



MONITOR POLSKI

DZIENNIK URZĘDOWY RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 29 września 2014 r.

Poz. 837

KOMUNIKAT PREZESA NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA

z dnia 14 lipca 2014 r.

w sprawie ogłoszenia sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 r.

Na podstawie art. 104 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.¹⁾) ogłasza się sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 r., stanowiące załącznik do komunikatu.

Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia: *T. Jędrzejczyk*

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2008 r. Nr 216, poz. 1367, Nr 225, poz. 1486, Nr 227, poz. 1505, Nr 234, poz. 1570 i Nr 237, poz. 1654, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz. 120, Nr 26, poz. 157, Nr 38, poz. 299, Nr 92, poz. 753, Nr 97, poz. 800, Nr 98, poz. 817, Nr 111, poz. 918, Nr 118, poz. 989, Nr 157, poz. 1241, Nr 161, poz. 1278 i Nr 178, poz. 1374, z 2010 r. Nr 50, poz. 301, Nr 107, poz. 679, Nr 125, poz. 842, Nr 127, poz. 857, Nr 165, poz. 1116, Nr 182, poz. 1228, Nr 205, poz. 1363, Nr 225, poz. 1465, Nr 238, poz. 1578 i Nr 257, poz. 1723 i 1725, z 2011 r. Nr 45, poz. 235, Nr 73, poz. 390, Nr 81, poz. 440, Nr 106, poz. 622, Nr 112, poz. 654, Nr 113, poz. 657, Nr 122, poz. 696, Nr 138, poz. 808, Nr 149, poz. 887, Nr 171, poz. 1016, Nr 205, poz. 1203 i Nr 232, poz. 1378, z 2012 r. poz. 123, 1016, 1342 i 1548, z 2013 r. poz. 154, 879, 983, 1290, 1623, 1646 i 1650 oraz z 2014 r. poz. 24, 295, 496, 567, 619, 773, 1004, 1136, 1138, 1146, 1175 i 1188.

Załącznik do komunikatu Prezesa Narodowego Funduszu
Zdrowia z dnia 14 lipca 2014 r. (poz. 837)



Narodowy Fundusz Zdrowia

**SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
ZA 2012 R.**

Warszawa, czerwiec 2013

Spis treści

I. Podstawy prawne działalności Funduszu	7
II. Ogólne informacje o Funduszu	8
II.1. Struktura organizacyjna	8
II.2. Zasoby kadrowe i szkolenia pracowników Funduszu	15
II.3. Informatyzacja	17
II.3.1. Infrastruktura	17
II.3.2. Systemy informatyczne	21
II.4. Kontrole wewnętrzne	23
II.5. Kontrole zewnętrzne	25
II.6. Audyt wewnętrzny	27
II.7. Sprawy sądowe	32
II.7.1. Postępowania prowadzone przez Centralę Funduszu	32
II.7.2. Postępowania prowadzone przez oddziały wojewódzkie Funduszu	33
II.8. Zarządzenia Prezesa Funduszu	35
II.9. Działania edukacyjne i informacyjne	35
III. Świadczenia opieki zdrowotnej	39
III.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2012 roku	39
III.1.1. Informacje o ogólnych warunkach umów	39
III.1.2. Zasady kontraktowania na 2012 rok	39
III.1.3. Walidacja i weryfikacja danych przekazanych przez świadczeniodawców	39
III.1.4. Projekty unijne realizowane przez Fundusz	40
III.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w 2012 roku	42
III.2.1. Umowy zawarte na 2012 rok	42
III.2.2. Monitorowanie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej	44
III.2.2.1. Podstawowa opieka zdrowotna	46
III.2.2.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	47
III.2.2.3. Lecznictwo szpitalne	54
III.2.2.3.1. Chemioterapia	60
III.2.2.3.1.1. Zgody indywidualne na chemioterapię niestandardową	62
III.2.2.3.1.2. Terapeutyczne programy zdrowotne/programy zdrowotne (lekowe)	63
III.2.2.4. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	67
III.2.2.5. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	72
III.2.2.6. Opieka paliatywna i hospicyjna	76
III.2.2.7. Rehabilitacja lecznicza	81
III.2.2.8. Świadczenia odrębnie kontraktowane	85
III.2.2.9. Pomoc doraźna i transport sanitarny	90
III.2.2.10. Ratownictwo medyczne	91

III.2.2.11. Leczenie stomatologiczne	95
III.2.2.12. Programy profilaktyczne	100
III.2.2.13. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	103
III.2.2.14. Lecznictwo uzdrowiskowe	103
III.3. Kontrola realizacji umów	105
III.3.1. Nieprawidłowości w realizacji umów	107
III.3.2. Kontrole koordynowane przeprowadzone przez oddziały wojewódzkie Funduszu	107
III.4. Zażalenia na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu i wnioski o ponowne ich rozpatrzenie złożone przez świadczeniodawców w trybie art. 160 i 161 ustawy o świadczeniach	108
III.4.1. Odwołania od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczących rozstrzygnięć postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wniesionych do Prezesa Funduszu w trybie art. 154 ust. 4 ustawy o świadczeniach	109
III.5. Refundacja leków	110
III.6. Kontrole w zakresie refundacji leków	115
III.6.1. Kontrola aptek	115
III.6.2. Kontrola ordynacji lekarskiej	117
III.7. Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2013 rok	120
IV. Sprawy świadczeniobiorców	134
IV.1. Centralny Wykaz Ubezpieczonych	134
IV.2. Decyzje indywidualne	137
IV.3. Kolejki oczekujących	141
IV.4. Skargi i wnioski składane przez świadczeniobiorców	164
V. Realizacja zadań wynikających z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego	172
V.1. Charakterystyka ogólna	172
V.2. Uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji	173
V.2.1. Zaświadczenia wydane przez Fundusz osobom ubezpieczonym	173
V.2.2. Poświadczenia wydane na podstawie zarejestrowanych formularzy przedstawionych przez osoby uprawnione	175
V.3. Świadczenia zrealizowane na podstawie przepisów o koordynacji	176
V.3.1. Struktura roszczeń zgłoszonych przez państwa członkowskie UE i EFTA w związku z leczeniem osób ubezpieczonych w Funduszu oraz stan zobowiązań RP na dzień 31.12.2012 r.	176
V.3.2. Struktura roszczeń przekazanych przez Fundusz państwom członkowskim UE i EFTA w związku z leczeniem osób uprawnionych na terenie Polski oraz stan wierzytelności RP na dzień 31.12.2012 r.	181
V.4. Refundacja kosztów świadczeń osobom ubezpieczonym w Funduszu na podstawie art. 25 rozporządzenia Rady (EWG) 987/2009	184
V.5. Decyzje Prezesa Funduszu dotyczące zgód na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych oraz pokrycie kosztów transportu na podstawie art. 25, 26 i 26a ustawy o świadczeniach	186
VI. Gospodarka finansowa	189
VI.1. Plan finansowy Funduszu na 2012 r. i jego zmiany	189

VI.2. Przychody	191
VI.3. Koszty	193
VI.4. Wynik finansowy Funduszu za 2012 rok	196
VI.5. Sprawozdanie finansowe Funduszu za 2012 r. na podstawie ustawy o rachunkowości	198
VI.5.1. Aktywa i ich struktura	200
VI.5.2. Pasywa i ich struktura	201

Zasady funkcjonowania, organizacja oraz zadania Narodowego Funduszu Zdrowia, określone zostały w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zwanej dalej ustawą o świadczeniach, oraz wydanym na podstawie art. 96 ust. 8 tej ustawy, rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 września 2004 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 213, poz. 2161, z późn. zm.).

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

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

I. Podstawy prawne działalności Funduszu

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

W 2012 roku ustawa o świadczeniach była nowelizowana następującymi aktami prawnymi:

- ustawą z dnia 13 stycznia 2012 r. o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za lata 2012 i 2013 (Dz. U. poz. 123) dokonana została zmiana art. 86 w związku z określeniem szczególnych zasad ubezpieczenia zdrowotnego rolników i ich domowników prowadzących działalność rolniczą.

Ustawa weszła w życie w dniu 1 lutego 2012 roku.

- ustawą z dnia 17 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1 016) wprowadzono zmianę dotyczącą: uproszczenia sposobu potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorcę, zdjęcia ze świadczeniodawców odpowiedzialności za potwierdzenie prawa do świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawy jakości i wiarygodności danych gromadzonych i przetwarzanych w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych, zwanych dalej CWU, prowadzonym przez Fundusz, m.in. poprzez poprawę w zakresie dokonywania zgłoszeń do ubezpieczenia zdrowotnego oraz wyrejestrowywania z tego ubezpieczenia.

Ustawa weszła w życie w dniu 1 stycznia 2013 roku.

- ustawą z dnia 16 listopada 2012 r. o redukcji niektórych obciążeń administracyjnych w gospodarce (Dz. U. poz. 1 342), dodany został przepis art. 109a, w myśl którego Dyrektor Oddziału Wojewódzkiego Funduszu wydaje interpretacje indywidualne, o których mowa w art. 10 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. z 2010 r. Nr 220, poz. 1 447, z późn. zm.13), w zakresie spraw dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

Ustawa weszła w życie w dniu 1 stycznia 2013 roku.

- ustawą z dnia 7 grudnia 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach rodzinnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1548) mającą na celu dostosowanie przepisów do zmian dokonanych w ustawie o świadczeniach rodzinnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 139, poz. 992, z późn. zm.).

Ustawa weszła w życie w dniu 1 stycznia 2013 roku.

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

Zmiana regulaminu organizacyjnego Centrali nastąpiła w 2011 roku. Został on przyjęty zarządzeniem Prezesa NFZ nr 49/2011/GPF z dnia 21 września 2011 roku.

II. Ogólne informacje o Funduszu

II.1. Struktura organizacyjna

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

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

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

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

Ustawa o świadczeniach określa zadania i kompetencje poszczególnych organów Funduszu:

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

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

- kontrolowanie bieżącej działalności Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności,
- uchwalanie:
 - planu pracy Funduszu na dany rok,
 - rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych,
- opiniowanie:
 - projektu planu finansowego na dany rok,
 - systemu wynagradzania pracowników Funduszu,
- przyjmowanie:
 - sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu,
 - okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu,
- podejmowanie uchwał w sprawach dotyczących majątku Funduszu i inwestycji przekraczających zakres upoważnienia statutowego dla Prezesa Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu, a także podejmowanie uchwał w sprawach, przeznaczenia zysku netto lub pokrycia straty netto za dany rok obrotowy,
- kontrola prawidłowej realizacji planu finansowego Funduszu,
- dokonywanie wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdania finansowego Funduszu,
- wnioskowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli prawidłowości postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub ich realizacji,
- wyrażanie opinii w sprawie kandydata na Prezesa Funduszu lub kandydatów na jego zastępców,
- wyrażanie opinii w sprawie odwołania Prezesa Funduszu lub jego zastępców.

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

Rada Funduszu w 2012 roku obradowała na 12 posiedzeniach, podjęła łącznie 39 uchwał, w tym 1 uchwałę w trybie korespondencyjnego uzgodnienia stanowisk przez członków Rady Funduszu (tryb obiegowy).

Ponadto w 2012 roku odbyły się trzy spotkania Zespołu Problemowego Rady Funduszu do spraw świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny wieku rozwojowego, powołanego uchwałą Nr 8/2010/II Rady NFZ z dnia 27 maja 2010 r. Zespół Rady Funduszu w trakcie swoich prac przeprowadził analizę kosztów, jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego z zakresu medycyny wieku rozwojowego.

W trakcie posiedzeń Rada Funduszu między innymi:

- przyjęła:
 - plan pracy Funduszu na 2012 r.,
 - sprawozdanie z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r.,
 - okresowe sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2011 r. oraz I, II i III kwartał 2012 r.,
 - roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r.,
- uchwaliła:
 - rzeczowy plan wydatków inwestycyjnych NFZ na 2012 r. oraz dokonała kilku jego zmian w związku z wnioskami Prezesa Funduszu,
 - rzeczowy plan wydatków inwestycyjnych NFZ na 2013 r. oraz dokonała jego zmiany zgodnie z wnioskiem Prezesa NFZ,
- wyraziła pozytywną opinię w sprawach:
 - odwołania Prezesa NFZ, a następnie w sprawie kandydata na stanowisko Prezesa NFZ,
 - odwołania Zastępcy Prezesa NFZ do spraw medycznych, a następnie w sprawie kandydata na to stanowisko,
 - kandydata na stanowisko Zastępcy Prezesa NFZ do spraw finansowych,
 - projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 r. oraz projektu zmiany tego planu,
 - projektu zmiany planu finansowego NFZ na 2012 r.,
- wyraziła zgodę na:
 - zawarcie przez NFZ umowy najmu nieruchomości na potrzeby Mazowieckiego OW NFZ,
 - zawarcie przez NFZ aneksu do umowy najmu powierzchni biurowej w nieruchomości położonej w Warszawie na potrzeby Mazowieckiego OW NFZ,
 - zawarcie przez NFZ umowy o wykonanie robót budowlanych w siedzibie Śląskiego OW NFZ,
 - nabycie udziału w nieruchomości na potrzeby Mazowieckiego OW NFZ – Delegatury w Płocku,
 - odpłatne obciążenie nieruchomości NFZ zlokalizowanej w Katowicach służebnością przesyłu,
 - zawarcie przez Prezesa NFZ umów o świadczenie usług konserwacji systemu informatycznego wspomagania działalności NFZ oraz umów subskrypcji,
- wystąpiła z wnioskiem do:
 - Ministra Finansów oraz Ministra Zdrowia o zaopiniowanie przeznaczenia części zysku netto NFZ za 2006 r.,

- Prezesa NFZ o przeprowadzenie koordynowanej kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej za 2011 r. w zakresie świadczeń opieki psychiatrycznej stacjonarnej dla dzieci i młodzieży,
 - Ministra Finansów oraz Ministra Zdrowia o zaopiniowanie sposobu pokrycia straty netto NFZ za 2011 r.,
- kontrolowała realizację rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych na 2012 r.,
- udzieliła Zastępcy Prezesa NFZ ds. służb mundurowych upoważnienia do zastępowania Prezesa Funduszu, w pełnym zakresie kompetencji wynikających z przepisów ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (na podstawie art. 100 ust. 6 ustawy),
- powierzyła Zastępcy Prezesa NFZ ds. służb mundurowych oznaczone czynności związane z udzieleniem zamówienia publicznego na badanie sprawozdania finansowego NFZ za 2012 r.,
- zatwierdziła specyfikację istotnych warunków zamówienia publicznego na badanie sprawozdania finansowego NFZ za 2012 r.,
- dokonała wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 rok,
- zapoznała się z informacją Przewodniczących na temat prac zespołów problemowych Rady NFZ do spraw:
 - świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, udzielanych w 2009 r. na podstawie umów zawartych z NFZ
 - świadczeń zdrowotnych z zakresu medycyny wieku rozwojowego,
- zapoznała się z informacją Prezesa NFZ i dyskutowała na temat:
 - oceny skutków zmian w systemie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej,
 - wykonania rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ za 2011 r.,
 - kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej na 2012 r., w tym na temat zawartych umów w lecznictwie szpitalnym z zakresu okulistyki,
 - realizacji zadań NFZ związanych z wejściem w życie ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.), zwanej dalej ustawą refundacyjną,
 - realizacji zadań ujętych w Planie pracy Centrali NFZ na 2012 r. w I i II kwartale 2012 r. oraz ostatecznego kształtu planu pracy NFZ na 2013 r.,
 - nabycia na potrzeby Wielkopolskiego OW NFZ udziału w nieruchomości przy ul. Piekary 14/15 w Poznaniu,
 - projektów realizowanych przez Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia i Narodowy Fundusz Zdrowia i wzajemnych relacji pomiędzy tymi projektami,
 - prognozy przychodów i kosztów NFZ na lata 2013-2015,
 - centralizacji zakupu urządzeń biurowych w NFZ,
 - kierunkowej polityki Funduszu co do archiwizowania dokumentacji (w formie elektronicznej lub papierowej),
 - realizacji inwestycji związanej z budową siedziby Świętokrzyskiego OW NFZ,
 - zakupu nieruchomości na potrzeby siedziby Małopolskiego OW NFZ,
 - warunków lokalowych siedziby Podkarpackiego OW NFZ,
 - funkcjonowania obecnego algorytmu,

- kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ w latach 2009-2011.

Rada Funduszu w 2012 roku podjęła następujące uchwały:

- Uchwała Nr 1/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 lutego 2012 r. w sprawie przyjęcia planu pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2012 r.
- Uchwała Nr 2/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 lutego 2012 r. w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2012 r.
- Uchwała Nr 3/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 lutego 2012 r. w sprawie wystąpienia do Ministra Finansów oraz Ministra Zdrowia z wnioskiem o zaopiniowanie przeznaczenia części zysku netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2006 r.
- Uchwała Nr 4/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 2 lutego 2012 r. w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie umowy najmu nieruchomości na potrzeby Mazowieckiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia
- Uchwała Nr 5/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 marca 2012 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2011 r.
- Uchwała Nr 6/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 marca 2012 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2012 r.
- Uchwała Nr 7/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 marca 2012 r. w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie przez Narodowy Fundusz Zdrowia umowy o wykonanie robót budowlanych w siedzibie Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ
- Uchwała Nr 8/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2012 r. w przedmiocie wyrażenia opinii w sprawie odwołania Zastępcy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw medycznych
- Uchwała Nr 9/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2012 r.
- Uchwała Nr 10/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie wyrażenia zgody na nabycie udziału w nieruchomości na potrzeby Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia – Delegatury w Płocku
- Uchwała Nr 11/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 maja 2012 r. w przedmiocie wyrażenia opinii w sprawie odwołania Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
- Uchwała Nr 12/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 5 czerwca 2012 r. w sprawie udzielenia upoważnienia Zastępcy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia (tryb obiegowy)
- Uchwała Nr 13/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. w przedmiocie wyrażenia opinii w sprawie kandydata na stanowisko Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia
- Uchwała Nr 14/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r.
- Uchwała Nr 15/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za I kwartał 2012 r.
- Uchwała Nr 16/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie przyjęcia sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r.

- Uchwała Nr 17/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2012 r.
- Uchwała Nr 18/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie wyrażenia zgody na odpłatne obciążenie nieruchomości Narodowego Funduszu Zdrowia zlokalizowanej przy ul. Kossutha 13 w Katowicach służebnością przesyłu
- Uchwała Nr 19/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie wystąpienia do Ministra Finansów oraz Ministra Zdrowia z wnioskiem o zaopiniowanie przeznaczenia części zysku netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2006 r.
- Uchwała Nr 20/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie wystąpienia do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia o przeprowadzenie kontroli prawidłowości realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej
- Uchwała Nr 21/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2012 r. w sprawie wystąpienia do Ministra Finansów oraz Ministra Zdrowia z wnioskiem o zaopiniowanie sposobu pokrycia straty netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r.
- Uchwała Nr 22/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2012 r. w sprawie powierzenia czynności związanych z udzieleniem zamówienia publicznego na badanie sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 r.
- Uchwała Nr 23/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2012 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2012 r.
- Uchwała Nr 24/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 lipca 2012 r. w sprawie wyrażenia opinii do projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 r.
- Uchwała Nr 25/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2012 r. w sprawie zatwierdzenia specyfikacji istotnych warunków zamówienia publicznego na badanie sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 r.
- Uchwała Nr 26/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2012 r. w przedmiocie wyrażenia opinii w sprawie kandydata na Zastępcę Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw medycznych
- Uchwała Nr 27/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2012 r. w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie przez Prezesa NFZ umów o świadczenie usług konserwacji systemu informatycznego wspomagania działalności NFZ oraz umów subskrypcji
- Uchwała Nr 28/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2012 r. w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie aneksu do umowy najmu
- Uchwała Nr 29/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 października 2012 r. w przedmiocie wyrażenia opinii w sprawie kandydata na Zastępcę Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw finansowych
- Uchwała Nr 30/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 października 2012 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za II kwartał 2012 r.
- Uchwała Nr 31/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 października 2012 r. w sprawie pokrycia straty netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2011 r.
- Uchwała Nr 32/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 października 2012 r. w sprawie wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2012 r.
- Uchwała Nr 33/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 października 2012 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2012 r.

- Uchwała Nr 34/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 listopada 2012 r. w sprawie wyrażenia opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2012 r.
- Uchwała Nr 35/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 listopada 2012r. w sprawie wyrażenia opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 r.
- Uchwała Nr 36/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 listopada 2012 r. w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 r.
- Uchwała Nr 37/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2012 r. w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za III kwartał 2012 r.
- Uchwała Nr 38/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2012 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2012 r.
- Uchwała Nr 39/2012/II Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2012 r. zmieniająca uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 r.

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

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

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

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

Obsada Kierownictwa NFZ w 2012 roku

Do czasu odwołania, czyli do 4 czerwca 2012 roku, Prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia był Pan Jacek Paszkiewicz. Rada Narodowego Funduszu Zdrowia z dniem 5 czerwca 2012 roku, uchwałą Nr 12/2012/II

udzieliła upoważnienia Panu Zbigniewowi Teterowi, Zastępcy Prezesa ds. służb Mundurowych do zastępowania Prezesa Funduszu w pełnym zakresie kompetencji – do czasu powołania nowego Prezesa. Z dniem 28 czerwca 2012 roku Prezes Rady Ministrów powołał na stanowisko Prezesa Funduszu Panią Agnieszkę Pachciarz.

Prezes Funduszu wykonuje swoje zadania przy pomocy trzech zastępców Prezesa.

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

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

Funkcję Zastępcy Prezesa ds. Medycznych pełnił do 30 kwietnia 2012 roku Pan Maciej Dworski, a od 17 września 2012 roku został powołany na to stanowisko przez Ministra Zdrowia Pan Marcin Pakulski.

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

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

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

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

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

- dwóch członków powoływanych z własnej inicjatywy sejmiku,
- dwóch członków spośród kandydatów wskazanych przez właściwego wojewodę,
- jeden członek spośród kandydatów wskazanych przez konwent powiatów z danego województwa,

- dwóch członków spośród kandydatów wskazanych przez właściwą miejscowo wojewódzką komisję dialogu społecznego,
- jeden członek spośród kandydatów wskazanych przez Radę Działalności Pożytku Publicznego,
- jeden członek spośród kandydatów wskazanych wspólnie przez właściwego szefa wojewódzkiego sztabu wojskowego, właściwego komendanta wojewódzkiego Policji i właściwego komendanta wojewódzkiego Państwowej Straży Pożarnej.

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

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

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

II.2. Zasoby kadrowe i szkolenia pracowników Funduszu

Stan zatrudnienia i jego zmiany

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

Lp	Stan zatrudnienia na dzień	Osoby			Etaty		
		ogółem	centrala	oddziały	ogółem	centrala	oddziały
1	2	3	4	5	6	7	8
5	31 grudnia 2011	5 061	361	4 700	4 991,31	355,74	4 635,57
2	31 marca 2012	5 123	361	4 762	5 049,89	356,36	4 693,53
3	30 czerwca 2012	5 125	369	4 756	5 053,59	364,24	4 689,35
4	30 września 2012	5 151	378	4 773	5 082,49	372,74	4 709,75
6	31 grudnia 2012	5 141	372	4 769	5 071,29	367,36	4 703,93

W trakcie 2012 roku stan osobowy pracowników Funduszu zwiększył się o 80 osób i był spowodowany potrzebą zapewnienia prawidłowego procesu pracy w związku z przyjęciem do realizacji zadań nałożonych na Fundusz wynikających z ustawy refundacyjnej. Na zmiany w zatrudnieniu miało wpływ zawieranie większej liczby umów o pracę na zastępstwa za osoby przebywające na długotrwałych zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich oraz uzupełnienie niedoborów kadrowych.

Przeciętne zatrudnienie za 2012 rok wyniosło 5 056,27 etatu.

Wykształcenie pracowników NFZ

W Funduszu według stanu na 31.12.2012 roku zatrudnionych było 5 141 pracowników. Wykształceniem wyższym legitymowało się 4 256 osób tj. 82,79% ogółem zatrudnionych.

Tabela nr II.2. Wykształcenie pracowników Funduszu według stanu na dzień 31.12.2012 roku.

	liczba pracowników	wykształcenie		
		wyższe	średnie	pozostałe
1	2	3	4	5
Centrala Funduszu	372	326	43	3
Oddziały Wojewódzkie Funduszu łącznie	4 769	3 930	792	47
Ogółem Fundusz	5 141	4 256	835	50

Fluktuacja zatrudnienia

W 2012 roku rozwiązanych zostało łącznie na 267,88 etatu umów o pracę z Funduszem, natomiast nawiązano umowy o pracę na 373,89 etatu.

Roczny wskaźnik fluktuacji zatrudnienia ukształtował się na poziomie 7,39%.

Podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników Funduszu w 2012 roku

Działalność związana z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych pracowników Funduszu w 2012 roku obejmowała :

- bieżącą organizację, realizację, dokumentację oraz rozliczanie szkoleń i warsztatów,
- analizę i rozpatrywanie wniosków pracowników ubiegających się o dofinansowanie indywidualnego podnoszenia kwalifikacji zawodowych w ramach studiów wyższych, studiów podyplomowych i kursów,
- monitorowanie realizacji i opracowywanie sprawozdań z realizacji Planu szkoleń na 2012 rok,
- prace związane z przekazaniem testowej wersji aplikacji szkoleniowej do oddziału mazowieckiego.

Podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników Funduszu odbywało się w oparciu o:

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

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

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

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

Zorganizowane w 2012 roku szkolenia, kursy, seminaria, warsztaty obejmowały szeroki zakres zagadnień związanych z zadaniami realizowanymi przez biura i departamenty.

Zrealizowane zostały szkolenia dotyczące: bezpieczeństwa informacji i danych, zarządzania ryzykiem, kontroli zarządczej, kontynuacja warsztatowego cyklu poświęconego doskonaleniu umiejętności poprawnego pisania pism o charakterze urzędowym i oficjalnym, szkolenia z zakresu aplikacji komputerowych MS Excel, MS Power Point, szkolenia IT, w tym szkolenia w ramach umów serwisowych oraz kontynuacja cyklu szkoleń ITiL, szkolenia z rachunkowości, finansów i księgowości, szkolenia kadrowe i z zakresu prawa pracy, szkolenia poświęcone ustawie refundacyjnej oraz zmianom w prawie medycznym, warsztatowe szkolenie rzeczników prasowych NFZ, szkolenia z zakresu etykiety w administracji publicznej, kursy języka migowego, szkolenia z zakresu nowelizacji prawa zamówień publicznych, kursy językowe.

Szkolenia zrealizowane w 2012 roku

Tabela nr II.3. Wykaz liczby szkoleń i przeszkolonych pracowników Centrali Funduszu w 2012 roku z podziałem na piony.

Centrala Funduszu	liczba szkoleń	liczba przeszkolonych pracowników Centrali
Pion Prezesa Funduszu	66	137
Pion Zastępcy Prezesa ds. Medycznych	38	87
Pion Zastępcy Prezesa ds. Finansowych	55	176
Pion ds. Służb Mundurowych	3	10
Razem	162	410

Tabela nr II.4. Wykaz liczby szkoleń centralnych i przeszkolonych pracowników Funduszu w 2012 roku.

Szkolenia centralne	liczba szkoleń	liczba przeszkolonych pracowników Centrali
	26	243
		liczba przeszkolonych pracowników OW
		438

II.3. Informatyzacja

II.3.1. Infrastruktura

Za przedstawione poniżej działania odpowiedzialny jest Departament Informatyki (DI) w Centrali Funduszu.

Uczestnictwo w projekcie hurtowni danych

W 2012 roku po zakończonym postępowaniu zakupowym oraz wygranym postępowaniu odwoławczym w Krajowej Izbie Odwoławczej została podpisana umowa z wybranym wykonawcą na dostawę i wdrożeniu rozwiązania analityczno - raportowego typu hurtownia danych służącego wykrywaniu nadużyć w obszarze refundacji leków – skr. AFD-L.

Realizacja umowy (8/2012) w zakresie dostawy i wdrożenia miała miejsce 1 marca-30 lipca 2012 roku. Po tym okresie obowiązuje 2-letni okres usług wsparcia i serwisu ze strony wykonawcy umowy. Fundusz realizuje bieżące wsparcie dla prac realizowanych w ramach umowy 8/2012, a także w ramach koniecznych do zrealizowania prac dotyczących pełnego dostępu do hurtowni danych z funkcjami fraud detection w obszarze leków zarówno w Centrali jak i niektórych oddziałach wojewódzkich Funduszu.

Projekt jest wieloletni, w związku z tym w kolejnych fazach planowana jest rozbudowa systemu o szerszy zakres danych w obszarze leków oraz rozpoczęcie przygotowania wdrożenia dla obszaru świadczeń.

Projekt „Disaster Recovery”

Ze względu na złożoność projektu, w 2012 roku, rozpoczęto rozmowy z firmami zewnętrznymi, które zajmują się tego typu problematyką. Ustalono kierunki działań w celu przygotowania technicznej koncepcji całości rozwiązania i przyjęto wstępne założenia. W ramach realizowanych postępowań inwestycyjnych w zakresie: rozbudowy centralnego środowiska przetwarzania danych Centrali Funduszu, modernizacji i rozbudowy infrastruktury sieciowej w obszarze Data Center oraz rozbudowy sieci SAN, uwzględniono

niezbędne minimum zasobów infrastruktury technicznej pod projekt Disaster Recovery. Ze względu na projekty o wysokim priorytecie m.in. eWUŚ, ZIP w budowę infrastruktury pod te kluczowe projekty dalsze prace wstrzymano do końca 2012 roku.

Projekt DLP – Data Leakage Protection

W 2012 roku w ramach wdrożenia systemu DLP wykonano następujące etapy:

- dostarczono sprzęt: dwie sondy sieciowe Fidelis XPS i jeden serwer zarządzający SafeEnd,
- wykonano wdrożenie polegające na uruchomieniu i konfiguracji sond sieciowych Fidelis XPS, który aktualnie jest uruchomiony w trybie monitorowania,
- uruchomiono i dokonano konfiguracji serwera zarządzającego agentami na stacjach roboczych SafeEnd,
- przygotowano polityki bezpieczeństwa. Do wykonania pozostały procedury i instrukcje obsługi zintegrowanego systemu składającego się z części sieciowej i części na stacjach roboczych, a także procedura postępowania w sytuacji naruszenia bezpieczeństwa, która zostanie opracowana w ścisłej współpracy z ABI,
- administratorzy Fidelisa oraz Safend zostali przeszkoleni, oraz otrzymali stosowne certyfikaty. Po instalacji agenta Safend na wszystkich stacjach, planowane jest w 2013 roku przeprowadzenie szkolenia dla pracowników Centrali Funduszu, którego celem jest podniesienie świadomości na temat przetwarzanych danych w Funduszu.

Przebudowa struktury domenowej oraz Active Directory

Zakończono wszystkie etapy projektu ADEXM, wdrożenia usługi katalogowej Active Directory, poczty elektronicznej i monitorowania w Centrali i wszystkich oddziałach wojewódzkich Funduszu. Do końca 2012 roku większość oddziałów wojewódzkich Funduszu przemigrowała zasoby do nowej domeny poza:

- kujawsko-pomorskim – zmiany kadrowe (odejście koordynatora projektu) i rozbudowana struktura spowodowały konieczność wykonania innych czynności aby uruchomić możliwość migracji środowiska do nowej domeny,
- łódzkim – po odpowiedzi na formalne wątpliwości dotyczące projektu, stan migracji zasobów do nowej domeny nie zmienił się, utworzono wszystkie konta pracowników, przemigrowano testowo kilka stacji roboczych oraz jeden serwer pełniący rolę serwera plików z aplikacjami. Migracja poczty Exchange nie została rozpoczęta,
- mazowieckim – do końca 2012 roku przeprowadzono migrację ok. 200 z 600 stacji roboczych. Proces migracji wydłużyło postępowanie związane z zakupem nowych komputerów jak również rozbudowanej infrastruktury.

W niektórych jednostkach pracują jeszcze urządzenia ze starej domeny w celu wykluczenia mogących pojawić się problemów w chwili wyłączenia kontrolerów starej domeny.

Migracja usług w oddziałach wojewódzkich Funduszu do nowego środowiska redundantnej sieci rozległej WAN

Ze względu na znaczące zaangażowanie pracowników Działu Sieci Teleinformatycznych w liczne projekty i postępowania (serwis Cisco, Arcsight, DLP, eWUŚ) oraz braki kadrowe, realizacja tego zadania napotkała trudności i udało się je zrealizować tylko w niewielkim stopniu. W dziewięciu oddziałach wojewódzkich Funduszu dokonano migracji usług pocztowych, dzięki której uzyskano optymalną trasę przesyłania poczty elektronicznej oraz znacznie ułatwiono rozwiązywanie problemów. Dokonano też migracji serwera w jednym oddziale do strefy DMZ, w nowym bloku WAN.

Projekt KUZ i PL.ID (transformacja projektu RUM II)

Uchwałą Komitetu Rady Ministrów do spraw cyfryzacji na posiedzeniu w dniu 21 marca 2012 r. projekt pl. ID został zatrzymany do momentu wykonania prac wskazanych w uchwale. W tym samym dniu KRM ds. Cyfryzacji wydał zalecenie: „ze względu na wymagany krótki czas wdrożenia (3 lata) i niższy koszt rozwiązania realizacja funkcjonalności Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego powinna nastąpić w formie osobnej, dodatkowej karty wydawanej przez NFZ”.

Minister Zdrowia, dnia 2 października 2012 roku, wyraził zgodę na uruchomienie projektu wydania KUZ będącego najistotniejszym fragmentem projektu RUM II. Zarządzeniem z dn. 21 listopada 2012 roku powołał też Zespół do spraw wdrożenia karty ubezpieczenia zdrowotnego powierzając funkcję Przewodniczącego Zespołu Z-cy Dyrektora Departamentu Informatyki w Centrali Funduszu.

W związku z tym podjęto prace niezbędne do ponownego uruchomienia realizacji projektu:

- przeprowadzono szereg seminariów roboczych z firmami oferującymi w skali światowej rozwiązania z zakresu technologii kart krypto-procesorowych, specjalizowanych terminali do ich obsługi oraz systemów informatycznych wspierających proces personalizacji i cyklu życia karty. Prowadzą one do sformułowania końcowych koncepcji dla poszczególnych elementów systemu, bardziej precyzyjnego określenia wymagań stawianych poszczególnym elementom, jak również do uściślenia zakresu planowanych w ramach projektu zadań,
- rozstrzygnięto postępowanie o wybór firmy doradczej, której zadaniem będzie aktualizacja wymagań technicznych i funkcjonalnych oraz precyzyjne oszacowanie kosztów i niezbędnych zasobów do uruchomienia systemu PKI oraz CMS (Card Management System – oprogramowanie zarządzające cyklem życia karty). Praca doradcza została rozpoczęta w grudniu 2012 roku.

Projekt EPSOS

Podjęto trójstronne rozmowy pomiędzy MZ, CSIOZ i Funduszem mające na celu włączenie CSIOZ do konsorcjum projektu jako polskiego partnera odpowiedzialnego za wdrożenie pilotażowe systemu na terenie Polski. Rozważano przekazanie przez Fundusz do CSIOZ niewykorzystanych zasobów przeznaczonych na uruchomienie pilotażu.

W pierwszym kwartale 2012 roku, przy zaangażowaniu Ministerstwa Zdrowia, Fundusz zainicjował formalne rozmowy z przedstawicielami CSIOZ na temat włączenia tej instytucji do projektu. Krok ten był o tyle zasadny, że planowanym efektem projektu epSOS ma być uruchomienie w większości krajów uczestniczących przynajmniej jednego wdrożenia pilotażowego. Jako że CSIOZ prowadzi w Polsce projekty P1 i P2, których istotą jest budowa systemu pozwalającego na wymianę danych medycznych oraz recept elektronicznych. Jego udział pozwoliłby na:

- udostępnienie danych dotyczących polskich pacjentów lekarzom zagranicznym (w ramach pilotażu),
- uwzględnienie rozwiązań i standardów epSOS'a w krajowych rozwiązaniach, co pozwoli zapewnić w przyszłości ich interoperacyjność.

W toku rozmów CSIOZ został poinformowany o celach projektu, zaawansowaniu prac w poszczególnych zadaniach, udziale polskich przedstawicieli (NFZ oraz ILIM) w różnych zespołach projektowych oraz liczbie osobomiesięcy i budżecie projektu, który pozostaje do dyspozycji. Ustalono, że Fundusz przekaze do CSIOZ wszystkie niezakończone zadania, ze szczególnym uwzględnieniem pilotażowego wdrożenia w kraju. Budżet projektu zarezerwowany dla Funduszu zostanie również przypisany do CSIOZ w tej części, która przypada na przekazane zadania. Następnie w ścisłej współpracy NFZ i CSIOZ przygotowane zostały wymagane procedurą materiały przeznaczone dla koordynatora projektu, PSB (komitetu sterującego) oraz EGA (walne zgromadzenie uczestników projektu). Na forum EGA 27 czerwca br. podjęto ostateczną decyzję o akceptacji polskiego wniosku.

W trzecim i w czwartym kwartale 2012 roku przedstawiciele Funduszu nie brali aktywnego udziału w pracach projektu epSOS, jak również nie uczestniczyli w spotkaniach projektowych organizowanych w tym czasie przez poszczególne zespoły zadaniowe oraz zarząd konsorcjum. Powodem była popierana przez Fundusz decyzja, podjęta przez walne zgromadzenie uczestników projektu (EGA), dotycząca włączenia CSIOZ w strukturę projektu. Na jej podstawie Fundusz przekazał do CSIOZ zadania związane z uruchomieniem pilotażu systemu na terenie Polski.

Kontynuacja projektu EESSI

- w zakresie systemu EESSI PL:
 - zakończono postępowanie o zamówienie publiczne na usługę doradztwa eksperckiego w zakresie przygotowania wymagań dla systemu wspierającego realizację zadań na podstawie przepisów o koordynacji w ramach projektu EESSI-PL oraz wsparcie Zamawiającego w procesie obsługi postępowania przetargowego,

- zakończono postępowanie o zamówienie publiczne (przetarg nieograniczony), którego przedmiotem jest „Budowa, wdrożenie i konserwacja systemu wspierającego procesy elektronicznej wymiany informacji dotyczących zabezpieczenia społecznego dla sektora ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce (EESSI-PL)”. W dniu 11 października 2012 roku Prezes Funduszu podpisał umowę o numerze 86/2012 na budowę, wdrożenie i konserwację systemu wspierającego procesy elektronicznej wymiany informacji dotyczących zabezpieczenia społecznego dla sektora ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce (EESSI-PL). Z dniem podpisania umowy rozpoczęto realizację jej pierwszego etapu, w ramach którego wykonany zostanie projekt funkcjonalny oraz projekt techniczny systemu. Wykonawcą systemu jest Państwowa Wytwórnia Papierów Wartościowych (PWPW),
- zgodnie z zapisami umowy powołano Kierownika Projektu, Koordynatora Projektu oraz członków Komitetu Sterującego; ponadto departamenty zaangażowane w realizację umowy tzn. (DWM, DSOZ oraz DI) wyznaczyły osoby do realizacji projektu, biorące obecnie czynny udział w pracach analitycznych,
- w zakresie Punktu dostępu (ACCESS POINT):
 - w maju 2012 r. dokonano aktualizacji serwera NDS do wersji 7.0,
 - dokonywano analiz dokumentacji technicznej przygotowywanej przez wykonawcę unijnej części systemu oraz służby DG Zatrudnienie,
 - w maju 2012 r. rozpoczęły się prace nad wdrożeniem systemu EESSI 2.1 na docelowe serwery HP Blade, oraz nad przeniesieniem serwera NDS na docelowe serwery HP Blade,
 - utrzymywana była replika Master Directory/Słownika Instytucji,
- w zakresie spraw organizacyjnych:
 - brano udział w pracach Komisji Technicznej ds. przetwarzania danych, w tym w spotkaniach Komisji Technicznej ds. przetwarzania danych,
 - Inspektor Zabezpieczenia Systemów Punktów Dostępu (AP Security Officer) (APSO) uczestniczył w pracach Forum Ekspertów ds. Bezpieczeństwa Systemów IT (Security Expert Forum - SEF) w trakcie spotkania, w dniu 8 maja 2012 roku, wniósł uwagi do konstrukcji Polityki Bezpieczeństwa dla Systemu EESSI,
 - dokonywano analiz dokumentów przygotowywanych przez DG ds. Zatrudnienia oraz odpowiadano na zapytania strony unijnej,
 - prowadzono ścisłą współpracę ze służbami technicznymi Komisji Technicznej, EESSI SPOC (Single Point of Contact) – przedstawicielem Polski w MPiPS, partnerami z ZUS i MZ.

Na bieżąco aktualizowany był zbiór dokumentów Komisji Technicznej dostępny na wspólnym zasobie dla wszystkich osób zgłoszonych do współpracy przy projekcie.

Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP)

W pierwszym i drugim kwartale 2012 roku trwały prace nad wdrożeniem w oddziałach wojewódzkich Funduszu wersji testowej portalu ZIP. Przeprowadzono pilotaż wdrożenia w oddziale świętokrzyskim. Po jego pomyślnym zakończeniu, wersje testową portalu mającą na celu opracowanie mechanizmów automatycznej wymiany danych pomiędzy centralnym ZIP, a systemami w oddziałach oraz wdrożenie mechanizmu obsługi wniosków o konta dostępowe (składanie wniosków i zakładanie kont) wdrożono we wszystkich oddziałach.

W 2012 roku wypracowano docelową wersję portalu ZIP, ustalono zakres danych prezentowanych w portalu oraz szatę graficzną, przeprowadzono testy oprogramowania w oddziałach wojewódzkich Funduszu.

Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców (eWUŚ)

W 2012 roku zaplanowano i przeprowadzono postępowanie przetargowe oraz wdrożono rozbudowę istniejącego środowiska serwerów bazodanowych i aplikacyjnych. Przeprowadzono postępowanie przetargowe oraz podpisano umowę na dostawę zespołu urządzeń do równoważenia obciążenia serwerów. Dokonano rekonfiguracji całej infrastruktury informatycznej Centrali Funduszu tak, aby ruch generowany przez zapytania o status uprawnień w szczycie aktywności świadczeniodawców (7:30 - 8:30) nie powodował

zakłóceń w funkcjonowaniu innych ważnych systemów NFZ. Dodatkowo eWUŚ stał się integralną częścią innych planów oraz działań dotyczących infrastruktury, gdyż nie jest możliwe odseparowanie działań dotyczących jednego z systemów w oderwaniu od pozostałych procesów informatycznych zachodzących w Funduszu.

