medyczne - zawierane są ze świadczeniodawcami spełniającymi warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa Funduszu. Do zawierania umów ze świadczeniodawcami nie stosuje się przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań. Umowy zawierane są w trybie określonym w art. 159 ustawy o świadczeniach.

Tabela nr III.47. Planowane i zrealizowane koszty świadczeń w rodzaju wyroby medyczne w latach 2017-2019 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	ZSP 2017		ZSP 2018		ZSP 2019	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Dolnośląski	82 450,84	82 450,84	87 800,00	87 684,66	100 000,00	99 683,43
Kujawsko-Pomorski	58 346,00	58 329,23	62 020,00	62 017,32	74 011,00	74 008,68
Lubelski	57 613,00	55 278,11	59 277,00	58 986,03	65 626,00	65 403,12
Lubuski	27 600,00	27 122,03	29 354,00	28 684,17	33 500,00	32 920,07
Łódzki	68 921,00	68 293,71	73 554,00	73 190,63	81 180,00	80 336,89
Małopolski	87 000,00	86 196,15	93 495,00	93 121,83	106 267,00	105 772,83
Mazowiecki	134 000,00	131 647,74	139 000,00	138 226,51	154 200,00	154 190,16
Opolski	26 575,00	25 903,50	29 100,00	28 613,19	31 776,00	31 699,14
Podkarpacki	55 297,00	54 964,29	59 654,00	59 440,70	67 954,00	67 934,92
Podlaski	31 400,00	30 057,74	33 425,00	33 059,34	37 260,00	37 254,38
Pomorski	56 500,00	56 079,35	60 700,00	60 343,27	69 780,00	69 681,27
Śląski	141 437,00	139 474,92	150 034,00	149 858,62	173 250,00	171 775,14
Świętokrzyski	35 540,00	34 728,97	37 940,00	37 863,69	43 000,00	42 998,29
Warmińsko-Mazurski	35 308,00	35 290,95	38 086,00	38 051,04	43 827,00	43 823,48
Wielkopolski	92 000,00	91 676,38	99 500,00	98 748,44	114 000,00	113 750,47
Zachodniopomorski	44 500,00	43 933,84	46 662,00	45 924,56	51 300,00	50 490,69
RAZEM:	1 034 487,84	1 021 427,75	1 099 601,00	1 093 814,00	1 246 931,00	1 241 722,96

Widoczny wyraźny wzrost planowanych kosztów finansowania oraz wzrost ich wykonania.

III.2.14. Lecznictwo uzdrowiskowe

Lecznictwo uzdrowiskowe zajmuje się leczeniem, profilaktyką i rehabilitacją chorób przewlekłych. Z leczenia uzdrowiskowego w Polsce w 2019 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 rok 2019 Fundusz zawarł kontrakty na szerokie spektrum świadczeń uzdrowiskowych ze 138 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.

Tabela nr III.48. 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		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Dolnośląski	13	13	13	13	13	13
Kujawsko-Pomorski	28	26	25	28	26	25
Lubelski	6	6	6	6	6	6
Łódzki	1	1	1	1	1	1
Małopolski	30	30	30	30	30	30
Mazowiecki	2	2	2	4	2	2
Podkarpacki	15	14	14	15	14	14
Podlaski	1	2	2	2	2	3
Pomorski	4	3	4	4	3	4
Śląski	8	7	7	18	7	7
Świętokrzyski	8	8	8	8	8	8
Warmińsko- Mazurski	3	2	2	3	2	2
Zachodniopomorski	24	24	24	24	24	31
RAZEM	143	138	138	156	138	146

Narodowy Fundusz Zdrowia w 2019 r. zawarł łącznie 146 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe ze 138 świadczeniodawcami. W porównaniu do lat poprzednich, w 2018 r. NFZ zawarł o 8 umów więcej z tą samą liczbą świadczeniodawców, natomiast w 2017 r. zawarto 156 umów ze 143 świadczeniodawcami.

Tabela nr II.49. Wartość i wykonanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w latach 2017-2019 (w tys. zł).

Nazwa OW NFZ	2017		2018		2019	
	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	60 765,15	56 667,18	64 592,08	58 181,97	67 874,15	59 257,68
Kujawsko-Pomorski	34 572,08	31 534,38	37 062,60	32 162,16	39 728,00	32 689,27
Lubelski	41 603,88	40 663,53	43 083,75	41 554,50	44 799,67	42 392,44

Nazwa OW NFZ	2017		2018		2019	
	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń
Lubuski	14 000,25	13 909,95	14 056,66	13 962,40	14 358,86	14 279,89
Łódzki	42 905,86	42 624,88	43 157,92	42 863,05	45 059,95	44 766,59
Małopolski	50 689,39	47 000,58	52 566,38	47 077,11	55 744,63	48 114,44
Mazowiecki	98 075,82	97 375,52	95 883,40	95 084,84	102 752,38	102 014,30
Opolski	12 518,76	12 421,32	12 663,56	12 583,27	13 551,50	13 458,21
Podkarpacki	33 454,64	31 229,65	35 621,01	32 227,67	40 025,90	35 178,86
Podlaski	19 750,16	19 489,96	19 420,09	19 191,73	20 792,72	20 438,82
Pomorski	27 317,71	26 686,98	31 187,96	30 464,05	35 573,02	34 458,61
Śląski	70 797,10	69 189,25	70 882,33	68 500,11	78 937,53	75 360,59
Świętokrzyski	25 227,71	23 562,74	26 056,04	23 567,32	29 842,33	26 360,18
Warmińsko- Mazurski	20 839,06	20 548,64	20 748,06	20 388,78	22 958,99	22 434,88
Wielkopolski	59 951,33	59 714,83	65 635,83	65 346,81	69 742,55	69 461,17
Zachodniopomorski	26 777,01	23 111,31	28 628,93	23 440,53	31 557,48	23 479,07
RAZEM	639 245,90	615 730,69	661 246,57	626 596,28	713 299,67	664 145,00

Wartość zrealizowanych świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego w 2019 r. wyniosła 664 145 tys. zł i w stosunku do 2018 roku. wzrosła o 5,99%

Tabela nr II.50. Zestawienie liczby pacjentów oraz liczby wykonanych świadczeń w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w latach 2017-2019.

OW NFZ, który kieruje świadczeniobiorców z terenu swojego województwa na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową.	2017 r.			2018 r.			2019 r.		
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń stacjonarnych	Liczba świadczeń ambulatoryjnych	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń stacjonarnych	Liczba świadczeń ambulatoryjnych	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń stacjonarnych	Liczba świadczeń ambulatoryjnych
Dolnośląski	36 595	35 252	1 368	37 070	35 915	1 240	35 577	34 489	1 142
Kujawsko-Pomorski	21 765	20 060	1 803	21 542	20 129	1 575	20 585	19 329	1 365
Lubelski	25 841	25 313	651	26 343	25 761	768	25 565	25 025	702

OW NFZ, który kieruje świadczeniobiorców z terenu swojego województwa na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową.	2017 r.			2018 r.			2019 r.		
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń stacjonarnych	Liczba świadczeń ambulatoryjnych	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń stacjonarnych	Liczba świadczeń ambulatoryjnych	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń stacjonarnych	Liczba świadczeń ambulatoryjnych
Lubuski	9 190	9 173	29	9 113	9 098	36	8 605	8 597	31
Łódzki	28 266	27 962	343	27 948	27 767	253	27 690	27 512	229
Małopolski	33 452	27 434	6 072	33 144	27 415	5 801	32 308	26 748	5 645
Mazowiecki	62 882	61 268	1 832	60 428	58 943	1 896	61 371	60 050	1 704
Opolski	8 194	8 129	65	8 263	8 206	58	8 354	8 292	65
Podkarpacki	20 322	18 833	1 542	20 860	19 607	1 378	21 501	20 330	1 272
Podlaski	12 670	12 603	73	12 344	12 276	77	12 527	12 457	78
Pomorski	17 898	17 582	323	20 373	19 974	423	22 065	21 621	448
Śląski	45 420	44 751	800	44 407	43 732	836	46 922	46 204	830
Świętokrzyski	14 835	14 031	807	14 825	14 062	773	16 110	15 095	1 032
Warmińsko-Mazurski	12 595	12 537	76	12 266	12 215	74	12 920	12 853	76
Wielkopolski	38 217	38 193	31	41 604	41 588	31	41 276	41 258	39
Zachodniopomorski	13 580	13 538	70	13 546	13 497	98	12 347	12 295	78
RAZEM	401 722	386 659	15 885	404 076	390 185	15 317	405 723	392 155	14 736

W 2019 r. zrealizowano 406 891 skierowań na leczenie uzdrowiskowe (392 155 - w trybie stacjonarnym, 14 736 – w trybie ambulatoryjnym) dla 405 723 osób. W porównaniu do 2018 r. zwiększyła się liczba zrealizowanych skierowań oraz liczba osób, którzy skorzystali ze świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego, odpowiednio nastąpił wzrost o 0,34% oraz 0,41%.

III.2.15. Pomoc doraźna i transport sanitarny

Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2019 r. realizowane były 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 2019 r. zapewniali dobową gotowość do udzielania świadczeń przez zespoły sanitarne 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 2017 r., poz. 2295 z późn. zm.).

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

W 2019 r. we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ przeprowadzony został proces aneksowania niewygasających z końcem 2018 r. umów o udzielanie świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny. Ponadto, wskazania wymaga, że w Mazowieckim oraz Zachodniopomorskim OW NFZ umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w zakresie świadczeń udzielanych przez wyjazdowe zespoły sanitarne typu „N”, które nie funkcjonują w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), obowiązywały do 30 czerwca 2019 r. Zatem w ww. oddziałach wojewódzkich NFZ przeprowadzono proces kontraktowania, w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń w przedmiotowym zakresie obowiązujących od 1 lipca 2019 r. W Łódzkim OW NFZ natomiast, wobec nieustalenia kwoty zobowiązania i warunków finansowania na kolejny okres rozliczeniowy (2019 r.), umowy w rodzaju: pomoc doraźna i transport sanitarny w zakresie: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”, zgodnie z § 32 ust. 5 „Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej” stanowiących załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1146, z późn. zm.), uległy rozwiązaniu z dniem 28 lutego 2019 r. W wyniku przeprowadzonego przez Łódzki OW NFZ postępowania konkursowego została zawarta umowa o udzielanie świadczeń w ww. zakresie na okres od 1 marca 2019 r. do 30 czerwca 2022 r.

W 2019 r. świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny zabezpieczone zostały przez działanie 33 zespołów sanitarnych typu „N”, w tym: przez 32 zespoły funkcjonujące całodobowo oraz 1 zespół funkcjonujący 12 godzin na dobę, w godzinach 8-20 (w woj. łódzkim). Wskazania wymaga, że świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” zostały uznane za jeden z profili systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), w związku z powyższym łącznie 16 zespołów sanitarnych typu „N” (w 10 oddziałach wojewódzkich NFZ) od dnia 1 października 2017 r. funkcjonuje w ramach PSZ.

Tabela nr III.51. Liczba świadczeniodawców, z którymi Fundusz zawarł umowy oraz liczba umów zawartych w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu "N". Dane obejmują okres 2017-2019 r.

Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba umów zawartych w latach		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Dolnośląski	3	3	3	3	3	3
Kujawsko-Pomorski	2	2	2	2	2	2
Lubelski	2	2	2	2	2	2
Lubuski	1	1	1	1	1	1
Łódzki	1	1	1	2	2	2
Małopolski	1	1	1	1	1	1
Mazowiecki	5	5	5	5	5	5
Opolski	1	1	1	1	1	1
Podkarpacki	2	2	2	2	2	2
Podlaski	1	1	1	1	1	1
Pomorski	1	1	1	1	1	1
Śląski	3	5	5	3	5	5
Świętokrzyski	1	1	1	1	1	1
Warmińsko- Mazurski	2	2	2	2	2	2
Wielkopolski	2	2	2	2	2	2
Zachodniopomorski	2	2	2	2	2	2
RAZEM	30	32	32	31	33	33

Ujęta w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2019 r. wartość zaplanowanych kosztów finansowania świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” wyniosła 52 957 tys. zł. I była o 2 737 tys. zł. (5,45%) wyższa od kwoty planowanej w 2018 r. 2019 r. wykonanie planu finansowego zamknęło się kwotą 50 598,18 tys. zł., co stanowi 95,55% wykorzystania zaplanowanych środków.

Tabela nr III.52. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu "N w latach 2017-2019 i ich wykonanie (w tys. zł).

Nazwa OW NFZ	2017 r.		2018 r.		2019 r.	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Dolnośląski	4 782,00	4 474,61	4 892,00	4 726,94	4 684,00	4 583,80
Kujawsko-Pomorski	2 790,00	2 783,01	2 910,00	2 892,27	2 880,00	2 871,82
Lubelski	3 387,00	3 281,69	3 163,00	3 117,45	3 532,00	3 222,21
Lubuski	1 655,00	1 596,53	1 843,00	1 789,80	1 936,00	1 827,12
Łódzki	2 479,00	2 369,94	2 406,00	2 384,42	2 606,00	2 488,19
Małopolski	1 750,00	1 583,12	1 746,00	1 686,77	1 892,00	1 794,74
Mazowiecki	8 122,00	8 015,13	8 598,00	8 431,38	8 366,00	8 335,78
Opolski	1 293,00	1 292,73	1 289,00	1 287,09	1 410,00	1 409,61
Podkarpacki	3 286,00	3 272,99	3 206,00	3 195,30	3 177,00	3 167,68
Podlaski	1 579,00	1 490,56	1 915,00	1 876,03	1 702,00	1 682,94
Pomorski	1 391,00	1 390,11	1 593,00	1 592,35	1 574,00	1 567,50
Śląski	4 794,00	4 270,95	5 625,00	5 502,23	7 872,00	7 603,35
Świętokrzyski	1 650,00	1 527,83	1 660,00	1 589,65	1 743,00	1 607,97
Warmińsko- Mazurski	2 871,00	2 847,73	2 977,00	2 973,85	2 996,00	2 974,45
Wielkopolski	3 527,00	3 107,11	3 809,00	3 066,19	4 000,00	2 920,00
Zachodniopomorski	2 472,00	2 422,00	2 588,00	2 572,66	2 587,00	2 541,03
RAZEM	47 828,00	45 726,03	50 220,00	48 684,38	52 957,00	50 598,18

W 2019 r. zespoły sanitarne typu „N” wykonały łącznie 9 609 transportów, udzielając świadczeń 8 114 osobom. Zarówno liczba wyjazdów zespołów sanitarnych typu „N” jak i liczba osób, którym zespoły udzieliły świadczeń w 2019 r., zmniejszyła się w stosunku do roku poprzedniego.

Tabela nr III.53. Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba osób, którym udzielono świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: wyjazdowy zespół sanitarny typu N w latach 2017 - 2019.

Oddział Wojewódzki NFZ	2017 r.		2018 r.		2019 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	923	665	938	750	875	725
Kujawsko-Pomorski	607	529	639	551	566	490
Lubelski	542	533	500	495	434	430
Lubuski	161	140	127	115	139	114
Łódzki	525	501	526	491	496	476
Małopolski	573	547	592	538	538	480
Mazowiecki	1 540	1 289	1 475	1 245	1 429	1 163
Opolski	424	258	401	289	347	244
Podkarpacki	582	524	513	473	584	511
Podlaski	336	322	392	380	307	301
Pomorski	675	546	726	578	822	543
Śląski	1 527	1 344	1 368	1 227	1 373	1 239
Świętokrzyski	214	166	191	167	211	173
Warmińsko- Mazurski	315	285	255	231	246	231
Wielkopolski	1 042	790	891	707	985	774
Zachodniopomorski	305	254	239	206	257	220
RAZEM	10 291	8 693	9 773	8 443	9 609	8 114

III.2.16. 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 osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 r., poz. 993, 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 i rozliczanie wykonywania tych umów dyrektorowi właściwego OW NFZ. Dyrektor OW NFZ zawiera umowy na rejon operacyjny, na podstawie wojewódzkiego 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 2019 r. we wszystkich 16 oddziałach wojewódzkich NFZ zostało przeprowadzone aneksowanie umów niewygasających z dniem 31 grudnia 2018 r. Niniejsze umowy zostały, zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1115, z późn. zm.), przedłużone do dnia 31 marca 2019 r. wskazania wymaga, że w I połowie 2019 r. nastąpiła zmiana przepisów prawa dotyczących ratownictwa medycznego. Zapisy ww. ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o PRM wprowadziły szereg zmian w organizacji systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz w realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne. W związku z ww. zmianami zostały przeprowadzone postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne, które obowiązują od dnia 1 kwietnia 2019 r. Zgodnie z nową definicją rejonu operacyjnego, wprowadzoną zapisami ustawy z dnia 10 maja 2019 r. o zmianie ustawy o PRM rejon operacyjny to rejon działania dyspozytorni medycznej określony w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Obecnie w Polsce funkcjonuje 39 skoncentrowanych dyspozytorni medycznych, zatem, od dnia 1 kwietnia 2019 r. w kraju wyodrębnionych zostało łącznie 39 rejonów operacyjnych. Liczba umów w przedmiotowym rodzaju świadczeń, obowiązujących w I kwartale 2019 r. nie uległa zmianie w stosunku do roku 2018 i wynosiła 203. Od dnia 1 kwietnia 2019 r., po wprowadzeniu zmian w organizacji Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, liczba umów wynosi 37. 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 III.54. Liczba świadczeniodawców oraz umów zawartych w latach 2017-2019 w rodzaju ratownictwo medyczne.

Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców w latach				Liczba umów zawartych w latach			
	2017	2018	2019		2017	2018	2019	
			do 31.03	od 1.04			do 31.03	od 1.04
Dolnośląski	12	12	12	2	12	12	12	2
Kujawsko-Pomorski	21	21	19	2	21	21	19	2
Lubelski	14	14	14	4	14	14	14	4

Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców w latach				Liczba umów zawartych w latach			
	2017	2018	2019		2017	2018	2019	
			do 31.03	od 1.04			do 31.03	od 1.04
Lubuski	13	13	13	1	14	14	15	1
Łódzki	11	11	10	1	20	20	21	1
Małopolski	2	2	2	2	2	2	2	2
Mazowiecki	6	6	6	5	6	6	6	5
Opolski	5	5	5	1	5	5	5	1
Podkarpacki	22	22	22	5	22	22	22	5
Podlaski	4	4	4	3	4	4	4	3
Pomorski	19	19	19	2	20	20	20	2
Śląski *	4	4	4	4	4	4	4	4
Świętokrzyski	1	1	1	1	1	1	1	1
Warmińsko- Mazurski	21	21	21	1	21	21	21	1
Wielkopolski	29	29	29	2	31	31	31	2
Zachodniopomorski *	6	6	6	1	6	6	6	1
RAZEM	190	190	187	37	203	203	203	37
* Jeden Świadczeniodawca realizuje umowę w dwóch rejonach operacyjnych (jedna umowa na dwa rejony operacyjne)								

Tabela nr III.55. Planowane i zrealizowane koszty świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne w latach 2017-2019 (w tys. zł).

Nazwa OW NFZ	2017 r.		2018 r.		2019 r.	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Dolnośląski	145 215,00	143 666,08	153 012,00	152 200,50	160 014,00	157 392,36
Kujawsko-Pomorski	112 602,00	112 251,50	118 804,00	118 303,39	127 245,00	125 994,47
Lubelski	118 011,00	116 250,24	125 613,00	124 009,99	131 821,00	129 778,39
Lubuski	66 857,00	65 163,37	71 041,00	70 661,49	76 163,00	75 363,30
Łódzki	125 805,00	124 784,43	132 940,00	132 147,91	142 076,00	141 556,33
Małopolski	158 148,00	157 929,99	164 652,00	162 513,73	171 135,00	170 199,25
Mazowiecki	238 333,00	237 992,02	254 306,00	253 778,27	269 607,00	268 980,49
Opolski	54 177,00	54 087,98	57 877,00	57 565,53	61 002,00	60 671,35

Nazwa OW NFZ	2017 r.		2018 r.		2019 r.	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Podkarpacki	111 484,00	111 226,79	119 082,00	118 880,75	124 872,00	124 314,66
Podlaski	71 925,00	71 789,32	76 103,00	75 852,28	81 366,00	81 048,28
Pomorski	108 713,00	107 864,69	115 289,00	114 655,22	122 820,00	121 867,62
Śląski	206 944,00	206 446,09	221 739,00	219 194,81	230 427,00	227 019,77
Świętokrzyski	59 032,00	58 874,07	62 812,00	61 938,35	66 230,00	66 106,86
Warmińsko- Mazurski	95 131,00	94 879,33	102 236,00	102 225,35	109 096,00	109 096,00
Wielkopolski	151 417,00	151 082,69	160 576,00	160 133,77	170 369,00	169 760,00
Zachodniopomorski	104 253,00	104 181,44	110 764,00	110 555,12	116 177,00	115 833,48
RAZEM	1 928 047,00	1 918 470,03	2 046 846,00	2 034 616,47	2 160 420,00	2 144 982,60

Ujęta w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2019 r. wartość zaplanowanych kosztów finansowania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne wyniosła 2 160 420 tys. zł. i była o 113 574 tys. zł. (5,55%) wyższa od kwoty planowanej w 2018 r.

W 2019 r. wartość realizacji planu finansowego w niniejszym rodzaju zamknęła się kwotą 2 144 982,60 tys. zł., co stanowi 99,29% wykorzystania zaplanowanych środków.

Tabela nr III.56. Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w latach 2017-2019 oraz liczba osób, wg unikalnych nr PESEL, którym udzielono przedmiotowych świadczeń w poszczególnych latach.

Oddział Wojewódzki NFZ	2017 r.		2018 r.		2019 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	275 492	216 779	259 308	240 587	266 661	251 113
Kujawsko-Pomorski	169 858	133 044	171 376	131 343	172 967	131 885
Lubelski	163 382	130 895	173 778	138 010	169 498	134 822
Lubuski	75 981	62 446	78 781	61 524	77 904	62 108
Łódzki	200 870	188 238	198 741	186 894	206 244	192 112
Małopolski	193 110	183 403	231 559	213 002	232 942	219 641
Mazowiecki	427 621	350 140	435 689	356 063	419 296	341 148
Opolski	67 835	52 749	72 733	66 455	71 391	65 971
Podkarpacki	140 922	134 692	144 294	137 592	149 331	142 853

Oddział Wojewódzki NFZ	2017 r.		2018 r.		2019 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
Podlaski	79 606	64 346	79 806	64 283	72 719	59 363
Pomorski	153 802	128 021	159 674	153 322	181 287	132 625
Śląski	396 372	293 632	383 865	295 489	362 768	296 319
Świętokrzyski	106 676	81 830	113 170	84 717	109 559	81 470
Warmińsko- Mazurski	122 599	94 070	123 444	93 870	121 714	100 949
Wielkopolski	197 441	159 497	200 902	163 274	205 191	164 881
Zachodniopomorski	174 085	135 154	177 728	135 080	172 415	131 136
RAZEM	2 945 652	2 408 936	3 004 848	2 521 505	2 991 887	2 508 396

W 2019 r. zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 2 991 887 wyjazdów, udzielając świadczeń 2 508 396 różnym osobom. Zarówno liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego jak i liczba osób, którym te zespoły udzieliły świadczeń w 2019 r. zmniejszyła się w porównaniu do roku poprzedniego.

III.2.17. Chemioterapia

W 2019 roku Fundusz sfinansował świadczenia w zakresach chemioterapii na kwotę 1 493 663 tys. zł. Wartość umów podpisanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu na te świadczenia została zagwarantowana w planie finansowym kwotą 1 549 093 tys. zł. Faktyczne wykonanie stanowiło 96,4 % 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.57. Wartość świadczeń w poszczególnych zakresach chemioterapii (w tys. zł), wg stanu na 11.05.2020 r.

Nazwa zakresu świadczeń	2019	
	Suma z kontraktów zakresie [tys. zł]	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych w zakresach w umowie 03/3 [tys. zł]
03.0000.111.02 chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	56 627	56 030
03.0000.112.02 chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	194 446	193 944
03.0000.113.02 chemioterapia - hospitalizacja z zakresem skojarzonym	556 560	551 830

Nazwa zakresu świadczeń	2019	
	Suma z kontraktów zakresie [tys. zł]	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych w zakresach w umowie 03/3 [tys. zł]
03.0000.115.02 chemioterapia	14 367	14 360
03.0001.111.02 substancje czynne w chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	157 437	157 041
03.0001.112.02 substancje czynne w chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	216 399	215 045
03.0001.113.02 substancje czynne w chemioterapii - hospitalizacji z zakresem skojarzonym	298 246	295 533
03.0001.115.02 substancje czynne w chemioterapii	9 896	9 879
Suma:	1 503 977	1 493 663

Tabela nr III.58. Populacje pacjentów leczonych chemioterapią w odniesieniu do rozpoznania zasadniczego sprawozdanego jako główny powód wykonania świadczeń dla których NFZ finansował terapię w 2019, wg stanu na 11.05.2020 r.

kod rozpoznania głównego ICD10	Nazwa rozpoznania głównego	Liczba pacjentów
		2019
Z51.1	Cykle chemioterapii nowotworów	104 785
C50.9	Sutek, nie określony	6 827
C90.0	Szpiczak mnogi	3 355
Z51.0	Seanse radioterapii	3 254
C56	Nowotwór złośliwy jajnika	2 787
C20	Nowotwór złośliwy odbytnicy	2 676
C34.9	Oskrzele lub płuco, nie określone	2 356
C61	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	2 066
C50	Nowotwór złośliwy sutka	2 027
C91.1	Przewlekła białaczka limfocytowa	1 752
C18.9	Okrężnica, nie określona	1 700
C34.8	Zmiana przekraczająca granice oskrzela i płuca (uwaga 5)	1 676
D75.2	Nadpłytkowość samoistna	1 613
C85.7	Inne określone postacie chłoniaka nieziarniczego	1 547
C92.1	Przewlekła białaczka szpikowa	1 433

kod rozpoznania głównego ICD10	Nazwa rozpoznania głównego	Liczba pacjentów
		2019
C92.0	Ostra białaczka szpikowa	1 405
C18.7	Esica	1 192
D70	Agranulocytoza	1 154
C50.4	Ćwiartka górna zewnętrzna sutka	1 093
C18	Nowotwór złośliwy jelita grubego	992

Tabela nr III.59. Struktura populacji leczonych chemioterapią z uwzględnieniem płci w 2019 roku, wg stanu na 11.05.2020 r.

Płeć	Liczba świadczeniobiorców	Średni wiek świadczeniobiorcy
Mężczyzna	61 828	63
Kobieta	76 572	61,5

W zakresach związanych z realizacją chemioterapii również jak w programach lekowych zauważa się większy udział kobiet niż mężczyzn (55,33% kobiet, 44,67% mężczyzn) ze średnim wiekiem 61,5 lat. W poniższej tabeli przedstawiono dane dotyczące wartości zrealizowanych i rozliczonych jednostek rozliczeniowych w chemioterapii w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ w 2019 r. oraz wartości w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Tabela nr III.60. Wartość zrealizowanych i rozliczonych jednostek rozliczeniowych w chemioterapii w podziale na OW NFZ w 2019 roku, wg stanu na 11.05.2020 r.

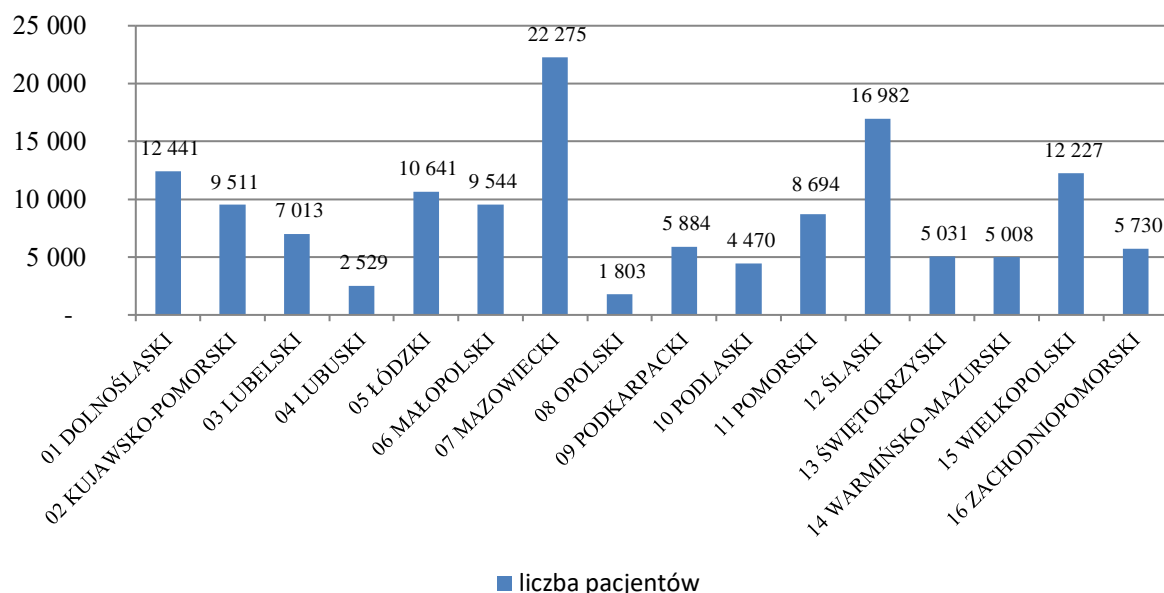
OW NFZ	Ogółem liczba ubezpieczonych*	wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych [tys.]	Wskaźnik na 10 tys. Osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej	wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych [tys.]	Wskaźnik na 10 tys. Osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
01 DOLNOŚLĄSKI	2 536 000	122 671	484	121 343	478
02 KUJAWSKO-POMORSKI	1 798 502	83 021	462	82 887	461
03 LUBELSKI	1 867 129	95 178	510	92 386	495
04 LUBUSKI	872 762	27 204	312	27 177	311
05 ŁÓDZKI	2 241 839	97 469	435	97 276	434
06 MAŁOPOLSKI	3 056 218	101 193	331	100 625	329
07 MAZOWIECKI	5 043 169	279 883	555	278 965	553
08 OPOLSKI	811 568	21 383	263	21 353	263
09 PODKARPACKI	1 840 170	61 430	334	61 288	333
10 PODLASKI	1 018 387	48 175	473	47 999	471
11 POMORSKI	2 051 354	81 734	398	81 036	395
12 ŚLĄSKI	4 022 457	192 674	479	187 692	467

OW NFZ	Ogółem liczba ubezpieczonych*	wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych [tys.]	Wskaźnik na 10 tys. Osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej	wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych [tys.]	Wskaźnik na 10 tys. Osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
13 ŚWIĘTOKRZYSKI	1 080 320	51 026	472	50 889	471
14 WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 189 641	47 290	398	46 488	391
15 WIELKOPOLSKI	3 193 936	133 725	419	133 376	418
16 ZACHODNIOPOMORSKI	1 430 195	62 947	440	62 880	440
Suma:	34 053 648	1 507 003	443	1 493 663	439

* dane wg Centralnego Wykazu Ubezpieczonych wg stanu na koniec 2019 r.

Poniższy wykres przedstawia liczbę pacjentów objętych leczeniem w ramach umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii w 2019 r.

Wykres nr III.16. Liczba świadczeniobiorców w ramach finansowania chemioterapii w 2019 r., wg stanu na 11.05.2020 r.



III.2.18. Programy lekowe

W 2019 roku wartość świadczeń udzielonych w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe wyniosła 4 351 776 tys. zł, liczba pacjentów objętych leczeniem w zakresie programów lekowych wyniosła 153 382 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 2019 r. na refundację programów lekowych przewidywał kwotę 4 438 781 tys. zł. Faktyczne wykonanie stanowiło zatem 98,0 % kwoty planowanej.

W 2019 roku Fundusz finansował 95 programów lekowych w tym 32 programy onkologiczne. W 2019 roku objęto finansowaniem następujące programy lekowe: B.88 Leczenie chorych

na zaawansowanego raka podstawnocomórkowego skóry wismodegibem (ponowne włączenie do finansowania); B.102 Leczenie rdzeniowego zaniku mięśni; B.103 Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem; B.104 Leczenie choroby Fabry'ego; B.105 Leczenie zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) – część pośrednia, odcinek tylny lub cała błona naczyniowa. Szczegółowy zakres zmian wynikający z dostosowania do aktualnego stanu faktycznego w zakresie refundacji leków stosowanych w programach lekowych, tj. do obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych:

- na dzień 1 stycznia 2019 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 123):
 - dodanie substancji czynnej atezolizumab do programu lekowego Leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca,
 - usunięcie substancji czynnej daklataswir z programu lekowego Leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową,
 - usunięcie programu lekowego Leczenie chorych na zaawansowanego raka podstawnocomórkowego skóry wismodegibem,
 - dodanie nowego programu lekowego Leczenia rdzeniowego zaniku mięśni,
 - dodanie nowego programu lekowego Leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej wenetoklaksem;
- na dzień 1 marca 2019 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 19):
 - dodanie programu lekowego Leczenie chorych na zaawansowanego raka podstawnocomórkowego skóry wismodegibem,
 - usunięcie substancji czynnych ombitaswir, parytaprewir, rytonawir, dasabuwir z programu lekowego Leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową;
- na dzień 1 maja 2019 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 38): usunięcie substancji czynnej symeprewir z programu lekowego leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C;
- na dzień 1 lipca 2019 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 50):
 - usunięcie programu lekowego B.63 - Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca z zastosowaniem afatynibu i nintedanibu,
 - zmiana nazwy programu:
 - B.14 - Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej na Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową,
 - B.18 - Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci na Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego u dzieci lub zagrażającej patologicznej niskorosłości na skutek szybko postępującego dojrzewania płciowego,

- B.54 - Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka mnogiego na Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytozy,
 - B.65 - Leczenie dazatynibem ostrej białaczki limfoblastycznej z chromosomem Filadelfia (Ph⁺) na Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną,
 - usunięcie z programów lekowych:
 - B.1 - Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B substancji czynnych: interferonum alfa-2a, interferonum alfa-2b,
 - B.2 - Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C substancji czynnych: interferonum alfa-2a, interferonum alfa-2b, peginterferonum alfa-2b,
 - dodanie substancji czynnych:
 - afatynib, nintedanib, alektynib w programie lekowym B.6 - Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca,
 - daratumumab, karfilzomib w programie lekowym B.54 - Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytozy,
 - blinatumomab w programie lekowym B.65 - Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną;
- na dzień 1 września 2019 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 65):
 - usunięcie programu lekowego Leczenie doustne stanów nadmiaru żelaza w organizmie,
 - zmiana nazwy programu Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie na Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi oraz dodaniu substancji czynnej niwolumab,
 - dodanie substancji czynnych palbocyklib, rybocyklib w programie lekowym Leczenie raka piersi,
 - dodanie substancji czynnej ustekinumab w programie lekowym Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna (chLC),
 - dodanie substancji czynnych tofacytynib, baricytynib w programie lekowym Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym,
 - dodanie programów lekowych: przedoperacyjne leczenie raka piersi pertuzumabem i trastuzumabem, leczenie choroby Fabry'ego, leczenie zapalenia błony naczyniowej oka (ZBN) - część pośrednia, odcinek tylny lub cała błona naczyniowa;
- na dzień 1 listopada 2019 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 88):

- zmiana nazwy programu B.103 z „Leczenie przewlekłej białaczki limfocytowej wenetoklaksem” na „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem lub wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem”,
- usunięcie programu B.9a – „Przedoperacyjne leczenie raka piersi pertuzumabem i trastuzumabem”,
- dodanie substancji czynnej triflurydyna + typiracyl w programie lekowym „Leczenie zaawansowanego raka jelita grubego”,
- w programie lekowym leczenia choroby Leśniowskiego – Crohna:
 - zmiana nazwy programu B.32 z „Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna (chLC)” na „Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna”,
 - dodanie substancji czynnej wedolizumab,
- dodanie substancji czynnej benralizumab w programie lekowym leczenia ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej oraz ciężkiej astmy eozynofilowej,
- w programie lekowym leczenia stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego lub pierwotnie postępującej postaci stwardnienia rozsianego:
 - zmiana nazwy programu B.46 z „Leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego” na „Leczenie stwardnienia rozsianego po niepowodzeniu terapii lekami pierwszego rzutu lub szybko rozwijającej się ciężkiej postaci stwardnienia rozsianego lub pierwotnie postępującej postaci stwardnienia rozsianego”,
 - dodanie substancji czynnych okrelizumab, kladrybina,
- dodanie substancji czynnej ewolokumab w programie lekowym „Leczenie hipercholesterolemii rodzinnej”,
- usunięcie substancji czynnej sofosbuvir w programie lekowym „Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową”.

Tabela nr III.61. Wartość wykonanych świadczeń w ramach finansowania programów lekowych (w tys. zł) w 2019 roku, wg stanu na dzień 12.05.2020 r.

OW NFZ rozliczający	Ogółem liczba ubezpieczonych*	wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych (w tys. zł)	Wskaźnik na 10 tys. Osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej	wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych (w tys. zł)	Wskaźnik na 10 tys. Osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 536 000	360 894	1 423	366 403	1 445
Kujawsko-pomorski	1 798 502	213 953	1 190	214 347	1 192
Lubelski	1 867 129	220 768	1 182	226 123	1 211
Lubuski	872 762	71 366	818	71 401	818

OW NFZ rozliczający	Ogółem liczba ubezpieczonych*	wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych (w tys. zł)	Wskaźnik na 10 tys. Osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej	wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych (w tys. zł)	Wskaźnik na 10 tys. Osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Łódzki	2 241 839	295 926	1 320	297 772	1 328
Małopolski	3 056 218	396 359	1 297	403 328	1 320
Mazowiecki	5 043 169	840 845	1 667	850 099	1 686
Opolski	811 568	68 359	842	68 422	843
Podkarpacki	1 840 170	197 762	1 075	198 452	1 078
Podlaski	1 018 387	116 110	1 140	117 289	1 152
Pomorski	2 051 354	256 155	1 249	259 259	1 264
Śląski	4 022 457	515 083	1 281	532 756	1 324
Świętokrzyski	1 080 320	118 197	1 094	118 793	1 100
Warmińsko-mazurski	1 189 641	116 553	980	118 386	995
Wielkopolski	3 193 936	407 841	1 277	408 279	1 278
Zachodniopomorski	1 430 195	155 605	1 088	155 929	1 090
Suma:	34 053 648	4 351 776	1 278	4 407 037	1 294

* dane wg Centralnego Wykazu Ubezpieczonych wg stanu na koniec 2019 r.

Największe środki zostały wydatkowane w programie leczenia raka piersi 439 902 tys. zł., co stanowi 10,11% kosztu wszystkich wykonanych świadczeń związanych z programami lekowymi, następnie kolejny to program leczenia stwardnienia rozsianego (338 835 tys. zł), program lekowy leczenia zaawansowanego raka jelita grubego (233 663 tys. zł), oraz leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca (224 878 tys. zł) odpowiednio 7,79%; 5,37%; 5,17%.

Tabela nr III.62 .Top 10 substancji czynnych wg kwoty refundacji w 2019 r. (w tys. zł), wg stanu na dzień 12.05.2020 r.

nazwa produktu rozliczeniowego	wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych (w tys. zł)
Lenalidomidum - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg	201 977
Nivolumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	186 280
Trastuzumabum - Sc - Podskórnice - 1 Mg	180 508
Dimethylis Fumaras - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg	120 816
Pembrolizumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	120 179
Pertuzumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	113 077
Treprostynilum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	99 115
Bevacizumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	89 857
Glecaprevirum, Pibrentasvirum - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg	87 178
Afliberceptum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	80 702

W programach onkologicznych i nieonkologicznych zauważa się większy udział kobiet niż mężczyzn. W programach onkologicznych leczonych jest ponad 55,7% kobiet, nieonkologicznych 54,9% kobiet. W 2019 roku w związku z leczeniem 34,4 tys. pacjentów w ramach programów lekowych onkologicznych wydatkowano 2 292 649 tys. zł, natomiast w programach lekowych nieonkologicznych wydatkowano 2 059 127 tys. zł na leczenie 119,3 tys. pacjentów. Środki wydatkowane na terapię kobiet w ramach programów lekowych stanowią 53,7% całości. Wydatki na terapię kobiet w podziale na programy onkologiczne oraz nieonkologiczne stanowią odpowiednio 53,1% i 54,4%. 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.

III.2.19. Art. 97 ust. 3 pkt 2b oraz 2c finansowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę.

Poniżej zaprezentowane zostały informacje o wartości zrefundowanych opakowań leków środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wydanych pacjentom na receptę w okresie 2019 roku. Zaprezentowane dane wskazują na stabilizację wysokości kwoty refundacji w poszczególnych miesiącach. Niewielkie odstępstwo i wzrost można zaobserwować w miesiącu październiku, w sezonie zwiększonego ryzyka zachorowań na grypę.

Tabela nr III|.63. Wartość zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych w ujęciu miesięcznym w okresie od 1 stycznia 2019 do 31 grudnia 2019 r. (Dane pochodzą z systemu SAS Centrali NFZ; stan na dzień 13 maja 2020 r. Podane kwoty zawierają dotację Ministerstwa Zdrowia przeznaczoną na refundację leków).

Miesiąc realizacji	wartość refundacji leków (w tys. zł)
Styczeń	795 642
Luty	756 379
Marzec	808 746
Kwiecień	806 673
Maj	800 857
Czerwiec	735 390
Lipiec	809 865
Sierpień	725 856
Wrzesień	752 285

Miesiąc realizacji	wartość refundacji leków (w tys. zł)
Październik	861 614
Listopad	787 512
Grudzień	789 624
suma:	9 430 443

Poniższy wykres przedstawia graficzny rozkład liczby zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, w odniesieniu do oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane pokazują, że liderami są oddziały mazowiecki oraz śląski.

Odnosząc zaprezentowane dane do roku 2018 roku, zauważalny jest niewielki wzrost liczby zrefundowanych opakowań w poszczególnych oddziałach wojewódzkich. Jednak wahania są niewielkie i wynoszą maksymalnie kilka procent.

Wykres nr III.17. Liczba zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych w podziale na oddziały woj. NFZ w okresie 1.01 – 31.12 2019 r.

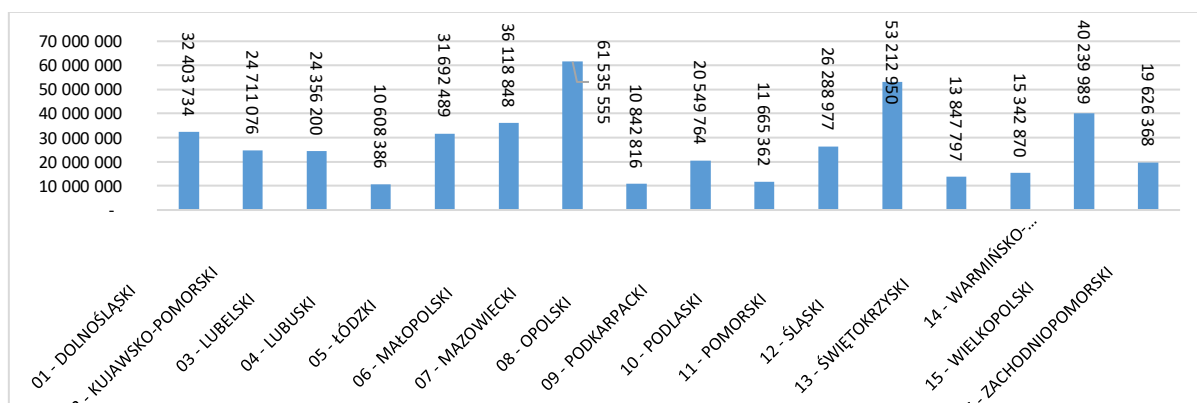


Tabela nr III.64. Liczba zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych w 2019 r. z podziałem na poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ w ujęciu miesięcznym (data generacji danych 13 maja 2020 r.).

OW NFZ	styczeń	lut	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień
DOLNOŚLĄSKI	2 808 019	2 600 053	2 770 662	2 773 081	2 763 151	2 521 660	2 814 943	2 511 119	2 557 495	2 927 843	2 658 765	2 696 943
KUJAWSKO-POMORSKI	2 102 698	2 012 245	2 111 254	2 097 884	2 091 033	1 915 747	2 125 711	1 935 766	1 963 982	2 223 067	2 047 057	2 084 631
LUBELSKI	2 135 374	1 949 381	2 082 936	2 065 974	2 073 625	1 891 267	2 065 924	1 901 593	1 939 967	2 185 861	2 019 969	2 044 332
LUBUSKI	902 095	866 864	901 955	899 861	899 822	818 000	914 114	831 883	843 891	952 096	876 133	901 672
ŁÓDZKI	2 764 060	2 559 094	2 736 749	2 706 817	2 718 390	2 472 477	2 720 754	2 424 806	2 507 869	2 861 478	2 615 063	2 604 933
MAŁOPOLSKI	3 098 210	2 944 252	3 091 366	3 061 324	3 086 917	2 809 421	3 118 984	2 742 432	2 881 261	3 263 998	2 988 815	3 031 868
MAZOWIECKI	5 285 876	4 909 826	5 297 559	5 259 571	5 221 387	4 813 438	5 313 353	4 663 652	4 900 164	5 564 933	5 102 734	5 203 062
OPOLSKI	948 863	866 924	924 703	932 290	927 305	844 164	949 198	846 162	863 855	972 797	885 695	880 859
PODKARPACKI	1 828 933	1 641 486	1 756 021	1 752 581	1 742 946	1 578 550	1 752 846	1 581 920	1 633 178	1 853 788	1 699 410	1 728 105

OW NFZ	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień
PODLASKI	999 490	931 664	993 860	985 145	986 966	902 780	1 002 217	914 599	937 201	1 058 156	965 586	987 697
POMORSKI	2 281 295	2 088 491	2 219 734	2 231 281	2 235 522	2 048 387	2 303 807	2 043 614	2 111 046	2 383 775	2 172 462	2 169 564
ŚLĄSKI	4 645 153	4 319 518	4 581 428	4 567 110	4 564 419	4 130 499	4 592 184	4 057 813	4 200 666	4 821 690	4 426 305	4 306 164
ŚWIĘTOKRZYSKI	1 199 110	1 126 495	1 184 609	1 169 394	1 185 976	1 065 591	1 205 015	1 073 084	1 106 158	1 231 059	1 140 015	1 161 292
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 324 704	1 235 027	1 305 600	1 309 922	1 301 118	1 192 660	1 334 816	1 212 108	1 218 175	1 368 932	1 259 961	1 281 847
WIELKOPOLSKI	3 470 203	3 367 487	3 493 646	3 489 717	3 447 623	3 128 629	3 500 363	3 155 363	3 224 525	3 673 937	3 361 861	2 926 635
ZACHODNIOPOMORSKI	1 696 695	1 555 348	1 670 012	1 670 120	1 671 207	1 523 456	1 725 051	1 553 402	1 550 527	1 772 383	1 606 190	1 631 977

Tabela nr III.65. Liczba zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych, suma za okres od 1 stycznia 2019 do 31 grudnia 2019 r. (Dane - stan na dzień 13 maja 2020 r.).

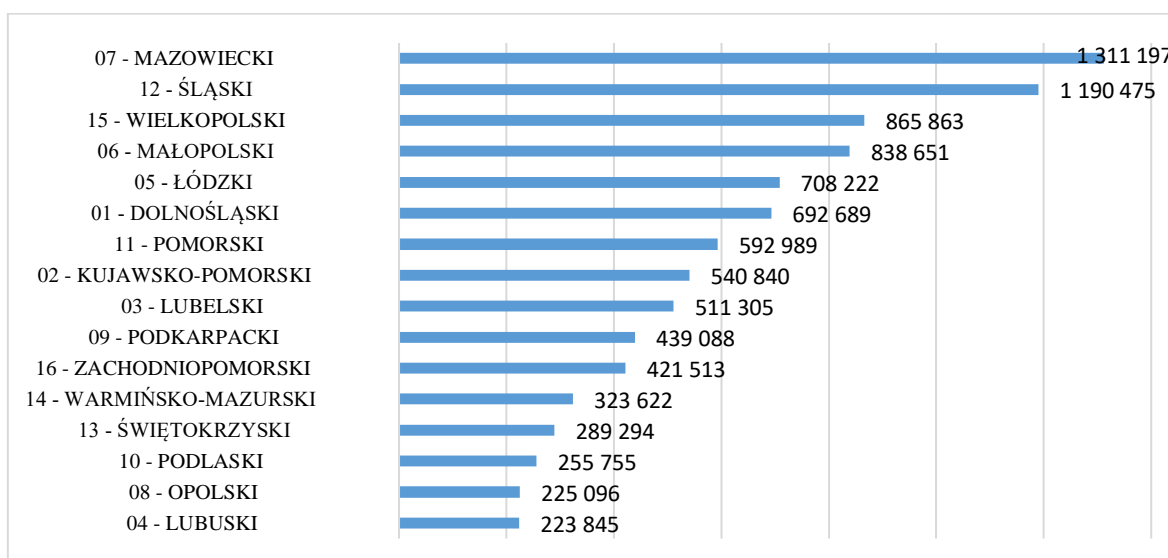
Oddział Wojewódzki NFZ	Liczba jednostkowych opakowań leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zrefundowanych w okresie od 1 stycznia 2019 r do 31 grudnia 2019 r.
Dolnośląski	32 403 734
Kujawsko-Pomorski	24 711 076
Lubelski	24 356 200
Lubuski	10 608 386
Łódzki	31 692 489
Małopolski	36 118 848
Mazowiecki	61 535 555
Opolski	10 842 816
Podkarpacki	20 549 764
Podlaski	11 665 362
Pomorski	26 288 977
Śląski	53 212 950
Świętokrzyski	13 847 797
Warmińsko-Mazurski	15 342 870
Wielkopolski	40 239 989
Zachodniopomorski	19 626 368
Suma końcowa	433 043 181

III.2.20. Refundacja leków

Wielkość refundacji

W 2019 roku płatnik na refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych wydatkował łącznie kwotę 9 430 443 tys. zł. (razem z dotacją Ministerstwa Zdrowia). Poniższe zestawienie kosztów zostało opracowane na podstawie danych szczegółowych przekazywanych przez oddziały wojewódzkie NFZ i gromadzonych w bazach danych Centrali. Przedstawione kwoty uwzględniają dotację z części budżetu państwa pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

Wykres nr III.18. Wartość refundacji leków w 2019 roku z podziałem na oddziały wojewódzkie NFZ (w tys. zł). Dane pochodzą z systemu SAS Centrali NFZ; stan na dzień 13 maja 2020 r. Podane kwoty zawierają dotację Ministerstwa Zdrowia przeznaczoną na refundację leków.



Analiza wydatków na refundację leków w 2019 roku w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ wykazała, że największy udział procentowy w ogólnej kwocie refundacji miał oddział Mazowiecki z wynikiem 13,9% oraz oddział Śląski z wynikiem 12,6%. Dane wartościowe dotyczące wszystkich oddziałów wojewódzkich NFZ przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela nr III.66. Struktura wydatków na leki w 2019 roku w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ, data generacji danych 13 maja 2020 r. (kwoty wyrażone w tys. zł i zawierają dotację Ministerstwa Zdrowia przeznaczoną na refundację leków).

oddział wojewódzki	kwota refundacji	udział procentowy
Mazowiecki	1 311 197	13,9%
Śląski	1 190 475	12,6%
Wielkopolski	865 863	9,2%
Małopolski	838 651	8,9%
Łódzki	708 222	7,5%
Dolnośląski	692 689	7,3%

oddział wojewódzki	kwota refundacji	udział procentowy
Pomorski	592 989	6,3%
Kujawsko-Pomorski	540 840	5,7%
Lubelski	511 305	5,4%
Podkarpacki	439 088	4,7%
Zachodniopomorski	421 513	4,5%
Warmińsko-Mazurski	323 622	3,4%
Świętokrzyski	289 294	3,1%
Podlaski	255 755	2,7%
Opolski	225 096	2,4%
Lubuski	223 845	2,4%

Rodzaje odpłatności

Analiza struktury wydatków na refundację leków w 2019 roku w podziale na rodzaje odpłatności (bezpłatne, 30%, 50% ryczałt) wykazała, że ponad połowa (63,5%) ogólnej kwoty refundacji wydatkowano dla pacjentów wnoszących opłatę ryczałtową, przeznaczono na ten cel 5 985 956 tys. zł.

Wykres nr III.19 Analiza struktury wydatków na refundację leków w 2019 roku w podziale na odpłatności, data generacji danych 13 maj 2020 r. (dane zawierają dotację Ministerstwa Zdrowia przeznaczoną na refundację leków)



Kolejne grupy co do wartości wydatkowanych środków stanowią: leki wydawane za 30% odpłatnością – 26,6% (kwota refundacji 2 511 956 tys. zł.); leki wydawane za 50% odpłatnością – 4,9% (kwota refundacji 466 454 tys. zł); leki wydawane bezpłatnie – 4,9% (kwota refundacji 466 077 tys. zł).

Typy uprawnień

Poniżej przedstawiono analizę struktury wydatków na refundację leków w podziale na uprawnienia dodatkowe pacjenta w 2019 r.