Zbudowano moduł obsługujący proces udostępniania danych z CWU na potrzeby udzielania informacji o statusie uprawnień pacjentów. Równolegle z procesem przygotowania właściwego rozporządzenia MZ regulującego warunki, jakie muszą spełniać podmioty aby korzystać z usługi eWUŚ, zbudowano odpowiedni moduł zarządzający upoważnieniami na dostęp do systemu.

II.3.2. Systemy informatyczne

Za prawidłowe funkcjonowanie systemów informatycznych w Funduszu, wskazanych w tekście poniżej, odpowiedzialny jest Wydział Aplikacji Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Funduszu.

Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców (eWUŚ)

W 2012 roku Fundusz rozpoczął pracę nad projektem eWUŚ. W ramach prac przygotowawczych opracowana została struktura repliki Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, zwanego dalej CWU, wykorzystywana w projekcie, na podstawie której dokonywana jest weryfikacja uprawnień, oraz niezbędne zmiany legislacyjne pozwalające na udostępnianie informacji o uprawnieniu odpowiednim podmiotom. Dodatkowo opracowano koncepcję zmian w rozliczeniach świadczeń w związku z przekazywaniem od 1 stycznia 2013 roku informacji o uprawnieniu pacjenta, uzyskanej z systemu eWUŚ oraz prowadzono prace implementacyjne związane z dostosowaniem systemów do nowych rozliczeń obowiązujących od 1 stycznia 2013 roku.

W sierpniu 2012 roku Fundusz udostępnił wersję testową systemu eWUŚ, który wykorzystywany jest do udostępniania informacji o uprawnieniu osób do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Wersja testowa systemu została opracowana w celu umożliwienia twórcom oprogramowania dla świadczeniodawców należyte przygotowanie aplikacji do weryfikacji uprawnień osób po 1 stycznia 2013 roku.

W ramach projektu przeprowadzono również kampanię informacyjną.

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

W lipcu 2012 roku rozstrzygnięto przetarg na budowę, wdrożenie i konserwację systemu wspierającego procesy elektronicznej wymiany informacji dotyczących zabezpieczenia społecznego dla sektora ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce (EESSI-PL). System ten jest częścią unijnego systemu EESSI w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych. Zadaniem systemu EESSI-PL jest efektywna wymiana danych dotyczących zabezpieczenia społecznego w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych z innymi państwami członkowskimi oraz prowadzenie rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, obowiązujących w państwach członkowskich Unii Europejskiej oraz państwach Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu. EESSI-PL będzie również wspierał przebieg wewnętrznych procesów biznesowych NFZ związanych z wymianą danych i rozliczeniami, umożliwiając tym samym realizację wymagań określonych przepisami prawa krajowego oraz regulacjami wewnętrznymi. W ramach realizacji budowy systemu przeprowadzano szereg prac analitycznych związanych z przygotowaniem projektu technicznego i funkcjonalnego nowo powstającego rozwiązania.

System Monitorowania Programów Lekowych (SMPT)

System Monitorowania Programów Lekowych służy do kwalifikacji i rejestracji oraz monitorowania leczenia pacjentów leczonych w ramach programów lekowych finansowanych w ramach zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczeń leczenia szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe). W związku z wprowadzeniem w 2012 roku do koszyka świadczeń gwarantowanych nowych programów lekowych zostało zlecone dla dostawcy oprogramowania wykonanie kolejnych rejestrów w Systemie Monitorowania Programów Lekowych (SMPT) dla nowych programów lekowych tj.: Leczenie zaawansowanego raka jelita grubego (lipiec 2012 roku), Leczenie niedrobnokomórkowego raka

płuca (lipiec 2012 roku), Leczenie Ciężkich Wrodzonych Hiperhomocysteinemii (listopad 2012 roku) oraz Leczenie ciężkiej astmy IgE zależnej omalizumabem (listopad 2012 roku).

Rejestry do monitorowania leczenia dla programów lekowych Leczenie zaawansowanego raka jelita grubego i Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca zostały oddane do użytku w październiku 2012 roku. Natomiast rejestry dla programów lekowych: Leczenie Ciężkich Wrodzonych Hiperhomocysteinemii i Leczenie ciężkiej astmy IgE zależnej omalizumabem są w trakcie realizacji.

Portal świadczeniodawcy

W 2012 roku Fundusz zrealizował kolejne etapy wprowadzania nowych funkcjonalności do Portalu NFZ dla świadczeniodawców oraz oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Portal NFZ jako narzędzie komunikacji pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami, umożliwia świadczeniodawcom wprowadzanie, uzupełnianie i aktualizację danych o potencjale wykonawczym niezbędnym do zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wspomaga także sprawozdawczość i rozliczenia. Środowisko techniczne Portalu NFZ jest stale rozwijane o nowe funkcje usprawniające dotychczasową wymianę informacji, co ułatwia komunikację i wpływa na systematyczną aktualizację wprowadzanych danych.

W związku z wejściem w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.), zwanej dalej ustawą o działalności leczniczej, rozbudowano strukturę świadczeniodawcy w Portalu NFZ umożliwiającą uzupełnienie informacji o przedsiębiorstwach podmiotu leczniczego. Umożliwiono świadczeniodawcy zarejestrowanie w Portalu NFZ komórki organizacyjnej, dla której nie została określona jednostka organizacyjna. Podczas rejestracji przez świadczeniodawcę jednostki organizacyjnej w Portalu NFZ została zdjęta wymagalność uzupełniania przez świadczeniodawcę VI części kodu resortowego.

Wdrożone w 2012 roku zmiany miały na celu optymalizację pracy oraz maksymalne wykorzystanie możliwości informacyjnych wynikających z zakresu danych o potencjale świadczeniodawców.

Wdrożenie rozwiązania analityczno – raportowego typu hurtowania danych służącego wykrywaniu nadużyć

Po rozstrzygnięciu postępowania na zakup rozwiązania analityczno – raportowego typu hurtowania danych służącego wykrywaniu nadużyć, od marca 2012 roku, rozpoczęto jego wdrożenie. Obszarem wdrożenia rozwiązania objęty został obszar refundacji leków. W ramach wdrożenia Fundusz przy współpracy z dostawcą rozwiązania określił zasady dostępu do danych szczegółowo omówiono dostępne źródła danych wraz z zasadami ich przetwarzania. Na podstawie w/w źródeł, szczegółów przetwarzania i zasad dostępu do danych, dostawca rozwiązania dokonał opracowania procesów zasilenia hurtowni danych i agregowania danych. Zaimplementowane procesy posłużyły do zasilenia systemu danymi z refundacji leków za lata 2008-2012. Następnie udostępniono rozwiązanie do eksploatacji przez komórki odpowiedzialne za obszar leków w Centrali i oddziałach wojewódzkich Funduszu.

W chwili obecnej rozwiązanie analityczno – raportowe typu hurtownia danych służące wykrywaniu nadużyć jest już w pełni wdrożone, podlega bieżącemu zasilaniu danymi aktualnymi i jest w trybie ciągłym eksploatowane przez komórki odpowiedzialne za kontrolę obszaru leków.

Wprowadzenie rozwiązania pozwala w sposób efektywny i skuteczny wykonywać analizy i wykrywać potencjalne nadużycia na obszernych zbiorach danych w obszarze refundacji leków.

Zintegrowany Informator Pacjenta (ZIP)

Wydział Aplikacji współpracując z Departamentem Informatyki poza realizacją tego zadania opisaną w punkcie II.3.1, dodał szereg funkcjonalności w portalu, takich jak: „Twój Portal” – portal informacyjny dla świadczeniobiorców, „Gdzie się Leczyć?” – wyszukiwarka oraz informator o świadczeniodawcach posiadających umowę z Funduszem, „Informacja o uprawnieniach” – aplikacja prezentująca informacje o ubezpieczeniu pacjenta (dane z systemu eWUŚ).

II.4. Kontrole wewnętrzne

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

Kontrole zrealizowane przez uprawnione komórki Centrali Funduszu

W 2012 roku zrealizowano ogółem 69 kontroli, w tym 54 planowe oraz 15 doraźnych. Kontrole te przeprowadzono w ramach:

- kontroli instytucjonalnej – przez Zespół Kontroli Wewnętrznej (ZKW) – 28 kontroli (40,6%);
- kontroli funkcjonalnej – przez uprawnione komórki organizacyjne – 41 kontroli (59,4%)

W wyniku przeprowadzonych kontroli sformułowano następujące oceny:

- pozytywną – w 38 postępowaniach;
- pozytywną z uchybieniami/nieprawidłowościami – w 20 postępowaniach;
- negatywną – w 6 postępowaniach.

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

Zespół Kontroli Wewnętrznej, w wyniku przeprowadzonych kontroli:

- w 15 przypadkach wydano ocenę pozytywną;
- w 1 przypadku wydano ocenę pozytywną z uchybieniami;
- w 1 przypadku wydano ocenę pozytywną z nieprawidłowościami.

Przeprowadzone przez ZKW kontrole dotyczyły następujących obszarów:

- przestrzegania przepisów art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartych przez oddziały wojewódzkie ze świadczeniodawcami na 2012 rok;
- prawidłowego i terminowego rozpatrywania skarg i wniosków w latach 2010-2011;
- realizacji przez oddziały wojewódzkie zaleceń pokontrolnych wydanych przez instytucje kontroli zewnętrznej w 2011 r.;
- stosowania przepisów ustawy Prawo zamówień publicznych;
- najmu powierzchni biurowych przez oddziały wojewódzkie w latach 2009-2011.

Biuro Kadr i Szkoleń przeprowadziło 1 kontrolę, która dotyczyła prawidłowości prowadzenia dokumentów kadrowych przez komórkę organizacyjną właściwą ds. kadr.

Departament Informatyki przeprowadził 2 kontrole dotyczące przestrzegania standardów technicznych i bezpieczeństwa określonych w projektach centralnych i realizacji rzeczowego planu inwestycyjnego na lata 2011-2012.

Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej przeprowadził 5 kontroli, które obejmowały prawidłowość stosowania obowiązującej w NFZ procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Departament Gospodarki Lekami przeprowadził 3 kontrole, które dotyczyły efektywności ekonomicznej i prawidłowości postępowań kontrolnych prowadzonych u świadczeniodawców w 2011 r.

Departament Spraw Świadczeniobiorców przeprowadził 2 kontrole, które dotyczyły oceny prawidłowości wykonywania ustawowych zadań oddziału wojewódzkiego zgodnie z zakresem kontroli w oparciu o kryteria: legalności, celowości i rzetelności, a także 2 kontrole obejmujące prawidłowość realizacji zadań

w zakresie rozpatrywania skargi wniosków wynikających z regulaminów organizacyjnych oddziałów wojewódzkich.

Departament ds. Służb Mundurowych przeprowadził łącznie 8 kontroli, które dotyczyły następujących obszarów:

- zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny oraz ratownictwo medyczne;
- realizacji zadań przez Wydziały ds. Służb Mundurowych;
- realizacji zadań przez komórki organizacyjne ds. leczenia uzdrowiskowego;
- opracowania Kart Realizacji Zadań Operacyjnych wynikających z planowania operacyjnego działu administracji rządowej ZDROWIE. Kontrola obejmowała realizację zadań z zakresu spraw obronnych, obrony cywilnej i zarządzania kryzysowego.

Departament Ekonomiczno-Finansowy przeprowadził 6 kontroli, które dotyczyły oceny wykonania planu finansowego przez oddziały wojewódzkie za 2011 r.

Biuro Księgowości przeprowadziło 4 kontrole dotyczące oceny gospodarki finansowej, prowadzenia ksiąg rachunkowych, sporządzania sprawozdań finansowych oraz obiegu dowodów księgowych.

Departament Współpracy Międzynarodowej przeprowadził 2 kontrole, które obejmowały realizację zadań na podstawie przepisów o koordynacji przez oddziały wojewódzkie w latach 2010-2011.

Pełnomocnik ds. Ochrony Informacji Niejawnych przeprowadził 2 kontrole, które swoim zakresem obejmowały realizację postanowień ustawy o ochronie danych osobowych.

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

- przypadków niewłaściwego stosowania obowiązujących procedur w procesie kontraktowania świadczeń;
- nierzetelnego prowadzenia dokumentacji z postępowań konkursowych;
- nieprzestrzegania wytycznych dotyczących zawierania umów ze świadczeniodawcami;
- niedopełnienia formalności przy przeprowadzaniu niektórych czynności;
- niewystarczającego informowania skarżących o przyczynach wyznaczenia nowego terminu załatwienia skargi;
- nieprzestrzegania obowiązujących terminów.

Kontrole zrealizowane przez Zespoły Kontroli Wewnętrznej oddziałów wojewódzkich NFZ

Zespoły Kontroli Wewnętrznej w oddziałach wojewódzkich przeprowadziły łącznie 118 kontroli planowych. Poza planem zrealizowano 26 kontroli doraźnych, które zostały zlecone przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich. W wyniku przeprowadzonych kontroli:

- w 66 przypadkach wydano ocenę pozytywną;
- w 52 przypadkach wydano ocenę pozytywną z uchybieniami;
- w 6 przypadkach wydano ocenę pozytywną z nieprawidłowościami;
- w 7 przypadkach wydano ocenę negatywną;
- w 13 przypadkach nie wydano oceny.

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

- Wydziały Świadczeń Opieki Zdrowotnej;
- Wydziały Administracyjno-Gospodarcze;
- Wydziały Organizacyjne;
- Wydziały Informatyki.

Stwierdzone w trakcie kontroli uchybienia i nieprawidłowości dotyczyły w szczególności:

- nieprawidłowej organizacji przeprowadzenia postępowań konkursu ofert w sprawie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dokumentowania;
- nieprzestrzegania obowiązujących procedur w zakresie zawierania umów ze świadczeniodawcami;
- niestaranego prowadzenia dokumentacji postępowań o udzielenie zamówień publicznych oraz innej dokumentacji;
- nieterminowego wykonywania czynności oraz sporządzania dokumentów;
- uchybień formalnych w wytworzonych dokumentach.

II.5. Kontrole zewnętrzne

Instytucje zewnętrzne przeprowadziły w jednostkach organizacyjnych Funduszu w 2012 roku łącznie 63 kontrole, co oznacza wzrost o 29% w stosunku do 2011 roku. Kontrole były przeprowadzone lub zlecone przez 13 różnych instytucji. Podmiotem, który przeprowadził najwięcej kontroli była NIK, która przeprowadziła ich 30.

W wyniku przeprowadzonych kontroli:

- w 63% przypadków wydano ocenę pozytywną lub pozytywną pomimo stwierdzonych uchybień czy nieprawidłowości;
- w 2% przypadków wydano ocenę negatywną;
- w 35% przypadków nie wydano oceny.

Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w Centrali Funduszu

Instytucje zewnętrzne przeprowadziły w Centrali 6 kontroli, zakończono także jedną kontrolę rozpoczętą w 2011 roku. Większość kontroli dotyczyła realizacji projektów systemowych finansowanych z Funduszy Europejskich, kontrole te wykazały prawidłową realizację projektów.

Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła dwie kontrole, które dotyczyły:

- realizacji planu finansowego NFZ, w wyniku której wydano ocenę częściowo negatywną. Stwierdzone nieprawidłowości dotyczyły różnic w dostępie ubezpieczonych do świadczeń opieki zdrowotnej w poszczególnych regionach. Zalecono podjęcie działań w celu wyrównania dostępności do świadczeń. Poinformowano instytucję kontrolującą o działaniach podjętych w powyższym zakresie tj. o planowaniu i kontraktowaniu świadczeń w oparciu o analiz i prognozy, a także o nawiązaniu w tym zakresie współpracy z Biurem WHO w Polsce;
- finansowania i dostępności świadczeń stomatologicznych dla ubezpieczonych i uprawnionych, w wyniku której wydano ocenę pozytywną, pomimo stwierdzonych nieprawidłowości. Kontrolujący zwrócili uwagę na: niewykorzystanie informacji od wybranych świadczeniodawców o rzeczywistych kosztach świadczeń przy wycenie świadczeń stomatologicznych; niedysponowanie przez Fundusz danymi o rzeczywistych kosztach świadczeń stomatologicznych; nieterminowe przekazanie dyrektorom oddziałów wojewódzkich kopii trzech zarządzeń Prezesa NFZ; opóźnienie w dostosowaniu jednego z zarządzeń Prezesa NFZ do rozporządzenia Ministra Zdrowia. Zalecono: podjęcie działań na rzecz opracowania procedury ustalania cen jednostek rozliczeniowych; usprawnienie prac związanych z przygotowaniem zarządzeń Prezesa NFZ, przekazaniem ich dyrektorom oddziałów oraz uaktualnieniem narzędzi informatycznych niezbędnych do obsługi procesu zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; zidentyfikowanie w oddziałach wojewódzkich metod określania zapotrzebowań na świadczenia medyczne, nadających się do upowszechnienia jako dobre praktyki.

Poinformowano kontrolujących o realizacji zaleceń poprzez: podjęcie prac nad opracowaniem metodologii szacowania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej; prace nad modernizacją systemów informatycznych służących jako narzędzia do wspomagania procesów zawierania umów, ich weryfikacji, realizacji i rozliczania; określenie terminów instruktażowych określających harmonogramy przygotowywania oraz

przekazywania zarządzeń do realizacji dyrektorom oddziałów wojewódzkich oraz obligatoryjne stosowanie przez oddziały wojewódzkie Procedury definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń.

Ponadto w 2012 roku zrealizowano zalecenie NIK wydane w wyniku kontroli przeprowadzonej w 2011 roku dotyczące zamieszczania informacji o kontrolach na stronie Biuletynu Informacji Publicznej. Obecnie trwają prace nad realizacją drugiego zalecenia z ww. kontroli dotyczącego wdrożenia w Funduszu elektronicznego obiegu dokumentów.

Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w oddziałach wojewódzkich Funduszu

Na podstawie analizy dokumentów przekazanych przez oddziały wojewódzkie do Zespołu Kontroli Wewnętrznej Centrali Funduszu ustalono, że w oddziałach w 2012 roku instytucje zewnętrzne przeprowadziły 57 kontroli. Najwięcej kontroli przeprowadziła Najwyższa Izba Kontroli, Ministerstwo Zdrowia oraz Archiwum Państwowe.

Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła następujące kontrole:

- w 9 oddziałach wojewódzkich kontrolę dotyczącą finansowania i dostępności świadczeń stomatologicznych dla ubezpieczonych i uprawnionych;
- w 7 oddziałach kontrolę wykonania planu finansowego w 2011 r.;
- w 5 oddziałach badaniu poddano prowadzenie kontroli świadczeniodawców oraz weryfikację wykonania zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej;
- w 4 oddziałach kontroli poddano kontraktowanie wybranych świadczeń medycznych,

z czego 3 kontrole nie zostały zakończone;

- w 3 oddziałach zbadano realizację przepisów ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych.

W wyniku kontroli wydano ocenę pozytywną lub pozytywną pomimo stwierdzonych zastrzeżeń, które dotyczyły w szczególności:

- niedokładnego dokumentowania czynności przeprowadzonych w ramach realizacji procesu postępowań w trybie konkursu lub rokowań;
- prowadzenia postępowań konkursowych w sposób niezapewniający równego traktowania świadczeniobiorców;
- uchybień natury formalnej;
- przypadków postępowania niezgodnego z procedurami;
- niezagwarantowania w planie środków na tzw. świadczenia nielimitowane;
- braku weryfikacji czasu pracy personelu przy kontraktowaniu umów;
- braku możliwości organizacyjnych do zapewnienia w komórkach odpowiedzialnych za kontrolę u świadczeniodawców stanu, który pozwalałby na prawidłową realizację zadań.

W wyniku 1 kontroli, która miała miejsce w oddziale łódzkim wydano ocenę częściowo negatywną, co spowodowane było zastosowaniem przez oddział odstępstw od procedury kontraktowania, brakiem należytej weryfikacji ofert oraz brakiem analizy rankingów generowanych przez system informatyczny.

We następstwie wszystkich zakończonych kontroli poinformowano kontrolujących o wykonaniu zaleceń lub o sposobie, w jaki będą one zrealizowane.

Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło następujące kontrole:

- w 3 oddziałach kontrolą objęto prawidłowość stosowania procedur potwierdzania skierowań na leczenie uzdrowiskowe;
- w 3 oddziałach przeprowadzono kontrolę dotyczącą działalności oddziału w zakresie realizacji zadania określonego w art. 108 ustawy o świadczeniach;

- w 2 oddziałach zbadano ich działalność w zakresie rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne wykazywanych przez świadczeniodawców ponad limit określony w umowie z Funduszem.

W wyniku powyższych kontroli nie wydano ocen ani nie sformułowano zaleceń.

W oddziale łódzkim kontroli poddane zostały postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej na 2012 rok i lata następne w rodzajach: rehabilitacja lecznicza oraz leczenie szpitalne w zakresie okulistyka i w zakresie kardiologia w okresie od 1 września 2011 roku do 31 marca 2012 roku. W efekcie powyższej kontroli stwierdzono:

- nieprzestrzeganie obowiązującej procedury konkursu ofert;
- braki formalne w dokumentach;
- nie zastosowanie właściwych kryteriów konkursu ofert.

Oddział poinformował kontrolujących o sposobie wykonania zaleceń.

Archiwum Państwowe przeprowadziło kontrole w 5 oddziałach wojewódzkich, w części kontroli stwierdzono niewielkie uchybienia dotyczące kwalifikacji archiwalnej oraz opóźnień w zdawaniu materiałów archiwalnych.

Pozostałe kontrole zostały przeprowadzone przez:

- urzędy wojewódzkie;
- urzędy miast;
- Urząd Zamówień Publicznych (nie zakończono dwóch kontroli);
- Państwową Inspekcję Pracy;
- Państwową Straż Pożarną;
- Centralne Biuro Antykorupcyjne (kontroli nie zakończono);
- Urząd Pracy;
- Urząd Nadzoru Budowlanego.

W wyniku zakończonych kontroli nie stwierdzono uchybień ani nieprawidłowości.

II.6. Audyt wewnętrzny

Planowe zadania audytowe

Na podstawie przeprowadzonej analizy ryzyka w planie audytu wewnętrznego na 2012 rok zostały zaplanowane 4 zadania w Centrali i w oddziałach wojewódzkich Funduszu. Tematyka zadań audytowych w Centrali i oddziałach różniła się. Poniżej przedstawiono obszary, w zakresie których, przeprowadzono badanie audytowe:

- Ocena procesu planowania zakupu świadczeń na 2011 r.
zadanie zaplanowano w Centrali i 14 oddziałach wojewódzkich Funduszu, przy czym zostało ono zrealizowane w Centrali i 12 oddziałach wojewódzkich Funduszu poza: opolskim (wakat na stanowisku audytora) oraz zachodniopomorskim (długotrwała absencja chorobowa audytora i wakat);
- Realizacja procesu zarządzania zasobami ludzkimi, polityka kadrowa
zadanie zaplanowano w dwóch oddziałach: mazowieckim i lubelskim. Zadanie zostało zrealizowane;
- Prawdliwość przeprowadzanych kontroli aptek i ordynacji lekarskich
zadanie zaplanowano w Centrali Funduszu. Zadanie zostało zrealizowane;
- Ocena sprawowania nadzoru nad procesem zakupu środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych ze szczególnym uwzględnieniem infrastruktury teleinformatycznej

zadanie zaplanowano w Centrali i 16 oddziałach wojewódzkich Funduszu. Zadanie zostało zrealizowane w Centrali i 14 oddziałach wojewódzkich Funduszu, poza: opolskim (wakat na stanowisku audytora) oraz zachodniopomorskim (wakat na stanowisku audytora);

- Zawieranie ugód z tytułu nadwykonań ze świadczeniodawcami

zadanie zaplanowano w Centrali i 16 oddziałach wojewódzkich Funduszu, przy czym zadanie zostało zrealizowane w Centrali i 15 oddziałach wojewódzkich Funduszu. Zadanie nie zostało zrealizowane w oddziale zachodniopomorskim z uwagi na wakat na stanowisku audytora;

- Rozliczanie wyników finansowych postępowań kontrolnych świadczeniodawców

zadanie zaplanowano i zrealizowano w 16 oddziałach wojewódzkich Funduszu.

Wybrane zalecenia w ramach zadań audytowych zrealizowanych w 2012 roku przedstawiono w poniższych tabelach.

Tabela Nr II.5. Zadanie audytowe *Ocena procesu planowania zakupu świadczeń na 2011 r.*

Wybrane zalecenia w sprawie wyeliminowania słabości kontroli zarządczej lub wprowadzenia	
1	Sprawowanie efektywnego nadzoru nad procesem planowania zakupu i monitorowania jego realizacji.
2	Podjęcie działań zmierzających do zapewnienia właściwego wsparcia realizowanych zadań poprzez odpowiednie systemy informatyczne oraz aplikacje.
3	Uzasadnienie każdej zmiany planu zakupu zgodnie z <i>Procedurą definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń</i> .
4	Sporządzenie części opisowej do planu zakupu zgodnie z <i>Procedurą definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń</i> .
5	Szczegółowe uzasadnienie w części opisowej planu zakupu świadczeń pozostawienie tzw. „rezerw”, czyli wolnych środków finansowych nieprzypisanych do poszczególnych zakresów i terytoriów.

Tabela Nr II.6. Zadanie audytowe *Realizacja procesu zarządzania zasobami ludzkimi, polityka kadrowa*

Wybrane zalecenia w sprawie wyeliminowania słabości kontroli zarządczej lub wprowadzenia	
1	Przestrzeganie dopuszczania do pracy osób posiadających aktualne badania lekarskie.
2	Zwiększenie nadzoru nad przestrzeganiem dyscypliny czasu pracy oraz nad prawidłowością sporządzanej ewidencji w tym zakresie.
3	Egzekwowanie wykorzystania zaległych urlopów.

Tabela Nr II. 7. Zadanie audytowe *Prawidłowość przeprowadzanych kontroli aptek i ordynacji lekarskich*

Wybrane zalecenia w sprawie wyeliminowania słabości kontroli zarządczej lub wprowadzenia	
1	Zwiększenie nadzoru nad zachowaniem należytej staranności w procesie przeprowadzania oraz dokumentowania analizy ryzyka w zakresie kontroli aptek i ordynacji lekarskich.
2	Zwiększenie działań związanych ze sprawowaniem nadzoru nad zapewnieniem właściwej funkcjonalności systemu informatycznego wspomagającego procesy kontroli.
3	Zwiększenie działań związanych ze sprawowaniem nadzoru nad oddziałami wojewódzkimi Funduszu w zakresie dążenia do możliwie optymalnego ujednolicania zasad i wytycznych w przedmiocie kontroli.

Tabela Nr II.8. Zadanie audytowe *Ocena sprawowania nadzoru nad procesem zakupu środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych ze szczególnym uwzględnieniem infrastruktury teleinformatycznej*

Wybrane zalecenia w sprawie wyeliminowania słabości kontroli zarządczej lub wprowadzenia	
1	Przeprowadzenie właściwego szacowania i dokumentowania wartości przedmiotu zamówienia.
2	Precyzyjne opisywanie przedmiotu zamówienia.
3	Podjęcie czynności mających na celu zwiększenie nadzoru nad prawidłowym dokumentowaniem postępowań o udzielenie zamówienia publicznego i prac komisji przetargowych, w tym także w zakresie danych wprowadzanych do aplikacji WUF.
4	Wnioskowanie do Biura Administracyjno-Gospodarczego Centrali Funduszu o zmiany Planu inwestycyjnego w przypadku wystąpienia okoliczności wpływających na brak możliwości realizacji zaplanowanych zakupów, co do ilości lub rodzaju.

Tabela Nr II.9. Zadanie audytowe *Zawieranie ugód z tytułu nadwykonań ze świadczeniodawcami*

Wybrane zalecenia w sprawie wyeliminowania słabości kontroli zarządczej lub wprowadzenia	
1	Zmodyfikowanie systemu informatycznego.
2	Dokonywanie analizy zasadności zwiększania kontraktów w ramach finansowania świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach dotyczących zakresów, z których dokonano przesunięć środków na inne zakresy.
3	Określenie zasad postępowania z „nadwykonaniami”.

Tabela Nr II.10. Zadanie audytowe *Rozliczanie wyników finansowych postępowań kontrolnych świadczeniodawców*

Wybrane zalecenia w sprawie wyeliminowania słabości kontroli zarządczej lub wprowadzenia	
1	Monitorowanie terminowości załatwiania zażeń wniesionych na czynności dyrektora przekazanych dla załatwienia do Prezesa Funduszu.
2	Określanie w wystąpieniu pokontrolnym wysokości kary umownej.
3	Dokonanie oceny poprawności przyjętych rozwiązań w zakresie dotyczącym sprawdzania oraz zatwierdzania not księgowych poprzez złożenie pod formułą podpisu bez daty.

Pozaplanowe zadania audytowe

W ramach pozaplanowych czynności doradczych *Proces kształtowania ogólnych ram organizacyjnych systemu kontroli zarządczej w Podkarpackim OW NFZ i ich zgodności ze standardami w tym zakresie* audytor wydał następujące zalecenia:

- wprowadzenie w życie procedury regulującej proces zgłaszania potrzeby aktualizacji zadań poszczególnych komórek organizacyjnych,
- rozważenie opracowania regulacji, które obligowałyby kierowników wnioskujących o delegowanie uprawnień do dokumentowania faktu wnioskowania i jego uzasadnienie. Umożliwi to sprawowanie skutecznego nadzoru nad procesem delegowania uprawnień,
- rozważenie utworzenia rejestru procedur wewnętrznych i wyznaczenie sposobu monitorowania procesu ich tworzenia.

Czynności sprawdzające realizację zaleceń z zadań audytowych

Czynności sprawdzające realizację zaleceń z zadania audytowego nr 1/2011 *Realizacja procesu zarządzania zasobami ludzkimi, polityka kadrowa* przeprowadzono w Centrali i 12 oddziałach wojewódzkich Funduszu. Czynności sprawdzające nie zostały zrealizowane w oddziałach:

- opolskim (wakat na stanowisku audytora),
- zachodniopomorskim (długotrwała absencja chorobowa audytora i wakaty),
- mazowieckim (pobyt audytora na urlopie macierzyńskim i opieka nad dzieckiem – 2011 r.),
- lubelskim (długotrwała absencja chorobowa audytora).

Czynności sprawdzające realizację zaleceń z zadania audytowego nr 2/2011 *Kontraktowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalne* przeprowadzono w Centrali i 12 oddziałach wojewódzkich Funduszu. Czynności sprawdzające nie zostały zrealizowane w oddziałach:

- opolskim (wakat na stanowisku audytora),
- zachodniopomorskim (wakat na stanowisku audytora),
- mazowieckim (pobyt audytora na urlopie macierzyńskim i opieka nad dzieckiem – 2011 r.),
- lubelskim (długotrwała absencja chorobowa audytora).

Czynności sprawdzające realizację zaleceń z zadania audytowego nr 3/2011 *Kontraktowanie i refundacja świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna* przeprowadzono w Centrali i 14 oddziałach wojewódzkich Funduszu. Czynności sprawdzające nie zostały zrealizowane w oddziałach:

- opolskim (wakat na stanowisku audytora),
- zachodniopomorskim (wakat na stanowisku audytora).

Czynności sprawdzające realizację zaleceń z zadania audytowego nr 4/2011 *Prawidłowość przeprowadzanych kontroli aptek i ordynacji lekarskich* przeprowadzono w 14 oddziałach wojewódzkich Funduszu. Czynności sprawdzające nie zostały zrealizowane w:

- Centrali Funduszu – decyzją Prezesa Funduszu na wniosek Dyrektora DGL z dnia 13.10.2011 roku zadanie zapewniające nr 4/2011 *Prawidłowość przeprowadzanych kontroli aptek i ordynacji lekarskich* zostało przesunięte z IV kwartału 2011 roku na II kwartał 2012 roku. W związku z tym czynności sprawdzające zaplanowano na II kwartał 2013 roku,
- oddziale opolskim (wakat na stanowisku audytora),
- oddziale zachodniopomorskim (długotrwała absencja chorobowa audytora).

Przygotowanie sprawozdania z wykonania rocznego planu audytu wewnętrznego za 2011 r.

Dnia 27 stycznia 2012 r. zostało przekazane Prezesowi Funduszu sprawozdanie z wykonania planu audytu wewnętrznego za 2011 rok w NFZ.

Przygotowanie rocznego sprawozdania z wykonania planu działalności Funduszu za 2011 rok

Dnia 27 marca 2012 roku roczne sprawozdanie z wykonania planu działalności Funduszu za 2011 rok zostało przekazane Prezesowi Funduszu, które Prezes Funduszu podpisał dnia 29 marca 2012 roku. Obowiązek przekazania ww. sprawozdania do Ministerstwa Zdrowia nie został zrealizowany ze względu na spór toczący się w powyższym zakresie z Ministrem Zdrowia. Postępowanie to było prowadzone przez Gabinet Prezesa Funduszu i Biuro Prawne. Sprawozdanie z wykonania planu działalności Funduszu za 2011 rok zostało opublikowane w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ.

Przygotowanie rocznego planu audytu wewnętrznego na 2013 rok

Dnia 27 grudnia 2012 rok plan audytu wewnętrznego na 2013 rok został przekazany Prezesowi Funduszu i zaakceptowany przez Prezesa Funduszu dnia 2 stycznia 2013 roku.

Samoocena kontroli zarządczej

Samoocena została przeprowadzona w Centrali i oddziałach wojewódzkich Funduszu w IV kwartale 2012 roku. Wyniki samooceny zostały przekazane Prezesowi Funduszu w dniu 3 grudnia 2012 r. Analiza zgromadzonych ankiet wykazała, że kontrola zarządcza w Centrali i oddziałach wojewódzkich Funduszu funkcjonuje w stopniu wystarczającym.

Przygotowanie planu działalności NFZ na 2013 rok

Dnia 12 października 2012 r. plan działalności na 2013 r. został przekazany Prezesowi Funduszu. Dnia 31 października 2012 r. Prezes Funduszu podpisał plan i przekazał Ministrowi Zdrowia. Plan został opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ.

Oświadczenie o stanie kontroli zarządczej NFZ za 2011 rok

Dnia 14 marca 2012 r. oświadczenie o stanie kontroli zarządczej za 2011 rok zostało przekazane Prezesowi Funduszu. Prezes Funduszu podpisał oświadczenie dnia 27 marca 2012 roku. Obowiązek przekazania oświadczenia Ministrowi Zdrowia nie został zrealizowany ze względu na spór toczący się w powyższym zakresie z Ministrem Zdrowia. Ww. oświadczenie zostało opublikowane w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ.

II.7. Sprawy sądowe

II.7.1. Postępowania prowadzone przez Centralę Funduszu

W 2012 roku w Centrali Funduszu prowadzone były postępowania sądowe, które obejmowały:

Postępowania przed sądami powszechnymi

W 2012 r. Centrala Funduszu prowadziła 14 postępowań prowadzonych przed sądami powszechnymi, dotyczyły one:

- spraw pracowniczych – (4 sprawy prowadzone, wszystkie w toku),
- spraw antymonopolowych – (3 sprawy prowadzone, wszystkie w toku, z czego 2 przed Sądem Apelacyjnym),
- spraw przeciwko Funduszowi z powództwa cywilnego – (2 sprawy prowadzone, obie w toku),
- sporu marżowo-cenowego (z powództwa Funduszu) – (5 spraw prowadzonych, z czego jedna sprawa zakończona została korzystnie dla Funduszu odmową przyjęcia do rozpoznania przez Sąd Najwyższy skargi kasacyjnej wniesionej przez przeciwnika procesowego Funduszu).

Postępowania przed Wojewódzkim Sądem Administracyjnym (WSA)

W 2012 roku Centrala Funduszu prowadziła 949 postępowań przed WSA, z czego 573 sprawy zostały wszczęte w 2012 roku.

Postępowania przed WSA dotyczyły:

- ustalenia prawa do świadczeń (skargi na decyzje Prezesa Funduszu w zakresie ustalenia prawa do świadczeń) – 51 prowadzonych spraw (z czego 24 sprawy zostały wniesione w 2012 roku). W omawianym okresie sprawozdawczym ostatecznie zakończyło się 36 spraw: uchylonych zostało 5 decyzji oraz stwierdzono nieważność 2 decyzji Prezesa Funduszu, 24 skargi zostały oddalone, 2 skargi odrzucono, a 3 kolejne postępowania zostały umorzone. Ponadto, nieprawomocnym wyrokiem WSA w 2012 r. zakończyło się 10 spraw: uchylone zostały 3 decyzje Prezesa Funduszu, 5 skarg zostało oddalonych, jedną skargę odrzucono, a jedno postępowanie zostało umorzone. W sprawach, w których WSA w 2012 roku uchylił decyzję Prezesa Funduszu, NFZ wniósł 2 skargi kasacyjne do Naczelnego Sądu Administracyjnego.

Dodatkowo, w przedmiotowym okresie sprawozdawczym, toczyły się 2 postępowania przed NSA, w których od niekorzystnych dla siebie wyroków skargi kasacyjne wnieśli skarżący.

Na koniec 2012 roku 3 sprawy pozostawały w toku (przed wyrokiem WSA);

- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym (skargi na decyzje Prezesa Funduszu w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym) – 492 prowadzone sprawy (z czego 320 spraw zostało wniesionych w 2012 roku). W omawianym okresie sprawozdawczym ostatecznie zakończyło się 261 spraw: uchylonych zostało 106 decyzji Prezesa Funduszu (w tym jedna decyzja Prezesa Funduszu została uchylona częściowo), oddalono 87 skarg świadczeniobiorców, 35 skarg odrzucono, a 33 postępowania zakończyły się umorzeniem. Ponadto, nieprawomocnym wyrokiem WSA zakończyło się w 2012 roku 88 spraw: uchylonych zostało 28 decyzji Prezesa Funduszu, 11 skarg świadczeniobiorców zostało odrzuconych, a kolejne 49 skarg oddalono. W sprawach, w których WSA w roku 2012 uchylił decyzję Prezesa Funduszu, Fundusz wniósł 16 skarg kasacyjnych do NSA.

Dodatkowo, w przedmiotowym okresie sprawozdawczym, toczyło się 31 postępowań przed Naczelnym Sądem Administracyjnym, w których Fundusz wniósł w 2012 r. 7 skarg kasacyjnych od niekorzystnych dla niego wyroków WSA.

Na koniec 2012 roku 112 spraw pozostawało w toku (przed wyrokiem WSA);

- odwołań od wyników konkursu ofert (skargi na decyzje Prezesa Funduszu w zakresie odwołań od wyników konkursów ofert) – 353 prowadzone sprawy (z czego 190 spraw wniesionych w 2012 roku). W omawianym okresie sprawozdawczym ostatecznie zakończyło się 115 spraw: uchylone zostały 32 decyzje Prezesa Funduszu oraz stwierdzono nieważność 2 decyzji Prezesa Funduszu, oddalono 64 skargi świadczeniodawców, kolejnych 9 zostało odrzuconych, a 8 postępowań zostało umorzonych. Ponadto, nieprawomocnym wyrokiem WSA zakończyło się w roku 2012 106 spraw. Uchylonych zostało 60 decyzji Prezesa Funduszu, 42 skargi świadczeniodawców zostały oddalone, 3 skargi odrzucono, a jedno postępowanie zostało zawieszone. W sprawach, w których WSA w 2012 roku uchylił decyzje Prezesa Funduszu, Fundusz wniósł 29 skarg kasacyjnych do NSA.

Dodatkowo, w przedmiotowym okresie sprawozdawczym, toczyły się 44 postępowania przed NSA, w których Fundusz wniósł w 2012 roku 22 skargi kasacyjne od niekorzystnych dla niego wyroków WSA.

Na koniec 2012 roku 88 spraw pozostawało w toku (przed wyrokiem WSA);

- leczenia poza granicami kraju (skargi na decyzje Prezesa Funduszu w zakresie wydawania zgody na leczenie poza granicami kraju) – 18 prowadzonych spraw (z czego 9 spraw wniesionych w 2012 roku). W omawianym okresie sprawozdawczym ostatecznie zakończyły się 4 sprawy: 2 decyzje Prezesa Funduszu zostały uchylone, jedna skarga została oddalona, a jedno postępowanie zostało umorzone. Nieprawomocnym wyrokiem WSA zakończyły się w roku 2012 4 sprawy, we wszystkich skargi zostały oddalone.

Dodatkowo, w przedmiotowym okresie sprawozdawczym, toczyły się 3 postępowania przed NSA, w których Fundusz wniósł w 2012 roku jedną skargę kasacyjną od niekorzystnego dla niego wyroku WSA.

Na koniec 2012 roku 7 spraw pozostawało w toku (przed wyrokiem WSA);

- inne (m.in. skargi na bezczynność Prezesa Funduszu, na nieudostępnienie informacji publicznej, na odmowę przeglądania akt sprawy, postępowania związane ze złożonymi zażaleniami na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, skargi na decyzje Ministra Zdrowia) – 35 prowadzonych spraw (z czego 30 spraw wniesionych w 2012 roku). W omawianym okresie sprawozdawczym ostatecznie zakończyły się 23 sprawy: 11 skarg odrzucono, 8 decyzji Prezesa Funduszu zostało uchylonych, jedna skarga Funduszu na decyzję Ministra Zdrowia została odrzucona, a 2 postępowania zostały umorzone. Dodatkowo WSA w jednej sprawie uznał bezczynność Prezesa Funduszu i zobowiązał go do wydania rozstrzygnięcia, a w kolejnej – zobowiązał Prezesa Funduszu do udzielenia informacji publicznej.

Na koniec 2012 roku 8 spraw pozostawało w toku (przed wyrokiem WSA).

Podsumowując, z ogółu spraw sądowo-administracyjnych prowadzonych przez Centralę Funduszu w 2012 roku ostatecznie zakończyło się 440 spraw. 233 sprawy (53% ogółu) zakończyły się korzystnie dla Prezesa Funduszu: WSA oddalił 176 skarg, a kolejne 57 odrzucił. Dodatkowo 47 spraw zostało umorzonych.

W omawianym okresie sprawozdawczym WSA uchylił łącznie 153 decyzje Prezesa Funduszu oraz stwierdził nieważność 4 kolejnych, jedna skarga Prezesa NFZ została odrzucona, a w 2 kolejnych postępowaniach WSA zobowiązał Prezesa Funduszu do udzielenia informacji publicznej oraz do wydania rozstrzygnięcia w zaskarżonej sprawie.

Ponadto, zapadło łącznie 211 nieprawomocnych wyroków WSA, z czego 116 rozstrzygnięć jest dla Funduszu korzystnych: Sąd oddalił 101 skarg, kolejnych 15 odrzucił, a 2 postępowania zostały umorzone. Kolejne 93 sprawy zakończyły się wyrokiem uchylającym decyzje Prezesa Funduszu (w 51 sprawach Fundusz wniósł od tych wyroków skargi kasacyjne do NSA).

Dodatkowo, w omawianym okresie sprawozdawczym, przed NSA toczyło się 80 postępowań, w których, w 2012 roku, Fundusz wniósł 31 skarg kasacyjnych od nieprawomocnych wyroków, które zapadły w 2011 roku.

Na koniec 2012 roku 218 spraw pozostawało w toku (przed wyrokiem WSA).

W 2012 roku Centrala Funduszu prowadziła ogółem 80% więcej spraw sądowo-administracyjnych niż w 2011 roku.

II.7.2. Postępowania prowadzone przez oddziały wojewódzkie Funduszu

Prowadzone postępowania ogółem przedstawione są w tabeli nr 1 w załączniku do sprawozdania.

W 2012 roku oddziały wojewódzkie Funduszu prowadziły łącznie 1 711 postępowań sądowych, czyli 37% więcej niż w 2011 roku.

Zdecydowaną większość toczących się postępowań stanowiły sprawy przeciwko Funduszowi. W danym okresie sprawozdawczym oddziały wojewódzkie Funduszu prowadziły 1 006 takich spraw, przy czym łączna kwota roszczeń wynosiła ponad 1 587 mln zł. Wśród spraw przeciwko Funduszowi najliczniejszą grupę stanowiły postępowania z tytułu „nadwykonań”. W omawianym okresie toczyły się 663 tego typu sprawy (tj. 66% wszystkich spraw toczących się przeciwko Funduszowi), przy czym łączna kwota roszczeń z tego

tytułu wynosiła ponad 1 490 mln zł. W samym 2012 roku wniesiono przeciwko Funduszowi 418 spraw z tytułu „nadwykonań” (kwota roszczeń wynosiła ponad 822 mln zł.).

W porównaniu do minionego roku liczba spraw z tytułu „nadwykonań” zwiększyła się dość znacznie, w 2011 roku toczyło się 466 spraw z tytułu „nadwykonań”, na łączną kwotę roszczeń 976 mln zł.

W 2012 roku przeciwko Funduszowi toczyło się także 139 spraw o zapłatę wynikających z wykonania umowy, 32 sprawy z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i 21 spraw z tytułu „ustawy 203” oraz 151 innych postępowań.

Sprawy ostatecznie zakończone przedstawione są w tabeli nr 2 w załączniku do sprawozdania.

W 2012 roku ze wszystkich spraw prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu ostatecznie zakończyły się 854 postępowania.¹

Postępowania z powództwa Funduszu, to 374 sprawy, przy czym łączna kwota zasądzona na rzecz Funduszu to blisko 2,3 mln zł. Pozostałe 480 spraw to postępowania przeciwko Funduszowi, gdzie łączna kwota zasądzona od Funduszu wynosiła ponad 297 mln zł.

Z ogółu spraw przeciwko Funduszowi zakończonych w 2012 roku największą grupę stanowiły „nadwykonania”. W omawianym okresie ostatecznie zakończyły się 334 tego typu sprawy, przy czym łączna kwota, którą Fundusz obowiązany został z tego tytułu zapłacić świadczeniodawcom kształtowała się na poziomie ponad 290 mln zł (przy kwocie roszczeń ponad 730 mln zł).

Dla porównania, w minionym roku zakończyło się 215 spraw związanych ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity umowne, przy czym łączna kwota którą Fundusz obowiązany został z tego tytułu zapłacić wynosiła ponad 136 mln zł.

W przypadku spraw sądowych z tytułu „nadwykonań” zakończonych w 2012 roku większość zakończyła się ugodą (zawarto 196 ugód na łączną kwotę ugodzoną ponad 214 mln zł). Wyrok zasądzający od Funduszu na rzecz świadczeniodawców zapadł w 42 sprawach na łączną kwotę 76 mln zł.

Dodatkowo 96 spraw z tytułu „nadwykonań” zakończyło się umorzeniem postępowań.

Następną grupą spraw przeciwko Funduszu, które zakończyły się w 2012 roku są postępowania o zapłatę wynikające z wykonania umowy. Sprawy te dotyczyły m.in. z kwestionowania przez świadczeniodawców, u których przeprowadzono kontrolę, sposobu rozliczania świadczeń wykonanych w ramach zawartych z Funduszem umów oraz zasadności dokonanych przez NFZ potrąceń, bądź odmowy zapłaty za nienależyte świadczenia. W danym okresie zakończyło się 51 tego typu spraw.

W 2012 roku zakończyło się także 5 spraw przeciwko Funduszowi z tytułu „ustawy 203”, a także 8 spraw z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, ustalenia prawa do świadczeń. W omawianym okresie sprawozdawczym zakończyły się również 82 inne postępowania sądowe przeciwko Funduszowi.

Sprawy niezakończone przedstawione są w tabeli nr 3 w załączniku do sprawozdania.

Z ogółu spraw sądowych prowadzonych w 2012 roku, w toku na koniec grudnia pozostawało 857 spraw. Z powództwa Funduszu toczyło się 331 spraw na łączną kwotę roszczeń wynoszącą ponad 29 mln zł. Pozostałych 526 postępowań to sprawy przeciwko Funduszowi, przy czym łączna kwota roszczeń wynosi ponad 947 mln zł.

Dla porównania, na koniec minionego roku, w toku pozostawały 664 sprawy, w tym 465 spraw przeciwko Funduszowi na łączną kwotę roszczeń blisko 921 mln zł.

Wśród spraw przeciwko Funduszowi niezakończonych w 2012 roku najwięcej postępowań to sprawy z tytułu „nadwykonań”. Na koniec grudnia 2012 roku w toku znajdowało się 329 spraw na łączną kwotę roszczeń wynoszącą blisko 760 mln zł. Natomiast w minionym roku, w toku pozostawało 250 spraw z tytułu „nadwykonań” przy łącznej kwocie roszczeń wynoszącej ponad 690 mln zł. Dane przedstawione zostały w tabeli nr 4 w załączniku do sprawozdania.

¹ Dane zawarte w sprawozdaniu rocznym stanowią finalne zestawienie spraw ostatecznie zakończonych prowadzonych przez Oddziały Wojewódzkie Funduszu, a ewentualne rozbieżności w stosunku do danych zawartych w Okresowym sprawozdaniu z działalności za IV kwartał 2012 r. wynikają z ujednolicenia kategorii pojęciowych zawartych w tabelach wykorzystywanych do celów sprawozdawczych Funduszu.

Kolejną grupę spraw stanowiły postępowania z tytułu „ustawy 203”. W toku na koniec grudnia 2012 roku znajdowało się 16 takich spraw, przy czym kwota roszczeń wynosiła ponad 101 mln zł.

Ponadto w 2012 roku niezakończonych zostało: 88 spraw o zapłatę wynikających z wykonania umowy (kwota roszczeń ponad 43 mln zł), 24 sprawy z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, ustalenia prawa do świadczeń (kwota roszczeń ponad 120 tys. zł) oraz 69 innych postępowań sądowych na łączną kwotę roszczeń ponad 43 mln zł.

Sprawy sądowe z tytułu nadwykonań zaprezentowane zostały w tabeli nr 4 w załączniku do sprawozdania.

II.8. Zarządzenia Prezesa Funduszu

W 2012 roku Prezes Funduszu wydał 104 zarządzenia, z czego największą liczbę stanowiły zarządzenia dotyczące: warunków zawierania umów (52 zarządzenia), wewnętrznych uregulowań w Centrali oraz w oddziałach wojewódzkich Funduszu (19 zarządzeń), określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML (10 zarządzeń), określenia kryteriów oceny ofert (10 zarządzeń), wzoru umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych (3 zarządzenia), przyjęcia do stosowania wzorów wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Zgód Indywidualnych (2 zarządzenia), ustalenia unikalnego numeru identyfikującego receptę (2 zarządzenia).

Pozostałe zarządzenia zawierają regulacje dotyczące: określenia zasad numeracji recept, planowania, przygotowywania i prowadzenia kontroli wystawiania i realizacji recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, przeprowadzania rozliczeń, zaświadczenia o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej wydawanego niepodlegającym zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego członkom rodziny osoby ubezpieczonej, powołania Zespołu ds. nowelizacji ustawy o świadczeniach oraz powołania Zespołu ds. nowelizacji ustawy refundacyjnej.

W porównaniu do 2011 roku, w przedmiotowym okresie sprawozdawczym zostało wydanych 5 zarządzeń więcej.

Powyższe dane zostały przedstawione w tabeli nr 5 w załączniku do sprawozdania.

II.9. Działania edukacyjne i informacyjne

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

Środki społecznego przekazu

Fundusz współpracuje ze wszystkimi środkami przekazu poprzez:

- bieżące kontakty – codzienna obsługa dziennikarzy, dostarczanie materiałów prasowych, udzielanie odpowiedzi na pytania, nagrania radiowo-telewizyjne, tzw. „setki”, przekazywanie informacji prasowych, komunikatów prasowych na temat działalności Funduszu,
- briefingi prasowe, konferencje prasowe, śniadania prasowe – prezentacja informacji i danych dotyczących bieżącej działalności, kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, realizacji świadczeń z zakresu programów profilaktycznych i innych informacji o działalności Funduszu,
- udział Prezesa Funduszu w konferencjach prasowych organizowanych w Ministerstwie Zdrowia oraz Ministerstwie Administracji i Cyfryzacji,
- udział w audycjach radiowych i programach telewizyjnych (media regionalne i ogólnokrajowe) – przedstawiciele Funduszu uczestniczyli w audycjach radiowych i programach telewizyjnych, których tematem były m.in.: zasady korzystania z opieki zdrowotnej, programy profilaktyczne, dostęp do świadczeń medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce i na terenie państw UE i EFTA, prawa pacjenta, kolejki oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej – w czasie których audycji przedstawiciele Funduszu pełnili dyżury eksperckie,

- dyżury w redakcjach prasowych (gazety ogólnopolskie i regionalne) – przedstawiciele Funduszu pełnili dyżury przy telefonie i udzielali informacji na temat zasad korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej, w tym m.in. leczenia uzdrowiskowego, zaopatrzenia w środki ortopedyczne i pomocnicze, programów profilaktycznych,
- cykliczne artykuły prasowe – oddziały wojewódzkie Funduszu nawiązały stałą współpracę z prasą regionalną, w ramach której były publikowane cyklicznie artykuły dotyczące działalności Funduszu, zasad korzystania z opieki zdrowotnej, programów profilaktycznych finansowanych przez Fundusz, np. publikacje artykułów w „Kurierze Porannym” i publikacje z cyklu „Szlachetne zdrowie” w „Wiadomościach Rolniczych” oraz „Głosie Katolickim” (oddział podlaski), rubryka „Ekspert odpowiada”, w „Nowinach” (oddział podkarpacki), rubryka poradnikowa w gazecie „Echo Dnia” (oddział świętokrzyski), cykl „Poradnik pacjenta” w „Gazecie Lubuskiej” (oddział lubuski),
- współpraca z portalami internetowymi.

Publikacje

- „Vademecum 2012” – informator o świadczeniach opieki zdrowotnej, opracowany przez Biuro Komunikacji Społecznej (BKS), opublikowany na stronach internetowych Centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu,
- foldery informacyjne pt. „Przychodzi pacjent do lekarza” i „Mamo, Tato! Zgłoś mnie!” przygotowane na potrzeby akcji informacyjnej na temat systemu Elektronicznej Weryfikacji Upnień Świadczeniobiorców (eWUŚ) zamieszczone na stronach internetowych i dystrybuowane w miejscach obsługi ubezpieczonych oraz do delegatur, oddziałów regionalnych ZUS, KRUS, urzędów miast, urzędów skarbowych, przychodni POZ, szpitali, oddziałów położniczych, aptek, żłobków, przedszkoli, szkół; foldery były też dystrybuowane jako inserty do gazet,
- „eWUŚ w rejestracji” – poradnik dla pracowników rejestracji,
- folder informacyjny „Studencie! Nie oblej egzaminu z eWUŚ!”,
- plakaty i ulotki, dotyczące finansowanych w bieżącym roku przez Fundusz programów profilaktycznych, dystrybuowane do środków komunikacji miejskiej, placówek ZUS, placówek KRUS, inspektoratów sanitarnych, samorządów terytorialnych, lokalnej prasy, świadczeniodawców, lekarzy POZ, kościołów, bibliotek,
- periodycznie ukazujący się na stronach internetowych biuletyn informacyjny „Nasz Fundusz”, zgodnie z art. 105 ustawy o świadczeniach, przygotowywany w Centrali Funduszu na podstawie materiałów własnych, jak również przekazywanych przez oddziały wojewódzkie),
- foldery informacyjne dotyczące praw pacjenta, zasad leczenia w UE oraz refundacji leków, środków ortopedycznych i pomocniczych, dystrybuowane do biur podróży, redakcji prasowych, radiowych i telewizyjnych oraz umieszczane na stronach internetowych,
- informatory zawierające wykaz świadczeniodawców, którzy zawarli umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2012 roku,
- informatory i broszury na temat zasad korzystania z opieki zdrowotnej w krajach UE, praw pacjenta, zasadach ubezpieczenia, działalności Funduszu.

Wydarzenia specjalne

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

- „Dni otwarte” w oddziałach wojewódzkich Funduszu w dniach 8 i 15 grudnia 2012 roku, przy czym w oddziale małopolskim w dniach 1 i 8 grudnia 2012 roku, a w oddziale podlaskim 1 i 15 grudnia 2012 roku – możliwość sprawdzenia statusu ubezpieczenia w systemie eWUŚ,
- wydłużenie godzin pracy oddziałów i delegatur Funduszu w wybrane dni – możliwość sprawdzenia statusu ubezpieczenia w systemie eWUŚ,

- akcja „Student (nie?)ubezpieczony” – cykl spotkań ze studentami (oddział dolnośląski),
- akcje informacyjne na temat systemu eWUŚ w centrach handlowych,
- „Białe niedziele” (oddział wielkopolski),
- „Dzień Osób Niepełnosprawnych” (oddział lubelski),
- „Dzień Seniora” (oddział lubelski),
- Dzień Otwarty pod hasłem „Przyjdź, dowiesz się więcej... zanim pojedziesz na zagraniczny urlop, pamiętaj o EKUZ!” (oddział dolnośląski),
- marsz „Zabierz swoje serce na spacer” – akcja zorganizowana wspólnie z Urzędem Marszałkowskim (oddział opolski),
- akcja „Maj dla zdrowia” (oddział warmińsko-mazurski),
- druk i dystrybucja 25 tysięcy laurek „Badajcie się drogie mamy, bo my dzieci Was kochamy” do przedszkoli. Laurki zawierały informacje o profilaktycznych programach finansowanych przez Fundusz i zaproszenie na badania (oddział dolnośląski),
- Dystrybucja laurek-malowanek do 20 tysięcy dzieci w wieku przedszkolnym i szkolnym z okazji Dnia Matki. Laurki zachęcały do badań profilaktycznych (oddział podlaski),
- akcja informacyjna „Zrozumieć autyzm” (oddział małopolski),
- konkurs plastyczny dla dzieci szkół podstawowych „Mamo dbaj o siebie, rób cytologię” (oddział lubuski),
- plebiscyty – „Lekarz Roku 2012”, „Eskulap 2012” – wybór najpopularniejszego wśród pacjentów zakładu opieki zdrowotnej, apteki, lekarza i pielęgniarki z obszaru Słupska i okolic (oddział pomorski); „Nasz Doktor” – wybór najbardziej lubianych przez pacjentów lekarzy, placówek ochrony zdrowia (oddział lubuski); „Opolski Hipokrates” – pacjenci wyłonili najlepszego lekarza, pielęgniarkę, położną, placówkę medyczną, aptekę (oddział opolski),
- „Marsz Nadziei” (oddział opolski),
- spotkania z samorządowcami, lokalnymi organizacjami kobiecymi, pacjenckimi, społecznościami wiejskimi oraz organizacjami pozarządowymi.

Ponadto we współpracy z urzędami miejskimi, instytucjami i organizacjami działającymi w ramach systemu opieki zdrowotnej organizowano festyny i plenerowe imprezy prozdrowotne, w których udział brali przedstawiciele Funduszu.

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

Internet

W 2012 roku BKS prowadziło serwis internetowy Centrali Funduszu, w którego strukturze znajdują się komunikaty prasowe:

- ABC pacjenta – informator o zasadach korzystania z opieki zdrowotnej,
- serwis informacyjny na temat bieżącej działalności Funduszu w ramach Biuletynu Informacji Publicznej NFZ,
- zakładka eWUŚ – serwis zawierający informacje na temat systemu Elektronicznej Weryfikacji Upoważnień Świadczeniobiorców,
- biuletyn „Nasz Fundusz”,
- „Statystyka JGP” – serwis umożliwiający dokonanie kompleksowej analizy systemu Jednorodnych Grup Pacjentów od 2009 roku,
- aktualizowane „Vademecum”,

- serwis projektu „Akademia NFZ”.

Ponadto:

- dostosowano stronę internetową oraz serwis BIP do międzynarodowych standardów WCAG 2.0 na poziomie potrójne A (AAA),
- uruchomienie wysokokontrastowej, tekstowej wersji strony internetowej,
- uruchomienie komunikatora internetowego Skype w formie komunikacji tekstowej poprzez stronę internetową,
- udostępnienie na stronie internetowej informacji dla osób uprawnionych o możliwości skorzystania z bezpłatnej pomocy tłumacza polskiego języka migowego (PJM), systemu językowo-migowego (SJM) i sposobu komunikowania się osób głuchoniewidomych (SKOGN).

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

Patronaty

Fundusz w 2012 roku objął patronatem następujące przedsięwzięcia:

- Akcja „Lubię się dzielić” pod patronatem Prezes NFZ – kampania poświęcona problemowi chorych z niewydolnością nerek oczekujących na przeszczep i zachęcająca do wsparcia idei przeszczepów rodzinnych (oddział małopolski),
- „Złoty stetoskop” – akcja na najlepsze placówki służby zdrowia, personel medyczny (oddział kujawsko-pomorski),
- „Drugie życie” – akcja poświęcona popularyzacji transplantologii (oddział kujawsko-pomorski),
- „Projekt Laurka” pod hasłem „Bądź zdrowa Mamo! Zbadaj się!” organizowany przez posłanki na Sejm RP; akcja promowała profilaktyczne badania dla kobiet; laurki rysowane przez dzieci dla swoich mam miały zachęcić je do wykonywania regularnych badań (oddział lubelski),
- konkurs „Zdrowa Gmina” organizowany przez Polską Unię Onkologii (oddziały: świętokrzyski, dolnośląski, zachodniopomorski, pomorski, lubelski, lubuski),
- Program „Mam Haka na Raka” organizowany przez Polską Unię Onkologii (oddziały: małopolski, podlaski, opolski OW),
- I Gorzowski Marsz Seniora (oddział lubuski),
- Kampania „Drugie Życie” (oddział lubuski),
- Światowy Dzień Serca (oddział małopolski),
- IV zjazd Polskiego Towarzystwa Chirurgii Kręgosłupa (oddział małopolski),
- II Przegląd Filmów o autyzmie i zespole Aspergera (oddział małopolski),
- Plebiscyt Eskulap 2012 organizowany przez „Głos Pomorza” (oddział pomorski),
- III Zachodniopomorskie Forum Samorządowe Profilaktyki i Promocji Zdrowia w Szczecinie (oddział zachodniopomorski),
- Targi „Mamy dziecko” (oddział zachodniopomorski).

III. Świadczenia opieki zdrowotnej

III.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2012 roku

III.1.1. Informacje o ogólnych warunkach umów

W 2012 roku obowiązywały ogólne warunki umów zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 81, poz. 484 z dnia 13 maja 2008 r.).

III.1.2. Zasady kontraktowania na 2012 rok

W porównaniu do 2011 roku we wszystkich rodzajach świadczeń sposób zawierania umów na 2012 rok nie uległ zmianom.

W rodzaju świadczeń opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w 2012 roku kontraktowano nowy zakres świadczeń – leczenie elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych (04.4700.002.02).

W rodzaju świadczeń ambulatoryjna opieka specjalistyczna zmniejszeniu uległa liczba zakresów badań zawierana w typie umów – ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK).

Umowy ASDK obejmują następujące zakresy badań: badania medycyny nuklearnej, gastroscopia, kolonoskopia, badania echokardiograficzne płodu, badania tomografii komputerowej (TK) i badania rezonansu magnetycznego (RM).

W rodzaju świadczeń leczenie szpitalne w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 11/2012/DSOZ z 28 lutego 2012 roku dokonano zmiany w wycenie grup związanych z wykonywaniem zabiegów angioplastyki planowej. Nowych wycen dokonano na podstawie rzeczywistych kosztów przedstawionych przez wybranych świadczeniodawców, wskazanych przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii. Ponadto, w zarządzeniu Nr 62/2012/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 12 października 2012 r., wprowadzono zmiany w wycenie grup związanych z wszczepieniem kardiowerterów-defibrylatorów. Również tych wycen dokonano na podstawie rzeczywistych kosztów przedstawionych przez wybranych świadczeniodawców wskazanych przez Konsultanta Krajowego.

III.1.3. Walidacja i weryfikacja danych przekazanych przez świadczeniodawców

Zadania dotyczące prowadzenia walidacji i weryfikacji danych sprawozdawczych o świadczeniach, przekazywanych do oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz Bazy Zgód Indywidualnych (BZI) realizowano przy współudziale wyznaczonych pracowników wszystkich oddziałów wojewódzkich Funduszu, pracujących w ramach Zespołów: ds. Walidacji i Weryfikacji oraz ds. Systemu Dodatkowej Weryfikacji Świadczeń Zdrowotnych (SDWSZ), których prace w Centrali Funduszu koordynuje Sekcja Standardów Walidacji i Weryfikacji w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej (DSOZ).

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

- rozszerzono o nowe sprawdzenia walidacyjne i weryfikacyjne oraz dostosowano do bieżących zasad realizacji świadczeń wykaz CWW i CRW oraz katalog błędów i ostrzeżeń generowanych przez systemy informatyczne w odniesieniu do obsługi komunikatów otwartych oraz ich walidacji i weryfikacji (na koniec 2012 roku wykorzystywano 172 warunki walidacji oraz 152 reguły weryfikacji),
- dostosowywano aplikację służącą do definiowania warunków walidacji i reguł weryfikacji (CWA) w Centrali Funduszu do tworzenia i publikowania procesów walidacyjnych i weryfikacyjnych, zgłaszania błędów algorytmów sprawdzeń i reakcji na zgłoszenia,
- prowadzono ciągle prace nad dostosowaniem systemów informatycznych oddziałów wojewódzkich CWA w celu implementacji ujednoliconych w skali Funduszu warunków walidacji i reguł weryfikacji danych o wykonanych świadczeniach przekazywanych przez świadczeniodawców w oparciu o komunikat XML SWIAD,

- wdrożono projekt dotyczący integracji systemów Centralnych Reguł Weryfikacji (CRW) z Systemem Dodatkowej Weryfikacji Świadczeń Zdrowotnych (SDWSZ),
- wprowadzono obowiązek prowadzenia przez oddziały wojewódzkie bieżącej weryfikacji danych o świadczeniach przekazanych przez świadczeniodawców oraz zasady prowadzenia weryfikacji wstecznych w oparciu o CWW.

W ramach rozwoju Bazy Zgód Indywidualnych (BZI) wykonano następujące zadania:

- ujednolicono statusy wniosków w aplikacjach oddziałowych obsługiwanych przez Kamsoft O/Katowice i Kamsoft O/Gliwice oraz obsługę wydawania opinii merytorycznych i decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu,
- wprowadzono, w części systemu obsługiwanej przez świadczeniodawców, mechanizm importu plików zewnętrznych, zawierających dane do załącznika kosztowego dla wniosków dotyczących rozliczania hospitalizacji za zgodą płatnika,
- opracowano i wdrożono dodatkowe mechanizmy kontrolujące poprawność i zgodność składanych wniosków w BZI z danymi sprawozdawczymi przekazanymi przez świadczeniodawców komunikatem XML SWIAD,
- w ramach realizacji projektu w zakresie Systemu Dodatkowej Weryfikacji Świadczeń Zdrowotnych (SDWSZ) wykonano następujące zadania:
 - wdrożono projekt dotyczący integracji SDWSZ z systemem CRW,
 - wprowadzono możliwość przekazywania wyników weryfikacji pomiędzy systemami CRW a SDWSZ,
 - przeprowadzono szkolenie dla przedstawicieli OW - koordynatorów oddziałowych i użytkowników merytorycznych SDWSZ,
 - wprowadzono obowiązek prowadzenia przez oddziały wojewódzkie bieżącej weryfikacji danych o świadczeniach przekazanych przez świadczeniodawców oraz zasady prowadzenia weryfikacji wstecznych z wykorzystaniem SDWSZ,
 - opracowano platformę wiedzy SDWSZ dostępną dla Centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz dostawcy oprogramowania (EuroSoft Sp. z o.o.) zawierającą algorytmy sprawdzeń SDWSZ oraz mechanizmy zgłaszania uwag, błędów algorytmów sprawdzeń i reakcji na zgłoszenia.

III.1.4. Projekty unijne realizowane przez Fundusz

Fundusz jest beneficjentem systemowym realizującym projekt „Akademia NFZ”, na podstawie umowy zawartej pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Funduszem w dniu 14 listopada 2011 roku. Projekt będzie realizowany do 31 grudnia 2014 roku.

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

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

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

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

Rok 2012 był pierwszym pełnym rokiem realizacji projektu. W tym okresie zostały zrealizowane następujące zadania:

- zatrudniono część zespołu projektu, tj.: koordynatora, sekretarza, opiekuna merytorycznego nad modułem dla pacjentów, opiekuna merytorycznego ds. szkoleń i konferencji,
- zakupiono wyposażenie biurowe oraz sprzęt informatyczny na potrzeby projektu,
- przygotowano 9 scenariuszy szkoleń, w tym 5 specjalistycznych i 4 z zakresu umiejętności miękkich,
- przeprowadzono rekrutację oraz zorganizowano: 2 szkolenia z Zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz 8 szkoleń z Zasad udzielania informacji o świadczeniach zdrowotnych realizowanych przez świadczeniodawców oraz prawach przysługujących pacjentom, łącznie w roku 2012 przeszkolono 363 osoby,
- zorganizowano I konferencję ogólnopolską nt: HEALTH SYSTEMS IN TRANSITION – zarys systemu ochrony zdrowia w Polsce, w której wzięło udział ok. 200 osób,
- przygotowano projekty oraz przeprowadzono postępowania przetargowe na przygotowania materiałów promocyjnych oraz konferencyjnych,
- przygotowano szczegółową SIWZ na zaplanowaną w projekcie platformę e-learningową przy współudziale firmy doradczej,
- opracowano treść merytoryczną do podręcznika pt. „Zrozumieć prawa pacjenta”,
- przeprowadzono szereg postępowań przetargowych niezbędnych do realizacji poszczególnych zadań,
- przez cały okres podejmowano współpracę z Instytucją Pośredniczącą (Ministerstwo Zdrowia) w zakresie rozliczeń oraz sprawozdawczości,
- przez cały okres prowadzone były działania kontrolne dotyczące organizowanych szkoleń oraz konferencji.

Od 2011 roku Fundusz współpracuje z organizacją AIM zrzeszającą instytucje non-profit finansujące opiekę zdrowotną głównie w krajach europejskich. W 2012 roku, pracownicy Funduszu, jako aktywni członkowie uczestniczyli w grupach roboczych powołanych w ramach działalności AIM, w szczególności dotyczących spraw zagranicznych w ochronie zdrowia, współpracy i wymiany informacji w zakresie reform systemów zdrowotnych oraz polityki lekowej.

Dodatkowo z początkiem roku 2012 Fundusz został liderem nowo powstałej grupy roboczej poświęconej edukacji i e-learningowi w zakresie szkolenia kadry płatnika, świadczeniodawców, pacjentów z zasad funkcjonowania systemów opieki zdrowotnej.

W okresie od stycznia do grudnia 2012 roku podjęto następujące działania w ramach grupy Edukacja & E-learning:

- badanie ankietowe działalności e-learningowej wśród członków AIM,
- pierwsze spotkanie online grupy roboczej za pośrednictwem komunikatora „Skype” – ustalenie priorytetów i zakresu prac,
- opracowanie „Terms of reference” – zakresu prac/ Założenia projektowe dotyczące projektu stworzenia międzynarodowej bazy danych aktywności e-learningowej w sektorze zdrowia.

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

III.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w 2012 roku

Przedmiotowa analiza obejmuje informacje dotyczące dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w 2012 roku w następujących rodzajach świadczeń:

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

W sprawozdaniu wykorzystano dane o świadczeniach zakontraktowanych przez Fundusz i świadczeniach wykonanych przez świadczeniodawców. Dla potrzeb statystyk przyjęto liczbę uprawnionych do świadczeń według CWU prowadzonego przez Fundusz wg stanu na koniec marca 2012 roku. Wartości umów podanych w tabelach zawierają wartości pełnomocnictw zarówno otrzymanych jak i udzielonych, a koszty realizacji umów zawierają koszty poniesione na realizację świadczeń dotyczących pacjentów migrujących. Pełnomocnictwa te dotyczą kosztów leczenia pacjentów wyjeżdżających z własnego województwa w celu podjęcia leczenia w innym województwie oraz pokrycie kosztów leczenia przyjeżdżających pacjentów.

III.2.1. Umowy zawarte na 2012 rok

Tabela nr III.1. Liczba i wartość umów obowiązujących w latach 2011-2012.

Lp.	Rodzaj świadczenia	liczba umów 2011	wartość umów 2011	liczba umów 2012	wartość umów 2012	dynamika wartości umów 2011=100%
1	podstawowa opieka zdrowotna	13 717	7 331 748,00	10 867	7 564 974,00	103,18%
2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	9 285	4 454 780,63	9 236	5 048 620,46	113,33%
3	lecznictwo szpitalne	2 188	27 536 621,34	3 181	29 397 184,77	106,76%
4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 504	2 019 259,43	1 677	2 158 458,88	106,89%
5	rehabilitacja lecznicza	2 737	1 831 907,21	2 999	1 996 747,14	109,00%
6	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	1 668	952 434,90	2 184	1 020 341,29	107,13%
7	opieka paliatywna i hospicyjna	442	295 777,35	528	328 015,01	110,90%
8	leczenie stomatologiczne	8 360	1 724 834,00	8 576	1 779 500,53	103,17%
9	profilaktyczne programy zdrowotne	802	173 549,34	155	179 372,44	103,36%
10	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	458	1 462 157,84	259	1 564 670,35	107,01%
11	pomoc doraźna i transport sanitarny	32	35 487,62	32	42 621,63	120,10%
12	ratownictwo medyczne	247	1 758 848,57	231	1 824 229,30	103,72%
13	lecznictwo uzdrowiskowe	154	570 584,44	155	592 423,07	103,83%
14	zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	3 115	627 692,00	3 161	685 040,00	109,14%
Razem		44 709	50 775 682,66	43 241	54 182 198,89	106,71%

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

W 2012 roku najwięcej umów zawarto w rodzajach świadczeń: podstawowa opieka zdrowotna (10 867), ambulatoryjna opieka specjalistyczna (9 236), leczenie stomatologiczne (8 576). Wartość zawartych umów na 2012 rok wyniosła 54 182 198,89 tys. zł. Jest to wartość wyższa o ok. 7% w porównaniu do 2011 roku.

Wykres nr III.1. Wartość poniesionych wydatków w 2012 roku w podziale na wiek i płeć pacjenta [tys. zł]

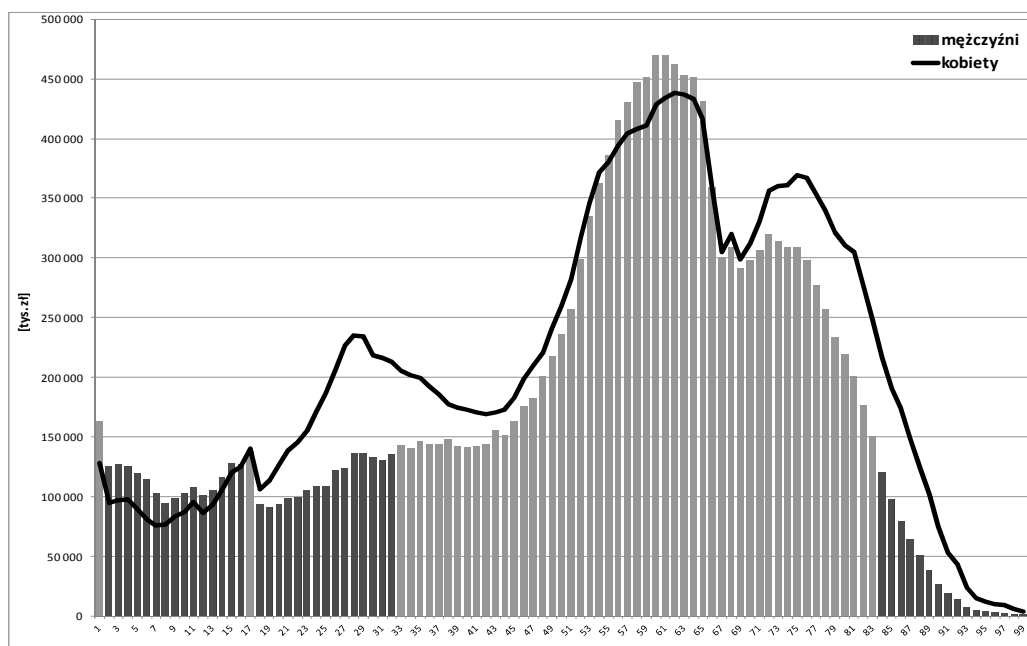
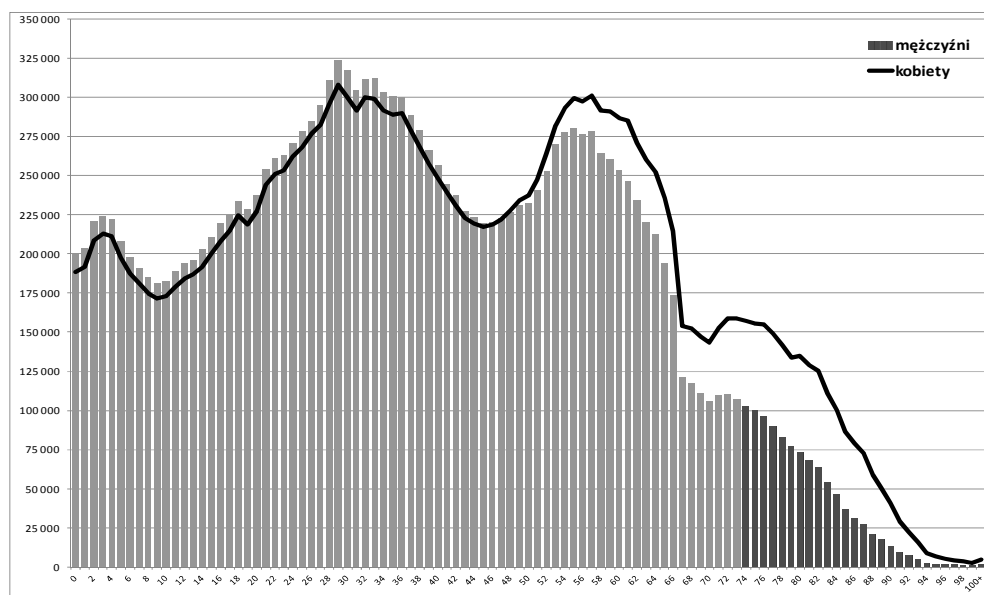


Tabela nr III.2. Liczba świadczeniodawców w latach 2011-2012. Dane z systemu BO XI z dnia 5 kwietnia 2013 roku. (bez UZD, RTM, PDT)

Kod OW NFZ	OW NFZ	Liczba świadczeniodawców 2011	Liczba świadczeniodawców 2012
1	Dolnośląski	2 554	2 645
2	Kujawsko-Pomorski	1 745	1 726
3	Lubelski	1 893	1 884
4	Lubuski	1 066	1 079
5	Łódzki	1 985	2 022
6	Małopolski	2 266	2 260
7	Mazowiecki	3 088	3 120
8	Opolski	1 001	996
9	Podkarpacki	2 278	2 322
10	Podlaski	1 099	1 075
11	Pomorski	1 588	1 623
12	Śląski	4 185	4 179
13	Świętokrzyski	1 143	1 178
14	Warmińsko-Mazurski	1 548	1 571
15	Wielkopolski	3 693	3 836
16	Zachodniopomorski	1 525	1 506
Razem		32 657	33 022

Ogólna liczba świadczeniodawców (bez podziału na rodzaj świadczeń) realizujących świadczenia na podstawie umów z Funduszem w 2012 roku wynosiła 33 022.

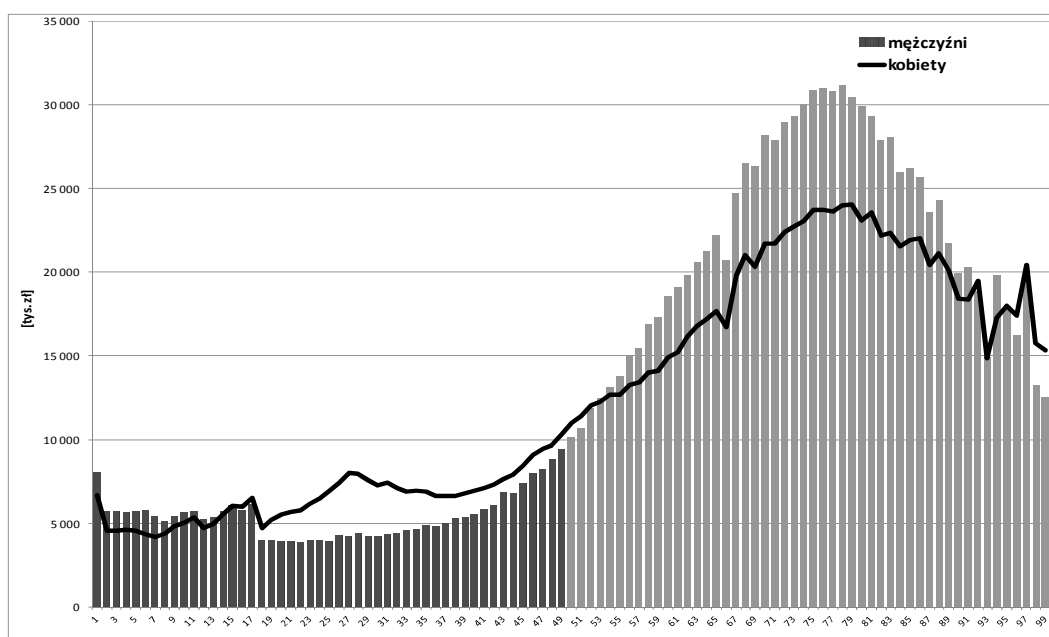
Wykres nr III.2. Rozkład demograficzny uprawnionych do świadczeń w 2012 roku z podziałem na płeć

W przedziale wiekowym 0-1 zostały wykorzystane dane Głównego Urzędu Statystycznego z powodu braku pełnych danych o liczbie pacjentów w tym przedziale wiekowym w systemie informatycznym NFZ, co wynika faktu, że nie wszystkie dzieci zostały zgłoszone do ubezpieczenia po urodzeniu. Zgodnie z literą prawa wszystkie dzieci w przedziale wiekowym 0-18 lat są uprawnione do świadczeń.

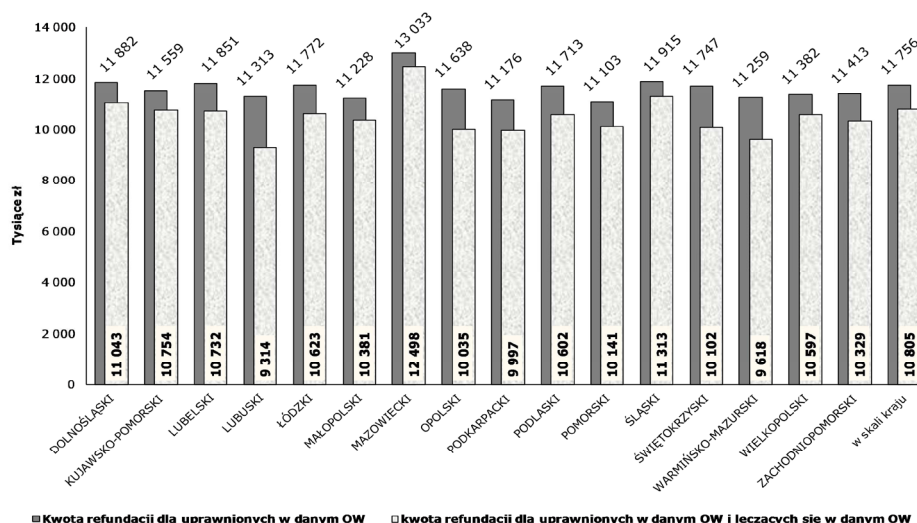
III.2.2. Monitorowanie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej

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

Wykres nr III.3. Wartość poniesionych wydatków na świadczenia w 2012 roku w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych do świadczeń z podziałem na wiek i płeć pacjenta.

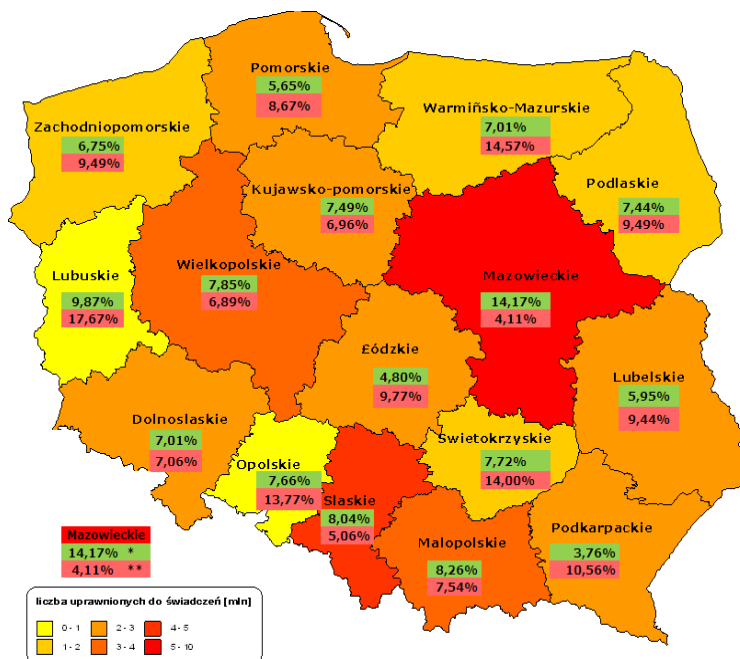


Wykres nr III.4. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały wojewódzkie Funduszu na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających [tys. zł]



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

Wykres nr III.5. Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń udzielonych migrującym uprawnionym w 2012 roku w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu.



Na mapie gradientem kolorów przedstawiono liczbę uprawnionych do świadczeń w 2012 roku w każdym z oddziałów wojewódzkich Funduszu.