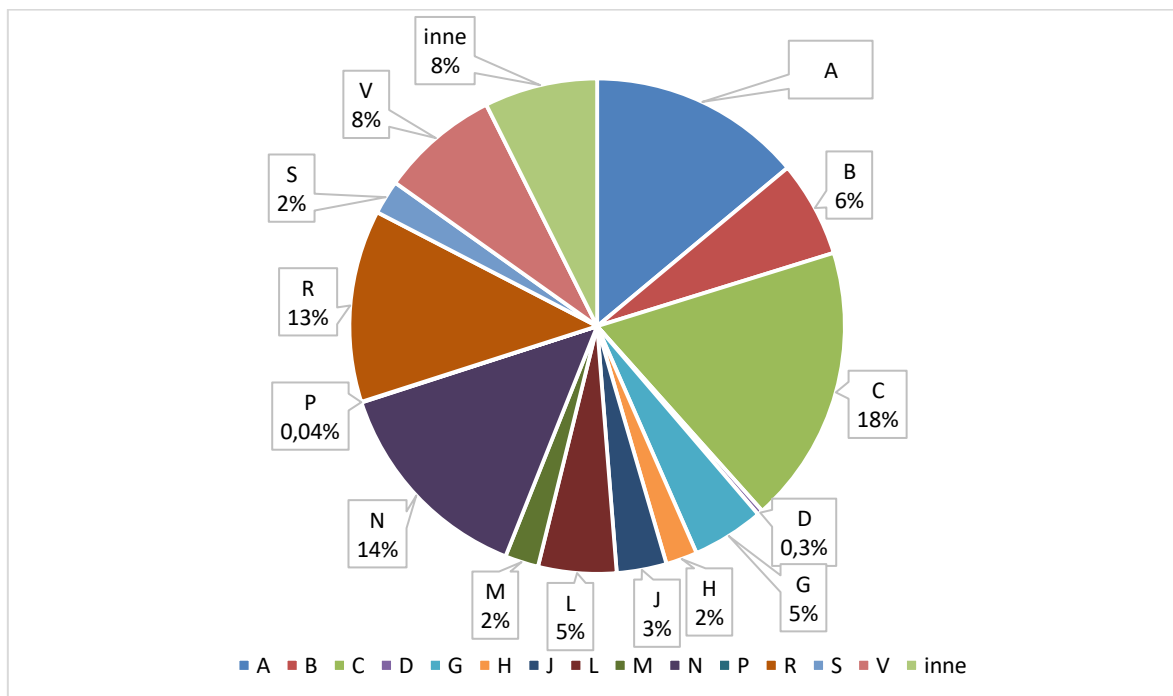
Tabela nr III.67. Przedstawienie typów uprawnień dodatkowych pacjentów w podziale na odpłatności, data generacji danych 20 maj 2019 r. (kwoty wyrażone w tys. zł i zawierają dotację Ministerstwa Zdrowia przeznaczoną na refundację leków).

Typ uprawnień dodatkowych	Kwota refundacji (tys. zł)	Udział procentowy
AZ	13	0,0001%
BW	150	0,002%
CN	68	0,001%
DN	42 557	0,5%
IB	128 353	1,4%
IN	2 139	0,02%
IW	840	0,01%
PO	109	0,001%
S	1 761	18,7%
WP	7	0,0001%
X	7 448 273	79%
ZK	46 603	0,5%

CN - nieubezpieczone kobiety podczas ciąży, porodu lub porożu. Przysługuje im zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne związane z ciążą, porodem i położeniem.
 DN – osoby nieubezpieczone do ukończenia 18 roku życia.
 IN - pacjenci inni niż ubezpieczeni, którzy posiadają uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej.
 IB - inwalidzi wojenni oraz osoby represjonowane, ich małżonkowie pozostający na ich wyłącznym utrzymaniu, wdowy i wdowcy po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osoby represjonowane, uprawnione do renty rodzinnej, a także cywilne niewidome ofiary działań wojennych. Przysługuje im bezpłatne zaopatrzenie w leki w kategoriach dostępności „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte refundacją, dopuszczone do obrotu na terytorium Polski.
 IW - inwalidzi wojskowi. Przysługuje im bezpłatne – do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych – zaopatrzenie w leki objęte wykazem leków refundowanych w kategoriach: lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny dostępny w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń.
 ZK - Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Honorowi Dawcy Przeszczepu. Przysługuje im bezpłatnie – do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych – zaopatrzenie w leki objęte refundacją w kategoriach: lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny dostępny w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz zaopatrzenie w leki, zgodnie z wykazem leków określonym przez ministra zdrowia, które mogą stosować w związku z oddawaniem krwi lub szpiku albo innych regenerujących się komórek, tkanek i narządów.
 AZ - pracownicy i byli pracownicy zakładów produkujących wyroby zawierające azbest. Przysługuje im bezpłatnie zaopatrzenie w leki związane z chorobami wywołanymi pracą przy azbecie.
 PO - żołnierze, którzy odbywają zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe oraz pełnią służbę kandydacką, służbę przygotowawczą lub służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny – o ile nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu z innego tytułu. Przysługuje im bezpłatne – do wysokości limitu finansowania – zaopatrzenie w leki objęte refundacją w kategoriach: lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny dostępny w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz leki recepturowe.
 WP - żołnierze zawodowi, o których mowa w przepisach ustawy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, w trakcie szkoleń poligonowych i ćwiczeń wojskowych (rejsów, lotów)
 BW - pacjenci którzy posiadają uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce ich zamieszkania.
 S - do otrzymania bezpłatnych leków uprawnieni są świadczeniobiorcy, którzy ukończyli 75 rok życia, o których mowa w art. 43a ust. 1 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.). Obowiązuje od 1 września 2016 r.
 X - Pacjent ubezpieczony, bez uprawnień dodatkowych

Grupy ATC

Wykres nr III.20. Udział procentowy wydatków z tytułu refundacji leków w podziale na poszczególne grupy ATC, data generacji danych 13 maja 2020 r. (kwoty wyrażone w tys. zł i zawierają dotację Ministerstwa Zdrowia przeznaczoną na refundację leków).



Największe wydatki związane były z refundacją leków w grupach: stosowanych w leczeniu schorzeń układu sercowo-naczyniowego stanowiących 18% ogólnej kwoty refundacji, stosowanych w leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego i metabolicznych stanowiących 14% ogólnej kwoty refundacji, stosowanych w leczeniu schorzeń ośrodkowego układu nerwowego stanowiących 14% ogólnej kwoty refundacji, stosowanych w leczeniu schorzeń układu oddechowego stanowiących 13% ogólnej kwoty refundacji.

Wymienione wyżej 4 grupy ATC generowały 59% ogółu wszystkich kosztów refundacji leków w 2019 roku.

Tabela nr III.68. Struktura wydatków na leki w 2019 roku w podziale na Grupy ATC, data generacji danych 13 maja 2020 r. (kwoty wyrażone w tys. zł i zawierają dotację Ministerstwa Zdrowia przeznaczoną na refundację leków).

Grupa ATC	kwota refundacji
(C) Układ Sercowo Naczyniowy	1 713 992
(N) Ośrodkowy Układ Nerwowy	1 319 040
(A) Przewód Pokarm.I Metabolizm	1 315 972
(R) Układ Oddechowy	1 183 677
(V) Varia	733 598
(B) Krew I Układ Krwiotwórczy	590 471
(L) Leki Przeciwnowotworowe I Immunomodulacyjne	481 333

Grupa ATC	kwota refundacji
(G) Układ Moczowo-Płciowy I Hormony Płciowe	442 406
(J) Leki Stosowane W Zakażeniach	306 998
(S) Narządy Wzroku I Słuchu	209 877
(M) Układ Mięśniowo-Szkieletowy	206 265
(H) Leki Hormonalne Do Stosowania Wewnętrznego	193 504
(D) Dermatologia	32 754
(P) Leki Przeciw pasożytnicze, Owadobójcze I Repelenty	3 958
Inne	696 600

Najczęstsze substancje czynne leków refundowanych

Tabela nr III.69. 20 substancji czynnych generujących najwyższe koszty w 2019 roku (wg nazw międzynarodowych). Analiza sporządzona na podstawie danych szczegółowych przekazanych przez oddziały wojewódzkie NFZ, data generacji danych 13 maja 2020 r. (kwoty wyrażone w tys. zł i zawierają kwotę dotację budżetowej na refundację leków).

Lp.	Substancje Czynne	Kwota Refundacji
1	ENOXAPARINUM NATRICUM	316 454
2	METFORMINI HYDROCHLORIDUM	190 089
3	FLUTICASONI PROPIONAS, SALMETEROLUM	177 766
4	ATORVASTATINUM	174 311
5	TAMSULOSINI HYDROCHLORIDUM	173 552
6	OLANZAPINUM	173 493
7	BUDESONIDUM	169 098
8	INSULINUM ASPARTUM	159 492
9	RAMIPRILUM	152 538
10	ROSUVASTATINUM	149 110
11	RIVAROXABANUM	128 535
12	FINASTERIDUM	126 716
13	BECLOMETASONI DIPROPIONAS, FORMOTEROLI	119 963
14	TELMISARTANUM	115 088
15	RISPERIDONUM	113 471
16	NEBIVOLOLUM	106 662

Lp.	Substancje Czynne	Kwota Refundacji
17	INS.INJECTIO NEUTRALIS, INS.ISOPHANUM	106 246
18	BUDESONIDUM, FORMOTEROLUM	97 464
19	MESALAZINUM	96 229
20	METHOTREXATUM	95 119
Suma:		2 941 396

Struktura wydatków Narodowego Funduszu Zdrowia z tytułu refundacji leków pokazuje, że refundacja 20 pierwszych substancji pociąga za sobą 31,2% ogólnej kwoty refundacji.

Wśród tych 20 substancji, znajdują się leki stosowane w leczeniu między innymi: choroby zakrzepowo-zatorowej (*Enoxaparinum Natricum, Rivaroxabanum*, cukrzycy (*Metformini Hydrochloridum, Insulinum Aspartum*), choroby psychiczne, schizofrenii (*Olanzapinum, Risperidonum*), astmy oskrzelowej (*Budesonidum, Fluticasoni Propionas, Salmeterolum, Beclometasoni Dipropionas, Formoteroli Fum, Formoteroli Fumaras*), hipercholesterolemii (*Atorvastatinum, Rosuvastatinum*), chorób układu krążenia i nadciśnienia tętniczego (*Ramiprilum, Amlodipinum, Indapamidum, Valsartanum, Hydrochlorothiazidum, Valsartanum*), przerostu gruczołu krokowego (*Tamsulosini Hydrochloridum, Finasteridum*), zapaleniu jelita grubego oraz choroby Leśniowskiego - Crohna (*Mesalazinum*).

Produkty handlowe

Analizując refundację poszczególnych produktów leczniczych, największe wydatki przeznaczane są na przedstawione w tabeli poniżej leki.

Tabela nr III.70. Przedstawienie 5 produktów generujących największy koszt refundacji leków w 2019 roku, data generacji danych 13 maj 2020 r. (kwoty wyrażone w tys. zł i zawierają dotację budżetową na refundację leków).

Lp.	Nazwy handlowe leków	kwota refundacji
1	Neoparin	211 664
2	Contour Plus	127 658
3	Fostex	119 963
4	Accu-Chek Performa Test Paskowy	104 449
5	Clexane	101 156
6	Rispolept Consta	99 755
7	Ins. Novorapid Penfill	78 788
8	Alvesco 160	78 323
9	Nebbud	73 662
10	Xarelto 20	71 052

Lp.	Nazwy handlowe leków	kwota refundacji
11	Salmex	69 815
12	Atoris	66 529
13	Ins. Novomix 30 Penfill	65 363
14	Symbicort Turbuhaler	60 573
15	Asamax 500	58 904
16	Milurit	57 847
17	Metex	57 514
18	Xarelto 15	56 414
19	Asaris	53 068
20	Co-Valsacor	50 315
suma:		1 662 812

Pierwsze pięć produktów z powyższej listy to następujące leki lub wyroby medyczne: Neoparin (*Enoxaparinum natricum*) – lek przeciwzakrzepowy w postaci ampułko – strzykawek; Contour plus - test paskowy stosowany do oznaczenia poziomu glukozy we krwi; Fostex (*Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus*) – lek stosowany w leczeniu astmy w postaci aerozolu wziewnego; Accu-chek performa test paskowy - test paskowy stosowany do oznaczenia poziomu glukozy we krwi; Clexane (*Enoxaparinum natricum*) – lek przeciwzakrzepowy w postaci ampułko – strzykawek.

Refundacja wymienionych powyżej 5 produktów pociąga za sobą 7% ogólnej kwoty refundacji.

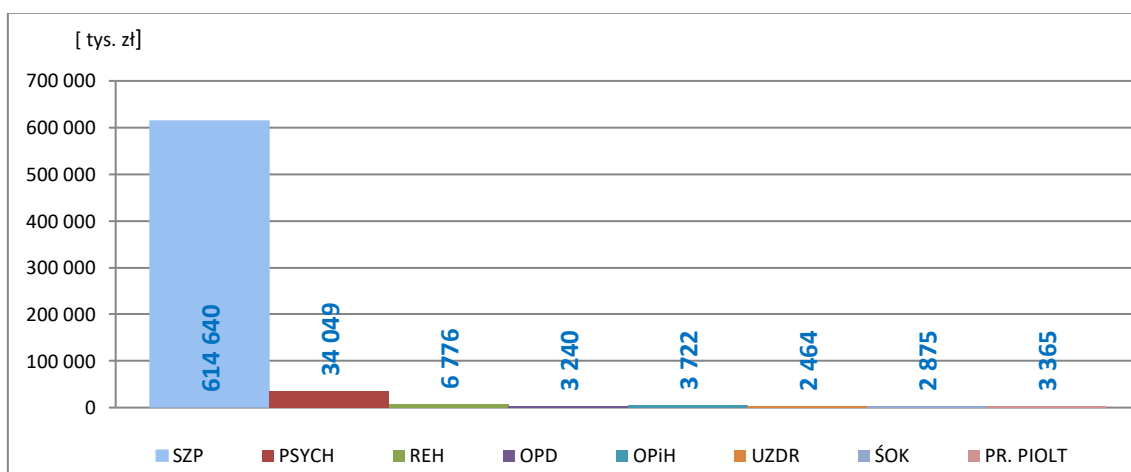
III.2.21. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie środków finansowych przekazanych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń

Tabela nr III.71. Łączne środki finansowe przekazane świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację, środki finansowe przekazane świadczeniodawcom na realizację świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne, ratowników medycznych w szpitalnym systemie ratownictwa medycznego oraz ratowników w pozaszpitalnym systemie ratownictwa medycznego (w tys. zł).

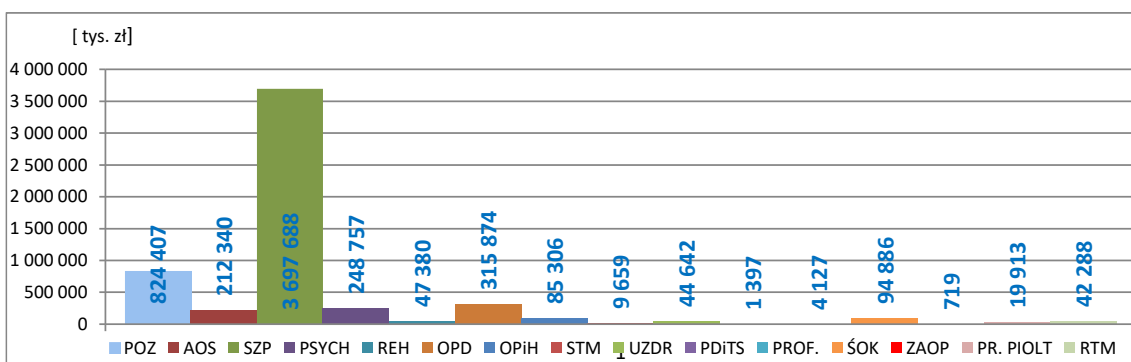
Wyszczególnienie	IX-XII 2015 r.	2016 r.	2017 r.	2018 r.	2019 r.
Wartość środków przekazanych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację	-	-	-	315 209	671 131
Wartość środków przekazanych świadczeniodawcom na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne	306 623	1 467 697	2 602 981	4 029 564	5 649 384

Wyszczególnienie	IX-XII 2015 r.	2016 r.	2017 r.	2018 r.	2019 r.
Wartość środków przekazanych świadczeniodawcom na realizację świadczeń opieki zdrowotnej przez ratowników medycznych w szpitalnym systemie ratownictwa medycznego	-	-	-	67 604	90 612
Wartość środków przekazanych świadczeniodawcom na realizację świadczeń opieki zdrowotnej przez ratowników medycznych w pozaszpitalnym systemie ratownictwa medycznego	-	-	36 172	146 782	222 665
Wartość środków przekazanych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację, na realizację świadczeń przez pielęgniarki i położne, ratowników medycznych w szpitalnym i pozaszpitalnym syst. ratow. medycznego	306 623	1 467 697	2 639 153	4 559 159	6 633 792
Dynamika	100,00%	478,67%	179,82%	172,75%	145,50%

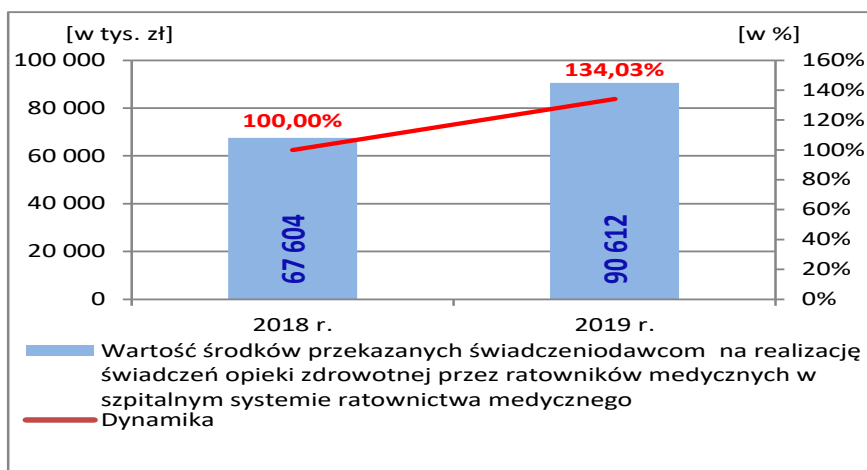
Wykres nr III.21. Środki finansowe wykorzystane przez świadczeniodawców w 2019 r. na wzrost wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację, wg rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, wynikające ze złożonych przez świadczeniodawców rachunków.



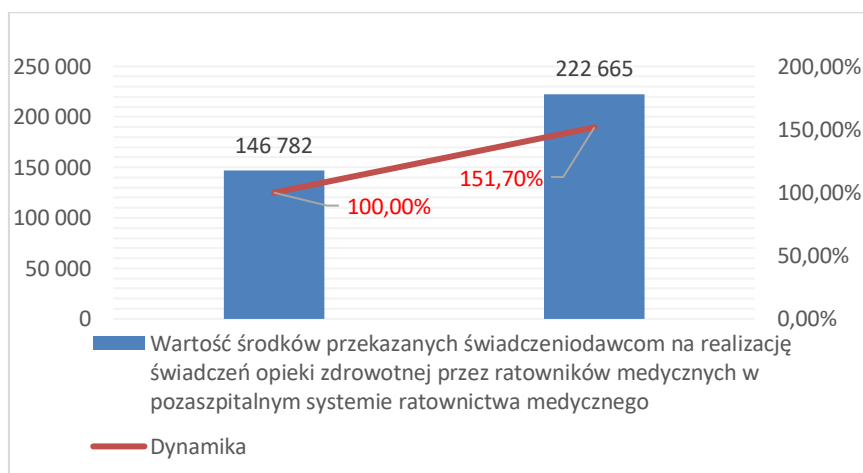
Wykres nr III.22. Środki finansowe wykorzystane przez świadczeniodawców w 2019 r. na realizację świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne, wynikające ze złożonych przez świadczeniodawców rachunków i miesięcznych oświadczeń.



Wykres nr III.23. Środki finansowe przekazane świadczeniodawcom na realizację świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez ratowników medycznych w szpitalnym systemie ratownictwa medycznego w latach 2018-2019 i ich dynamika.



Wykres nr III.24. Środki finansowe przekazane świadczeniodawcom na realizację świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez ratowników medycznych w pozaszpitalnym systemie ratownictwa medycznego w latach 2017-2019 i ich dynamika.



III.2.22. Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ)

Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia w 2019 roku otrzymała do zaopiniowania 45 wniosków inwestycyjnych w systemie IOWISZ ma łączną kwotę 2 218 mln zł z czego 80% stanowiły dotacje celowe z budżetu państwa i 7% środki z UE. Wnioskodawcami były 24 podmioty z całej Polski. Wszystkie wnioski zostały przez Centralę NFZ ocenione pozytywnie.

Każdorazowo propozycję oceny wniosku przygotowywał jeden z departamentów Centrali Funduszu (DAiI, DSOZ, DSM lub DGL), a następnie podczas spotkania wszystkich przedstawicieli tych komórek organizacyjnych wnikliwie omawiano informacje dotyczące poszczególnych wniosków na podstawie których wydawano opinie. 42 opiniowane wnioski inwestycje dotyczyły rozbudowy, przebudowy lub doposażenia i zakupu sprzętu medycznego dla poszczególnych jednostek. 7 wniosków obejmowało swym zakresem utworzenie nowych komórek organizacyjnych zakładu leczniczego w podmiocie leczniczym. Uniwersyteckie

Centrum Kliniczne z Gdańska jako jedyne w 2019 roku złożyło wniosek, który dotyczył utworzenia nowego podmiotu wykonującego działalność leczniczą pn. „Centrum Geriatrii w Gdańsku”.

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

IV.1. Zadania, o których mowa w art. 42a ust. 3 ustawy o świadczeniach

Od 2004 roku Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje, na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego tj. rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 i rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 oraz regulacji krajowych, zadania instytucji właściwej (instytucji miejsca zamieszkania oraz instytucji miejsca pobytu) - poprzez oddziały wojewódzkie Funduszu oraz zadania instytucji łącznikowej - poprzez Departament Współpracy Międzynarodowej w Centrali Funduszu.

Do najważniejszych zadań realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w roli instytucji właściwej (miejsca pobytu, zamieszkania) w ramach przepisów o koordynacji należy: zapewnienie dostępu do rzeczowych świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych i uprawnionych, prowadzenie ewidencji osób ubezpieczonych oraz uprawnionych, potwierdzanie faktu oraz okresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, wydawanie zaświadczeń oraz poświadczeń potwierdzających prawo do rzeczowych świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, wydawanie zgody na przeprowadzenie leczenia planowanego lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim UE/EFTA.

Obszary działań związane z pełnieniem roli instytucji łącznikowej wynikające z przepisów prawa znajdują odzwierciedlenie w Regulaminie Organizacyjnym Centrali Funduszu. Wśród nich do najważniejszych zadań należą:

- utrzymywanie wzajemnych, bezpośrednich kontaktów z innymi instytucjami łącznikowymi i właściwymi państw członkowskich UE/EFTA,
- opracowywanie wytycznych dotyczących stosowania przepisów wspólnotowych oraz przekazywania informacji o zmianach w tych przepisach wraz z ich interpretacją,
- rozliczanie kosztów rzeczowych świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom uprawnionym oraz ubezpieczonym w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, we współpracy z oddziałami wojewódzkimi,
- nadzór nad procesem refundacji przez oddziały wojewódzkie Funduszu kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 25 rozporządzenia wykonawczego nr 987/2009,
- analiza spraw i problemów merytorycznych zgłaszanych w związku z obsługą osób ubezpieczonych i uprawnionych w ramach koordynacji,
- współpraca z Biurem Komunikacji Społecznej w realizacji polityki informacyjnej w odniesieniu do świadczeniobiorców i osób uprawnionych oraz świadczeniodawców w zakresie uprawnień i zasad udzielania świadczeń rzeczowych na podstawie przepisów o koordynacji.

Dokumenty uprawniające

W 2019 r. wydano łącznie 3 714 562 dokumentów uprawniających osoby ubezpieczone w Funduszu do korzystania z rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA, co stanowi wzrost w stosunku do porównywanego okresu roku poprzedniego o 7,07%. W strukturze rodzajowej 99,25% łącznej liczby wydanych dokumentów stanowiła Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego. Udział ten kształtował się na zbliżonym poziomie w stosunku do roku poprzedniego. Oddziałem, który wydał największą w 2019 r. liczbę dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń był Śląski Oddział Wojewódzki NFZ (15,62%).

Tabela nr.IV.1. Liczba zaświadczeń wydanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w 2019 r. w podziale na wydające oddziały wojewódzkie NFZ oraz rodzaje dokumentów.

Oddział wojewódzki	EKUZ	Certyfikat	S1	S2	S3	DA1	ŁĄCZNIE
Dolnośląski	302 915	2 136	481	23	0	45	305 600
Kujawsko-Pomorski	169 546	1 318	182	2	0	68	171 116
Lubelski	142 381	1 318	106	0	0	52	143 857
Lubuski	92 065	1 043	135	1	0	39	93 283
Łódzki	203 019	1 618	114	4	0	41	204 796
Małopolski	373 714	2 550	278	5	0	221	376 768
Mazowiecki	499 254	1 724	1 412	13	0	64	502 467
Opolski	111 419	616	153	3	0	59	112 250
Podkarpacki	207 904	1 645	90	3	0	79	209 721
Podlaski	88 126	519	63	0	0	23	88 731
Pomorski	229 382	1 357	255	7	0	75	231 076
Śląski	577 421	2 242	462	2	0	144	580 271
Świętokrzyski	92 075	1 004	86	5	0	88	93 258
Warmińsko-Mazurski	106 613	845	90	4	0	37	107 589
Wielkopolski	343 189	1 199	233	15	0	129	344 765
Zachodniopomorski	147 699	866	397	5	0	47	149 014
ŁĄCZNIE	3 686 722	22 000	4 537	92	0	1 211	3 714 562

Rozliczanie kosztów świadczeń za ubezpieczonych i uprawnionych.

W 2019 r. do Centrali Funduszu wpłynęło 997 dokumentów rozliczeniowych na łączną kwotę wynoszącą 562 186,14 tys. zł⁴. Kwota ta obejmuje również kwoty wynikające z 508 pism zawierających odstąpienia od roszczeń przedstawionych w poprzednich okresach rozliczeniowych oraz 245 not korygujących. Roszczenia przedstawione zostały przez 30 państw członkowskich UE/EFTA na 147 638 formularzach służących do rozliczeń wg kosztów rzeczywistych. W porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego wartość zgłoszonych roszczeń zwiększyła się o ponad 9%, przy jednoczesnym wzroście liczby załączonych do not formularzy o 3,78%. W całkowitej kwocie roszczeń, roszczenia przedstawione przez instytucje niemieckie stanowiły 70,89% i obejmowały 69,1% łącznej liczby formularzy przesłanych przez instytucje innych państw członkowskich UE/EFTA. W związku z prowadzeniem rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA, wykazywanych w oparciu o formularz służący do rozliczeń wg kosztów rzeczywistych, Fundusz dokonał w 2019 r. płatności na rzecz instytucji innych państw członkowskich w kwocie łącznej w wysokości 410 026,96 tys. zł⁵. Z całkowitej kwoty dokonanych płatności 65,43% dotyczyło rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych na terenie Niemiec.

Tabela nr IV.2. Struktura roszczeń w oparciu o koszty rzeczywiste w 2019r. zgłoszonych przez państwa członkowskie.

Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (tys. zł)
Niemcy	102 013	398 554,25
Wielka Brytania	2 916	21 253,44
Belgia	4 102	20 731,08
Austria	7 882	19 196,25
Włochy	4 401	19 075,66
Holandia	2 344	17 630,00
Francja	1 561	13 405,71
Hiszpania	4 332	11 739,35
Szwecja	1 323	7 640,27
Szwajcaria	1 476	6 603,50
Czechy	3 919	5 809,74
Norwegia	256	5 356,36
Irlandia	1 919	3 435,16
Słowacja	1 580	2 629,14
Luksemburg	334	1 617,63
Dania	262	1 396,27
Chorwacja	3 506	1 308,81
Finlandia	394	1 077,57
Portugalia	860	1 017,77
Islandia	190	829,57
Węgry	446	455,94

⁴ Na potrzeby sprawozdawcze przeliczenie roszczenia na walutę polską dokonane zostało zgodnie z tabelą kursów NBP nr 251/A/NBP/2019 z dnia 31 grudnia 2019 r.

⁵ Przeliczenia na walutę polską dokonano wg kursu ustalonego przez bank, obowiązującego na dzień dokonania wypłaty.

Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (tys. zł)
Bułgaria	163	334,96
Słowenia	254	264,37
Estonia	241	239,42
Litwa	349	204,16
Malta	177	161,77
Cypr	28	110,42
Rumunia	293	62,72
Łotwa	114	43,55
Liechtenstein	2	1,35
Grecja	1	-0,04
ŁĄCZNIE	147 638	562 186,14

W związku z realizacją przepisów o koordynacji Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje także zadania w zakresie prowadzenia rozliczeń w oparciu o koszt zryczałtowany. Ponieważ Polska od zmiany przepisów o koordynacji w 2010 r. nie ma podstaw do przedstawiania kosztów w oparciu o tę metodę, a skala rozliczeń przedstawianych Polsce, w porównaniu do kosztów rozliczanych według metody rzeczywistej jest dużo mniejsza i posiada tendencję malejącą w związku ze stopniową rezygnacją państw, nie będzie opisywana szczegółowo w niniejszym sprawozdaniu. Wysokość kosztów rozliczanych w oparciu o stawki ryczałtowe wynosiła w 2019 r. 3 576,59 tys. zł¹, co stanowiło 0,63% wszystkich kosztów przedstawionych przez państwa członkowskie UE/EFTA w oparciu o przepisy o koordynacji. Zgodnie z danymi z formularzy służących do rozliczeń wg kosztów rzeczywistych, wystawionych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w okresie sprawozdawczym, osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji udzielone zostały na terenie Polski rzeczowe świadczenia opieki zdrowotnej na kwotę łączną w wysokości 291 780,33 tys. zł. Kwota ta przedstawiona została instytucjom łącznikowym 31 innych państw członkowskich UE/EFTA na 905 156 formularzach, z czego 49,57% formularzy skierowane zostało do instytucji niemieckich, zaś 12,08% do instytucji norweskich. Koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z Niemiec stanowiły przy tym 47,67% całkowitych kosztów świadczeń dotyczących okresu sprawozdawczego. W porównaniu z 2018 r. liczba formularzy służących do rozliczeń wg kosztów rzeczywistych wystawionych przez oddziały wojewódzkie Funduszu wzrosła w 2019 r. o 0,83%, przy wzroście całkowitego kosztu świadczeń wykazanego na tych formularzach na poziomie 5,32%.

Tabela nr IV.3. Struktura roszczeń przedstawionych przez Fundusz w oparciu o koszty rzeczywiste za 2019 r. wg państw członkowskich (bez uwzględnienia formularzy korygujących).

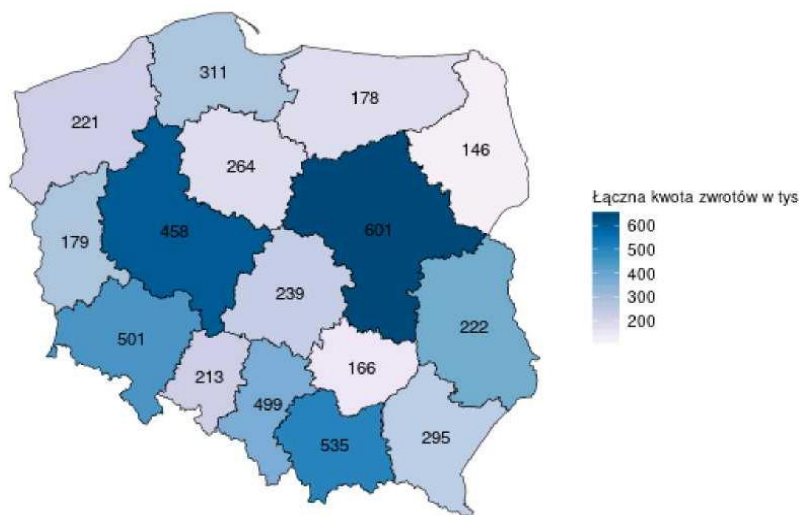
Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (tys. zł)
Niemcy	448 698	139 084,93
Norwegia	109 353	31 421,90
Wielka Brytania	69 357	30 696,38
Holandia	65 092	22 980,55
Czechy	60 299	13 995,81
Austria	35 325	9 646,41

Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (tys. zł)
Dania	30 716	8 691,04
Szwecja	14 493	6 286,91
Włochy	11 138	5 225,49
Irlandia	12 018	4 891,20
Belgia	13 426	4 882,64
Francja	9 310	4 059,38
Luksemburg	7 280	1 831,83
Hiszpania	3 448	1 452,87
Islandia	2 234	1 250,11
Szwajcaria	3 419	1 063,60
Słowacja	2 671	939,56
Bułgaria	1 251	876,01
Litwa	1 232	640,99
Finlandia	1 719	497,89
Grecja	538	278,15
Rumunia	294	271,8
Węgry	409	224,79
Estonia	135	134,68
Portugalia	330	107,18
Chorwacja	127	96,21
Łotwa	116	89,97
Malta	214	56,35
Słowenia	237	47,3
Liechtenstein	98	29,43
Cypr	179	28,95
ŁĄCZNIE	905 156	291 780,33

W 2019 r. państwa członkowskie UE/EFTA uregulowały przedstawione przez Polskę roszczenia rozliczane na formularzach służących do rozliczeń wg kosztów rzeczywistych, związane z udzieleniem świadczeń osobom uprawnionym podczas ich pobytu na terenie Polski, w kwocie łącznej w wysokości 229 488,61 tys. zł. Najwyższe kwoty płatności na rzecz Polski dokonały instytucje niemieckie (52,46% łącznej kwoty) oraz instytucje holenderskie (8,53% łącznej kwoty). W analogicznym okresie roku poprzedniego kwota łączna dokonanych płatności wyniosła 261 577,77 tys. zł. Zgodnie z informacjami zgromadzonymi w systemie dziedzinowym, w 2019 r. osoby ubezpieczone złożyły w oddziałach wojewódzkich Funduszu 6 219 wniosków o refundację kosztów świadczeń poniesionych podczas czasowego pobytu na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA, do których załączone zostały rachunki opiewające na łączną kwotę 7 921,75 tys. zł¹. Na podstawie kwot określonych przez instytucje miejsca pobytu na terenie innego państwa członkowskiego, Fundusz dokonał w okresie sprawozdawczym zwrotu kosztów poniesionych przez 5 028 osób ubezpieczonych w wysokości łącznej 5 052,21 tys. zł³. W 2019 r., w porównaniu do roku poprzedniego, liczba wystawionych formularzy była wyższa o 0,02%, kwota wynikająca z załączonych do formularzy rachunków była wyższa o 6,62%. Liczba osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń była niższa o 3,40%, natomiast kwota dokonanych wypłat była wyższa o 11,71%.

Najwyższą łączną kwotę zwrotu kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA w 2019 r. wypłacił Mazowiecki Oddział Wojewódzki NFZ, który dokonał wypłat 601 osobom ubezpieczonym w łącznej kwocie 643,40 tys. zł, co stanowiło 12,74% całkowitej wysokości środków finansowych poniesionych na ten cel przez Fundusz oraz 11,95% wszystkich osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń. Z łącznej liczby osób ubezpieczonych, które otrzymały w 2019 r. zwrot poniesionych kosztów świadczeń 44,51% to osoby korzystające z leczenia na terenie Niemiec (dla porównania w roku poprzednim było to 43,54%). W strukturze kosztowej udział refundacji kosztów świadczeń związanych z leczeniem 2 238 osób na terenie Niemiec stanowił 49,49% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz w okresie sprawozdawczym.

Wykres nr IV.1. Liczba dokonanych zwrotów oraz kwoty zwrotu wypłacone w 2019 r. za świadczenia udzielone na podstawie przepisów o koordynacji - wg oddziałów wojewódzkich Funduszu.



Realizacja zadań na podstawie przepisów o koordynacji.

Realizacja zadań na podstawie przepisów o koordynacji prowadzona była przez jednostki organizacyjne Funduszu na bieżąco. W 2019 r. zostały wprowadzone istotne zmiany w zakresie zadań związanych z realizacją przepisów o koordynacji. Uruchomiono wymianę danych z obszaru koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, pomiędzy instytucjami z państw członkowskich UE/EFTA, w formie strukturyzowanych dokumentów elektronicznych w ramach systemu EESSI oraz rozpoczęto pilotaż wydawania EKUZ na podstawie wniosków złożonych elektronicznie przez Centrum Usług Wspólnych w Chełmie.

Narodowy Fundusz Zdrowia w czerwcu 2019 r. dołączył do elektronicznej wymiany danych z obszaru koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, pomiędzy instytucjami państw członkowskich UE/EFTA, dla 25 procesów. W tym terminie uruchomiono wymianę w ramach procesów, które pod względem liczby wymienianych dokumentów zaklasyfikowano jako stosunkowo rzadko występujące i nie wymagające rozbudowanej obsługi po stronie systemów Funduszu. We wrześniu 2019 r. ruszył kolejny etap wdrożenia wymiany, który uruchomił wymianę dokumentów w ramach 10 kluczowych procesów pozwalających oddziałom

wojewódzkim NFZ potwierdzać uprawnienia, wnioskować o ich potwierdzenie do partnerów, rejestrować uprawnienia dla uprawnionych osób z Unii i unieważniać dokumenty uprawniające.

W ramach najbardziej skomplikowanych procesów, służących do prowadzenia rozliczeń, które z uwagi na ich skalę i poziom złożoności wzbudzają szereg obaw w Unii, Narodowy Fundusz Zdrowia zgłosił gotowość do przyjęcia elektronicznych wniosków o zwrot kosztów w grudniu 2019 r., natomiast zgłoszenie gotowości do ich wystawiania planowane jest w 2020 r.

Zarządzeniem nr 90/2019/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 lipca 2019 r. powołano w Lubelskim Oddziale Wojewódzkim Funduszu Centrum Usług Wspólnych w Chełmie, w ramach którego uruchomiona została obsługa wniosków o wydanie EKUZ składanych w formie elektronicznej w związku z czasowym pobylem za granicą. Celem tych działań była poprawa jakości obsługi osób zwracających się o EKUZ poprzez skrócenie czasu obsługi wniosku oraz odciążenie oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie obsługi wniosków o EKUZ.

Przeniesienie obsługi wniosków składanych elektronicznie rozłożone zostało na dwie fazy. W październiku i listopadzie 2019 r., w ramach 5 etapów fazy I, przeniesiona została obsługa wniosków składanych za pośrednictwem platformy ePUAP. Od grudnia 2019 r. rozpoczęła się faza II, której realizacja jest kontynuowana w 2020 r., w ramach której przeniesiona zostanie obsługa wszystkich wniosków składanych za pośrednictwem poczty elektronicznej.

W ciągu trzech ostatnich miesięcy 2019 r. CUW obsłużył blisko 10 tys. wniosków oraz wydał ponad 8,2 tys. EKUZ. Najwięcej wydanych kart wysłanych zostało do obywateli zamieszkałych w województwie mazowieckim oraz małopolskim (odpowiednio 21% i 15%), najmniej w świętokrzyskim, lubuskim i warmińsko-mazurskim (odpowiednio 1% oraz po 3%).

IV.2. Zadania, o których mowa w art. 42d ustawy o świadczeniach

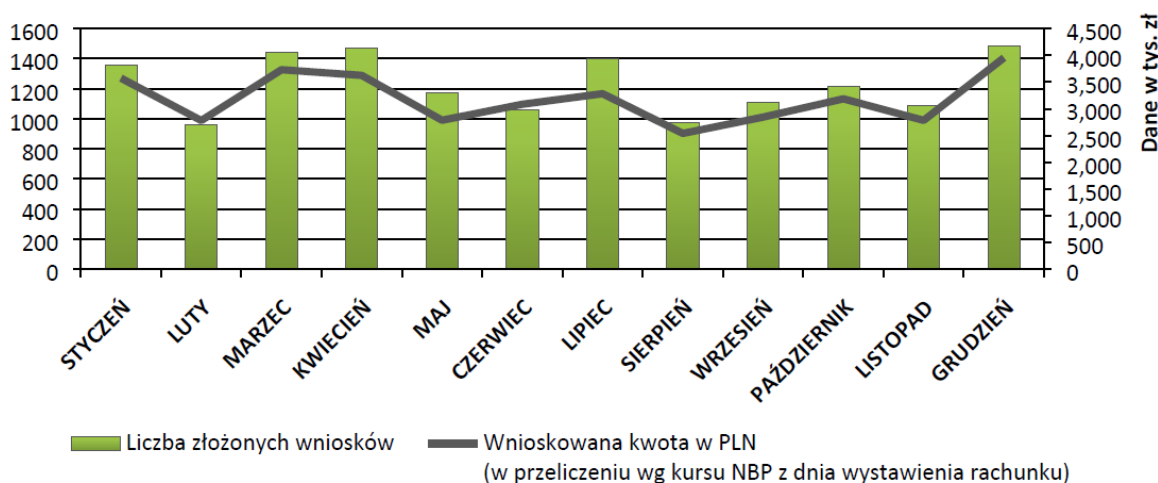
Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje zadania wynikające z implementacji do polskiego porządku prawnego postanowień dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Postanowienia te zostały uregulowane 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. Od dnia 24 sierpnia 2019 r., na mocy ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. 2019 poz. 1590), zwrot kosztów jest również możliwy za świadczenia udzielone na terytorium nienależących do UE państw członkowskich EOG.

Zasady korzystania ze świadczeń na terenie innych państw członkowskich UE lub EOG oraz dokonywania zwrotu kosztów przez Fundusz zostały szczegółowo określone w art. 42b-d

ustawy o świadczeniach Co do zasady, w celu uzyskania zwrotu za świadczenia 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 wyceną świadczeń opieki zdrowotnej, obowiązującą w rozliczeniach z polskimi świadczeniodawcami. Wysokość zwrotu nie może jednak przekroczyć wysokości faktycznie poniesionych przez świadczeniobiorcę wydatków. Decyzję administracyjną w sprawie zwrotu kosztów/ o odmowie zwrotu kosztów wydaje, na podstawie art. 42d ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach, w większości przypadków, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terenie Polski. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, zgodnie z art. 42d ust. 19 ustawy o świadczeniach, przysługuje odwołanie do Prezesa NFZ, jako organu II instancji.

W 2019 r. w oddziałach wojewódzkich Funduszu złożonych zostało łącznie 14 741 wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE lub EOG na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach. Kwota wynikająca ze złożonych wniosków, w przeliczeniu według kursu NBP obowiązującego w dniu wystawienia rachunku, wyniosła 38 173,48 tys. zł. W 2019 r., w porównaniu do 2018 r., liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów była niższa o 21,03%, natomiast łączna wartość kwot wynikająca ze złożonych wniosków była niższa o 23,35%. 84,94% liczby wniosków złożonych w Funduszu w 2019 r. ogółem oraz 83,01% wnioskowanej kwoty zwrotu ogółem dotyczyło leczenia na terenie Czech.

Wykres nr IV.2. zaprezentowano liczbę oraz kwotę składanych wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE lub EOG na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w poszczególnych miesiącach w 2019 r.



Średnia liczba składanych wniosków o zwrot kosztów w 2019 r., w ujęciu miesięcznym, wynosiła 1 228. Liczba wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE lub EOG na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach złożonych w 2019 r. w poszczególnych miesiącach oraz kwota wnioskowana do zwrotu.

W 2019 r. zakończonych zostało 16 224 postępowań w sprawie zwrotu kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE lub EOG na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach, dotyczących wniosków złożonych zarówno w 2019 r., jak i w latach wcześniejszych. 96% wszystkich postępowań w sprawie zwrotu kosztów zostało przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ rozpatrzonych pozytywnie poprzez przyznanie w decyzji zwrotu kosztów.

Tabela nr IV.4. Liczba spraw dotyczących zwrotu kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach zakończonych w 2019 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)	15 575	96,00%
Decyzja o odmowie zwrotu kosztów (art. 42d ust. 2 ustawy o świadczeniach)	392	2,42%
Decyzja o umorzeniu postępowania	29	0,18%
Pozostawienie sprawy bez rozpoznania	221	1,36%
Odmowa wszczęcia postępowania	7	0,04%
ŁĄCZNIE	16 224	100%

W 2019 r. do Prezesa Funduszu jako organu II instancji wpłynęło 835 odwołań świadczeniobiorców od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wydanych na podstawie art. 42d ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach. Liczba odwołań złożonych do Prezesa Funduszu w 2019 r. w porównaniu do roku poprzedniego wzrosła o 58,14%. Z przedmiotowych odwołań 746 (89,34%) zostało złożonych przez strony reprezentowane w sprawach przez tego samego pełnomocnika. Jest on powiązany z działalnością lekarza urologa, który po rozwiązaniu z nim umowy przez Lubuski OW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na terenie kraju – z powodu nadużyć polegających na niezasadnym przedstawieniu do rozliczenia świadczeń zdrowotnych – przeniósł działalność na terytorium Niemiec. Obowiązujące przepisy nie umożliwiają Funduszowi należytej kontroli działalności prowadzonej przez lekarza. Pacjenci zaś na leczenie kierowani są przez samego lekarza i nie ponoszą kosztów leczenia na terenie Niemiec (płatność następuje poprzez przelew na konto placówki niemieckiej albo z innego konta lekarza, albo z konta pełnomocnika). W tej sprawie aktualnie trwają czynności w prokuraturze.

W związku z powyższym dyrektorzy OW NFZ, rozpatrując wnioski złożone przez ww. pełnomocnika, często wydawali decyzje o odmowie zwrotu kosztów. Wpływały od nich odwołania. W ok. 65% spraw, w których w 2019 r. Fundusz uchylił decyzje dyrektorów OW NFZ i orzekł co do istoty sprawy, rozstrzygnięciem nadal była odmowa zwrotu kosztów (sprawy dot. laseroterapii dopochwowej w wysiłkowym nietrzymaniu moczu, które to świadczenie uznane zostało przez konsultantów krajowych za pozostające w fazie badań klinicznych, a przez MZ za niegwarantowane). Samo uchylenie wynikało zaś z podania w decyzji organów I Instancji niewłaściwej podstawy prawnej (OW NFZ zostało poinformowane o wykrytym błędzie, ten problem został wyeliminowany). W sprawach, w których Prezes Funduszu przekazał sprawy do ponownego rozpatrzenia przez organ I instancji powodem uchylenia decyzji był zaś niekompletny materiał dowodowy.

Spośród decyzji, w których w 2019 r. Prezes Funduszu uchylił decyzje dyrektorów NFZ i orzekł co do istoty sprawy, za zasadne można uznać ok. 30% odwołań dot. stomatologii i okulistyki. W przypadku stomatologii na etapie postępowania odwoławczego pojawił się nowy materiał dowodowy. Odwołania za świadczenia okulistyczne dotyczyły przeważnie zabiegów usunięcia zaćmy, w przypadku których w 2018 r. znacząco zmieniły się przepisy. W celu ich właściwej interpretacji pozyskiwane były opinie m.in. od konsultanta krajowego w dziedzinie okulistyki i PTO, każdorazowo przekazywane do OW NFZ. Na chwilę obecną większość najważniejszych kwestii została wyjaśniona. Odwołania od zabiegów usunięcia zaćmy w zasadzie już nie wpływają, mimo że nadal jest to najczęściej udzielane świadczenie w ramach opieki transgranicznej. Problem odwołań od świadczeń urologicznych pozostaje jednak nadal aktualny. Sprawy laseroterapii dopochwowej stanowiły rozważania NSA kończące się negatywnymi wyrokami dla Funduszu. Sąd administracyjny w wyrokach uznał, że Fundusz w sprawach o zwrot kosztów nie ma prawa ustalać na podstawie uzyskanych opinii czy dane świadczenie należy do świadczeń gwarantowanych (może jedynie korzystać z zapisów rozporządzeń MZ) ani też badać czy udzielone świadczenie jest udzielane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Po tych wyrokach liczba składanych przez pełnomocnika wniosków ponownie się zwiększyła. W dalszym ciągu budzą one wiele wątpliwości organów I instancji, a przedstawione dokumenty nie wydają się wiarygodne (np. leczenie tych samych osób z tej samej okolicy, wręcz ulicy i budynku, na analogiczne schorzenia; składanie po kilku wniosków dla jednej osoby za zabiegi wykonane w ciągu krótkiego odstępu czasu i to za zabiegi wysoko wycenione przez Fundusz, przedkładanie do wniosków rachunków wystawionych nawet dwa lata po udzieleniu świadczenia, byle zachować termin na złożenie wniosku itp.). Pełnomocnik składa zaś odwołania od wszystkich spraw, w których zwrot nie został przyznany w wysokości wskazanej przez niego w dokumentacji grupy szpitalnej. Nie przedkłada ponadto, mimo wezwań, dodatkowej dokumentacji w sprawach wskazując, że wszelkie niezbędne do zwrotu dokumenty zostały już przedstawione. W sytuacji niekorzystnego dla niego rozstrzygnięcia po stronie Prezesa Funduszu, sprawy kierowane są do sądu. Dbanie o właściwe wydatkowanie środków publicznych jest dla Funduszu w tym przypadku mocno utrudnione. Dlatego też zawiadomienie o działalności prowadzonej przez lekarza skierowano do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej właściwej Okręgowej Izby Lekarskiej. Na chwilę obecną Fundusz nie posiada wiedzy o wynikach prowadzonego przez Izbę postępowania.

W 2019 r. Prezes Funduszu, w ramach rozpatrywania ww. spraw (art. 42d ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach), wydał w sumie 462 decyzji, dotyczących zarówno odwołań złożonych w 2019 r., jak i w latach wcześniejszych. W przypadku ponad 87% postępowań odwoławczych Prezes Funduszu uchylił decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, przy czym w 213 sprawach orzekł co do istoty sprawy, natomiast w 189 przekazał sprawy do ponownego rozpatrzenia przez organ I instancji.

W 2019 r. Prezes Funduszu wydał ponadto 143 postanowień, związanych przeważnie ze stosowaniem art. 37 kodeksu postępowania administracyjnego (Dz.U. z 2020 r. poz. 256) w związku z postępowaniami o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE lub EOG prowadzonymi w oddziałach 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 2019 r. Fundusz dokonał zwrotu w odniesieniu do 16 039 wniosków o zwrot kosztów złożonych przez świadczeniobiorców, którzy skorzystali ze świadczeń zdrowotnych podczas pobytu na terenie 15 państw członkowskich UE lub EOG. Łączna wartość dokonanych zwrotów z tytułu świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach wyniosła 32 016,20 tys. zł. W 2019 r., w porównaniu do 2018 r., liczba wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty z tytułu zwrotu kosztów udzielonych świadczeń oraz kwota dokonanych wypłat były niższe odpowiednio o 0,27% i 4,83%.

Średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń, w przeliczeniu na jeden wniosek złożony w oddziale wojewódzkim Funduszu, wyniosła prawie 2 tys. zł.

W 2019 r. Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 82 702 świadczeń opieki zdrowotnej, wykazanych łącznie na 16 039 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. Dane dotyczące wartości dokonanych przez Fundusz zwrotów kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w podziale na rodzaj świadczenia przedstawione zostały w poniższej tabeli, gdzie uwzględniono w niej tylko te rodzaje świadczeń, w przypadku których przyznany został zwrot kosztów.

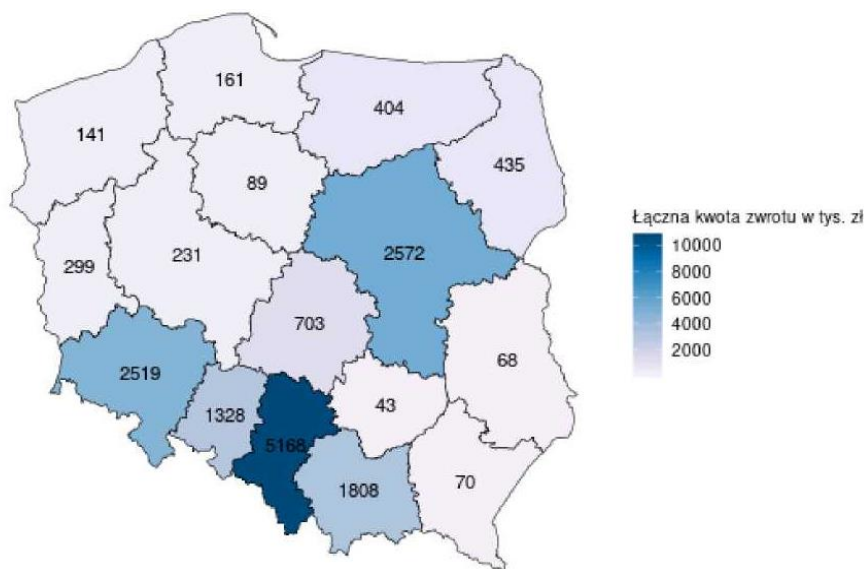
Tabela nr IV.5. Liczba i wartość świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty w 2019 r. - wg rodzaju świadczeń.

Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej	Liczba świadczeń	Łączna kwota zwrotów w tys. zł
podstawowa opieka zdrowotna	2	0,09
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	583	397,85
leczenie szpitalne	31 340	28 434,39
rehabilitacja lecznicza	20	0,17
leczenie stomatologiczne	50 521	3 003,18
lecznictwo uzdrowiskowe	73	4,8
zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy	122	171,89
refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	41	3,83
ŁĄCZNIE	82 702	32 016,20

Jednocześnie 12 699 świadczeń, za które Fundusz przyznał zwrot kosztów, odnosiło się do zabiegów usunięcia zaćmy, wykazanych łącznie na 12 626 wnioskach o zwrot kosztów

na kwotę 22 954,94 tys. zł. Średnia wysokość wypłaconego w 2019 r. zwrotu kosztów za zabieg usunięcia ząbny wykonany w innym państwie członkowskim UE lub EOG wyniosła 1,81 tys. zł. 90,76% łącznej liczby wniosków, w stosunku do których w 2019 r. Fundusz dokonał zwrotu poniesionych kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach i 92,32% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz w 2019 r. dotyczyło leczenia na terenie Czech.

Wykres nr IV.3. Liczba dokonanych zwrotów oraz kwoty zwrotu wypłacone w 2019 r. za świadczenia udzielone na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach - wg oddziałów.



Największa liczba wypłat w 2019 r. została dokonana przez Śląski Oddział Wojewódzki NFZ, który dokonał zwrotu w stosunku do 5 168 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę 10 658,08 tys. zł. Kwota ta stanowiła 33,29% całkowitej wysokości kosztów poniesionych na ten cel przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

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 2019 r. przez Fundusz na bieżąco. Natomiast 96% zakończonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu postępowań w sprawie zwrotu kosztów zakończyło się w 2019 r. wydaniem decyzji pozytywnych w sprawie zwrotu kosztów.