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

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

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

III.2.2.1. Podstawowa opieka zdrowotna

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

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

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

Świadczenia gwarantowane w zakresie POZ ukierunkowane są na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz usprawnianie i pielęgnację świadczeniobiorcy w chorobie. Udzielanie świadczeń gwarantowanych, stosownie do przedmiotu umowy, zapewnia realizację zadań określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 214, poz. 1816). Świadczenia gwarantowane w zakresie poz udzielane są świadczeniobiorcom, którzy dokonali wyboru lekarza POZ, pielęgniarki POZ i położnej POZ poprzez złożenie odpowiedniej deklaracji wyboru. Zalecane liczby osób objętych opieką przez lekarza, pielęgniarkę i położną POZ pozostają bez zmian i wynoszą w odniesieniu do lekarza i pielęgniarki POZ – 2 750, a w odniesieniu do położnej POZ – 6 600.

Tabela nr III.3. Liczba świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ).
Dane z systemu BO XI z 5 kwietnia 2013 roku.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2011	liczba świadczeniodawców 2012
01	Dolnośląski	695	706
02	Kujawsko-Pomorski	401	399
03	Lubelski	561	566
04	Lubuski	397	401
05	Łódzki	488	498
06	Małopolski	666	669
07	Mazowiecki	767	777
08	Opolski	264	264
09	Podkarpacki	662	690
10	Podlaski	293	291
11	Pomorski	473	485
12	Śląski	944	962
13	Świętokrzyski	269	283
14	Warmińsko-Mazurski	448	451
15	Wielkopolski	1 392	1 414
16	Zachodniopomorski	447	451
Razem		9 167	9 307

Tabela nr III.4. Wykonanie umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ) w latach 2011-2012 (realizacja planu finansowego – dane z DEF).

Nazwa Oddziału	POZ 2011		POZ 2012		Dynamika planu 2011=100%
	plan (tys. zł)	realizacja (tys. zł)	plan (tys. zł)	realizacja (tys. zł)	
Dolnośląski	551 150,00	551 129,36	570 329,00	569 930,19	103,48%
Kujawsko-Pomorski	399 421,00	407 815,52	418 658,00	417 074,35	104,82%
Lubelski	433 500,00	433 490,82	445 400,00	445 228,35	102,75%
Lubuski	195 880,00	195 681,87	202 110,00	201 880,51	103,18%
Łódzki	498 299,00	498 090,98	511 899,00	511 686,95	102,73%
Małopolski	621 696,00	621 663,19	643 927,00	643 709,28	103,58%
Mazowiecki	1 010 000,00	1 009 673,24	1 048 000,00	1 045 374,70	103,76%
Opolski	181 227,00	181 211,62	186 300,00	185 814,42	102,80%
Podkarpacki	398 000,00	397 906,58	411 269,00	411 205,77	103,33%
Podlaski	222 000,00	221 676,02	226 150,00	225 788,90	101,87%
Pomorski	421 654,00	421 275,50	437 900,00	437 489,37	103,85%
Śląski	875 414,00	873 670,92	894 414,00	891 870,13	102,17%
Świętokrzyski	243 080,00	241 138,63	244 880,00	244 504,11	100,74%
Warmińsko-Mazurski	270 520,00	270 443,45	278 203,00	277 624,34	102,84%
Wielkopolski	678 800,00	678 775,19	708 000,00	707 996,56	104,30%
Zachodniopomorski	331 107,00	331 106,08	337 535,00	337 319,62	101,94%
RAZEM:	7 331 748,00	7 334 748,97	7 564 974,00	7 554 497,55	103,18%

Realizacja planu finansowego za rok 2012 wynosi 99,56% wartości planu, tj. 7 554 497,55 tys. zł.

Tabela nr III.5. Realizacja wybranych badań diagnostycznych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ) w latach 2011-2012 (dane z oddziałów wojewódzkich Funduszu).

Nazwa badania	2011	2012	dynamika wzrostu 2011=100%
Badania hematologiczne	18 956 963	17 615 997	92,93%
Badania biochemiczne i immunochemiczne w surowicy krwi	48 325 757	46 523 554	96,27%
Badania moczu	10 677 425	8 334 924	78,06%
Badania kału	1 252 007	888 213	70,94%
Badania układu krzepnięcia	3 403 830	3 628 844	106,61%
Badania mikrobiologiczne	638 992	523 231	81,88%
Badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku	4 293 284	4 021 029	93,66%
Badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej	1 608 804	1 553 090	96,54%
Zdjęcia rentgenowskie	4 066 668	3 844 010	94,52%
Razem dla wszystkich zrealizowanych badań	93 223 730	86 932 892	93,25%

W powyższej tabeli podano liczbę badań wykonywanych w ramach kompetencji lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W 2011 roku liczba badań wykazywanych przez świadczeniodawców wyniosła 93 223 730, w 2012 roku odnotowuje się spadek ilości badań względem 2011 roku, która wyniosła 86 932 892 (spadek o ok. 7%). Spadek liczby porad spowodowany jest brakiem grypy sezonowej w roku 2012.

III.2.2.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

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

Tabela nr III.6. Liczba świadczeniodawców w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (dane z systemu BO XI z 5 kwietnia 2013 roku).

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2011	liczba świadczeniodawców 2012
01	Dolnośląski	558	588
02	Kujawsko-Pomorski	357	350
03	Lubelski	290	278
04	Lubuski	192	191
05	Łódzki	421	438
06	Małopolski	461	450
07	Mazowiecki	586	593
08	Opolski	188	187
09	Podkarpacki	369	363
10	Podlaski	214	243
11	Pomorski	389	391
12	Śląski	996	974
13	Świętokrzyski	289	287
14	Warmińsko-Mazurski	371	366
15	Wielkopolski	760	748
16	Zachodniopomorski	289	279
Razem		6 730	6 726

Według stanu na 5 kwietnia 2013 roku, w porównaniu do 2011 roku liczba świadczeniodawców zmniejszyła się o 4 podmioty.

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

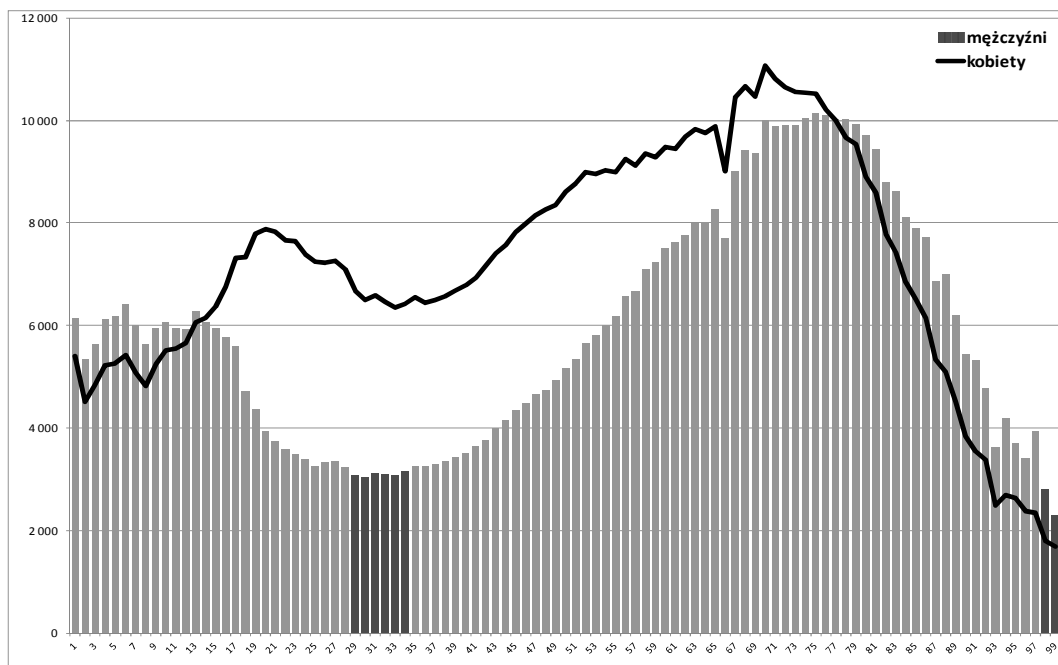
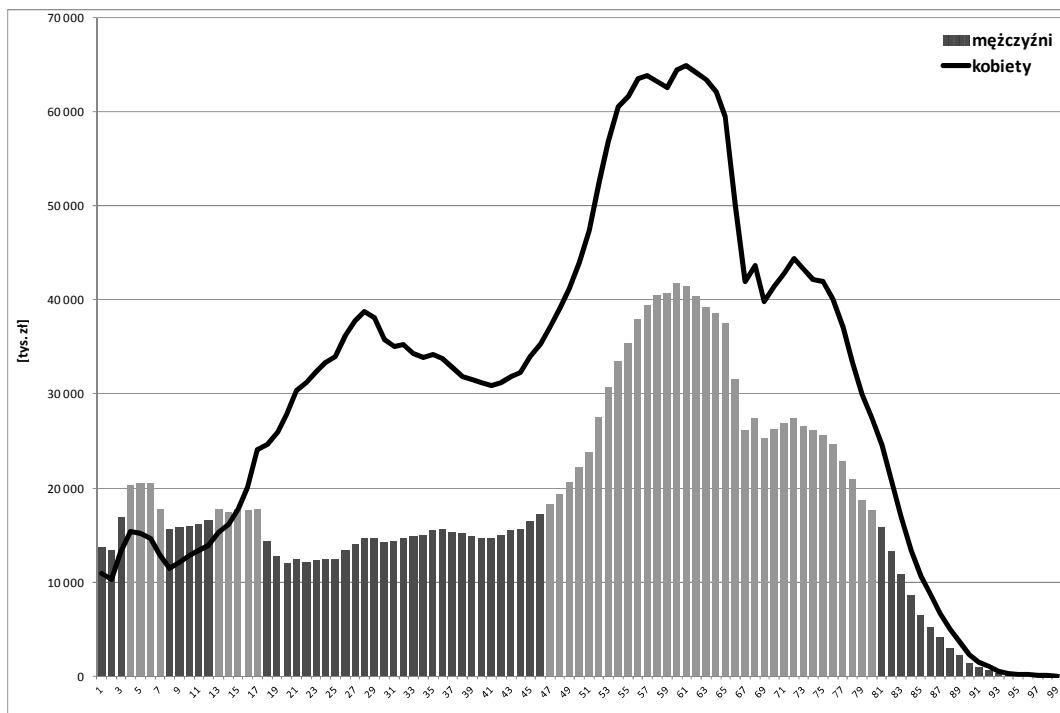


Tabela nr III.7. Wartość i wykonanie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (realizacja planu finansowego).

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2011 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2011 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2012 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2012 w tys. zł	Dynamika kontraktów 2011=100%
Dolnośląski	339 566,90	340 438,09	378 263,70	388 093,21	111,40%
Kujawsko-Pomorski	234 023,08	231 984,62	261 694,92	262 216,77	111,82%
Lubelski	221 600,06	225 721,10	246 187,42	253 592,76	111,10%
Lubuski	110 491,28	113 136,69	138 111,41	139 273,13	125,00%
Łódzki	267 892,91	270 801,18	302 284,52	305 811,45	112,84%
Małopolski	337 447,69	337 347,46	432 812,66	433 717,22	128,26%
Mazowiecki	718 303,58	695 836,43	741 537,83	714 087,93	103,23%
Opolski	109 733,46	106 930,85	122 793,85	122 728,45	111,90%
Podkarpacki	202 294,76	206 224,00	235 169,17	242 860,23	116,25%
Podlaski	146 854,35	148 183,83	178 275,27	178 641,57	121,40%
Pomorski	286 794,16	286 181,59	316 472,75	315 773,61	110,35%
Śląski	632 180,80	622 701,93	686 339,07	678 488,76	108,57%
Świętokrzyski	126 442,23	129 109,47	147 478,98	150 870,24	116,64%
Warmińsko-Mazurski	150 481,31	154 939,72	172 241,54	176 532,99	114,46%
Wielkopolski	384 502,66	380 101,13	470 091,84	462 839,19	122,26%
Zachodniopomorski	186 171,40	187 533,58	218 865,52	220 833,14	117,56%
RAZEM:	4 454 780,63	4 437 171,67	5 048 620,46	5 046 360,65	113,33%

Wartość zawartych umów w 2012 roku na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne wyniosła 5 046 360,65 tys. zł. Koszty realizacji świadczeń obejmują: wykonanie porad, badań kosztochłonnych oraz kompleksową ambulatoryjną opiekę nad pacjentem i wynoszą 99,96% zakontraktowanych świadczeń.

Wykres nr III.7. Wartość poniesionych wydatków w 2012 roku w podziale na wiek i płeć pacjenta [tys. zł] w AOS.

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

Grupy świadczeń specjalistycznych o charakterze zabiegowym lub zachowawczym obejmują świadczenia pohospitalizacyjne, świadczenia specjalistyczne typu 1,2,3,4 – ego; świadczenia kompleksowe typu 1,2,3,4-ego; świadczenia zabiegowe.

Ze względu na zmiany w sposobie rozliczania w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna od lipca 2011 roku, w tabeli poniżej przedstawiono liczbę porad w 2012 roku podzielonych na grupy: zachowawcze i zabiegowe.

Tabela nr III.8. Liczba ambulatoryjnych porad specjalistycznych wykonanych w 2012 roku (dane wygenerowane z systemu informatycznego Centrali NFZ BO XI).

OW NFZ	łączna liczba porad w 2011	łączna liczba porad w 2012		średnia liczba porad przypadająca na 1 uprawnionego w 2011	średnia liczba świadczeń przypadająca na 1 uprawnionego w 2012
		kategoria porad z grup W (zachowawcze)	kategoria porad z grup Z (zabiegowe)		
Dolnośląski	5 493 487	5 042 803	513 973	1,96	1,99
Kujawsko-Pomorski	4 339 261	3 982 331	385 940	2,12	2,14
Lubelski	4 350 961	3 956 152	420 119	2,05	2,07
Lubuski	1 826 018	1 762 015	219 815	1,84	2,00
Łódzki	4 686 337	4 518 873	450 474	1,89	2,01
Małopolski	6 828 001	6 494 092	638 518	2,14	2,24
Mazowiecki	11 097 216	10 048 402	921 224	2,16	2,14
Opolski	1 825 461	1 630 209	144 281	1,95	1,92
Podkarpacki	4 239 473	3 949 099	355 570	2,07	2,11
Podlaski	2 730 062	2 559 735	255 879	2,38	2,47
Pomorski	4 638 287	4 187 639	487 078	2,11	2,13
Śląski	11 187 491	10 228 747	1 142 892	2,51	2,55
Świętokrzyski	2 472 046	2 237 804	218 909	1,98	1,98
Warmińsko-Mazurski	2 818 542	2 482 387	346 567	2,00	2,01
Wielkopolski	6 999 051	5 998 969	889 708	2,07	2,04
Zachodniopomorski	3 224 260	2 999 910	343 947	1,95	2,03
Razem:	78 755 953	72 079 167	7 734 894	2,12	2,15
		79 814 061			

Kategoria porad grup „W” zawiera świadczenia zachowawcze, w tym również świadczenia domowe i pohospitalizacyjne, a kategoria porad grupy „Z” dotyczy specjalistycznych świadczeń zabiegowych. Łączna liczba wszystkich porad w 2012 roku wyniosła 79 814 061, gdzie średnio na jednego uprawnionego do świadczeń przypadło 2,15 porady (2,12 w 2011 roku). Do wyliczeń zsumowano wszystkie rodzaje porad realizowanych w 2012 roku.

Tabela nr III.9. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne w 2012 roku w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w tys. zł (realizacja planu – dane z DEF).

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2012 r. na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)	Wartość zapłaconych świadczeń w 2012 r. ogółem na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	1 351,37	117%	1 386,48	117%
Kujawsko-Pomorski	1 282,67	111%	1 285,23	108%
Lubelski	1 164,14	101%	1 199,15	101%
Lubuski	1 394,94	121%	1 406,68	118%
Łódzki	1 220,41	106%	1 234,65	104%
Małopolski	1 357,16	118%	1 360,00	114%
Mazowiecki	1 446,79	126%	1 393,23	117%
Opolski	1 325,92	115%	1 325,21	111%
Podkarpacki	1 151,44	100%	1 189,10	100%
Podlaski	1 564,35	136%	1 567,56	132%
Pomorski	1 440,06	125%	1 436,87	121%
Śląski	1 536,49	133%	1 518,92	128%
Świętokrzyski	1 187,10	103%	1 214,40	102%
Warmińsko-Mazurski	1 224,83	106%	1 255,34	106%
Wielkopolski	1 389,85	121%	1 368,40	115%
Zachodniopomorski	1 325,52	115%	1 337,44	112%
RAZEM:	1 357,51	118%	1 356,90	114%

Wykres nr III.8. Wartość poniesionych wydatków na świadczenia w 2012 roku w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych do świadczeń z podziałem na wiek i płeć pacjenta w rodzaju AOS.

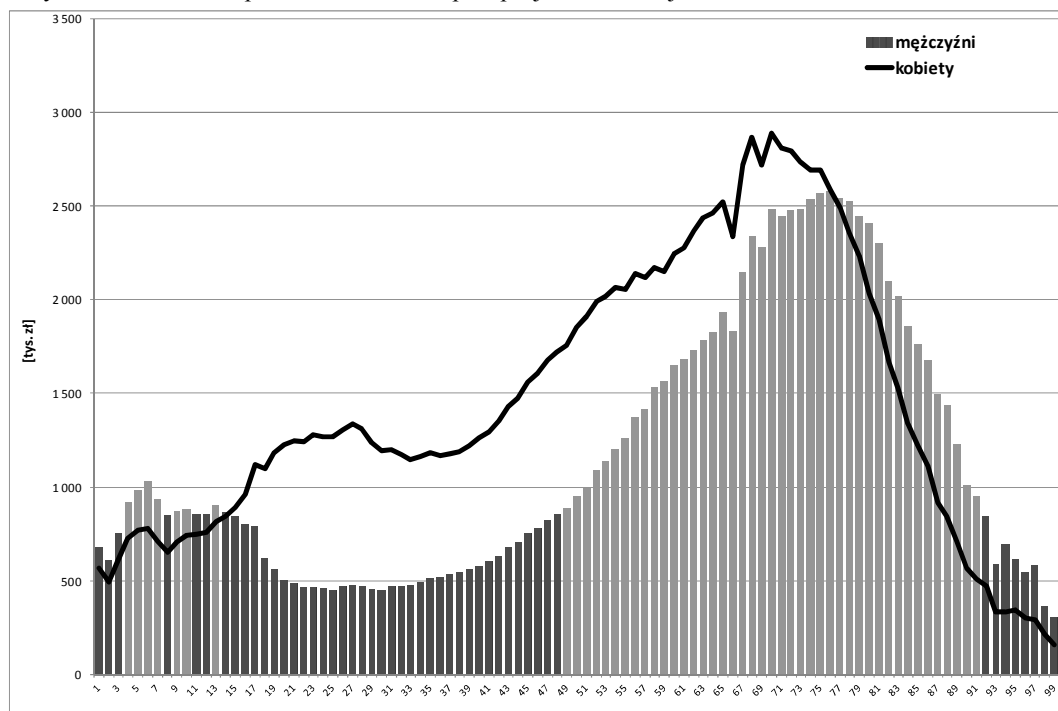


Tabela nr III.10. Kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna (KAOS) (dane z oddziałów wojewódzkich Funduszu).

nazwa Oddziału	liczba umów 2011	wartość umów 2011 w tys. zł	wartość zapłaconych świadczeń 2011 w tys. zł	liczba umów 2012	wartość umów 2012 w tys. zł	wartość zapłaconych świadczeń 2012 w tys. zł
Dolnośląski	7	1 957,29	1 954,86	7	2 083,22	2 076,76
Kujawsko-Pomorski	7	2 585,00	2 585,00	7	2 877,00	2 876,00
Lubelski	4	598,12	580,19	4	595,87	591,39
Lubuski	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Łódzki	3	1 681,73	1 681,63	4	1 909,52	1 873,07
Małopolski	2	339,00	338,65	2	352,80	352,80
Mazowiecki	4	4 919,03	4 912,28	3	4 737,28	4 733,14
Opolski	6	1 253,67	1 097,20	6	954,58	952,49
Podkarpacki	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Podlaski	4	1 593,38	1 586,00	3	1 659,31	1 659,31
Pomorski	3	1 002,81	1 001,57	3	1 128,90	1 061,90
Śląski	9	4 596,80	4 575,42	9	4 941,84	4 929,51
Świętokrzyski	1	484,77	484,77	1	478,52	478,52
Warmińsko-Mazurski	4	1 526,55	1 526,15	5	2 104,08	2 047,68
Wielkopolski	0	0,00	0,00	0	0,00	0,00
Zachodniopomorski	1	990,08	956,16	1	1 168,32	1 168,32
RAZEM	55	23 528,24	23 279,87	55	24 991,23	24 800,89

Kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna to opieka nad pacjentem z cukrzycą oraz opieka specjalistyczna nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV). W tabeli przedstawiona została wartość umów i ich realizacja. W 2012 roku zawarto 55 umów na kwotę 24 991,23 tys. zł.

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

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

Świadczenia KAOS-cukrzyca finansowane są według rocznej stawki kapitałowej.

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

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

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

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

Tabela nr III.11. Ambulatoryjna świadczenia diagnostyczne kosztochłonne (ASDK) (dane z oddziałów wojewódzkich Funduszu).

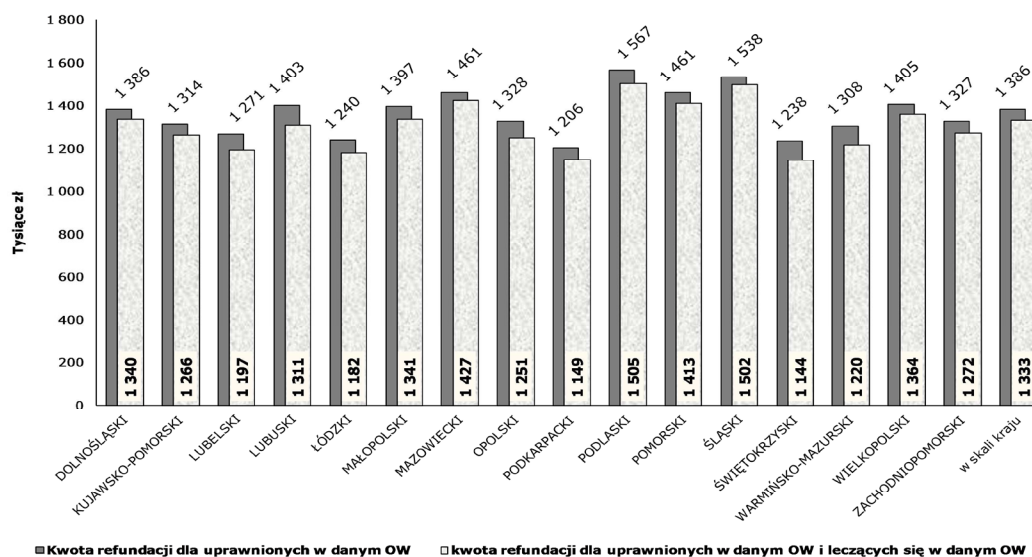
Nazwa Oddziału	liczba badań	wartość umów w tys. zł	wartość zapłaconych świadczeń w tys. zł	liczba badań	wartość umów w tys. zł	wartość zapłaconych świadczeń w tys. zł
	2011			2012		
Dolnośląski	196 950	60 110,12	59 611,51	188 416	69 359,76	68 264,96
Kujawsko-Pomorski	145 824	38 995,00	38 227,00	117 146	40 280,46	39 457,35
Lubelski	133 087	31 267,95	31 087,10	104 470	31 876,08	31 858,27
Lubuski	80 313	19 927,30	19 915,98	63 291	23 741,37	23 573,10
Łódzki	200 244	48 578,18	48 231,29	140 587	43 002,71	42 908,96
Małopolski	213 730	55 809,10	55 042,85	178 533	63 452,90	63 393,00
Mazowiecki	441 783	119 060,94	118 415,94	306 481	104 600,66	101 626,16
Opolski	90 146	25 508,42	24 854,93	65 512	22 704,31	22 681,50
Podkarpacki	112 692	32 742,33	32 948,40	103 169	38 190,64	38 161,43
Podlaski	72 742	20 052,21	19 985,19	55 255	20 836,16	20 833,54
Pomorski	235 694	56 952,64	56 624,82	151 787	52 516,11	52 377,49
Śląski	431 144	112 600,57	112 227,80	312 324	106 328,07	106 272,07
Świętokrzyski	70 849	20 017,23	19 739,51	66 714	23 924,50	23 750,22
Warmińsko-Mazurski	86 986	23 428,61	23 273,16	74 669	25 428,27	24 826,24
Wielkopolski	226 123	49 893,12	49 699,18	150 352	58 927,00	58 858,00
Zachodniopomorski	132 556	35 334,92	35 101,78	105 000	35 085,55	35 071,19
Razem	2 870 863	750 278,64	744 986,44	2 183 706	760 254,56	753 913,49

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

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

Wartość umów w 2012 roku wynosiła 760 254,56 tys. zł. Wykonano łącznie 2 183 706 badań. Mniejsza liczba badań jest wynikiem przeniesienia części badań do grup zabiegowych i zachowawczych. Są to: angiografia narządu wzroku, USG Doppler-duplex, USG do zabiegów kardiologicznych, pH-metria, USG obciążeniowe i przezprzełykowe, badania molekularne, badanie endoskopowe układu oddechowego, badanie RTG (urografia), próba wysiłkowa.

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



Największy wskaźnik wydatków w AOS w przeliczeniu na 10 tys. „swoich” uprawnionych na terenie całego kraju w 2012 roku osiągnął oddział podlaski (1 567 tys. zł) oraz śląski (1 538 tys. zł), pomorski (1 461 tys. zł) i mazowiecki (1 461 tys. zł). W skali całego kraju koszty te wyniosły odpowiednio 1 386 tys. zł. Oddział podlaski osiągnął również najwyższy wskaźnik w przypadku kosztów leczenia własnych pacjentów na terenie własnego oddziału (1 505 tys. zł). Średni koszt leczenia pacjentów na terenie własnego oddziału wyniósł w 2012 roku 1 333 tys. zł.

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

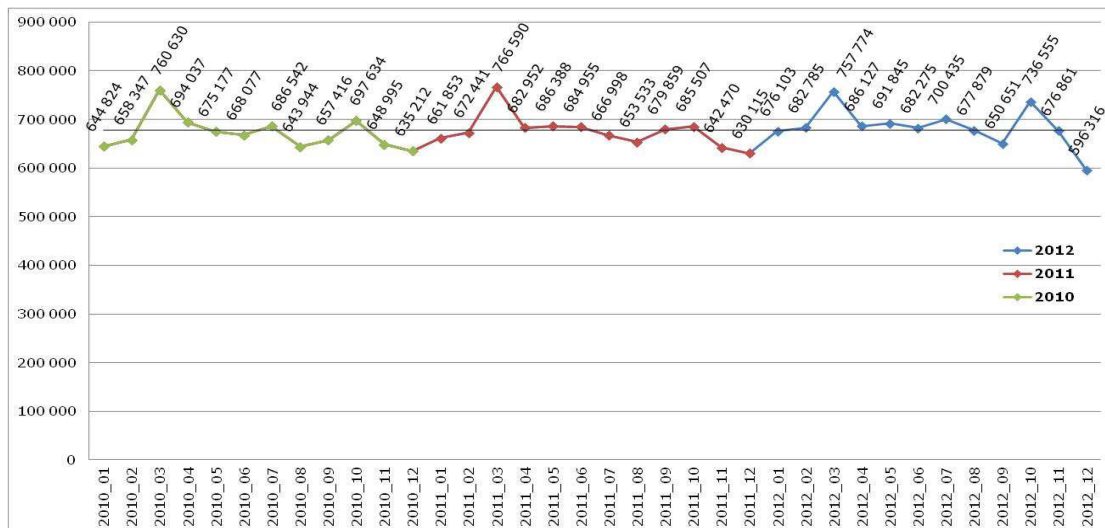


Największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza własnego województwa wystąpił w województwie mazowieckim (5,78% kosztów ogólnych poniesionych przez oddział).

III.2.2.3. Lecznictwo szpitalne

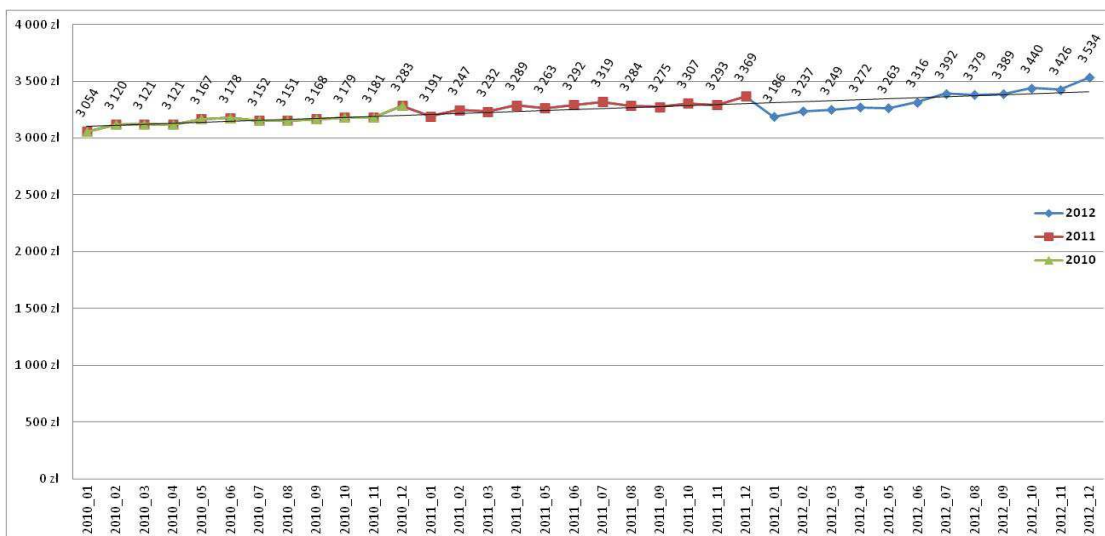
Rok 2012 był w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne rokiem kontynuacji zmian wprowadzanych w latach poprzednich, zmiany te polegały na stopniowych modyfikacjach zaimplementowanego od 1 lipca 2008 roku nowego systemu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej tj. systemu Jednorodnych Grup Pacjentów.

Wykres nr III.11. Liczba hospitalizacji w okresie styczeń 2010 roku-grudzień 2012 roku.

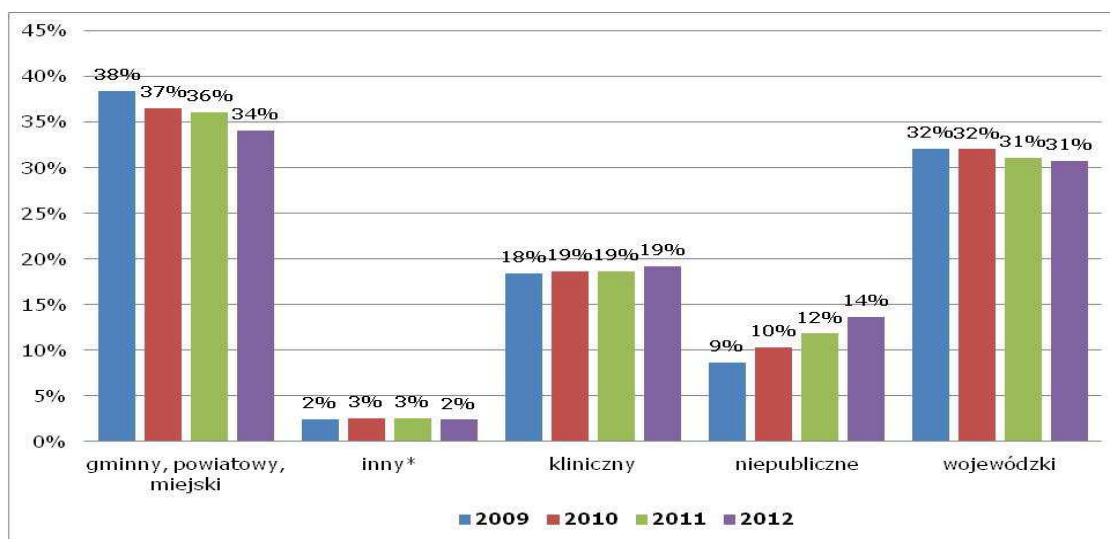


Na przestrzeni lat 2010-2012 liczba hospitalizacji utrzymuje się na podobnym poziomie, jednak z tendencją do sukcesywnego wzrostu. W 2012 roku liczba hospitalizacji uległa zwiększeniu o 2% w porównaniu do 2010 roku.

Wykres nr III.12. Średnia wartość hospitalizacji w lecznictwie szpitalnym (zł) w latach 2010-2012 w ujęciu miesięcznym.

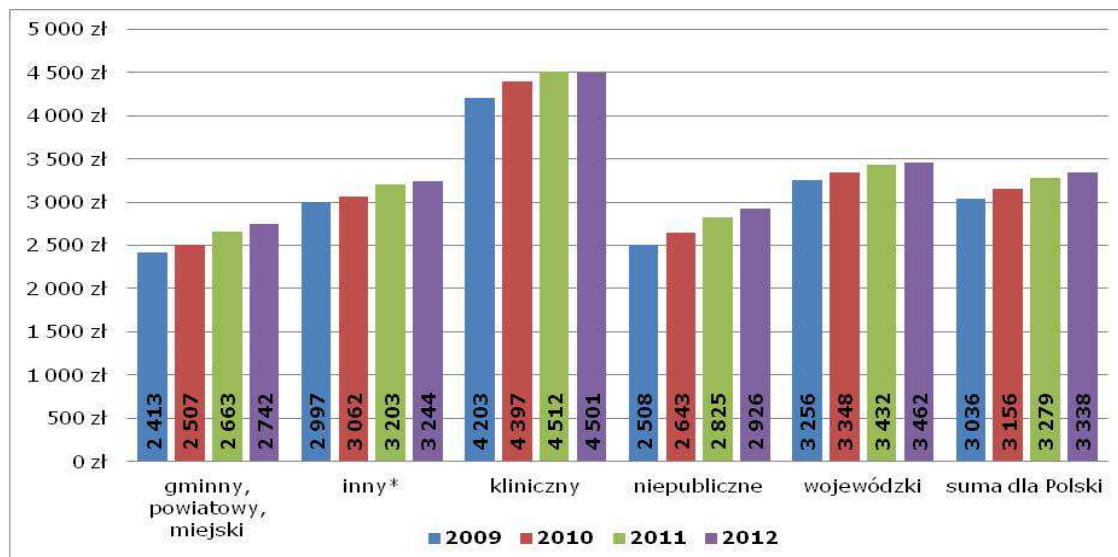


W przypadku średniej wartości hospitalizacji zaobserwować można niewielki, ale stały wzrost. W 2010 roku wartość ta kształtowała się na poziomie 3 156 zł, natomiast w 2012 roku wzrosła o około 184 zł i wyniosła średnio 3 340 zł.

Wykres nr III.13. Udział poszczególnych kategorii szpitali w ogólnej liczbie hospitalizacji w latach 2009-2012.

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

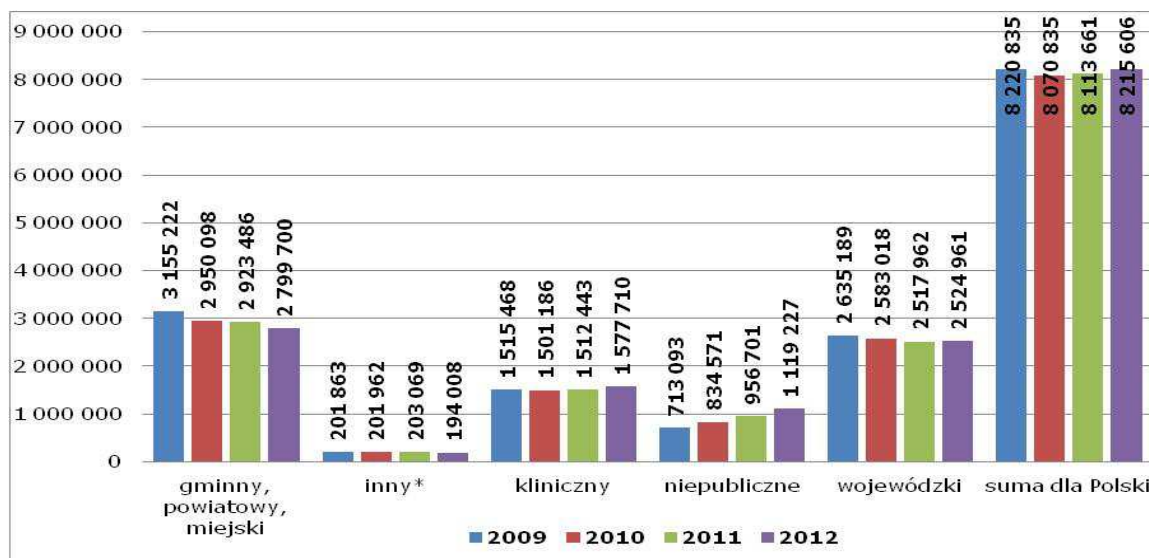
Udział typów szpitali w ogólnej liczbie hospitalizacji wskazuje na znaczny wzrost świadczeń udzielanych w podmiotach niepublicznych, przy jednoczesnym spadku udziału świadczeń realizowanych przez szpitale wojewódzkie oraz gminne, powiatowe i miejskie. Odsetek świadczeń udzielanych przez podmioty niepubliczne od 2009 roku wzrósł o 5 %, natomiast w przypadku szpitali wojewódzkich odnotowano spadek o 1 %, a udział świadczeń realizowanych w szpitalach gminnych, powiatowych i miejskich zmniejszył się o 4 % w stosunku do 2009 roku. Jednocześnie od 3 lat na stałym poziomie utrzymuje się udział szpitali klinicznych i wynosi on 19%.

Wykres nr III.14. Średnia wartość hospitalizacji w leczeniu szpitalnym (w zł) w latach 2009-2012 w podziale na poszczególne kategorie szpitali.

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

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

Wykres nr III.15. Liczba hospitalizacji w lecznictwie szpitalnym w latach 2009-2012 w podziale na poszczególne kategorie szpitali.



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

Największa liczba hospitalizacji realizowana jest w szpitalach należących do kategorii gminne, powiatowe i miejskie, w dalszej kolejności w szpitalach wojewódzkich, klinicznych i niepublicznych. Zauważyć jednak należy, że w większości kategorii szpitali następuje sukcesywny spadek liczby hospitalizacji, przy jednoczesnym jej zwiększeniu w podmiotach niepublicznych.

Tabela nr III.12. Liczba świadczeniodawców w rodzaju leczenie szpitalne (dane z systemu BO XI stan na dzień 5 kwietnia 2013 roku).

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2011	liczba świadczeniodawców 2012
01	Dolnośląski	84	85
02	Kujawsko-Pomorski	61	63
03	Lubelski	68	66
04	Lubuski	34	31
05	Łódzki	81	93
06	Małopolski	82	83
07	Mazowiecki	144	145
08	Opolski	36	35
09	Podkarpacki	57	59
10	Podlaski	36	38
11	Pomorski	51	55
12	Śląski	205	215
13	Świętokrzyski	40	36
14	Warmińsko-Mazurski	57	56
15	Wielkopolski	102	101
16	Zachodniopomorski	53	47
Razem		1 191	1 208

Liczba świadczeniodawców posiadających umowy w rodzaju leczenie szpitalne w 2012 roku wzrosła o 17 w porównaniu do 2011 roku i wynosi 1 208.

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

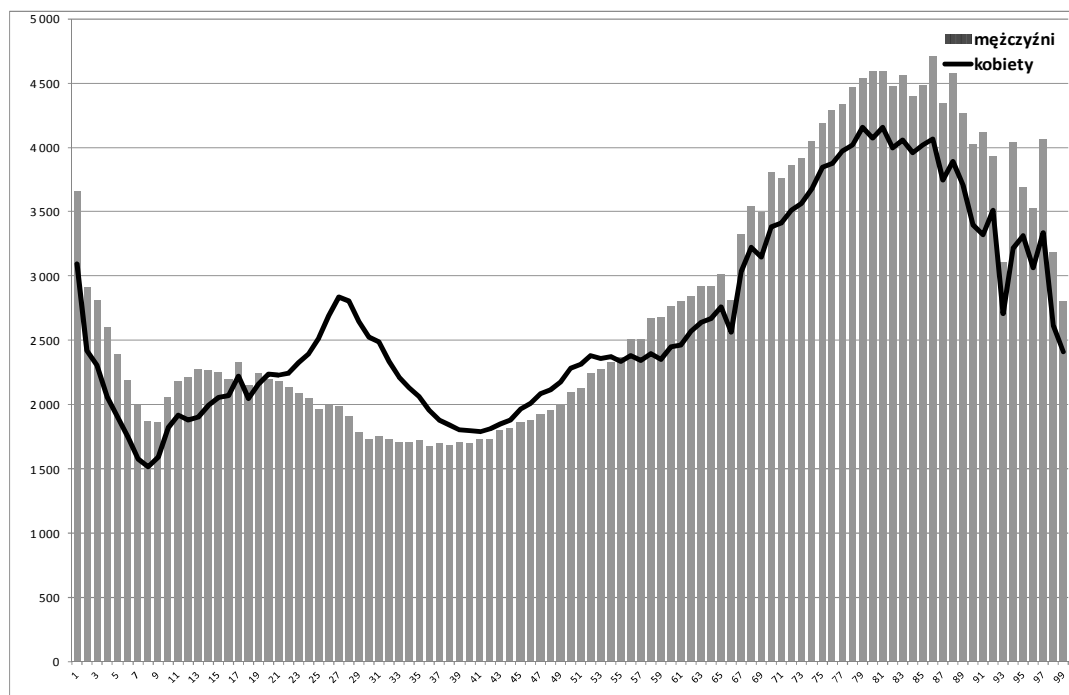


Tabela nr III.13. Wartość i realizacja umów w rodzaju leczenie szpitalne (realizacja planu – dane z DEF).

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2011 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2011 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2012 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2012 w tys. zł	Dynamika kontraktów 2011=100%
Dolnośląski	2 082 838,06	2 085 961,53	2 237 257,11	2 233 195,67	107,41%
Kujawsko-Pomorski	1 468 277,19	1 459 734,02	1 621 231,59	1 614 715,51	110,42%
Lubelski	1 503 193,99	1 543 858,70	1 636 686,80	1 665 815,02	108,88%
Lubuski	617 842,24	686 853,54	661 106,57	755 615,81	107,00%
Łódzki	1 820 387,48	1 905 438,62	1 937 272,50	2 025 533,74	106,42%
Małopolski	2 229 707,07	2 202 401,79	2 404 028,62	2 400 843,04	107,82%
Mazowiecki	4 951 009,08	4 505 036,73	5 019 341,65	4 540 562,48	101,38%
Opolski	612 836,88	679 538,95	667 269,77	735 904,27	108,88%
Podkarpacki	1 270 104,63	1 392 336,73	1 349 244,28	1 489 566,40	106,23%
Podlaski	811 089,24	857 208,00	885 180,62	915 509,00	109,13%
Pomorski	1 529 695,22	1 559 512,56	1 611 589,70	1 669 856,43	105,35%
Śląski	3 385 341,42	3 249 080,76	3 601 595,44	3 475 159,81	106,39%
Świętokrzyski	843 249,13	921 191,18	934 057,03	1 008 742,27	110,77%
Warmińsko-Mazurski	845 128,23	931 387,86	926 004,92	1 024 876,81	109,57%
Wielkopolski	2 350 481,20	2 329 020,37	2 594 118,22	2 538 156,52	110,37%
Zachodniopomorski	1 215 440,28	1 243 495,49	1 311 199,95	1 343 091,88	107,88%
RAZEM	27 536 621,34	27 552 056,83	29 397 184,77	29 437 144,66	106,76%

W rodzaju leczenie szpitalne nastąpił wzrost wartości zawartych umów o 6,76%. Wartość zakontraktowanych świadczeń wyniosła 29 397 184,77 tys. zł. Podane wartości zawierają umowy na programy terapeutyczne i chemioterapię i ich realizację.

Wykres nr III.17. Wartość poniesionych wydatków w 2012 roku w podziale na wiek i płeć pacjenta [tys. zł] w rodzaju leczenie szpitalne.

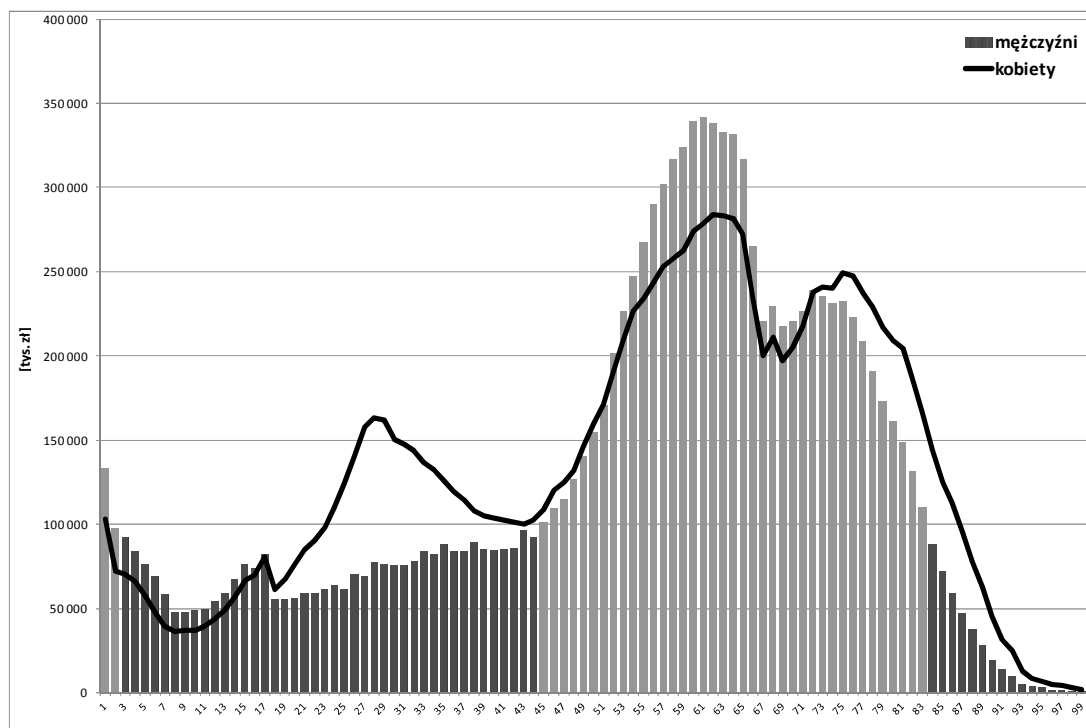
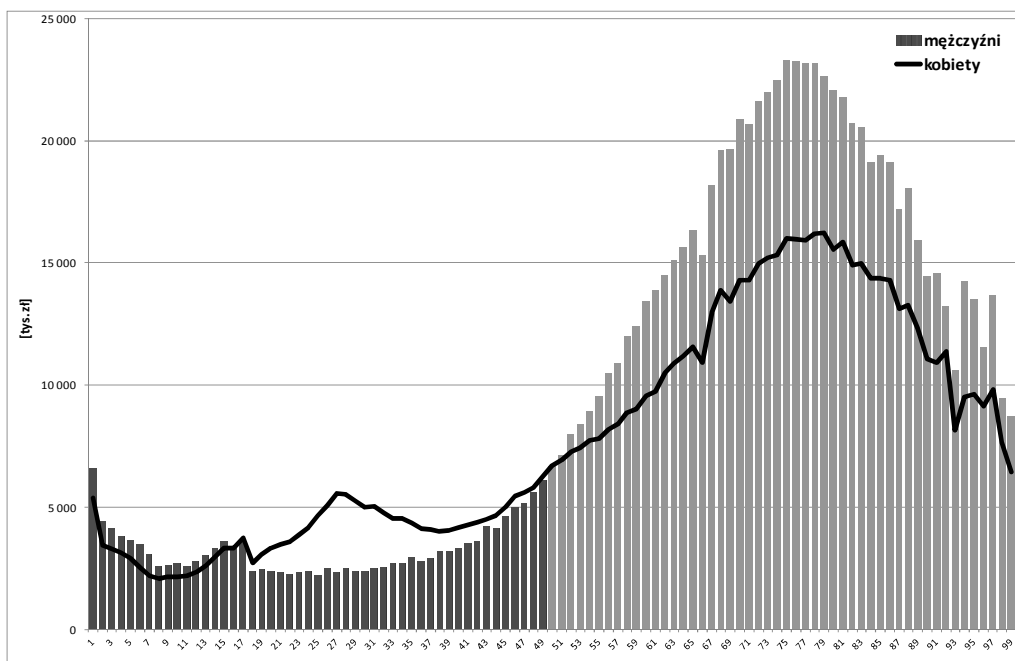


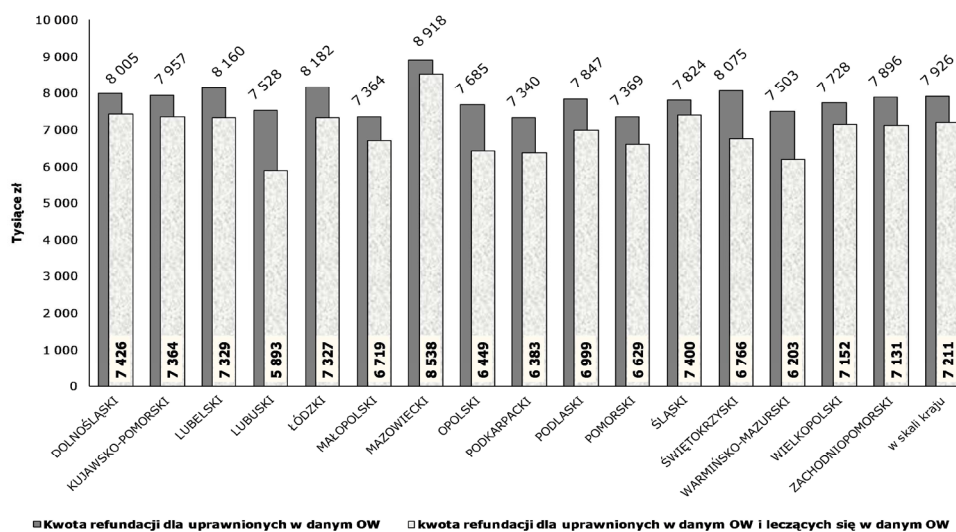
Tabela nr III.14. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w rodzaju leczenie szpitalne w 2012 roku w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w tys. zł.(wartość świadczeń – dane z DEF)

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2012 r. na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)	Wartość zapłaconych świadczeń w 2012 r. ogółem na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	7 992,71	121%	7 978,20	109%
Kujawsko-Pomorski	7 946,29	121%	7 914,35	109%
Lubelski	7 739,34	118%	7 877,08	108%
Lubuski	6 677,26	101%	7 631,82	105%
Łódzki	7 821,32	119%	8 177,65	112%
Małopolski	7 538,26	114%	7 528,28	103%
Mazowiecki	9 793,07	149%	8 858,94	122%
Opolski	7 205,11	109%	7 946,22	109%
Podkarpacki	6 606,22	100%	7 293,27	100%
Podlaski	7 767,37	118%	8 033,50	110%
Pomorski	7 333,26	111%	7 598,40	104%
Śląski	8 062,81	122%	7 779,77	107%
Świętokrzyski	7 518,49	114%	8 119,66	111%
Warmińsko-Mazurski	6 584,92	100%	7 288,01	100%
Wielkopolski	7 669,62	116%	7 504,17	103%
Zachodniopomorski	7 941,05	121%	8 134,19	112%
RAZEM:	7 904,51	120%	7 915,26	109%

Wykres nr III.18. Wartość wydatków na świadczenia w roku 2012 w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych do świadczeń z podziałem na wiek i płeć pacjenta w rodzaju leczenie szpitalne.



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



Na wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddział wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” OW NFZ. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu szpitalnym na 10 tys. mieszkańców w roku poniósł oddział mazowiecki (8 918 tys. zł). W skali całego kraju koszty te wyniosły odpowiednio 7 926 tys. zł.

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



Największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza województwa wystąpił w województwie mazowieckim, małopolskim, śląskim i wielkopolskim (odpowiednio 16,55%, 9,62%, 9,33%, 9,06%).

III.2.2.3.1. Chemioterapia

Chemioterapia jest zakresem finansowanym w ramach umowy w rodzaju leczenie szpitalne. Poniżej przedstawiono najważniejsze zmiany wprowadzone w 2012 roku:

- Zarządzenie Nr 13/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 7 marca 2012 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia:
 - regulacja postępowania w przypadku zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia na okres od 1 stycznia 2012 roku do 30 czerwca 2012 roku w oparciu o rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2011 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 202, poz. 91) oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 111, poz. 650).
- Zarządzenie Nr 26/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 maja 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia:
 - dostosowanie przepisów zarządzenia do przepisów ustawy refundacyjnej, stworzenie katalogu leków refundowanych stosowanych w chemioterapii i dopasowanie ich wyceny punktowej do ogłoszonego obwieszczenia Ministra Zdrowia.
- Zarządzenie Nr 34/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 15 czerwca 2012 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia:
 - na mocy porozumienia Ministra Zdrowia z Funduszem, w konsekwencji niedoboru leków cytostatycznych w Polsce, poszerzono katalog substancji czynnych, obowiązujący do końca czerwca 2012 r., o substancje czynne z wyceną punktową o statusie „imp. doc.” umożliwiającymi rozliczanie leków sprowadzanych z zagranicy.

- Zarządzenie Nr 43/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 13 lipca 2012 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii:
 - wprowadzenie „katalogu świadczeń dodatkowych” wymieniającego procedury podania leków, czasowo niedostępnych w Polsce, zawierających substancje czynne stosowane w chemioterapii, sprowadzanych z zagranicy, z wyceną punktową opartą na średniej ważonej cen leków z faktur zakupowych sprawozdanych przez świadczeniodawców.
- Zarządzenie Nr 102/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 21 grudnia 2012 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii:
 - podział „katalogu świadczeń dodatkowych” na procedury podania leków stale niedostępnych w Polsce oraz czasowo niedostępnych z okresem obowiązywania związanym ze stabilizacją ilości cytostatyków na polskim rynku farmaceutycznym.

Od 1 lipca 2012 roku wycena katalogu leków refundowanych stosowanych w chemioterapii dostosowywana jest każdorazowo do treści publikowanych obwieszczeń Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, wydanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy refundacyjnej.

W 2012 roku Fundusz sfinansował świadczenia w zakresach „chemioterapii” na kwotę 1 170 762,02 tys. zł. Wartość umów podpisanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu na te świadczenia została zagwarantowana w planie finansowym kwotą 1 490 184 tys. zł, tj. ok. 27,28 % większą od realizacji, wartość kontraktów wynosiła ponad 1 216 423 tys. zł.

Tabela nr III. 15. Chemioterapia – wartość zawartych kontraktów i ich wykonania w podziale na oddziały – porównanie lat 2011-2012 (dynamika zmian).

Oddział wojewódzki Funduszu rozliczający	Wartość świadczeń w [tys. zł]				Dynamika zmian 2012/2011	
	Rok 2011		Rok 2012		Kontrakty	Wykonanie
	Kontrakty	Wykonanie	Kontrakty	Wykonanie		
1	2	3	4	5	6=(4-2)/2	7=(5-3)/3
Dolnośląski	110 836	125 439	109 032	101 313	-1,63%	-19,23%
Kujawsko-Pomorski	65 200	75 871	71 796	71 589	10,12%	-5,64%
Lubelski	75 336	83 425	75 638	66 904	0,40%	-19,80%
Lubuski	24 284	24 325	24 262	34 033	-0,09%	39,91%
Łódzki	77 620	77 607	62 268	71 626	-19,78%	-7,71%
Małopolski	84 824	96 949	78 253	80 520	-7,75%	-16,95%
Mazowiecki	254 961	241 933	237 824	181 971	-6,72%	-24,78%
Opolski	21 739	22 739	21 141	25 608	-2,75%	12,62%
Podkarpacki	53 555	53 484	49 561	57 193	-7,46%	6,93%
Podlaski	50 095	49 819	39 325	38 504	-21,50%	-22,71%
Pomorski	74 239	78 481	70 981	70 050	-4,39%	-10,74%
Śląski	157 849	167 975	148 270	135 836	-6,07%	-19,13%
Świętokrzyski	43 315	48 635	43 506	44 420	0,44%	-8,67%
Warmińsko-Mazurski	38 501	45 188	33 963	39 494	-11,79%	-12,60%
Wielkopolski	86 651	116 555	105 432	102 558	21,67%	-12,01%
Zachodniopomorski	53 157	53 349	45 170	49 144	-15,03%	-7,88%
Suma	1 272 163	1 361 773	1 216 423	1 170 762	-4,38%	-14,03%

Najwyższą wartość środków wydatkowano na chemioterapię w województwie mazowieckim z kwotą blisko 182 mln zł. Następnymi z kolei województwami, w których wydatkowano najwyższe środki pieniężne jest województwo śląskie (135,8 mln zł) oraz wielkopolskie (102,5 mln zł).

Wykres przedstawia top 10 substancji czynnych wartości rozliczonych w chemioterapii w 2012 roku. Największy koszt w 2012 roku generował rituximab – 74,19 mln zł.

Wykres nr III.21. Chemioterapia – 10 leków generujących najwyższe koszty w 2012 roku.

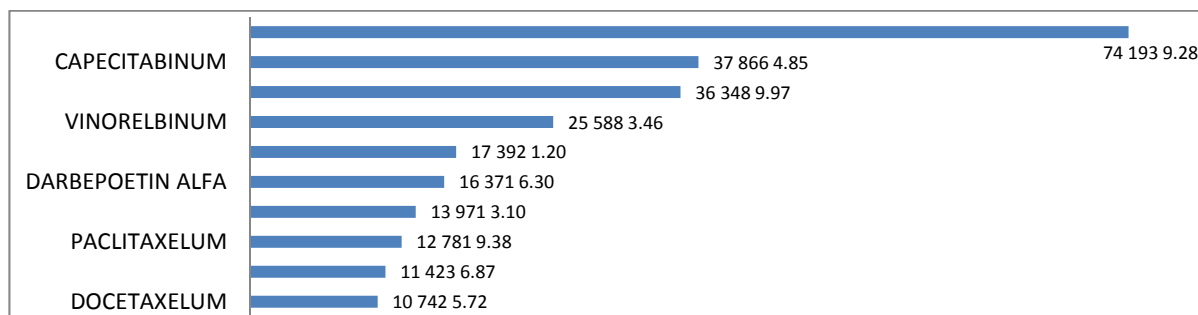


Tabela przedstawia podział populacji pacjentów leczonych w odniesieniu do rozpoznania zasadniczego sprawozdanego jako główny powód wykonania świadczeń związanych z chemioterapią.

Tabela nr III.16. Liczba pacjentów w podziale na ICD-10 w produktach kontraktowych związanych z chemioterapią w 2012 roku.

Kod rozpoznania	Nazwa rozpoznania	Liczba pacjentów
Z51.1	CYKLE CHEMIOTERAPII NOWOTWORÓW	88 293
C50.9	SUTEK, NIE OKREŚLONY	3 790
Z51.0	SEANSE RADIOTERAPII	2 419
C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA	2 411
C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY	1 949
C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA (UWAGA 5)	1 928
C90.0	SZPICZAK MNOGI	1 826
C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO	1 683
C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIE OKREŚLONE	1 390
C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA	1 366
C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA	1 142
C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA	954
Z51.2	INNA CHEMIOTERAPIA	897
C18.9	OKREŻNICA, NIE OKREŚLONA	843
C18.7	ESICA	820
C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA	807
C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO	790
C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ	769
C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA	746
C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA	586

Najwięcej osób, którym wykonano świadczenia związane z chemioterapią zamieszkuje województwo mazowieckie 15,28%.

III.2.2.3.1.1. Zgody indywidualne na chemioterapię niestandardową

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

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

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

Procedura chemioterapii niestandardowej obejmuje 2 grupy terapii:

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

Najważniejszą zmianą wprowadzoną Zarządzeniem Nr 28/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 maja 2012 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne, było określenie czasu obowiązywania programu leczenia w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej w Polsce, do dnia 31 grudnia 2013 roku.

Powyższa zmiana wynikała z art. 70 ustawy refundacyjnej.

Tabela nr III.17. Chemioterapia niestandardowa 2012 – 10 substancji generujących najwyższy koszt w chemioterapii niestandardowej.

Lp.	Substancja czynna	Nazwa handlowa	Liczba wniosków	Liczba wydanych zgód	Wartość zgód
1	LENALIDOMIDE	REVLIMID	1052	991	47 553 618,81
2	CETUXIMABUM	ERBITUX	484	416	13 573 888,61
3	BEVACIZUMAB	AVASTIN	443	429	11 885 643,75
4	EVEROLIMUS	AFINITOR	396	329	11 746 398,42
5	AZACITIDINE	VIDAZA	285	272	11 265 304,19
6	CABAZIT AXEL	JEV TANA	193	157	7 812 930,87
7	PANITUMUMAB	VECTIBIX	201	200	7 451 768,98
8	BENDAMUSTINE HYDROCHLORIDE	LEVACT	558	498	7 235 130,41
9	ERLOTINIB	TARCEVA	390	346	6 536 996,60
10	IMATINIBUM	GLIVEC	309	300	6 288 847,33

W świetle przedstawionych danych, podkreślenia wymaga fakt, że corocznie kwoty na leczenie onkologiczne systematycznie rosną. Obecnie obserwowana dynamika zmian (zwyżka) w strukturze wydatków Funduszu na leki stosowane w ramach chemioterapii niestandardowej sugeruje zwiększenie realizacji zgód obejmujących wysokokosztowe terapie.

Tabela nr III.18. Wartość zgód na chemioterapię niestandardową w latach 2007-2012.

Rok	Chemioterapia niestandardowa		
	Łączna liczba złożonych wniosków	Łączna liczba wydanych zgód	Sumaryczna wartość zgód
Oddziały wojewódzkie Funduszu razem			
2007	7 790	6 641	107 923 017 zł
2008	7 111	6 261	125 978 885 zł
2009	7 347	6 445	135 808 621 zł
2010	7 704	6 645	161 612 580 zł
2011	7 222	6 346	169 958 894 zł
2012	8 848	7 961	195 636 185 zł

III.2.2.3.1.2. Terapeutyczne programy zdrowotne/programy zdrowotne (lekowe)

W ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne do dnia 30 czerwca 2012 roku, zgodnie z art. 69 ustawy refundacyjnej, finansowane są terapeutyczne programy zdrowotne. Jedynie świadczenia chemioterapii niestandardowej zgodnie z art. 70 ustawy refundacyjnej są realizowane na dotychczasowych zasadach nie dłużej jednak niż do dnia 31 grudnia 2013 roku.

Od 1 lipca 2012 roku nowoczesne technologie lekowe finansowane są w ramach programów lekowych, których opisy stanowią załączniki do obwieszczeń ministra właściwego do spraw zdrowia, publikowanych w dziennikach urzędowych Ministra Zdrowia, wydanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy refundacyjnej.

W pierwszej połowie 2012 roku Fundusz finansował razem z chemioterapią niestandardową 38 programów terapeutycznych (w tym 9 programów onkologicznych i 29 programów nieonkologicznych) oraz 5 kwalifikacji do programów.

W drugiej połowie 2012 roku Fundusz finansował 44 programy zdrowotne (lekowe) (w tym 12 programów onkologicznych i 32 programy nieonkologiczne), 4 kwalifikacje do programów lekowych oraz jeden program terapeutyczny tj. dot. chemioterapii niestandardowej.

Zasady finansowania w zakresie terapeutycznych programów zdrowotnych w 2012 roku zostały określone w:

- Zarządzeniu Nr 59/2011/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne zmienionym zarządzeniem:
 - Nr 73/2011/DGL Prezesa NFZ z dnia 24 października 2011 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne
 - Nr 10/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 15 lutego 2012 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne
 - Nr 24/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 27 kwietnia 2012 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne
 - Nr 28/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 maja 2012 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne.

Zasady finansowania w zakresie programów zdrowotnych (lekowych) od 1 lipca 2012 roku zostały określone w:

- Zarządzeniu Nr 27/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 maja 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe) zmienione zarządzeniem:
 - Nr 42/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 10 lipca 2012 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe)
 - Nr 66/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 19 października 2012 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe)
 - Nr 95/2012/DGL Prezesa NFZ z dnia 18 grudnia 2012 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe).

Poniżej przedstawiono najważniejsze zmiany, które zostały wprowadzone w pierwszej połowie 2012 roku do terapeutycznych programów zdrowotnych:

- W związku ze zmianą rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 sierpnia 2011 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. Nr 194, poz. 1152), wykaz terapeutycznych programów zdrowotnych poszerzono o jeden nowy program:
 - Leczenie łuszczykowego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym (infiximabum lub etanerceptum lub adalimumab)
- W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2011 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. Nr 244, poz. 1455); rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2011 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. Nr 269, poz. 1598) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia

2011 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. (Dz. U. Nr 269, poz. 1597):

- zostały wprowadzone zmiany dotyczące wyłącznie programów, które uległy modyfikacji w ww. rozporządzeniach Ministra Zdrowia, tj.:
 - Leczenie stwardnienia rozsianego;
 - Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B;
 - Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B;
 - Leczenie raka nerki;
 - Kwalifikacja i weryfikacja leczenia w programie Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B
- ponadto zostały dodane nowe substancje czynne do programów terapeutycznych tj.:
 - Leczenie raka nerki (sorafenib, everolimus);
 - Leczenie przewlekłego WZW typu B (tenofovir).

Poniżej przedstawiono najważniejsze zmiany, które zostały wprowadzone w drugiej połowie 2012 roku do programów zdrowotnych (lekowych):

- W związku z obwieszczeniem Ministra Zdrowia na dzień 1 lipca 2012 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z dnia 25 kwietnia 2012 r. (Dz. Urz. MZ poz. 19) oraz z dnia 28 czerwca 2012 r. (Dz. Urz. MZ poz. 49) zostały dodane nowe programy lekowe, dla których było brak odpowiedników w programach terapeutycznych tj.:
 - Leczenie zaawansowanego raka jelita grubego - (bewacyzumab; cetuksymab; panitumumab)
 - Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca - (pemetreksed; docetaksel; gefitynib; erlotynib)
 - Leczenie zaawansowanego włókniakomięsaka guzowatego skóry (DFSP) -(imatynib)
 - Leczenie mięsaków tkanek miękkich – (trabectedyna)
 - Leczenie ciężkich wrodzonych hiperhomocysteinemii - (betaina bezwodna)
- W związku z obwieszczeniem Ministra Zdrowia na dzień 1 września 2012 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z dnia 28 sierpnia 2012 r. (Dz. Urz. MZ poz. 66):
 - został dodany nowy program lekowy tj. Leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu B u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców z chłoniakami, leczonych rytuksymabem – (lamiwudyna)
 - zostały zmodyfikowane programy lekowe:
 - Leczenie szpiczaka plazmatyczno-komórkowego (plazmocytowego) - (bortezomib)
 - Leczenie stwardnienia rozsianego (interferon beta, octan glatirameru)
- W związku z obwieszczeniem Ministra Zdrowia **na dzień 1 listopada 2012 r.** w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych z dnia 29 października 2012 r. (Dz. Urz. MZ poz. 76) oraz Obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2012 r. o sprostowaniu błędów (Dz. Urz. MZ poz. 77):
 - został dodany nowy program lekowy tj. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem - (omalizumab)
 - została dodana kwalifikacja do programu lekowego tj. Kwalifikacja i weryfikacja leczenia ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej.

W 2012 roku Fundusz sfinansował świadczenia w zakresie „programy terapeutyczne lekowe” na kwotę 1 886 292,07 tys. zł. Wartości umów podpisanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu na te świadczenia zostały zagwarantowane w planie finansowym kwotą 2 138 415 tys. zł, tj. ok. 13,37 % większą od realizacji.

Tabela nr III.19. Terapeutyczne Lekowe Programy Zdrowotne – Porównanie wartości planu i wykonania świadczeń w roku 2011 i 2012 w podziale na oddziały.

Oddział wojewódzki Funduszu rozliczający	Wartość świadczeń w [tys. zł]				Dynamika zmian 2012/2011	
	Rok 2011		Rok 2012		Kontrakty	Wykonanie
	Kontrakty	Wykonanie	Kontrakty	Wykonanie		
1	2	3	4	5	6=(4-2)/2	7=(5-3)/3
Dolnośląski	122 715	122 221	156 054	152 475	27,17%	24,75%
Kujawsko-Pomorski	86 141	85 257	124 402	110 974	44,42%	30,16%
Lubelski	81 839	80 950	106 971	101 885	30,71%	25,86%
Lubuski	38 017	36 496	55 687	44 831	46,48%	22,84%
Łódzki	100 474	100 376	152 303	123 705	51,58%	23,24%
Małopolski	157 380	147 185	216 896	175 773	37,82%	19,42%
Mazowiecki	252 897	243 138	329 691	278 041	30,37%	14,36%
Opolski	40 348	38 341	58 974	44 709	46,16%	16,61%
Podkarpacki	84 690	84 299	129 767	104 298	53,23%	23,72%
Podlaski	50 319	49 103	60 485	53 421	20,20%	8,79%
Pomorski	84 415	83 095	109 236	97 905	29,40%	17,82%
Śląski	191 456	188 873	224 299	216 065	17,15%	14,40%
Świętokrzyski	56 378	55 484	73 753	65 176	30,82%	17,47%
Warmińsko-Mazurski	47 457	47 388	73 076	69 806	53,98%	47,31%
Wielkopolski	135 062	132 499	188 500	172 005	39,57%	29,82%
Zachodniopomorski	67 074	66 886	78 321	75 222	16,77%	12,46%
Suma	1 596 662	1 561 591	2 138 415	1 886 292	33,93%	20,79%

Najwyższą wartość środków wydatkowano na programy terapeutyczne lekowe w województwie mazowieckim z kwotą ponad 278 mln zł. Następnymi z kolei województwami, w których wydatkowano najwyższe środki pieniężne jest województwo śląskie (216 mln zł) oraz małopolskie (175 mln zł).

Największe środki zostały wydatkowane w programie leczenia raka piersi (ok. 261 mln zł), co stanowi ponad 16,1% kosztu wszystkich wykonanych świadczeń związanych z programami terapeutycznymi/ lekowymi; następnie leczenie przewlekłej białaczki szpikowej (216,7 mln zł), leczenie stwardnienia rozsianego (151,4 mln) oraz program leczenia przewlekłego WZW C (110,8 mln zł) odpowiednio 13,4%, 9,4% i 6,8%.

Tabela nr III.20. Top 5 programów terapeutycznych/lekowych wg kwoty refundacji w 2012 roku.

Program terapeutyczny/lekowy	Wartość rozliczona w [zł]
Leczenie raka piersi	261 192 009,73
Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej	216 748 901,84
Leczenie stwardnienia rozsianego	151 430 106,41
Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C	110 785 486,99
Leczenie raka nerki	97 858 068,53

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

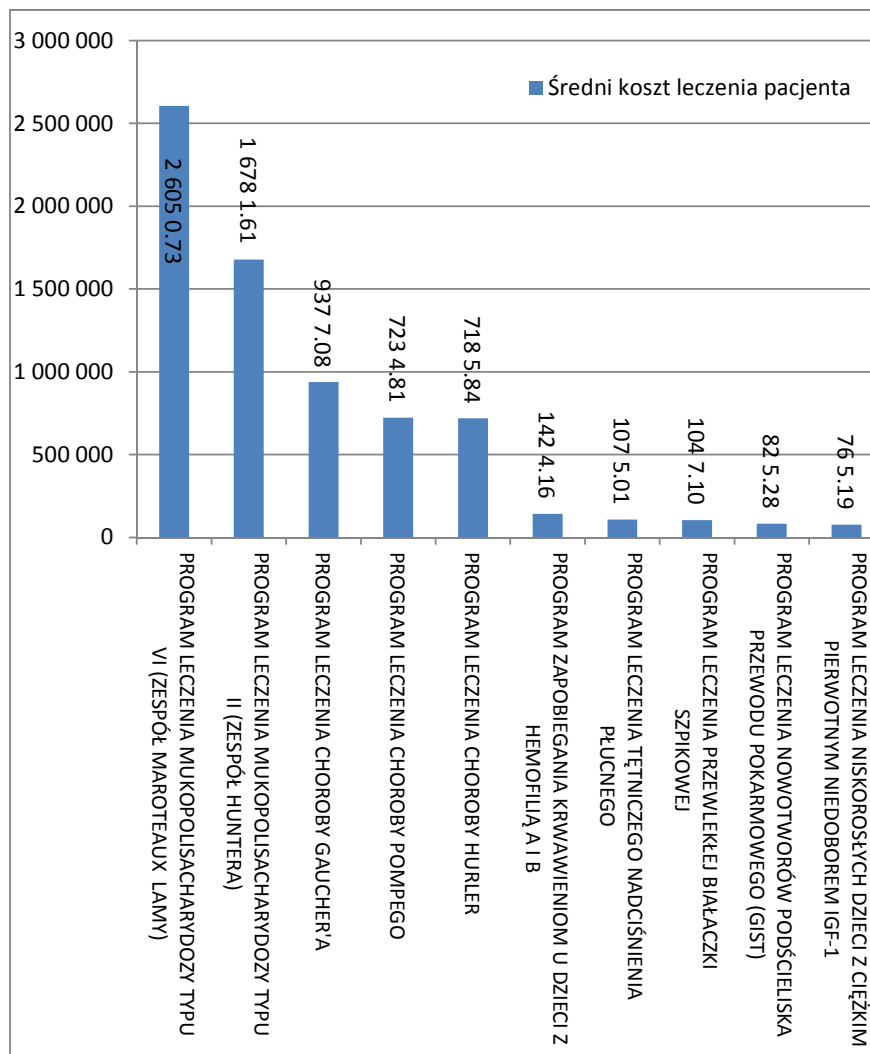
Poniższa tabela przedstawia top 5 substancji czynnych wartości zapłaconych w programach terapeutycznych lekowych w 2012 roku. Największą wartość w 2012 roku generował trastuzumab z kwotą 222,6 mln zł.

Tabela nr III.21. Top 5 substancji czynnych wg kwoty refundacji w 2012 roku.

Substancja czynna	Wartość refundacji w [zł]
TRASTUZUMAB	222 594 108,29
IMATINIB	177 707 708,84
INTERFERON BET A-1B	79 726 171,53
PEGINTERFERONALFA-2A	79 108 294,58
SUNITINIB	76 083 102,95

Największe średnie koszty leczenia pacjentów są ponoszone w programach leczenia chorób ultrazadkowych. Średni koszt leczenia pacjenta w programie leczenia mukopolisacharydozy typu VI (zespół Maroteux-Lamy) w roku 2012 wyniósł ponad 2 605, tys. zł, mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera) – 1 678 tys. zł.

Wykres nr III.22. Średni koszt leczenia pacjenta w programach lekowych TOP 10.



III.2.2.4. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

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

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

Tabela nr III.22. Liczba świadczeniodawców w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (dane z systemu BO XI wg stanu na dzień 5 kwietnia 2013 r.).

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2011	liczba świadczeniodawców 2012
01	Dolnośląski	113	117
02	Kujawsko-Pomorski	76	78
03	Lubelski	84	79
04	Lubuski	37	39
05	Łódzki	97	105
06	Małopolski	113	117
07	Mazowiecki	182	186
08	Opolski	49	46
09	Podkarpacki	54	57
10	Podlaski	44	49
11	Pomorski	70	73
12	Śląski	189	187
13	Świętokrzyski	48	45
14	Warmińsko-Mazurski	57	55
15	Wielkopolski	137	155
16	Zachodniopomorski	70	65
Razem		1 420	1 453

Liczba świadczeniodawców w porównaniu z 2011 rokiem wzrosła o 33 świadczeniodawców.

Wykres nr III.23. Liczba osób korzystających ze świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w podziale na kobiety i mężczyzn w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

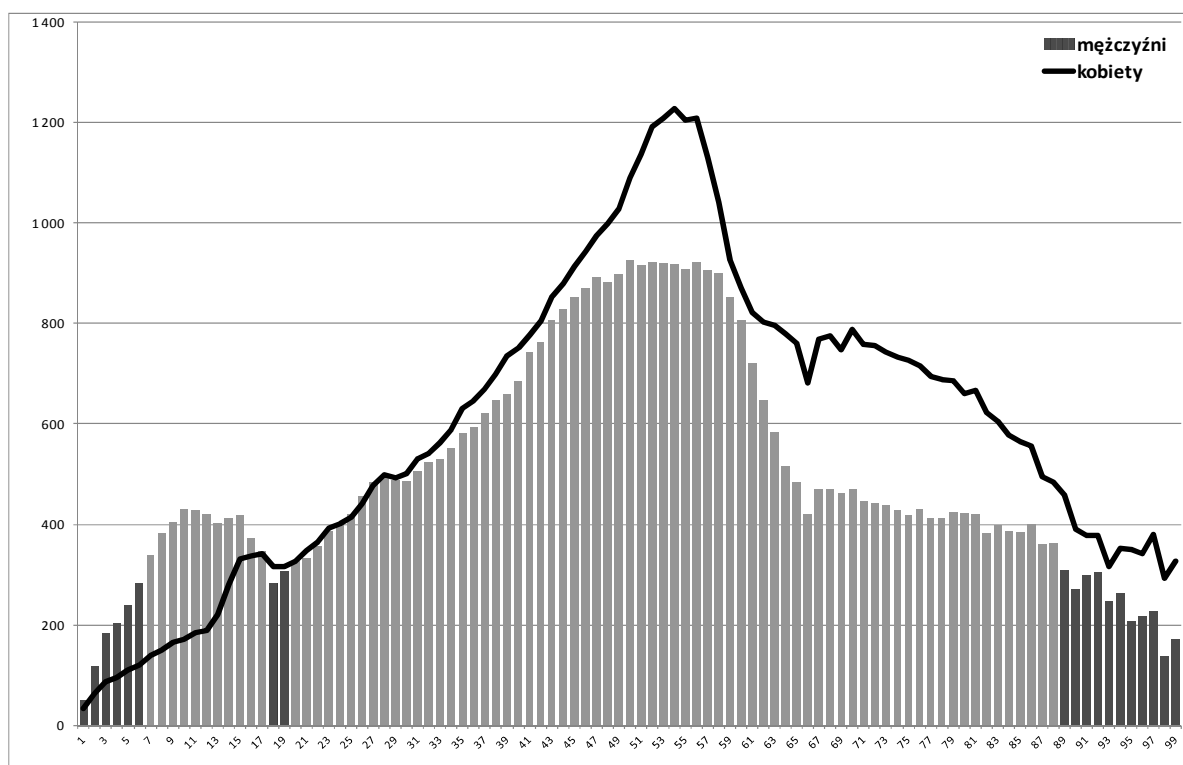


Tabela nr III.23. Wartość i wykonanie umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (PSY) (realizacja planu – Dane z DEF).

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2011 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2011 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2012 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2012 w tys. zł	Dynamika kontraktów 2011=100%
Dolnośląski	157 162,59	158 324,72	165 850,09	167 997,14	105,53%
Kujawsko-Pomorski	97 484,13	99 602,81	105 095,66	109 136,05	107,81%
Lubelski	108 825,18	110 886,95	118 444,40	121 727,04	108,84%
Lubuski	89 072,41	73 144,30	93 095,78	76 510,75	104,52%
Łódzki	125 583,48	135 353,75	139 942,88	149 490,54	111,43%
Małopolski	139 878,04	143 193,20	154 250,67	157 965,95	110,28%
Mazowiecki	336 624,59	321 605,70	335 893,33	323 139,59	99,78%
Opolski	55 810,89	52 778,75	60 311,51	55 635,60	108,06%
Podkarpacki	91 501,37	92 249,48	98 149,07	100 355,10	107,27%
Podlaski	70 747,35	67 546,27	85 911,85	75 509,41	121,43%
Pomorski	125 425,02	122 987,13	132 550,28	130 254,44	105,68%
Śląski	261 478,80	252 739,38	276 299,65	268 684,47	105,67%
Świętokrzyski	58 926,41	61 793,08	63 846,61	65 819,06	108,35%
Warmińsko-Mazurski	68 646,39	74 260,87	72 374,75	79 171,83	105,43%
Wielkopolski	156 733,16	166 881,07	175 953,42	188 902,23	112,26%
Zachodniopomorski	75 359,62	81 844,45	80 488,94	88 252,12	106,81%
RAZEM:	2 019 259,43	2 015 191,91	2 158 458,88	2 158 551,32	106,89%

Wartość umów w 2012 roku w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wyniosła 2 158 458,88 tys. zł. Wzrost wartości kontraktów wyniósł ok. 6,89% w stosunku do 2011 roku. Najwyższe koszty realizacji świadczeń zostały poniesione w następujących oddziałach wojewódzkich: mazowieckim i śląskim.

Wykres nr III.24. Wartość poniesionych wydatków w 2012 roku w podziale na wiek i płeć pacjenta [tys. zł] w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (PSY).

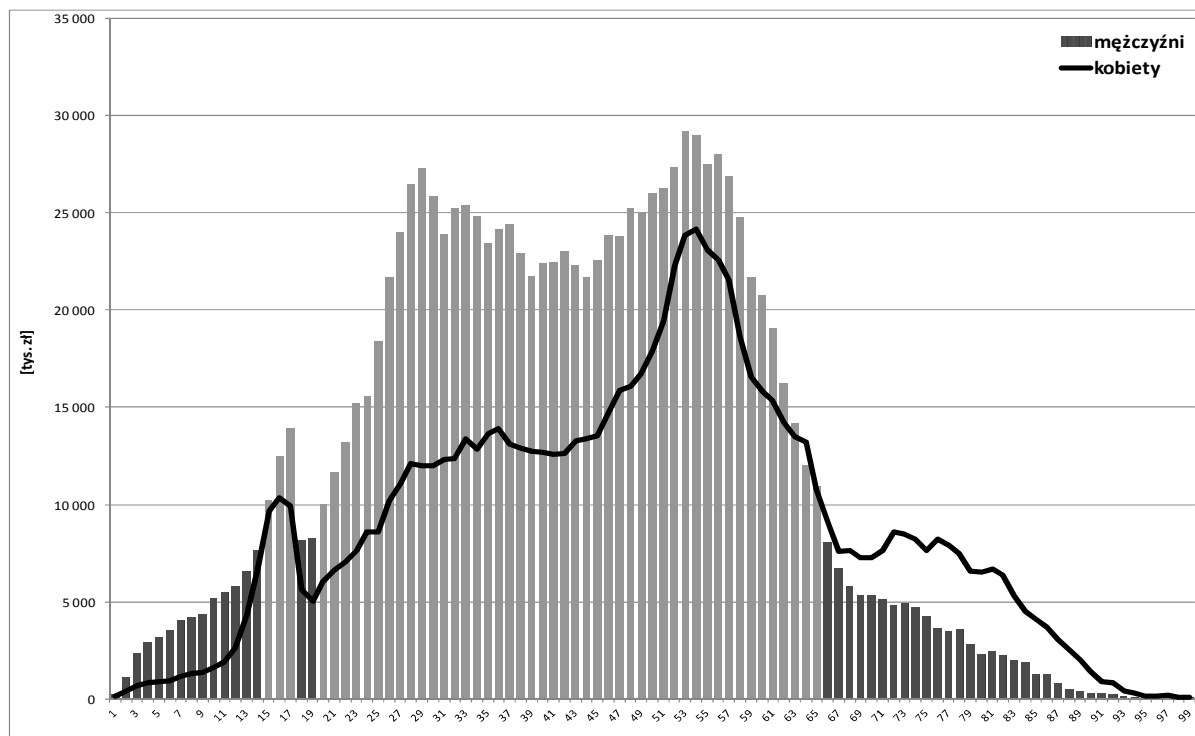
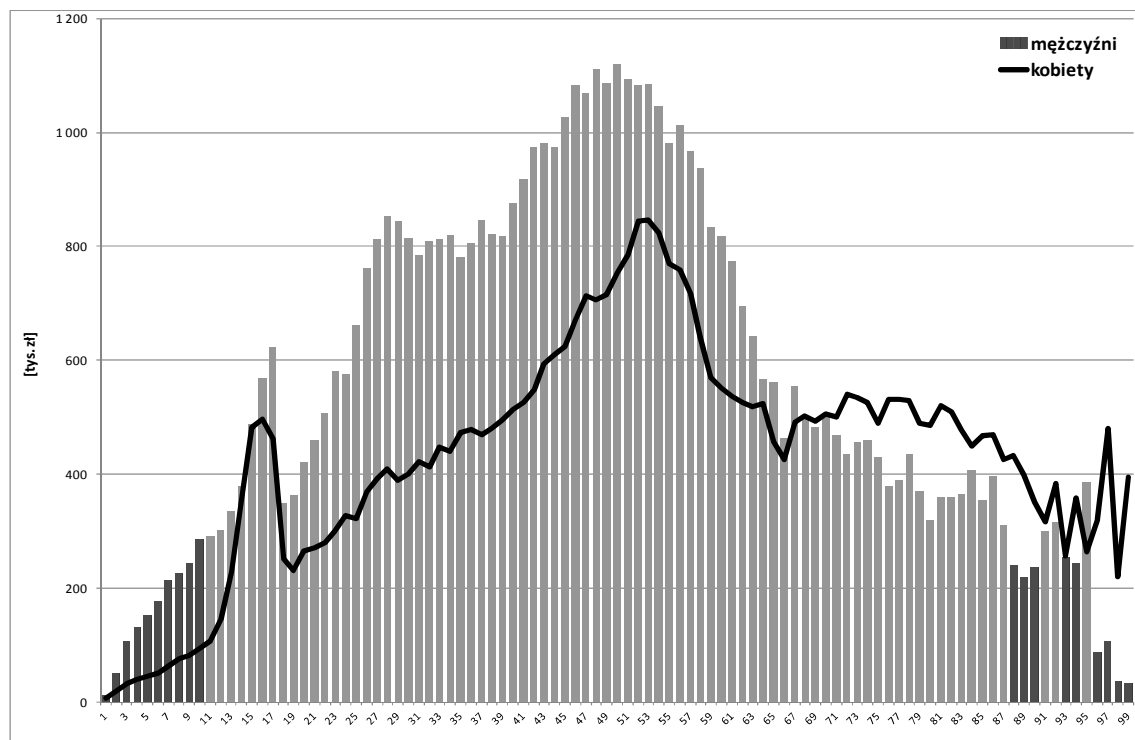


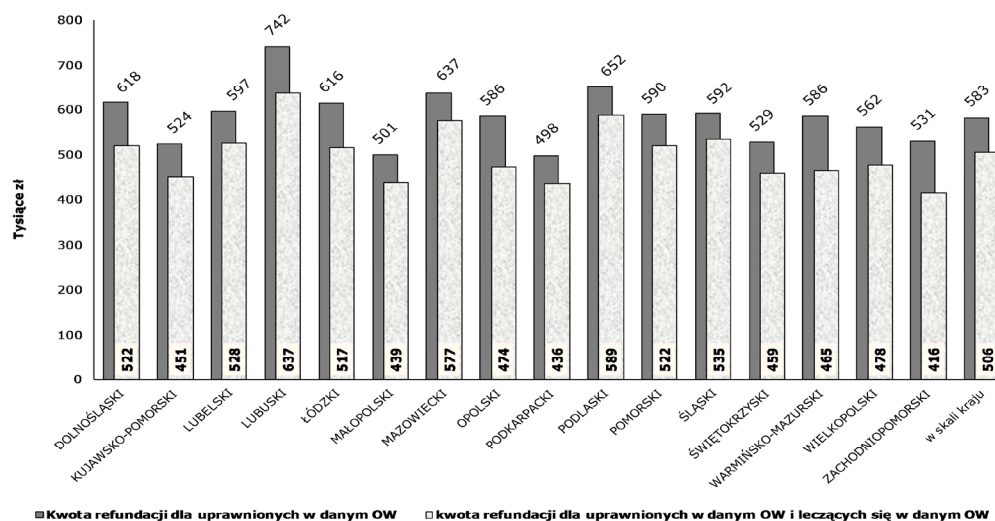
Tabela nr III.24. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w 2012 roku w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w tys. zł.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2012 r. na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)	Wartość zapłaconych świadczeń w 2012 r. ogółem na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	592,51	123%	600,18	122%
Kujawsko-Pomorski	515,11	107%	534,92	109%
Lubelski	560,08	117%	575,61	117%
Lubuski	940,28	196%	772,77	157%
Łódzki	564,99	118%	603,54	123%
Małopolski	483,68	101%	495,33	101%
Mazowiecki	655,35	136%	630,47	128%
Opolski	651,24	136%	600,75	122%
Podkarpacki	480,56	100%	491,36	100%
Podlaski	753,87	157%	662,59	135%
Pomorski	603,15	126%	592,70	121%
Śląski	618,55	129%	601,50	122%
Świętokrzyski	513,92	107%	529,80	108%
Warmińsko-Mazurski	514,66	107%	563,00	115%
Wielkopolski	520,21	108%	558,50	114%
Zachodniopomorski	487,47	101%	534,48	109%
RAZEM:	580,38	121%	580,41	118%

Wykres nr III.25. Wartość poniesionych wydatków na świadczenia w 2012 roku w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych do świadczeń z podziałem na wiek i płeć pacjenta w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień (PSY).