W dniu 24 sierpnia 2019 r. weszły w życie zapisy ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. z 2019 r. poz. 1590), na mocy których świadczeniobiorca uzyskał możliwość otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym, udzielonego nie tylko na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego UE, lecz także innego państwa EOG (tj. również na terytorium Islandii, Liechtensteinu i Norwegii). Tym samym poszerzony został obszar terytorialny, na którym świadczeniobiorca może korzystać ze świadczeń finansowanych następnie przez Fundusz w ramach zwrotu kosztów, o którym mowa w art. 42b ustawy o świadczeniach.

Najczęstsze trudności, które powstały w trakcie procedowania wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w 2019 r. wynikały z funkcjonowania na rynku firm pośredniczących, organizujących dla polskich świadczeniobiorców wyjazdy na leczenie do placówek medycznych działających na terenie innych państw członkowskich UE lub EOG.

IV.3. Zadania, o których mowa w art. 42i ustawy o świadczeniach

W 2019 r. do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ wpłynęły 3 wnioski o przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Z informacji przekazanych Centrali Funduszu w przypadku 2 wniosków wnioskodawcy zostali wezwani do usunięcia braków formalno-prawnych, a na podstawie 1 wniosku wydano decyzję.

W porównaniu do 2018 r., w 2019 r. trzykrotnie zmalała liczba wniosków, w których wskazano jako podstawę prawną przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Liczba wniosków, w przypadku których wnioskodawcy zostali wezwani do usunięcia braków formalnych w 2019 r. wyniosła ponad 66% złożonych wniosków, podczas gdy w 2018 r. stanowiła ponad 44% złożonych wniosków.

W 2019 r. po rozpatrzeniu wniosku, którego podstawę prawną stanowiły przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dyrektor OW NFZ wydał 1 decyzję kierującą wnioskodawcę do przeprowadzenia leczenia planowanego z zakresu neurochirurgii. Dla porównania w 2018 r. na podstawie 3 wniosków złożonych w oparciu o przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dyrektorzy OW NFZ wydali 3 decyzje - w tym 2 decyzje odmowne oraz 1 decyzję umarzającą postępowanie.

W 2019 r. - analogicznie do 2018 r. - obserwuje się dalszy spadek liczby decyzji dyrektorów OW wydawanych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, co wynika zarówno z niewielkiej liczby wniosków składanych w trybie ww. przepisów, jak również z licznych braków formalnych, które te wnioski zawierają, co uniemożliwia ich procedowanie.

W 2019 r. do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wpłynęły 54 wnioski 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 12 spraw (22,22%) zostało zakończonych bez rozstrzygnięcia merytorycznego. Oznacza to, w stosunku do 2018 r., w którym złożone zostało 90 wniosków, zmniejszenie liczby złożonych wniosków o 40,00%.

W 2019 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu wydali 42 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 37 decyzji pozytywnych (88,09%) oraz 1 odmowę (2,38%), 3 decyzje umarzające postępowanie (7,14%) oraz 1 decyzję zmieniającą - dotyczącą warunków transportu koniecznego do zastosowania z uwagi na zmianę stanu zdrowia wnioskodawcy. Oznacza to zmniejszenie o 44% liczby wydanych decyzji w stosunku do 2018 r., w którym wydano 75 decyzji merytorycznych.

W 2019 r. zostały zrealizowane 34 transporty 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 705,87 tys. zł. Oznacza to zmniejszenie liczby zrealizowanych transportów w stosunku do 2018 r. o 47,22% z jednoczesnym spadkiem ich kosztu o 54,20%.

Realizacja zadań prowadzonych przez Fundusz na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach w 2019 r. prowadzona była na bieżąco. W 2019 r. nie zostały wprowadzone istotne zmiany mające wpływ na realizację zadań prowadzonych przez Fundusz w zakresie czynności związanych z procedowaniem wniosków do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach. W trakcie realizacji działań prowadzonych przez Fundusz w 2019 r. wynikających z art. 42i ustawy o świadczeniach nie zaobserwowano trudności, które wymagałyby podejmowania specjalnych działań mających na celu ich rozwiązywanie.

IV.4. Zadania, o których mowa w art. 42j ustawy o świadczeniach

W 2019 r. Prezes NFZ wydał 124 decyzje dotyczące skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych (art. 42j ustawy o świadczeniach), w tym: 88 zgód, co stanowi 70,97% wszystkich wydanych decyzji, 29 odmów, co stanowi 23,39% wszystkich wydanych decyzji, 1 umorzenie, co stanowi 0,81% wszystkich wydanych decyzji, 6 decyzji zmieniających uprzednio wydane decyzji, co stanowi 4,84% wszystkich wydanych decyzji. W 2018 r. Prezes NFZ wydał 144 decyzje dotyczące skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych (art. 42j ustawy o świadczeniach), w tym: 119 zgód, co stanowi 82,64% wszystkich wydanych decyzji, 23 odmowy, co stanowi 15,97% wszystkich wydanych decyzji, 2 umorzenia, co stanowi 1,39% wszystkich wydanych decyzji.

Porównując powyższe dane można zaobserwować: spadek liczby zgód wydanych w 2019 r. w stosunku do liczby zgód wydanych w 2018 r. o 13,89%, wzrost liczby odmów wydanych w 2019 r. w stosunku do liczby odmów wydanych w 2018 r. o 26,09%, spadek liczby umorzeń wydanych w 2019 r. w stosunku do liczby umorzeń wydanych w 2018 r. o 50%.

W 2019 r., podobnie jak w roku poprzednim największa liczba zgód dotyczyła leczenia lub badań diagnostycznych w Niemczech (55,46% w 2018 r.), ale w 2019 r. drugim pod względem liczby zgód krajem była Finlandia (20,45%), natomiast w 2018 r. Wielka Brytania (10,08%).

Największa liczba zgód Prezesa NFZ wydanych w 2019 r. dotyczyła przeprowadzenia świadczeń z zakresu: genetyki klinicznej - 40,91%; ortopedii i traumatologii narządu ruchu - 11,36%; chirurgii naczyniowej - 7,85%.

Największa liczba zgód Prezesa NFZ wydanych w 2018 r. dotyczyła przeprowadzenia świadczeń z zakresu: genetyki klinicznej - 52,10%; chirurgii dziecięcej - 9,24%; ortopedii i traumatologii narządu ruchu - 7,56%.

Zauważyć należy, że świadczenia z dziedziny genetyki klinicznej nadal stanowią najwyższy odsetek pozytywnych decyzji Prezesa NFZ, lecz odsetek ten w 2019 r. zmniejszył się.

Wskazać należy, że w 2019 r. mamy do czynienia z ponad trzykrotnym wzrostem szacunkowych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, na realizację których Prezes NFZ wyraził zgodę w porównaniu z 2018 r, gdyż w 2019 r. szacunkowy koszt zgód wyniósł 17 087,36 tys. zł i stanowił 300,67% analogicznych kosztów z 2018 r. (5 683,06 tys. zł).

W 2019 r. Prezes NFZ wydał 63 decyzje dotyczące pokrycia kosztów transportu, na podstawie art. 42j ustawy o świadczeniach, co oznacza spadek liczby decyzji o pokrycie kosztów transportu w stosunku do 2018 r. o 24,10%.

Z ogólnej liczby 63 decyzji dotyczących sfinansowania kosztów transportu w oparciu o art. 42j ustawy o świadczeniach w 2019 r., Prezes NFZ wydał 42 decyzje pozytywne, 14 odmów i jedno umorzenie, co oznacza spadek liczby decyzji pozytywnych w stosunku do 2018 r. o 41,67% oraz wzrost liczby decyzji negatywnych o 40% w tym okresie.

Całkowita roczna wartość kosztów transportu, na którego sfinansowanie w oparciu o art. 42j ustawy o świadczeniach Prezes NFZ wyraził zgodę w 2019 r. szacowana jest na kwotę 478,18 tys. zł, co oznacza wzrost wartości całkowitych szacunkowych kosztów transportu w stosunku do 2018 r. o 155,70%.

Realizacja zadań prowadzonych przez Fundusz na podstawie art. 42j ustawy o świadczeniach w 2019 r. prowadzona była na bieżąco. W 2019 r. nie zostały wprowadzone istotne zmiany mające wpływ na realizację zadań prowadzonych przez Fundusz w zakresie czynności związanych z procedowaniem wniosków do Prezesa Funduszu na podstawie art. 42j ustawy o świadczeniach. W trakcie realizacji działań prowadzonych przez Fundusz w 2019 r. wynikających z art. 42j ustawy o świadczeniach nie zaobserwowano trudności, które wymagałyby podejmowania specjalnych działań mających na celu ich rozwiązywanie.

IV.5. Centralny Wykaz Ubezpieczonych

Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 8 ustawy o świadczeniach, do zakresu działania Funduszu należy w szczególności prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych (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, o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, o osobach innych niż ubezpieczeni uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustawy,
- wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności,
- rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.

Osób, które określa się mianem ubezpieczonych było 34 053 648, 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, 34 028 309 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 25 339 osób posiadających uprawnienia do świadczeń opieki

zdrowotnej, po zawarciu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 202 269 osób, to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 823 040 osób to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 18 187 osób, ze zgłoszonymi 7 152 członkami rodziny.

Tabela nr III.6. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – wg stanu na koniec 2019 roku.

Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych
		ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
1	2	3	4	5	6	7	8	9=(3+6)
	Ogółem	34 028 309	26 205 269	7 823 040	25 339	18 187	7 152	34 053 648
0	Nieokreślony	2 533 956	1 996 185	537 771	2 044	1 643	401	2 536 000
1	Dolnośląski	1 797 575	1 392 082	405 493	927	711	216	1 798 502
2	Kujawsko-Pomorski	1 866 403	1 433 273	433 130	726	604	122	1 867 129
3	Lubelski	872 317	673 601	198 716	445	277	168	872 762
4	Lubuski	2 241 035	1 776 651	464 384	804	625	179	2 241 839
5	Łódzki	3 053 628	2 302 088	751 540	2 590	2 037	553	3 056 218
6	Małopolski	5 037 237	3 891 589	1 145 648	5 932	4 385	1 547	5 043 169
7	Mazowiecki	811 251	632 657	178 594	317	245	72	811 568
8	Opolski	1 839 353	1 373 873	465 480	817	765	52	1 840 170
9	Podkarpacki	1 017 918	775 970	241 948	469	339	130	1 018 387
10	Podlaski	2 047 586	1 540 267	507 319	3 768	2 109	1 659	2 051 354
11	Pomorski	4 020 650	3 087 035	933 615	1 807	1 323	484	4 022 457
12	Śląski	1 080 124	841 290	238 834	196	148	48	1 080 320
13	Świętokrzyski	1 189 297	911 758	277 539	344	213	131	1 189 641
14	Warmińsko-Mazurski	3 191 891	2 464 848	727 043	2 045	1 595	450	3 193 936
15	Wielkopolski	1 428 087	1 112 101	315 986	2 108	1 168	940	1 430 195
16	Zachodniopomorski	1	1	0	0	0	0	1

Na koniec 2018 r., w CWU zarejestrowanych było 33 938 79 osób, 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, 33 913 677 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 25 116 osób posiadających uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, po zawarciu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 054 256 osoby,

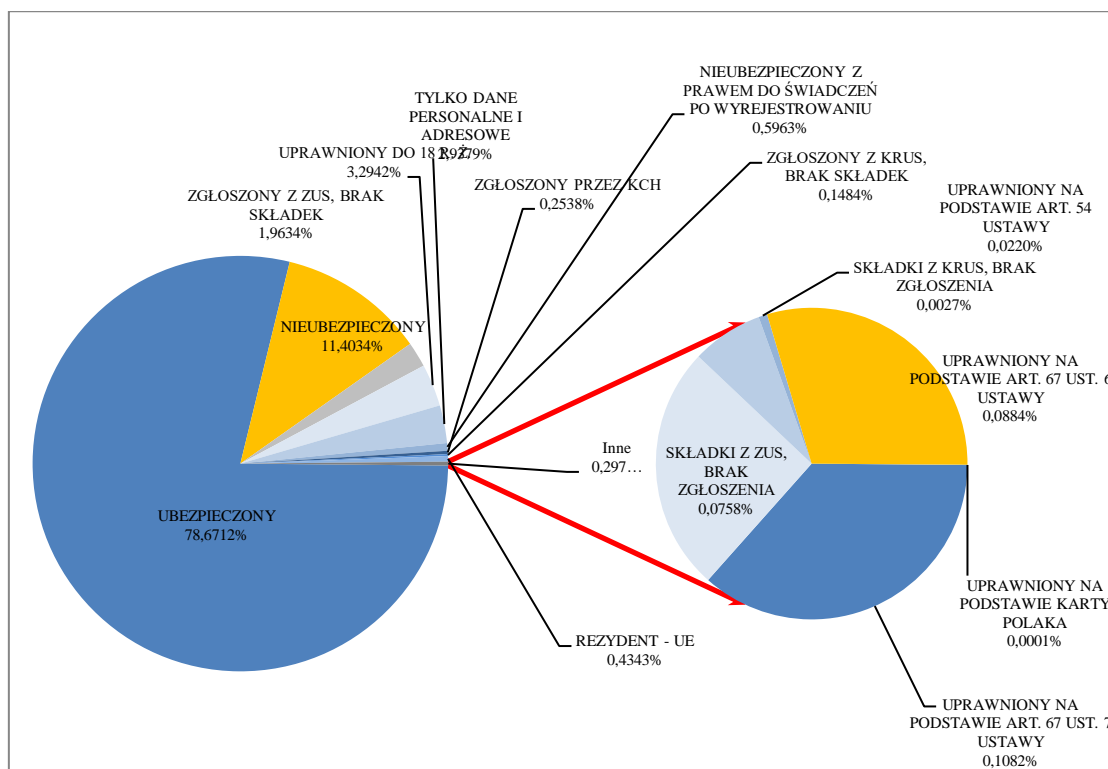
to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 859 421 osoby, to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 17 838 osób, ze zgłoszonymi 7 278 członkami rodziny.

Tabela nr III.7. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – wg stanu na koniec 2018 r.

l.p.	Oddział wojewódzki Funduszu	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych
		ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
1	2	3	4	5	6	7	8	9=(3+6)
	Ogółem	33 913 677	26 054 256	7 859 421	25 116	17 838	7 278	33 938 793
0	Dolnośląski	2 515 710	1 977 323	538 387	2 020	1 650	370	2 517 730
1	Kujawsko-Pomorski	1 803 522	1 394 173	409 349	871	634	237	1 804 393
2	Lubelski	1 877 253	1 438 441	438 812	654	560	94	1 877 907
3	Lubuski	873 394	672 331	201 063	456	267	189	873 850
4	Łódzki	2 242 646	1 777 142	465 504	835	675	160	2 243 481
5	Małopolski	3 026 127	2 274 744	751 383	2 709	2 138	571	3 028 836
6	Mazowiecki	4 979 961	3 840 991	1 138 970	5 849	4 328	1 521	4 985 810
7	Opolski	809 931	630 168	179 763	329	263	66	810 260
8	Podkarpacki	1 836 882	1 369 942	466 940	769	715	54	1 837 651
9	Podlaski	1 017 873	774 874	242 999	437	320	117	1 018 310
10	Pomorski	2 022 937	1 515 598	507 339	3 595	1 925	1 670	2 026 532
11	Śląski	4 024 198	3 079 913	944 285	1 840	1 342	498	4 026 038
12	Świętokrzyski	1 086 776	844 306	242 470	198	145	53	1 086 974
13	Warmińsko-Mazurski	1 195 483	913 533	281 950	346	219	127	1 195 829
14	Wielkopolski	3 176 344	2 445 171	731 173	2 001	1 501	500	3 178 345
15	Zachodniopomorski	1 424 638	1 105 604	319 034	2 207	1 156	1 051	1 426 845
16	Nieokreślony	2	2	0	0	0	0	2

Porównując dane między okresami, w ogólnej liczbie osób zarejestrowanych w CWU, wykazywanych jako ubezpieczone, zauważalny jest wzrost liczby ubezpieczonych obowiązkowo ponad 114 tysięcy.

Wykres nr III.4. Statusy osób zarejestrowanych w CWU wg stanu na koniec 2018 r. udział procentowy w ogólnej liczbie osób zarejestrowanych z wyłączeniem statusu „NIE ŻYJE” oraz „NUMER PESEL ANULOWANY” (informacja z rejestru PESEL).



Dla prawidłowej interpretacji danych konieczne jest uwzględnienie informacji, że statusy w CWU to opis umożliwiający sprawne odczytanie danych na podstawie przetwarzanych informacji⁶. Uprawnienia z tytułu członka rodziny mają charakter pochodny w stosunku

⁶ 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 przysznany 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.

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, MC⁷), 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. decyzja wójta, burmistrza, prezydenta gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, wydawana na okres 3 miesięcy. Dane są wprowadzane do systemu, jeżeli w decyzjach, które wpływają do NFZ są wpisane dane, w tym informacja o obywatelstwie i statusie uchodźcy. Porównując dane między okresami, w ogólnej liczbie osób zarejestrowanych na podstawie decyzji z art. 54 ustawy o świadczeniach, w 2019 r. wydano ponad 1 000 decyzji więcej niż w 2018 r.

Tabela nr IV.8. Centralny Wykaz Ubezpieczonych – decyzje z art. 54 – stan na koniec 2019 roku.

L.p.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba wydanych decyzji					Liczba osób, którym wydano decyzje		
		ogółem	na wniosek		przez burmistrza/wójta/prezydenta		ogółem	posiadających	
			świadczeniobiorcy	świadczeniodawcy	z urzędu	na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu		obywatelstwo polskie	status uchodźcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0.	Ogółem	11 202	6 459	1 853	1 267	39	11 241	11 189	1
1.	Dolnośląski	675	425	130	13	0	675	673	0
2.	Kujawsko-Pomorski	566	149	101	316	2	568	560	0
3.	Lubelski	381	243	85	1	0	381	379	0
4.	Lubuski	580	491	79	0	0	580	574	0
5.	Łódzki	311	238	68	4	0	311	310	0
6.	Małopolski	949	766	180	3	0	949	948	0

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. 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).

⁷ Ministerstwo Cyfryzacji jest organem prowadzącym centralną ewidencję PESEL – do grudnia 2015 r. organem prowadzącym centralną ewidencję PESEL było MSWiA.

L.p.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba wydanych decyzji					Liczba osób, którym wydano decyzje		
		ogółem	na wniosek		przez burmistrza/wójta/prezydenta		ogółem	posiadających	
			świadzeniobiorcy	świadzeniodawcy	z urzędu	na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu		obywatelstwo polskie	status uchodźcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
7.	Mazowiecki	1 469	435	170	649	26	1 495	1 484	1
8.	Opolski	317	61	10	157	0	317	317	0
9.	Podkarpacki	316	228	86	2	0	316	316	0
10.	Podlaski	290	146	101	0	0	290	290	0
11.	Pomorski	735	587	103	10	0	735	728	0
12.	Śląski	1 298	441	207	5	10	1 308	1 302	0
13.	Świętokrzyski	298	188	110	0	0	298	298	0
14.	Warmińsko-Mazurski	607	435	165	7	0	607	605	0
15.	Wielkopolski	1 403	411	127	107	2	1 405	1 401	5
16.	ZACHODNIOPOMORSKI	827	742	70	4	0	827	825	2

Tabela nr IV9. Decyzje wydawane na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach, różnice między rokiem 2019 vs 2018.

Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	liczba wydanych decyzji					liczba osób, którym wydano decyzje		
		ogółem	na wniosek		przez burmistrza/wójta/prezydenta		ogółem	posiadającym	
			świadzeniobiorcy	świadzeniodawcy	z urzędu	na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu		obywatelstwo polskie	status uchodźcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	Ogółem	1 096	1 119	280	108	34	1 130	1 112	-20
1	Dolnośląski	-237	-93	-45	8	-2	-239	-240	0
2	Kujawsko-Pomorski	-11	-10	43	-44	2	-9	-17	-1
3	Lubelski	50	74	4	-4	0	50	49	0
4	Lubuski	27	68	-12	0	0	27	28	0
5	Łódzki	308	235	68	4	0	308	307	0
6	Małopolski	312	264	53	0	0	312	312	-4
7	Mazowiecki	30	-102	-28	-4	25	55	49	-3
8	Opolski	-5	44	9	157	0	-5	-4	0
9	Podkarpacki	1	2	-2	2	0	1	1	0
10	Podlaski	18	-18	10	0	0	18	18	-2

Lp.	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
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
11	Pomorski	37	31	43	-5	0	37	39	-2
12	Śląski	388	128	101	5	10	398	393	0
13	Świętokrzyski	-2	23	-25	0	0	-2	-2	-1
14	Warmińsko-Mazurski	43	30	4	7	0	43	45	0
15	Wielkopolski	71	726	5	-15	-1	70	67	-5
16	Zachodniopomorski	66	-283	52	-3	0	66	67	-2

IV.6. Plany zakupu świadczeń

Plany zakupu świadczeń 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 2019 roku zestawienia zostały przygotowane na podstawie wersji 4.1 „procedury”, przyjętej 12 września 2018r. W dniu 2 lutego 2019 rok OW NFZ przekazały nową wersję planów na 2019 rok, natomiast wstępna wersja planów zakupów na rok 2020 zebrana została 29 XI 2019 r. We wskazanych powyżej terminach Centrala przygotowała zestawienie zbiorcze przesłanych przez OW NFZ planów. O ewentualnych zmianach planów OW NFZ informują raz na kwartał.

IV.7. Zadania z zakresu monitorowania i kontroli

W 2019 roku, Terenowe Wydziały Kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadziły łącznie 1 438 kontroli realizacji umów⁸ w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach których skontrolowały 1 510 umów⁹ – 797 umów w ramach kontroli planowych oraz 713 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.

⁸O przypisaniu kontroli do okresu sprawozdawczego decydowała data przekazania wystąpienia pokontrolnego.

⁹ Czyt. liczba kontroli w poszczególnych rodzajach świadczeń (jedno postępowanie kontrolne może obejmować kilka rodzajów świadczeń).

Tabela nr IV.10. Liczba kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu w latach 2018-2019.

OW NFZ	2018	2019	Zmiana 2019/2018
Dolnośląski	178	134	-44
Kujawsko-Pomorski	113	108	-5
Lubelski	117	90	-27
Lubuski	43	32	-11
Łódzki	247	188	-59
Małopolski	146	99	-47
Mazowiecki	210	130	-80
Opolski	46	28	-18
Podkarpacki	93	79	-14
Podlaski	62	58	-4
Pomorski	114	88	-26
Śląski	166	122	-44
Świętokrzyski	103	113	10
Warmińsko-Mazurski	125	70	-55
Wielkopolski	147	70	-77
Zachodniopomorski	41	29	-12
RAZEM	1 951	1 438	-513

Tabela nr IV.11. Liczba skontrolowanych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2018-2019 r.¹⁰

Rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej	2018	2019	Zmiana 2019/2018
AOS	258	207	-51
OPH	19	33	14
PDT	0	1	1
POZ	78	70	-8
PRO	8	6	-2
PSY	41	53	12

¹⁰ Kontrole wielorodzajowe zostały wykazane w wszystkich rodzajach, których dotyczyły.

Rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej	2018	2019	Zmiana 2019/2018
REH	208	116	-92
RTM	48	25	-23
SOK	12	16	4
SPO	73	62	-11
STM	348	239	-109
SZP	869	629	-240
UZD	9	4	-5
ZPO	76	49	-27
RAZEM	2 047	1 510	-537

Najczęstszym przedmiotem kontroli dotyczących świadczeniodawców realizowanym przez Terenowe Wydziały Kontroli NFZ była ocena prawidłowości realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczyły m.in.:

- wykazywania do rozliczenia świadczeń niezasadnych, nieprawidłowych lub niezgodnych ze stanem faktycznym;
- sprawozdawania i rozliczania świadczeń nie znajdujących potwierdzenia w dokumentacji medycznej (procedury/porady/inne);
- wykazania do rozliczenia wielokrotnie tego samego świadczenia;
- rozliczenia świadczeń, których faktycznie nie zrealizowano;
- realizacji świadczeń w warunkach leczenia szpitalnego, które powinny zostać zrealizowane w trybie ambulatoryjnym;
- udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie;
- nieudzielania świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie;
- udzielania świadczeń przez personel medyczny w wymiarze czasu pracy niezgodnym z umową;
- niewykonywania wszystkich wymaganych badań i konsultacji specjalistycznych;
- braku spełnienia warunków realizacji świadczeń w zakresie personelu udzielającego świadczeń (brak wymaganego personelu, udzielanie świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie, niespełnienie wymogu ustalenia minimalnych norm zatrudnienia pielęgniarek i położnych, zawyżanie przez

świadczeniodawcę liczby etatów przeliczeniowych; wykazanie w umowie lekarza, który nie udzielał świadczeń);

- braku bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym (personel, aparatura i sprzęt medyczny, harmonogram udzielania świadczeń);
- braku wymaganego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną;
- braku wymaganych pomieszczeń;
- gromadzenia informacji lub prowadzenie dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej w sposób naruszający przepisy prawa (brak historii chorób, brak wpisów świadczeń, brak autoryzacji, brak deklaracji wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej);
- nieprowadzenia list oczekujących na udzielane świadczenia lub prowadzenia list oczekujących w sposób naruszający przepisy prawa;
- niepodania do wiadomości świadczeniobiorców zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń;
- utrudnianie czynności kontrolnych;
- niewykonania zaleceń pokontrolnych;
- odmowy udzielania świadczeń;
- pobierania nienależnych opłat za świadczenia będące przedmiotem umowy.

W wyniku prowadzonych przez Terenowe Wydziały Kontroli Funduszu kontroli umów w 2019 roku skutki finansowe, po uwzględnieniu środków odwoławczych¹¹ wyniosły prawie 72 323 tys. zł

w tym: wartość niezależnie wypłaconych środków finansowych 48 952 tys. zł oraz nałożone kary umowne w kwocie 23 371 tys. zł.

Tabela nr IV.12. Wartości zakwestionowanych środków finansowych niezależnie wypłaconych i nałożonych kar określone w wystąpieniach pokontrolnych, w podziale na poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu w latach 2018-2019 (w tys. zł).

OW NFZ	Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	Zmiana 2019/2018
Dolnośląski	534,54	1 567,47	524,67	1 435,39	1 059,20	3 002,86	1 944
Kujawsko-Pomorski	4 382,22	6 341,96	741,32	2 267,72	5 123,54	8 609,67	3 486
Lubelski	5 201,68	1 129,93	376,26	893,94	5 577,93	2 023,87	-3 554
Lubuski	4 940,40	2 079,62	469,43	477,73	5 409,84	2 557,34	-2 852
Łódzki	1 017,35	2 289,05	956,17	778,46	1 973,51	3 067,52	1 094

¹¹ Jeśli tryb odwoławczy był w toku postępowania, bądź nie minął okres na składanie środków odwoławczych – do sumy kwoty skutków finansowych wliczono kwotę określoną w wystąpieniu pokontrolnym.

OW NFZ	Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	Zmiana 2019/2018
Małopolski	2 460,11	2 131,26	2 789,42	5 547,78	5 249,53	7 679,04	2 430
Mazowiecki	1 785,95	7 642,97	1 130,67	2 291,91	2 916,62	9 934,88	7 018
Opolski	903,37	2 572,51	304,46	833,93	1 207,83	3 406,44	2 199
Podkarpacki	3 352,10	4 551,76	628,63	817,57	3 980,73	5 369,33	1 389
Podlaski	1 333,16	1 708,44	2 300,47	1 834,98	3 633,63	3 543,42	-90
Pomorski	3 472,88	912,40	1 325,50	1 380,18	4 798,38	2 292,58	-2 506
Śląski	3 476,69	2 124,76	1 507,75	2 508,21	4 984,43	4 632,96	-351
Świętokrzyski	313,91	1 668,07	810,14	458,85	1 124,05	2 126,92	1 003
Warmińsko-Mazurski	2 021,88	3 499,99	503,40	703,23	2 525,28	4 203,22	1 678
Wielkopolski	12 530,75	4 519,35	1 013,47	772,72	13 544,22	5 292,06	-8 252
Zachodniopomorski	1 792,26	4 212,28	246,91	368,49	2 039,17	4 580,77	2 542
Razem	49 519,25	48 951,82	15 628,65	23 371,08	65 147,90	72 322,91	7 175

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 2019 roku OW NFZ przeprowadziły łącznie 5 90¹² postępowań kontrolnych w aptekach, z czego 556 kontroli zakończyło się przekazaniem zaleceń pokontrolnych.

Tabela nr IV.13. Liczba przeprowadzonych kontroli aptek w latach 2018-2019.

TWK NFZ	2018	2019	Zmiana 2019/2018
TWK I we Wrocławiu	72	74	2
TWK II w Bydgoszczy	61	31	-30
TWK III w Lublinie	48	25	-23
TWK IV w Zielonej Górze	77	52	-25
TWK V w Łodzi	49	28	-21

¹² O przypisaniu do okresu sprawozdawczego decydowała data przekazania zaleceń pokontrolnych, jeśli kontrola nie zakończyła się wydaniem zaleceń pokontrolnych, decydująca była data przekazania protokołu kontroli.

TWK NFZ	2018	2019	Zmiana 2019/2018
TWK VI w Krakowie	96	55	-41
TWK VII w Warszawie	189	135	-54
TWK VIII w Opolu	19	12	-7
TWK IX w Rzeszowie	21	25	4
TWK X w Białymstoku	36	30	-6
TWK XI w Gdańsku	33	16	-17
TWK XII w Katowicach	22	25	3
TWK XIII w Kielcach	43	29	-14
TWK XIV w Olsztynie	86	34	-52
TWK XV w Poznaniu	54	9	-45
TWK XVI w Szczecinie	14	10	-4
RAZEM	920	590	-330

Kontrole niekoordynowane planowe i doraźne

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,
- sprawdzenia terminowości i poprawności przekazywania danych o obrocie lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobami medycznymi, objętymi refundacją, wynikające ze zrealizowanych recept, w formie komunikatu elektronicznego, o którym mowa w art. 45 ust. 2 ustawy, a także sporządzania zestawień zbiorczych w formie pisemnej stanowiących podstawę refundacji, w terminach określonych w art. 45 ust. 6 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych,
- sprawdzenia przychodu i rozchodu wybranych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych,
- sprawdzenia ewidencji osób zatrudnionych w aptece na dzień kontroli oraz terminowości przekazywania informacji o zmianach na stanowisku kierownika apteki,
- prawidłowości naliczania marży aptecznej,
- realizacji recept refundowanych: na leki zawierające produkty lecznicze niedopuszczone do obrotu w Punktach Aptecznych, na leki narkotyczne i psychotropowe (w tym m.in. uwzględnienie Milocardinu i Bellergotu w połączeniu z innymi lekami na jednej recepcie), na leki zawierające substancje bardzo silnie

działające, na leki zawierające substancję czynną tramadolom, megestrol i fentanyl, na leki stosowane w chorobach układu sercowo – naczyniowego, na leki, które nie podlegają dzieleniu oraz na leki wydane w niepełnych opakowaniach (leki dzielone), na leki recepturowe (w tym m.in. poprawność wyceny; leki zawierające w swoim składzie substancje należące do grup: IN, IV P i A), na leki zagrożone brakiem dostępności, dla pacjentów z uprawnieniami IB, ZK, S, na leki, dla których występują różne kategorie odpłatności, na leki pochodzące z importu docelowego, na opatrunki specjalistyczne, wystawionych przez pielęgniarki, felczerów.

Kontrole koordynowane

Kontrola koordynowana zlecona przez Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia do realizacji przez TWK NFZ w terminie od 18 marca do 28 czerwca 2019 r. dotyczyła „Realizacji umów na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę zgodnie z przyjętymi kryteriami wyboru” za okres od 1 stycznia 2016 roku do 31 grudnia 2018 roku. Kontrole zlecone zostały do przeprowadzenia w piętnastu TWK NFZ, z wyłączeniem TWK IV NFZ w Zielonej Górze.¹³

Z 234 569 recept skontrolowanych w 2019 r. zakwestionowano 16 036 recept, tj. 6,84% recept poddanych kontroli. Średnia liczba recept zakwestionowanych przypadająca na jedno przeprowadzone postępowanie kontrolne wyniosła 27.

W toku przeprowadzonych w 2019 roku kontroli aptek zakwestionowano łącznie 16 036 recept o wartości 3 142 tys. zł oraz nałożono kary umowne w kwocie ponad 1 008 tys. zł razem skutki finansowe wyniosły ponad 4 151 tys. zł.

Tabela nr IV.14. Zestawienie danych dotyczących skutków finansowych kontroli aptek za lata 2018-2019 (w tys. zł).

TWK NFZ	Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		Zmiana 2019/2018
	2 018	2 019	2 018	2 019	2 018	2 019	
TWK I we Wrocławiu	1 428	469	83	197	1 512	666	-845
TWK II w Bydgoszczy	20	49	16	25	36	74	38
TWK III w Lublinie	61	216	36	17	96	234	137
TWK IV w Zielonej Górze	37	21	37	15	74	36	-38
TWK V w Łodzi	332	21	185	158	517	180	-337
TWK VI w Krakowie	150	348	129	145	279	493	214
TWK VII w Warszawie	81	47	369	178	449	225	-224
TWK VIII w Opolu	58	4	19	4	78	8	-70
TWK IX w Rzeszowie	789	35	11	7	800	42	-758

¹³ TWK NFZ w Zielonej Górze przeprowadził w latach 2016-2018 r. kontrole wszystkich aptek, których kryteria i tematyka były zbieżne z przedmiotowym programem kontroli.

TWK NFZ	Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		Zmiana 2019/2018
	2 018	2 019	2 018	2 019	2 018	2 019	
TWK X w Białymstoku	55	34	51	93	106	127	21
TWK XI w Gdańsku	47	9	15	10	61	19	-42
TWK XII w Katowicach	716	1 686	67	52	784	1 738	954
TWK XIII w Kielcach	27	61	47	69	74	129	55
TWK XIV w Olsztynie	157	10	46	15	202	24	-178
TWK XV w Poznaniu	25	123	16	19	41	142	101
TWK XVI w Szczecinie	61	9	36	5	97	14	-83
RAZEM	4 043	3 142	1 163	1 008	5 205	4 151	-1 055

Monitorowanie ordynacji lekarskich

Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 6 ustawy o świadczeniach do zakresu działania NFZ należy monitorowanie ordynacji lekarskich. W ramach kontroli ordynacji lekarskiej zespoły kontrolujące w Terenowych Wydziałów Kontroli NFZ zwróciły uwagę przede wszystkim na dwa elementy: sposób prowadzenia dokumentacji medycznej i zasadność ordynowania leków.

W 2019 r.¹⁴(narastająco) Terenowe Wydziały Kontroli NFZ przeprowadziły łącznie 319 kontroli ordynacji lekarskiej z czego 27 kontroli dotyczyło osób uprawnionych wystawiających recepty w oparciu o umowy indywidualne na wystawianie recept na leki i wyroby medyczne objęte refundacją, 29 kontroli dotyczyło osób uprawnionych do wystawiania recept bez podpisanej umowy a 263 kontroli obejmowało realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ordynacji lekarskiej. Skontrolowano 1 308 osób uprawnionych do wystawiania recept.

Tabela nr IV.15. Liczba kontroli ordynacji lekarskiej przeprowadzonych w latach 2018-2019.

TWK NFZ	Liczba kontroli		
	2018	2019	Zmiana 2019/2018
TWK I we Wrocławiu	35	24	-11
TWK II w Bydgoszczy	13	10	-3
TWK III w Lublinie	27	22	-5

¹⁴Przedstawione informacje dotyczą kontroli ordynacji lekarskiej, które zakończyły się przekazaniem wystąpienia pokontrolnego w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2018 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.

TWK NFZ	Liczba kontroli		
	2018	2019	Zmiana 2019/2018
TWK IV w Zielonej Górze	20	33	13
TWK V w Łodzi	37	19	-18
TWK VI w Krakowie	27	27	0
TWK VII w Warszawie	82	50	-32
TWK VIII w Opolu	12	6	-6
TWK IX w Rzeszowie	9	8	-1
TWK X w Białymstoku	20	20	0
TWK XI w Gdańsku	30	20	-10
TWK XII w Katowicach	18	21	3
TWK XIII w Kielcach	29	15	-14
TWK XIV w Olsztynie	13	21	8
TWK XV w Poznaniu	13	13	0
TWK XVI w Szczecinie	12	10	-2
RAZEM	397	319	-78

Tabela IV.16. Liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept w latach 2018 – 2019 (pojedynczy NPWZ).

TWK NFZ	Liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept (umowy indywidualne) nie zdublowane NPWZ		Liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept (umowy ze świadczeniodawcami) nie zdublowane NPWZ		Liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept (bez umowy) nie zdublowane NPWZ		Razem liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept nie zdublowane NPWZ		
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	Dynamika 2018/2019
TWK I we Wrocławiu	7	7	166	87	0	1	173	95	-78
TWK II w Bydgoszczy	0	0	84	112	0	0	84	112	28
TWK III w Lublinie	6	2	128	48	1	0	135	50	-85
TWK IV w Zielonej Górze	0	1	31	51	1	13	32	65	33
TWK V w Łodzi	9	2	46	27	5	3	60	32	-28
TWK VI w Krakowie	15	6	14	63	0	0	29	69	40
TWK VII w Warszawie	4	0	579	492	3	6	586	498	-88

TWK NFZ	Liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept (umowy indywidualne) nie zdublowane NPWZ		Liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept (umowy ze świadczeniodawcami) nie zdublowane NPWZ		Liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept (bez umowy) nie zdublowane NPWZ		Razem liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept nie zdublowane NPWZ		
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	Dynamika 2018/2019
TWK VIII w Opolu	1	0	31	9	0	1	32	10	-22
TWK IX w Rzeszowie	0	0	18	13	0	0	18	13	-5
TWK X w Białymstoku	2	6	61	41	0	0	63	47	-16
TWK XI w Gdańsku	2	0	137	51	0	0	139	51	-88
TWK XII w Katowicach	2	0	57	59	2	2	61	61	0
TWK XIII w Kielcach	2	1	44	16	0	0	46	17	-29
TWK XIV w Olsztynie	0	0	56	91	0	2	56	93	37
TWK XV w Poznaniu	3	2	68	27	0	1	71	30	-41
TWK XVI w Szczecinie	1	0	34	65	0	0	35	65	30
RAZEM	54	27	1554	1252	12	29	1620	1308	-312

Tabela nr IV.17. Wartość kontrolowanej ordynacji w latach 2018-2019 (w tys. zł.).

TWK NFZ	Wartość kontrolowanej ordynacji umowy indywidualne		Wartość kontrolowanej ordynacji umowy ze świadczeniodawcami		Wartość kontrolowanej ordynacji brak umowy		Razem wartość kontrolowanej ordynacji		
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	Zmiana 2019/2018
TWK I we Wrocławiu	64,50	95,44	581,34	214,42	0,00	4,20	645,84	314,06	-331,78
TWK II w Bydgoszczy	0,00	0,00	870,73	1 276,73	0,00	0,00	870,73	1 276,73	406,00
TWK III w Lublinie	127,10	117,20	4 288,01	4 594,39	5,35	0,00	4 420,46	4 711,60	291,14
TWK IV w Zielonej Górze	0,00	44,36	415,68	84,63	0,23	37,83	415,92	166,82	-249,09
TWK V w Łodzi	107,62	164,91	635,16	641,57	205,52	9,18	948,30	815,66	-132,64
TWK VI w Krakowie	1 526,84	364,47	3 006,19	3 909,24	0,00	0,00	4 533,03	4 273,71	-259,32
TWK VII w Warszawie	19,74	0,00	2 611,14	1 599,29	21,64	124,25	2 652,51	1 723,54	-928,97
TWK VIII w Opolu	7,68	0,00	87,84	146,39	0,00	5,32	95,52	151,71	56,19
TWK IX w Rzeszowie	0,00	0,00	2 495,85	1 210,35	0,00	0,00	2 495,85	1 210,35	-1 285,50

TWK NFZ	Wartość kontrolowanej ordynacji umowy indywidualne		Wartość kontrolowanej ordynacji umowy ze świadczeniodawcami		Wartość kontrolowanej ordynacji brak umowy		Razem wartość kontrolowanej ordynacji		
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	2018	2019	Zmiana 2019/2018
TWK X w Białymstoku	12,03	15,57	240,71	3 948,62	0,00	0,00	252,74	3 964,19	3 711,45
TWK XI w Gdańsku	14,81	0,00	892,70	1 233,81	0,00	0,00	907,51	1 233,81	326,30
TWK XII w Katowicach	0,62	0,00	4 052,04	590,57	1 787,79	2,42	5 840,45	592,99	-5 247,45
TWK XIII w Kielcach	1,19	44,77	1 390,91	507,15	0,00	0,00	1 392,10	551,91	-840,19
TWK XIV w Olsztynie	0,00	0,00	489,95	2 424,49	0,00	15,06	489,95	2 439,55	1 949,60
TWK XV w Poznaniu	211,67	39,25	283,24	311,18	0,00	400,73	494,91	751,15	256,24
TWK XVI w Szczecinie	0,54	0,00	1 009,50	224,41	33,59	0,00	1 043,63	224,41	-819,21
RAZEM	2 094,35	885,97	23 350,99	22 917,26	2 054,11	598,97	27 499,44	24 402,20	-3 097,24

Ogółem wartość kontrolowanej ordynacji w 2019 r. wynosiła 24 402 tys. zł.

Tabela nr IV.18. Wartość zakwestionowanej ordynacji oraz kar umownych w latach 2018-2019 (w tys. zł.).

TWK NFZ	Wartość zakwestionowanej ordynacji		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	Zmiana 2019/2018
TWK I we Wrocławiu	268,57	180,86	46,41	27,28	314,98	208,15	-106,84
TWK II w Bydgoszczy	610,54	761,32	16,93	34,49	627,47	795,80	168,33
TWK III w Lublinie	2 240,02	3 276,44	35,62	8,84	2 275,65	3 285,27	1 009,63
TWK IV w Zielonej Górze	85,47	7,23	0,25	20,87	85,72	28,10	-57,62
TWK V w Łodzi	152,18	117,83	37,69	3,47	189,87	121,30	-68,57
TWK VI w Krakowie	14,00	3 271,98	89,66	326,10	103,66	3 598,08	3 494,43
TWK VII w Warszawie	410,24	1 370,04	47,18	91,30	457,41	1 461,34	1 003,92
TWK VIII w Opolu	10,92	58,80	6,92	14,26	17,84	73,06	55,22
TWK IX w Rzeszowie	1 662,61	668,71	14,84	1,12	1 677,45	669,82	-1 007,63
TWK X w Białymstoku	13,95	1 419,10	16,66	114,24	30,60	1 533,34	1 502,74
TWK XI w Gdańsku	295,33	994,41	52,46	59,05	347,79	1 053,46	705,67
TWK XII w Katowicach	5 469,94	121,46	98,70	14,61	5 568,64	136,07	-5 432,57
TWK XIII w Kielcach	20,46	7,46	49,37	37,75	69,83	45,21	-24,61
TWK XIV w Olsztynie	17,94	143,55	5,99	0,16	23,93	143,71	119,78

TWK NFZ	Wartość zakwestionowanej ordynacji		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		
	2018	2019	2018	2019	2018	2019	Zmiana 2019/2018
TWK XV w Poznaniu	120,26	426,58	17,98	69,78	138,25	496,36	358,11
TWK XVI w Szczecinie	255,73	133,59	3,74	0,00	259,47	133,59	-125,88
RAZEM	11 648,16	12 959,35	540,39	823,33	12 188,55	13 782,67	1 594,12

Łącznie w wyniku przeprowadzonych kontroli ordynacji lekarskiej w 2019 roku wartość zakwestionowanej ordynacji (12 959 tys. zł) oraz kar umownych (823 tys. zł) wyniosła 13 783 tys. zł, co stanowi 56,48% wartości kontrolowanej ordynacji.

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; wystawienia recept po zgonie pacjenta; ostemplowania recept pieczętkami z nieaktualnymi danymi; wystawiania recept „pro auctore” na receptach posiadających numery przydzielone do umów zawartych w rodzaju leczenie stomatologiczne, nie prowadząc jednocześnie dokumentacji medycznej „pro auctore”; wykorzystania recept z puli przyznanej dla świadczeniodawcy, do ordynowania leków refundowanych, w prywatnym gabinecie, niemającym podpisanej umowy z NFZ;
- prowadzenia dokumentacji medycznej: nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej (nieponumerowane strony, brak zachowania chronologii, brak oznaczenia osoby udzielającej świadczeń medycznych); brak wpisów w dokumentacji medycznej dotyczących porad ambulatoryjnych, wywiadu lekarskiego, badania przedmiotowego, zaordynowanych leków i dawkowania, rozpoznania choroby oraz wystawionych recept; podwójne wpisy porad; brak medycznego uzasadnienia zastosowania przepisanych na receptach leków; brak zgodności treści wpisów dotyczących ordynacji lekarskiej w dokumentacji medycznej z treścią wystawianych recept;
- braku dokumentacji medycznej.
- braku sprawozdawczości lub błędna sprawozdawczość udzielonych porad lekarskich.

Czynności sprawdzające

W 2019 roku¹⁵ Terenowe Wydziały Kontroli NFZ przeprowadziły łącznie 273 czynności sprawdzających dotyczących realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ordynacji lekarskich oraz realizacji recept, z czego 214 zakończyło się nałożeniem sankcji.

Tabela IV.19. Liczba czynności sprawdzających oraz skutki finansowe w podziale na TWK NFZ w 2019 r. (wartości w tys. zł).

TWK NFZ	Liczba czynności sprawdzających	Wartość zakwestionowanych środków	Wartość nałożonych kar	Razem skutki finansowe czynności sprawdzających
TWK I we Wrocławiu	22	57	72	129
TWK II w Bydgoszczy	14	1 144	807	1 952
TWK III w Lublinie	2	10	1	11
TWK IV w Zielonej Górze	2	1	0	1
TWK V w Łodzi	3	8	1	9
TWK VI w Krakowie	3	2	1	3
TWK VII w Warszawie	134	764	299	1 064
TWK VIII w Opolu	2	1	0	2
TWK IX w Rzeszowie	3	16	0	16
TWK X w Białymstoku	50	52	131	183
TWK XI w Gdańsku	16	64	10	74
TWK XII w Katowicach	9	2	1	3
TWK XIII w Kielcach	1	16	23	39
TWK XIV w Olsztynie	1	0	0	0
TWK XV w Poznaniu	9	237	20	258
TWK XVI w Szczecinie	2	6	0	6
RAZEM	273	2 381	1 368	3 749

Skutki finansowe zostały naliczone w wysokości 3 749 tys. zł (kwota do zwrotu¹⁶), w tym 2 381 tys. zł – wartość nienależnie przekazanych środków, 1 368 tys. zł – wartość nałożonych kar.

¹⁵ kwalifikacja czynności sprawdzających do danego kwartału sprawozdawczego następuje na podstawie daty nadania pocztą Informacji o zastosowanych sankcjach albo daty akceptacji przez kierownika komórki organizacyjnej, prowadzącej czynności sprawdzające Informacji o zakończeniu czynności sprawdzających.

¹⁶ stan na koniec grudnia 2019; część z przedstawionych czynności sprawdzających była w toku – tryb odwoławczy; w przypadku czynności, w których postępowanie odwoławcze jest w toku przyjęto wartość ustaloną w wyniku przeprowadzonego postępowania.

W wyniku przeprowadzonych czynności sprawdzających stwierdzono nieprawidłowości dotyczące głównie: błędnie sprawozdanych i rozliczonych świadczeń, braku zasadności ordynacji leków, nieprawidłowej realizacji recept, rozbieżności pomiędzy faktycznie wykonaną procedurą a sprawozdaną, realizacji świadczeń w warunkach leczenia szpitalnego, które powinny zostać zrealizowane w trybie ambulatoryjnym.

Czynności kontrolne (razem wszystkie kontrole i czynności sprawdzające) wykonane przez Terenowe Wydziały Kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia.

W 2019 roku, Terenowe Wydziały Kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadziły łącznie 2 620 czynności kontrolnych.

Tabela IV.20. Liczba czynności kontrolnych w podziale na poszczególne TWK NFZ w latach 2018-2019.

TWK NFZ	Liczba czynności kontrolnych		
	2018 rok	2019 rok	Zmiana 2019/2018
TWK I we Wrocławiu	285	254	-31
TWK II w Bydgoszczy	187	163	-24
TWK III w Lublinie	192	139	-53
TWK IV w Zielonej Górze	140	119	-21
TWK V w Łodzi	333	238	-95
TWK VI w Krakowie	269	184	-85
TWK VII w Warszawie	481	449	-32
TWK VIII w Opolu	77	48	-29
TWK IX w Rzeszowie	123	115	-8
TWK X w Białymstoku	118	158	40
TWK XI w Gdańsku	177	140	-37
TWK XII w Katowicach	206	177	-29
TWK XIII w Kielcach	175	158	-17
TWK XIV w Olsztynie	224	126	-98
TWK XV w Poznaniu	214	101	-113
TWK XVI w Szczecinie	67	51	-16
RAZEM	3268	2620	-648

W wyniku prowadzonych przez Terenowe Wydziały Kontroli Funduszu czynności kontrolnych w 2019 roku skutki finansowe, po uwzględnieniu środków odwoławczych¹⁷ wyniosły 94 005

¹⁷ Jeśli tryb odwoławczy był w toku postępowania, bądź nie minął okres na składanie środków odwoławczych – do sumy kwoty skutków finansowych wliczono kwotę określoną w wystąpieniu pokontrolnym.

tys. zł w tym: wartość niezależnie wypłaconych środków finansowych 67 435 tys. zł oraz nałożone kary umowne w kwocie 26 570 tys. zł.

Tabela IV.21. Skutki finansowe czynności kontrolnych w podziale na wartość zakwestionowanych środków, wartość nałożonych kar oraz na poszczególne Terenowe Wydziały Kontroli Funduszu w latach 2018 -2019 (w tys. zł).

TWK NFZ	Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe czynności kontrolnych		
	2018 rok	2019 rok	2018 rok	2019 rok	2018 rok	2019 rok	Zmiana 2019/2018
TWK I we Wrocławiu	2 231,53	2 274,39	654,35	1 732,26	2 885,88	4 006,65	1 120,77
TWK II w Bydgoszczy	5 012,90	8 296,97	774,48	3 134,37	5 787,39	11 431,34	5 643,96
TWK III w Lublinie	7 502,35	4 632,60	447,70	920,95	7 950,05	5 553,55	-2 396,50
TWK IV w Zielonej Górze	5 062,51	2 108,22	506,85	513,78	5 569,36	2 621,99	-2 947,37
TWK V w Łodzi	1 501,51	2 436,47	1 178,43	941,13	2 679,93	3 377,60	697,66
TWK VI w Krakowie	2 624,15	5 752,70	3 007,69	6 020,06	5 631,84	11 772,77	6 140,93
TWK VII w Warszawie	2 276,76	9 824,77	1 546,35	2 860,19	3 823,11	12 684,96	8 861,86
TWK VIII w Opolu	972,75	2 636,81	330,68	852,09	1 303,43	3 488,89	2 185,46
TWK IX w Rzeszowie	5 803,23	5 271,50	654,58	825,32	6 457,81	6 096,81	-361,00
TWK X w Białymstoku	1 402,03	3 213,73	2 367,98	2 173,51	3 770,01	5 387,23	1 617,22
TWK XI w Gdańsku	3 814,89	1 980,54	1 392,51	1 458,68	5 207,40	3 439,23	-1 768,17
TWK XII w Katowicach	9 662,68	3 933,86	1 673,91	2 576,11	11 336,59	6 509,97	-4 826,62
TWK XIII w Kielcach	361,26	1 751,72	906,90	588,30	1 268,16	2 340,02	1 071,87
TWK XIV w Olsztynie	2 196,43	3 653,42	555,25	717,97	2 751,68	4 371,40	1 619,72
TWK XV w Poznaniu	12 676,44	5 305,93	1 047,13	882,36	13 723,57	6 188,29	-7 535,28
TWK XVI w Szczecinie	2 108,66	4 361,19	286,95	373,16	2 395,61	4 734,35	2 338,73
RAZEM	65 210,08	67 434,82	17 331,75	26 570,24	82 541,83	94 005,06	11 463,23

Realizacja planów kontroli

Realizacja planów kontroli w zakresie: kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ordynacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego

oraz wyrobów medycznych oraz realizacji umów na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego wydawanego na receptę w 2019 r.¹⁸

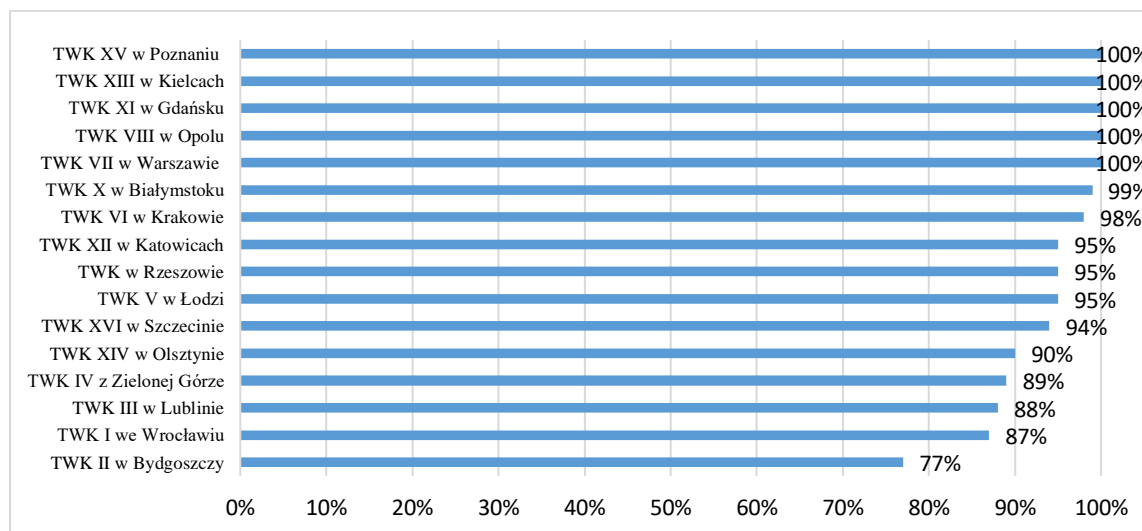
Na 2019 r. w NFZ zaplanowano łącznie 1 482 kontrole, w tym: 709 kontrole umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, 230 kontrole ordynacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, 543 kontrole realizacji recept.¹⁹

Przeciętny poziom realizacji kontrole, pierwotnie ujętych w rocznych planach kontrole OW NFZ na 2019 r. w zakresie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ordynacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, a ta także w zakresie realizacji recept wyniósł 93%.

Wskazać należy, że 5 Terenowych Wydziałów Kontrole, zwanych dalej „TWK”, Departamentu Kontrole, zwanego dalej „DK”, NFZ zrealizowało plan na poziomie 100%, zaś pozostałe TWK DK NFZ zrealizowały plan na poziomie od 77 do 99%. Przyczyną niepełnej realizacji planów było przede wszystkim zmniejszenie zasobów kadrowych, długotrwała absencja pracowników oraz konieczność przeprowadzenia pilnych kontrole doraźnych, a także czynniki niezależne od NFZ.

Przedstawione dane uwzględniają wszelkie zmiany zgłoszone przez poszczególne TWK DK NFZ do pierwotnych planów OW NFZ złożonych na 1 stycznia 2019 r.

Wykres nr IV.4. Realizacja planów kontrole w zakresie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ordynacji lekarskiej oraz kontrole aptek w poszczególnych TWK DK NFZ w 2019 r.

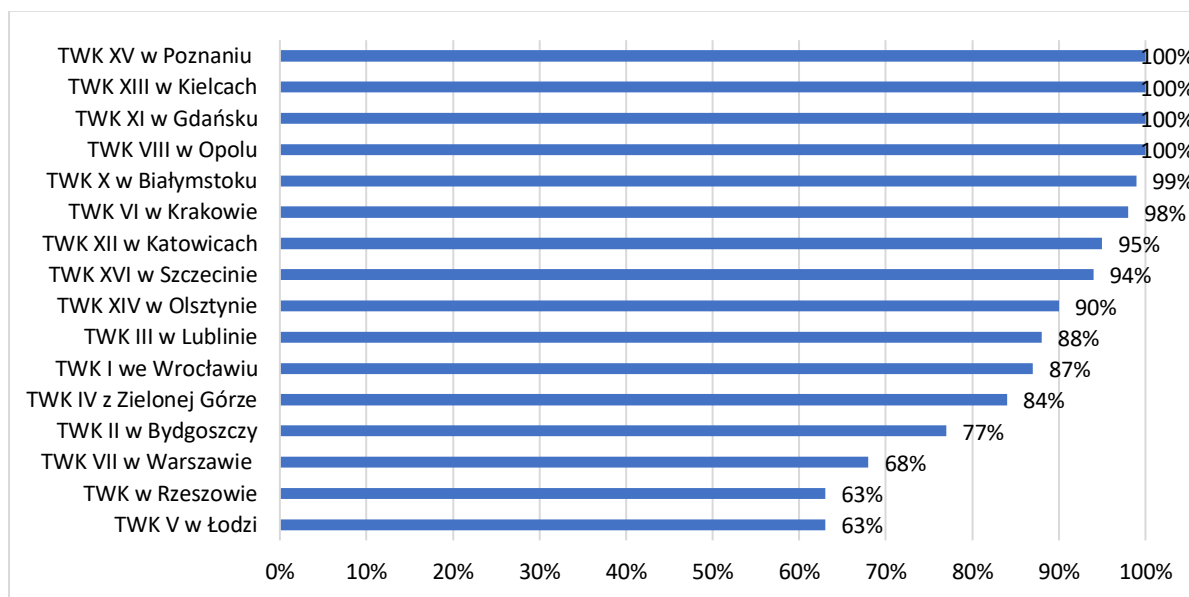


Wskazać należy, że 81% kontrole ujętych pierwotnie w rocznych planach kontrole OW NFZ na 2019 r. zostało przeprowadzonych w trybie kontrole planowych.

¹⁸ Opracowano na podstawie danych przekazanych przez Terenowe Wydziały Kontrole DK NFZ według stanu na dzień 29.04.2020 r.

¹⁹ Dane na podstawie pierwotnych planów kontrole OW NFZ na 2019 r. przekazanych przez wszystkie OW NFZ do DK Centrali NFZ.

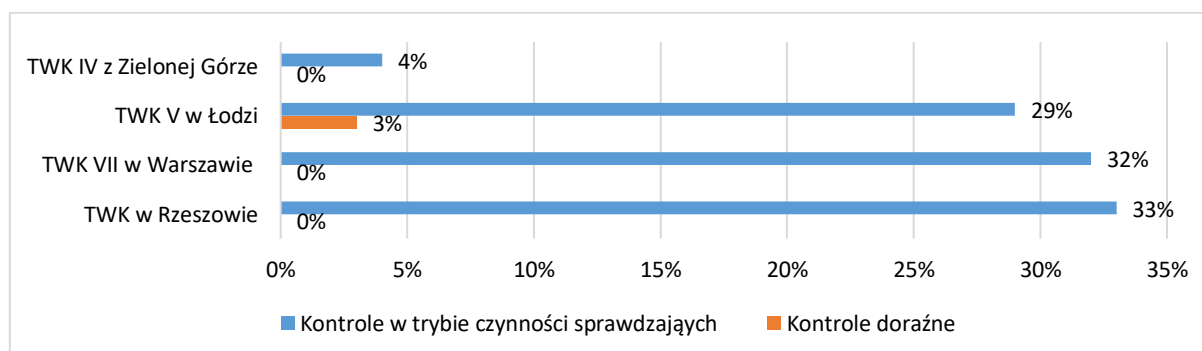
Wykres nr IV.5. Realizacja kontroli pierwotnie ujętych w rocznych planach kontroli OW NFZ na 2019 r. w trybie kontroli planowych w zakresie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ordynacji lekarskiej oraz kontroli aptek w trybie kontroli planowych przez poszczególne TWK DK NFZ w 2019 r.



W związku ze zmianami systemowymi związanymi z wejściem w życie z dniem 1 czerwca 2019 r. ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2019 r. poz. 399), w celu zapewnienia osiągnięcia zamierzonych celów działalności kontrolnej oraz zachowania ciągłości pracy poszczególnych komórek kontrolnych, w przypadku 15% kontroli, wskazanych pierwotnie do realizacji jako kontrole planowe, przyjęto zmianę trybu ich realizacji na kontrolę doraźną lub czynności sprawdzające, o których mowa w art. 61w ustawy o świadczeniach. W przypadku 12% kontrole doraźne lub czynności sprawdzające zostały wszczęte w 2019 r., zaś w przypadku 3% kontrole doraźne lub czynności sprawdzające zostały zaplanowane do przeprowadzenia w 2020 r. Zmiany trybów realizacji kontroli, o których mowa wyżej dotyczyły ośmiu TWK DK NFZ.

Przedstawione dane na poniższym wykresie dotyczą realizacji kontroli pierwotnie wskazanych jako kontrole planowe, a faktycznie przeprowadzonych w trybie kontroli doraźnych lub czynności sprawdzających w 2019 r.

Wykres nr IV.6. Realizacja kontroli umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ordynacji lekarskiej oraz kontroli aptek, pierwotnie wskazanych jako kontrole planowe, przeprowadzonych w ramach kontroli doraźnych lub w trybie czynności sprawdzających, o których mowa w art. 61w ustawy o świadczeniach w poszczególnych TWK DK NFZ w 2019 r.

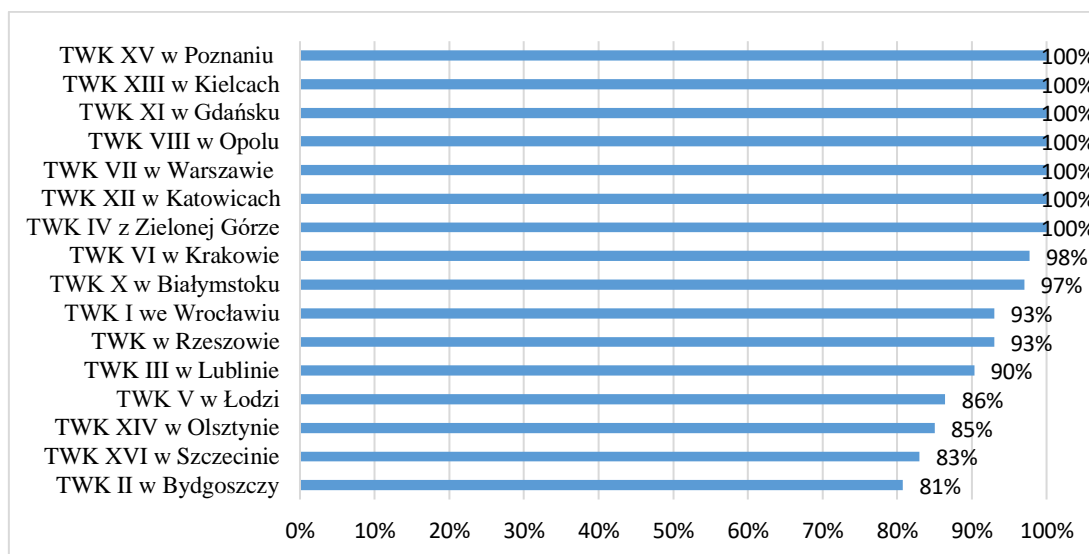


Kontrola umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Przeciętny poziom realizacji kontroli pierwotnie ujętych w rocznych planach kontroli OW NFZ na 2019 r. w zakresie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wyniósł 93%, przy czym 7 TWK DK NFZ zrealizowało plan na poziomie 100%. Pozostałych 9 TWK zrealizowało plan na poziomie od 81 do 98%.

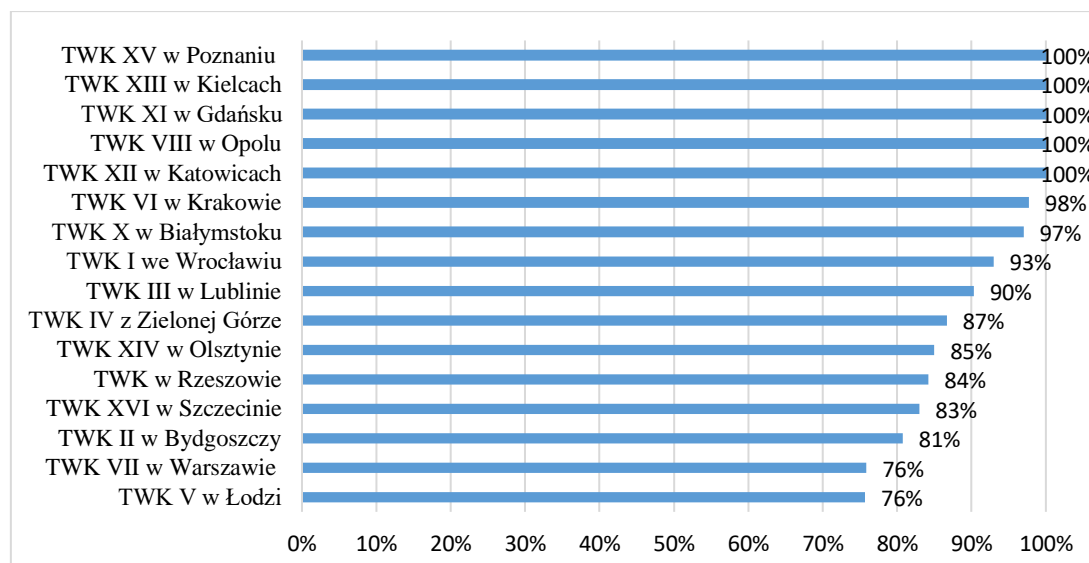
Przedstawione dane uwzględniają wszelkie zmiany zgłoszone przez poszczególne TWK DK NFZ w odniesieniu do pierwotnych planów przekazanych przez OW NFZ do DK Centrali NFZ na 1 stycznia 2019 r.

Wykres nr IV.7. Realizacja planów kontroli umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez TWK DK NFZ w 2019 r.



Wskazać należy, że 87% kontroli ujętych pierwotnie w rocznym planie kontroli OW NFZ na 2019 r. zostało przeprowadzonych w trybie kontroli planowych.

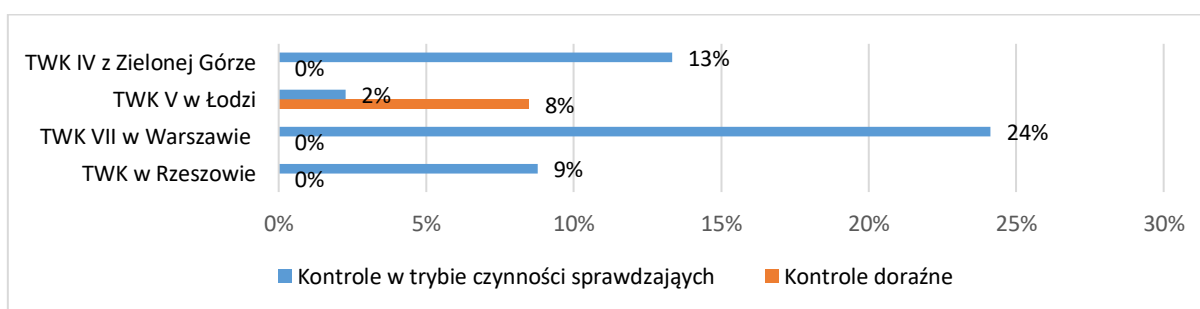
Wykres nr IV.8. Realizacja kontroli umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie kontroli planowych przez poszczególne TWK DK NFZ w 2019 r.



W przypadku 8% kontroli umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wskazanych pierwotnie do realizacji jako kontrole planowe, przyjęto zmianę trybu ich realizacji na kontrolę doraźną lub czynności sprawdzające, o których mowa w art. 61w ustawy o świadczeniach. Powyższa zmiana trybu dotyczy 6 TWK DK NFZ. 6% kontroli doraźnych lub czynności sprawdzających zostało wszczętych w 2019 r. Natomiast 2% kontroli zostało zaplanowanych do przeprowadzenia w 2020 r. w trybie kontroli doraźnych.

Przedstawione dane na wykresie 6. dotyczą realizacji kontroli w zakresie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej pierwotnie wskazanych jako kontrole planowe, a faktycznie przeprowadzonych w trybie kontroli doraźnych lub czynności sprawdzających w 2019 r.

Wykres nr IV.9. Realizacja kontroli umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, pierwotnie wskazanych do realizacji w trybie kontroli planowych, przeprowadzonych w trybie kontroli doraźnych lub czynności sprawdzających, o których mowa w art. 61w ustawy o świadczeniach przez poszczególne TWK DK NFZ w 2019 r.

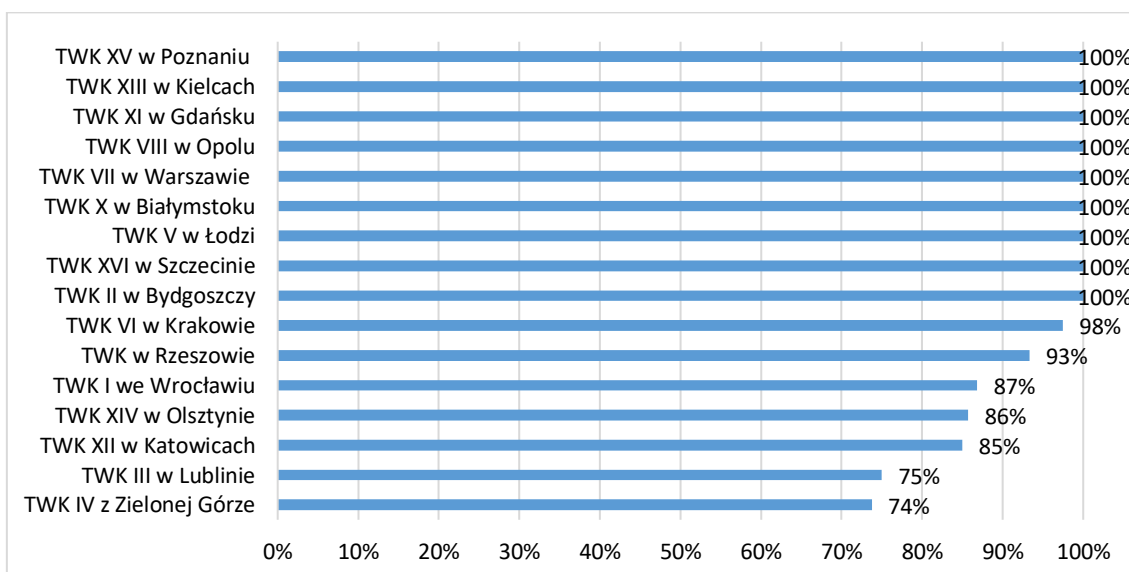


Kontrola aptek

Przeciętny poziom realizacji kontroli pierwotnie ujętych w rocznych planach kontroli OW NFZ na 2019 r. w zakresie kontroli aptek wyniósł 92%, przy czym 9 TWK DK NFZ zrealizowało plan na poziomie 100%. Pozostałe 7 TWK zrealizowały plan na poziomie od 74% do 98%.

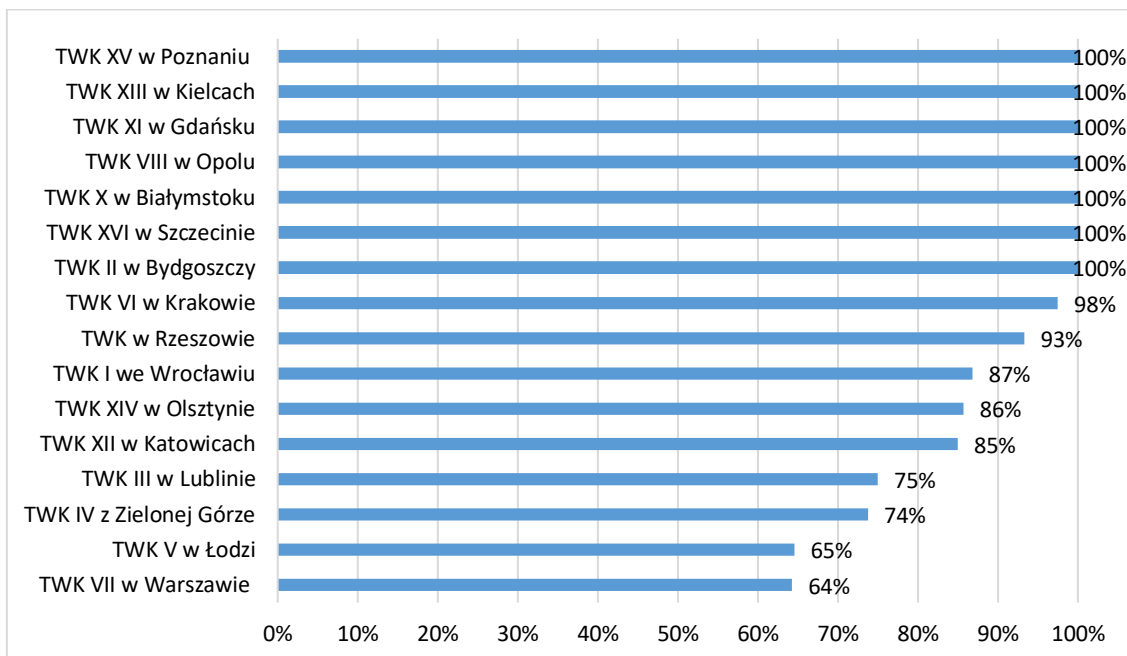
Przedstawione dane uwzględniają wszelkie zmiany do pierwotnych planów przekazanych przez OW NFZ do DK Centrali NFZ na 1 stycznia 2019 r., zgłoszone przez poszczególne TWK.

Wykres nr IV.10. Realizacja planów kontroli aptek w poszczególnych TWK DK NFZ w 2019 r.



Wskazać należy, że 80% kontroli aptek ujętych pierwotnie w rocznym planie kontroli OW NFZ na 2019 r. zostało przeprowadzonych w trybie kontroli planowych.

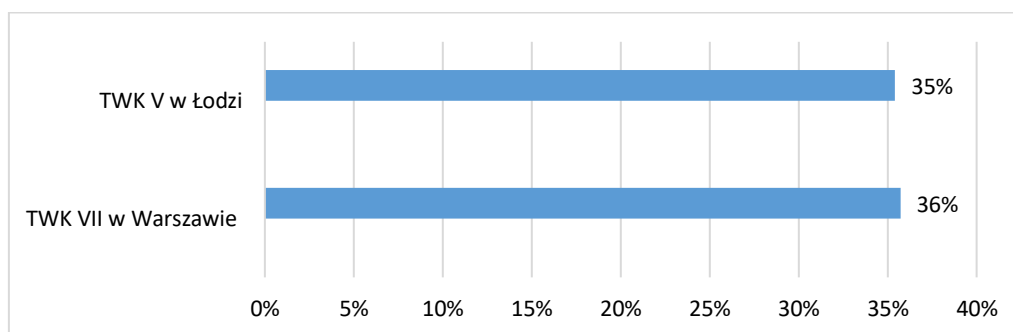
Wykres nr IV.11. Realizacja kontroli aptek w trybie kontroli planowych w poszczególnych TWK DK NFZ w 2019 r.



Natomiast z uwagi na zmiany systemowe 18% kontroli aptek wskazanych pierwotnie do realizacji jako kontrole planowe, przyjęto zmianę trybu ich realizacji na kontrolę doraźną lub czynności sprawdzające, o których mowa w art. 61w ustawy o świadczeniach. Powyższa zmiana dotyczy 6 TWK DK NFZ. W przypadku 12% kontrole zostały wszczęte w trybie czynności sprawdzających w 2019 r. Natomiast 6% kontroli zostało zaplanowanych do przeprowadzenia w trybie kontroli doraźnych w 2020 r.

Przedstawione dane na wykresie 12. dotyczą realizacji kontroli aptek pierwotnie wskazanych jako kontrole planowe, a faktycznie przeprowadzonych w trybie czynności sprawdzających w 2019 r.

Wykres nr IV.12. Realizacja kontroli aptek pierwotnie wskazanych jako kontrole planie przeprowadzone w trybie art. 61w ustawy o świadczeniach przez poszczególne TWK DK NFZ w 2019 r.

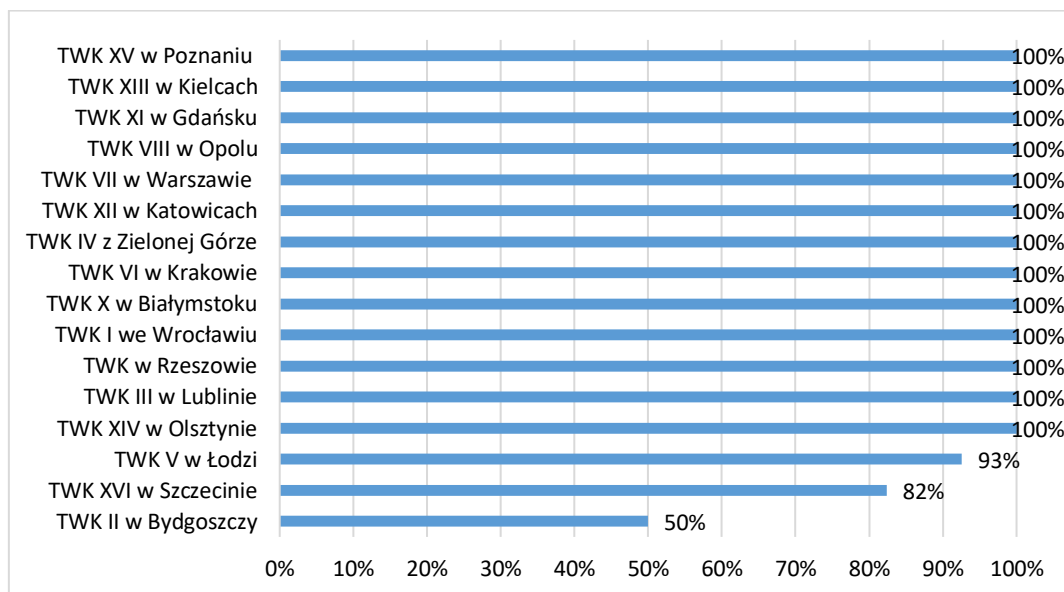


Kontrola ordynacji lekarskiej

Przeciętny poziom realizacji kontroli pierwotnie ujętych w rocznych planach kontroli OW NFZ na 2019 r. w zakresie kontroli ordynacji lekarskiej wyniósł 95%, przy czym 13 TWK DK NFZ zrealizowało plan na poziomie 100%. Pozostałe 3 TWK zrealizowały plan na poziomie od 50 do 93%.

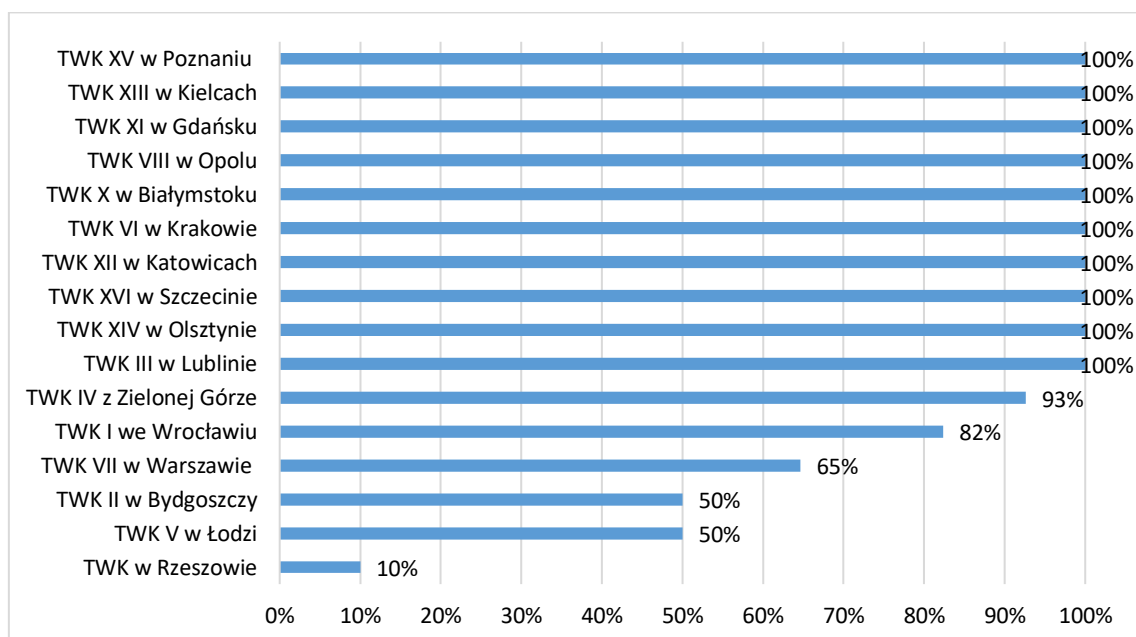
Przedstawione dane uwzględniają wszelkie zmiany do pierwotnych planów przekazanych przez OW NFZ do DK Centrali NFZ na 1 stycznia 2019 r., zgłoszone przez poszczególne TWK.

Wykres nr IV.13. Realizacja planów kontroli ordynacji lekarskiej w poszczególnych TWK DK NFZ w 2019 r.



Wskazać należy, że 77% kontroli ordynacji lekarskiej ujętych pierwotnie w rocznym planie kontroli OW NFZ na 2019 r. zostało przeprowadzonych w trybie kontroli planowych.

Wykres nr IV.14. Realizacja kontroli ordynacji lekarskiej - kontrole planowe w poszczególnych TWK DK NFZ w 2019 r.



Zważywszy na zmiany systemowe, organizacyjne i proceduralne w zakresie działalności kontrolnej 19% kontroli ordynacji lekarskiej ujętych pierwotnie jako kontrole planowe, przyjęto zmianę trybu ich realizacji na kontrolę doraźną lub czynności sprawdzające, o których mowa w art. 61w ustawy o świadczeniach. Powyższa zmiana trybów dotyczy 4 TWK DK NFZ. W przypadku 18% kontrole zostały wszczęte w trybie czynności sprawdzających w 2019 r. Natomiast 1% kontroli zostało zaplanowanych do przeprowadzenia w trybie kontroli doraźnych w 2020 r.

Monitorowanie celowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej

Monitorowanie celowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów (zadania wskazane w art. 107 ust. 5 pkt 14 ustawy o świadczeniach) oddziały wojewódzkie Funduszu realizują przede wszystkim poprzez analizy poziomu realizacji umów i dostępności do świadczeń. Mają one charakter analiz porównawczych, które pozwalają dostrzec ewentualne dysproporcje w świadczeniach rozliczonych przez poszczególnych świadczeniodawców lub zmiany trendów w wartości czy liczbie rozliczonych świadczeń. Wykorzystywane są także podczas planowania postępowań poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie prowadzone jest monitorowanie sprawozdanych świadczeń medycznych w sytuacjach konkretnego, szczegółowego zapotrzebowania. Należy zaznaczyć, że w związku z wprowadzeniem systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), pojawiła się konieczność monitorowania realizacji świadczeń w zupełnie nowym kontekście, gdyż ocena dostępności świadczeń związana z wysokością kontraktów nie ma zastosowania w przypadku umów udzielanych w ramach PSZ. Analizy służą także do oceny zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych, w tym przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w leczeniu, rehabilitacji i badań diagnostycznych oraz zrealizowanych procedur medycznych zgodnych z profilem danego zakresu świadczeń, częstotliwość udzielania świadczeń.

Do zadań oddziałów wojewódzkich Funduszu w ramach monitorowania i weryfikacji świadczeń służą także analizy dotyczące list oczekujących prowadzonych przez świadczeniodawców.

Kolejnym działaniem, zmierzającym do oceny celowości leczenia jest analiza i proces typowania do kontroli. W analizie przedkontrolnej uwzględniane są m.in. statystyki struktury sprawozdanych usług w poszczególnych zakresach świadczeń, zestawienia dot. charakterystyki produktów rozliczeniowych, określone są wskaźniki wojewódzkie lub dołączane są ogólnopolskie statystyki JGP. W sytuacjach, kiedy w ocenie oddziału zaistnieją przesłanki do poddania świadczeniodawcy/ów kontroli w konkretnym obszarze, w celu wyjaśnienia przypadków, których celowość sprawozdania/rozliczenia wydaje się być zastanawiająca, kierowany jest do Prezesa NFZ wniosek o zlecenie kontroli doraźnej lub jest to obszar wskazywany do planu kontroli. Terenowy Wydział Kontroli w trakcie postępowania kontrolnego dokonuje oceny kontrolowanej jednostki w aspekcie celowości, legalności i rzetelności w odniesieniu do elementów jakie obejmuje umowa między OW NFZ a podmiotem kontrolowanym.

Monitorowanie celowości, udzielanych w ramach umów, świadczeń opieki zdrowotnej w ramach gospodarki lekowej oddziały realizują przede wszystkim poprzez:

- bieżącą weryfikację i walidację danych zawartych w raportach statystycznych dotyczących obrotu refundowanymi lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobami medycznymi dostępnymi na receptę,
- monitorowanie ordynacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przez osoby uprawnione do wystawiania recept refundowanych,
- bieżące monitorowanie przetargów na leki stosowane w chemioterapii i programach lekowych,
- okresowe monitorowanie średniego kosztu rozliczania wybranych substancji czynnych stosowanych w chemioterapii i programach lekowych,
- bieżące monitorowanie kompletności i poprawności danych przekazywanych do Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych (SMPT),
- okresowe monitorowanie realizacji umów podziału ryzyka (RSS), stanowiących załączniki do decyzji refundacyjnych leków stosowanych w chemioterapii i programach lekowych.

Obowiązek monitorowania celowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej są działania oparte na wytycznych określonych procedurze wydawania zgód indywidualnych. Dotyczy to przede wszystkim oceny przekazanych kosztorysów, zawierających szczegółowe zestawienie wykonanych czynności medycznych a także zasadności przedłużania pobytów, kontynuacji leczenia oraz ponownych hospitalizacji konkretnego pacjenta.

Monitorowaniu celowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej służą także przeprowadzane przez OW NFZ badania ankietowe pacjentów, które zawierają pytania skierowane do pacjentów dot. satysfakcji z trybu leczenia i jakości udzielanych świadczeń (realizacja zapisów art 192a ustawy o świadczeniach).

Monitorowanie i koordynowanie realizacji uprawnień dla szczególnych grup świadczeniobiorców

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

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

Narodowy Fundusz Zdrowia przy współpracy z Departamentem Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Departamentem Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, współuczestniczy w opiniowaniu udzielania weteranom poszkodowanym świadczeń niezakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane i odpłatnych świadczeń zdrowotnych. Ponadto koordynuje realizację udzielania świadczeń weteranom poszkodowanym w ramach korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w aspekcie transgranicznym.

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

Kombatanci – w zakresie monitorowania i koordynowania uprawnień kombatantów, Narodowy Fundusz Zdrowia 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 – Narodowy Fundusz Zdrowia 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 Ministerstwa Obrony Narodowej. Oddziały wojewódzkie NFZ przekazują do Ministerstwa Obrony Narodowej informacje w formie zestawienia o wysokości należnej kwoty dofinansowania za zrealizowane w poprzednim kwartale zaopatrzenie uprawnionych żołnierzy i pracowników wojska w produkty lecznicze.

Oddziały wojewódzkie NFZ, kwartalnie dokonują analizy kosztów dofinansowania zaopatrzenia w produkty lecznicze stosowane u uprawnionego żołnierza i pracownika. Na podstawie dokonanych analiz, dyrektor właściwego OW NFZ przekazuje do Ministerstwa Obrony Narodowej zestawienie o wysokości należnej kwoty refundacji. Zestawienia przekazywane są przez oddziały wojewódzkie NFZ kwartalnie. Ministerstwo Obrony Narodowej wystawia właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu NFZ, dokument potwierdzający wysokość przyznanego dofinansowania oraz zobowiązanie do przekazania środków finansowych na konto NFZ, a w konsekwencji dokonuje zwrotu tych środków. W 2018 r. status uprawnionego żołnierza lub pracownika wojska posiadało 162 osoby.

Oddziały wojewódzkie NFZ przekazują do Centrali NFZ, dane dotyczące weteranów poszkodowanych żołnierzy i funkcjonariuszy w zakresie list aktywnych POZ, wartości świadczeń POZ oraz informacje o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej co do zakresu, rodzaju, miejsca udzielania i wartości udzielonego świadczenia. Na podstawie przedmiotowych danych, Centrala NFZ opracowuje kwartalne sprawozdania z realizacji świadczeń udzielonych weteranom poszkodowanym odpowiednio do Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. W 2019 r. status weterana poszkodowanego żołnierza posiadało 778 osób, natomiast status weterana poszkodowanego funkcjonariusza – 82 osoby. W 2019 r. udzielono łącznie 1 673 świadczeń weteranom poszkodowanym żołnierzom oraz 247 świadczeń weteranom poszkodowanym funkcjonariuszom.

IV.8. Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego

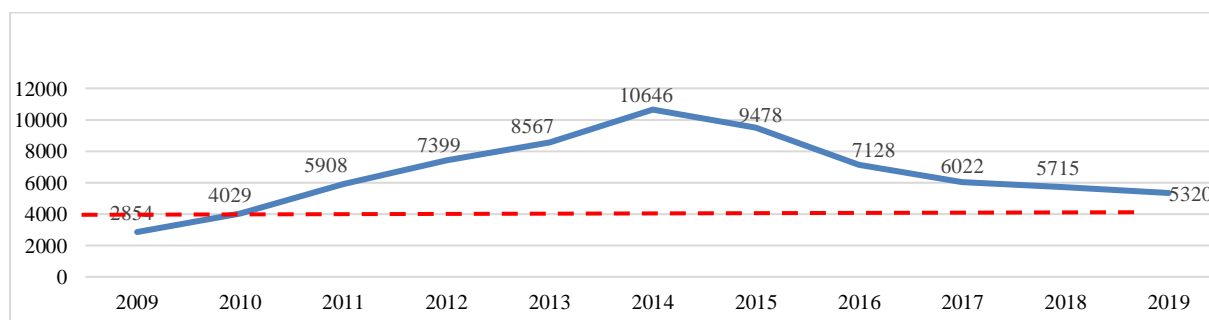
Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydawane są przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach.

Według stanu na koniec 2019 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu wydali łącznie 5 690 (5 320 decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, co stanowi spadek o 6,9% w stosunku do liczby decyzji wydanych w 2018 r., kiedy wydano 5 715 rozstrzygnięcia; 370 decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń, co stanowi spadek o 6,9% w stosunku do liczby decyzji wydanych w 2018 r., kiedy wydano 486 decyzji) decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach, co stanowi spadek o 8,24% względem 2018 r., kiedy wydano łącznie 6 201 decyzji. wśród innych spraw rozpatrywanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w ww. zakresie znaczącą liczbę stanowiły sprawy dotyczące: objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umów zlecenia (2 586 decyzji, co stanowi 48,93% wszystkich rozstrzygnięć), objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących działalność gospodarczą (1 315 decyzji, co stanowi 24,88% wszystkich rozstrzygnięć), podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (541 decyzji, co stanowi 10,24% wszystkich rozstrzygnięć). Ponadto, znaczącą liczbę stanowiły sprawy dotyczące wykonywania umów zlecenia (454), podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu pobierania świadczeń alimentacyjnych, zagranicznych, pozostawania studentem/doktorantem, osobą duchowną, bezrobotną oraz objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie rozstrzygnięcia sądowego (181) oraz umorzenia postępowania (128). Struktura decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wydanych w 2019 r. w odniesieniu do rodzaju zagadnienia, którego dotyczyły decyzje kształtuje się w sposób zbliżony do struktury obserwowanej w roku ubiegłym. Największy spadek liczby wydanych decyzji w wysokości 67,59% w 2019 r. w stosunku do roku poprzedniego odnotowany został w przypadku decyzji dotyczących nieobjęcia z ubezpieczeniem z tytułu umów cywilnoprawnych. W 2019 r. nadal utrzymuje się tendencja spadkowa liczby ww. decyzji wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie wykonywania umów o dzieło, które noszą znamiona umów zlecenia. Spadek liczby tych decyzji po raz pierwszy zaobserwowano w 2016 r., gdy wydanych zostało łącznie 3 349 decyzji. W kolejnym roku wydanych zostało

2 976 decyzji, co stanowiło spadek o 11,10% w stosunku do 2016 r. W 2018 r. zostało wydanych 2 719 decyzji co stanowi spadek o 8,64% względem 2017 r. W analizowanym okresie sprawozdawczym względem 2018 r. spraw tych rozpatrzono w oddziałach o 133 mniej (w 2019 r. – 2586 wydanych decyzji), co stanowi spadek o 4,89% w porównaniu do 2018 r. Spadek liczby rozpatrywanych ww. spraw może wynikać m.in. z faktu, że w związku ze zmianą ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 300, 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 rozpatrzonych w 2019 r. spraw w porównaniu do 2018 r. zauważono także w zakresie: podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (mniej w 2019 r. o 198 decyzji), objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących działalność pozarolniczą (w tym osoby współpracujące) – mniej w 2019 r. o 191 decyzji, umorzenia postępowań z zakresu objęcia (mniej w 2019 r. o 182 decyzje), ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu pobierania świadczeń alimentacyjnych, zagranicznych, pozostawania studentem/doktorantem, osobą duchowną, bezrobotną oraz objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie rozstrzygnięcia sądowego mniej w 2019 r. o 53 decyzje, posiadania statusu członka rodziny (mniej w 2019 r. o 1 decyzję). Wzrost liczby wydanych decyzji w 2019 r. w stosunku do roku poprzedniego odnotowany został w odniesieniu do decyzji dotyczących: objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu wykonywania umowy zlecenia wzrost o 505,33% (w 2019 r. wydane zostały 454 decyzje, w 2018 r. 108), objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu członkostwa w radzie nadzorczej wzrost o 257,14% (w 2019 r. wydanych 25 decyzji, w 2018 r. 7), objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu pobierania emerytury (w 2019 r. wydanych 8 decyzji, w 2018 r. 6).

Analizując wydawane decyzje w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu na przestrzeni ostatnich lat widać, 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.

Wykres nr IV.15. Liczba decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ wydawanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w latach 2009-2019.

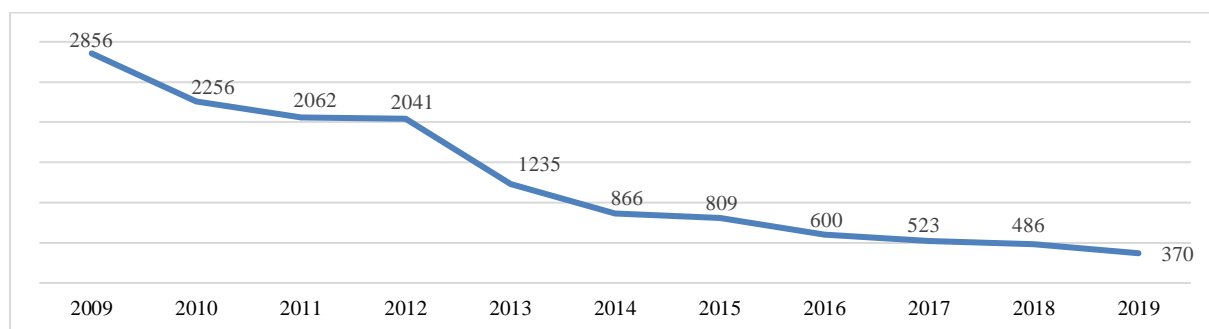


W przypadku decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu z zakresu ustalenia prawa do świadczeń, najczęściej występującą tematyką wniosków było: potwierdzenie uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki (309 decyzji, co stanowi 5,46% wszystkich

decyzji wydanych na podstawie art. 109 ustawy o świadczeniach), refundacja kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego (41 decyzji, co stanowi 0,72% wszystkich decyzji wydanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego). Liczba decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w 2019 r. była niższa o 115 względem 2018 r., co stanowi spadek o 23,66% (371 wydanych decyzji w 2019 r. przy 486 wydanych w 2018 r.). Analizując dynamikę zmian liczby takich decyzji należy zauważyć, że nastąpił spadek o 11,46% (z 349 decyzji w 2018 r. do 309 decyzji w 2019 r.) liczby decyzji 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 60,95% (z 105 w 2018 r. do 41 w 2019 r.). Nieznaczny wzrost wydanych rozstrzygnięć w 2019 r. w porównaniu do 2018 r. odnotowano w zakresie spraw z zakresu ustalenia prawa do świadczeń w przypadku refundacji kosztów transportu sanitarnego (o 11 decyzji) oraz sfinansowania lub refundacji kosztów ponadstandardowego leczenia stomatologicznego (o 2 decyzje). W analizowanym okresie nie została wydana żadna decyzja w zakresie sfinansowania kosztów leków niegwarantowanych w danym schorzeniu (w 2018 r. - 4 decyzje) oraz leczenia metodami niekonwencjonalnymi (1 decyzja w 2018 r.). Wzrosła natomiast liczba decyzji dotyczących sfinansowania lub refundacji kosztów badań diagnostycznych wykonywanych poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego (z 9 decyzji w 2018 r. do 14 w 2019 r.) oraz leczenia metodami niekonwencjonalnymi (zero decyzji w 2018 r., 2 – w 2019 r.).

W ciągu kilku ostatnich lat widoczny jest spadek liczby wydawanych decyzji z zakresu ustalenia prawa do świadczeń. Związane jest to z większą świadomością społeczną, że Fundusz nie ma możliwości bezpośredniego zwrotu kosztów leczenia osobie ubezpieczonej. Potwierdza to orzecznictwo sądów w tym zakresie, np. wyroki WSA²⁰ 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 Funduszu, ponieważ ww. ustawa nie przewiduje możliwości zwrotu na wniosek ubezpieczonego kosztów leczenia w Polsce.

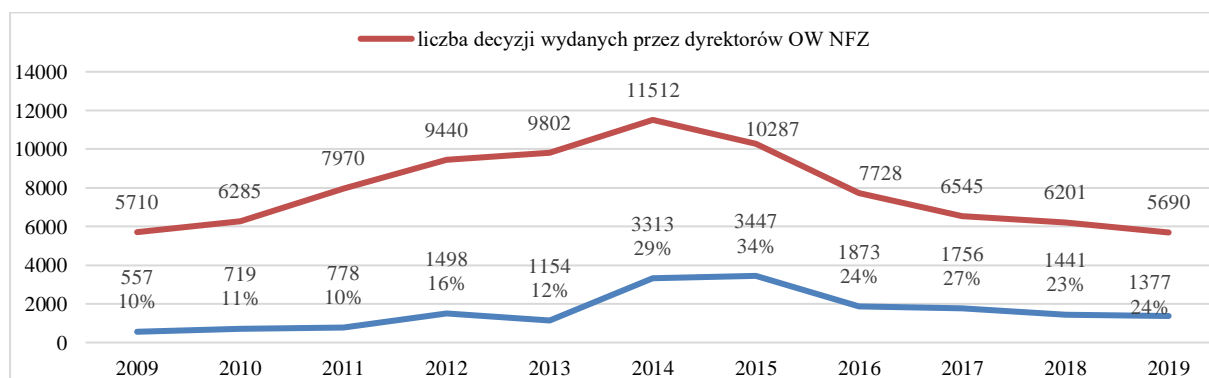
Wykres nr IV.16. Liczba decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ wydawanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego dotyczących ustalenia prawa do świadczeń w latach 2009-2019.



²⁰ Sygn. VII SA/Wa 301/07 z dnia 24 kwietnia 2007 r., sygn. VII SA/Wa 340/07 z dnia 24 kwietnia 2007 r., sygn. VII SA/Wa 3/07 z dnia 19 marca 2007 r., wyrok NSA w Warszawie z dnia 30 marca 2006 r. sygn. II GSK 403/05 ONSAiWSA 2006/5/144.

Od decyzji wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu 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 omawianym okresie do Prezesa Funduszu wpłynęło 1 377 odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wydawanych w powyższym zakresie (1 364 od decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym oraz 13 wniesiono w sprawach z zakresu ustalenia prawa do świadczeń). W 2019 r. w porównaniu do roku ubiegłego liczba wniesionych odwołań była niższa o 4,44 % (1 441 odwołań w 2018 r. oraz 1377 w 2019 r.). Analizując procentowy udział liczby wniesionych odwołań w stosunku do liczby decyzji wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu 2019 r. zaobserwować można niewielki spadek o 0,96% względem 2018 r., przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby wydanych decyzji ogółem.

Wykres nr IV.17. Liczba wydanych decyzji przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego z liczbą wniesionych odwołań i udziałem procentowym względem liczby wydanych decyzji w latach 2009-2019.



W 2019 r. Prezes Funduszu rozpatrzył łącznie 1 605 odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, wydając 1 387 decyzji oraz 218 postanowień, co stanowi spadek o 16,41% w stosunku do analogicznego okresu ubiegłego roku, w którym rozpatrzono 1 920 odwołań. Ponadto, w 2019 r., pozostawiono bez rozpoznania 12 odwołań od decyzji w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w związku z nieuzupełnieniem braków formalnych przez strony postępowania.

W strukturze rozpatrzonych w 2019 r. przez Prezesa Funduszu odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego 39,38% stanowiły odwołania od decyzji wydanych przez dyrektorów trzech oddziałach: mazowieckiego (234 sprawy, 14,58% łącznej liczby rozpatrzonych odwołań), małopolskiego (208 spraw, 12,96% łącznej liczby rozpatrzonych odwołań) oraz świętokrzyskiego (190 spraw, 11,84% łącznej liczby rozpatrzonych odwołań). Udział rozpatrzonych przez Prezesa Funduszu odwołań od decyzji wydanych przez ww. dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu był również najwyższy w 2017 r. i wynosił łącznie 48,64%. W związku z wniesionymi odwołaniami Prezes Funduszu w 2019 r. wydał 1 387 decyzji, utrzymując w mocy 925 decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz uchylając lub zmieniając decyzję dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w 49 przypadkach.

Dla porównania w analogicznym okresie ubiegłego roku Prezes Funduszu rozpatrzył 1 777 odwołań, uchylając lub zmieniając 102 decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu. Udział decyzji zmienionych lub uchylonych we wszystkich rozpatrzonych odwołaniach stanowił w 2019 r. 3,53% i jest niższy o 1,87% od udziału takich rozstrzygnięć w łącznej liczbie odwołań rozpatrzonych w roku poprzednim, kiedy to wynosił 5,4%. Warto wyjaśnić, że uchylanie i zmienianie decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu następuje w zdecydowanej części na podstawie nowych dowodów i dokumentów dostarczanych przez strony postępowania na etapie postępowania odwoławczego. Duża liczba umorzonych decyzji (413 umorzeń, co daje 89,39% wszystkich rozstrzygnięć zmieniających) dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wynikała z wycofania wielu złożonych odwołań. Na przestrzeni lat udział decyzji uchylonych i zmienionych nie przekraczał 6%. Ponadto, Prezes Funduszu, w 2019 r. wydał 218 postanowień, w tym w jednym przypadku uchylając zaskarżone postanowienie i przekazując sprawę do ponownego rozpatrzenia do oddziału wojewódzkiego Funduszu. Od decyzji Prezesa NFZ stronom postępowania przysługuje prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie (art. 110 ustawy o świadczeniach). Według stanu na koniec 2019 r. strony wniosły 390 skargi do WSA w Warszawie, co stanowi niewielki spadek o 1,03% w porównaniu do roku poprzedniego, w którym wniesione zostały 394 skargi do WSA w Warszawie. Wśród przyczyn uchylania przez WSA w Warszawie decyzji Prezesa Funduszu oraz poprzedzających ich decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, wymienić należy naruszenia przepisów art. 7, art. 77, art. 80 oraz art. 107 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2018 r. poz. 2096, z późn. zm.).

Dane dotyczące decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń, ich wysokości oraz terminu płatności wydawane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, na podstawie art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach zawarte zostały w tabeli sprawozdawczej nr I.4.2 i nie uwzględniają decyzji wydanych przez Prezesa Funduszu na skutek wniesionych odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz nie przedstawiają wszystkich decyzji wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, a jedynie decyzje na podstawie których obciążono osoby kosztami udzielonych świadczeń. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu wydali 23 025 decyzji, w tym 16 453 decyzji obciążających świadczeniobiorców kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższa tabela również nie uwzględnia rozstrzygnięć wydanych przez Prezesa Funduszu na skutek wniesionych odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu. W 2019 r. w oddziałach wojewódzkich Funduszu wydano 23 025 decyzji ustalających obowiązek poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, co stanowi wzrost do analogicznego okresu 2018 r. o 20,75% (19 069 decyzji w 2018 r.). Najwięcej, bo 4 224 decyzji wydał dyrektor oddziału mazowieckiego a najmniej dyrektor oddziału opolskiego, bo tylko 284 decyzje. Wśród wydanych w 2019 r. ww. decyzji 21 907 dotyczyło świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na podstawie oświadczenia, 518 decyzji dotyczyło świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na podstawie okazanego dokumentu, natomiast 600 wydanych decyzji dotyczyło świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych zarówno na podstawie oświadczenia, jak i okazanego dokumentu.

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 Funduszu. W 2019 r. wpłynęły do oddziałów wojewódzkich Funduszu łącznie 434 odwołania (w 2018 r. 408) przy czym 15 odwołań zostało rozpatrzonych w trybie samokontroli przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu (na podstawie art. 132 k.p.a.). Najwięcej postępowań administracyjnych wszczął oddział mazowiecki, tj. 4 542 na kwotę ponad 4 695 tys. zł oraz najwięcej decyzji, które stały się ostateczne, tj. 3 743 o wartości ponad 3 749 tys. zł. Od rozstrzygnięć Prezesa Funduszu na podstawie art. 54§1 ustawy z dnia 30 sierpnia 2002 r. Prawo o postępowaniu przed sądami administracyjnymi (Dz. U. z 2019 r. poz. 2325, z późn. zm.), stronie postępowania przysługuje prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie. W 2019 r. wpłynęło 11 skarg do Centrali Funduszu, kierowanych do WSA w Warszawie, natomiast w 2018 r. wpłynęło 38 takich skarg. Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przysługuje również osobie, która wymaga leczenia, a nie jest objęta obowiązkowym, bądź dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, pod warunkiem spełnienia warunków określonych w art. 54 ustawy o świadczeniach i uzyskania decyzji potwierdzającej to prawo, wydanej na podstawie ww. art. tej ustawy. Fundusz wystąpił do wójtów/burmistrzów/prezydentów miast z 12 wnioskami o ewentualne wydanie na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach decyzji potwierdzających prawo świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej. W wyniku przeprowadzonych postępowań podmioty uprawnione wydały 6 decyzji potwierdzających, że w okresie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba, która skorzystała z tych świadczeń miała do nich prawo, co skutkowało wydaniem przez Prezesa Funduszu 4 decyzji uchylających w całości decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu i umarzających postępowanie I instancji. Pozostałe dwie decyzje zostaną wydane przez Prezesa Funduszu w 2020 r.

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

V.1. Liczba osób oczekujących

Dane statystyczne z zakresu list oczekujących świadczeniodawcy w 2019 r. przekazywali co miesiąc do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziałów wojewódzkich NFZ szczegółowymi komunikatami sprawozdawczymi XML określonymi zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane za okresy sprawozdawcze styczeń-grudzień 2019 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 8. Wykaz świadczeń, w przypadku udzielania których świadczeniodawcy prowadzą harmonogram przyjęć, w tym listy oczekujących, na udzielenie świadczenia 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 2019 r. przekazali do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziałów wojewódzkich Funduszu komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących. Na szczególną uwagę zasługują: lubelski i małopolski, gdyż w każdym z przedstawionych okresów sprawozdawczych 100% świadczeniodawców przekazało 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%.