Wykres nr III.26. 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 wojewódzkim łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Wszystko w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu psychiatrycznym i leczeniu uzależnień w 2011 roku, podobnie jak w roku ubiegłym osiągnął oddział lubuski – 742 tys. zł (w 2011 roku – 840 tys. zł).

Wykres nr III.27. Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń oddziału uprawnionym spoza oddziału w rodzaju PSY [%]



Największy udział kosztów leczenia pacjentów uprawnionych do świadczeń spoza województwa wystąpił w województwach: lubuskim 39,34% (31,52% w 2011 roku) i opolskim 31,43% (24,30% w 2011 roku), ze względu na fakt usytuowania wielu ośrodków leczenia zaburzeń psychicznych o wzmocnionym zabezpieczeniu. Ogólna liczba świadczeniobiorców w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w 2012 roku wyniosła 1 598 493 i wzrosła w porównaniu do 2011 roku o 82 560 świadczeniobiorców.

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

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej realizowane są w zakresach:

- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym, również dla dzieci i młodzieży – dla pacjentów wymagających całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych,
- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, również dla dzieci – obejmują całodobowe, mechaniczne lub ciśnieniowe wspomaganie oddechu dla osób z niewydolnością oddechową, którzy wymagają stosowania ciągłej terapii oddechowej przy pomocy respiratora, lecz nie wymagają hospitalizacji w oddziałach intensywnej opieki medycznej,
- świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, również dla dzieci - obejmuje opieką osoby z niewydolnością oddechową, wymagające stosowania ciągłej terapii oddechowej, niewymagających hospitalizacji, lecz jednak stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, pielęgnacji i rehabilitacji,
- świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej - jest to opieka realizowana nad pacjentem, przebywającym w domu niewymagających hospitalizacji, lecz wymagających systematycznej, intensywnej opieki pielęgnacyjnej.

Jednostką rozliczeniową jest osobodzień.

Wykres nr III.28. Liczba osób korzystających ze świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w podziale na kobiety i mężczyzn w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (SPO).

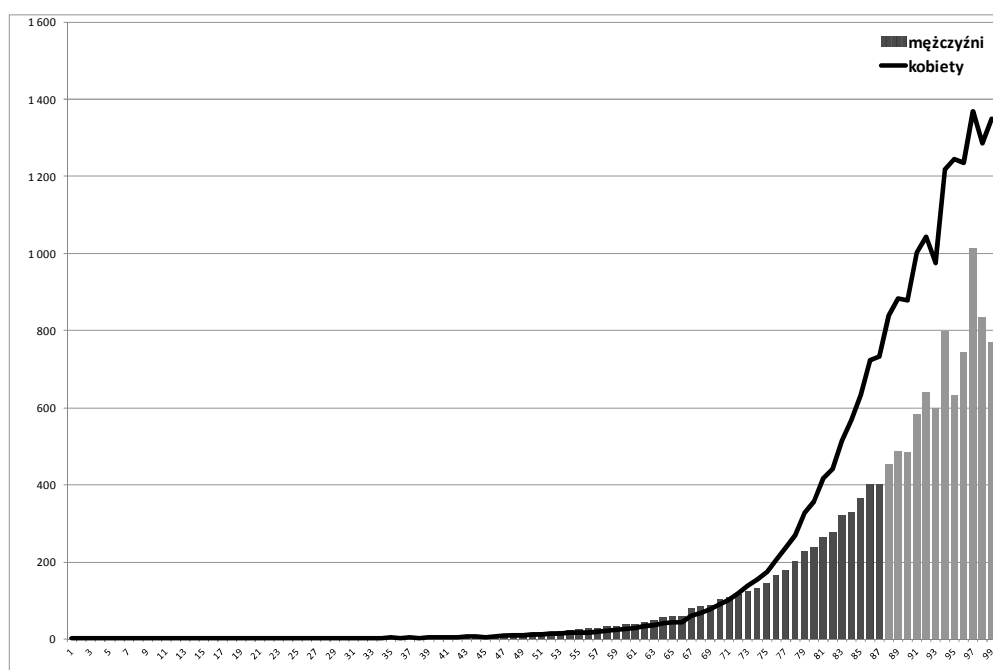
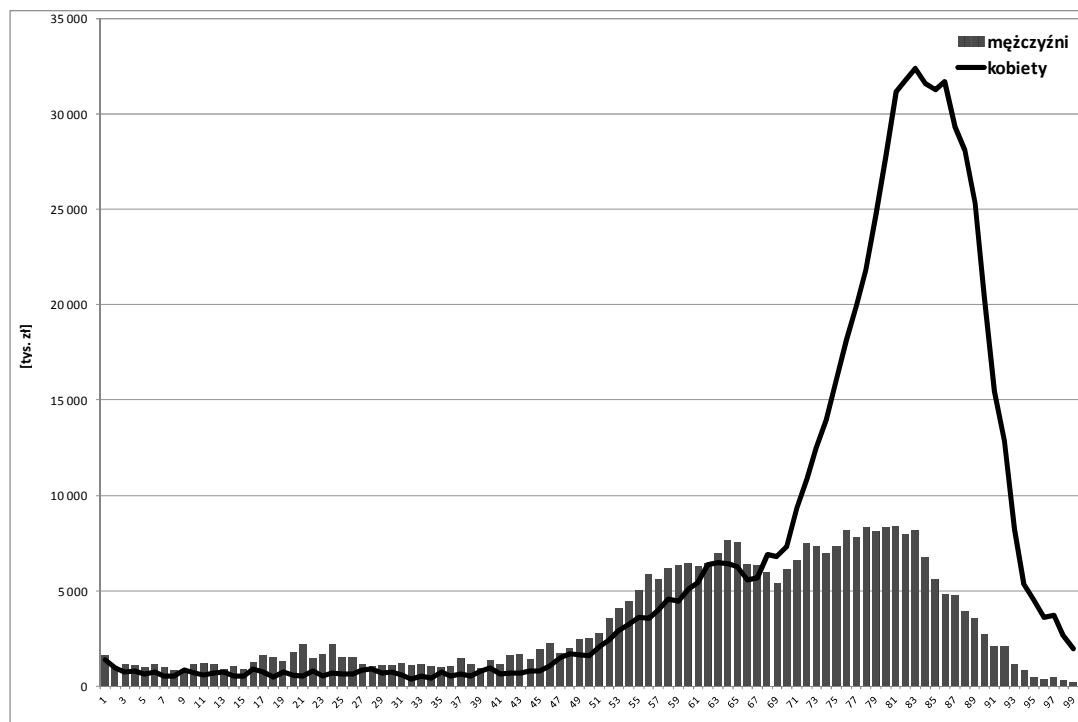


Tabela nr III.25. Wartość i wykonanie umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w latach 2011-2012 (realizacja planu – dane DEF).

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2011 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2011 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2012 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2012 w tys. zł	Dynamika kontraktów 2011=100%
Dolnośląski	79 663,34	81 524,29	88 465,87	90 812,23	111,05%
Kujawsko-Pomorski	38 581,61	37 347,32	44 718,81	44 079,04	115,91%
Lubelski	40 578,98	42 000,81	44 181,32	46 639,13	108,88%
Lubuski	20 205,53	20 467,52	20 717,68	20 786,19	102,53%
Łódzki	44 039,43	47 302,80	48 404,26	51 259,63	109,91%
Małopolski	99 291,50	96 129,26	109 480,35	106 982,75	110,26%
Mazowiecki	137 076,01	130 794,49	138 545,69	132 534,73	101,07%
Opolski	43 105,52	40 656,14	44 438,06	41 590,14	103,09%
Podkarpacki	75 108,89	73 116,97	86 784,66	85 783,22	115,55%
Podlaski	21 546,19	21 888,46	22 803,49	23 017,98	105,84%
Pomorski	33 631,65	32 747,04	36 805,82	36 078,09	109,44%
Śląski	173 056,41	174 949,22	178 177,59	179 663,02	102,96%
Świętokrzyski	28 032,05	30 496,38	35 024,91	38 916,00	124,95%
Warmińsko-Mazurski	26 847,58	26 430,94	29 247,82	29 236,21	108,94%
Wielkopolski	60 484,55	59 113,01	59 686,16	59 343,21	98,68%
Zachodniopomorski	31 185,64	32 063,88	32 858,80	34 089,54	105,37%
RAZEM:	952 434,90	947 028,53	1 020 341,29	1 020 811,11	107,13%

Wartość umów w porównaniu do 2012 roku wzrosła o ok. 7,13% i wyniosła w 2012 roku 1 020 341,29 zł. Koszty realizacji świadczeń wyniosły 1 020 811,11 tys. zł.

Wykres nr III.29. Wartość poniesionych wydatków w 2012 roku w podziale na wiek i płeć pacjenta [tys. zł] w SPO.



W 2012 roku podpisano łącznie (wg danych z systemu informatycznego Centrali Funduszu):

- 90 umów na świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- 55 umów na świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie,

- 1633 umowy na świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej domowej,
- 550 umów na świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno- opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym,
- 27 umów na świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/ opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży,
- 35 umów na świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- 8 umów na świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno- opiekuńczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie.

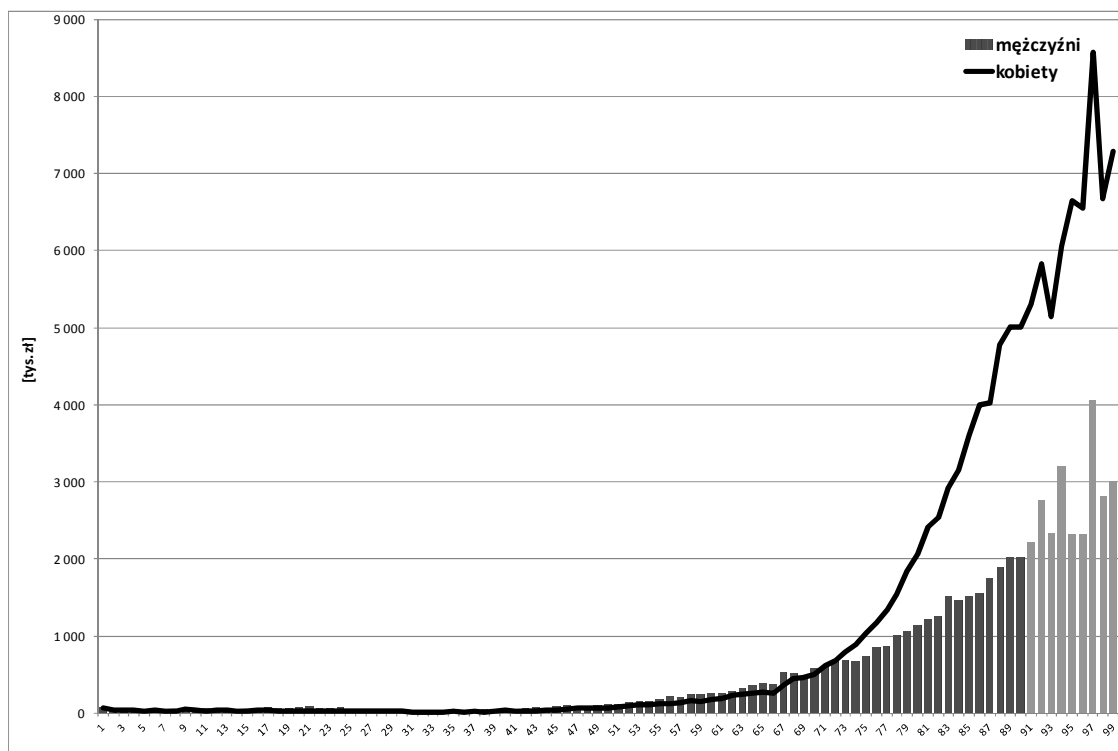
Tabela nr III.26. Liczba świadczeniodawców w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (dane z systemu BO XI wg stanu na dzień 5 kwietnia 2013 roku).

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2011	liczba świadczeniodawców 2012
01	Dolnośląski	136	163
02	Kujawsko-Pomorski	75	76
03	Lubelski	96	101
04	Lubuski	55	57
05	Łódzki	82	93
06	Małopolski	147	146
07	Mazowiecki	184	200
08	Opolski	56	59
09	Podkarpacki	144	148
10	Podlaski	53	51
11	Pomorski	35	46
12	Śląski	264	265
13	Świętokrzyski	41	44
14	Warmińsko-Mazurski	59	60
15	Wielkopolski	132	186
16	Zachodniopomorski	55	58
Razem		1 614	1 753

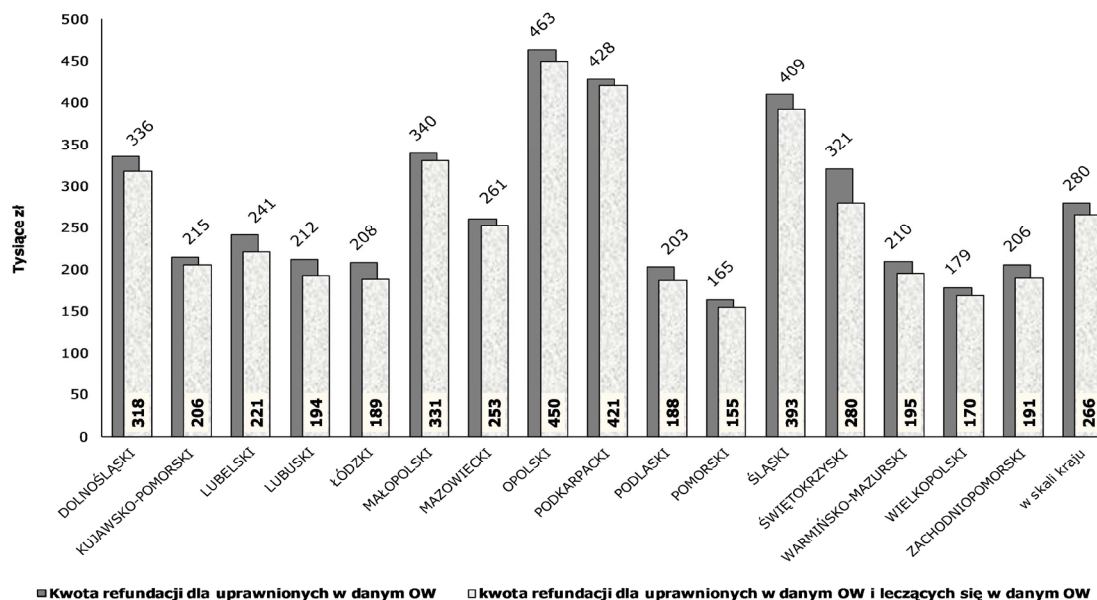
Tabela nr III.27. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w 2012 roku w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w tys. zł.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2012 r. na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)	Wartość zapłaconych świadczeń w 2012 r. ogółem na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	316,05	189%	324,43	198%
Kujawsko-Pomorski	219,18	131%	216,05	132%
Lubelski	208,92	125%	220,54	134%
Lubuski	209,25	125%	209,94	128%
Łódzki	195,42	117%	206,95	126%
Małopolski	343,30	205%	335,46	204%
Mazowiecki	270,31	161%	258,58	158%
Opolski	479,84	287%	449,09	274%
Podkarpacki	424,92	254%	420,01	256%
Podlaski	200,10	119%	201,98	123%
Pomorski	167,48	100%	164,17	100%
Śląski	398,88	238%	402,21	245%
Świętokrzyski	281,93	168%	313,25	191%
Warmińsko-Mazurski	207,98	124%	207,90	127%
Wielkopolski	176,46	105%	175,45	107%
Zachodniopomorski	199,00	119%	206,46	126%
RAZEM:	274,36	164%	274,36	167%

Wykres nr III.30. Wartość poniesionych wydatków na świadczenia w 2012 roku w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych do świadczeń z podziałem na wiek i płeć pacjenta w SPO.



Wykres nr III.31. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach [tys. zł]



Na powyższym 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 2012 roku osiągnął oddział opolski – 463 tys. zł (388 tys. zł w 2011 roku) oraz oddziały: podkarpacki – 428 tys. zł (358 tys. zł w 2011 roku) i śląski – 409 tys. zł (355 tys. zł w roku 2011).

Wykres nr III.32. Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń udzielonych uprawnionym spoza oddziału w rodzaju SPO [%].



Największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza oddziału wystąpił w oddziałach: lubuskim (8,36%), pomorskim (8,01%), mazowieckim (7,44%) i warmińsko-mazurskim (7,17%).

III.2.2.6. Opieka paliatywna i hospicyjna

Opieka paliatywna i hospicyjna realizowana jest w zakresach:

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

Jednostką rozliczeniową jest osobodzień.

W 2012 podpisano roku:

- 147 umów w zakresie porada w poradni medycyny paliatywnej,
- 401 umów w zakresie świadczenia w hospicjum domowym,
- 67 umów w zakresie świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci,
- 178 umów w zakresie świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym.

Wykres nr III.33. Liczba osób korzystających ze świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w podziale na kobiety i mężczyzn w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna (OPH).

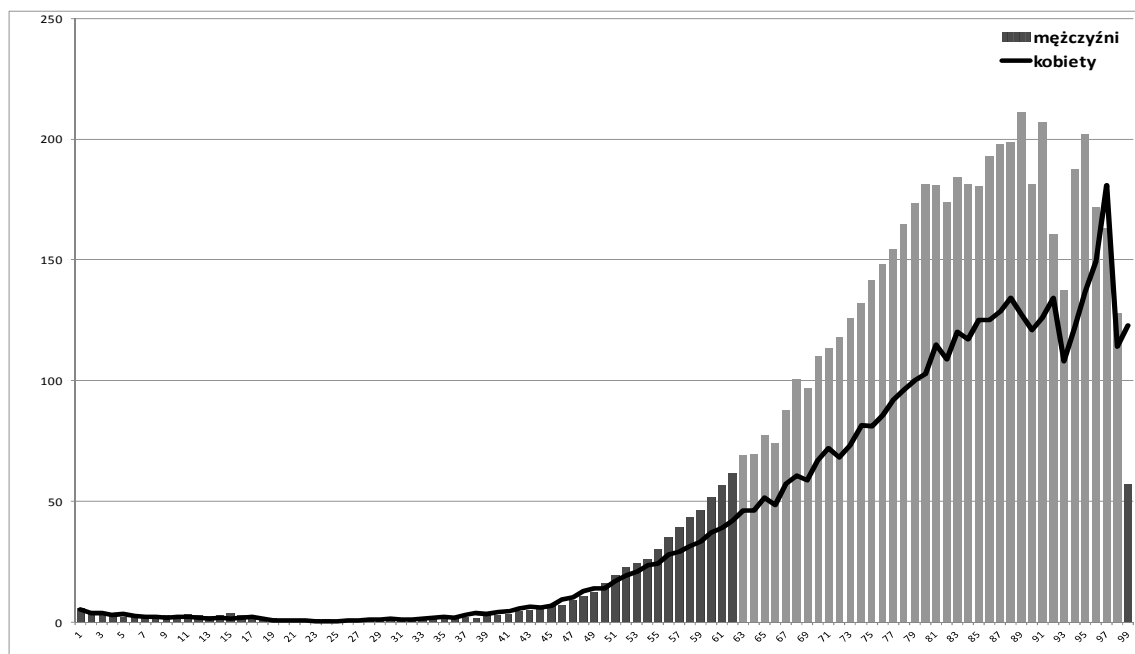


Tabela nr III.28. Liczba świadczeniodawców w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna (dane z systemu BO XI wg stanu na dzień 5 kwietnia 2013 roku).

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2011	liczba świadczeniodawców 2012
01	Dolnośląski	24	29
02	Kujawsko-Pomorski	21	21
03	Lubelski	22	23
04	Lubuski	15	17
05	Łódzki	29	32
06	Małopolski	34	36
07	Mazowiecki	47	51
08	Opolski	11	11
09	Podkarpacki	31	33
10	Podlaski	13	15
11	Pomorski	24	24
12	Śląski	47	50
13	Świętokrzyski	11	12
14	Warmińsko-Mazurski	24	24
15	Wielkopolski	43	52
16	Zachodniopomorski	23	23
Razem		419	453

Tabela nr III.29. Wartość i wykonanie umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2011 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2011 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2012 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2012 w tys. zł	Dynamika kontraktów 2011=100%
Dolnośląski	18 083,11	19 211,23	25 410,97	27 150,70	140,52%
Kujawsko-Pomorski	23 186,93	23 149,00	24 818,76	25 490,58	107,04%
Lubelski	12 298,13	12 290,69	13 202,16	13 483,05	107,35%
Lubuski	9 049,88	8 897,55	8 947,38	8 766,21	98,87%
Łódzki	16 822,74	18 076,07	18 765,84	20 375,10	111,55%
Małopolski	24 572,45	24 159,43	28 367,01	29 025,34	115,44%
Mazowiecki	37 448,01	36 826,96	38 331,67	38 230,06	102,36%
Opolski	8 444,27	8 075,57	9 731,30	9 449,03	115,24%
Podkarpacki	15 200,27	15 409,42	19 259,64	19 357,47	126,71%
Podlaski	7 315,29	7 405,81	8 736,04	8 892,17	119,42%
Pomorski	18 207,42	18 241,95	19 192,71	19 011,52	105,41%
Śląski	36 214,21	35 696,54	39 724,74	39 461,05	109,69%
Świętokrzyski	9 889,76	10 098,25	11 133,57	11 498,73	112,58%
Warmińsko-Mazurski	13 377,98	12 885,64	14 287,35	14 328,10	106,80%
Wielkopolski	37 121,34	35 003,66	38 937,57	36 950,90	104,89%
Zachodniopomorski	8 545,56	9 240,35	9 168,31	9 939,10	107,29%
RAZEM:	295 777,35	294 668,12	328 015,01	331 409,11	110,90%

Realizacja zawartych umów wyniosła 331 409,11 tys. zł. W porównaniu do roku ubiegłego wartość zawartych umów wzrosła o ok. 11%.

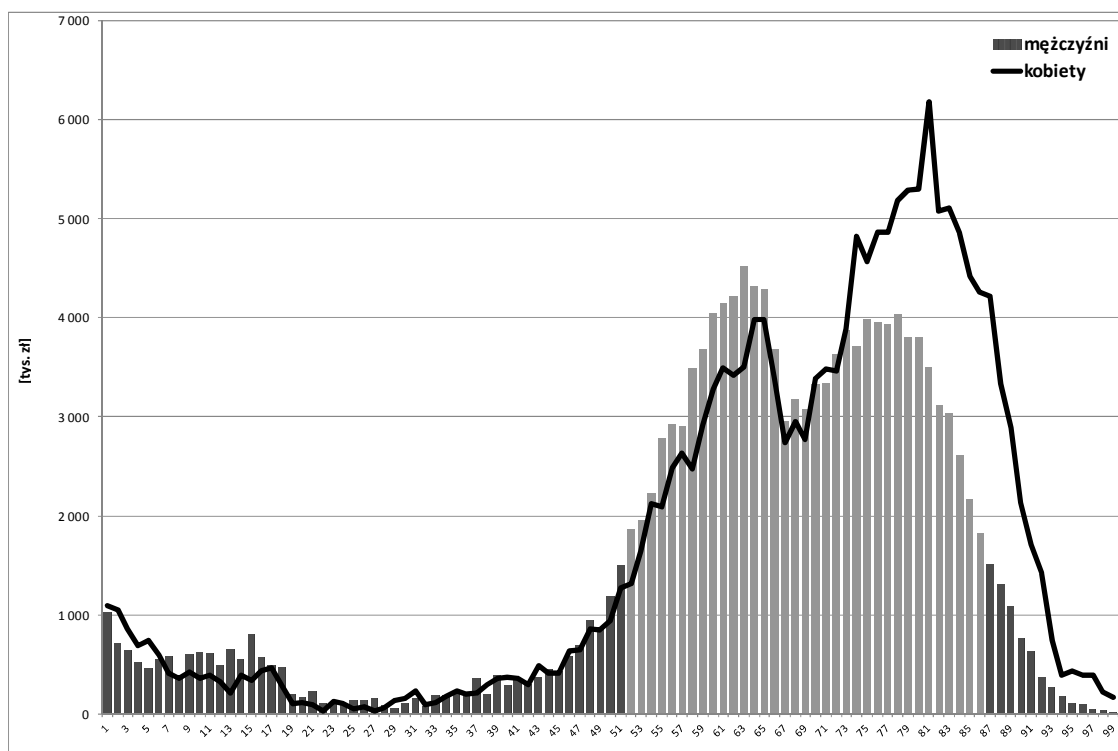
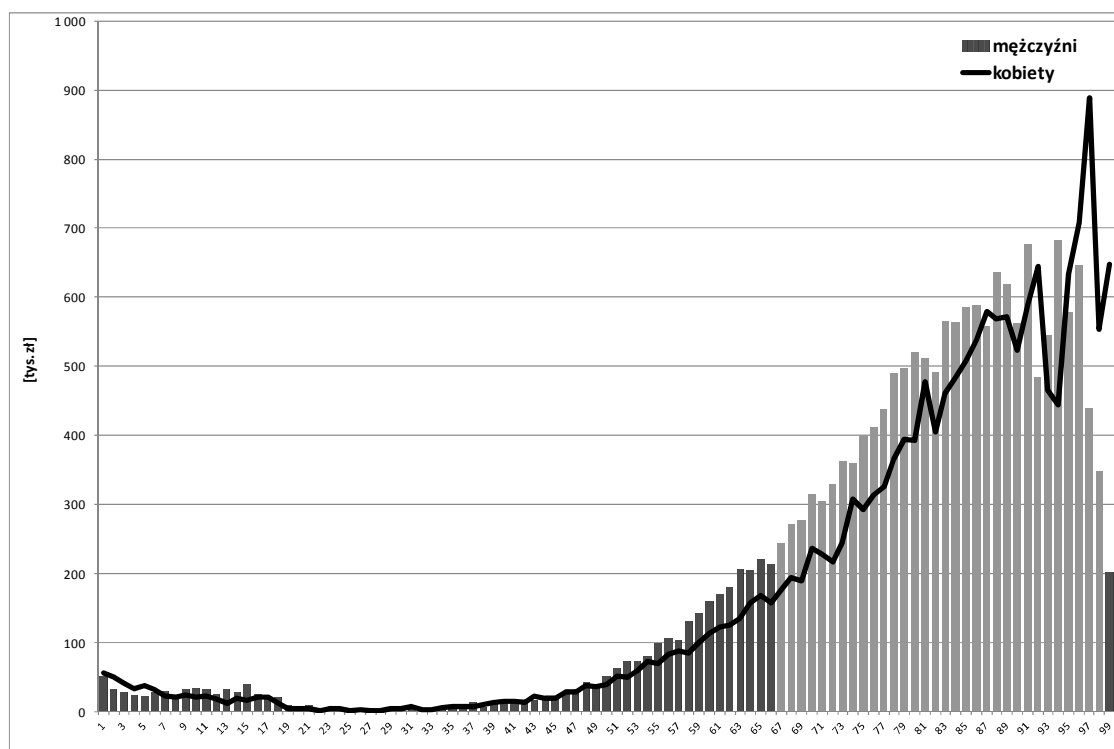
Wykres nr III.34. Wartość poniesionych wydatków w 2012 roku w podziale na wiek i płeć pacjenta [tys. zł] w OPH.

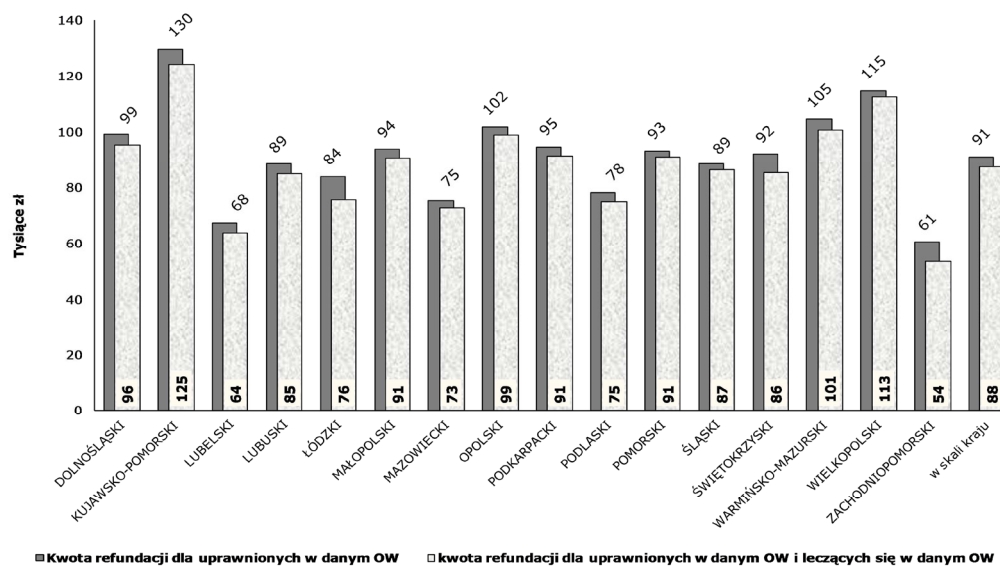
Tabela nr III.30. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w tys. zł.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2012 r. na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)	Wartość zapłaconych świadczeń w 2012 r. ogółem na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	90,78	163%	97,00	161%
Kujawsko-Pomorski	121,65	219%	124,94	208%
Lubelski	62,43	112%	63,76	106%
Lubuski	90,37	163%	88,54	147%
Łódzki	75,76	136%	82,26	137%
Małopolski	88,95	160%	91,01	151%
Mazowiecki	74,79	135%	74,59	124%
Opolski	105,08	189%	102,03	170%
Podkarpacki	94,30	170%	94,78	157%
Podlaski	76,66	138%	78,03	130%
Pomorski	87,33	157%	86,51	144%
Śląski	88,93	160%	88,34	147%
Świętokrzyski	89,62	161%	92,56	154%
Warmińsko-Mazurski	101,60	183%	101,89	169%
Wielkopolski	115,12	207%	109,25	181%
Zachodniopomorski	55,53	100%	60,19	100%
RAZEM:	88,20	159%	89,11	148%

Wykres nr III.35. Wartość poniesionych wydatków na świadczenia w 2012 roku w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych do świadczeń z podziałem na wiek i płeć pacjenta w rodzaju OPH.



Wykres nr III.36. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach [tys. zł].



Powyższy wykres przedstawia koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” OW NFZ. Największy wskaźnik wykonania w opiece paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w 2012 roku osiągnął oddział kujawsko-pomorski (130 tys. zł) i wielkopolski (115 tys. zł).

Wykres nr III.37. Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń oddziału udzielonych uprawnionym spoza oddziału w rodzaju OPH [%].



Największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza oddziału wystąpił w oddziale wielkopolskim (7,38%).

III.2.2.7. Rehabilitacja lecznicza

Świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza realizowane są w warunkach:

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

Wykres nr III.38. Liczba osób korzystających ze świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w podziale na kobiety i mężczyzn w rodzaju rehabilitacja lecznicza (REH).

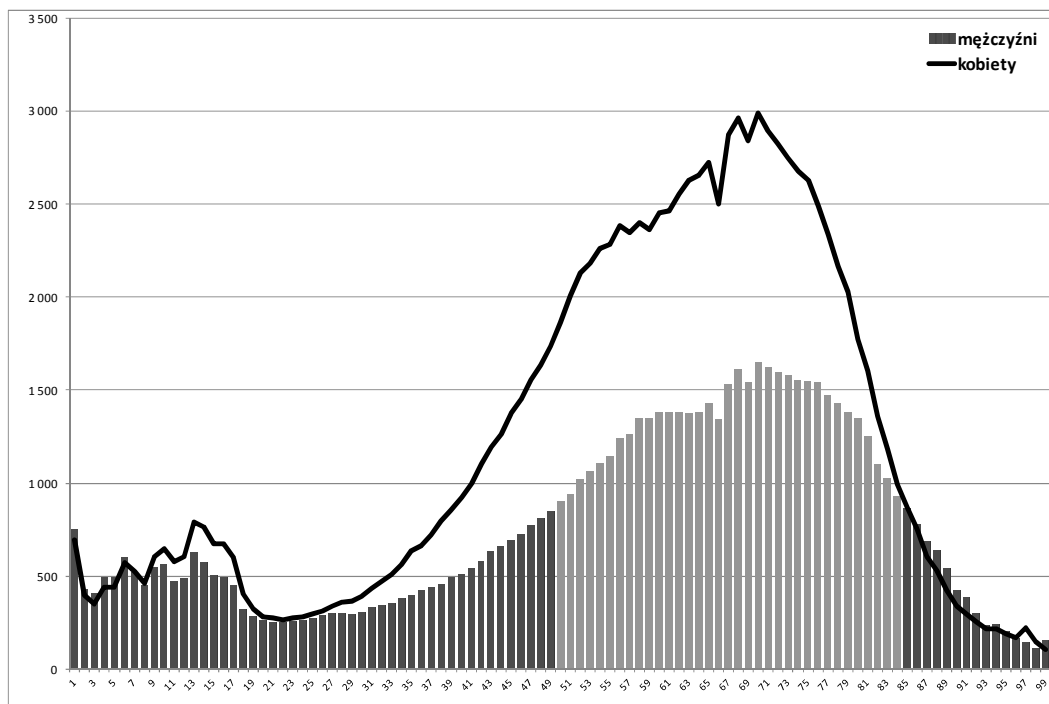


Tabela nr III.31. Liczba świadczeniodawców w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Dane z systemu BO XI wg stanu na dzień 5 kwietnia 2013 r.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2011	liczba świadczeniodawców 2012
01	Dolnośląski	163	156
02	Kujawsko-Pomorski	161	158
03	Lubelski	123	125
04	Lubuski	78	82
05	Łódzki	220	223
06	Małopolski	226	225
07	Mazowiecki	299	295
08	Opolski	96	93
09	Podkarpacki	275	279
10	Podlaski	55	52
11	Pomorski	119	125
12	Śląski	325	326
13	Świętokrzyski	104	127
14	Warmińsko-Mazurski	104	113
15	Wielkopolski	208	234
16	Zachodniopomorski	104	102
Razem		2 660	2 715

Tabela nr III.32. Wartość i wykonanie umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza (realizacja planu – dane DEF).

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2011 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2011 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2012 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2012 w tys. zł	Dynamika kontraktów 2011=100%
Dolnośląski	137 232,76	142 557,94	144 364,33	151 071,65	105,20%
Kujawsko-Pomorski	78 566,64	76 741,94	84 658,38	83 040,45	107,75%
Lubelski	87 335,63	91 687,19	97 108,57	101 816,70	111,19%
Lubuski	45 739,58	45 571,06	48 282,17	48 442,54	105,56%
Łódzki	99 910,51	107 834,20	112 565,78	122 188,54	112,67%
Małopolski	145 585,73	142 329,45	166 145,74	163 230,21	114,12%
Mazowiecki	397 296,14	387 738,34	409 663,89	398 832,39	103,11%
Opolski	51 985,72	48 039,00	55 137,06	50 368,45	106,06%
Podkarpacki	112 347,27	114 288,44	127 599,12	130 925,26	113,58%
Podlaski	37 640,01	40 459,63	45 214,07	48 459,64	120,12%
Pomorski	89 994,36	92 869,81	99 099,48	101 923,14	110,12%
Śląski	218 646,84	217 187,60	235 155,22	232 861,34	107,55%
Świętokrzyski	65 439,84	60 301,83	78 363,51	71 963,20	119,75%
Warmińsko-Mazurski	60 625,35	59 496,00	67 014,92	65 892,36	110,54%
Wielkopolski	136 950,26	136 208,89	156 781,31	156 193,85	114,48%
Zachodniopomorski	66 610,58	66 527,33	69 593,58	69 891,97	104,48%
RAZEM:	1 831 907,21	1 829 838,65	1 996 747,14	1 997 101,69	109,00%

W rodzaju rehabilitacja lecznicza zakontraktowano świadczeń na łączną kwotę 1 996 747,14 tys. zł. W porównaniu do 2011 roku wzrost nakładów na świadczenia w tym rodzaju wyniósł 9%.

Wykres nr III.39. Wartość poniesionych wydatków w roku 2012 w podziale na wiek i płeć pacjenta [tys. zł] w rodzaju rehabilitacja lecznicza (REH).