Tabela nr V.1. Procent świadczeniodawców, którzy przesłali komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących do oddziałów wojewódzkich NFZ w wybranych okresach sprawozdawczych (według stanu na 26 marca 2019 r.).

Lp.	Nazwa OW NFZ	Okres sprawozdawczy			
		marzec 2019 r.	czerwiec 2019 r.	wrzesień 2019 r.	grudzień 2019 r.
1	Dolnośląski	98,6%	97,9%	97,8%	97,2%
2	Kujawsko-Pomorski	100,0%	100,0%	100,0%	99,7%
3	Lubelski	100 %	100 %	100 %	100 %
4	Lubuski	99,7%	99,5%	99,7%	98,5%
5	Łódzki	97,1%	96,1%	93,5%	86,8%
6	Małopolski	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
7	Mazowiecki	97,9%	98,3%	98,5%	97,3%
8	Opolski	99,4%	99,4%	98,9%	98,1%
9	Podkarpacki	98,6%	99,4%	99,7%	98,8%
10	Podlaski	99,8%	99,6%	98,5%	100,0%
11	Pomorski	100,0%	100,0%	100,0%	99,0%
12	Śląski	100,0%	99,9%	99,9%	99,1%
13	Świętokrzyski	99,5%	99,6%	99,4%	98,8%

Lp.	Nazwa OW NFZ	Okres sprawozdawczy			
		marzec 2019 r.	czerwiec 2019 r.	wrzesień 2019 r.	grudzień 2019 r.
14	Warmińsko-Mazurski	99,6%	99,6%	99,0%	98,9%
15	Wielkopolski	98,9%	98,4%	98,9%	98,4%
16	Zachodniopomorski	99,5%	99,7%	99,3%	99,5%

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 Informatorze o Terminach Leczenia.

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 2019 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 Narodowego Funduszu Zdrowia.

W aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE) świadczeniodawcy mieli obowiązek prowadzenia list harmonogramów przyjęć, w tym list oczekujących na:

- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresów: onkologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kardiologii, endokrynologii,
- procedury medyczne: endoprotezoplastykę stawu biodrowego, endoprotezoplastykę stawu kolanowego, rewizje po endoprotezoplastyce stawu biodrowego, rewizje po endoprotezoplastyce stawu kolanowego,
- zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) operacje jaskry, operacje jaskry z zaćmą, operacje plastyczne oka, zabiegi w zakresie ciała szklistego (witrektomia), wszczepienie protezy ślimaka lub wszczepienie wielokanałowej protezy ślimaka, wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu albo wymiana procesora dźwięku implantów ucha środkowego, pomosty dla rewaskularyzacji serca, usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka), zabiegi w zakresie gruczołu krokowego (prostatektomia), wycięcie macicy (histerektomia),
- świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,

- badania diagnostyczne: rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, gastroscopia, kolonoskopia,
- świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych, kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych, fizjoterapia ambulatoryjna, fizjoterapia domowa,
- świadczenia gwarantowane z zakresu programów lekowych określonych w przepisach ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych: leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową, leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), leczenie stwardnienia rozsianego,
- 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 w 2019 r. podejmowano 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 Narodowego Funduszu Zdrowia komunikatów dla świadczeniodawców przypominających o obowiązkach sprawozdawczych i zasadach sporządzania sprawozdań dla Funduszu, informujących o brakach w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących;
- telefoniczne monitorowanie 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 Informatorze o Terminach Leczenia.
- 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 ramach przeprowadzonych kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacji danych z zakresu list oczekujących w 2019 r. oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia nałożyły kary umowne na ponad 635 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 Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadziły w 2019 r. prawie 3 069 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 2019 r. Obok liczby osób oczekujących zawierają one medianę oraz trzeci kwartył 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 2017 r. do 2019 r. z list oczekujących do ww. komórek organizacyjnych z największą według stanu na koniec 2019 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 2019 r.

W sprawozdaniu ww. dane zostały również przedstawione w odniesieniu do komórek organizacyjnych oraz świadczeń, w przypadku których nastąpiło, porównując stan na koniec 2018 r. i 2019 r., zwiększenie lub zmniejszenie liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób w skali kraju.

V.1.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2019 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 213 dni, a do 25% poradni przekroczyła 350 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie okulistyczne i kardiologiczne wyróżniły się dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą odpowiednio: 293 574 i 150 683 osoby. Na przestrzeni prezentowanych lat mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, z wyjątkiem poradni endokrynologicznej i poradni neurochirurgicznej, a liczba osób oczekujących zmniejszyła się w przypadku poradni: neurochirurgicznej, kardiologicznej i okulistycznej. Poradnie okulistyczne wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w 2019 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 766 458 osób. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2019 roku za wyjątkiem poradni neurochirurgicznej i poradni okulistycznej uległa wzrostowi w porównaniu z 2018 r. w przypadku wszystkich poradni. Wśród osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, w przypadku poradni: neurochirurgicznej, kardiologicznej i okulistycznej zaobserwowano wzrost udziału we wszystkich kolejnych latach osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny”.

Tabela nr V.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 2019 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2017 r.			2018 r.			2019 r.		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Poradnie endokrynologiczne	Przypadek pilny	5 961	18	64	7 182	21	72	9 646	27	95
		Przypadek stabilny	92 140	230	339	96 256	233	347	108 146	213	350
3	Poradnie neurochirurgiczne	Przypadek pilny	2 757	27	79	3 891	31	142	6 050	57	173

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2017 r.			2018 r.			2019 r.		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
		Przypadek stabilny	28 024	156	254	27 661	177	302	33 457	173	334
2	Poradnie kardiologiczne	Przypadek pilny	8 746	11	33	10 290	11	37	15 041	19	51
		Przypadek Stabilny	118 075	115	199	116 843	115	196	150 683	117	203
4	Poradnie gastroenterologiczne	Przypadek pilny	2 255	7	31	2 873	8	31	4 519	18	50
		Przypadek stabilny	41 196	85	158	41 756	88	167	49 739	103	185
5	Poradnie okulistyczne	Przypadek pilny	4 938	0	6	6 244	0	7	8 954	0	11
		Przypadek stabilny	265 506	67	138	263 379	71	147	293 574	78	161

Tabela nr V.3. Informacje o osobach skreślonych w okresie od styczeń-grudzień 2017 r., 2018 r. i 2019 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 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r.	w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.
1	Poradnie endokrynologiczne	Przypadek pilny	27 632	2 303	25 949	2 162	27 851	2 263
		Przypadek stabilny	110 103	9 175	101 183	8 432	104 655	8 002
2	Poradnie neurochirurgiczne	Przypadek pilny	7 836	653	8 060	672	8 749	693
		Przypadek stabilny	46 383	3 865	39 776	3 315	35 770	2 622
3	Poradnie kardiologiczne	Przypadek pilny	62 068	5 172	65 528	5 461	70 999	5 357
		Przypadek stabilny	295 166	24 597	281 251	23 437	295 582	22 215

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r.	w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.
4	Poradnie gastroenterologiczne	Przypadek pilny	12 538	1 045	12 627	1 052	13 854	1 033
		Przypadek stabilny	96 994	8 083	90 942	7 579	93 588	6 508
5	Poradnie okulistyczne	Przypadek pilny	44 814	3 735	45 281	3 773	49 997	3 720
		Przypadek stabilny	825 147	68 762	769 732	64 144	766 458	49 367

V.1.2. Leczenie szpitalne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2019 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 otorynolaryngologicznych dla dzieci dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 172 dni, a do 25% oddziałów przekroczyła 239 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych oddziały: otorynolaryngologiczne i chirurgii urazowo-ortopedycznej wyróżniły się dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą odpowiednio: 74 066 i 73 897 osób. W przypadku wszystkich oddziałów szpitalnych zaobserwowano, porównując stan na koniec grudnia 2018 r. i grudnia 2019 r., spadek liczby osób oczekujących w kategorii „przypadek stabilny” z wyjątkiem oddziałów neurochirurgicznych, dla których liczba oczekujących uległa zwiększeniu. Oddziały otorynolaryngologiczne, a także oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w 2019 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła odpowiednio: 77 653 osoby i 57 188 osób. Liczba osób skreślonych dla kategorii „przypadek stabilny” z powodu wykonania świadczenia w 2019 r. zmniejszyła się w porównaniu z 2018 r. dla oddziałów: chirurgii urazowo-ortopedycznej, otorynolaryngologicznych dla dzieci, otorynolaryngologicznych, neurochirurgicznych. Natomiast w przypadku oddziałów reumatologicznych odnotowano wzrost osób skreślonych, zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” i „przypadek stabilny”.

Tabela nr V.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 2019 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2017 r.			2018 r.			2019 r.		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	Przypadek pilny	25 657	22	64	28 475	26	64	18 401	18	57
		Przypadek stabilny	133 768	166	335	132 012	170	326	73 897	135	316
2	Oddziały otorynolaryngologiczne dla dzieci	Przypadek pilny	812	23	46	1 360	33	89	1 560	45	85
		Przypadek stabilny	12 372	160	219	12 213	164	245	9 938	172	239
3	Oddziały otorynolaryngologiczne	Przypadek pilny	3 548	7	38	3 898	9	31	3 554	9	34
		Przypadek stabilny	102 105	152	252	102 530	144	245	74 066	128	198
4	Oddziały neurochirurgiczne	Przypadek pilny	6 489	29	62	7 168	17	60	7 355	16	56
		Przypadek stabilny	31 043	117	268	28 297	91	255	28 827	90	213
5	Oddziały reumatologiczne	Przypadek pilny	2 873	18	38	2 898	16	40	3 335	13	42
		Przypadek stabilny	14 234	68	189	12 621	66	169	11 895	50	136

Tabela nr V.5. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2017 r. do 2019 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 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r.	w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.
1	Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	Przypadek pilny	37 410	9 117	40 265	10 399	33 646	8 905
		Przypadek stabilny	72 704	17 719	69 484	17 945	57 188	15 137
2	Oddziały otorynolaryngologiczne dla dzieci	Przypadek pilny	3 451	12 369	3 882	13 026	2 762	9 085
		Przypadek stabilny	13 840	49 605	13 459	45 164	9 559	31 444

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r.	w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.
3	Oddziały otorynolaryngologiczne	Przypadek pilny	15 400	7 216	14 522	7 268	13 204	6 866
		Przypadek stabilny	101 581	47 602	98 390	49 244	77 653	40 381
4	Oddziały neurochirurgiczne	Przypadek pilny	10 389	12 122	10 551	12 383	10 354	12 025
		Przypadek stabilny	17 186	20 053	16 570	19 448	16 233	18 853
5	Oddziały reumatologiczne	Przypadek pilny	14 046	14 942	12 662	13 542	13 008	13 912
		Przypadek stabilny	26 455	28 143	27 053	28 933	27 927	29 868

V.1.3. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2019 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 71 dni, a do 25% poradni nie przekroczyła 114 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” się stosunkowo dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą 10 987 osób. Na przestrzeni 2019 r. mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” zmalała w przypadku oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu, a liczba osób oczekujących zmniejszyła się do poradni psychogeriatrycznych. Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2019 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 28 692 osoby. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2019 r. wzrosła w porównaniu z 2018 r. w przypadku kategorii medycznej „przypadek stabilny” do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i poradni dla osób z autyzmem dziecięcym.

Tabela nr V.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 2019 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2017 r.			2018 r.			2019 r.		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Poradnie psychogeriatryczne	Przypadek pilny	1	0	0	4	3	10	15	16	29
		Przypadek stabilny	697	48	93	680	55	131	495	71	114
2	Poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym	Przypadek pilny	465	0	3	410	0	5	360	0	22
		Przypadek stabilny	3 176	34	161	3 433	24	163	4 163	45	180
3	Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci	Przypadek pilny	120	0	0	211	0	0	294	0	0
		Przypadek stabilny	7 439	28	60	8 332	31	73	10 987	38	79
4	Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych	Przypadek pilny	101	0	1	92	0	10	126	0	1
		Przypadek stabilny	5 098	24	161	5 810	35	204	6 811	47	259
5	Oddziały terapii uzależnienia od alkoholu	Przypadek pilny	8	0	0	3	0	0	2	0	0
		Przypadek stabilny	3 187	21	44	2 595	15	30	2 418	12	23

Tabela nr V.7. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2017 r. do 2019 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 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r.	w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.
1	Poradnie psychogeriatryczne	Przypadek pilny	66	1	53	1	156	2
		Przypadek stabilny	1 827	22	1 861	23	1 611	24
2	Poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym	Przypadek pilny	639	1	899	1	898	1
		Przypadek stabilny	6 122	12	6 232	11	6 706	10

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r.	w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.
3	Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci	Przypadek pilny	879	0	970	0	1 376	1
		Przypadek stabilny	27 656	14	25 808	13	28 692	14
4	Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych	Przypadek pilny	630	2	790	3	828	3
		Przypadek stabilny	3 794	15	4 104	17	3 858	17
5	Oddziały terapii uzależnienia od alkoholu	Przypadek pilny	27	0	10	0	6	0
		Przypadek stabilny	6 587	10	6 141	10	3 326	10

V.1.4. Rehabilitacja lecznicza

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec 2019 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 360 dni, a do 25% oddziałów nie przekroczyła 724 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych oddziały rehabilitacyjne wyróżniły się dużą liczbą osób oczekujących dla tej kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wynoszącą 150 868 osób. W 2019 roku mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” zmniejszyła się w przypadku oddziałów: rehabilitacyjnych, rehabilitacji narządu ruchu oraz rehabilitacji neurologicznej. Dla pozostałych komórek wskaźnik ten zwiększył się, natomiast liczba osób oczekujących dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” uległa spadkowi z wyjątkiem zespołów rehabilitacji domowej i oddziałów rehabilitacji pulmonologicznej. Oddziały rehabilitacyjne wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w 2019 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 66 341 osób. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2019 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” spadła w porównaniu z 2017 r. i 2018 r. w przypadku oddziałów rehabilitacyjnych, oddziałów rehabilitacji narządu ruchu, oddziałów rehabilitacji neurologicznej i oddziałów rehabilitacji pulmonologicznej, a do zespołów rehabilitacji domowej liczba ta uległa wzrostowi.

Tabela nr V.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 wg stanu na koniec 2019 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2017 r.			2018 r.			2019 r.		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Oddziały rehabilitacyjne	Przypadek pilny	34 210	51	114	35 783	49	108	28 366	44	87
		Przypadek stabilny	195 890	464	749	199 301	478	765	150 868	360	724
2	Oddziały rehabilitacji narządu ruchu	Przypadek pilny	3 671	81	140	3 983	72	100	2 692	54	105
		Przypadek stabilny	17 524	392	578	17 409	475	778	9 699	308	907
3	Oddział rehabilitacji neurologicznej	Przypadek pilny	1 685	6	16	2 011	6	15	1 974	5	10
		Przypadek stabilny	16 898	204	429	16 899	173	473	11 578	31	300
4	Oddział rehabilitacji pulmonologicznej	Przypadek pilny	533	0	33	728	0	34	734	10	35
		Przypadek stabilny	7 069	191	310	6 888	187	332	6 541	211	285
5	Zespół rehabilitacji domowej	Przypadek pilny	778	0	18	847	0	23	787	0	23
		Przypadek stabilny	3 526	17	52	5 288	31	107	5 348	31	75

Tabela nr V.9. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2017 r. do 2019 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 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r.	w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.
1	Oddziały rehabilitacyjne	Przypadek pilny	66 661	9	73 138	7	53 103	5
		Przypadek stabilny	71 105	10	79 910	8	66 341	7
2	Oddziały rehabilitacji narządu ruchu	Przypadek pilny	5 164	27	5 995	30	4 728	31
		Przypadek stabilny	3 234	17	2 773	14	1 678	11
3	Oddział rehabilitacji neurologicznej	Przypadek pilny	12 119	5	12 160	5	8 483	5

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r.	w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.
		Przypadek stabilny	6 821	3	6 811	3	5 200	3
4	Oddział rehabilitacji pulmonologicznej	Przypadek pilny	1 127	4	1 120	4	806	4
		Przypadek stabilny	5641	22	5 907	21	4 185	20
5	Zespół rehabilitacji domowej	Przypadek pilny	1 127	4	1 120	4	4 296	1
		Przypadek stabilny	5 641	22	5 907	21	23 852	4

V.1.5. Opieka paliatywna i hospicyjna

Od okresu sprawozdawczego kwiecień 2015 r. Fundusz pozyskuje dane od świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej 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 2019 r. wynika, że do poradni medycyny paliatywnej dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” oczekiwały 294 osoby, a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wyniosła 0 dni. Jak wynika z przedstawionych danych, liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia była 3 razy większa od liczby osób oczekujących odnotowanej na koniec 2017 r. W 2019 r. z list oczekujących w tej kategorii do oddziałów medycyny paliatywnej z powodu wykonania świadczenia zostało skreślonych 1 885 osób.

Tabela nr V.10. Informacja o liczbie osób oczekujących oraz średnim rzeczywistym czasie oczekiwania do poradni medycyny paliatywnej – „przypadki stabilne”.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2017 r.			Grudzień 2018 r.			Grudzień 2019 r.		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Oddziały medycyny paliatywnej	Przypadek pilny	3	0	0	14	0	0	33	0	0
		Przypadek stabilny	42	0	1	139	0	3	158	0	3
2	Poradnie medycyny paliatywnej	Przypadek pilny	0	0	0	1	0	0	3	0	0
		Przypadek stabilny	35	0	0	37	0	0	294	0	0

Tabela nr V.11. Informacje o osobach skreślonych w okresie 2017-2019 r. z list oczekujących do poradni medycyny paliatywnej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r.	w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.
1	Oddziały medycyny paliatywnej	Przypadek Pilny	bd	bd	334	1	508	1
		Przypadek Stabilny	bd	bd	1 143	3	1 885	3
2	Poradnie medycyny paliatywnej	Przypadek Pilny	4	0	13	0	26	0
		Przypadek Stabilny	801	0	890	0	887	0

V.1.6. Leczenie stomatologiczne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec 2019 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 dzieci dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 154 dni, a do 25% poradni nie przekroczyła 269 dni. Ze względu na dużą liczbę osób skreślonych z listy oczekujących (763 672 osoby) w okresie od stycznia do grudnia 2019 r. z powodu wykonania świadczenia należy wyróżnić poradnie stomatologiczne. W przypadku komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu leczenia stomatologicznego, za wyjątkiem poradni: ortodontycznej dla dzieci, liczba osób skreślonych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” z powodu wykonania świadczenia zmniejszyła się w 2019 r. w porównaniu z 2018 r.

Tabela nr V.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 wg stanu na koniec 2019 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2017 r.			Grudzień 2018 r.			Grudzień 2019 r.		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Poradnie ortodontyczne	Przypadek pilny	201	0	0	287	0	0	200	0	0
		Przypadek stabilny	53 390	48	168	56 022	60	220	60 072	64	246

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2017 r.			Grudzień 2018 r.			Grudzień 2019 r.		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
2	Poradnie ortodontyczne dla dzieci	Przypadek pilny	30	0	0	31	0	8	17	0	0
		Przypadek stabilny	3 702	47	157	3 553	256	164	4 180	154	269
3	Poradnie chirurgii stomatologicznej	Przypadek pilny	66	0	0	137	0	0	137	0	0
		Przypadek stabilny	17 275	9	30	18 515	5	32	20 269	7	34
4	Poradnie periodontologiczne oraz chorób błon śluzowych przyzębia	Przypadek pilny	9	0	0	5	0	0	0	0	0
		Przypadek stabilny	1 720	7	44	1 590	14	46	0	0	0
5	Poradnie stomatologiczne	Przypadek pilny	276	0	0	376	0	0	446	0	0
		Przypadek stabilny	102 936	0	10	99 750	0	9	115 643	0	9

Tabela nr V.13. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2017 r. do 2019 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 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r.	w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.
1	Poradnie ortodontyczne	Przypadek pilny	1 027	0	984	0	1 452	0
		Przypadek stabilny	72 527	10	65 238	10	65 163	10
2	Poradnie ortodontyczne dla dzieci	Przypadek pilny	58	0	124	0	117	0
		Przypadek stabilny	4 092	8	3 869	8	4 336	9
3	Poradnie chirurgii stomatologicznej	Przypadek pilny	2 404	0	2 324	0	2 044	0
		Przypadek stabilny	75 706	16	66 404	14	66 376	14
4	Poradnie periodontologiczne oraz chorób błon śluzowych przyzębia	Przypadek pilny	231	19	169	14	0	0
		Przypadek stabilny	8 213	684	6 299	525	0	0

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r.	w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.
5	Poradnie stomatologiczne	Przypadek pilny	11 314	0	7 239	0	6 992	0
		Przypadek stabilny	871 207	9	788 839	8	763 672	8

V.1.7. Wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec 2019 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano na listach oczekujących na następujące świadczenia z zakresu: kardiologii, zabiegów w zakresie soczewki (zaćma), rezonansu magnetycznego, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, zakresu endokrynologii, endoprotezoplastyki stawu kolanowego, endoprotezoplastyki stawu biodrowego, tomografii komputerowej, leczenia aparatem ortodontycznym oraz koronarografię.

Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla endoprotezoplastyki stawu kolanowego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wynosiła według stanu na koniec grudnia 2019 r. 979 dni, a do 25% oddziałów nie przekroczyła 639 dni. Świadczeniem z wysoką wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania jest endoprotezoplastyka stawu biodrowego, dla której w kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 357 dni, a do 50% - 75% oddziałów nie przekroczyła 731 dni. Bardzo wysoka mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, wynosząca 208 dni zaobserwowana została również dla świadczeń z zakresu endokrynologii. W przypadku świadczeń zakresu kardiologii, zabiegów w zakresie soczewki (zaćma) oraz świadczeń z zakresu rezonansu magnetycznego odnotowano duże liczby osób oczekujących, które według stanu na koniec 2019 r. wyniosły dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” odpowiednio: 173 939, 165 860 i 163 188 osób. Duże liczby osób oczekujących odnotowano dla tej kategorii również na świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu 160 517 osób. W 2019 r. w przypadku zabiegów w zakresie soczewki (zaćma), endoprotezoplastyki stawu biodrowego, świadczenia rezonansu magnetycznego, świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, świadczeń tomografii komputerowej, leczenia aparatem ortodontycznym, świadczenia z zakresu endokrynologii zaobserwowano spadek mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” w porównaniu do 2018 r. W porównaniu do grudnia 2018 r. w grudniu 2019 r. odnotowano dla tej kategorii spadek liczby osób oczekujących w przypadku świadczeń z zakresu: endoprotezoplastyki kolana, zabiegów w zakresie soczewki (zaćma), endoprotezoplastyki biodra, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, leczenia aparatem ortodontycznym. Natomiast wzrost liczby osób oczekujących zaobserwowano dla tej kategorii medycznej w przypadku świadczeń z zakresu: kardiologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, endokrynologii oraz koronarografii. Liczba ta wynosiła odpowiednio: 173 939 osób, 160 517osób, 122 852 osoby oraz 15 350 osób. Świadczenia tomografii komputerowej wyróżniły się pod względem największej liczby osób

skreślonych w tej kategorii medycznej z listy oczekujących w 2019 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 724 921 osób. W większości świadczeń liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2019 r. uległa wzrostowi w porównaniu z rokiem 2018. Jedynie w przypadkach: leczenia aparatem ortodontycznym, leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową oraz operacji wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym dla powyższej kategorii medycznej liczba osób skreślonych zmniejszyła się.

Tabela V.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 2019 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2017 r.			2018 r.			2019 r.		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	Przypadek pilny	17 699	128	298	19 327	111	279	19 671	267	187
		Przypadek stabilny	100 406	532	967	96 786	567	982	89 649	979	639
2	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	Przypadek pilny	22 887	88	139	19 723	62	118	10 509	36	77
		Przypadek stabilny	471 481	484	718	352 684	345	647	165 860	142	412
3	Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	Przypadek pilny	14 829	106	253	15 122	113	224	14 753	94	201
		Przypadek stabilny	87 721	479	832	81 843	465	891	73 257	357	731
4	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	63 408	68	98	72 068	56	91	46 670	30	51
		Przypadek stabilny	234 354	171	227	219 717	137	185	163 188	67	132
5	Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	Przypadek pilny	6 279	5	17	8 813	6	21	14 827	10	25
		Przypadek stabilny	101 165	44	87	105 150	44	89	160 517	47	86
6	Świadczenia tomografii komputerowej	Przypadek pilny	21 535	21 535	21	22 536	13	25	13 626	8	17
		Przypadek stabilny	119 955	119 955	59	112 404	40	75	85 544	17	44
7	Koronarografia	Przypadek pilny	2 318	3	17	2 727	5	20	3 212	5	24
		Przypadek stabilny	11 041	38	78	12 648	37	81	15 350	51	99

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2017 r.			2018 r.			2019 r.		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
8	Leczenie aparatem ortodontycznym	Przypadek pilny	400	0	0	400	0	0	291	0	0
		Przypadek stabilny	75 440	37	312	73 388	45	343	71 716	40	346
9	Świadczenia z zakresu kardiologii	Przypadek pilny	10 487	10	33	12 113	11	37	17 325	18	50
		Przypadek stabilny	133 572	113	198	132 111	110	194	173 939	115	197
10	Świadczenia z zakresu endokrynologii	Przypadek pilny	7 002	18	63	8 326	18	71	10 990	25	92
		Przypadek stabilny	104 966	218	332	108 351	223	343	122 852	208	339

Tabela V.15. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2017 r. do 2019 r. z list oczekujących na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r.	w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.
1	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	Przypadek pilny	11 098	3	12 607	4	14 698	4
		Przypadek stabilny	12 664	3	14 807	4	15 770	5
2	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	Przypadek pilny	76 155	25	77 040	25	70 809	22
		Przypadek stabilny	213 468	71	226 505	73	272 397	87
3	Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	Przypadek pilny	18 761	5	19 877	5	21 536	5
		Przypadek stabilny	18 622	5	18 721	5	20 523	5
4	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	311 908	102	333 579	101	391 096	104
		Przypadek stabilny	465 937	152	519 232	158	623 401	166
5	Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową	Przypadek pilny	2 923	3	1 522	1	1 286	1
		Przypadek stabilny	6 047	6	4 955	5	3 683	4

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r.	w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.
6	Świadczenia tomografii komputerowej	Przypadek pilny	252 286	45	252 200	45	228 686	37
		Przypadek stabilny	684 467	121	684 467	121	724 921	119
7	Koronarografia	Przypadek pilny	13 793	6	14 326	7	14 513	7
		Przypadek stabilny	47 628	23	47 979	23	49 091	23
8	Leczenie aparatem ortodontycznym	Przypadek pilny	1 083	0	1 139	0	1 330	0
		Przypadek stabilny	51 266	6	48 433	6	48 051	6
9	Operacje wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym	Przypadek pilny	1 805	4	1 879	4	1 847	4
		Przypadek stabilny	3 034	6	3 019	6	2 935	6
10	Badania medycyny nuklearnej	Przypadek pilny	5 095	7	5 834	8	6 747	9
		Przypadek stabilny	41 765	60	39 555	56	38 369	53

V.1.8. Komórki organizacyjne oraz świadczenia, w których nastąpiła w okresie od grudnia 2018 r. do grudnia 2019 r. zmiana liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób

W poniższej tabeli przedstawiono dane dotyczące komórek organizacyjnych i świadczeń, w przypadku których nastąpił od grudnia 2018 r. do grudnia 2019 r. wzrost lub spadek liczby osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” i „przypadek stabilny” o co najmniej 10 tys. osób. W przypadku działów (pracowni) fizjoterapii, zabiegów w zakresie soczewki (zaćma), oddziałów rehabilitacyjnych, świadczeń rezonansu magnetycznego oraz świadczeń tomografii komputerowej, odnotowano spadek liczby osób oczekujących odpowiednio o: 240 916, 196 038, 55 850, 35 770 i 9 769. Wzrost liczby osób oczekujących nastąpił w przypadku poradni stomatologicznych o 16 339 osób.

Zgodnie z zaprezentowanymi informacjami dotyczącymi komórek organizacyjnych oraz świadczeń, w 2019 r. najwięcej osób skreślono dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia do działów (pracowni) fizjoterapii 2 043 231 osób, do poradni stomatologicznych 763 672 osoby, na świadczenia z zakresu tomografii komputerowej 724 921 osób oraz z zakresu rezonansu magnetycznego 623 401 osób. Wzrost liczby osób skreślonych w 2019 r. z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w porównaniu z latami 2017-2019 dla tej kategorii medycznej zaobserwowano

w przypadku: świadczeń rezonansu magnetycznego, świadczeń tomografii komputerowej oraz zabiegów w zakresie soczewki (zaćmy).

Tabela nr V.16. Wykaz komórek organizacyjnych, świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których w ciągu roku, porównując dane za grudzień 2017 r. i grudzień 2019 r., nastąpiła zmiana w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2017 r.			Grudzień 2018 r.			Grudzień 2019 r.			Zmiana liczby osób oczekujących ogółem w grudniu 2019 r. w stosunku do grudnia 2018 r.
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci	
1	Działy (pracownie) fizjoterapii	Przypadek pilny	94 424	23	65	118 877	32	73	104 498	39	85	-240 916
		Przypadek stabilny	955 647	107	176	996 761	117	188	770 224	124	197	
2	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	Przypadek pilny	22 887	88	139	19 723	62	118	10 509	36	77	-196 038
		Przypadek stabilny	471 481	484	718	352 684	345	647	165 860	142	412	
3	Oddziały rehabilitacyjne	Przypadek pilny	34 210	51	114	35 783	49	108	28 366	44	87	-55 850
		Przypadek stabilny	195 890	464	749	199 301	478	765	150 868	360	724	
4	Świadczenia tomografii komputerowej	Przypadek pilny	21 535	21 535	21	22 536	13	25	13 626	8	17	-35 770
		Przypadek stabilny	119 955	119 95	59	112 404	40	75	85 544	17	44	
5	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	63 408	68	98	72 068	56	91	46 670	30	51	-9 769
		Przypadek stabilny	234 354	171	227	219 717	137	185	163 188	67	132	
6	Poradnie stomatologiczne	Przypadek pilny	276	0	0	376	0	0	446	0	0	16 339
		Przypadek stabilny	102 936	0	10	99 750	0	9	115 643	0	9	

Tabela nr V.17. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń – grudzień 2017 r., 2018 r. i 2019 r. z list oczekujących do komórek organizacyjnych, świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których, porównując dane za grudzień 2018 r. i grudzień 2019 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 2017 r.	średnio miesięcznie w 2017 r.	w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.
1	Działy (pracownie) fizjoterapii	Przypadek pilny	337 809	10	386 778	12	395 709	12
		Przypadek stabilny	2 080 871	65	2 084 124	63	2 043 231	62
2	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	Przypadek pilny	76 155	25	77 040	25	70 809	22
		Przypadek stabilny	213 468	71	226 505	73	272 397	87
3	Oddziały rehabilitacyjne	Przypadek pilny	66 661	9	73 138	7	53 103	5
		Przypadek stabilny	71 105	10	79 910	8	66 341	7
4	Świadczenia tomografii komputerowej	Przypadek pilny	252 286	45	252 200	45	228 686	37
		Przypadek stabilny	684 467	121	684 467	121	724 921	119
5	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	311 908	102	333 579	101	391 096	104
		Przypadek stabilny	465 937	152	519 232	158	623 401	166
6	Poradnie stomatologiczne	Przypadek pilny	11 314	0	7 239	0	6 992	0
		Przypadek stabilny	871 207	9	788 839	8	763 672	8

V.1.9. 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:

- Zwiększające się zapotrzebowanie na niektóre rodzaje świadczeń, co powoduje bardzo duże przyrosty liczby osób oczekujących np. na świadczenia rehabilitacyjne;
- Procesy demograficzne, tj. starzejące się społeczeństwo oraz wydłużająca się przeciętna długość życia, czemu towarzyszy podwyższona zgłaszalność podyktowana wzrostem zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne.
- Niewielka liczba świadczeniodawców udzielających określonych świadczeń np. wyspecjalizowanych ośrodków neurochirurgicznych;
- Niewystarczające nakłady finansowe płatnika świadczeń opieki zdrowotnej, niepozwalające na zrównoważenie popytu na świadczenia;
- 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);
- 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 Narodowym Funduszem Zdrowia z uwagi na fakt, że na rynku prywatnym są znacznie lepiej wynagradzani;
- 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, pozostawianie ich pod stałą opieką specjalisty powoduje, że czasy oczekiwania ulegają wydłużeniu. Zwraca się uwagę na brak standardów kontynuowania leczenia przez lekarzy POZ. Występuje niewystarczająca współpraca pomiędzy POZ a lecnictwem specjalistycznym;

- Zbyt pochopne lub niezasadne kierowanie pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do poradni specjalistycznych w sytuacjach, gdy dane schorzenie może być leczone w POZ;
- Brak możliwości zakontraktowania świadczeń, które mogłyby być realizowane w mniejszych miejscowościach, co utrudnia dostęp do lekarzy;
- 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;
- Zwiększona liczba wskazań do wykonania badań diagnostycznych, kierowanie pacjenta na badania kosztochłonne bez wcześniejszego wykorzystania innych metod diagnostycznych;
- 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;
- Powolne wprowadzanie zasad/standardów postępowania w przypadku świadczeń z ograniczoną dostępnością np. postępowania w przypadku leczenia zaćmy. Pacjenci są wpisywani w niektórych przypadkach zbyt wcześnie na listę oczekujących z powodu długiego czasu oczekiwania, mają wielokrotnie potem przesuwane terminy udzielenia świadczenia, blokując miejsca innym pacjentom;
- Znaczący i nagły wzrost liczby pacjentów kwalifikowanych przez lekarzy kierujących do kategorii medycznej „przypadek pilny”. Część skierowania z adnotacją „pilny” nie znajduje medycznego potwierdzenia.;
- 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;
- Wyznaczanie odległych terminów udzielenia świadczenia na życzenie pacjenta w oderwaniu od kolejności zgłoszeń, co przekłada się na wydłużenie sprawozdawanych średnich rzeczywistych czasów oczekiwania;
- Niekorzystanie przez pacjentów ze wszystkich źródeł 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;

- Błędy zdarzające się 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.

V.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 2019 r. oraz wskaźnik dostępności niniejszych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Tabela nr V.18. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w 2019 r. w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ.

Nazwa OW NFZ	Ogółem liczba ubezpieczonych	Liczba zrealizowanych skierowań w roku 2019	Wskaźnik na 10 tys. Osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 536 000	35 631	141
Kujawsko-Pomorski	1 798 502	20 694	115
Lubelski	1 867 129	25 727	138
Lubuski	872 762	8 628	99
Łódzki	2 241 839	27 741	124
Małopolski	3 056 218	32 393	106
Mazowiecki	5 043 169	61 754	122
Opolski	811 568	8 357	103
Podkarpacki	1 840 170	21 602	117
Podlaski	1 018 387	12 535	123
Pomorski	2 051 354	22 069	108
Śląski	4 022 457	47 034	117
Świętokrzyski	1 080 320	16 127	149
Warmińsko- Mazurski	1 189 641	12 929	109
Wielkopolski	3 193 936	41 297	129

Nazwa OW NFZ	Ogółem liczba ubezpieczonych	Liczba zrealizowanych skierowań w roku 2019	Wskaźnik na 10 tys. Osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Zachodniopomorski	1 430 195	12 373	87
Ogółem	34 053 648	406 891	119
* dane wg Centralnego Wykazu Ubezpieczonych wg stanu na koniec 2019 r.			

W poniższej tabeli przedstawiono dane dotyczące liczby osób, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ w 2019 r. oraz wskaźnik dostępności niniejszych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Tabela nr V.19. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2019 r. w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ.

Nazwa OW NFZ	ogółem liczba ubezpieczonych	Liczba osób, którym udzielono świadczeń w roku 2019	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 536 000	725	2,86
Kujawsko-Pomorski	1 798 502	490	2,72
Lubelski	1 867 129	430	2,30
Lubuski	872 762	114	1,31
Łódzki	2 241 839	476	2,12
Małopolski	3 056 218	480	1,57
Mazowiecki	5 043 169	1 163	2,31
Opolski	811 568	244	3,01
Podkarpacki	1 840 170	511	2,78
Podlaski	1 018 387	301	2,96
Pomorski	2 051 354	543	2,65
Śląski	4 022 457	1 239	3,08
Świętokrzyski	1 080 320	173	1,60
Warmińsko- Mazurski	1 189 641	231	1,94
Wielkopolski	3 193 936	774	2,42
Zachodniopomorski	1 430 195	220	1,54
Ogółem	34 053 647	8 114	2,38

Zgodnie z danymi przedstawionymi w poniższej tabeli, w ramach ratownictwa medycznego na rok 2019 zakontraktowanych zostało łącznie 1 571 zespołów ratownictwa medycznego, w tym: 1 203 podstawowe zespoły ratownictwa medycznego (w tym 9 wodnych podstawowych

zespołów ratownictwa medycznego) oraz 368 specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego.

Ogólna liczba zespołów ratownictwa medycznego wzrosła w 2019 r. względem roku poprzedniego o 12 (0,77%), przy czym liczba specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 48, natomiast liczba podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 60. 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 nr V.20. Liczba zakontraktowanych na rok 2019 zespołów ratownictwa medycznego w podziale na rodzaj zespołów oraz informacje, dotyczące ich dostępności w latach 2018-2019.

Rodzaj zespołu	Liczba zespołów w 2018 r.	Liczba zespołów w 2019 r.	Liczba zespołów w 2019 r. w stosunku do liczby zespołów w 2018 r.
Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	1 143	1 203	105,25%
Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	416	368	88,46%
RAZEM	1 559	1 571	100,77%
Dostępność zespołów ratownictwa medycznego**			
Rodzaj zespołu	2018 r.	2019r.	Dostępność zespołów w 2019 r. w stosunku do dostępności zespołów w 2018 r.
Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	1 084,27	1 154,03	106,43%
Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	413,07	367,00	88,85%
RAZEM	1 497,34	1 521,03	101,58%
*) 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 2018-2019, 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 2019 o 1,58 % większa niż w roku 2018, przy czym dostępność podstawowych zespołów wzrosła o 6,43 %, natomiast dostępność specjalistycznych zespołów zmniejszyła się o 11,15%.

Drugi z wymienionych powyższej wskaźników przyjmuje:

- najwyższe wartości w województwach: warmińsko – mazurskim (0,55), lubuskim (0,51), oraz zachodniopomorskim (0,48);
- najniższe wartości w województwach: wielkopolskim (0,34) oraz mazowieckim (0,35).

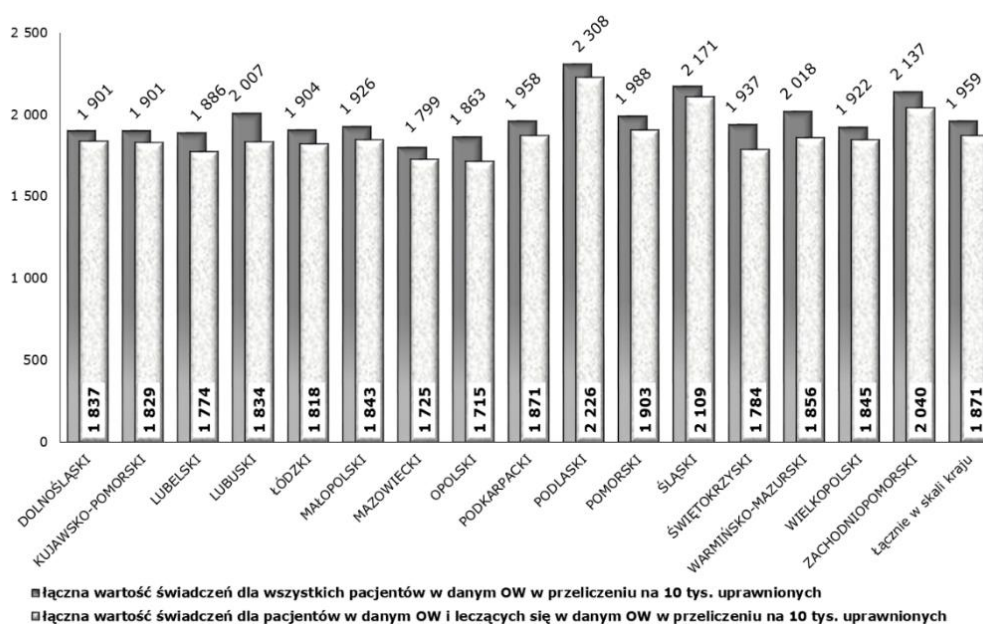
Średnia liczba zespołów ratownictwa medycznego w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w skali kraju wyniosła w 2019 r. 0,40.

Tabela nr V.21. 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 w 2019 roku.

OWNFZ	Ludność w tys. os. (wg GUS stan na 31.12.2019 r.)	Liczba ZRM w 2019 r. (z uwzględnieniem dostępności)	Liczba osób (w tys.) przypadająca na jeden ZRM w 2019 r.	Liczba ZRM w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w 2019 r.
Dolnośląski	2 900,16	111,00	26,13	0,38
Kujawsko-Pomorski	2 072,37	90,01	23,02	0,43
Lubelski	2 108,27	89,50	23,56	0,42
Lubuski	1 011,59	52,00	19,45	0,51
Łódzki	2 454,78	102,00	24,07	0,42
Małopolski	3 410,90	121,63	28,04	0,36
Mazowiecki	5 423,17	191,25	28,36	0,35
Opolski	982,63	43,00	22,85	0,44
Podkarpacki	2 127,16	88,17	24,13	0,41
Podlaski	1 178,35	55,50	21,23	0,47
Pomorski	2 343,93	86,64	27,05	0,37
Śląski	4 517,64	162,00	27,89	0,36
Świętokrzyski	1 233,96	47,67	25,89	0,39
Warmińsko- Mazurski	1 422,74	78,67	18,08	0,55
Wielkopolski	3 498,73	120,00	29,16	0,34
Zachodniopomorski	1 696,19	82,00	20,69	0,48
RAZEM	38 382,58	1 521,03	25,23	0,40

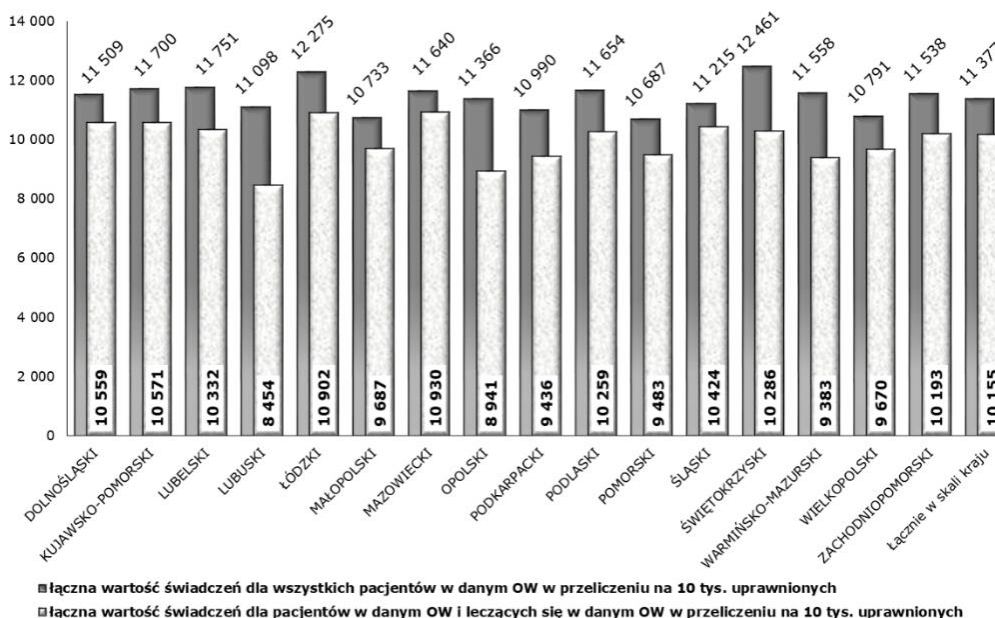
Poniżej na wykresach przedstawiono pozostałe koszty świadczeń w pozostałych rodzajach świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych.

Wykres nr V.1. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały wojewódzkie Funduszu na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna 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 2019 r., podobnie jak w roku ubiegłym, osiągnął oddział podlaski (2 308 tys. zł).

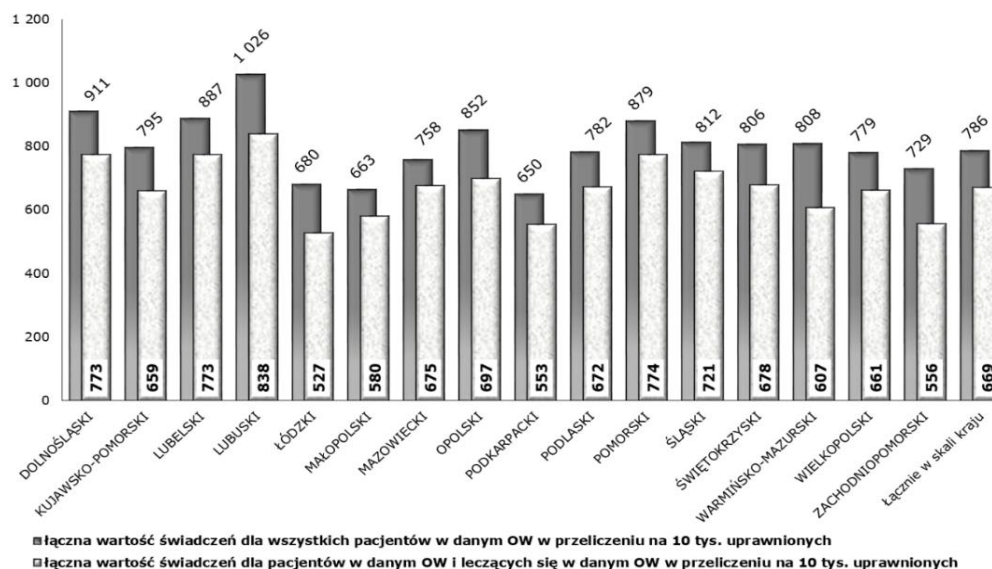
Wykres nr V.2. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały wojewódzkie Funduszu na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju leczenie szpitalne w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.).



Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono w 2019 roku na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty

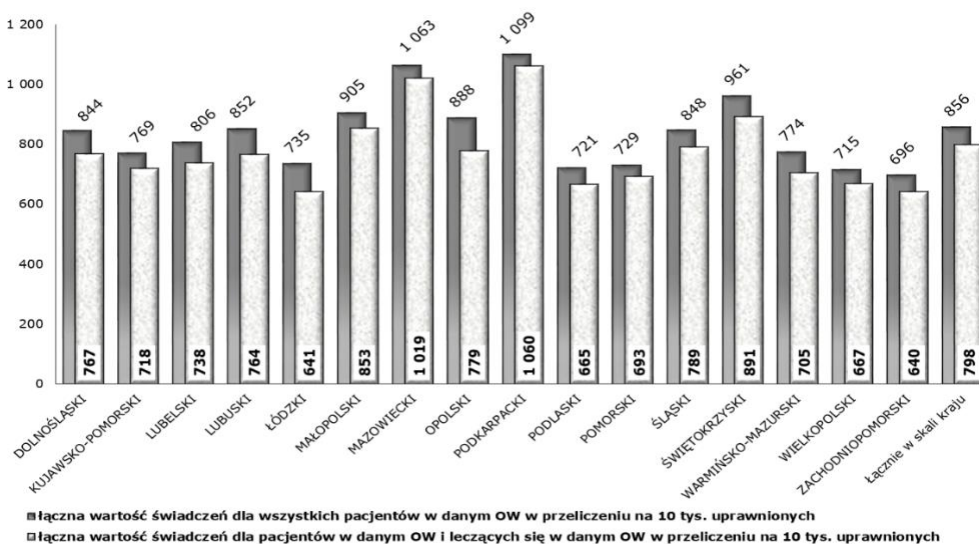
świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu szpitalnym na 10 tys. mieszkańców, podobnie jak w roku ubiegłym, poniosły oddziały świętokrzyski (12 461 tys. zł) i łódzki (12 275 tys. zł).

Wykres nr V.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.).



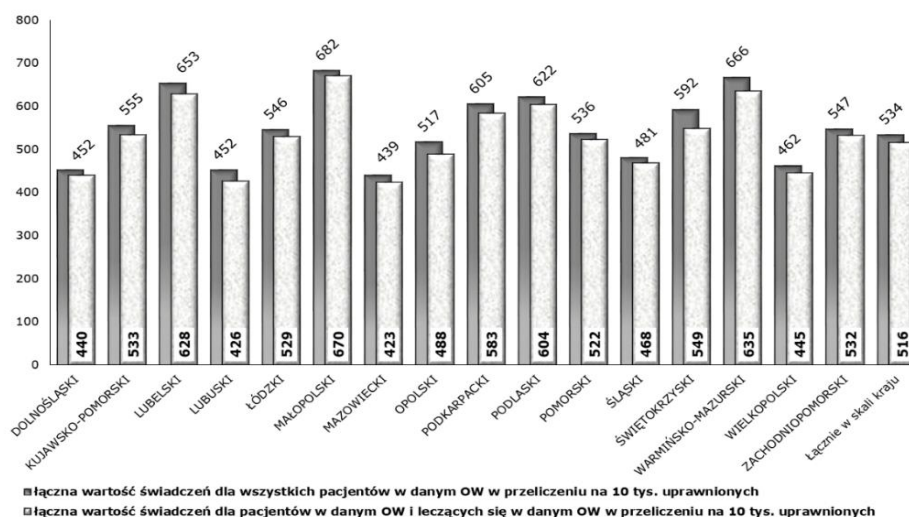
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poszczególne oddziały poniosły na leczenie uprawnionych w danym oddziale łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale wojewódzkim Funduszu. Wszystko w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu psychiatrycznym i leczeniu uzależnień w 2019 r. osiągnął, podobnie jak w roku ubiegłym, lubuski oddział wojewódzki Funduszu 1 026 tys. zł.

Wykres nr V.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.).



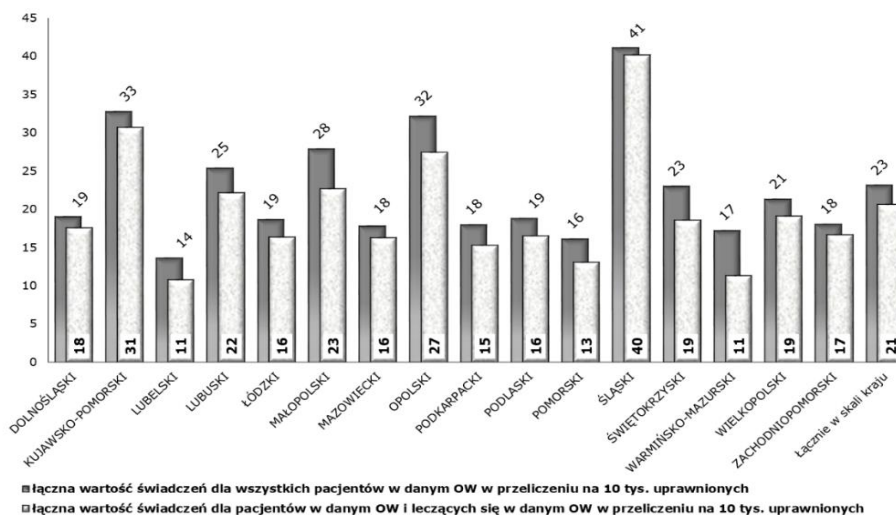
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w rodzaju rehabilitacja lecznicza na 10 tys. ubezpieczonych w 2019 r. osiągnęły, podobnie jak w roku ubiegłym, oddziały: podkarpacki (1 099 tys. zł) i mazowiecki (1 063 tys. zł).

Wykres nr V.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.).



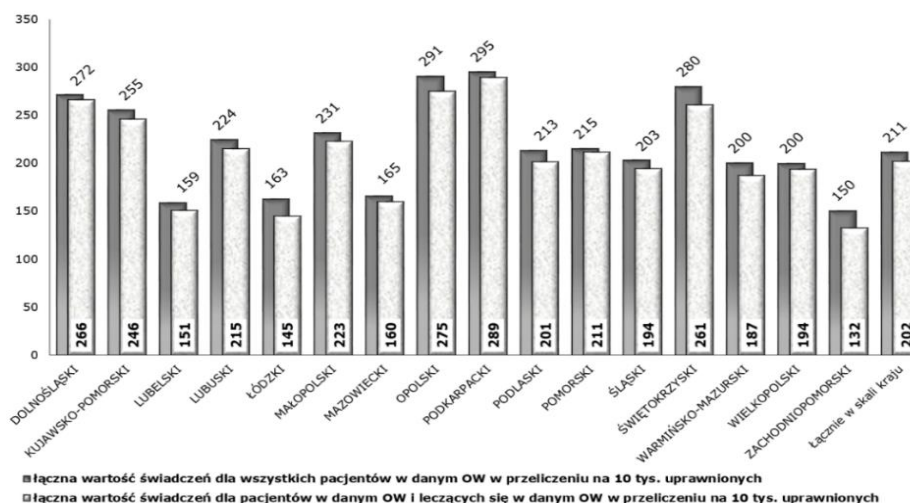
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największe koszty w leczeniu stomatologicznym na 10 tys. uprawnionych w 2019 r. osiągnęły oddziały: małopolski (682 tys. zł), warmińsko-mazurski 666 tys. zł, lubelski (653 tys. zł).

Wykres nr V.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.).



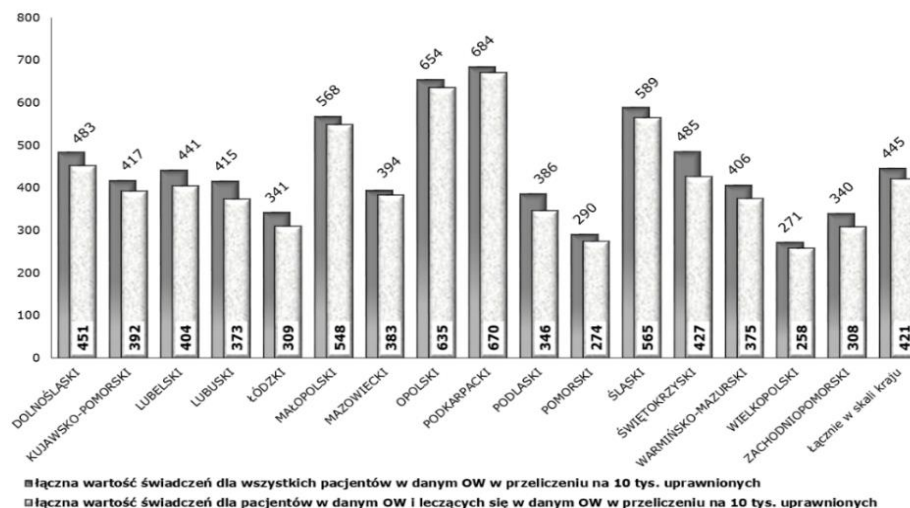
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największe koszty profilaktycznych programach zdrowotnych w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2019 r. osiągnął oddział śląski (41 tys. zł) a najmniej oddział lubelski (14 tys. zł).

Wykres nr V.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.).



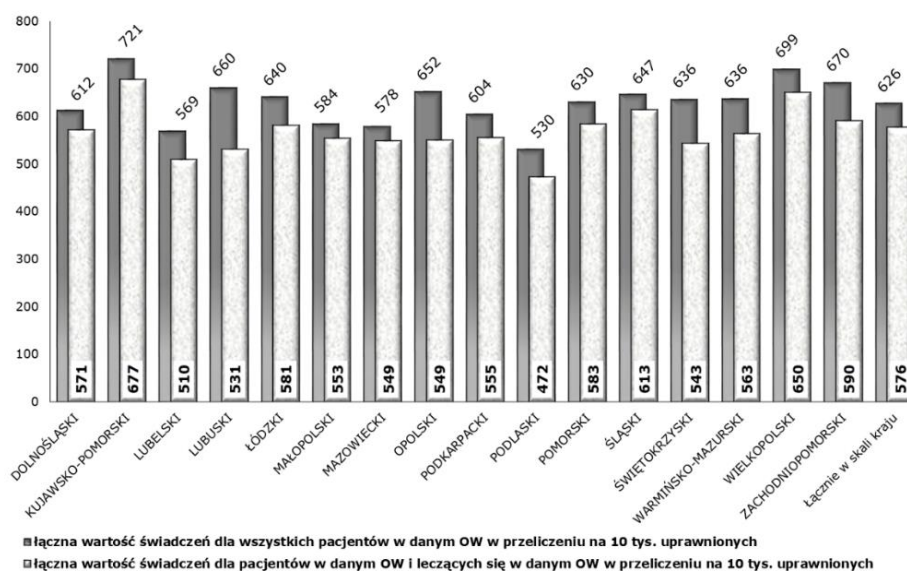
Powyższy wykres przedstawia koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w opiece paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w 2019 r. osiągnęły oddziały: podkarpacki 265 tys. zł, opolski 291 tys. zł i świętokrzyski 280 tys. zł.

Wykres nr V.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 2019 r. osiągnęły oddziały: podkarpacki 684 tys. zł i opolski 654 tys. zł.

Wykres nr V.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 2019 r. osiągnął, podobnie jak w roku ubiegłym, oddział kujawsko- pomorski (721 tys. zł).

VI. Opis organizacji Funduszu

VI.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 w 2018 roku zgodny był 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 Narodowego Funduszu Zdrowia działa na podstawie ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.), jak również na podstawie uchwalonego przez siebie Regulaminu działania Rady NFZ (tekst jednolity regulaminu stanowi załącznik do uchwały Nr 30/2007/I Rady NFZ z dnia 30 sierpnia 2007 r. ze zm.).

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 Narodowego Funduszu Zdrowia należy:

- kontrolowanie bieżącej działalności Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności,
- uchwalanie: planu pracy Funduszu na dany rok, rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych,
- opiniowanie: projektu planu finansowego na dany rok, systemu wynagradzania pracowników Funduszu,
- przyjmowanie: sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu, okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu,
- podejmowanie uchwał w sprawach dotyczących majątku Funduszu i inwestycji przekraczających zakres upoważnienia statutowego dla Prezesa Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu, a także podejmowanie uchwał w sprawach, przeznaczenia zysku netto lub pokrycia straty netto za dany rok obrotowy,
- kontrola prawidłowej realizacji planu finansowego Funduszu,

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

Rada Funduszu w 2019 roku obradowała na 13 posiedzeniach. Podjęła łącznie 37 uchwał.

Uchwały Rady Funduszu są dostępne na stronie www.nfz.gov.pl w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ. W trakcie odbytych w 2019 roku posiedzeń Rada Funduszu między innymi:

- uchwaliła: Plan Pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2019 r., kilka nowelizacji rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2019 r., w związku z wnioskami Prezesa Funduszu, rzeczowy plan wydatków inwestycyjnych NFZ na 2020 r.
- wyraziła opinie w sprawach: Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023, odwołania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, kandydata na stanowisko Zastępcy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw Medycznych, odwołania Zastępcy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw Operacyjnych, kandydata na Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, kandydata na stanowisko Zastępcy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw Operacyjnych, odwołania Zastępcy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw Służb Mundurowych, projektów zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2019 r., projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2020 r.
- przyjęła: okresowe sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2018 r. oraz I, II i III kwartał 2019 r., roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 r., sprawozdanie z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 r.,
- wyraziła zgodę na: zawarcie umowy o świadczenie asysty technicznej i konserwacji na oprogramowanie Oracle, zawarcie umów o świadczenie usług utrzymania Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ, zawarcie umowy najmu nieruchomości na potrzeby Opolskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, zawarcie umowy o świadczenie usług serwisowych dla macierzy HPE wraz z osprzętem w oddziałach wojewódzkich NFZ, zawarcie umowy o świadczenie usług infolinii Telefonicznej Informacji Pacjenta na rzecz Narodowego Funduszu Zdrowia, zamianę nieruchomości na potrzeby Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, przeniesienie na rzecz Skarbu Państwa własności nieruchomości Narodowego Funduszu Zdrowia położonej w Bydgoszczy przy ul. J. Słowackiego 3, zawarcie umowy na zakup subskrypcji i licencji na oprogramowanie Microsoft wraz z zapewnieniem wsparcia technicznego, aktualizacji i poprawek,

- dokonała: przeznaczenia zysku netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 r., powierzenia czynności związanych z udzieleniem zamówienia publicznego na badanie sprawozdań finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 2020 r., zatwierdzenia specyfikacji istotnych warunków zamówienia publicznego na badanie sprawozdań finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 2020 r., wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdań finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 r. i 2020 r.,
- dyskutowała m.in. na temat: prognozy przychodów i kosztów NFZ na kolejne trzy lata (2020-2022), dokonanych przez Prezesa NFZ zmian w rzeczowym planie wydatków inwestycyjnych NFZ na 2019 r., realizacji zadań inwestycyjnych zaplanowanych przez NFZ na 2018 r., projektu Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023,
- zapoznała się m.in. z informacją na temat: list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej, zakończonego badania sprawozdania finansowego NFZ za 2018 r., zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie psychiatrii dziecięcej, planowanej zmiany siedziby Centrali NFZ, podstawowej opieki zdrowotnej m.in. wynikami pilotażu programu „POZ plus”, badaniami diagnostycznymi w POZ oraz płacenia za wyniki w POZ, programu pilotażowego Koordynowanej Opieki nad Kobiętą w Cięży (KOC), programu pilotażowego Kompleksowej Opieki nad Pacjentem po Zawałe Serca (KOS- Zawał).

Rada Funduszu w oparciu o przepisy Regulaminu działania Rady Narodowego Funduszu Zdrowia może również powoływać Zespoły Problemowe zajmujące się szczegółową analizą określonych obszarów działalności Funduszu, jak również szeroko pojętą problematyką świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. W 2019 roku kontynuowały prace:

- Zespół Problemowy Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, powołany uchwałą Nr 9/2015/III z dnia 23 czerwca 2015 r. Prowadził on m.in. pogłębioną analizę dotyczącą funkcjonowania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w systemie ochrony zdrowia. Zajmował się również opracowywaniem rekomendacji dla Funduszu i Ministra Zdrowia, które miałyby wpłynąć na podejmowanie docelowych rozwiązań systemowych i perspektywę rozwoju działalności ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w systemie;
- Zespół Problemowy Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży, powołany uchwałą Nr 3/2016/III z dnia 29 kwietnia 2016 r. Prowadził on pogłębioną analizę w sprawie optymalizacji koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży, w oparciu o kryterium jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- Zespół Problemowy Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw mierników stopnia realizacji celów działalności NFZ powołany uchwałą Nr 6/2018/III z dnia 25 kwietnia 2018 r. Prowadził on pogłębioną analizę w sprawie opracowania bazy mierników stopnia realizacji celów działalności NFZ, stosowanych w szczególności do sporządzenia oraz kontroli realizacji planu pracy Funduszu. Wyniki jego prac były wykorzystane m.in. przy opracowaniu Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023, przedstawionej

w dniu 25 marca 2019 r. przez Prezesa NFZ i pozytywnie zaopiniowanej przez Radę uchwałą Nr 7/2019/III z 28 marca 2019 r.

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.

Rada oddziału wojewódzkiego 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.

VI.2. Stan zatrudnienia w centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu

Tabela nr VI.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 2018 r.	5 442,00	463,00	4 979,00	5 384,54	460,79	4 923,75
31 grudnia 2019 r.	5 586,00	1 017,00	4 569,00	5 521,34	999,19	4 522,15

W trakcie 2019 r. stan osobowy pracowników Funduszu w stosunku do roku 2018 zwiększył się o 144 osoby. Wzrost zatrudnienia wynikał w szczególności ze zmian organizacyjnych

wprowadzonych statutem, polegających na utworzeniu nowych komórek organizacyjnych, tj. Biura Profilaktyki Zdrowotnej i Departamentu Obsługi Pacjenta - w centrali Funduszu oraz Centrów Usług Wspólnych - w lubelskim i mazowieckim oddziale Funduszu. Na istotny przyrost liczby pracowników w centrali miało wpływ przejście pracowników zatrudnionych w oddziałach wojewódzkich w wydziałach właściwych do spraw kontroli, w związku z utworzeniem korpusu kontrolerskiego oraz konieczność wzmocnienia realizacji zadań NFZ z zakresu informatyzacji Funduszu.

Innymi przyczynami zwiększenia zatrudnienia w 2019 r. były: konieczność zawierania umów o pracę na zastępstwa za osoby przebywające na długotrwałych zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich, rodzicielskich i wychowawczych, zmiany organizacyjne oraz uzupełnienie niedoborów kadrowych.

Fluktuacja zatrudnienia

W Funduszu w trakcie 2019 r. rozwiązano umowy o pracę z pracownikami zatrudnionymi na łącznie 513,79 etatu, natomiast nawiązano umowy o pracę na łącznie 651,70 etatu. Roczny wskaźnik fluktuacji zatrudnienia dla NFZ ukształtował się na poziomie 11,97%.

Średnie miesięczne wynagrodzenie²¹

Średnie miesięczne wynagrodzenie w Funduszu na koniec okresu sprawozdawczego wyniosło 6 153,58 zł. Średnie miesięczne wynagrodzenie w Centrali wyniosło 8 695,05 zł, w oddziałach wojewódzkich NFZ – 5 733,71 zł. Podane kwoty zawierają wynagrodzenia Prezesa Funduszu, jego zastępców oraz dyrektorów oddziałów i ich zastępców.

VI.3. Działania z zakresu informatyzacji, w tym realizowane projekty

Stałym zadaniem Departamentu Informatyki Centrali NFZ jest utrzymanie w ruchu całego systemu informatycznego Funduszu, włączając w to nadzór nad systemami oddziałów wojewódzkich. 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. Poniżej przedstawiono te prace w postaci najważniejszych projektów i grup zadań.

²¹ Informacja sporządzona na podstawie ostatecznych danych do Sprawozdania Finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za okres 01.01 – 31.12.2019.

Systemy informatyczne

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

System do obsługi zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne

Podejmując prace wdrożeniowe w celu udostępnienia elektronicznego narzędzia do obsługi zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne (eZWM), Narodowy Fundusz Zdrowia przyjął założenia, że docelowy system ma umożliwić:

- wyeliminowanie konieczności wizyty pacjenta we właściwym OW NFZ, zgodnie z rejonizacją wynikającą z adresu zamieszkania pacjenta,
- oszczędność kosztów i czasu, przeznaczanych dotychczas na potwierdzanie uprawnień do zaopatrzenia w wyrób medyczny w OW NFZ, szczególnie istotną dla pacjentów mieszkających z dala od siedziby oddziału,
- uzyskanie potwierdzenia zlecenia w trakcie wizyty u lekarza, dzięki udostępnieniu przez NFZ usługi elektronicznego potwierdzania uprawnienia do zaopatrzenia we wskazany wyrób medyczny,
- korektę błędnie wystawionego zlecenia w trakcie wizyty po otrzymaniu zwrotnej informacji z systemu NFZ i wyeliminowanie błędów formalnych podczas wystawiania zlecenia.

Przygotowanie docelowego rozwiązania było poprzedzone szeregiem testów przeprowadzonych w terminach:

- od 10 do 12 kwietnia 2019 r. - w części dotyczącej wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne,
- od 24 do 26 kwietnia 2019 r. - w części dotyczącej realizacji zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz OW NFZ.

Testy zostały zakończone wynikiem pozytywnym.

W związku ze zmianą ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw, dodatkowe testy, zakończone także wynikiem pozytywnym, przeprowadzono w terminach:

- od 7 do 9 października 2019 r. - w części dotyczącej wystawiania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne,
- od 23 do 25 października 2019 r. - w części dotyczącej realizacji zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz OW NFZ.

Od 15 do 31 października 2019 r. zrealizowano pierwszy etap wdrożenia, w ramach którego udostępniony został system w części dotyczącej wystawiania zleceń dla wybranej grupy

świadczeniodawców na terenie Łódzkiego OW NFZ. Na tym etapie proces realizacji zleceń odbywał się poza systemem informatycznym NFZ. W kolejnym etapie, od 4 listopada do 31 grudnia 2019 r., system został uruchomiony w części dotyczącej wystawiania i realizacji zleceń dla wybranej grupy świadczeniodawców na terenie wszystkich OW NFZ.

Świadczeniodawcy w okresie pilotażowego wdrożenia mogli wystawiać i realizować zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne na zasadach określonych przepisami zmienianej ustawy z dnia 16 maja 2019 r. wyłącznie na podstawie podpisanego porozumienia z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Pełne produkcyjne uruchomienie rozwiązania informatycznego eZWM nastąpiło 1 stycznia 2020 r. Aplikacja udostępniona została pod adresem: <https://ezwm.nfz.gov.pl/ap-zz/>

Podpis kwalifikowany

W 2019 roku zakończone zostały prace mające na celu wdrożenie wykorzystania podpisu kwalifikowanego w procesie podpisywania umów oraz aneksów i ugód, zawieranych pomiędzy OW NFZ a świadczeniodawcami. Pod koniec 2019 roku funkcjonalność została wykorzystana przy zawieraniu umów i aneksów na rok 2020. Wprowadzenie elektronicznego podpisu po stronie NFZ jednocześnie zapewniło dowolność wyboru formy podpisywania dokumentów po stronie świadczeniodawcy – tradycyjnie lub z wykorzystaniem kwalifikowanego podpisu elektronicznego. NFZ będzie jednak zachęcał do przejścia całkowicie na formę elektroniczną, gdyż wpływa to na redukcję kosztów związanych z wydrukami dokumentów i ich przechowywaniem zarówno po stronie świadczeniodawców jak i NFZ.

Zbiornicze zestawienie recept

NFZ wprowadził zmiany w systemie informatycznym dające aptekom i punktom aptecznym możliwość przekazywania do OW NFZ uzgodnionego zestawienia zbiorczego recept lub korekty uzgodnionego zestawienia zbiorczego w formie elektronicznej. Każde e-zestawienie, aby mogło zostać przekazane do Oddziału NFZ, musi być podpisane elektronicznie podpisem kwalifikowanym lub przy użyciu platformy e-PUAP. Podpis składa kierownik apteki, a w sytuacji, gdy kierownikiem nie jest osoba reprezentująca podmiot prowadzący aptekę, wymagany jest również podpis osoby lub osób reprezentujących podmiot prowadzący aptekę. Udostępniona funkcjonalność daje możliwość składania wielu podpisów na jednym e-zestawieniu i przesyłania elektronicznie do OW NFZ w celu rozliczenia. Prace nad funkcjonalnością prowadzono w 2019 r. a wdrożenie zaplanowano na luty 2020 r.

Integracja interfejsów ZIP i IKP

W 2019 roku kontynuowano prace nad integracją Zintegrowanego Informatora Pacjenta (ZIP) z Internetowym Kontem pacjenta (IKP) realizowane na podstawie ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (SIOZ) (Dz.U.2018 poz. 1515).

Prace były prowadzone w ścisłej współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia. Na podstawie obowiązującego harmonogramu prac dotyczących integracji interfejsów pomiędzy ZIP – IKP zaimplementowano i uruchomiono usługi sieciowe umożliwiające udostępnienie oraz prezentację danych z Zintegrowanego Informatora Pacjenta w Internetowym Koncie Pacjenta w następujących obszarach:

- prezentacja danych dot. skierowań na leczenie uzdrowiskowe – wdrożono w marcu 2019,
- prezentacja danych dot. zleceń na wyroby medyczne – wdrożono w marcu 2019,
- zakładanie kont technicznych dla osób pełnoletnich – wdrożono w marcu 2019,
- zakładanie kont technicznych dla osób małoletnich – wdrożono w lipcu 2019,
- usługa udostępnienia pełnych danych do OW NFZ w ramach zgłaszania nadużyć - wdrożono w lipcu 2019,
- proces przekazywania danych dotyczących deklaracji POZ, które są prezentowane na portalu IKP – wdrożono w sierpniu 2019.

Internetowe Konto Pacjenta, które przy współpracy z NFZ powstało w ramach projektu Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych P1, jest dalej rozwijane i integrowane ze Zintegrowanym Informatorem Pacjenta. W związku z powyższym po stronie NFZ nie są podejmowane żadne prace, które miałyby na celu rozbudowę i zwiększenie funkcjonalności ZIP, a nie byłyby związane z rozwojem IKP.

Proces finansowania aktywowanych kont w IKP

W grudniu 2019 r. uruchomiono w oddziałach wojewódzkich NFZ funkcjonalność umożliwiającą finansowanie świadczeniodawców POZ, którzy aktywnie zachęcają świadczeniobiorców do aktywowania kont na portalu Internetowe Konto Pacjenta. Finansowanie odbywa się na podstawie danych otrzymywanych z CSIOZ.

KLP-ZIP - nadzór i monitoring przesyłanych danych ZIP z OW NFZ do Centrali NFZ

W związku z trwającym procesem integracji Zintegrowanego Informatora Pacjenta z Internetowym Kontem Pacjenta i coraz większą ilością zakładanych kont - w celu usprawnienia nadzoru oraz bieżącego monitorowania przesyłanych danych ZIP z OW NFZ do Centrali - w czerwcu 2019 r. udostępniona została nowa funkcjonalność w aplikacji KLP-ZIP. Pozwala ona pracownikom Funduszu na sprawdzenie, dla podanych identyfikatorów świadczeniobiorcy w systemach CSIOZ i NFZ, statusu przekazania danych, w podziale na obszary danych medycznych (świadczenia, recepty, zaopatrzenie medyczne, deklaracje POZ) i poszczególne Oddziały Wojewódzkie NFZ. W ramach aplikacji dla operatora OW NFZ udostępniono również funkcjonalność weryfikacji procesu synchronizacji danych pomiędzy systemami oddziałowymi a systemem ZIP dla określonego użytkownika – z możliwością wymuszenia synchronizacji. Aplikacja KLP-ZIP jest wewnętrznym centralnym systemem służącym do zarządzania repozytorium danych systemu ZIP.

Rejestr RAM 2

W październiku 2019 zostały rozpoczęte prace nad wdrożeniem repliki Rejestru Asystentów Medycznych w wersji drugiej. Po dokonanych ustaleniach z Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, dotyczących specyfikacji interfejsu integracyjnego oraz zakresu przekazywanych danych, wdrożenie rozwiązania produkcyjnego, po przeprowadzonych testach, zaplanowano na 2020 r. Docelowo będzie można te dane

wykorzystać w aktualnie realizowanych procesach NFZ m.in. do walidacji wykazywanych asystentów na e-receptach.

Rejestr CWPM

We współpracy z CSIOZ kontynuowano prace nad interfejsem sieciowym pomiędzy Elektroniczną Platformą Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1) a SI NFZ, w zakresie pobierania danych z rejestru Centralnego Wykazu Personelu Medycznego. Na podstawie poczynionych ustaleń i przygotowanej specyfikacji dotyczącej systemu P1 w zakresie CWPM, zaimplementowano ten rejestr jako replikę w obecnych strukturach centrali. W odniesieniu do tego rejestru dostosowano aplikację centralną Centralny Wykaz Personelu, udostępniając możliwość przeglądania i porównywania danych pomiędzy CWP a CWPM. Docelowo będzie można te dane wykorzystać w aktualnie realizowanych procesach m.in. do walidacji w trakcie rejestrowania przez świadczeniodawców danych personelu w zakresie poprawności podawanych numerów NPWZ (SZOI i Portal Świadczeniodawcy); w systemie eZWM (obsługa zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne); do walidacji danych już obecnie zarejestrowanych w systemach OW NFZ.

Projekt „Otwarte dane – dostęp, standard, edukacja”

W roku 2019 NFZ kontynuował realizację rozpoczętego w roku 2017 projektu pt.: „Otwarte dane – dostęp, standard, edukacja” w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa nr 2 „E-administracja i otwarty rząd”, Działanie nr 2.3 „Cyfrowa dostępność i użyteczność informacji sektora publicznego”, Poddziałanie nr 2.3.1 „Cyfrowe udostępnienie informacji sektora publicznego ze źródeł administracyjnych i zasobów nauki”, realizowanego w oparciu o podpisane Porozumienie pomiędzy Centrum Projektów Polska Cyfrowa, a Ministerstwem Cyfryzacji o dofinansowanie ww. projektu.

Projekt zakłada stworzenie systemowych rozwiązań poprawiających dostępność i jakość danych publicznych oraz zwiększających możliwości ich ponownego wykorzystywania poprzez rozbudowę i dostosowanie do potrzeb różnych grup odbiorców portalu danepubliczne.gov.pl, otwarcie rejestrów danych publicznych przez API, opracowanie oraz upowszechnienie standardów, szkolenia dla administracji i promocję otwartości danych.

Produkty powstałe w trakcie realizacji projektu, tworząc platformę pod obecne i nowe usługi udostępniania danych publicznych, będą mogły być wykorzystywane przez przedsiębiorców, naukowców, organizacje pozarządowe oraz obywateli z terytorium Polski, niezależnie od ich położenia geograficznego na terytorium kraju.

Projekt jest realizowany z udziałem Beneficjenta tj. Ministerstwa Cyfryzacji oraz Partnerów: Ministerstwa Finansów, Głównego Urzędu Statystycznego, Narodowego Funduszu Zdrowia.

W 2019 roku w NFZ podjęto szereg działań związanych z realizacją ww. Projektu, w tym w szczególności:

- udostępniono bazy danych poprzez API z następujących obszarów: Terminy Leczenia, Statystyki NFZ – Świadczenia, Statystyki NFZ – Refundacja Apteeczna, Statystyki NFZ – Leki w Programach Lekowych, Statystyki NFZ – Leki w Chemioterapii, Umowy;
- stworzono portal Informator o Terminach Leczenia zintegrowany z API;

- stworzono portal Statystyki NFZ zintegrowany z API Statystyki NFZ: Świadczenia, Refundacja Apteczna, Leki w Programach Lekowych, Leki w Chemioterapii
- udział w Hackathonie #Otwarte Dane
- podniesiono poziom wiedzy i kompetencji niezbędne do realizacji API poprzez samokształcenie i udział w szkoleniach.

System EESSI

Zakończone zostały prace nad koncepcją integracji systemów NFZ z unijnym systemem EESSI, pozwalającym na elektroniczną wymianę danych z obszaru koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego pomiędzy instytucjami wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej i krajów EFTA. Spośród około 100 procesów, tzw. BUC – Business Use Cases (opracowanych we współpracy z krajami członkowskimi), umożliwiających blisko 15 tysiącom instytucji wymianę danych niezbędnych dla realizacji zadań z obszaru koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w kompetencjach NFZ jest 45 procesów. W ramach wdrożenia wypracowanych rozwiązań przeprowadzono szereg testów weryfikujących wypracowane koncepcje integracji systemów NFZ z systemem EESSI oraz przygotowane rozwiązania obsługi procesów wymiany informacji.

W czerwcu 2019 r. NFZ rozpoczął wymianę elektroniczną dla 25 procesów (m.in. wniosek o leczenie planowane dla ubezpieczonych mieszkających za granicą - S_BUC_08, pomoc dla instytucji w odzyskiwaniu należności – R_BUC_07 czy określenie stawki zwrotu przysługującej za leczenie – S_BUC_06), które pod względem liczby wymienianych dokumentów są rzadziej wykorzystywane. Kolejnym etapem wdrożenia było uruchomienie we wrześniu wymiany elektronicznej dla 10 kluczowych procesów, pozwalających oddziałom wojewódzkim NFZ potwierdzać prawo do leczenia dla polskich ubezpieczonych przebywających lub mieszkających poza Polską, wnioskować o przesłanie dokumentów gwarantujących dostęp do leczenia w Polsce dla osób ubezpieczonych w innych państwach członkowskich UE/EFTA (np. dla członków rodziny osób pracujących za granicą) oraz unieważniać dokumenty uprawniające, jeśli zajdzie taka potrzeba. Ostatni i najbardziej skomplikowany etap wdrożenia rozpoczął się w grudniu 2019 r., w którym NFZ zgłosił gotowość do przyjęcia elektronicznych wniosków o zwrot kosztów. Jest to najbardziej skomplikowany proces, służący do prowadzenia rozliczeń pomiędzy instytucjami zabezpieczenia społecznego.

Całe przedsięwzięcie ma na celu wyeliminowanie obiegu setek tysięcy dokumentów papierowych i zastąpienie ich wymianą dokumentów elektronicznych, a przez to – ma ograniczyć koszty.

Dalsze prace nad rozwojem systemu EESSI oraz integracją z nim będą kontynuowane w ramach budowy nowego zintegrowanego systemu informatycznego NFZ.

Informacje o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia

Zapewnianie wszystkim pacjentom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej jest jednym z priorytetowych zadań Narodowego Funduszu Zdrowia. Nieustannie dążąc

do osiągnięcia coraz lepszych rezultatów NFZ udoskonalił narzędzia informatyczne umożliwiające rejestrowanie i monitorowanie kolejek oczekujących. Takim narzędziem jest aplikacja AP-KOLCE, która dotychczas służyła do rejestrowania pacjentów zapisywanych w kolejkach oczekujących, a obecnie jej działanie zostało rozszerzone o możliwość prowadzenia harmonogramów przyjęć pacjentów zgłaszających się w celu uzyskania świadczenia opieki zdrowotnej. W harmonogramie przewidziane zostały kategorie, do których przypisywani są pacjenci, dzięki czemu informacja o pacjentach oczekujących na udzielenie świadczenia jest bardziej przejrzysta. Wprowadzanie danych polega na zapisie osoby zgłaszającej się w placówce medycznej bezpośrednio w aplikacji lub w systemie świadczeniodawcy, który dzięki udostępnionym usługom sieciowym przesyła on-line wprowadzone dane do systemu udostępnionego przez NFZ.

Kategorie zapisu pacjenta są następujące:

- przyjęty na bieżąco – w przypadku świadczeniobiorcy, któremu udzielono świadczenia w dniu zgłoszenia,
- oczekujący – w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących,
- oczekujący objęty diagnostyką onkologiczną lub leczeniem onkologicznym na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego – w przypadku świadczeniobiorcy wpisywanego na listę oczekujących,
- posiadający prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej – ze wskazaniem podstawy tego prawa,
- kontynuujący leczenie,
- przyjęty w stanie nagłym.

Dopuszczona została możliwość zapisu pacjenta bez konieczności wpisywania adresu – dla pacjentów nie posiadających adresu zamieszkania. Aplikacja umożliwia również wprowadzenie rezerwacji terminu udzielenia świadczenia, wskazanego przez pacjenta, w przypadku gdy zaproponowany przez świadczeniodawcę pierwszy wolny termin jest dla pacjenta nieodpowiedni.

Zwiększony został zakres świadczeń i procedur medycznych, dla których świadczeniodawcy prowadzą harmonogramy przyjęć w aplikacji AP-KOLCE.

System Monitorowania Programów Lekowych (SMPT)

Prace związane z SMPT polegają przede wszystkim na dostosowaniu systemu do kolejnych obwieszczeń Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Na tej podstawie w 2019 roku przekazano do dostawcy oprogramowania 43 zgłoszenia obejmujące budowę lub modyfikację modułów SMPT dla programów lekowych, z czego 3 inicjowały budowę nowych rejestrów, a 32 zgłoszenia dotyczyły modyfikacji już istniejących rejestrów, w tym również dodania nowych substancji czynnych do programów lekowych. Pozostałe zgłoszenia dotyczyły uporządkowania funkcjonalności wspólnych dla wszystkich programów lekowych. W 2019 roku rozpoczęto również prace związane z przeniesieniem wszystkich

rejestrów do nowej technologii, tj. SMPT 2. Ma to na celu ujednoczenie funkcjonalności w poszczególnych rejestrach, co w późniejszym czasie pozwoli na wprowadzanie w nich zmian, przy mniejszym nakładzie pracochłonności.

System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki - SIMP

SIMP wspiera pracę świadczeniodawców w ramach realizacji trzech programów profilaktycznych: Programu profilaktyki raka szyjki macicy (cytologia), Programu profilaktyki raka piersi (mammografia), Programu Profilaktyki Chorób Układu Krążenia (CHUK).

W 2019 roku podjęto prace nad usprawnieniem funkcjonalności związanych z wymianą danych między systemami informatycznymi świadczeniodawców a Systemem Informatycznym Monitorowania Profilaktyki. Mechanizm generacji raportów do pliku excel, wykorzystywany przez realizatorów programów profilaktycznych, został rozszerzony o możliwość udostępniania danych w formacie xml, do dalszego wykorzystania w systemie świadczeniodawcy, co ułatwi dokonywanie analiz i docelowo może wpłynąć na zwiększenie liczby osób przebadanych.

Dla programu CHUK przygotowano nowy web service umożliwiający rejestrację pacjenta w programie oraz funkcjonalności umożliwiające przekazanie danych (karty badania profilaktycznego i wyników badań) z aplikacji gabinetowej świadczeniodawcy do SIMP w postaci plików XML. Specyfikacja protokołu komunikacji do nowego web service oraz dokumentacja komunikatów XML zostały opublikowane na stronie internetowej NFZ.

Wprowadzono funkcjonalność umożliwiającą świadczeniodawcy wygenerowanie listy kobiet, którym minął interwał i kwalifikują się do ponownego badania cytologicznego lub mammograficznego, spośród osób, które badały się u tego świadczeniodawcy wcześniej i które same powierzyły mu swoje dane osobowe. Generacja listy jest możliwa dla świadczeniodawców realizujących etap podstawowy programu profilaktyki raka szyjki macicy i programu profilaktyki raka piersi, jeden raz w miesiącu oddzielnie na badanie cytologiczne i oddzielnie na badanie mammograficzne. Istnieje możliwość wyboru formatu w jakim plik zostanie zapisany - xls lub xml. Przyporządkowanie pacjentki do danej listy świadczeniodawcy odbywa się wg daty ostatniego badania (kobieta w ramach danego programu może znaleźć się na liście tylko i wyłącznie u jednego świadczeniodawcy, u którego wcześniej się przebadła). Na wygenerowanej liście mogą znaleźć się tylko i wyłącznie kobiety pozytywnie zweryfikowane przez system eWUŚ w zakresie uprawnień do świadczeń, wg daty generacji listy.

Zintegrowany System Informatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia (ZSI NFZ)

W dniu 18 lutego 2019 r. zarządzeniem Prezesa Funduszu uruchomiony został formalnie Program Budowy ZSI NFZ. W dokumencie tym określono ogólne uzasadnienie biznesowe omawianego przedsięwzięcia jak również mianowano osoby w kluczowych rolach dla Programu tj. Właściciel Programu czy Dyrektor Programu.

W dniu 13 września 2019 r. zatwierdzone zostały inicjalne wersje założeń realizacji Programu odnoszące się do organizacji Programu jak i jego Ram Wytwarzania. Uruchomiony został również pierwszy projekt w ramach Programu „Feniks” Budowa ZSI NFZ – etap 1 –

podstawy”, którego celem jest przygotowanie organizacji do rozpoczęcia pełnej analityki i wytwarzania nowego systemu.

Do końca 2019 r. w ramach tego projektu dostarczono pierwsze produkty Programu tj. metodykę modelowania procesów w środowisku ARIS i wysokopoziomą architekturę biznesową (wraz z wizją organizacji po transformacji). Zgodnie z przyjętym harmonogramem kolejne produkty tego projektu zostaną dostarczone do końca 2020 r.

Ponadto w 2019 r. rozpoczęto prace nad kolejnymi projektami wchodzącymi w skład Programu, do których należy zaliczyć wytworzenie i wdrożenie Modułu Obsługi Procesu Kontroli i Sprawozdawczości (MOPSiK) oraz Systemu Wspomagającego Zarządzanie Zasobami (SWZZ). W trakcie realizacji Programu przeprowadzono dialogi techniczne związane z przyszłymi postępowaniami przetargowymi na analitykę i wytwarzanie nowego systemu oraz zbudowanie narzędzia centralnych zasobów słownikowych dla ZSI NFZ.”

Systemy informatyczne w zakresie kosztów zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4c ustawy, tj. tzw. dofinansowania informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz szkoleń w tym zakresie.

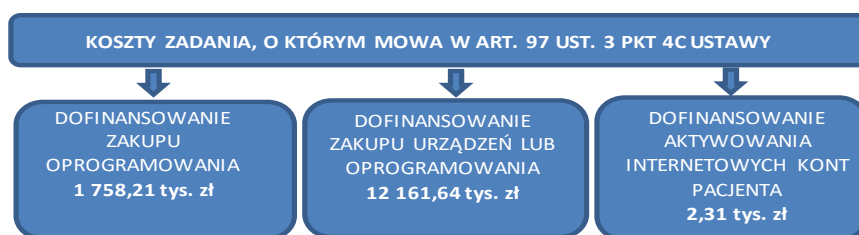


Tabela nr VI.1 .Koszty dofinansowania informatyzacji świadczeniodawców (w tys. zł).

Wyszczególnienie	Plan na 2019 r.	Wykonanie 2019 r.	Różnica (wyk.-plan)	% realizacji planu
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4=3-2</i>	<i>5=3/2</i>
Łączne koszty zadania, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 4c ustawy	40 000	13 922,16	-26 077,84	34,81%

Tabela nr VI.2. Finansowanie informatyzacji w podziale na OW NFZ (w tys. zł).

Oddziały wojewódzkie NFZ:	Dofinansowania zakupu oprogramowania świadczeniodawcy (zarządzenie Prezesa NFZ nr 55/2019/DEF, z dnia 31 maja 2019 r. z późn. zm.)	Dofinansowania zakupu urządzeń informatycznych lub oprogramowania świadczeniodawcy (zarządzenie Prezesa NFZ nr 127/2019/DEF, z dnia 26 września 2019 r. z późn. zm.)	Finansowanie aktywowania Internetowych Kont Pacjenta (zarządzeniu Prezesa NFZ nr 154/2019/DEF, z dnia 15 listopada 2019 r.)	Razem
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5=2+3+4</i>
Dolnośląski	80,72	798,84	0,00	879,56
Kujawsko-Pomorski	93,36	639,34	0,00	732,70
Lubelski	214,95	707,00	0,00	921,95

Oddziały wojewódzkie NFZ:	Dofinansowania zakupu oprogramowania świadczeniodawcy (zarządzenie Prezesa NFZ nr 55/2019/DEF, z dnia 31 maja 2019 r. z późn. zm.)	Dofinansowania zakupu urządzeń informatycznych lub oprogramowania świadczeniodawcy (zarządzenie Prezesa NFZ nr 127/2019/DEF, z dnia 26 września 2019 r. z późn. zm.)	Finansowanie aktywowania Internetowych Kont Pacjenta (zarządzeniu Prezesa NFZ nr 154/2019/DEF, z dnia 15 listopada 2019 r.)	Razem
1	2	3	4	5=2+3+4
Lubuski	33,72	386,58	0,00	420,30
Łódzki	118,58	957,23	0,00	1 075,81
Małopolski	177,62	1 004,59	2,06	1 184,27
Mazowiecki	197,66	1 623,34	0,25	1 821,25
Opolski	30,72	325,73	0,00	356,45
Podkarpacki	101,39	709,73	0,00	811,12
Podlaski	54,10	368,93	0,00	423,03
Pomorski	59,23	368,39	0,00	427,62
Śląski	253,38	1 627,65	0,00	1 881,03
Świętokrzyski	66,78	581,59	0,00	648,37
Warmińsko-Mazurski	59,62	400,26	0,00	459,88
Wielkopolski	118,44	1 029,03	0,00	1 147,47
Zachodniopomorski	97,94	633,41	0	731,35
Razem OW	1 758,21	12 161,64	2,31	13 922,16

VI.4. Infrastruktura

VI.4.1. Bezpośrednia obsługa w salach obsługi klientów (SOK)

Narodowy Fundusz Zdrowia wprowadził nowe rozwiązania wpływające na poprawę jakości obsługi klientów, zgodnie z założeniami przyjętymi w Strategii Funduszu na lata 2019-2023.

Jednym z priorytetów Narodowego Funduszu Zdrowia jest zadbanie o budowanie kompleksowego systemu obsługi, opartego na relacji z klientem. Wypracowanie standardów i dostosowanie do nich sal obsługi klientów w oddziałach wojewódzkich Funduszu oraz rozszerzenie zakresu usług świadczonych w salach obsługi klientów, to jedno z działań, do koordynowania których 1 czerwca 2019 r. powołany został Departament Obsługi Pacjenta.

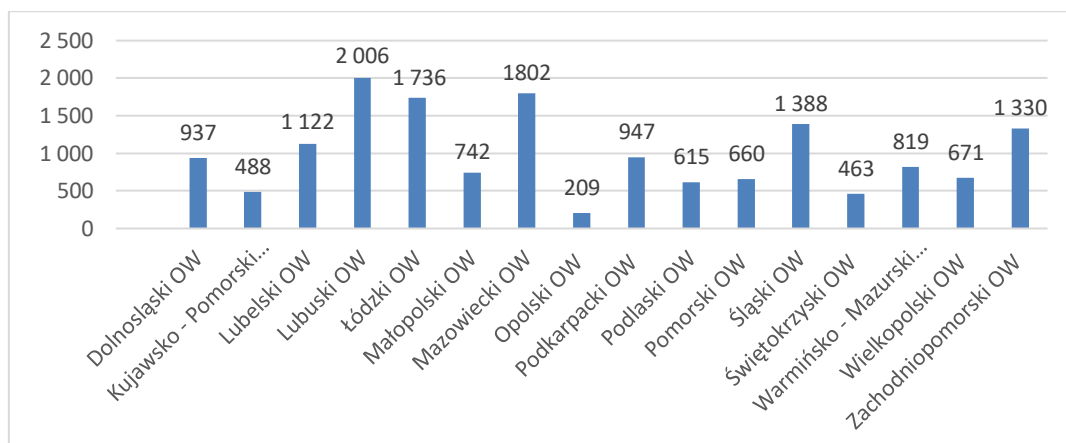
W kwietniu 2019 r. podjęto działania, mające na celu ujednoczenie i regulację form obsługi we wszystkich placówkach Funduszu. W 2019 r. w salach obsługi klientów Narodowego Funduszu Zdrowia realizowano m.in. następujące zadania:

- udzielanie informacji o uprawnieniach do świadczeń opieki zdrowotnej świadczeniobiorców z terenu działania oddziału wojewódzkiego Funduszu,

- udostępnianie świadczeniobiorcom informacji o udzielonych im świadczeniach opieki zdrowotnej i kosztach tych świadczeń, a także o posiadanym prawie do świadczeń,
- potwierdzanie profilu zaufanego,
- przyjmowanie wniosków i przekazywanie ich do właściwych komórek, udzielanie informacji ogólnych, w tym o możliwości załatwienia sprawy oraz o statusie sprawy,
- przyjmowanie skarg i wniosków i przekazywanie ich do rozpatrzenia do właściwej komórki,
- przyjmowanie wniosków w sprawie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym oraz ustalenia prawa do świadczeń,
- przyjmowanie wniosków związanych z dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym świadczeniobiorców, procedowanie ich i wydawanie gotowych umów,
- przyjmowanie wniosków o wydanie karty oraz certyfikatów tymczasowo zastępujących EKUZ w sprawach nie wymagających przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego,
- przyjmowanie wniosków w innych sprawach związanych z realizacją przepisów o koordynacji i opieką transgraniczną,
- przyjmowanie skierowań na leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację uzdrowiskową,
- przyjmowanie wniosków związanych z potwierdzaniem zleceń na wyroby medyczne,
- obsługa personelu medycznego, w zakresie udzielania informacji i nadawania uprawnień do Portalu Personelu, eWUŚ oraz profilu zaufanego,
- przyjmowanie i przekazywanie do innych komórek zgłoszeń świadczeniobiorców w zakresie nieprawidłowości ujawnionych na podstawie danych zamieszczonych w Internetowym Koncie Pacjenta (IKP),
- obsługa pilotażowego stanowiska profilaktyki w SOK (w wybranych oddziałach),
- promowanie Internetowego Konta Pacjenta oraz usług e-Zdrowia,
- udzielanie informacji z zakresu e-zwolnień lekarskich, e-recept, e-skierowania oraz elektronicznej dokumentacji medycznej,
- wsparcie klientów w zakresie funkcjonalności Internetowego Konta Pacjenta, w tym przeprowadzanie instruktażu z obsługi.

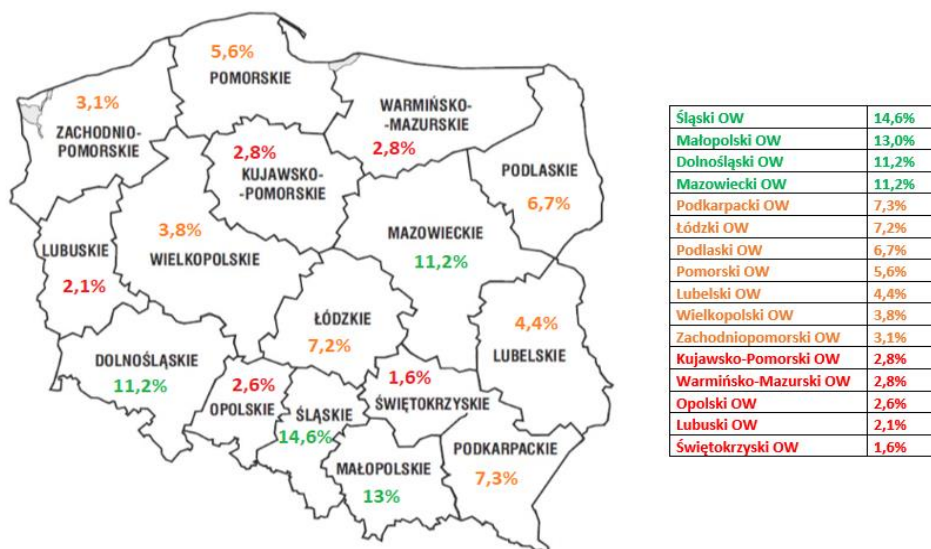
Pracownicy sal obsługi klientów w oddziałach wojewódzkich Funduszu obsłużyli w 2019 r. łącznie 4 776 923 klientów.

Wykres nr.VI.1. Liczba obsłużonych klientów w salach obsługi klientów w 2019 r. z podziałem na oddziały wojewódzkie Funduszu według stanu na 31.12.2019 r.



Największa liczba klientów została obsłużona w Śląskim OW NFZ. Najmniej obsłużonych osób odnotowano w Świętokrzyskim OW NFZ.

Wykres nr VI.2. Liczba klientów obsłużonych w salach obsługi klientów w oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2019 r. - ujęcie procentowe według stanu na 31.12.2019 r.



Celem zwiększenia dostępności usług i obsługi dla klientów w SOK w 2019 r. otworzone zostały trzy nowe miejsca obsługi: Kielce (Świętokrzyski WO NFZ), Giżycko (Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Funduszu), Tarnowskie Góry (Śląski OW NFZ). W 2019 r. działało łącznie 101 placówek NFZ.

Wykres nr VI.3. Liczba placówek obsługi klientów w oddziałach wojewódzkich Funduszu według stanu na 31.12.2019 r.

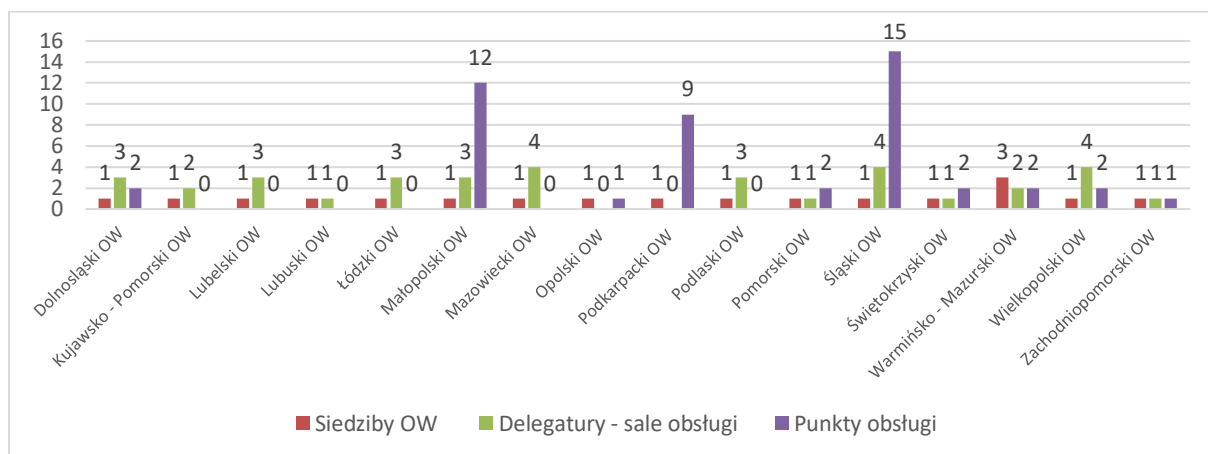


Tabela nr VI.3. Zestawienie liczby placówek obsługi w oddziałach wojewódzkich Funduszu według stanu na 31.12.2019 r.

Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba placówek w 2019 r.	Ogółem liczba ubezpieczonych	Średnia liczba osób przypadająca na jedną placówkę
Dolnośląski	6	2 517 730	419 622
Kujawsko - Pomorski	3	1 804 393	601 464
Lubelski	4	1 877 907	469 477
Lubuski	2	873 850	436 925
Łódzki	4	2 243 481	560 870
Małopolski	16	3 028 836	189 302
Mazowiecki	5	4 985 810	997 162
Opolski	2	810 260	405 130
Podkarpacki	10	1 837 651	183 765
Podlaski	4	1 018 310	254 578
Pomorski	4	2 026 532	506 633
Śląski	20	4 026 038	201 302
Świętokrzyski	4	1 086 974	271 744
Warmińsko - Mazurski	5	1 915 829	383 166
Wielkopolski	9	3 178 345	353 149
Zachodniopomorski	3	1 426 845	475 615

W związku z nierównomiernym rozmieszczeniem placówek NFZ, w których odbywa się bezpośrednia obsługa klientów, w II kwartale 2020 r. podjęto prace mające na celu opracowanie kompleksowej koncepcji sieci sal obsługi klientów z uwzględnieniem potrzeb społeczności lokalnych, liczby ubezpieczonych w danym województwie oraz standaryzacji obsługi i realizacji usług we wszystkich oddziałach wojewódzkich.

Dodatkowe usługi wprowadzone w 2019 r. w salach obsługi klienta:

System kierowania ruchem oraz rezerwacja wizyt online.

W większości oddziałów wojewódzkich Funduszu funkcjonuje system kierowania ruchem w postaci biletomatów oraz zainstalowane są ekrany elektroniczne wywołujące klientów do stanowiska. System kierowania ruchem umożliwił uporządkowanie i zoptymalizowanie czasu obsługi klientów. System kierowania ruchem pozwala na monitorowanie ruchu klientów oraz ma za zadanie dostosowywanie liczby stanowisk obsługi do aktualnej liczby klientów oczekujących na obsługę.

W 2019 r. w SOK zapoczątkowano internetową rezerwację wizyt. Pierwszymi czterema oddziałami, które zaoferowały klientom internetową rezerwację w salach obsługi klientów były: Lubuski, Lubelski, Małopolski oraz Zachodniopomorski Oddział Wojewódzki Funduszu.

Rozpoczęte działania w salach obsługi klientów w oddziałach wojewódzkich Funduszu w obszarze wprowadzenia biletomatów oraz możliwości internetowej rezerwacji wizyt, będą rozwijane w kolejnych latach.

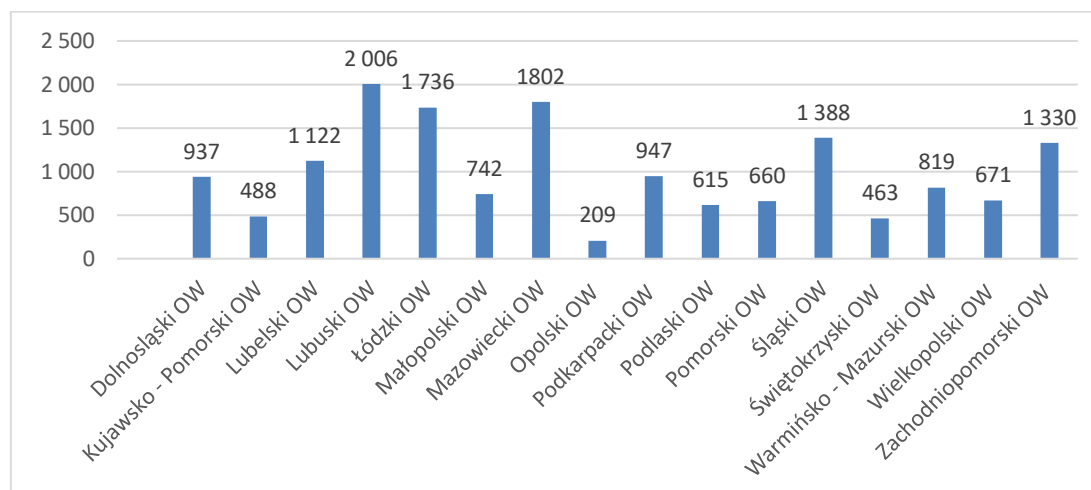
Stanowiska Profilaktyki i Promocji Zdrowia w oddziałach wojewódzkich Funduszu

W SOK w 2019 r. udostępniono usługi z zakresu promocji i profilaktyki zdrowia. Organizowane akcje profilaktyczne przyczyniły się do podniesienia świadomości prozdrowotnej społeczności oraz do lepszej kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia. W 2019 r. w salach obsługi klientów prowadzone były działania cykliczne, jak na przykład „Środa z Profilaktyką”, które miały za zadanie zwiększenie świadomości Polaków na temat czynników ryzyka zachorowania na wybrane choroby cywilizacyjne. Edukacja obejmowała profilaktykę chorób cywilizacyjnych, pierwszą pomoc przedmedyczną, postawy prozdrowotne, takie jak samobadanie piersi oraz współpracę z organizacjami pacjenckimi. Oddziały wojewódzkie Funduszu zrealizowały w 2019 r. działania profilaktyczne, organizowane, takie jak: porady dietetyczne dla dzieci i dorosłych z wydrukiem indywidualnie dopasowanej diety, porady w zakresie chorób jelit, profilaktyczne akcje edukacyjne o cukrzycy i raku piersi, pomiary ciśnienia krwi i poziomu cukru, kontrola masy i analiza składu ciała, opracowanie materiałów edukacyjnych na temat wykształcaniu nawyku mycia rąk, motywowania do rozstania się z paleniem, promowania wykonywania podstawowych badań profilaktycznych, działania na rzecz bezpieczeństwa w miejscach publicznych – rozdawanie klientom opasek odblaskowych.

Profil zaufany

Narodowy Fundusz Zdrowia otrzymał zgodę na pełnienie funkcji punktów potwierdzających Profil zaufany przez wszystkie oddziały wojewódzkie Funduszu. Łączna liczba potwierdzonych profili w 2019 r. przez oddziały wojewódzkie Funduszu wyniosła 15 935.

Wykres nr VI.4. Liczba potwierdzonych profili zaufanych w okresie 10.05.2019 r. – 31.12.2019 r.



Księga Jakości Obsługi Klientów Narodowego Funduszu Zdrowia (KJOK)

Realizując zapisy Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023, koncentrując się na optyce pacjenta, Fundusz przyjął Księgę Jakości Obsługi Klientów Narodowego Funduszu Zdrowia. Punktem wyjścia dla opracowania Księgi Jakości Obsługi Klientów Narodowego Funduszu Zdrowia były badania, z których wynikało, że większość Polaków źle oceniała funkcjonowanie Funduszu²². Do zmiany oceny działania instytucji w oczach pacjentów kluczowa jest satysfakcja z jakości obsługi, poziom wiedzy o możliwościach uzyskania wsparcia oraz sposób komunikacji z pracownikami Funduszu.