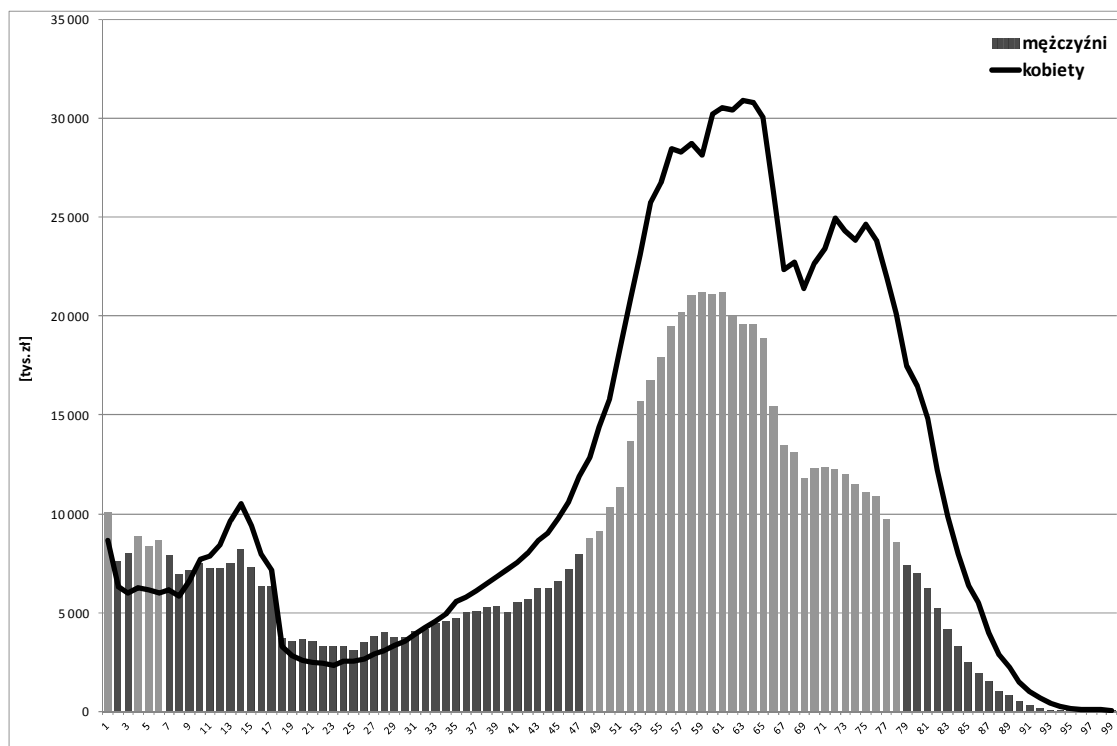
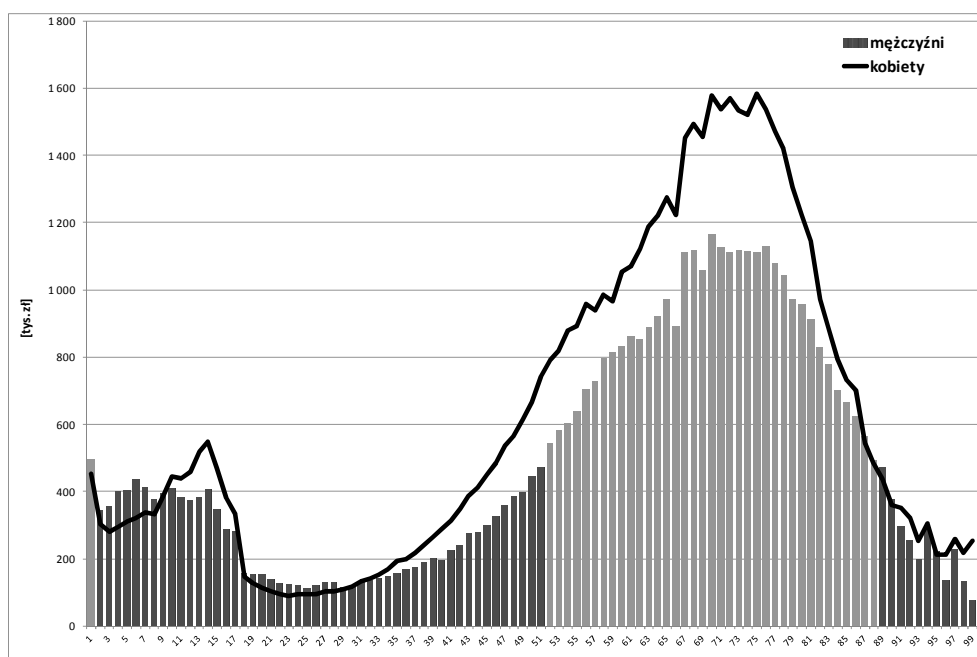


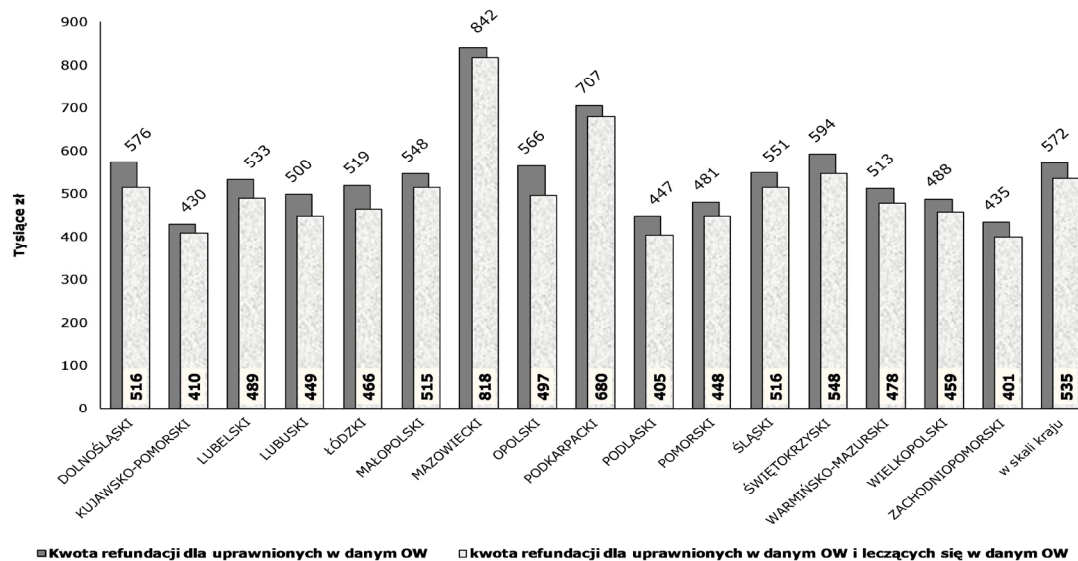
Tabela nr III.33. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w rodzaju rehabilitacja lecznicza (REH) w 2012 roku w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w tys. zł.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2012 r. na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)	Wartość zapłaconych świadczeń w 2012 r. ogółem na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	515,75	130%	539,71	133%
Kujawsko-Pomorski	414,94	105%	407,01	100%
Lubelski	459,19	116%	481,46	118%
Lubuski	487,66	123%	489,28	120%
Łódzki	454,46	115%	493,31	121%
Małopolski	520,98	131%	511,84	126%
Mazowiecki	799,28	201%	778,15	191%
Opolski	595,36	150%	543,87	134%
Podkarpacki	624,76	157%	641,04	157%
Podlaski	396,75	100%	425,23	104%
Pomorski	450,94	114%	463,78	114%
Śląski	526,44	133%	521,30	128%
Świętokrzyski	630,77	159%	579,25	142%
Warmińsko-Mazurski	476,55	120%	468,57	115%
Wielkopolski	463,53	117%	461,79	113%
Zachodniopomorski	421,48	106%	423,29	104%
RAZEM:	536,90	135%	536,99	132%

Wykres nr III.40. Wartość poniesionych wydatków na świadczenia w 2012 roku w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych do świadczeń z podziałem na wiek i płeć pacjenta w rodzaju rehabilitacja lecznicza (REH)

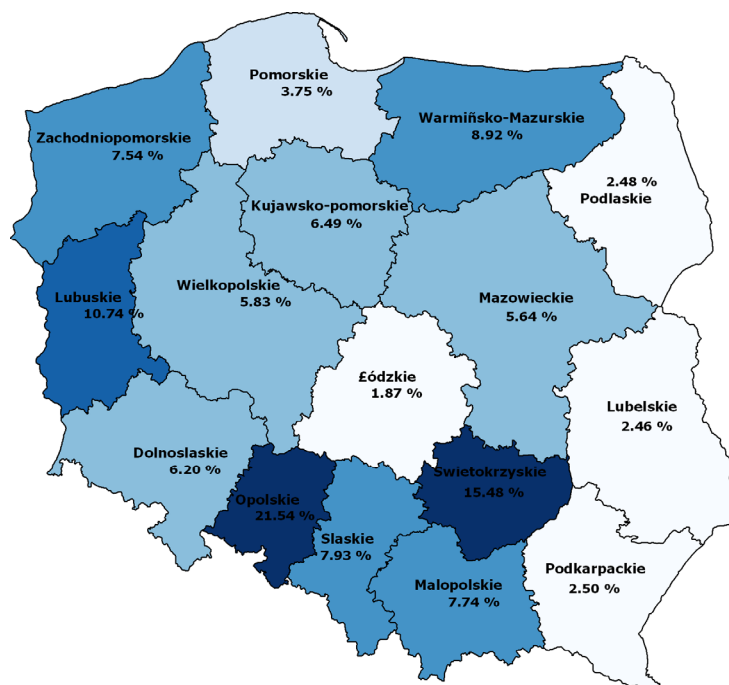


Wykres nr III.41. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju rehabilitacja lecznicza (REH) w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach [tys. zł].



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 roku 2012 posiada oddział mazowiecki (842 tys. zł) i podkarpacki (707 tys. zł).

Wykres nr III.42. Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń udzielonych uprawnionym spoza oddziału w rodzaju REH [%].



Największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza oddziału wystąpił w oddziałach: opolskim (21,54%) i świętokrzyskim (15,48%).

III.2.2.8. Świadczenia odrębnie kontraktowane

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

- 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 (zaopatrzenie w protezy twarzy, nosa, małżowiny usznej, ektoprotezy),
- pozytonowa tomografia emisyjna,
- leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci i dorosłych,
- teleradioterapia stereotaktyczna,
- kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej,
- leczenie spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej.

Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, rozliczane są na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej. Jednostką rozliczeniową jest punkt lub świadczenie.

Wykres nr III.43. Liczba osób korzystających ze świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w podziale na kobiety i mężczyzn w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (SOK).

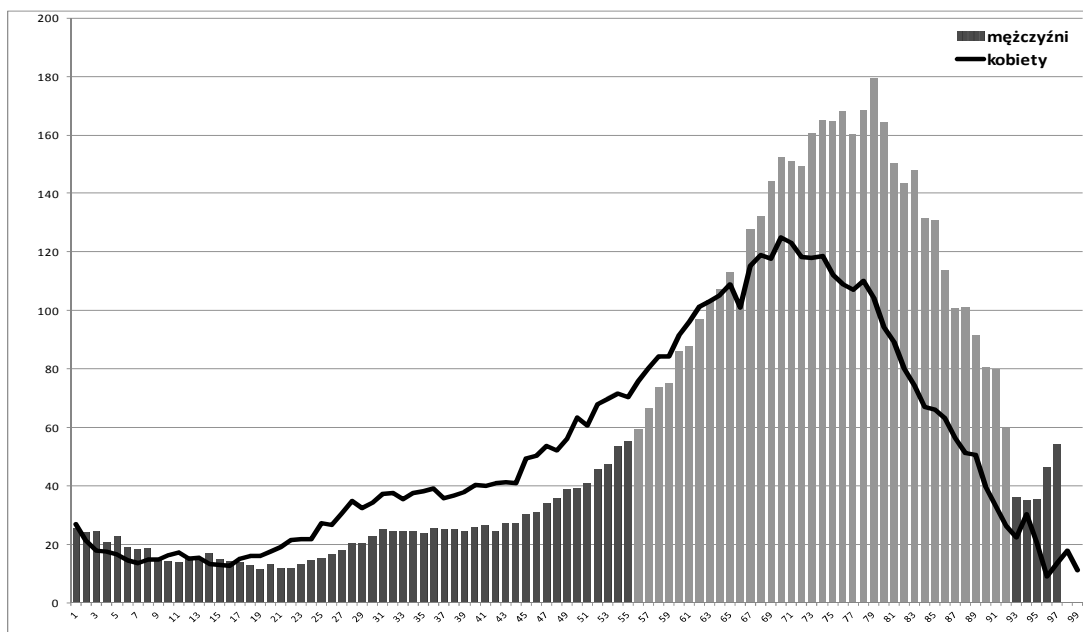


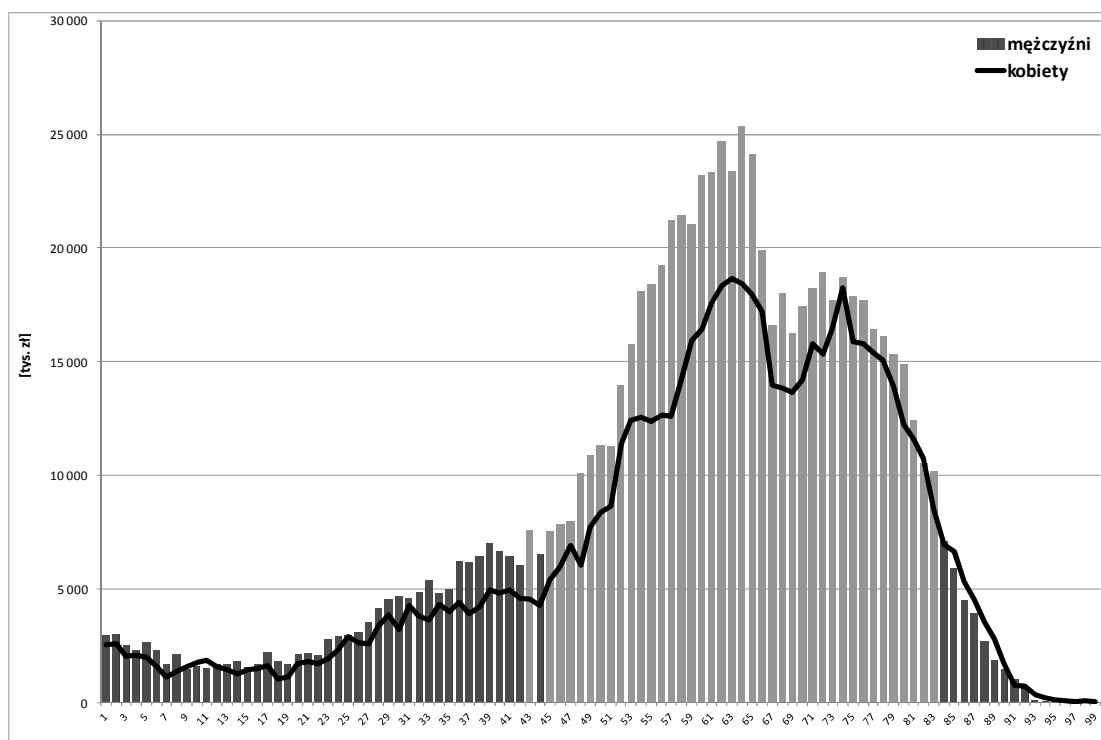
Tabela nr III.34. Liczba świadczeniodawców w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Dane z systemu BO XI wg stanu na dzień 5 kwietnia 2013 r.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2011	liczba świadczeniodawców 2012
01	Dolnośląski	30	33
02	Kujawsko-Pomorski	26	26
03	Lubelski	29	32
04	Lubuski	10	12
05	Łódzki	28	31
06	Małopolski	31	31
07	Mazowiecki	57	57
08	Opolski	13	14
09	Podkarpacki	24	23
10	Podlaski	18	24
11	Pomorski	25	26
12	Śląski	42	43
13	Świętokrzyski	21	23
14	Warmińsko-Mazurski	17	21
15	Wielkopolski	30	38
16	Zachodniopomorski	22	23
Razem		423	457

Tabela nr III.35. Wartość zawartych umów i realizacja w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (realizacja planu – dane DEF).

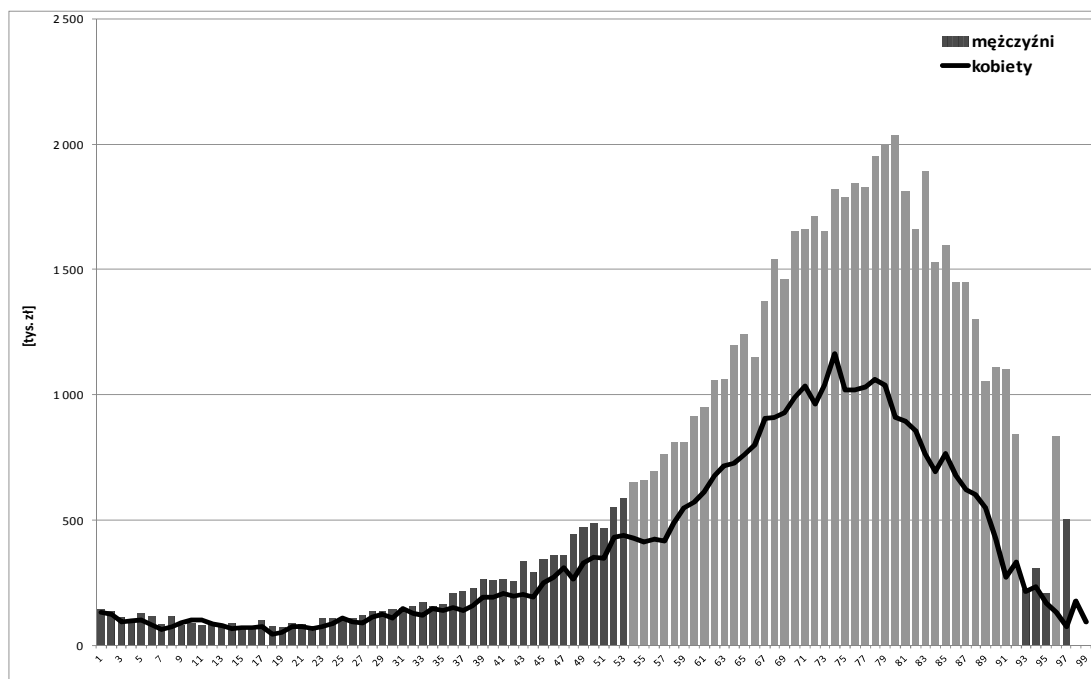
Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2011 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2011 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2012 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2012 w tys. zł	Dynamika kontraktów 2011=100%
Dolnośląski	104 871,88	106 415,35	114 594,78	116 052,52	109,27%
Kujawsko-Pomorski	97 564,24	92 653,22	103 607,69	98 652,66	106,19%
Lubelski	70 380,02	76 501,80	74 223,24	80 779,37	105,46%
Lubuski	35 304,56	37 240,14	37 345,17	39 028,11	105,78%
Łódzki	88 629,52	92 413,31	98 628,94	103 424,10	111,28%
Małopolski	119 885,96	125 062,49	133 121,13	132 921,48	111,04%
Mazowiecki	254 371,35	218 443,80	263 311,58	225 391,20	103,51%
Opolski	31 371,90	36 240,31	32 624,80	37 090,15	103,99%
Podkarpacki	69 005,21	75 138,36	71 940,62	79 489,88	104,25%
Podlaski	31 751,12	35 148,14	34 193,53	38 647,55	107,69%
Pomorski	90 810,42	94 616,36	97 522,00	101 378,15	107,39%
Śląski	184 772,59	182 309,86	192 858,00	191 869,29	104,38%
Świętokrzyski	48 510,00	45 718,90	48 626,02	47 951,58	100,24%
Warmińsko-Mazurski	45 922,67	51 523,23	57 386,46	60 099,77	124,96%
Wielkopolski	129 685,81	127 924,82	144 852,45	143 250,58	111,69%
Zachodniopomorski	59 320,59	66 587,14	59 833,94	68 199,17	100,87%
RAZEM:	1 462 157,84	1 463 937,23	1 564 670,35	1 564 225,56	107,01%

Wartość zawartych umów w 2012 roku wyniosła 1 564 670,35 tys. zł, czyli o 7,01% więcej niż w 2011 roku. Koszty realizacji zamknęły się w kwocie 1 564 225,56 tys. zł.

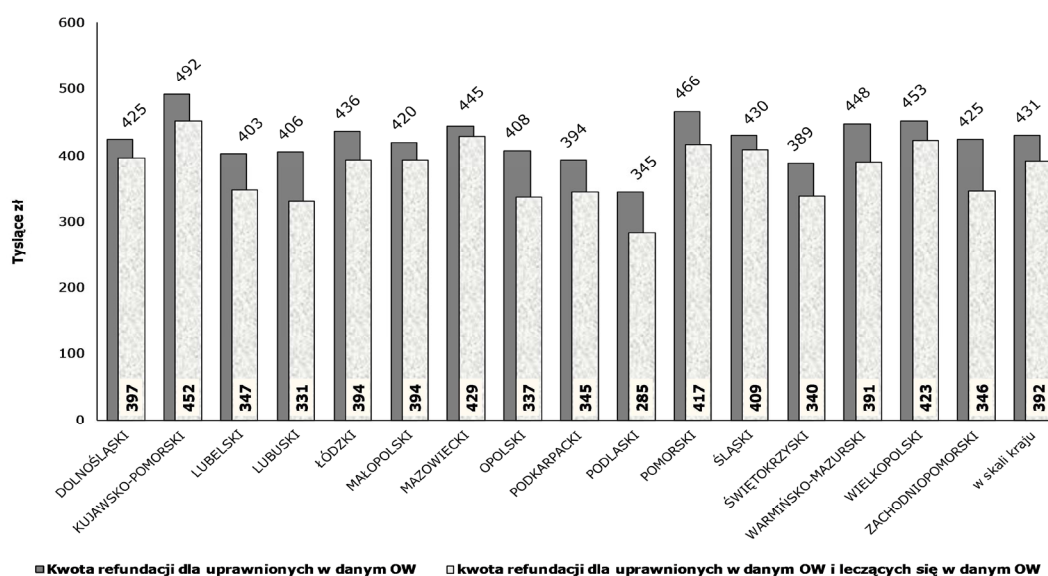
Wykres nr III.44. Wartość poniesionych wydatków w 2012 roku w podziale na wiek i płeć pacjenta [tys. zł] w SOK.**Tabela nr III.36.** Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w tys. zł.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2012 r. na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)	Wartość zapłaconych świadczeń w 2012 r. ogółem na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	409,40	136%	414,60	122%
Kujawsko-Pomorski	507,82	169%	483,54	143%
Lubelski	350,98	117%	381,98	113%
Lubuski	377,19	126%	394,19	116%
Łódzki	398,19	133%	417,55	123%
Małopolski	417,43	139%	416,80	123%
Mazowiecki	513,74	171%	439,75	130%
Opolski	352,28	117%	400,50	118%
Podkarpacki	352,24	117%	389,20	115%
Podlaski	300,04	100%	339,13	100%
Pomorski	443,76	148%	461,30	136%
Śląski	431,75	144%	429,53	127%
Świętokrzyski	391,40	130%	385,98	114%
Warmińsko-Mazurski	408,08	136%	427,38	126%
Wielkopolski	428,26	143%	423,53	125%
Zachodniopomorski	362,37	121%	413,04	122%
RAZEM:	420,72	140%	420,60	124%

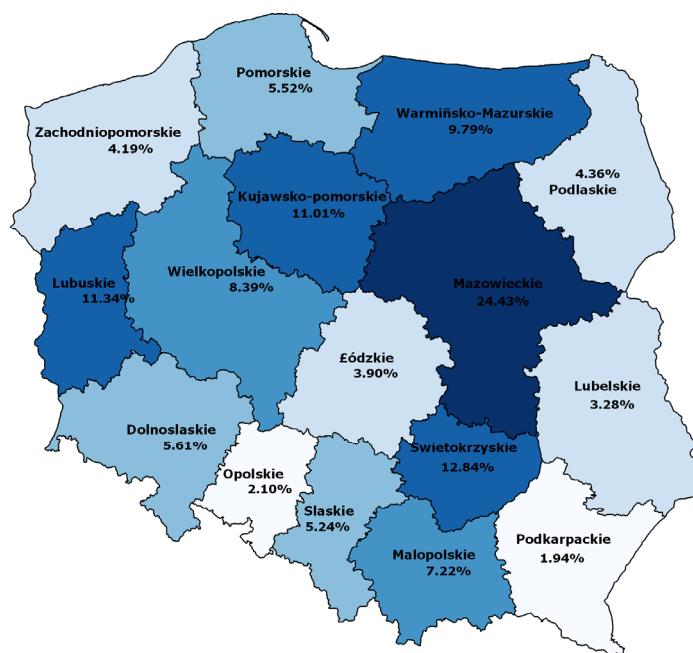
Wykres nr III.45. Wartość poniesionych wydatków na świadczenia w 2012 roku w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych do świadczeń z podziałem na wiek i płeć pacjenta w SOK.



Wykres nr III.46. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez 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 2012 roku osiągnął oddział kujawsko-pomorski (492 tys. zł) i oddział pomorski (466 tys. zł).

Wykres nr III.47. Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń udzielonych uprawnionym spoza oddziału [%].

W rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza oddziału był w oddziale mazowieckim – 24,43%.

Tabela nr III.37. Wybrane świadczenia – pozytonowa tomografia emisyjna (PET) – Realizacja świadczeń. Dane z systemu BO XI wg stanu na dzień 15 maja 2013 r.

OW NFZ	liczba osób, którym udzielono świadczenia 2011	liczba osób, którym udzielono świadczenia 2012	liczba zapłaconych świadczeń 2011	liczba zapłaconych świadczeń 2012	średnia cena badania (zł) 2011	średnia cena badania (zł) 2012	wartość zapłaconych świadczeń 2011 w tys. zł	wartość zapłaconych świadczeń 2012 w tys. zł
Dolnośląski	2 476	2 650	2 825	2 393	4 500	4 100	12 712,50	9 811,30
Kujawsko-Pomorski	3 704	3 836	4 511	4 587	4 500	4 100	20 299,50	18 806,70
Lubelski	-	237	-	240	-	4 100	-	984,00
Łódzki	529	1 052	542	737	4 100	4 100	2 222,20	3 021,70
Małopolski	428	2 092	431	2 269	4 500	4 100	1 939,50	9 302,90
Mazowiecki	5 199	5 192	5 787	5 660	4 500	4 100	26 041,50	23 206,00
Pomorski	544	887	586	977	4 500	4 100	2 637,00	4 005,70
Śląski	3 246	3 833	3 653	3 963	4 500	4 100	16 438,50	16 248,30
Świętokrzyski	2 081	1 992	2 335	2 150	4 500	4 100	10 507,50	8 815,00
Warmińsko-Mazurski	414	896	441	560	3 955	4 100	1 744,14	2 296,00
Wielkopolski	2 852	3 436	3 239	2 221	4 500	4 100	14 575,50	9 106,10
razem	21 473	26 103	24 350	25 757	4 481	4 100	109 117,84	105 603,70

Pozytonowa tomografia emisyjna realizowana jest przez świadczeniodawców w 11 województwach. Stała cena jednego badania w 2012 roku wyniosła ok. 4 100 tys. zł.

Tabela nr III.38. Wybrane świadczenia – dializy – realizacja świadczeń.

OW NFZ	liczba pacjentów 2011	liczba dializ 2011	liczba pacjentów 2012	liczba dializ 2012	średnia liczba dializ na pacjenta 2011	średnia liczba dializ na pacjenta 2012
Dolnośląski	2 149	200 225	2 060	207 793	93	101
Kujawsko-Pomorski	1 653	151 232	1 586	156 411	91	99
Lubelski	1 641	141 399	1 428	145 480	86	102
Lubuski	883	74 083	812	76 843	84	95
Łódzki	1 638	159 105	1 565	167 802	97	107
Małopolski	2 884	239 521	2 599	241 533	83	93
Mazowiecki	4 164	337 670	3 869	353 469	81	91
Opolski	707	67 107	704	66 607	95	95
Podkarpacki	1 593	136 484	1 417	140 141	86	99
Podlaski	646	55 449	662	57 484	86	87
Pomorski	1 722	156 295	1 662	164 500	91	99
Śląski	3 440	313 850	3 395	323 619	91	95
Świętokrzyski	773	71 259	758	71 535	92	94
Warmińsko-Mazurski	1 148	102 709	1 072	108 177	89	101
Wielkopolski	2 514	246 734	2 523	259 174	98	103
Zachodniopomorski	1 610	115 173	1 469	118 138	72	80
razem	29 165	2 568 295	27 581	2 658 706	88	96

W 2012 roku zrealizowano o 90 411 dializ więcej niż w 2011 roku (wzrost o ok. 3,5%), natomiast liczba pacjentów dializowanych wyniosła 27 581 osób (spadek o ok. 5,0%).

III.2.2.9. Pomoc doraźna i transport sanitarny

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

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

W 2012 roku zespoły transportu sanitarnego typu „N” realizowały świadczenia opieki zdrowotnej w ramach odrębnego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej: pomoc doraźna i transport sanitarny, zgodnie z zakresem: świadczenia udzielane przez zespół sanitarny typu „N”.

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

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

Łącznie 13 oddziałów wojewódzkich Funduszu przeprowadziło aneksowanie na 2012 rok wieloletnich umów w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, niewygasających z dniem 31 grudnia 2011 r. łódzki, podlaski oraz wielkopolski, w związku z wygaśnięciem z końcem 2011 roku umów zawartych w przedmiotowym rodzaju, przeprowadziły postępowania w sprawie zawarcia nowych umów o udzielanie świadczeń przez zespoły transportu sanitarnego typu „N”, obowiązujących od dnia 1 stycznia 2012 roku.

W tabeli nr III.40 przedstawiono zestawienie liczby umów zawartych w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, obowiązujących w latach 2011-2012. W 2012 roku, podobnie jak w 2011 roku, obowiązywały w sumie 32 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny.

Tabela nr III.39 Liczba umów zawartych w latach 2011-2012 w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny.

Kod OW	Nazwa OW NFZ	2011	2012	Liczba umów w 2012 r. w stosunku do liczby umów w 2011 r.
1	2	3	4	5 (4/3)
01	Dolnośląski	3	3	100,00%
02	Kujawsko-Pomorski	2	2	100,00%
03	Lubelski	2	2	100,00%
04	Lubuski	2	2	100,00%
05	Łódzki	2	2	100,00%
06	Małopolski	1	1	100,00%
07	Mazowiecki	5	5	100,00%
08	Opolski	1	1	100,00%
09	Podkarpacki	2	2	100,00%
10	Podlaski	1	1	100,00%
11	Pomorski	1	1	100,00%
12	Śląski	3	3	100,00%
13	Świętokrzyski	1	1	100,00%
14	Warmińsko-Mazurski	2	2	100,00%
15	Wielkopolski	2	2	100,00%
16	Zachodniopomorski	2	2	100,00%

Tabela nr III.41 prezentuje zestawienie wartości zakontraktowanych świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny na 2012 rok w porównaniu z wartościami świadczeń w powyższym rodzaju zakontraktowanych na 2011 rok. W rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2012 roku odnotowano wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń o 20,10% w stosunku do roku poprzedniego. Koszty realizacji świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2011 roku wynosiły 36 158,28 tys. zł., natomiast w 2012 roku wyniosły 43 680,02 tys. zł. Na 2012 rok zakontraktowano 32 zespoły transportu sanitarnego typu „N”, tj. tyle samo zespołów co na rok poprzedni.

Tabela nr III.40. Porównanie wartości świadczeń (w tys. zł) w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny zakontraktowanych oraz wykonanych w latach 2011-2012.

Oddział Wojewódzki NFZ			2011 r.				2012 r.				2012/2011
Kod OW	Nazwa OW NFZ	Plan finansowy NFZ na 2011 r.	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2011 r.	Koszty działalności zespołów transportu sanitarnego typu "N" w 2011 r.	Koszt realizacji świadczeń w 2011 r.*	% realizacji	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2012 r.	Koszty działalności zespołów transportu sanitarnego typu "N" w 2012 r.	Koszt realizacji świadczeń w 2012 r.*	% realizacji	Dynamika kontraktów 2012/2011
1	2	4	5	6	7	8 (6/5)	9	10	11	12 (10/9)	13 (9/5)
01	Dolnośląski	3 750,00	3 679,20	3 679,20	3 723,43	100,00%	3 689,28	3 689,28	3 703,79	100,00%	100,27%
02	Kujawsko-Pomorski	2 270,00	2 190,00	2 190,00	2 243,11	100,00%	2 269,20	2 269,20	2 409,22	100,00%	103,62%
03	Lubelski	2 500,00	2 360,82	2 360,82	2 369,88	100,00%	2 891,40	2 891,40	2 909,26	100,00%	122,47%
04	Lubuski	2 200,00	2 067,90	2 067,90	2 066,37	99,90%	2 269,20	2 269,20	2 275,97	100,00%	109,73%
05	Łódzki	2 025,00	1 896,25	1 896,25	2 045,70	100,00%	2 228,94	2 228,94	2 280,34	100,00%	117,54%
06	Małopolski	1 701,00	1 496,50	1 496,50	1 515,43	100,00%	1 500,60	1 500,60	1 588,62	100,00%	100,27%
07	Mazowiecki	5 439,00	5 188,99	5 188,99	5 276,24	100,00%	7 482,98	7 482,98	7 728,53	100,00%	144,21%
08	Opolski	1 400,00	1 204,50	1 204,50	1 246,47	100,00%	1 281,00	1 281,00	1 288,10	100,00%	106,35%
09	Podkarpacki	2 483,00	2 232,71	2 232,70	2 243,86	100,00%	2 928,00	2 928,00	3 054,43	100,00%	131,14%
10	Podlaski	1 220,00	1 040,25	1 040,25	1 065,90	100,00%	1 354,20	1 354,20	1 358,82	100,00%	130,18%
11	Pomorski	1 197,00	699,78	699,78	745,60	100,00%	1 354,20	1 354,20	1 411,01	100,00%	193,52%
12	Śląski	4 061,00	3 860,97	3 860,97	3 954,67	100,00%	4 482,04	4 482,04	4 573,68	100,00%	116,09%
13	Świętokrzyski	1 300,00	1 222,75	1 222,75	1 227,95	100,00%	1 354,20	1 354,20	1 384,64	100,00%	110,75%
14	Warmińsko-Mazurski	2 340,00	2 299,50	2 299,50	2 324,69	100,00%	2 708,40	2 708,40	2 805,91	100,00%	117,78%
15	Wielkopolski	2 500,00	2 299,50	2 299,50	2 350,99	100,00%	2 928,00	2 928,00	2 991,73	100,00%	127,33%
16	Zachodniopomorski	1 758,00	1 748,00	1 748,00	1 758,00	100,00%	1 900,00	1 900,00	1 915,97	100,00%	108,70%
RAZEM		38 144,00	35 487,62	35 485,61	36 158,28	99,99%	42 621,63	42 621,63	43 680,02	102,48%	120,10%

*) Koszty realizacji świadczeń zawierają koszty działalności zespołów transportu sanitarnego typu "N", koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji oraz wartość świadczeń opłaconych na podstawie art. 25 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

III.2.2.10. Ratownictwo medyczne

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

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

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

W 2012 roku zespoły ratownictwa medycznego realizowały świadczenia opieki zdrowotnej w ramach odrębnego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej: ratownictwo medyczne, zgodnie z następującymi zakresami świadczeń:

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

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

Obowiązujące w 2011 roku umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne zawarte przez oddział łódzki wygasły z dniem 31 grudnia 2011 roku, w związku z czym, oddział przeprowadził postępowania konkursowe, w wyniku których zawartych zostało 20 nowych umów, obowiązujących od dnia 1 stycznia 2012 roku. Wszystkie pozostałe oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły aneksowanie na 2012 rok wieloletnich umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne, niewygasających z dniem 31 grudnia 2011 roku. W oddziale mazowieckim przeprowadzono postępowania, w wyniku których zawartych zostało 6 nowych umów, obowiązujących od dnia 1 lipca 2012 roku, gdyż umowy aneksowane na 2012 rok wygasły z dniem 30 czerwca 2012 roku. Ponadto w oddziałach: kujawsko-pomorskim, lubuskim, łódzkim, małopolskim oraz pomorskim były prowadzone pojedyncze postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, związane ze zmianami dokonanymi przez wojewodów w wojewódzkich planach działania systemu lub wynikające z postępowań administracyjnych toczących się przed dyrektorem oddziału wojewódzkiego i Prezesem Funduszu.

Tabela nr III.41. Liczba umów w rodzaju ratownictwo medyczne zawartych na lata 2011-2012.

Kod OW	Nazwa OW NFZ	I-VI 2011 r.	VII-XII 2011 r.	I-VI 2012 r.	VII-XII 2012 r.
1	2	3	4	5	6
01	Dolnośląski	12	12	12	12
02	Kujawsko-Pomorski	20	20	20	20
03	Lubelski	14	14	14	14
04	Lubuski	15	14	15	15
05	Łódzki	16	16	20	20
06	Małopolski	21	20	20	20
07	Mazowiecki	38	27	27	6
08	Opolski	9	5	5	5
09	Podkarpacki	23	22	22	22
10	Podlaski	4	4	4	4
11	Pomorski	20	20	20	20
12	Śląski	23	13	13	13
13	Świętokrzyski	4	1	1	1
14	Warmińsko-Mazurski	22	21	21	21
15	Wielkopolski	40	32	32	32
16	Zachodniopomorski	10	6	6	6
	RAZEM	291	247	252	231

W tabeli nr III.41 przedstawiono zestawienie liczby umów zawartych na I i II półrocze 2011 roku oraz na I i II półrocze 2012 roku. Informacji o liczbie zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne nie można utożsamiać z dostępnością świadczeń w powyższym rodzaju, ponieważ liczba ta jest bezpośrednio związana z liczbą rejonów operacyjnych systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, wynikającą z wojewódzkich planów działania systemu, w których obserwuje się tendencję do zmniejszania liczby rejonów operacyjnych na rzecz zwiększania ich obszaru celem zapewnienia lepszej koordynacji działań zespołów ratownictwa medycznego.

Tabela nr III.42 prezentuje zestawienie wartości świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne zakontraktowanych na lata 2011-2012. W rodzaju ratownictwo medyczne w 2012 roku odnotowano wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń o 3,72% w porównaniu do 2011 roku. Koszty realizacji świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych w 2012 roku w omawianym rodzaju, wyniosły w sumie 1 823 691,05 tys. zł.

Tabela nr III.42 Porównanie wartości świadczeń (w tys. zł) w rodzaju ratownictwo medyczne zakontraktowanych oraz wykonanych w latach 2011-2012.

Oddział Wojewódzki NFZ		2011 r.				2012 r.				2012/2011
Kod OW	Nazwa OW NFZ	Wartość świadczeń zakontraktowanych na 2011 r.	Koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego w 2011 r.	Koszt realizacji świadczeń w 2011 r.*	% realizacji	Wartość świadczeń zakontraktowanych na 2012 r.	Koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego w 2012 r.	Koszt realizacji świadczeń w 2012 r.*	% realizacji	Dynamika kontraktów 2012/2011
1	2	3	4	5	6 (4/3)	7	8	9	10 (8/7)	11 (7/3)
01	Dolnośląski	135 557,46	135 557,46	135 557,46	100,00%	139 825,65	139 825,65	139 825,65	100,00%	103,15%
02	Kujawsko-Pomorski	106 435,14	106 435,14	106 302,83	100,00%	109 561,37	109 561,37	109 394,55	100,00%	102,94%
03	Lubelski	109 705,87	109 705,87	109 705,87	100,00%	112 978,84	112 978,84	112 978,84	100,00%	102,98%
04	Lubuski	60 303,43	60 303,43	60 303,43	100,00%	61 925,75	61 925,75	61 925,75	100,00%	102,69%
05	Łódzki	110 213,10	110 213,10	110 213,80	100,00%	118 597,18	118 597,18	118 597,18	100,00%	107,61%
06	Małopolski	132 769,93	132 769,93	132 769,93	100,00%	138 355,89	138 355,89	138 355,89	100,00%	104,21%
07	Mazowiecki	224 518,60	224 518,60	224 518,60	100,00%	226 122,14	226 122,14	226 122,14	100,00%	100,71%
08	Opolski	48 765,39	48 765,39	48 765,39	100,00%	51 996,71	51 996,71	51 996,71	100,00%	106,63%
09	Podkarpacki	102 906,72	102 906,72	102 906,72	100,00%	102 964,20	102 964,20	102 964,20	100,00%	100,06%
10	Podlaski	66 040,00	66 040,00	66 040,00	100,00%	69 081,00	69 081,00	69 081,00	100,00%	104,60%
11	Pomorski	96 851,26	96 851,26	96 841,77	100,00%	102 615,96	102 615,96	102 615,96	100,00%	105,95%
12	Śląski	193 788,94	193 788,94	193 788,94	100,00%	199 443,94	199 443,94	199 443,94	100,00%	102,92%
13	Świętokrzyski	54 851,97	54 851,97	54 668,07	100,00%	56 452,98	56 452,98	56 081,56	100,00%	102,92%
14	Warmińsko-Mazurski	86 356,82	86 356,82	86 356,82	100,00%	91 856,00	91 856,00	91 856,00	100,00%	106,37%
15	Wielkopolski	136 730,78	136 730,78	136 680,04	100,00%	143 455,05	143 455,05	143 455,05	100,00%	104,92%
16	Zachodniopomorski	93 053,16	93 053,16	93 053,16	100,00%	98 996,64	98 996,64	98 996,64	100,00%	106,39%
RAZEM		1 758 848,57	1 758 848,57	1 758 472,83	100,00%	1 824 229,30	1 824 229,30	1 823 691,05	100,00%	103,72%

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

Tabela nr III.43 przedstawia informacje na temat liczby oraz dostępności zespołów ratownictwa medycznego w latach 2011-2012. W celu umożliwienia dokonania porównania danych pomiędzy 2011 rokiem i 2012 rokiem, w tabeli nie zostały uwzględnione okresowe zespoły zakontraktowane na rok 2012 w związku z odbywającymi się na terenie RP Mistrzostwami Europy w piłce nożnej – dane dotyczące tych zespołów zostały wykazane w tabeli nr III.45.

Zgodnie z danymi przedstawionymi w tabeli nr III.43, na 2012 rok zakontraktowanych zostało 1 489 zespołów ratownictwa medycznego, w tym 883 zespoły podstawowe oraz 606 zespołów specjalistycznych. Ogólna liczba zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 10 (0,68%) w 2012 roku w stosunku do 2011 roku (według stanu na koniec roku), przy czym liczba zespołów podstawowych wzrosła o 9 (1,03%), a liczba zespołów specjalistycznych wzrosła o 1 (0,17%). Obserwowane zmiany w ilości zespołów ratownictwa medycznego wynikają ze zmian zachodzących w wojewódzkich planach działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, opracowywanych przez wojewodów. Informacja o ogólnej liczbie zespołów ratownictwa medycznego może ukazywać błędny obraz dostępności do świadczeń ratownictwa medycznego, ponieważ nie uwzględnia ona istotnego czynnika jakim jest faktyczny okres funkcjonowania zespołów ratownictwa medycznego. W tabeli nr III.43 przedstawiono informację o dostępności zespołów ratownictwa medycznego w latach 2011-2012, która oprócz liczby zespołów ratownictwa medycznego uwzględnia fakt, że niektóre z nich funkcjonują czasowo, tj. przez cały rok ale krócej niż przez 24 godziny na dobę (zwykle przez 12 godzin na dobę), okresowo, tj. przez 24 godziny na dobę ale tylko w pewnym okresie roku (np. od czerwca do sierpnia) lub czasowo-okresowo, czyli krócej niż przez 24 godziny na dobę w pewnym okresie roku. Informacja na temat dostępności pozwala najlepiej ocenić tendencje zachodzące w planowanych przez wojewodów liczbach zespołów ratownictwa medycznego. Z danych tabeli nr III.43 wynika, że ogólna liczba zespołów ratownictwa medycznego przedstawia lekką tendencję wzrostową, przy jednoczesnym niewielkim trendzie zastępowania zespołów specjalistycznych przez zespoły podstawowe.

Tabela nr III.43. Liczba i dostępność zespołów ratownictwa medycznego zakontraktowanych na lata 2011-2012.

Liczba zespołów ratownictwa medycznego				
Rodzaj zespołu	2011 r. (wg stanu na koniec I półrocza)	2011 r. (wg stanu na koniec roku)	2012 r.** (wg stanu na koniec roku)	2012 r. / VII-XII 2011 r.
Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	843	874	883	101,03%
Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	619	605	606	100,17%
RAZEM	1462	1479	1489	100,68%
Dostępność zespołów ratownictwa medycznego*				
Rodzaj zespołu	2011 r.	2012 r.**	2012 r. / VII-XII 2011 r.	
Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	837,35	849,69	101,47%	
Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	610,27	604,13	98,99%	
RAZEM	1447,62	1453,82	100,43%	
*) Dane dotyczące dostępności zespołów ratownictwa medycznego uwzględniają liczbę zespołów ratownictwa medycznego oraz faktyczny czas ich funkcjonowania. Liczba 1 oznacza 1 ZRM funkcjonujący przez 24 godziny na dobę przez wszystkie dni w danym okresie.				
**) W celu umożliwienia właściwego porównania liczby i dostępności zespołów ratownictwa medycznego w latach 2011-2012, z danych dotyczących roku 2012 wyłączono zespoły zakontraktowane w ścisłym związku z odbywającymi się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej Mistrzostwami Europy w piłce nożnej (informacje na ich temat zostały ujęte w odrębnej tabeli).				