Wprowadzona do stosowania Księga Jakości uregulowała m.in. następujące kwestie:

- organizację obsługi: udogodnienia dotyczące osób niepełnosprawnych, udogodnienia dla matek z małymi dziećmi, kwestie lokalowe, umiejscowienie stanowisk pracy, ergonomia, układ sali obsługi klientów, kolory ścian, meble, wyposażenie stanowisk pracy, parkingi, w tym miejsca parkingowe dla osób niepełnosprawnych;
- strukturę i zadania: struktura organizacji obsługi klientów, etatyżacja i zadania pracowników, kierownictwo i nadzór nad pracownikami SOK, szkolenia dla pracowników, zasady rekrutacji, kluczowe wskaźniki, zasady współpracy z innymi komórkami;
- zasady obsługi klientów i procedur: standard obsługi klientów w Salach Obsługi Klientów, skrypty rozmów i wytyczne jak pracownicy powinni radzić sobie w sytuacjach trudnych, kodeks etyki pracowników, elementy dress codu.

Wprowadzenie KJOK w Narodowym Funduszu Zdrowia rozpoczęło przygotowanie Funduszu do realizacji postanowień i wytycznych Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych²³, ustawy o języku migowym i innych środkach komunikowania się z dnia 15 września 2017 r.,²⁴ oraz ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami z dnia 19 lipca

²² Oceny działalności instytucji publicznych, Komunikat z badań Nr 121/2018, CBOS, s.13.

²³ Dz.U. z 2018 r. poz. 1217

²⁴ Dz.U. z 2017 r. poz. 1824

2019 r.²⁵ Po upływie roku od przyjęcia KJOK nastąpi ewaluacja stopnia dostosowania placówek do standardów. Ocena ta będzie obejmowała wyniki badań satysfakcji klientów z obsługi w placówkach Funduszu. Wyniki ewaluacji i badań satysfakcji staną się podstawą do zidentyfikowania możliwości wdrożenia kolejnych działań optymalizujących obsługę przez Fundusz, uregulowanych w nowej edycji Księgi.

VI.5. Projekty unijne realizowane przez Fundusz

VI.5.1. Projekt POZ PLUS (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”. Termin realizacji: 31.12.2021 r. Celem projektu jest pilotażowe wdrożenie modelu opieki koordynowanej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, tzw. modelu POZ PLUS, co wpłynie na zwiększenie efektywności systemu opieki zdrowotnej na poziomie POZ oraz poprawę jakości opieki zdrowotnej w wyniku polepszenia systemu organizacji świadczeń. Nowy model organizacji świadczeń POZ PLUS to strategia zogniskowana na pacjenta i zmieniająca system realizacji świadczeń oparty w dużej mierze na opiece stacjonarnej w model o większej elastyczności wykorzystując instrumenty profilaktyki w odpowiedzi na rosnący popyt i współczesne wyzwania w sektorze zdrowia.

Cele szczegółowe projektu POZ PLUS to: poprawa obsługi pacjentów przez świadczeniodawców, zwiększenie oferty opieki kompleksowej nad pacjentem, zwiększenie zakresu programów profilaktycznych, 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.

W 2019 roku zrealizowano przedłużono okres realizacji projektu do 31 grudnia 2021 r., a tym samym okres realizacji pilotażu do 30 czerwca 2021 r. Zawarto aneksy z realizatorami POZ PLUS przedłużające świadczenia opieki zdrowotnej w opiece koordynowanej. Jednocześnie aktualizowano na bieżąco zarządzenia Prezesa NFZ, dostosowując do dynamiki realizacji projektu POZ PLUS i potrzeb wygenerowanych podczas realizacji projektu.

W 2019 roku wprowadzono dwie zmiany w realizacji pilotażu opieki koordynowanej POZ PLUS. Zmiany zostały wprowadzone zarządzeniami Prezesa NFZ Nr 61/2019/DAIS z dn. 10.06.2019 r. oraz nr 130/2019/DAiS z dn. 01.10.2019 r. Najistotniejsze zmiany dotyczyły następujących spraw:

²⁵ Dz.U. z 2019 r. poz. 1696

- wydłużono okres realizacji umów ze świadczeniodawcami o półtora roku, tj. do 30 czerwca 2021 r.;
- poszerzono zakres zadań realizowanych przez koordynatorów polegających na zachęcaniu i wspieraniu pacjentów w uzyskaniu dostępu do Internetowego Konta Pacjenta (IKP); Jednocześnie umożliwiono realizatorom projektu zwiększenie zatrudnienia koordynatorów o 0,25 etatu w związku z poszerzonym zakresem zadań;
- w ramach grantu technologicznego wydzielono część środków na dostosowanie systemów informatycznych i uruchomienie usług integracyjnych z Elektroniczną Platformą Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych;
- wprowadzono okresowe kontrole poziomu wykorzystania środków finansowych przeznaczonych na realizację programu pilotażowego w poszczególnych umowach. Wyniki tych kontroli stanowią podstawę dokonania zmian w umowach;
- wprowadzono zmiany w katalogu świadczeń w programie zarządzania chorobą wprowadzając m.in. postulowane przez realizatorów pilotażu nowe świadczenia: porada edukacyjna grupowa, konsultacja specjalistyczna ortopedyczna w wariantach: specjalista – lekarz poz, lekarz poz-pacjent, telemedyczna specjalista – lekarz poz;
- zwiększono wycenę świadczeń w katalogu świadczeń w programie zarządzania chorobą w związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń (badania wysokospecjalistyczne, fizjoterapia).

Przeprowadzono dialog techniczny oraz opracowano koncepcję platformy POZ PLUS, będącej narzędziem współpracy płatnika ze świadczeniodawcą oraz modułem dla pacjentów POZ PLUS, która ma wspierać pacjenta w pilotażu, a informacje mają być dostępne w IKP.

Opracowano i opublikowano szkolenia edukacyjnego dla personelu świadczeniodawców (edukatorów, pielęgniarek) z zakresu "ABC promocji zdrowia" - wsparcie procesu leczenia i profilaktyki poprzez różnego rodzaju działania aktywizacyjne pacjentów w wieku 20-65 lat, w tym gra planszowa pn. „Zdrowie pod twoją kontrolą” (<https://akademia.nfz.gov.pl/szkolenia-e-learningowe/>). Opracowano i opublikowano filmy instruktażowe (<https://www.youtube.com/channel/UC9Jc30vlzRL367GWhD9erVA>):

- dla lekarzy rodzinnych - ocena palpacyjna dla potrzeb realizacji rekomendacji fizjoterapii w POZ,
- dla pacjentów - automasaż wybranych mięśni i powięzi, prostych zabiegów z fizykoterapii oraz ćwiczeń dla pacjentów cierpiących na zespoły bólowe kręgosłupa.

Rozpoczęto realizację badań ankietowych w ramach I tury badań typu PROM²⁶, PREM²⁷ i PAM²⁸.

²⁶ PROM z ang. patient reported outcomemeasure.

²⁷ PREM z ang. patient reported experiencemeasure.

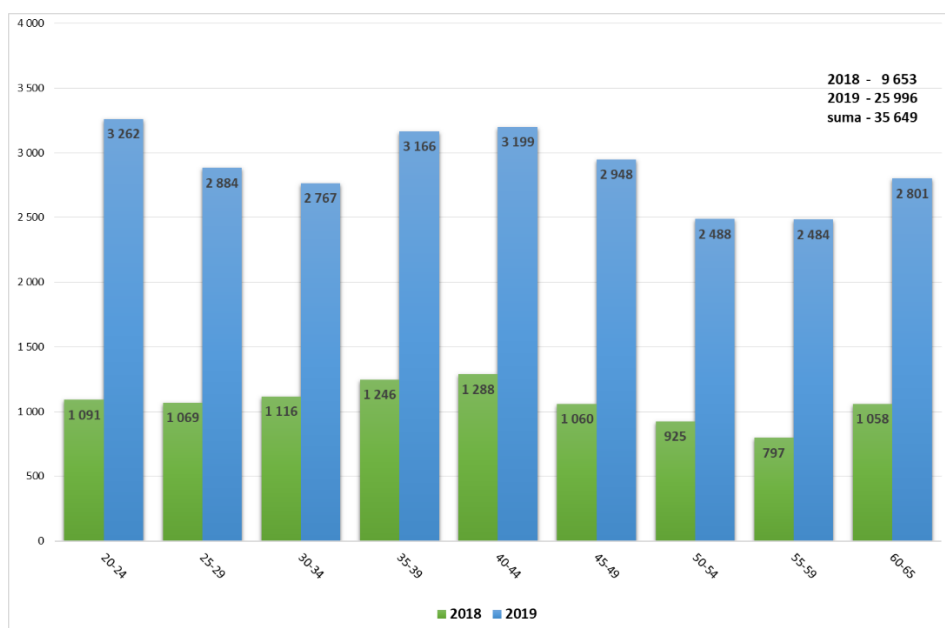
²⁸ PAM jako HL z ang. patient activationmeasure, health literacy.

Realizacja pilotażu

W ramach pilotażowego wdrażania modelu opieki koordynowanej w poz realizowane są dwa innowacyjne produkty: profilaktyczne świadczenia bilansowe oraz program zarządzania chorobą przewlekłą.

Łącznie od początku trwania pilotażu do końca 2019 roku wykonano 35 649 badań bilansowych, w tym: w 2018 roku – 9 653, w 2019 roku - 25 996. Oznacza to również, że 21% populacji, do której został skierowany ten produkt została przebadana w ciągu 1,5 roku trwania pilotażu. W założeniach testowanego modelu wskazano, że wskaźnik 50% przebadanej populacji powinno się osiągnąć w ciągu 5 lat. Przyrost wykonanych badań w 2019 roku był 2,7 krotny w stosunku do 2018 roku.

Wykres nr VI.5. Liczba wykonanych badań bilansowych w latach 2018-2019 w podziale na grupy wiekowe.



Istotą programu zarządzania chorobą jest prowadzenie przez świadczeniodawcę aktywnej opieki nad pacjentem z chorobą przewlekłą, gdzie działania zespołu profesjonalistów medycznych skoncentrowane są na rzeczywistych potrzebach zdrowotnych pacjentów objętych opieką lekarza poz oraz ich realizację w sposób kompleksowy, planowany, ciągły i zintegrowany. Do programu zarządzania chorobą przewlekłą, wg stanu na koniec 2019 roku, zostało włączonych 23 920 pacjentów, w tym: w 2018 roku – 8 027 pacjentów, w 2019 roku - 15 893 pacjentów. Najwięcej pacjentów zostało włączonych do zarządzania schorzeniami: nadciśnienie tętnicze – 46% oraz zespoły bólowe kręgosłupa – 37%.

W ramach wdrożonych w pilotażu poszerzonych kompetencji lekarze poz uzyskali dostęp do konsultacji specjalistycznych dla pacjentów włączonych do programu zarządzania chorobą przewlekłą. Lekarz poz uzyskał możliwość skierowania pacjenta do specjalisty, bądź omówić przypadek bezpośrednio z jednym z lekarzy specjalistów z pięciu dziedzin: kardiologiem, diabetologiem, endokrynologiem, pulmonologiem, lekarzem rehabilitacji medycznej.

W trakcie trwania pilotażu udzielono 22 576 konsultacji, w tym: w roku 2018 – 2 992 i w roku 2019 – 19 584. Większość konsultacji - 91% - stanowią wizyty, na których pacjent ma bezpośredni kontakt ze specjalistą (konsultacja lekarz specjalista – pacjent). Tylko 9%

konsultacji stanowią konsultacje na których lekarz poz i lekarz specjalista (również w trybie tele-konsultacji) wspólnie omawiają przypadek pacjenta i ustalają proces postępowania terapeutycznego.

Pacjenci włączeni do zarządzania chorobą przewlekłą w zakresie reumatologii i neurologii mogli skorzystać z konsultacji fizjoterapeutycznych oraz zabiegów fizjoterapeutycznych. Łącznie w okresie 1,5 roku realizacji pilotażu udzielono 4 072 konsultacji fizjoterapeutycznych.

VI.5.2. Projekt SCIROCCO EXCHANGE

Projekt Scirocco Exchange, realizowany od 1 stycznia 2019 r., w ramach 3. programu działań w dziedzinie zdrowia opiera się na projekcie SCIROCCO, który doprowadził do opracowania internetowego narzędzia samooceny zintegrowanej opieki, a także prac grupy B3 działającej w ramach europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu.

Celem projektu SCIROCCO Exchange jest wspieranie regionów, głównie władz zajmujących się opieką zdrowotną i społeczną, mających na celu przyjęcie i zintensyfikowanie zintegrowanej opieki. Cel ten zostanie zrealizowany poprzez ułatwienie im dostępu do opartych na dowodach aktywów w zakresie zintegrowanej opieki, a także poprzez zachęcanie do zindywidualizowanego transferu wiedzy i planowania usprawnień w tym obszarze.

Wyniki tego projektu powinny pomóc krajowym i regionalnym władzom medycznym w zbudowaniu niezbędnej zdolności do reformowania systemów opieki zdrowotnej i społecznej oraz zwiększenia skali integracji opieki. Organy odpowiedzialne za opiekę powinny być w stanie wykazać się wiedzą i doświadczeniem w zakresie projektowania, wdrażania i oceny zintegrowanej opieki, w tym mobilizacji inwestycji i zasobów. Wyniki przyczynią się również do zwiększenia zdolności organów odpowiedzialnych za opiekę do poszukiwania spersonalizowanego wsparcia i pomocy.

W ramach projektu Scirocco w 2019 roku zrealizowano m.in. następujące zadania:

- przeprowadzono 93 wywiady telefoniczne - badanie ankietowe w 41 placówkach medycznych POZ PLUS wg narzędzia Scirocco v.1,
- przetestowano narzędzie internetowe do samooceny gotowości jednostek ochrony zdrowia do opieki koordynowanej wg Scirocco Exchange v.2,
- wprowadzono wyniki ankiet do narzędzia Scirocco Exchange w języku angielskim,
- opracowano raport dotyczący oceny gotowości jednostek POZ PLUS do wprowadzenia opieki koordynowanej w 12 badanych obszarach działalności,
- zakończono prace koncepcyjne nad zdefiniowaniem zakresu Centrum Zarządzania Wiedzą (KMH-Knowledge Management Hub) oraz modułu transferu wiedzy w zakresie 12 analizowanych obszarów.

VI.6. Działania edukacyjne i informacyjne

VI.6.1. Zdrowe Dane

Celem projektu zdrowedane.nfz.gov.pl było uruchomienie strony internetowej dedykowanej udostępnianiu informacji w postaci zestawień, analiz, infografik, raportów było udostępnienie interesariuszom systemu ochrony zdrowia informacji będących w zasobach NFZ w możliwie intuicyjny, przejrzysty i usystematyzowany sposób. Rezultatami projektu są: portal zdrowedane.nfz.gov.pl będący platformą przekazu danych będących w zasobach NFZ w przystępnej formie oraz szereg raportów, w tym seria „NFZ o zdrowiu”.

Korzyści płynące z projektu to przede wszystkim budowanie wizerunku NFZ jako eksperta w dziedzinie analizy danych i prowadzenia polityki w oparciu o dane, skoordynowanie inicjatyw w zakresie analizy danych, w tym w szczególności przekształcanie inicjatyw (analiz) powstających na poziomie oddziałów wojewódzkich na cały kraj, budowanie świadomości wśród organizacji, pacjentów i pozostałych interesariuszy o systemie ochrony zdrowia, w szczególności o wykorzystaniu ograniczonych zasobów oraz udostępnienie pewnych zasobów, które są obecnie opracowywane jedynie przez prywatne firmy analityczne, szerszemu gremium odbiorców, w tym środowisku akademickiemu i organizacjom pacjentów.

Do tej pory na portalu zdrowedane.nfz.gov.pl opublikowano 24 raporty w tym:

- raporty cykliczne dot. działalności POZ oraz Leczenia Szpitalnego (w zakresie Jednorodnych Grup Pacjentów),
- raporty z serii NFZ o zdrowiu o: nadciśnieniu tętniczym, udarze niedokrwiennym mózgu, cukrzycy, osteoporozie,
- raporty okolicznościowe o spożyciu cukru i jego konsekwencjach w szczególności przez pryzmat wydatków płatnika publicznego oraz o szpiczaku plazmocytowym w kontekście oceny jakości informacyjnej rejestru kontraktowego
- raporty monitorujące w zakresie leczenia chirurgicznego nowotworów oraz okulistyki dot. zmian w zarządzeniach Prezesa NFZ dotyczących tych obszarów

VI.6.2. Telefoniczna Informacja Pacjenta (TIP)

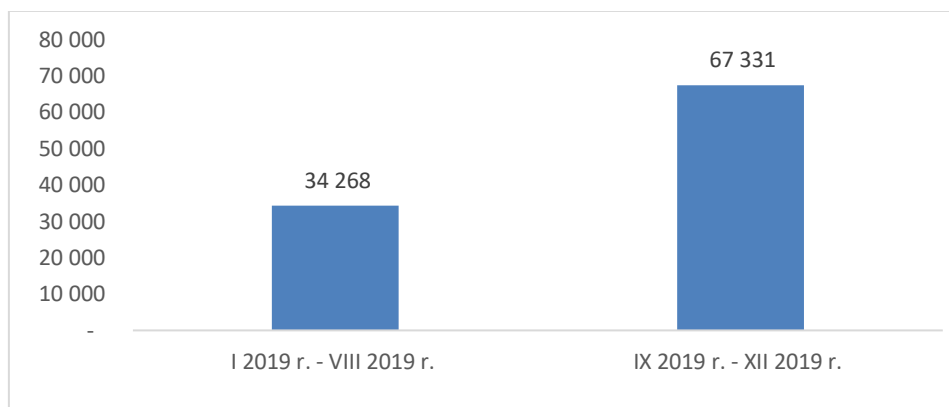
Od stycznia 2019 r. do sierpnia 2019 r. Telefoniczna Informacja Pacjenta działała w systemie mieszanym. Połączenia obsługiwane były przez pracowników oddziałów wojewódzkich Funduszu lub przez konsultantów firm zewnętrznych w ramach outsourcingu. Średnia miesięczna liczba odebranych połączeń w okresie od stycznia do sierpnia 2019 r. wynosiła ponad 330 tysięcy. 15 lipca 2019 r. została utworzona infolinia o dostępności leków. Konsultanci Funduszu udzielali informacji o dostępności leków w aptekach (w okresie lipiec-sierpień odebrano łącznie 672 połączenia). Aby ułatwić dostęp do informacji pacjentom, Fundusz rozpoczął prace nad zapewnieniem całodobowej Telefonicznej Informacji Pacjenta. Podstawą tych działań były zapisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach. W kwietniu 2019 opublikowane zostało zamówienie publiczne, którego przedmiotem było świadczenie usług infolinii Telefonicznej Informacji Pacjenta na rzecz Narodowego Funduszu

Zdrowia. W połowie czerwca wyłoniono wykonawcę, z którym podpisano umowę na świadczenie usługi Telefonicznej Informacji Pacjenta przez okres 24 miesięcy.

Dnia 2 września 2019 r. uruchomiono bezpłatną, całodobową Telefoniczną Informację Pacjenta. 800 190 590 to jeden wspólny numer telefonu do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta. Jeden numer w całym kraju zastąpił kilkanaście numerów funkcjonujących do tej pory w oddziałach wojewódzkich Funduszu. TIP zapewniła szybką, kompleksową i przejrzystą informację o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Telefoniczną Informacją Pacjenta zarządza Departament Obsługi Pacjenta, który na bieżąco monitoruje potrzeby pacjentów oraz jakość udzielanych informacji.

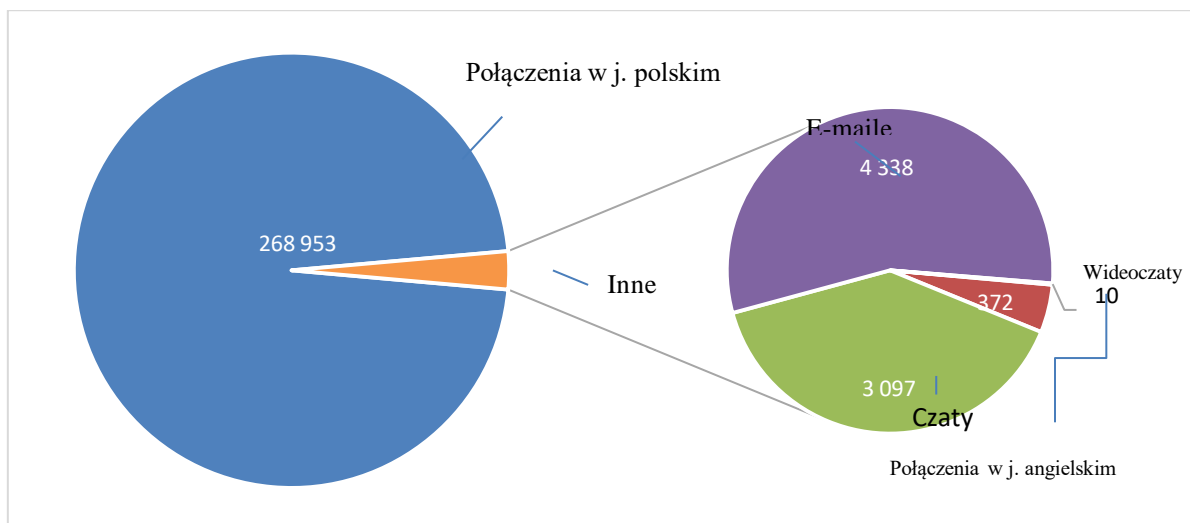
Z uwagi na konieczność zachowania ciągłości i bezpieczeństwa funkcjonowania infolinii konsultanci Telefonicznej Informacji Pacjenta rozmieszczeni zostali w trzech lokalizacjach: Wrocławiu, Tarnowie, Rzeszowie. W okresie od 2 września do 31 grudnia 2019 r. odebranych zostało 269 325 połączeń. Czas oczekiwania na połączenie z konsultantem Telefonicznej Informacji Pacjenta wynosił średnio 15 sekund, a odbieralność połączeń osiągnęła 97%. Miesięcznie odebranych zostało 67 331 połączeń od pacjentów (dla porównania, przed 2 września 2019 r. czas oczekiwania na połączenie wynosił średnio 15 minut, a odbieralność połączeń wynosiła około 35%).

Wykres nr VI.7. Porównanie średniej miesięcznej liczby połączeń w okresie od I-VIII 2019 r. oraz IX-XII 2019 r.



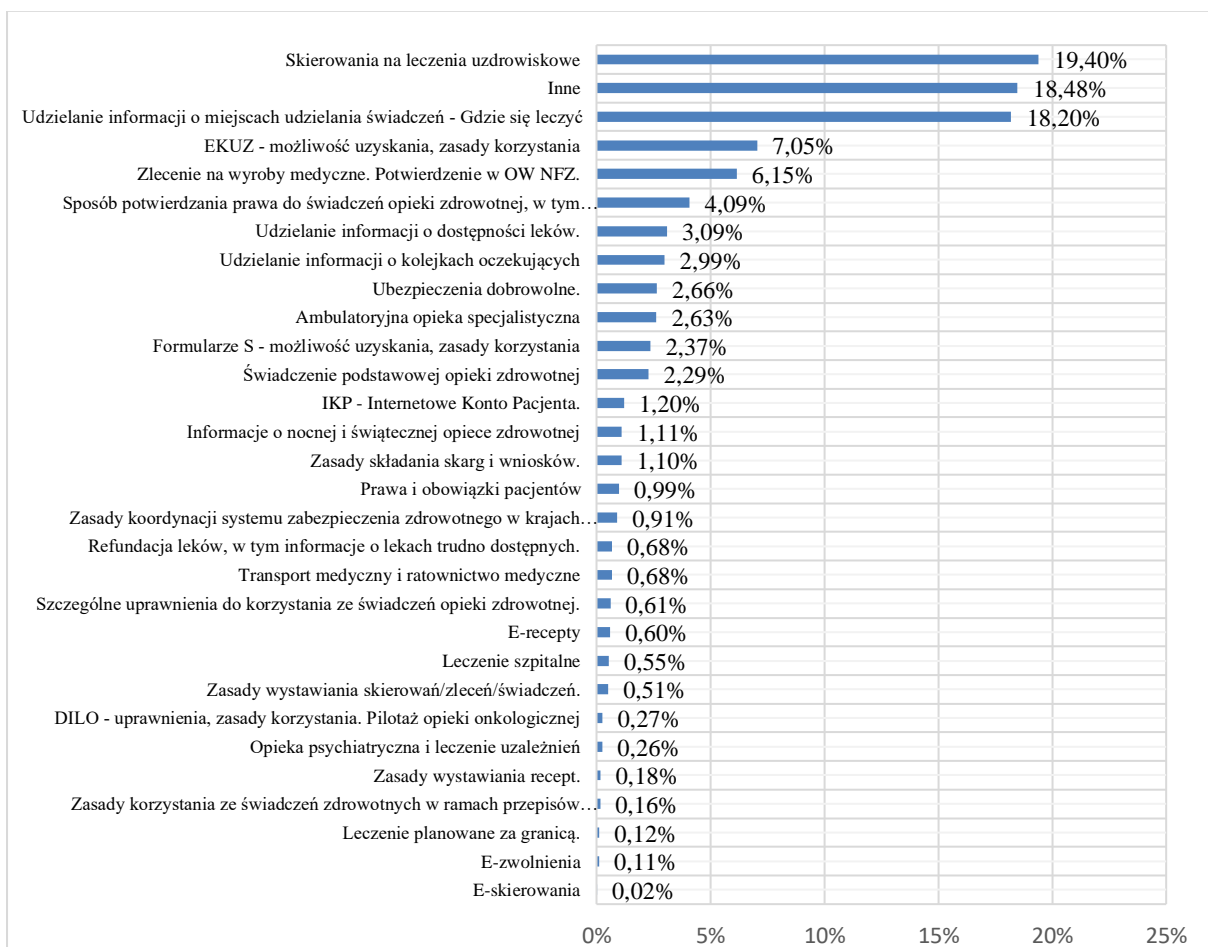
Po uruchomieniu Telefonicznej Informacji Pacjenta odbieralność połączeń zdecydowanie wzrosła, co wiąże się z zainteresowaniem pacjentów taką formą komunikowania się z Funduszem. Telefoniczna Informacja Pacjenta działa całą dobę przez siedem dni w tygodniu. Konsultanci udzielają informacji również w języku angielskim. Telefoniczna Informacja Pacjenta, oprócz tradycyjnej formy kontaktu jaką jest telefon, daje również pacjentom możliwość skorzystania z e-maila, czatu oraz wideo czatu z udziałem tłumacza migowego.

Wykres nr VI.8. Rodzaj interakcji Telefonicznej Informacji Pacjenta według stanu na 31.12.2019 r.



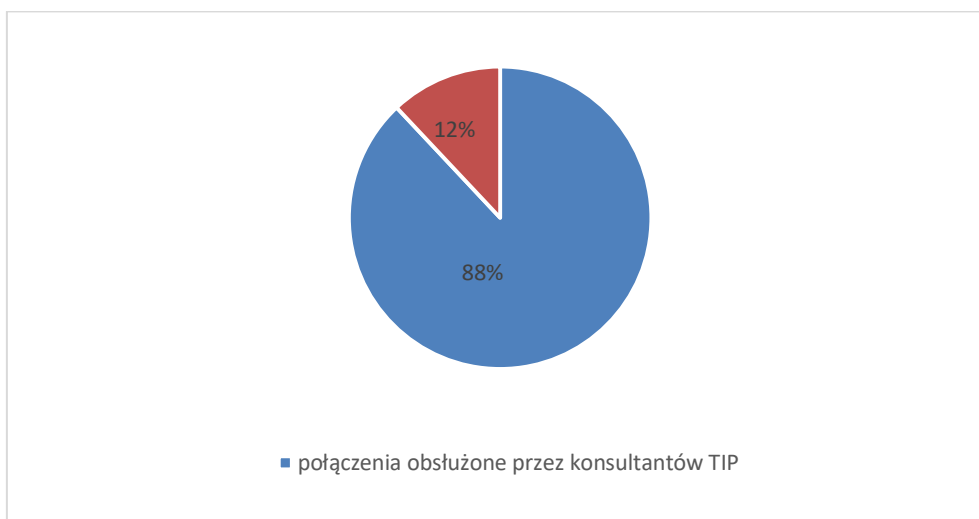
Najczęściej pojawiającymi się pytaniami na Telefonicznej Informacji Pacjenta w 2019 r. były: skierowanie na leczenia uzdrowiskowe, weryfikacja statusu ubezpieczenia, sprawy techniczne świadczeniodawców, sprawy niepasujące do zdefiniowanych tematów, gdzie się leczyć, EKUZ, zlecenia na wyroby medyczne, potwierdzanie prawa do świadczeń, dostępność leków, kolejki oczekujących, ubezpieczenie dobrowolne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

Wykres nr VI.9. Zagadnienia, którymi zainteresowani byli klienci TIP - udział w okresie 2.09 - 31.12.2019 r.



Przed rozpoczęciem pracy każdy kandydat na konsultanta został przeszkolony z zakresu informacyjnego Telefonicznej Informacji Pacjenta. Kompleksowe szkolenia kończyły się egzaminem. Dodatkowym wsparciem dla konsultantów Telefonicznej Informacji Pacjenta była II linia wsparcia, którą stanowili pracownicy oddziałów wojewódzkich Funduszu. Zgodnie z danymi przekazanymi przez oddziały wojewódzkie Funduszu, w okresie od 2 września do 31 grudnia 2019 r., konsultanci TIP przekierowali 32 270 połączeń do II linii wsparcia.

Wykres nr VI.10. Procentowy udział połączeń odebranych przez konsultantów Telefonicznej Informacji Pacjenta oraz połączeń przekierowanych do II linii wsparcia w okresie 2.09.2019 r. - 31.12.2019 r.



VI.6.3. Upraszczenie języka w komunikacji Narodowego Funduszu Zdrowia

Strategia Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 wskazała poprawę komunikacji jako jeden z priorytetów rozwoju. W 2019 r. powstał plan działań na rzecz upraszczania komunikacji w Funduszu, a jego realizacja zaplanowana została na 2020 r. Zgodnie z planem, upraszczane będą dokumenty wychodzące z Funduszu. Głównie te, które są kierowane do pacjentów, jak również do innych instytucji oraz w ramach komunikacji wewnętrznej. Narodowy Fundusz Zdrowia zadeklarował upraszczenie swojej komunikacji podczas II Forum Prostego Języka „Prosto i kropka” w Ministerstwie Inwestycji i Rozwoju.

W IV kwartale 2019 r., w Centrali NFZ powstał zespół, którego głównym zadaniem jest poprawa komunikacji z pacjentami i wdrażanie zasad prostego języka w Funduszu. W 2019 r. zespół realizował między innymi: badania trudności językowej tekstów Funduszu jako podstawy zmiany komunikacji wraz ze zleceniem ekspertom/językoznawcom badań trudności tekstów wychodzących z instytucji; działania edukacyjne pracowników, w tym: szkolenia pracowników z zasad prostego języka i warsztaty upraszczania dokumentów, przeprowadzanie spotkań edukacyjnych dla kadry kierowniczej, opracowywanie materiałów edukacyjnych (ulotki, publikacje, poradniki, cykle edukacyjne), przygotowanie kampanii edukacyjnych publikowanych w Intranecie i Newsletterze, powołanie korpusu oficerów językowych; uproszczenia komunikatów na stronach nfz.gov.pl i pacjent.gov.pl, pism, e-maili, procedur, raportów i innych dokumentów pisanych.

W 2019 r. zespół podjął działania edukacyjne wśród pracowników Funduszu. Opierały się one na cyklicznej publikacji komunikatów na temat tworzenia prostych tekstów, poprawności językowej oraz zasad komunikacji i kontaktów z pacjentami. Materiały były publikowane za pomocą dostępnych narzędzi komunikacji wewnętrznej, w Newsletterze i w Intranecie. Działalność edukacyjna będzie kontynuowana w 2020 r.

VI.6.4. Forum Organizacji Pacjentów

Z inicjatywy Funduszu, w październiku 2019 r. powstało Forum Organizacji Pacjentów. Celem Forum było nawiązanie dialogu między Funduszem i organizacjami pacjenckimi oraz wypracowanie zasad wieloletniej współpracy przy realizacji uzgodnionych projektów. Aktywna współpraca z tymi organizacjami pomoże Funduszowi lepiej poznać potrzeby pacjentów i ich rodzin, zrozumieć sytuację, w jakiej znajdują się osoby dotknięte chorobami i niepełnosprawnością oraz wyjść naprzeciw ich oczekiwaniom. Tym samym, Fundusz zdobywa większe grono odbiorców informacji na temat profilaktyki i promocji zdrowia oraz ułatwia pacjentom poruszanie się po systemie opieki zdrowotnej. W inauguracyjnym spotkaniu Forum Organizacji Pacjentów, 4 października 2019 r., wzięło udział 41 organizacji pacjenckich: Stowarzyszenie Lwie Serca, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie Hematoonkologiczni, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimera, Fundacja Życie z migreną, Fundacja Planuj Zdrowie, Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, Fundacja Dobre Serce, Fundacja NU-med, Fundacja Pomocy Dzieciom, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce, Fundacja SM walcz o siebie, Fundacja Osób Chorych na Otyłość OD-WAGA, Fundacja Alivia, MATIO Fundacja Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscydozę, Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę Alergie i POCHP, Fundacja StwardnienieRozsiane.info, Polska Unia Organizacji Pacjentów Obywatele dla Zdrowia, Fundacja EuropaColon Polska, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Stowarzyszenia EURIPA Polska, Fundacja eKropka, Stowarzyszenie Sport i Rekreacja START, Fundacja Eksperci Dla Zdrowia, Towarzystwo Tłumaczy i Wykładowców Języka Migowego GEST, Stowarzyszenie Asystentów Zdrowienia, Forum Hospicjów Polskich, Polska Unia Onkologii, Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą, Polskie Towarzystwo Chorób Nerwowo-Mięśniowych, Fundacja Urszuli Jaworskiej, Stowarzyszenie Osób z NTM UroConti, Koalicja Na pomoc niesamodzielnym, Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych, Fundacja NIKA, Fundacja STOMALife, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Fundacja MY Pacjenci, Fundacja Integracja, Collegium Humanum Szkoła Główna Menadżerska.

Kolejne spotkania Forum Organizacji Pacjentów będą kontynuowane w 2020 r. i będą odbywały się w podzespołach tematycznych obejmujących zakresem choroby rzadkie, edukację i szkolenia, innowacyjne rozwiązania w służbie zdrowia, profilaktykę zdrowotną, sale obsługi klienta, monitoring systemu ochrony zdrowia.

VI.6.5. Badanie doświadczeń klientów

Strategia Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 przewiduje rozszerzenie zakresu działań, które będą przekładały się bezpośrednio na wzrost satysfakcji klientów z obsługi przez Fundusz. Departament Obsługi Pacjenta w 2019 r. skupił się na budowaniu pozytywnego wizerunku Funduszu, regulacji wymagań i standardów, kreowaniu profesjonalnej postawy pracowników, mając na uwadze interesy i zdrowie pacjentów – klientów obsługiwanych w Salach Obsługi Klientów.

W IV kwartale 2019 r. przeprowadzono we wszystkich oddziałach wojewódzkich Funduszu badanie oceny satysfakcji pacjentów (Client Experience – CX), którego celem była identyfikacja doświadczeń klientów związanych z obsługą przez Fundusz. Wyniki badania stanowiąc będą punkt odniesienia dla badań w kolejnych latach oraz podstawę dla określenia kierunków doskonalenia procesów obsługi przez Fundusz, w tym planów rozwoju kompetencji pracowników pionu obsługi. Badanie obejmowało dwa kanały komunikacji:

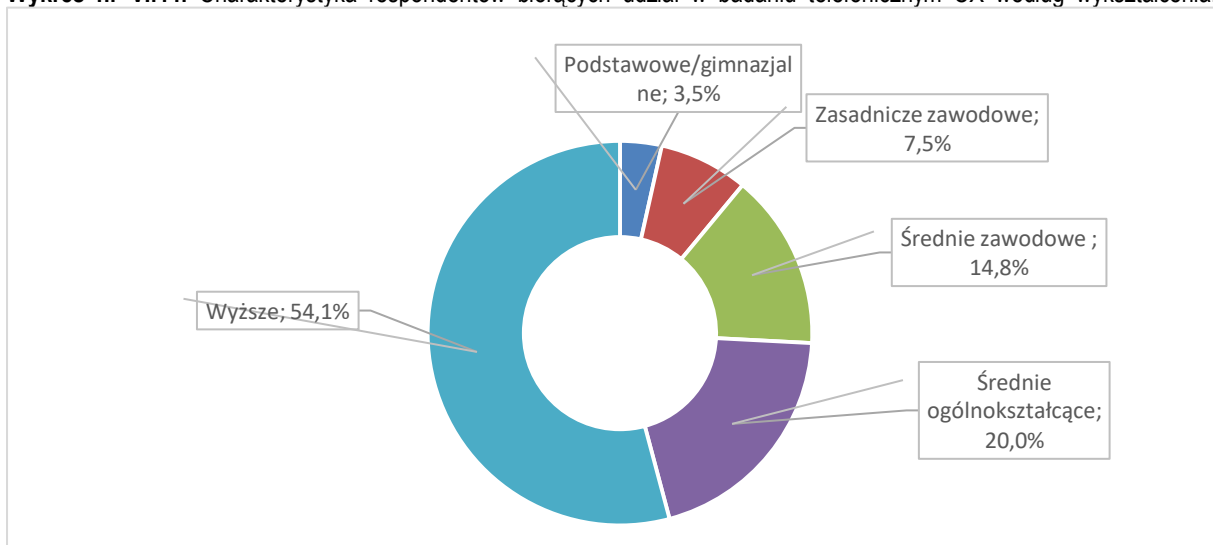
- udzielanie informacji telefonicznie - badanie telefoniczne miało charakter ogólnopolski i przeprowadzone zostało wśród 1000 klientów Funduszu, którzy korzystali z usługi uzyskania informacji za pomocą TIP. Wywiady przeprowadzane były do 10 dni roboczych od dnia, w którym klient skorzystał z usługi;
- obsługa bezpośrednia w SOK w oddziałach wojewódzkich Funduszu - realizacja badania odbywała się w formie ankiety elektronicznej udostępnionej w kioskach ankietowych lub w formie ankiety papierowej.

Ocena jakości obsługi przez Fundusz w formie badania CX została przeprowadzona po raz pierwszy. Badanie oparto na dwóch miernikach: CSI i CES:

- Miernik CSI (Customer Satisfaction Index) to wskaźnik zadowolenia klientów, który odnosi się jednocześnie do oczekiwań, jak i poziomu satysfakcji klientów. Jest to jeden z najczęściej wykorzystywanych wskaźników pomiaru satysfakcji klientów. W wyniku badań otrzymuje się syntetyczny wskaźnik zadowolenia, który jest średnią oceną zadowolenia dla wszystkich nabywców. Do jego określenia używa się średniej ważonej ocen zadowolenia klientów z określonych cech produktu/usługi. Odpowiednio skonstruowane pytania pozwalają na ocenę usług/produktów, a także ocenę jakości oraz na wykrycie dynamiki zmian jakości usług bądź produktów, jeśli badanie powtarzane jest w regularnych odstępach czasu.
- Miernik CES (Customer Effort Score) to wskaźnik, który odnosi się do wysiłku klientów, który został przez nich podjęty w celu rozwiązania danego problemu. CES można uznać za skuteczny wskaźnik w prognozowaniu skutków interakcji z działem obsługi klientów. Został stworzony jako alternatywa dla innych wskaźników, a według jego założeń kluczem do zdobycia lojalności klientów ma być zaspokojenie ich potrzeb w najmniej skomplikowany dla nich sposób. Respondenci oceniają w skali od 1 do 5 trudność jaką sprawiło im załatwienie sprawy.

Struktura respondentów, którzy wzięli udział w badaniu, odpowiadała rozkładowi osób ubezpieczonych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu.

Wykres nr VI.11. Charakterystyka respondentów biorących udział w badaniu telefonicznym CX według wykształcenia.



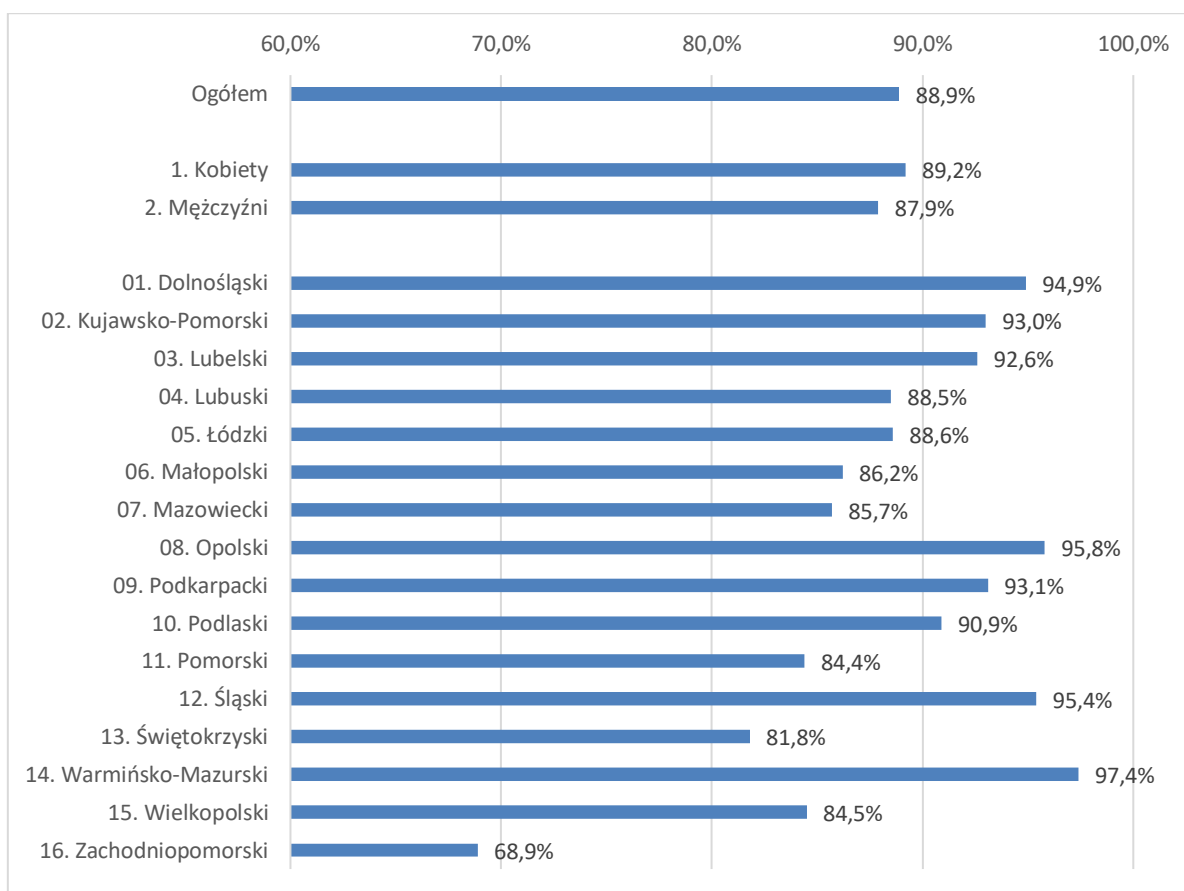
Wnioski, które powstały w wyniku badania będą miały wpływ na kształtowanie perspektywy klientów w kolejnych latach funkcjonowania Funduszu i przedstawiają się następująco:

Wnioski z badania telefonicznego:

- w przypadku 62,9 % respondentów, oceniana w badaniu rozmowa była pierwszym kontaktem z TIP. 81,4 % badanych wskazało, że udało im się dozwonić do infolinii za pierwszym razem, co wskazuje na łatwość kontaktu z TIP;
- do najczęstszych przyczyn kontaktu respondentów z infolinią należały: skierowanie na leczenie uzdrowiskowe, udzielenie informacji o miejscach udzielania świadczeń, terminach leczenia oraz dostępności leków;
- wskaźnik CSI wykazał, że w 2019 r. najwyżej ocenianymi obszarami usług realizowanych w ramach TIP były: jakość rozmowy (wyraźne wysławianie się pracowników oraz zakłócenia/przerwy w połączeniu) – 4,92; postawa wobec klientów (uprzejmość pracownika TIP oraz jego zaangażowanie/chęć pomocy) – 4,90; komunikatywność (skupienie pracownika/dopytywanie/uważne słuchanie oraz przekazywanie przez niego informacji w sposób jasny i zrozumiały) – 4,86; kompetencje merytoryczne (kompetentność pracowników oraz przydatność udzielonych przez nich informacji) – 4,69; sprawność obsługi (czas oczekiwania na połączenie oraz czas połączenia) – 4,57.
- wszystkie pięć obszarów analizowanych w badaniu z wykorzystaniem wskaźnika CSI zostało bardzo wysoko ocenionych przez respondentów, składając się tym samym na ogólny wysoki poziom satysfakcji klientów z kontaktu z TIP. Syntetyczny wskaźnik CSI przyjął wartość 4,79 w pięciostopniowej skali (w ujęciu procentowym 95,9%);
- najwyższym poziomem zadowolenia charakteryzowali się respondenci, których celem kontaktu z infolinią było zlecenie na wyroby medyczne (CIS=4,84), EKUZ (4,81), ustalenie dostępności leków (4,81) oraz skierowanie na leczenie uzdrowiskowe (4,80).

Zgodnie ze wskaźnikiem CES, blisko 90 % respondentów oceniła, że pracownicy TIP wszystko, aby pomóc im w sprawie, z którą się do nich zwrócili.

Wykres nr VI.12. Wyniki badania satysfakcji pacjentów z usługi Telefonicznej Informacji Pacjenta w IV kwartale 2019 r. – rozkład wskaźnika CES w oddziałach wojewódzkich Funduszu.



Wnioski z badania satysfakcji pacjentów z obsługi bezpośredniej w salach obsługi klientów w oddziałach wojewódzkich Funduszu:

- dwie najczęściej deklarowane przyczyny wizyt w Salach Obsługi Klientów to wyrobienie karty EKUZ (44,3%) oraz zaopatrzenie medyczne/ortopedyczne – realizacja zleceń na sprzęt medyczny/ortopedyczny (26,4%). Szczegółowy podział na tematy spraw deklarowane jako najczęstszą przyczynę wizyty w oddziale wojewódzkim Funduszu przedstawia się następująco:
- obszary analizowane w badaniu z wykorzystaniem wskaźnika CSI zostały wysoko ocenione przez respondentów, składając się tym samym na ogólny wysoki poziom satysfakcji klientów korzystających z obsługi w SOK. Syntetyczny wskaźnik CSI przyjął wartość 4,55 w pięciostopniowej skali (w ujęciu procentowym 91,1%);

Obszary wskazujące do niezbędnych zmian to: zagwarantowanie parkingu lub większej liczby miejsc parkingowych, skrócenie czasu oczekiwania na obsługę w SOK, otwarcie większej liczby stanowisk obsługi, zwiększenie liczby miejsc siedzących dla osób oczekujących.

VI.6.6. Działania informacyjne

Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje zadania edukacyjne i informacyjne w oparciu o następujące akty prawne: ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o dostępie do informacji publicznej oraz ustawę Prawo prasowe.

Działania edukacyjne i informacyjne realizowane przez Biuro Komunikacji Społecznej wpisują się w cel 3.2 Poprawa komunikacji społecznej, wskazany w „Strategii rozwoju Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023”.

Wykonuje je poprzez: środki społecznego przekazu, publikacje własne, serwisy internetowe Centrali i Oddziałów Wojewódzkich Funduszu (dalej OW NFZ), kanał RSS, media społecznościowe (serwis Twitter), patronaty, wydarzenia własne i partnerów, w tym m.in. Ministerstwa Zdrowia, organizacji pacjenckich, samorządów różnych szczebli i świadczeniodawców oraz ogólnopolskie kampanie medialne.

Środki społecznego przekazu

Narodowy Fundusz Zdrowia współpracuje z ogólnopolskimi i regionalnymi mediami poprzez:

- bieżące kontakty, czyli codzienną obsługę dziennikarzy, dostarczanie materiałów prasowych, udzielanie odpowiedzi na pytania, nagrania radiowo-telewizyjne, przekazywanie informacji/komunikatów prasowych nt. działalności NFZ, przygotowywanie wyjaśnień/sprostowań do publikacji medialnych,
- briefingi i konferencje prasowe, które koncentrują się na prezentacji informacji dotyczących bieżącej działalności Funduszu, kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, zapowiedzi wydarzeń specjalnych i reakcji na bieżące wydarzenia oraz komunikowania raportów NFZ dotyczących konkretnych jednostek chorobowych z punktu widzenia danych Funduszu,
- udział pracowników Funduszu w audycjach radiowych i programach telewizyjnych w roli ekspertów, np. programy TVP3: „Na Zdrowie”, „Poranek między Wisłą i Bugiem”, „Zdrowie w Twoich rękach”, „ABC Pacjenta”, „Głos Dnia”, „Spodziewany Gość”, „Opinie”, „Forum Panoramy”, „Kronika Obraz Dnia”; programy radiowe: „W samo południe” w Radiu PiK, „Zdrowym być” w Radiu Łódź, „Masz Prawo Wiedzieć” w Radiu VIA, „Kalejdoskop” w Radiu Rzeszów, „Rozmowa Dnia” w Radiu Kielce, „Poranne pytania” w Radiu Olsztyn, „Czas Reakcji” w Radiu Szczecin,
- udział pracowników Funduszu w dyżurach telefonicznych w redakcjach prasowych oraz po audycjach radiowych, programach telewizyjnych, w czasie których odpowiadają na pytania czytelników i słuchaczy dotyczących tematyki danego programu, czy publikacji
- udział pracowników Funduszu w audycjach i programach publicystycznych oraz informacyjnych,
- stała współpraca z tytułami prasowymi (nawiązana przez OW NFZ), m.in. z: „Gazeta Pomorska”, „Miasto Kobiet”, „Świat Zdrowia”, „Gazeta Wyborcza”, „Dziennik Łódzki”, „Dziennik Polski”, „Gazeta Krakowska” „Nowa Trybuna Opolska”,

„Nowiny”, „Super Nowości”, „Dziennik Zachodni”, Tygodnik „eM Kielce”, „Gazeta Ostrowiecka”, „Echo Dnia”, „Dziennik Bałtycki”, „Gazeta Gdańska”, „Twoje Zdrowie”, „Dziennik Pomorza”, „Gazeta Olsztyńska”, „Dziennik Elbląski”, „Gazeta Wyborcza Stołeczna”, „Tygodnik Siedlecki”, „Kurier Szczeciński”, „Nowości”, „Express Bydgoski”, „Gazeta Lubuska”, „Menedżer Zdrowia”, „Głos Wielkopolski”, „Dziennik Wschodni”, „Kurier Lubelski”,

- współpraca z portalami internetowymi (nawiązana przez OW NFZ) m.in. z: politykazdrowotna.com, rynekzdrowia.pl, bydgoszcz24.pl, metropoliabydgoska.pl, pozatorun.pl, 24opole.pl, wybrzeze24.pl, MedMiasto.pl, CzytajRzeszów.pl, gs24.pl, radiatorodzina.pl, wzielonej.pl, gloslubuski.pl, trójmiasto.pl, nto.pl, sadeczanin.info, dziennikzachodni.pl, gloswielkopolski.pl, epoznan.pl, 24wspolnota.pl

Tematy poruszane przez media, o których wypowiadali się pracownicy Funduszu, dotyczyły m.in.: zasad korzystania z opieki zdrowotnej, EKUZ, szczególnych uprawnień dla osób niepełnosprawnych, zaopatrzenia w wyroby medyczne, opieki stomatologicznej dla dzieci (dentobusy i gabinety dentystyczne w szkołach), leczenia uzdrowiskowego, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, opieki paliatywno-hospicyjnej, leczenia tarczycy, rehabilitacji, opieki w czasie świąt i wakacji, programów profilaktycznych i szczepień, IKP, e-recepty.

W okresie sprawozdawczym ukazało się 203 015 publikacji medialnych związanych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Tabela nr VI.8. Wybrane komunikaty wysłane do mediów w 2019 roku.

Temat	Data
900 mln zł na poprawę dostępności do świadczeń	7.03.2019
Poprawa dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej (TK, RM, usunięcie zaćmy)	29.03.2019
7 maja - Światowy Dzień Astmy	6.05.2019
Profilaktyka czerniaka i innych nowotworów skóry – badanie dermatoskopem	23.05.2019
Pracownicy NFZ wzięli udział w akcji honorowego krwiodawstwa	3.06.2019
Światowy Dzień Walki z Cukrzycą - darmowy pomiar cukru i zdrowa dieta od NFZ	26.06.2019
Pierwsze w Polsce Centrum Usług Wspólnych NFZ powstanie w Chełmie	26.06.2019
Raport NFZ: NFZ dla zdrowia – Osteoporoza	18.10.2019
Cukrzyca w najnowszym raporcie NFZ – plaga, epidemia czy pandemia?	14.11.2019

Tabela nr VI.9. Wybrane konferencje i briefingi prasowe zorganizowane w 2019 roku.

Temat	Data/ Miejsce	Uczestnicy
Prezentacja raportu „Cukier, otyłość – konsekwencje”	21 lutego 2019, Ministerstwo Zdrowia	Łukasz Szumowski, minister zdrowia; Adam Niedzielski, prezes NFZ, zastępca Prezesa NFZ ds. operacyjnych
Wyższe ryczałty dla szpitali na 2019 rok	25 kwietnia 2019, Narodowy Fundusz Zdrowia - Centrala	Adam Miłkowski, wiceminister zdrowia, Andrzej Jacyna, prezes NFZ, Adam Niedzielski, zastępca Prezesa NFZ ds. operacyjnych
Telefoniczna Informacja Pacjenta czynna całą dobę	17 września 2019, Ministerstwo Zdrowia	Łukasz Szumowski, minister zdrowia; Adam Niedzielski, prezes NFZ
„NFZ dla zdrowia – Osteoporoza”	18 października 2019, Narodowy Fundusz Zdrowia - Centrala	prof. Ewa Marcinowska-Suchowierska, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Szpital CMKP im. prof. Witolda Orłowskiego w Warszawie; Elżbieta Kozik, prezes Ruchu Społecznego Polskie Amazonki; Adam Niedzielski, prezes NFZ
Czy pacjenci i system opieki zdrowotnej są gotowi na opiekę koordynowaną? Podsumowanie projektu POZ Plus	28 października 2019, Centrum Prasowe PAP w Warszawie	Adam Niedzielski, prezes NFZ; Dariusz Dzielak, dyrektor Departamentu Analiz i Strategii (obecnie Departament Analiz i Innowacji); Katarzyna Wiktorzak, kierownik projektu POZ Plus
Cukrzyca w najnowszym raporcie NFZ – plaga, epidemia czy pandemia? Jak powstrzymać maksymalizację czynników ryzyka cukrzycy?	14 listopada 2019, Narodowy Fundusz Zdrowia - Centrala	prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego; Alicja Szewczyk, konsultant krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego; Anna Śliwińska, prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków; Adam Niedzielski, prezes Narodowego Funduszu Zdrowia
Śniadanie prasowe poświęcone realizacji projektu POZ Plus	27 listopada 2019, Narodowy Fundusz Zdrowia - Centrala	Adam Niedzielski, prezes NFZ; Dariusz Dzielak, dyrektor Departamentu Analiz i Strategii (obecnie Departament Analiz i Innowacji); Katarzyna Wiktorzak, kierownik projektu POZ Plus

Publikacje własne

W roku sprawozdawczym Fundusz wydawał / dystrybuował plakaty, ulotki i broszury poświęcone m.in.:

- programom profilaktycznym finansowanym przez NFZ („Badajcie się Drogie Mamy, bo my dzieci Was kochamy” – laurki w kształcie kolorowanek, OW NFZ we Wrocławiu, „Chcę mieć pewność, że zawsze będziesz ...” – okolicznościowe kartki, OW NFZ w Olsztynie);
- profilaktyce onkologicznej;
- cyklicznym akcjom informacyjno-edukacyjnym, organizowanym przez NFZ (np. Dniom Otwartym i „Środem z Profilaktyką”);
- szczegółowym uprawnieniom dla pacjentów (np. „NFZ w pigułce – co pacjent o swoich prawach wiedzieć powinien”);
- e-recepcie i Internetowemu Kontu Pacjenta (IKP);

- lekom dla osób 75+;
- Europejskiej Karcie Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ);
- kalendarzowi rodzinnemu/ pacjenta na 2019 rok (OW NFZ w Łodzi i w Warszawie);
- programom zdrowego żywienia na portalu diety.nfz.gov.pl (OW NFZ w Rzeszowie, Kielcach, Katowicach);
- stanowiskom ds. profilaktyki utworzonym przy OW NFZ (np. OW NFZ w Rzeszowie)
- informacjom, gdzie się leczyć (OW NFZ w Szczecinie);
- human stories osób, które zmagaly się z chorobami i wyzdrowiały – cykl „Historie prawdziwe o walce z chorobą” (OW NFZ w Szczecinie);
- wybieraniu NIŚOZ zamiast SOR w ramach akcji „Pozwól na SORze walczyć o życie” (OW NFZ w Opolu);
- usunięcia zaćmy „Bez limitów, bez kolejek. Teraz łatwiej usuniesz zaćmę” (OW NFZ w Katowicach).

Serwisy internetowe

Narodowy Fundusz Zdrowia utrzymuje serwis internetowy nfz.gov.pl. Własne serwisy internetowe posiadają wszystkie OW NFZ. W 2019 roku na stronie głównej NFZ opublikowano informacje:

- dla pacjentów:
 - Słodki problem – nawiązanie do raportu NFZ „Cukier, otyłość, konsekwencje”,
 - Internetowe Konto Pacjenta zastąpi Zintegrowany Informator Pacjenta,
 - Jak przetrwać przesilenie wiosenne? Znamy trzy sprawdzone sposoby,
 - Pacjent pod szczególną opieką - opieka koordynowana nad pacjentami w POZ,
 - Projekt "Liczy się każdy oddech" - filmy edukacyjne,
 - Raport NFZ: Nadciśnienie tętnicze,
 - Otyłość – choroba wagi ciężkiej (Europejski Dzień Walki z Otyłością, 22 maja),
 - Alergia i astma - filmy edukacyjne,
 - Gdzie kupisz lek? Zadzwoń 800 190 590,
 - Nie lekceważ ukąszenia kleszcza,
 - Nowe zasady wyjazdu do sanatoriów. Co się zmieniło?,
 - Międzynarodowy Tydzień Karmienia Piersią - 1-7 sierpnia,
 - NFZ mówi głośno o cichym złodzieju kości (Światowy Dzień Osteoporozy, 20 października),
 - Profilaktyka i edukacja. Skuteczna broń przeciwko cukrzycy (Światowy Dzień Cukrzycy, 14 listopada),

- Zmiany w NFZ: Płacenie za wynik, profilaktyka i lepsza komunikacja z pacjentem (podsumowanie projektu POZ Plus),
- E-recepty obowiązkowe od 8 stycznia 2020 r.,
- Finansowania świadczeń w podstawowej opiece zdrowotnej w 2020 r.,
- Telefoniczna Informacja Pacjenta czynna całą dobę
- dla świadczeniodawców:
 - Dodatkowe 17 milionów na świadczenia udzielane przez fizjoterapeutów,
 - Zwiększenie stawki bazowej dla SOR i IP,
 - 220 mln zł na zmniejszenie czasu oczekiwania na zabieg zaćmy oraz diagnostyki TK i RM,
 - Uwolnienie dodatkowych 80 mln z rezerwy ogólnej NFZ,
 - Wydłużony termin składania wniosków o dofinansowanie zakupu oprogramowania dla świadczeniodawców,
- wydarzeniach z życia NFZ:
 - Projekt wdrożenia systemu Hospital-Based HTA – Szpitalnej Oceny Innowacyjnych Technologii Medycznych,
 - Na pierwszym miejscu pacjent i jakość leczenia - XX lat powszechnych ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce,
 - Narodowy Fundusz Zdrowia ze strategią rozwoju,
 - Pracownicy NFZ oddali krew, która pomogła ponad 100 osobom,
 - NFZ partnerem Hackathonu #OtwarteDane,
 - Pierwsze w Polsce Centrum Usług Wspólnych NFZ powstanie w Chełmie,
 - Zdrowe dane - nowy portal informacyjny NFZ,
 - Konkurs Digital Healthcare Hackaton,
 - Prosto o zdrowiu. NFZ zadba o lepszą komunikację z pacjentem,
 - NFZ ramię w ramię z organizacjami pacjenckimi,
 - Nowy raport NFZ: szpiczak plazmocytowy.

Ponadto, w serwisie internetowym NFZ na bieżąco zamieszczane były projekty i zarządzenia Prezesa NFZ, ważne komunikaty departamentów Centrali NFZ, dotyczące m.in. refundacji leków, przerw technicznych w dostępie do serwisów NFZ oraz ogłoszenia o pracę w Funduszu. W okresie sprawozdawczym na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia opublikowano 262 aktualności / komunikaty dotyczące Centrali i Oddziałów NFZ. W 2019 roku strona Funduszu zanotowała 6 810 398 sesji (odwiedzin).

Kanał RSS

Serwis internetowy Centrali NFZ posiada kanał RSS, który informuje subskrybentów o nowych aktualnościach na stronie głównej NFZ. Subskrypcja kanału RSS NFZ jest darmowa, a odczyt kanału jest możliwy przez tzw. czytnik kanałów RSS.

Media społecznościowe (Twitter)

Narodowy Fundusz Zdrowia prowadził w 2019 roku oficjalny kanał w serwisie społecznościowym Twitter (kontynuacja od 2016 roku). W 2019 roku Biuro Komunikacji Społecznej opracowało „Strategię komunikacji Narodowego Funduszu Zdrowia na Twitterze”, w której wskazano m.in. cele prowadzenia komunikacji na Twitterze, grupy docelowe, taktykę komunikacji oraz wskaźniki (mierniki) osiągnięcia założeń strategii.

BKS regularnie publikował na Twitterze informacje dotyczące m.in.:

- działalności Funduszu, w tym fotorelacje z wydarzeń m.in. Dni Otwartych w Oddziałach Wojewódzkich NFZ i Środy z Profilaktyką,
- edukowania i informowania użytkowników w kontekście zdrowych nawyków żywieniowych, np. promocja portalu z dietami od NFZ – diety.nfz.gov.pl,
- aktualności i komunikatów odsyłających do serwisów internetowych Funduszu,
- promocji programów profilaktycznych finansowanych przez NFZ,
- promocji usług NFZ, np. Telefonicznej Informacji Pacjenta,
- promocji Raportów NFZ publikowanych w serwisie Zdrowe Dane.

Twitter, obok kanału Akademia NFZ w serwisie YouTube, był głównym kanałem komunikacji kampanii internetowej o charakterze społecznym na temat szkodliwości nadmiernego spożywania cukru dla zdrowia Polaków. W okresie sprawozdawczym liczba obserwujących konto @NFZ_Centrala na Twitterze zwiększyła się o 1 875 followersów.

Kampanie medialne

Opublikowany w lutym 2019 roku raport NFZ i GUS „Cukier, otyłość – konsekwencje”, wskazuje na rosnący problem występowania groźnych chorób, w tym otyłości i cukrzycy wśród Polaków, wywołany nadmiernym spożywaniem cukru. Kampania internetowa o charakterze społecznym na temat szkodliwości nadmiernego spożywania cukru dla zdrowia Polaków: październik 2019 – styczeń 2020 ma zwrócić uwagę Polaków na nadmierne spożywanie przez nich cukru w różnych postaciach oraz zwiększyć ich świadomość na temat konsekwencji, które się z tym wiążą, głównie w postaci chorób: otyłości i cukrzycy. Ponadto kampania ma przekonać Polaków do korzystania z bezpłatnych diet udostępnianych przez portal NFZ: diety.nfz.gov.pl, większej aktywności fizycznej oraz do zmiany nawyków żywieniowych.

W styczniu 2020 roku e-recepta zastąpiła tradycyjną receptę papierową. To przełom we wdrażaniu rozwiązań digitalizacyjnych w obszarze ochrony zdrowia. Sprawne wprowadzenie e-recepty, a także promocja Internetowego Konta Pacjenta (IKP) wymagają szerokiej akcji informacyjno-promocyjnej. Dzięki niej możliwe było poinformowanie społeczeństwa o nowych i korzystnych dla pacjentów rozwiązaniach z zakresu informatyzacji

w ochronie zdrowia, które ułatwiają im życie. Emisja spotów reklamowych dotyczących e-recepty i IKP w największych i najczęściej oglądanych i słuchanych stacji telewizyjnych oraz radiowych (TVN, Polsat, TVP, RMF FM, Radio Zet, Radio ESKA) dała największe szanse na dotarcie do masowego odbiorcy w krótkim czasie. Intensywna kampania reklamowa przeprowadzona tuż przed wprowadzeniem e-recepty, dodatkowo w okresie świątecznym, zapewni temu projektowi konieczny, społeczny rozgłos, który przełożył się na wzrost wiedzy i świadomości społeczeństwa na temat e-usług w obszarze ochrony zdrowia.

Wydarzenia

Obchody XX-lecia Powszechnych Ubezpieczeń Zdrowotnych w Warszawie (marzec 2019). Relacja z wydarzenia została opublikowana na stronie internetowej Centrali NFZ: <https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/na-pierwszym-miejscu-pacjent-i-jakosc-leczenia,7312.html>

Cykl wydarzeń profilaktycznych pod hasłem „**Środa z Profilaktyką**”, organizowany wspólnie przez Ministerstwo Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia (wrzesień – grudzień 2019).

Stałym elementem akcji były bezpłatne pomiary cukru we krwi i ciśnienia tętniczego. To ważny element kampanii #NieCukrz, prowadzonej przez NFZ, która uświadamia Polakom, że w nadmierne spożywanie cukru jest źródłem poważnych chorób: otyłości i cukrzycy.

W ramach akcji „Środa z Profilaktyką” pacjenci skorzystali m.in. z profilaktycznych konsultacji / badań: wzroku, przeciwciał wirusa HCV, znamion skórnych widendermatoskopem, EKG, mammograficznych, cytologicznych, spirometrycznych. Ponadto otrzymali praktyczną wiedzę z udzielania pierwszej pomocy i samobadania piersi. W OW NFZ mierzono także BMI, skład masy ciała i udzielano bezpłatnych konsultacji dietetycznych.

Podczas każdej „Środy z Profilaktyką” OW NFZ informowały o korzyściach wynikających z e-recepty, zarówno dla pacjenta, jak i lekarzy oraz wydawały karty EKUZ, które od 2019 roku są ważne 3 lata. Pracownicy oddziałów Funduszu pomagali w potwierdzaniu Profilu Zaufanego, czyli elektronicznej tożsamości, dzięki której można załatwić wiele spraw urzędowych bez wychodzenia z domu.

Profil Zaufany umożliwia zalogowanie się do Internetowego Konta Pacjenta. W IKP zapisuje się historia naszego zdrowia, m.in. informacje o wizytach lekarskich i receptach oraz skierowaniach do specjalistów. W ciągu trwania akcji z bezpłatnych badań i konsultacji skorzystało ok. 10 000 osób.

Patronaty

W 2019 roku Fundusz objął patronatem następujące wydarzenia (wykaz zawiera wybrane wydarzenia):

- IV Kongres Wyzwań Zdrowotnych w Katowicach, organizator: PTWP Polskie Towarzystwo Wspierania Przedsiębiorczości,
- „Tydzień Zdrowia”, organizator: Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny,

- Ogólnopolska Kampania Społeczna „Piękna bo zdrowa”, organizator: Ogólnopolska Organizacja Kwiat Kobiecości,
- Debata pt. „Zespoły terapeutyczne – fundament sukcesu medycznego”, organizator: Międzynarodowe Stowarzyszenie Studentów Medycyny,
- Ogólnopolski Program „Szpital Dobrej Praktyki Żywienia Klinicznego”, organizator: Procontent Communication.

VI.6.7. Profilaktyka i promocja zdrowia

W 2019 roku w Centrali Funduszu została utworzona nowa komórka organizacyjna - Biuro Profilaktyki Zdrowotnej (BPZ). Biuro jest właściwe w sprawach związanych z wczesnym wykrywaniem chorób, ograniczaniem ich potencjalnego występowania oraz zapewnianiem dłuższego życia w zdrowiu w szczególności przez promowanie postaw prozdrowotnych.

Główne działania podjęte przez Biuro Profilaktyki Zdrowotnej w 2019 roku:

Środa z Profilaktyką - cykliczna akcja profilaktyczna mająca za zadanie zwiększenie świadomości Polaków na temat czynników ryzyka zachorowania na wybrane choroby cywilizacyjne, profilaktyka chorób cywilizacyjnych (np. cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, osteoporoza), nauka właściwych postaw prozdrowotnych oraz współpraca z organizacjami pacjentów; nauka pierwszej pomocy przedmedycznej; edukacja w kontekście samobadania, np. piersi; dystrybucja bezpłatnych materiałów edukacyjnych dla osób odwiedzających Oddziały Wojewódzkie NFZ. W 2019 roku od września zostały zrealizowane trzy duże Ogólnopolskie Środy z Profilaktyką, takie jak:

- Środa z Profilaktyką na temat POChP, w październiku 2019 roku z okazji Dni Spirometrii zorganizowano z konferencją prasową z udziałem ekspertów oraz Polskiej Federacji Stowarzyszeń Chorych na Astmę, Alergię i POChP a także badaniem spirometrycznym w Oddziałach Wojewódzkich i Centrali NFZ;
- Środa z Profilaktyką na temat osteoporozy w październiku 2019 roku z konferencją prasową z udziałem ekspertów oraz Ruchem Społecznym Polskie Amazonki i badaniem w Osteobusie dla pracowników Centrali NFZ;
- Środa z Profilaktyką na temat cukrzycy w listopadzie 2019 roku z konferencją prasową z udziałem ekspertów takich jak Prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego, Prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków, Konsultant Krajowy w dziedzinie pielęgniarstwa diabetologicznego i możliwością wykonania testu czynników ryzyka wystąpienia stanu przedcukrzycowego i niezdiagnozowanej cukrzycy.

W ramach ww. akcji organizowane były również wydarzenia lokalne w Oddziałach Wojewódzkich a w grudniu 2019 r. opracowano strategię cyklu na cały kolejny rok z wyszczególnieniem każdej środy 2020 roku i obowiązującym podczas niej tematem.

Ponadto BPZ zajmował przygotowaniem materiałów dla pacjentów i konferencji prasowych w ramach kampanii "Zdrowe Dane", podczas których prezentowano raportów NFZ dotyczące cukrzycy oraz osteoporozy.

Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z 29 października 2019 roku został powołany Zespół do spraw opracowania nowych programów profilaktycznych. Powołany zespół ma za zadanie zrewidować istniejące programy profilaktyczne, zrekonstruować je, tak aby zwiększyć liczbę przebadanych osób oraz opracować i wdrożyć nowe programy profilaktyczne.

Współpraca z ekspertami zewnętrznymi do opracowywania nowych programów profilaktycznych oraz promowania aktualnych programów oraz współpraca w kwestii komunikowania badań profilaktycznych i prawidłowych postaw zdrowotnych (Amazonki, PTD, Biuro Rzecznika Praw Pacjenta, Biuro Rzecznika Praw Dziecka).

Rozwinięto stronę internetową „Akademia NFZ”, na której udostępniono nowe szkolenie e-learningowe ABC Promocji Zdrowia wraz z grą edukacyjną dla personelu medycznego. Zaktualizowano szkolenia o karmieniu piersią. Wszystkie szkolenia zostały otwarte, zniesiono formularze rejestracyjne. Dodano podstronę do wymiany dobrych praktyk między szpitalami oraz podstronę monitorującą realizację projektu POZ PLUS.

W 2019 roku NFZ uruchomił stronę poświęconą zdrowemu odżywianiu <https://diety.nfz.gov.pl>. W ciągu roku pojawiły się na niej jadłospisy opracowane przez specjalistów w oparciu o dietę DASH, w pięciu kalorycznościach: 1200, 1500, 1800, 2500 oraz 3000 kcal. Opracowano również przykładowy jadłospis wegetariański, który wkrótce zostanie rozbudowany do podanych kaloryczności. Na stronie znaleźć można również jadłospis dla seniorów. Serwis jest ciągle rozbudowywany i cieszy się dużą popularnością. Portal podpowiada, jaki posiłek wybrać, aby utrzymać wagę w normie i nie odczuwać głodu, a wszystko zaprojektowano w bardzo przystępnej formie, pozwalającej na dużą różnorodność. W 2019 roku w pierwszej fazie uruchomienia portalu zamieszczono propozycje jadłospisów na miesiąc (28 dni) dla 5 typów kaloryczności opartych o dietę DASH (czyli Dietary Approaches to Stop Hypertension - nowatorski sposób odżywiania stworzony przez naukowców z amerykańskiego Narodowego Instytutu Serca, Płuc i Układu Krwiotwórczego), która obecnie, na równi z dietą śródziemnomorską, jest uważana za najzdrowszą dietę świata. W ramach rozbudowy zaplanowano rozszerzenie oferty planów żywieniowych DASH o kolejne przepisy, uwzględniając sezonowość produktów oraz ich dostępności dla przeciętnego obywatela. W kolejnych fazach zaplanowano udostępnienie planów żywieniowych również dla osób, które żyją z chorobą bądź nietolerancją na niektóre pokarmy, np. cukrzycą, osteoporozą, Hashimoto. Dodatkowo działania związane z prawidłowym odżywianiem wspierane są filmami dotyczącymi ćwiczeń dla dzieci (poziom łatwy i trudny) oraz dorosłych (poziom łatwy i średni), a nawet dla kobiet w ciąży, które zamieszczone są na stronie Akademia NFZ w zakładce: <https://akademia.nfz.gov.pl/filmy/> oraz na YouTube Akademia NFZ. Portal diety.nfz.gov.pl został uruchomiony w lutym 2019 r., a do 31 grudnia 2019 r. założyło indywidualne konta użytkowników prawie ćwierć miliona osób.

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

VII.1. Kontrole wewnętrzne przeprowadzone przez Centralę Funduszu w 2019 r.

Kontrola wewnętrzna w Centrali Funduszu w 2019 r. realizowana była w ramach kontroli:

- instytucjonalnej przez Biuro Nadzoru Wewnętrznego, zwane dalej BNW, (do dnia 31.05.2019 r. Wydział Kontroli Wewnętrznej Departamentu Kontroli; rozporządzeniem Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie nadania statutu Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31.05.2019 r. (Dz.U. z 2019 r., poz. 1020) powołano Biuro Nadzoru Wewnętrznego),
- funkcjonalnej, w zakresie nadzoru merytorycznego przez właściwe komórki organizacyjne Centrali Funduszu.

W ramach kontroli instytucjonalnej BNW przeprowadziło łącznie 45 kontroli, w tym: 33 kontrole planowe (w tym jedną wspólnie z BAG) i 12 kontroli doraźnych.

Kontrole planowe zrealizowane przez BNW objęły następujące obszary działalności NFZ:

1. Prawidłowość realizacji zadań przez komórki/osoby ds. kontroli wewnętrznej w OW NFZ od dnia 01.06.2017 r. do dnia przeprowadzenia kontroli, ze szczególnym uwzględnieniem stosowania Regulaminu kontroli wewnętrznej w NFZ. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: dokonywanie zmian w planie kontroli wewnętrznej bez zgody zarządzającego kontrolę, niezgodne ze wzorem sporządzenie upoważnień do przeprowadzenia kontroli, tematyki kontroli i wystąpienia pokontrolnego, nieprawidłowe przeprowadzenie analizy przedkontrolnej, nieterminowe doręczenie zawiadomienia o przeprowadzeniu kontroli, niepotwierdzenie za zgodność z oryginałem dokumentów wykazanych w aktach kontroli, nierzetelne opisanie stanu faktycznego w wystąpieniu pokontrolnym i stosowanie nieprecyzyjnych sformułowań, brak monitorowania wykonania zaleceń pokontrolnych z kontroli, błędne określenie okresu objętego kontrolą, rozszerzenie okresu objętego kontrolą bez zgody zarządzającego kontrolę, niezatwierdzenie programu kontroli przez zarządzającego kontrolę, nieudokumentowanie wyjaśnień w formie protokołu przyjęcia ustnych wyjaśnień, niesporządzenie protokołu oględzin, nieprecyzyjne wskazanie podstaw prawnych w dokumentach sporządzonych w trakcie kontroli niesporządzenie stanowiska w sprawie złożonych zastrzeżeń, nieprawidłowe prowadzenie rejestru upoważnień i realizacji kontroli, nieprzekazanie do BNW informacji o zmianie tematu lub terminu przeprowadzenia kontroli.
2. Prawidłowość i terminowość rozliczania w 2017 r. skutków finansowych będących wynikiem przeprowadzonych kontroli prawidłowości realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze świadczeniodawcami oraz kontroli aptek. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: nieprawidłowe i nieterminowe sporządzanie wniosków windykacyjnych, nieterminowe sporządzenie wezwania do zapłaty, niedokonanie potrącenia środków finansowych wraz z odsetkami ustawowymi, nieterminowe zniszczenie weksla in blanco, nieprawidłowe odstąpienie od opiniowania przez komórkę właściwą ds. prawnych wniosków/prośb o rozłożenie spłaty

należności w czasie, nieprzekazanie dłużnikowi propozycji warunków ugody oraz podpisanej jednostronnie ugody. niepoinformowanie komórek organizacyjnych o przeprowadzonym postępowaniu kontrolnym i skutkach finansowych, niezgodne ze wzorem sporządzenie dokumentów.

3. Prawidłowość rozpatrywania i wydawania przez dyrektora oddziału decyzji administracyjnych do wnoszonych przez świadczeniodawców odwołań i wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy, dotyczących rozstrzygnięć postępowań w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: nieprawidłowe określenie obszaru terytorialnego w ogłoszeniu (osiedle), uniemożliwienie wniesienia protestu oferentowi poprzez niepoinformowanie o dokonaniu zmiany w ofercie przez komisję konkursową, nierzetelnie dokonanie oceny oferty, ograniczenie ustawowego uprawnienia oferentów do składania protestów, omyłki pisarskie w decyzjach administracyjnych i zarządzeniach dyrektora oddziału.
4. Prawidłowość postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2018-2019. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: nieprawidłowe złożenie „Oświadczenia członka komisji konkursowej”, niesporządzenie dokumentu „Potwierdzenie wprowadzenia zmian w odpowiedziach ankietowych”, nieokreślenie zadań zespołu w dokumencie „Powołanie zespołu”, nieprawidłowe podpisanie dokumentów konkursowych przez komisję konkursową, niewezwanie oferenta do uzupełnienia braków formalnych (ponumerowania stron oferty), nieprawidłowe dokonanie weryfikacji ofert, nieprawidłowe wskazanie kwoty propozycji finansowej oddziału dla oferentów w dokumentach konkursowych, dwukrotne niewydanie zarządzeń zmieniających skład komisji konkursowej, niezgodne ze wzorem sporządzenie wniosku o wyłączenie członka komisji, niepodpisanie dokumentów sporządzonych w trakcie postępowania konkursowego przez wszystkich członków komisji, niesporządzenie dokumentu potwierdzającego powołanie zespołów do realizacji określonych zadań.
5. Ocena prawidłowości przeprowadzania postępowań w zakresie zamówień publicznych w OW NFZ w 2018 r. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia: nieprawidłowe sporządzenie opisu przedmiotu zamówienia poprzez wskazanie konkretnych nazw producentów, nieprawidłowe sporządzenie specyfikacji istotnych warunków zamówienia i opisu przedmiotu zamówienia, poprzez wskazanie paliwa Pb 98, podczas gdy w rzeczywistości flota samochodów służbowych w oddziale nie korzystała z niego.
6. Prawidłowość wydawania przez Dyrektora OW NFZ decyzji administracyjnych na podstawie art. 42d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2018 r. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: nieterminowe wydawanie decyzji administracyjnych, omyłki pisarskie w decyzjach administracyjnych, niepodpisanie decyzji administracyjnych przez dyrektora oddziału lub osobę upoważnioną.

7. Prawidłowość postępowania związanego z archiwizacją dokumentów przez wybrane komórki organizacyjne Centrali Funduszu. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: nieprawidłowe wykorzystanie symboli klasyfikacyjnych JRWA, nieuporządkowane przechowywanie dokumentów, nieprzekazywanie bądź nieregularne przekazywanie dokumentów do Archiwum Zakładowego.
8. Prawidłowość wydawania Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), w 2018 r. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia: nieterminowe rozpatrywanie wniosków o wydanie EKUZ, rozpatrywanie wniosków o wydanie EKUZ w oparciu o nieaktualne z mocy prawa upoważnienia, wydanie EKUZ na podstawie niepełnej dokumentacji, wystosowywanie do wnioskodawców pism bez wyznaczenia terminu uzupełnienia dokumentacji.
9. Ocena prawidłowości definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2019. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia: nierzetelne opracowanie regionalnych priorytetów zdrowotnych, brak opisu sposobu implementacji części priorytetów w części opisowej planu zakupu.

Kontrole doraźne zrealizowane przez BNW objęły następujące obszary działalności NFZ:

1. Prawidłowość rozpatrywania odwołań dotyczących rozstrzygnięcia postępowania konkursowego nr 03-14-000476/SPO/14/1/14.2140.026.04/01 w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w zakresie świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie na obszarze województwa lubelskiego. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze nieprawidłowości: niewezwanie oferentów do uzupełnienia braków formalnych ofert, niewyczerpujące sporządzanie uzasadnienia decyzji, niezastosowanie się w pełni do zaleceń i ocen prawnych zawartych w wyrokach sądów administracyjnych.
2. Prawidłowość postępowania Zachodniopomorskiego OW NFZ przy udzielaniu odpowiedzi na zapytanie. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze nieprawidłowości: nierzetelne udzielenie odpowiedzi skarżącej.
3. Prawidłowość działania Podlaskiego OW NFZ w świetle postawionych zarzutów. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia: dokonanie przez dyrektora oddziału zmian zasad określonych w porozumieniach zawartych ze związkami zawodowymi.
4. Prawidłowość rozpatrzenia przez Łódzki OW NFZ skierowania na leczenie uzdrowiskowe. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia: nieterminowe działanie w sprawie zakupu sanatoryjnego leczenia ambulatoryjnego.
5. Prawidłowość postępowania Śląskiego OW NFZ w związku ze złożoną skargą. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze nieprawidłowości: niewyciągnięcie konsekwencji służbowych wobec pracowników, nieprawidłowe wykonywanie obowiązków przez Naczelnika WGL, nieprawidłowe monitorowanie realizacji umowy zawartej z kontrolowaną apteką, niewykorzystanie wszystkich licencji do analizy

dotyczącej wysokości i specyfiki refundacji aptecznej, niesporządzenie zlecenia kontroli doraźnej i dopuszczenie do przeterminowania sprawy, niezawiadomienie Śląskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego o niewywiązaniu się podmiotu prowadzącego zlikwidowaną aptekę z obowiązku przechowywania recept.

6. Ocena prawidłowości zabezpieczenia dokumentacji. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze nieprawidłowości: działania mogące naruszyć bezpieczeństwo przetwarzania danych w Funduszu.
7. Prawidłowość działania Pomorskiego OW NFZ w świetle postawionych zarzutów. W badanym obszarze nie stwierdzono nieprawidłowości.
8. Prawidłowość działania Łódzkiego OW NFZ w świetle postawionych zarzutów. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: niepodpisanie przez wszystkich członków komisji dokumentów sporządzonych w trakcie postępowania konkursowego.
9. Prawidłowość podejmowania czynności kontrolnych i sprawdzających przez Departament Kontroli NFZ w związku ze zmianą przepisów prawa. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze nieprawidłowości: znaczący spadek liczby rozpoczętych i zakończonych kontroli oraz czynności sprawdzających w stosunku do 2018 r., przekazanie planu kontroli do akceptacji Prezesa Funduszu z błędami, nieprawidłowe prowadzenie rejestru kontroli, nieopracowanie jednolitych zasad prowadzenia i uzupełniania rejestru czynności sprawdzających, niestosowanie instrukcji kancelaryjnej obowiązującej w Funduszu, nieudzielenie odpowiedzi do Ministerstwa Zdrowia, nieterminowe procedowanie spraw.
10. Ocena prawidłowości postępowania Dolnośląskiego OW NFZ w związku z informacją Ministerstwa Zdrowia o potencjalnych nieprawidłowościach w zakresie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: nieterminowe przeprowadzenie kontroli oraz sporządzenie i przekazanie wystąpienia pokontrolnego, nieprawidłowe sporządzenie upoważnień do kontroli, wystąpienia pokontrolnego, protokołu kontroli, protokołu przyjęcia ustnych wyjaśnień i protokołu oględzin, niesporządzenie dokumentu zawierającego wskazanie propozycji nałożenia kary umownej w wysokości wynikającej z taryfikatora kar umownych, podpisanie przez osobę nieuprawnioną pisma wystosowanego do Konsultanta Krajowego.
11. Ocena prawidłowości postępowania pracownika Delegatury Wielkopolskiego OW NFZ w świetle postawionych zarzutów. W badanym obszarze nie stwierdzono nieprawidłowości.
12. Ocena prawidłowości postępowania Śląskiego OW NFZ przy wyrażaniu zgody na cesję. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze nieprawidłowości: nieprawidłowy skład komisji konkursowej, nieuwzględnienie wszystkich dokumentów będących w posiadaniu oddziału przy podejmowaniu decyzji.

W ramach kontroli funkcjonalnej komórki organizacyjne Centrali Funduszu przeprowadziły łącznie 31 kontroli, w tym: DSM 9 planowych, DEF 6 planowych, BK 5 planowych, BKiS

1 planowa, DK 3 planowe, GPF 1 sprawdzająca, DWM 1 planowa, DSOZ 5 planowych.

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

- realizacja w OW zadań przez Wydział ds. Służb Mundurowych w okresie od dnia 01.01.2018 r.; w jednym oddziale stwierdzono nieprawidłowości dotyczące ograniczania możliwości nadzorowania zadań przez Zastępcę Dyrektora ds. Służb Mundurowych,
- realizacja zadań obronnych, zarządzania kryzysowego i obrony cywilnej w OW; w jednym oddziale stwierdzono nieprawidłowości dotyczące niezatwierdzenia punktu kontaktowego HNS na Instrukcji oraz niezrealizowania części przedsięwzięć wykazanych w planie działania w zakresie zarządzania kryzysowego i obrony cywilnej,
- prowadzenie postępowań konkursowych w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe; w jednym oddziale stwierdzono nieprawidłowości dotyczące niepełnego wykorzystania planowanych środków finansowych oraz niepełnego zweryfikowania danych ankietowych,
- przeprowadzenie postępowań w sprawie zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne obowiązujących od roku 2019; nie stwierdzono uchybień ani nieprawidłowości.

Departament Ekonomiczno-Finansowy przeprowadził 6 kontroli planowych, których przedmiotem było wykonanie planu finansowego przez oddziały wojewódzkie NFZ. W jednym oddziale stwierdzono uchybienia dotyczące nieprawidłowego zakwalifikowania zakresu świadczeń, dotyczącego sfinansowania wniosku o wypłatę wynagrodzenia za świadczenia udzielone w stanie nagłym oraz nieprzeprowadzenia procesu rozliczenia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Biuro Księgowości przeprowadziło 5 kontroli planowych w zakresie prawidłowości prowadzenia ksiąg rachunkowych i sporządzania sprawozdań finansowych, obiegu dowodów księgowych oraz regulowania zobowiązań i dochodzenia należności. W jednym oddziale stwierdzono uchybienia dotyczące nieprawidłowego obiegu dowodów księgowych.

Biuro Kadr i Szkoleń przeprowadziło jedną kontrolę planową, której przedmiotem była prawidłowość zadań realizowanych przez komórkę właściwą do spraw kadrowych. Stwierdzono nieprawidłowości dotyczące niesporządzenia zakresu obowiązków pracowników, protokołu z przeprowadzonego naboru i kart ocen ryzyka zawodowego, braku uzasadnienia na wnioskach dotyczących przyznania premii uznaniowej, nierzetelnego sporządzania dokumentów z naboru oraz prowadzenia rejestru szkoleń BHP, nieprzeprowadzenia konsultacji ze wszystkimi organizacjami związkowymi o zamiarze rozwiązania z pracownikiem stosunku pracy, braku ważnych szkoleń BHP dla 484 pracowników oraz niewydania zarządzenia dotyczącego oceny ryzyka zawodowego.

Departament Kontroli przeprowadził 3 kontrole planowe w obszarze wykonywania zadań przez komórkę właściwą do spraw kontroli w latach 2017-2018 w zakresie sposobu przeprowadzania postępowań kontrolnych oraz realizacji wyników kontroli. W jednym oddziale stwierdzono uchybienia dotyczące nieprawidłowego sporządzenia upoważnień do kontroli, protokołu

ogłędzin, programu kontroli i protokołu kontroli oraz braku paraf kontrolerów na wszystkich kartach protokołu kontroli.

Gabinet Prezesa Funduszu przeprowadził jedną kontrolę sprawdzającą dotyczącą wykonywania zadań OW w zakresie wydawania decyzji w indywidualnych sprawach z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 109 ustawy o świadczeniach oraz z tytułu poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom nieuprawnionym na podstawie art. 50 ustawy o świadczeniach. Nie stwierdzono uchybień ani nieprawidłowości.

Departament Współpracy Międzynarodowej przeprowadził jedną kontrolę planową dotyczącą realizacji zadań związanych z rozliczeniami na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, która pozostawała w toku do czasu zakończenia okresu sprawozdawczego.

Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej przeprowadził 5 kontroli planowych w następujących obszarach:

- prawidłowości działania dyrektora oddziału w zakresie zmiany kwalifikacji świadczeniodawcy do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz aktualizacji wykazów kwalifikacji świadczeniodawców do poszczególnych poziomów systemu podstawowego systemu zabezpieczenia w 2017 roku; nie stwierdzono uchybień ani nieprawidłowości;
- prawidłowość postępowania oddziału w świetle art. 156 ust. 1a i 1e ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przy zabezpieczaniu wybranych świadczeń opieki zdrowotnej (aneksowaniu i zawieraniu umów) w roku 2017; w jednym oddziale stwierdzono nieprawidłowości dotyczące nieprzeprowadzenia postępowań w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń, w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresach, których dotyczyło przedłużenie umów, nieunieważnienia postępowania konkursowego i dokonania wyboru jedynej oferty niepodlegającej odrzuceniu oraz nieprawidłowego sporządzenia ogłoszeń o postępowaniach.

Przeprowadzone kontrole wewnętrzne w oddziałach wojewódzkich Funduszu: dolnośląski: 9 kontroli (7 problemowych, 1 sprawdzająca, 1 doraźna), kujawsko-pomorski: 5 kontroli problemowych, lubelski: 8 kontroli (6 problemowych, 2 sprawdzające), lubuski: 4 kontrole problemowe, łódzki: 5 kontroli problemowych, małopolski: 5 kontroli problemowych, mazowiecki: 11 kontroli (6 problemowych, 4 sprawdzające, 1 doraźna), opolski: 5 kontroli (4 problemowe, 1 sprawdzająca), podkarpacki: 7 kontroli problemowych, podlaski: 13 kontroli (8 problemowych, 1 sprawdzająca i 4 doraźne), pomorski: 5 kontroli problemowych, śląski: 7 kontroli (3 problemowe, 1 sprawdzająca, 1 rozpoznawcza, 2 doraźne), świętokrzyski: 7 kontroli (6 problemowych, 1 doraźna), warmińsko-mazurski: 5 kontroli (4 problemowe, 1 doraźna), wielkopolski: 6 kontroli (5 problemowych, 1 sprawdzająca), zachodniopomorski: 7 kontroli problemowych.

W 2019 roku oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły łącznie 109 kontroli wewnętrznych. Szczegółowe informacje przedstawiane zostały w poniższej tabeli.

Tabela nr VII.1. Ogólna ocena zakończonych kontroli w oddziałach wojewódzkich Funduszu. P - ocena pozytywna, PzU - ocena pozytywna z uchybieniami, PzN - ocena pozytywna z nieprawidłowościami, N - ocena negatywna, W przypadku, gdy odrębnie oceniono poszczególne zakresy kontroli ocenę przedstawiono ze znakiem "/".

Ocena ogólna*	Liczba zakończonych kontroli	% wszystkich zakończonych kontroli
P	43	39%
PzU	25	23%
P/PzU	17	15%
PzN	13	12%
P/PzN	4	4%
N	2	2%
P/PzU/N	2	2%
PzU/PzN	1	1%
P/PzU/PzN	1	1%
P/N	1	1%

VII.2. Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w Funduszu

W jednostkach organizacyjnych Funduszu instytucje kontroli zewnętrznej prowadziły w okresie sprawozdawczym łącznie 39 kontroli, tj.: 7 rozpoczętych w 2018 r. i zakończonych w 2019 r., 27 rozpoczętych i zakończonych w 2019 r., 5 rozpoczętych w 2019 r. i zakończonych w 2020 r. lub pozostających w toku.

W 2019 roku jednostki organizacyjne Funduszu kontrolowane były przez dziewięć instytucji kontroli zewnętrznej. Większość postępowań została przeprowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli (19) i Urzędy Wojewódzkie (7), pozostałe przez następujące instytucje: Archiwum Państwowe (4), Zakład Ubezpieczeń Społecznych (2), Ministerstwo Zdrowia (1), Państwowa Inspekcja Pracy (3), Powiatowy Urząd Pracy (1), Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny (1), Komenda Miejska Państwowej Straży Pożarnej (1).

Kontrolowaną działalność w 5 przypadkach oceniono pozytywnie, w jednym przypadku oceniono pozytywnie z uchybieniami, w 20 przypadkach przedstawiono ocenę opisową, natomiast w 6 przypadkach nie sformułowano oceny. W przypadku 7 kontroli ostateczne dokumenty pokontrolne nie wpłynęły na dzień 19 lutego 2020 r., tj. dzień sporządzania Informacji zbiorczej o wynikach kontroli przeprowadzonych przez instytucje kontroli zewnętrznej w 2019 r. w NFZ, opublikowanej na stronie internetowej Funduszu.

Kontrole przeprowadzone w Centrali Funduszu

W 2019 roku w Centrali Funduszu instytucje kontroli zewnętrznej prowadziły 4 kontrole:

- Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła trzy kontrole obejmujące następujące zagadnienia: zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej, realizacja zadań NFZ

w 2018 r. oraz dostępność opieki długoterminowej finansowanej ze środków NFZ. We wszystkich kontrolach, Izba sformułowała ocenę opisową;

- Państwowa Inspekcja Pracy przeprowadziła kontrolę w zakresie przestrzegania przepisów dotyczących przeciwdziałania mobbingowi i dyskryminacji oraz wypłacenia ekwiwalentu pieniężnego za niewykorzystany urlop wypoczynkowy po ustaniu stosunku pracy. Oceny nie sformułowano.

Kontrole przeprowadzone w oddziałach wojewódzkich Funduszu

W 2019 roku instytucje kontroli zewnętrznej w oddziałach wojewódzkich Funduszu przeprowadziły łącznie 35 kontroli:

- Najwyższa Izba Kontroli (16) w oddziałach: kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, łódzkim, mazowieckim, opolskim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim;
- Urzędy Wojewódzkie (7) w oddziałach: dolnośląskim, lubelskim, lubuskim, podkarpackim i śląskim;
- Archiwum Państwowe (4) w oddziałach: lubelskim, opolskim, pomorskim i śląskim;
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych (2) w oddziałach: opolskim i podlaskim;
- Ministerstwo Zdrowia (1) w śląskim OW NFZ;
- Państwowa Inspekcja Pracy (2) w oddziałach: podkarpackim i wielkopolskim;
- Powiatowy Urząd Pracy (1) w oddziale świętokrzyskim;
- Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny (1) w oddziale podkarpackim;
- Komenda Miejska Państwowej Straży Pożarnej (1) w oddziale lubelskim.

VII.3. Audyt wewnętrzny w Funduszu

W 2019 roku zostały przeprowadzone planowe zadania audytowe w poniższym zakresie:

- Proces obsługi interesanta w Oddziale Wojewódzkim NFZ (zadanie zapewniające zrealizowane w oddziale wojewódzkim NFZ);
- Kontraktowanie/aneksowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (16 zadań zapewniających zrealizowanych w 16 OW NFZ);
- Zapewnienie wymaganego poziomu bezpieczeństwa danych i ich transmisji w eksploatowanych systemach informatycznych (czynności doradcze zrealizowane w Centrali NFZ);
- Przegląd regulacji wewnętrznych dotyczących procedur zakupowych w NFZ (czynności doradcze zrealizowane w Centrali NFZ);
- Proces dostosowania systemów do zmian regulacji prawnych (16 czynności doradczych zrealizowanych w 16 OW NFZ);

- Przeprowadzanie postępowań o udzielanie zamówienia publicznego z uwzględnieniem środków komunikacji elektronicznej (czynności doradcze zrealizowane w Centrali i 16 OW NFZ);
- Wsparcie procesu samooceny kontroli zarządczej w NFZ (czynności doradcze zrealizowane w Centrali NFZ);
- Uczestnictwo w zespole ds. kontroli zarządczej (czynności doradcze zrealizowane w Centrali NFZ);
- Wsparcie zespołów audytujących ZSZ (czynności doradcze zrealizowane w Centrali NFZ).

W 2019 roku zostały przeprowadzone pozaplanowe zadania audytowe w poniższym zakresie:

Udział w warsztatach z architektury wysokopoziomowej (6 czynności doradczych zrealizowanych w Centrali i 5 OW NFZ).

W 2019 roku przeprowadzono następujące czynności sprawdzające:

- Nadzór nad rozliczeniami międzyoddziałowymi z tytułu migracji (czynności sprawdzające zrealizowane w Centrali NFZ);
- Zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (15 czynności sprawdzających zrealizowanych w Centrali i 14 OW NFZ);
- Proces obsługi interesanta w Oddziale Wojewódzkim NFZ (16 czynności sprawdzających zrealizowanych w 16 OW NFZ).

VII.4. Sprawy sądowe

W 2019 roku OW NFZ prowadziły łącznie 1 465 postępowań sądowe, czyli 10,4% mniej niż w 2018 roku. Większość toczących się postępowań stanowiły sprawy cywilne z powództwa Funduszu. W danym okresie sprawozdawczym oddziały prowadziły 749 takich sprawy czyli o 26 spraw więcej niż w 2018 r., przy czym łączna kwota roszczeń wynosiła ponad 44 mln zł. Wśród tych spraw wszczętych zostało 396 postępowań czyli o 36 spraw więcej niż w 2018 r., których kwota roszczeń wynosiła ponad 13,9 mln zł. W okresie sprawozdawczym OW NFZ prowadziły 242 spraw sądoadministracyjnych, czyli o 47 spraw mniej niż w 2018 r., z których 96 postępowań zostało wszczętych w 2019 roku.

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

Stan na koniec 2019 roku						
Lp.	Sprawy		Sprawy prowadzone w okresie sprawozdawczym		W tym sprawy wszczęte w okresie sprawozdawczym	
			liczba	kwota roszczeń (w tys. zł)	liczba	kwota roszczeń (w tys. zł)
1	2		3	4	5	6
1.	cywilne	z powództwa Funduszu	749	44 282,10	396	13 907,44
2.		sprawy przeciwko Funduszowi	474	574 887,36	130	149 392,81
3.	sądowoadministracyjne		242	0,00	96	1,41
4.	ogółem		1 465	619 169,46	622	163 301,66

VII.5. 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/zadania 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 Biuro Nadzoru Wewnętrznego. Monitorowanie wykonania zaleceń poaudytowych prowadzone jest na bieżąco przez Biuro Audytu Wewnętrznego. Po upływie roku od przeprowadzenia zadania audytowego przeprowadzane są czynności sprawdzające realizację zaleceń.

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

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, braku zgody na rozliczenia za zgodą płatnika, wyliczenia ryczałtu w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W 2019 roku w przedmiotowym zakresie rozpatrzono 176 zażaleń, z czego: nie uwzględniono zażalenia w 139 przypadkach (co stanowi 78,98% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w całości 5 zażaleń (co stanowi 2,84% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w części 13 zażaleń (co stanowi 7,39% ogółu rozpatrzonych zażaleń), nie rozpatrzono 19 zażaleń (co stanowi 10,80% ogółu rozpatrzonych zażaleń).

Zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu rozpatrywane są na podstawie art. 161 ustawy o świadczeniach.

Główna tematyka zażaleń na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, dotyczących ordynacji lekowych

Zażalenia na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu dotyczące kontroli przeprowadzonych przez te oddziały w zakresie monitorowania ordynacji lekarskiej u świadczeniodawców oraz osób uprawnionych do ordynowania leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, rozpatrywane są przy wsparciu Zespołu Arbitrażowego. Zespół został powołany zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 31/2013/DGL 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.

Zadaniem Zespołu jest dokonanie weryfikacji poprawności procedury kontrolnej oraz oceny adekwatności skutków prawnych i finansowych do stwierdzonych uchybień i nieprawidłowości, a następnie przygotowanie Prezesowi NFZ stanowiska dotyczącego zażalenia. Członków Zespołu powołuje i odwołuje Prezes NFZ. Przedstawiciele reprezentujących Naczelną Radę Lekarską powołuje Prezes NFZ, na wniosek Prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Natomiast przedstawiciela z Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia Porozumienie Zielonogórskie powołuje Prezes NFZ, na wniosek Prezesa tej Federacji.

Główna tematyka zażaleń na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, dotyczących ordynacji lekarskiej dotyczyła:

- nałożonych kar umownych kwocie stanowiącej równowartość kwoty refundacji cen tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji;
- nałożonych kar umownych z tytułu niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy;
- nieuwzględnienia przez dyrektora OW NFZ zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego.

W 2019 r. Zespół Arbitrażowy wydał siedem (7) rozstrzygnięć w sprawie złożonych zażaleń dotyczących ordynacji leków, których nie uwzględniono w całości. Stanowisko Prezesa Funduszu wydano w pięciu (5) przypadkach. Odstąpiono od rozpatrzenia dwóch (2) zażaleń, z których jedno wniesione po terminie, a drugiego nie zakwalifikowano do rozpatrzenia przez Zespół Arbitrażowy.

W 2019 r. odbyły się trzy (3) posiedzenia Zespołu Arbitrażowego w dniach: 14.03.2019 r. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej, 29.08.2019 r. w siedzibie Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia oraz 7.11.2019 r. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej.

Odwołania podmiotów prowadzących aptekę wniesione do Prezesa Funduszu rozpatrywane są na podstawie art. 47 ust. 16 w związku z art. 42 ust. 7 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 784, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą

o refundacji”, w związku z art. 9 ust.1 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2019 r. poz. 399, z późn. zm.).

Do Departamentu Kontroli w 2019 r. wpłynęło 51 odwołań wniesionych przez kierowników aptek lub podmioty prowadzące apteki. Ponadto złożono dwa (2) wnioski o ponowne rozpatrzenie odwołania, które nie zostały uwzględnione. Stanowisko Prezesa NFZ stanowi ostateczne rozstrzygnięcie w sprawie kontroli aptek, zatem tryb odwoławczy wynikający z art. 47 ustawy o refundacji leków został wyczerpany.

W przypadku 24 odwołań, decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ podtrzymano w całości, natomiast w odniesieniu do jednego (1) odwołania – stanowisko dyrektora podtrzymała została w części. Pozostawiono bez rozpatrzenia dwa (2) odwołania złożone przez podmiot prowadzący aptekę, ponieważ wpłynęły do Funduszu po terminie ustawowym. W toku rozpatrywania pozostały 24 odwołania od stanowiska dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, złożone przez podmioty prowadzące aptekę do Prezesa Funduszu, oczekują na rozpatrzenie w 2020 r.

Liczba złożonych do Prezesa Funduszu odwołań od stanowiska dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ wzrosła o 35%, w porównaniu do poprzedniego roku.

Najczęstszą przyczyną pozostawienia bez rozpatrzenia był fakt wniesienia odwołania z uchybieniem terminu, bądź złożenia nieprzysługującego środka odwoławczego - wniosku o ponowne rozpatrzenie sprawy.

Tabela nr VIII.1. Liczba odwołań złożonych w 2019 r. z podziałem na oddziały wojewódzkie Funduszu i z uwzględnieniem sposobu rozpatrzenia.

OW NFZ	Oddział Wojewódzki NFZ	Liczba wniesionych odwołań	Liczba odwołań pozostawionych bez rozpatrzenia	Liczba odwołań uwzględnionych w całości lub w części	Liczba odwołań nieuwzględnionych w całości	"Liczba odwołań rozpatrzonych w nowym trybie"
1	Dolnośląski	11	0	0	8	3
2	Kujawsko-Pomorski	1	0	0	0	0
3	Lubelski	1	0	0	0	0
5	Łódzki	6	2	0	3	0
6	Małopolski	10	0	0	4	0
7	Mazowiecki	4	1	0	1	0
9	Podkarpacki	2	0	0	2	0
10	Podlaski	4	0	0	3	0
12	Śląski	2	0	0	0	0
13	Świętokrzyski	5	0	1	0	1
15	Wielkopolski	2	0	0	1	0
16	Zachodniopomorski	3	1	0	2	0
Razem		51	4	1	24	4

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, z późn. zm.), czego konsekwencją - w myśl art. 43 ust. 1 pkt 6 ustawy o refundacji oraz w związku z § 6 ust. 1 umowy na wydawanie refundowanego leku, środka specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę (załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów na realizację recept oraz ramowego wzoru umowy na realizację recept), co jest równoznaczne z nienależyтым 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 nienależyтым 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, z późn. zm.), tj. nałożenie na podmiot prowadzący aptekę kary umownej;
- miarkowaniem kary umownej.

W ocenie Departamentu Kontroli Centrali NFZ rodzaj nieprawidłowości ujawnionych w toku kontroli, był porównywalny do 2018 r.

Sprawy sądowe

W 2019 r. zakończone zostały 74 sprawy prowadzone przez OW NFZ związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limit określony w umowie. Z tego tytułu Fundusz poniósł koszt w wysokości ponad 27 mln zł, w tym ponad 12 mln zł z tytułu zasądzenia wyrokami Sądów oraz ponad 15 mln zł z tytułu ugód sądowych. W odniesieniu do 2018 r. liczba tego typu spraw zmniejszyła się o 110 spraw. Ponadto, oprócz ww. spraw, oddziały zakończyły 85 postępowań o zapłatę wynikających z wykonania umowy, w wyniku których Fundusz zapłacił ogółem kwotę ponad 3 mln zł (ponad 2 mln zł na podstawie wyroków oraz blisko 1 mln zł w wyniku zawartych ugód sądowych). W odniesieniu do 2018 r. liczba prowadzonych tego typu spraw zwiększyła się o 14 postępowań.

Tabela nr VIII.2. Zestawienie spraw sądowych zakończonych wg stanu na koniec 2019 roku.

Stan na koniec 2019 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	74	0	27 484,49	0	12 029,11	0	15 455,38
2.	o zapłatę wynikające z wykonania umowy	85	882,38	3 067,83	722,55	2 065,67	21,10	993,52
3.	postępowania sądownoadministracyjne ²⁾	271	21	93	21	93	0	0
4.	pozostałe postępowania sądowe ²⁾	301	889,33	24 554,87	851,89	4 559,14	28,47	19 883,13
ogółem		731	1 792,71	55 200,19	1 595,44	18 746,92	49,57	36 332,03

Powyższa tabela uwzględnia dane dotyczące postępowań prowadzonych przez oddziały Funduszu oraz centralę Funduszu.

W zakresie postępowań sądownoadministracyjnych najczęściej wskazywane były postępowania konkursowe w przedmiocie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W grupie pozostałych postępowań sądowych występowały sprawy z zakresu prawa wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, wystawiania recept bez ważnej umowy z Funduszem i zwrotu kosztów leczenia poza granicami kraju. W 2019 r. ogółem w oddziałach wojewódzkich Funduszu prowadzonych było 262 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 zostało: 126 spraw wszczęto, 70 zakończono a 192 pozostało w toku.