Tabela nr III.44 obrazuje liczbę osób (w tysiącach) przypadającą na jeden zespół ratownictwa medycznego w poszczególnych województwach oraz liczbę zespołów ratownictwa medycznego przypadających na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach. Drugi z powyższych wskaźników przyjmuje najwyższe wartości w województwach warmińsko-mazurskim, lubuskim oraz zachodniopomorskim, a najniższe w województwach małopolskim, śląskim, wielkopolskim oraz mazowieckim.

Tabela nr III.44. Liczba zakontraktowanych zespołów ratownictwa medycznego w 2012 roku w odniesieniu do ludności poszczególnych województw.

Kod OW	OW NFZ	Ludność (wg GUS stan na 30.06.2012 r.) w tys. os.	Liczba ZRM w 2012 r. (uwzględnia dostępność)	Liczba osób (w tys.) przypadająca na jeden ZRM w 2012 r.	Liczba ZRM w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w 2012 r.
1	2	3	4	5	6
01	Dolnośląski	2 915,25	109,00	26,75	0,37
02	Kujawsko-Pomorski	2 097,82	89,00	23,57	0,42
03	Lubelski	2 168,62	88,00	24,64	0,41
04	Lubuski	1 023,10	51,00	20,06	0,50
05	Łódzki	2 528,63	100,85	25,07	0,40
06	Małopolski	3 350,35	110,13	30,42	0,33
07	Mazowiecki	5 293,22	179,83	29,43	0,34
08	Opolski	1 012,30	41,00	24,69	0,41
09	Podkarpacki	2 128,92	84,50	25,20	0,40
10	Podlaski	1 199,72	54,00	22,22	0,45
11	Pomorski	2 286,75	81,75	27,97	0,36
12	Śląski	4 620,62	154,00	30,00	0,33
13	Świętokrzyski	1 275,51	45,00	28,34	0,35
14	Warmińsko-Mazurski	1 451,95	72,00	20,17	0,50
15	Wielkopolski	3 458,88	114,00	30,34	0,33
16	Zachodniopomorski	1 722,15	79,75	21,59	0,46
	RAZEM	38 533,79	1 453,81	26,51	0,38

W tabeli nr III.45 uwzględniono informację na temat zespołów zakontraktowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w związku z odbywającymi się na terytorium RP w 2012 roku, Mistrzostwami Europy w piłce nożnej.

Z danych tabeli nr III.45 wynika, że dodatkowe zespoły ratownictwa medycznego zostały zakontraktowane przez 7 oddziałów wojewódzkich Funduszu, tj. przez dolnośląski, lubelski, małopolski, mazowiecki, podkarpacki, pomorski i wielkopolski.

Łączna liczba zespołów ratownictwa medycznego zakontraktowanych w związku z Mistrzostwami Europy w piłce nożnej wyniosła 31 zespołów. Składały się na nią 24 podstawowe zespoły ratownictwa medycznego

oraz 7 specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego. Wszystkie wskazane powyżej zespoły funkcjonowały okresowo. W tabeli nr III.45 zostały zawarte szczegółowe informacje na temat okresów funkcjonowania poszczególnych zespołów ratownictwa medycznego zakontraktowanych w związku z Mistrzostwami Europy w piłce nożnej.

Tabela nr III.45. Liczba zespołów ratownictwa medycznego zakontraktowanych w związku z odbywającymi się na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w 2012 roku Mistrzostwami Europy w piłce nożnej.

Kod OW	OW NFZ	Rodzaj ZRM	Liczba ZRM zakontraktowanych w związku z Mistrzostwami Europy w piłce nożnej	Okres funkcjonowania ZRM	Łączna liczba dni funkcjonowania
01	Dolnośląski	podstawowy	3	od 01.06. do 30.06.2012	30
		specjalistyczny	3	od 01.06. do 30.06.2012	30
03	Lubelski	podstawowy	1	od 11.06. do 13.06.2012 od 15.06. do 17.06.2012 od 20.06. do 22.06.2012 od 27.06. do 29.06.2012	12
		podstawowy	1	od 08.06. do 10.06.2012 od 12.06. do 14.06.2012 od 16.06. do 18.06.2012	9
		podstawowy	1	od 08.06. do 10.06.2012 od 12.06. do 14.06.2012 od 16.06. do 18.06.2012	9
06	Małopolski	podstawowy	2	od 01.06. do 30.06.2012	30
07	Mazowiecki	podstawowy	3	od 07.06. do 28.06.2012	22
		specjalistyczny	2	od 07.06. do 28.06.2012	22
09	Podkarpacki	podstawowy	1	od 09.06. do 10.06.2012 od 13.06. do 14.06.2012 od 17.06. do 18.06.2012	6
		podstawowy	1	od 09.06. do 10.06.2012 od 13.06. do 14.06.2012 od 17.06. do 18.06.2012	6
		podstawowy	1	od 09.06. do 10.06.2012 od 13.06. do 14.06.2012 od 17.06. do 18.06.2012	6
11	Pomorski	podstawowy	7	od 07.06. do 01.07.2012	25
15	Wielkopolski	podstawowy	3	od 8.06. do 20.06.2012	13
		specjalistyczny	2	od 8.06. do 20.06.2012	13
RAZEM		podstawowe	24		
		specjalistyczne	7		

III.2.2.11. Leczenie stomatologiczne

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

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

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

Minimum 30% wartości umowy zawartej na świadczenia w zakresie ortodoncji powinno zostać przeznaczone na realizację świadczeń stomatologicznych obejmujących wykonanie nowych aparatów ortodontycznych.

Wykres nr III.48. Liczba osób korzystających ze świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w podziale na kobiety i mężczyzn w rodzaju leczenie stomatologiczne (STM).

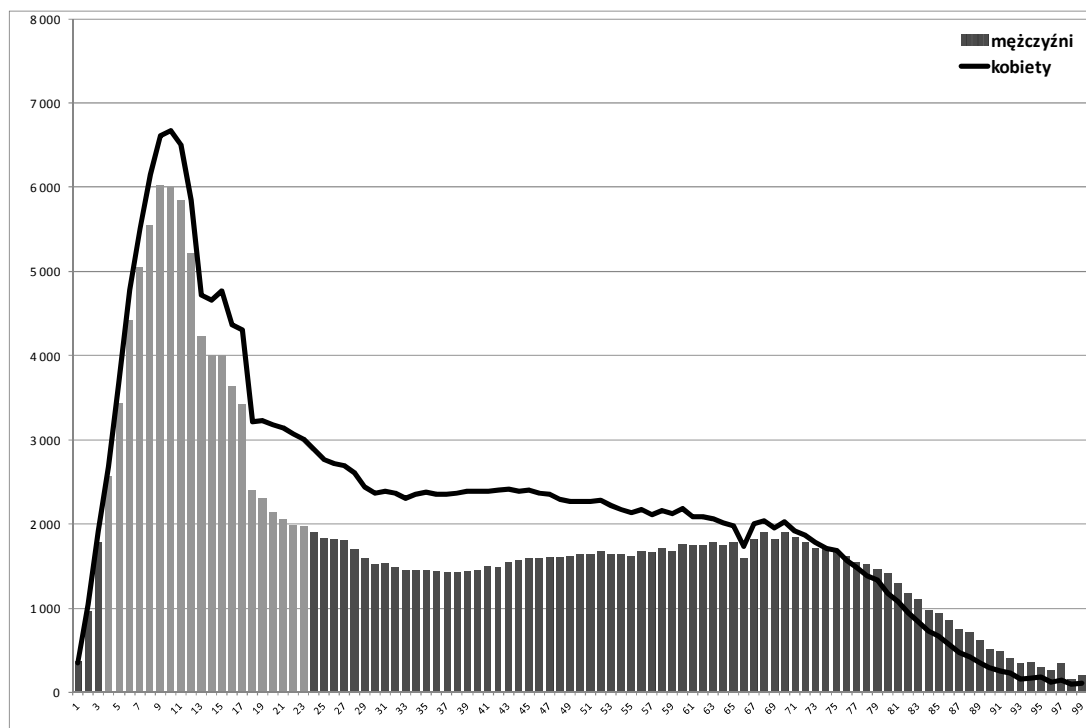


Tabela nr III.46. Liczba świadczeniodawców w rodzaju leczenie stomatologiczne. Dane z systemu BO XI wg stanu na dzień 5 kwietnia 2013 r.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2011	liczba świadczeniodawców 2012
01	Dolnośląski	698	708
02	Kujawsko-Pomorski	492	487
03	Lubelski	574	572
04	Lubuski	227	229
05	Łódzki	499	466
06	Małopolski	461	459
07	Mazowiecki	720	722
08	Opolski	265	265
09	Podkarpacki	626	626
10	Podlaski	352	296
11	Pomorski	352	349
12	Śląski	1 057	1041
13	Świętokrzyski	295	294
14	Warmińsko-Mazurski	392	404
15	Wielkopolski	828	834
16	Zachodniopomorski	428	426
Razem		8 266	8 178

Tabela nr III.47. Wartość i wykonanie umów w rodzaju leczenie stomatologiczne. (Realizacja planu – Dane DEF)

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2011 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2011 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2012 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2012 w tys. zł	Dynamika kontraktów 2011=100%
Dolnośląski	118 526,39	117 456,64	121 477,48	120 111,14	102,49%
Kujawsko-Pomorski	96 118,73	96 090,15	98 030,87	98 741,78	101,99%
Lubelski	113 226,61	111 597,43	118 836,59	120 140,55	104,95%
Lubuski	40 886,05	41 167,39	41 727,98	41 816,59	102,06%
Łódzki	118 827,85	117 855,80	118 389,62	117 498,89	99,63%
Małopolski	164 471,30	160 035,54	178 094,65	175 383,69	108,28%
Mazowiecki	201 028,28	196 502,93	200 875,04	195 826,09	99,92%
Opolski	45 208,54	44 424,83	45 124,88	45 421,68	99,81%
Podkarpacki	94 269,07	95 858,00	102 595,79	104 345,66	108,83%
Podlaski	59 040,54	58 847,33	64 171,00	63 906,94	108,69%
Pomorski	102 923,54	101 561,45	103 990,12	103 063,27	101,04%
Śląski	203 495,68	204 000,38	205 790,93	205 946,84	101,13%
Świętokrzyski	55 112,38	55 833,55	60 913,29	61 963,17	110,53%
Warmińsko-Mazurski	77 023,63	77 485,35	81 014,92	81 575,38	105,18%
Wielkopolski	150 713,76	148 124,73	152 106,14	149 556,86	100,92%
Zachodniopomorski	83 961,65	83 491,42	86 361,24	86 077,48	102,86%
RAZEM:	1 724 834,00	1 710 332,92	1 779 500,53	1 771 376,01	103,17%

W rodzaju leczenie stomatologiczne wartość zawartych umów wyniosła 1 779 500,53 tys. zł. W porównaniu do 2011 roku wartość umów wzrosła o ok. 3%. Koszty realizacji świadczeń wyniosły 1 771 376,01 tys. zł. co stanowi 99,54% zawartych umów.

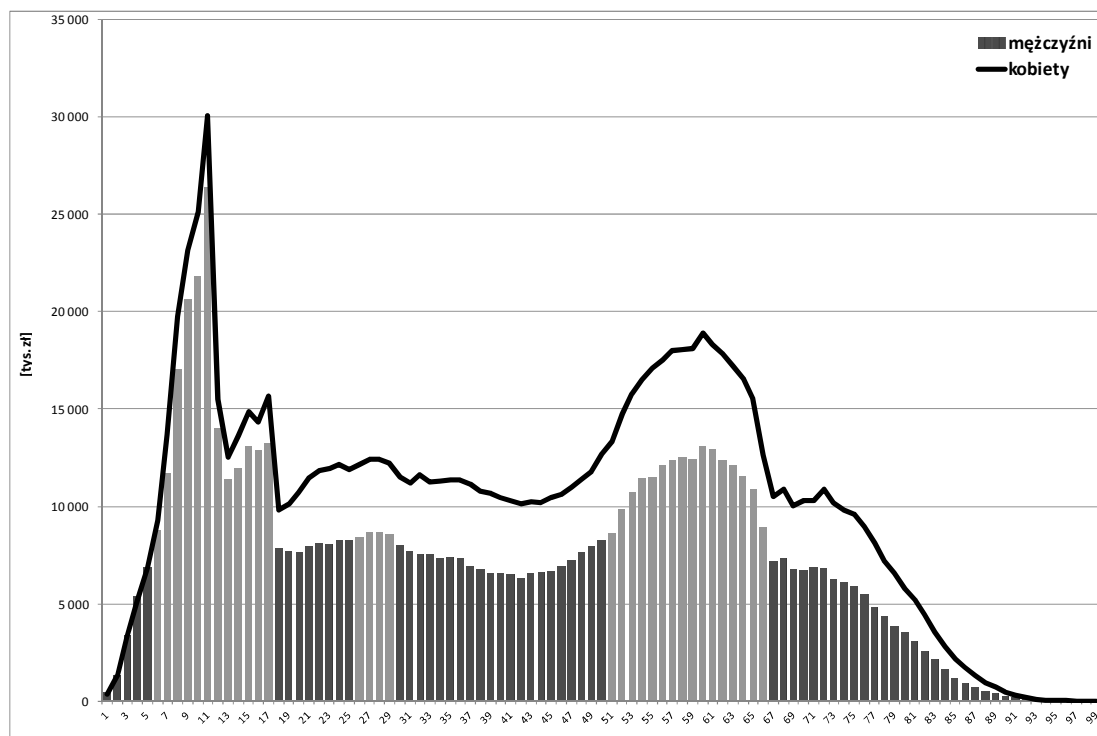
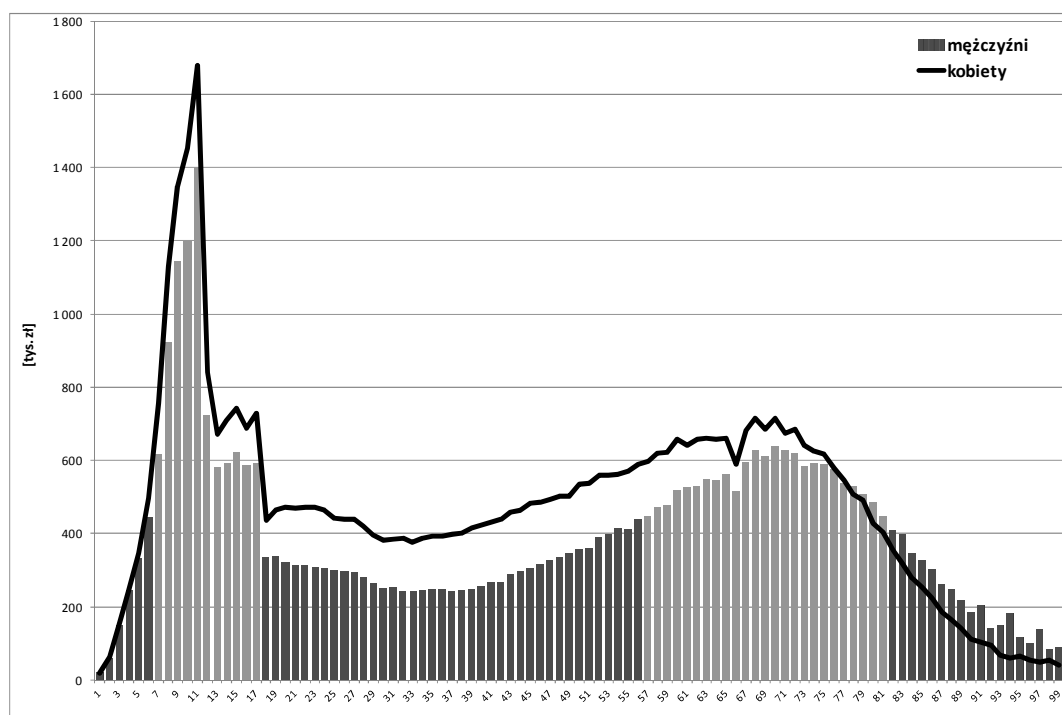
Wykres nr III.49. Wartość poniesionych wydatków w 2012 roku w podziale na wiek i płeć pacjenta [tys. zł] w STM.

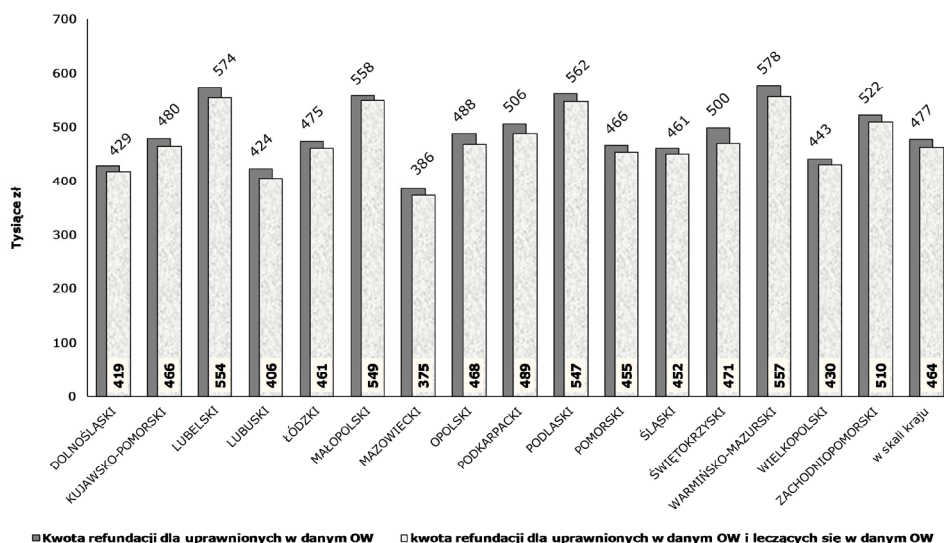
Tabela nr III.48. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w rodzaju leczenie stomatologiczne w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w tys. zł.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2012 r. na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)	Wartość zapłaconych świadczeń w 2012 r. ogółem na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	433,98	111%	429,10	112%
Kujawsko-Pomorski	480,49	123%	483,97	127%
Lubelski	561,94	143%	568,10	149%
Lubuski	421,46	108%	422,35	111%
Łódzki	477,97	122%	474,38	124%
Małopolski	558,45	142%	549,95	144%
Mazowiecki	391,92	100%	382,07	100%
Opolski	487,25	124%	490,46	128%
Podkarpacki	502,33	128%	510,90	134%
Podlaski	563,09	144%	560,78	147%
Pomorski	473,19	121%	468,97	123%
Śląski	460,70	118%	461,05	121%
Świętokrzyski	490,31	125%	498,76	131%
Warmińsko-Mazurski	576,11	147%	580,09	152%
Wielkopolski	449,71	115%	442,17	116%
Zachodniopomorski	523,03	133%	521,31	136%
RAZEM:	478,48	122%	476,30	125%

Wykres nr III.50. Wartość poniesionych wydatków na świadczenia w 2012 roku w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych do świadczeń z podziałem na wiek i płeć pacjenta w STM.

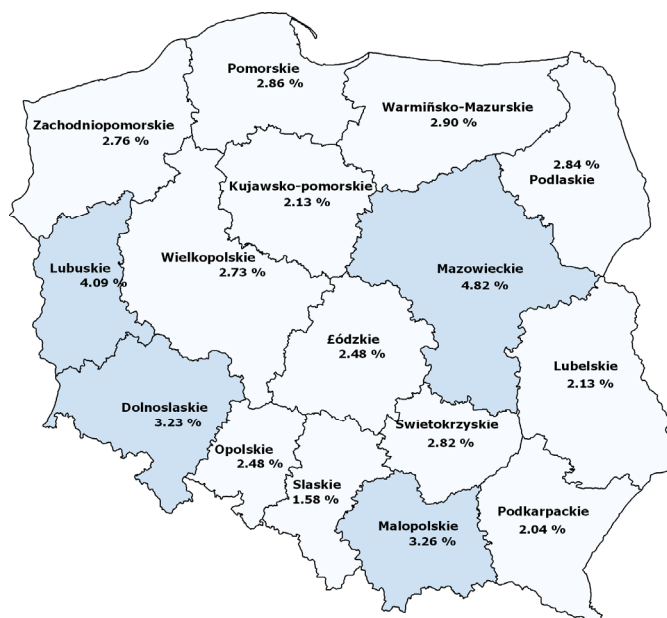


Wykres nr III.51. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju leczenie stomatologiczne w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach [tys. zł]



Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału 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 2012 roku osiągnął oddział warmińsko-mazurski (578 tys. zł).

Wykres nr III.52. Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń udzielonych uprawnionym spoza oddziału w rodzaju STM [%].



W rodzaju leczenie stomatologiczne największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza oddziału był w oddziale mazowieckim – 4,82%.

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

Tabela nr III.49. Umowy i realizacja programu ortodontycznej opieki nad dziećmi. Dane z OW

Nazwa Oddziału	liczba dzieci w programie w latach 2011-2012		wartość umów w tys. zł 2011-2012		wartość zapłaconych świadczeń w tys. zł 2011-2012	
Dolnośląski	612	600	716,86	712,48	707,81	712,48
Kujawsko-Pomorski						
Lubelski	282	274	362,49	411,38	362,49	402,11
Lubuski						
Łódzki	214	219	406,38	379,78	406,38	379,78
Małopolski	343	326	769,80	767,40	730,80	767,40
Mazowiecki	1 994	2 338	2 775,60	2 783,70	2 422,50	2 616,30
Opolski						
Podkarpacki						
Podlaski	73	75	107,90	115,76	104,81	115,76
Pomorski	296	340	604,77	556,32	604,77	556,04
Śląski	358	570	625,80	802,20	623,10	801,90
Świętokrzyski						
Warmińsko-Mazurski	75	101	81,60	133,68	81,60	128,40
Wielkopolski	309	327	569,00	565,00	470,00	466,00
Zachodniopomorski	191	190	406,08	411,48	405,27	411,48
razem	4 747	5 360	7 426,28	7 639,18	6 919,53	7 357,65

W 2012 roku programem objętych było 5 360 osób (4 747 w roku 2011), tj. o 613 osób więcej niż w 2011 roku. Wartość umów w 2012 roku wzrosła o ok. 2% w porównaniu z 2011 rokiem. Wartość zapłaconych świadczeń wyniosła w 2012 roku 7 357,65 tys. zł.

III.2.2.12. Programy profilaktyczne

W rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne wyodrębnia się:

- program profilaktyki raka szyjki macicy,
- program profilaktyki raka piersi,
- program badań prenatalnych,
- program profilaktyki chorób odżywczych.

W podstawowej opiece zdrowotnej realizowany jest program:

- profilaktyki chorób układu krążenia,
- program profilaktyki gruźlicy.

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

W 2012 roku program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy został rozdzielony na dwa nowe świadczenia uzależnione od miejsca wykonywania świadczeń:

- w pracowni stacjonarnej (kod 10.7940.158.02),
- w pracowni mobilnej (kod 10.7940.159.02).

Tabela nr III.50. Wartość i wykonanie umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne (zawiera programy realizowane w rodzaju PRO, POZ, AOS).

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2011 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2011 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2012 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2012 w tys. zł	Dynamika kontraktów 2011=100%
Dolnośląski	15 530,06	15 238,92	16 728,09	16 320,08	107,71%
Kujawsko-Pomorski	9 914,04	9 859,29	11 126,42	10 582,82	112,23%
Lubelski	7 966,10	8 012,49	8 530,44	8 634,67	107,08%
Lubuski	5 373,26	5 437,81	5 087,61	5 104,57	94,68%
Łódzki	13 663,95	13 227,69	12 419,11	12 051,54	90,89%
Małopolski	10 753,91	11 265,66	11 771,14	12 427,96	109,46%
Mazowiecki	20 022,04	19 573,58	21 882,89	20 915,73	109,29%
Opolski	4 772,49	4 016,33	4 625,16	4 170,23	96,91%
Podkarpacki	6 679,78	6 851,31	7 088,71	7 244,56	106,12%
Podlaski	5 225,60	5 175,30	5 658,94	5 484,12	108,29%
Pomorski	9 660,73	9 500,07	10 088,80	9 962,14	104,43%
Śląski	28 726,49	27 604,72	27 982,59	26 303,62	97,41%
Świętokrzyski	5 399,42	5 551,93	5 175,81	4 963,87	95,86%
Warmińsko-Mazurski	7 040,12	7 118,67	6 641,61	6 876,84	94,34%
Wielkopolski	13 728,64	13 281,74	15 177,89	15 345,70	110,56%
Zachodniopomorski	9 092,70	9 100,80	9 387,23	9 452,45	103,24%
RAZEM:	173 549,34	170 816,33	179 372,44	175 840,88	103,36%

Wartość kontraktów zawartych w 2012 roku w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w porównaniu z 2011 rokiem wzrosła o 3,36 %. Ze wzrostem nakładów na świadczenia wzrosła także kwota realizacji świadczeń, która w 2012 roku wyniosła 175 840,88 tys. zł i była większa o 2,94% niż w 2011 roku.

Znaczący udział kobiet w realizacji świadczeń w ramach rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, wynika z faktu skierowania do mężczyzn tylko 4 programów profilaktycznych, takich jak: program chorób układu krążenia, program profilaktyki gruźlicy, program wykrywania jaskry oraz program chorób odtytoniowych (w tym POCHP), natomiast kobiety dodatkowo objęte są programami: profilaktyki raka szyjki macicy, profilaktyki raka piersi i badań prenatalnych.

Tabela nr III.51. Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne w 2012 roku w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w tys. zł.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2012 r. na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)	Wartość zapłaconych świadczeń w 2012 r. ogółem na 10 tys. uprawnionych	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	59,76	172%	58,30	164%
Kujawsko-Pomorski	54,53	157%	51,87	146%
Lubelski	40,34	116%	40,83	115%
Lubuski	51,39	148%	51,56	145%
Łódzki	50,14	144%	48,66	137%
Małopolski	36,91	106%	38,97	110%
Mazowiecki	42,69	123%	40,81	115%
Opolski	49,94	144%	45,03	127%
Podkarpacki	34,71	100%	35,47	100%
Podlaski	49,66	143%	48,12	136%
Pomorski	45,91	132%	45,33	128%
Śląski	62,64	180%	58,89	166%
Świętokrzyski	41,66	120%	39,96	113%
Warmińsko-Mazurski	47,23	136%	48,90	138%
Wielkopolski	44,87	129%	45,37	128%
Zachodniopomorski	56,85	164%	57,25	161%
RAZEM:	48,23	139%	47,28	133%

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

Tabela nr III.52. Liczba pacjentów i kwota refundacji świadczeń udzielonych w ramach programu wczesnego wykrywania jaskry oraz profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

nazwa Oddziału	liczba pacjentów 2011 r.	kwota refundacji 2011 r. w tys. zł	liczba pacjentów 2012 r.	kwota refundacji 2012 r. w tys. zł
Dolnośląski	58 256	1 629,44	59 367	1 650,48
Kujawsko-Pomorski	47 449	1 055,00	47 027	1 127,71
Lubelski	47 223	1 220,49	78 658	1 122,63
Lubuski	22 676	558,28	22 268	541,83
Łódzki	51 841	1 330,08	42 393	1 061,39
Małopolski	59 400	1 467,15	58 084	1 567,70
Mazowiecki	83 982	2 139,89	78 907	2 129,51
Opolski	23 413	590,40	22 260	620,05
Podkarpacki	42 731	1 063,52	42 263	1 082,06
Podlaski	24 210	634,34	22 365	674,90
Pomorski	54 363	1 408,64	51 753	1 350,56
Śląski	103 419	2 420,29	101 136	2 496,58
Świętokrzyski	25 719	637,06	25 403	674,35
Warmińsko-Mazurski	42 026	1 096,34	36 772	1 009,62
Wielkopolski	45 557	1 144,11	44 634	1 210,21
Zachodniopomorski	42 903	1 107,26	41 022	1 053,00
RAZEM:	775 168	19 502,29	774 312	19 372,58

W 2012 roku zauważono nieznaczny spadek liczby pacjentów, którym udzielono świadczeń w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych realizowanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Spadek wyniósł 0,12 % ogólnej liczby pacjentów. Jednocześnie kwota refundacji świadczeń w porównaniu do 2011 roku spadła o 129,71 tys. zł, co stanowi spadek o 0,66%.

Tabela nr III.53. Wartość świadczeń i liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych realizowanych w podstawowej opiece zdrowotnej.

5.01.00.0000048 świadczenie w ramach profilaktyki chorób układu krążenia			5.01.00.0000054 świadczenie w ramach profilaktyki gruźlicy – z uwzględnieniem informacji o efekcie udzielonego świadczenia wg słownika efektów pod objaśnieniami		
Nazwa oddziału	Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń	średni koszt świadczeń w 2012 w tys. zł	Nazwa oddziału	Liczba pacjentów, którym udzielono świadczeń	średni koszt świadczeń w 2012 w tys. zł
Dolnośląski	5 271	248,69	Dolnośląski	9 623	38,70
Kujawsko-Pomorski	4 557	213,94	Kujawsko-Pomorski	6 528	26,43
Lubelski	6 428	304,18	Lubelski	22 254	87,25
Lubuski	2 326	111,46	Lubuski	4 635	17,80
Łódzki	9 161	432,72	Łódzki	25 120	94,28
Małopolski	5 717	271,10	Małopolski	13 661	54,25
Mazowiecki	9 149	434,64	Mazowiecki	13 283	52,40
Opolski	887	36,08	Opolski	321	1,18
Podkarpacki	3 068	147,02	Podkarpacki	5 955	23,44
Podlaski	1 939	92,30	Podlaski	6 945	27,17
Pomorski	5 129	253,68	Pomorski	6 936	27,68
Śląski	5 638	264,43	Śląski	13 287	52,45
Świętokrzyski	1 329	62,74	Świętokrzyski	4 964	19,14
Warmińsko-Mazurski	4 081	191,95	Warmińsko-Mazurski	5 087	19,39
Wielkopolski	8 028	379,73	Wielkopolski	14 073	55,79
Zachodniopomorski	10 885	497,04	Zachodniopomorski	23 300	84,51
RAZEM:	83 593	3 941,69	RAZEM:	175 972	681,85

W 2012 roku w ramach świadczeń w ramach profilaktyki chorób układu krążenia udzielono świadczeń 83 593 pacjentom a średni koszt ich realizacji wyniósł 3 941,69 tys. zł. Większą populację przebadano w ramach programu profilaktyki gruźlicy. Liczba osób objętych tym programem wyniosła 175 972 osoby a średni koszt świadczeń wyniósł 681,85 tys. zł.

III.2.2.13. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

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

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

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

Tabela nr III.54. Wartość planu w zestawieniu z realizacją świadczeń w rodzaju ZSP w 2012 roku (tys. zł). Realizacja planu – dane DEF.

Nazwa Oddziału	ZSP 2011		ZSP 2012		% realizacji 2012	Dynamika planu 2011=100%
	plan (tys. zł)	realizacja (tys. zł)	plan (tys. zł)	realizacja (tys. zł)		
Dolnośląski	48 250,00	48 248,39	53 350,00	53 309,07	99,92%	110,57%
Kujawsko-Pomorski	31 695,00	32 194,02	40 000,00	39 999,31	100,00%	126,20%
Lubelski	34 700,00	34 132,97	35 800,00	35 369,65	98,80%	103,17%
Lubuski	17 200,00	17 185,71	17 700,00	17 166,19	96,98%	102,91%
Łódzki	39 560,00	39 556,63	45 938,00	43 376,67	94,42%	116,12%
Małopolski	54 200,00	52 363,86	63 200,00	60 821,43	96,24%	116,61%
Mazowiecki	79 000,00	78 999,96	85 000,00	81 675,62	96,09%	107,59%
Opolski	17 500,00	17 700,91	19 200,00	18 276,46	95,19%	109,71%
Podkarpacki	33 350,00	33 161,55	34 800,00	34 160,73	98,16%	104,35%
Podlaski	19 050,00	19 017,70	20 500,00	19 843,09	96,80%	107,61%
Pomorski	32 750,00	32 748,85	38 072,00	35 280,19	92,67%	116,25%
Śląski	93 610,00	92 432,26	95 500,00	94 411,64	98,86%	102,02%
Świętokrzyski	21 872,00	21 867,92	23 707,00	23 707,00	100,00%	108,39%
Warmińsko-Mazurski	24 045,00	23 275,70	24 300,00	23 769,51	97,82%	101,06%
Wielkopolski	52 590,00	52 584,54	58 500,00	58 429,02	99,88%	111,24%
Zachodniopomorski	28 320,00	28 314,45	29 473,00	28 556,28	96,89%	104,07%
RAZEM:	627 692,00	623 785,42	685 040,00	668 151,86	97,53%	109,14%

Plan finansowy w 2012 roku w porównaniu do roku poprzedniego wzrósł o 9% tj. o 57 348 tys. zł, zaś wydatki na realizację przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych wzrosły o 7%.

Największy wzrost planu finansowego odnotowano w oddziałach: kujawsko-pomorskim – 26,20%, małopolskim – 16,61%, pomorskim – 16,25% i łódzkim – 16,12% . Ten sam poziom planu finansowego utrzymano w oddziale warmińsko-mazurskim.

III.2.2.14. Lecznictwo uzdrowiskowe

Lecznictwo uzdrowiskowe zajmuje się leczeniem, profilaktyką i rehabilitacją chorób przewlekłych, stanowiących największy problem społeczny współczesnej medycyny. Z leczenia uzdrowiskowego w Polsce korzysta rocznie ponad 350 tys. ubezpieczonych. Osoby korzystające z formy leczenia uzdrowiskowego to przede wszystkim chorzy z chorobami przewlekłymi w zakresie chorób krążenia, ortopedii, reumatologii i neurologii.

Polskie obiekty sanatoryjne wraz z niezbędną infrastrukturą uzdrowiskową znajdują się w 45 miejscowościach o statusie uzdrowiskowym. Na 2012 rok Fundusz zawarł kontrakty na szerokie spektrum świadczeń uzdrowiskowych ze 151 zakładami lecznictwa uzdrowiskowego. Kontrakty te zapewniają świadczeniobiorcom szeroki wachlarz usług uzdrowiskowych od tzw. leczenia ambulatoryjnego poprzez leczenie szpitalne i sanatoryjne dla dzieci do leczenia sanatoryjnego dorosłych i uzdrowiskowej rehabilitacji dla dorosłych – najbardziej potrzebnych dla pacjentów świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe. Liczba zawartych umów w tym rodzaju świadczeń na 2012 rok wyniosła 155, a ich wartość 592 423 070.

Tabela nr III.55. Ocena dostępności świadczeń w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w 2012 roku.

OW NFZ	Populacja (GUS stan na dzień 31 VI 2012)	Wysokość planu finansowego (z dnia 27.12.2012 r.)	Wartość planu finansowego na 10 tyś. uprawnionych	Wartość zakontraktowanych świadczeń*	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys uprawnionych
Dolnośląski	2 915 245	56 059 000	192 296,02	54 219 154	185 984,90
Kujawsko - Pomorski	2 097 818	30 148 000	143 711,23	29 473 584	140 496,38
Lubelski	2 168 616	39 133 000	180 451,50	38 645 886	178 205,30
Lubuski	1 023 102	11 700 000	114 358,10	11 647 875	113 848,61
Łódzki	2 528 632	45 804 000	181 141,42	45 194 340	178 730,39
Małopolski	3 350 350	46 353 000	138 352,71	45 878 300	136 935,84
Mazowiecki	5 293 224	95 731 000	180 855,75	94 202 367	177 967,84
Opolski	1 012 296	12 740 000	125 852,52	12 459 489	123 081,48
Podkarpacki	2 128 921	32 189 000	151 198,66	31 372 633	147 364,01
Podlaski	1 199 724	14 901 000	124 203,57	14 692 320	122 464,17
Pomorski	2 286 746	26 946 000	117 835,56	26 618 244	116 402,27
śląski	4 620 624	70 005 000	151 505,51	69 600 475	150 630,03
Świętokrzyski	1 275 511	24 005 000	188 199,08	23 669 642	185 569,88
Warmińsko - Mazurski	1 451 950	17 001 000	117 090,81	16 877 776	116 242,13
Wielkopolski	3 458 881	59 000 000	170 575,40	58 015 891	167 730,23
Zachodniopomorski	1 722 149	20 216 000	117 388,22	19 855 097	115 292,56
RAZEM	38 533 789	601 931 000	156 208,62	592 423 070	153 741,19

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

Wartość zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe na 2012 rok stanowi 98,42% środków finansowych przeznaczonych na ten rodzaj świadczeń w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia. W 2012 roku zrealizowano świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w 98,59% ich wartości.

Tabela nr III.56. Wartość zakontraktowanych świadczeń w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe i ich realizacja w 2012 roku.

OW NFZ	Plan Finansowy na 2012 r. (z dnia 27.12.2012 r.)	Wartość zakontraktowanych świadczeń*	% wartość/ plan	Realizacja zawartych umów- wartość końcowa **	% realizacji
Dolnośląski	56 059 000	54 219 154	96,72%	52 725 385	97,24%
Kujawsko - Pomorski	30 148 000	29 473 584	97,76%	28 861 950	97,92%
Lubelski	39 133 000	38 645 886	98,76%	38 199 829	98,85%
Lubuski	11 700 000	11 647 875	99,55%	11 489 860	98,64%
Łódzki	45 804 000	45 194 340	98,67%	44 569 475	98,62%
Małopolski	46 353 000	45 878 300	98,98%	45 232 729	98,59%
Mazowiecki	95 731 000	94 202 367	98,40%	92 852 766	98,57%
Opolski	12 740 000	12 459 489	97,80%	12 315 961	98,85%
Podkarpacki	32 189 000	31 372 633	97,46%	30 984 363	98,76%
Podlaski	14 901 000	14 692 320	98,60%	14 527 558	98,88%
Pomorski	26 946 000	26 618 244	98,78%	26 320 532	98,88%
śląski	70 005 000	69 600 475	99,42%	68 997 561	99,13%
Świętokrzyski	24 005 000	23 669 642	98,60%	23 368 715	98,73%
Warmińsko - Mazurski	17 001 000	16 877 776	99,28%	16 706 008	98,98%
Wielkopolski	59 000 000	58 015 891	98,33%	57 264 632	98,71%
Zachodniopomorski	20 216 000	19 855 097	98,21%	19 677 042	99,10%
RAZEM	601 931 000	592 423 070	98,42%	584 094 362	98,59%

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

** wartość zrealizowanych świadczeń przez świadczeniobiorców z terenu danego województwa oraz dopłata poniesiona z tytułu art. 33. ust. 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Tabela nr III.57. Wartość zakontraktowanych świadczeń w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe i stopień realizacji wg planu finansowego w 2012 roku.

Rodzaj świadczeń	Plan finansowy 2012	Kontrakty 2012	Kontrakt/Plan	Liczba umów
Lecznictwo uzdrowiskowe	601 931 000	592 423 069,50	98,42%	155

III.3. Kontrola realizacji umów

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

W 2012 roku, oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły 2992 postępowania kontrolne, w ramach których skontrolowały 3 111 umów tj. o 41 umów więcej (1,34%), niż w tym samym okresie w roku ubiegłym (o przypisaniu do okresu sprawozdawczego decydowała data wysłania wystąpienia pokontrolnego). Dodatkowo, przeprowadzono 7 kontroli w związku ze złożonymi wnioskami o zapłatę za świadczenia udzielone na podstawie art. 19 ustawy o świadczeniach.

W wyniku przeprowadzonych kontroli, zakwestionowano środki finansowe oraz w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami nałożono na świadczeniodawców kary umowne. Łączne skutki finansowe kontroli określone w wystąpieniach pokontrolnych, w 2012 roku wyniosły 79 186 612,11 zł, w tym z tytułu zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych 58 897 514,19 zł oraz z tytułu nałożonych kar 20 289 097,92 zł.

Tabela nr III.58. Liczba przeprowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej wg rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej w 2012 r.

OW NFZ	AOS	OPH	PDT	POZ	PRO	PSY	REH	RTM	SOK	SPO	STM	SZP	UZD	ZPO	Suma
Dolnośląski	36		2	3		9	3	1	1	1	11	29	3		99
Kujawsko-Pomorski	9	4		17		10	4	2	2	7	6	27	3	1	92
Lubelski	197			26	2	3	26	2	1	15	26	74	2	3	377
Lubuski	11	1		4		2	3	4	1	5	4	31		8	74
Łódzki	159	6		29	24	44	75	20	6	32	82	64		2	543
Małopolski	37			29		9	20	6	4	13	24	42	7	1	192
Mazowiecki	43	1		22	1	80	10	8	10	69	15	122	1		382
Opolski	10	1		9	1	5	5	5	2	7	4	22		2	73
Podkarpacki	19	1	1	16	1	7	13	2	3	5	30	29	6	6	139
Podlaski	111	3		6	1	3	7		2	13	30	30		4	210
Pomorski	5	1		7	2	4	1		3	3	27	25		14	92
Śląski	47	8	1	40	2	9	16	7	2	10	55	99	1	24	321
Świętokrzyski	15		1	7		10	17	3		2	38	29		4	126
Warmińsko-Mazurski	27	1		28	1	4	8	4	1	3	18	41		5	141
Wielkopolski	15	1		9	4	6	10	4	4	11	32	47		5	148
Zachodniopomorski	6	3		13		2	7	3	2	4	20	32	10		102
Suma	747	31	5	265	39	207	225	71	44	200	422	743	33	79	3111

Tabela nr III.59. Wartości zakwestionowanych środków i naliczonych kar określone w wystąpieniach pokontrolnych w podziale na poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu w 2012 r.

OW NFZ	Wartość zakwestionowanych środków	Wartość nałożonych kar	Razem
Dolnośląski	182 636	771 312	953 948
Kujawsko-Pomorski	13 003 915	2 634 801	15 638 716
Lubelski	6 000 243	1 460 036	7 460 279
Lubuski	634 628	430 876	1 065 504
Łódzki	2 468 951	1 010 522	3 479 473
Małopolski	3 967 651	1 621 141	5 588 793
Mazowiecki	2 833 168	4 074 436	6 907 604
Opolski	446 322	513 577	959 899
Podkarpacki	5 224 829	1 026 482	6 251 311
Podlaski	1 378 790	1 127 393	2 506 183
Pomorski	7 683 486	1 348 026	9 031 511
Śląski	4 171 763	1 447 285	5 619 049
Świętokrzyski	2 016 319	712 062	2 728 381
Warmińsko-Mazurski	709 091	275 507	984 598
Wielkopolski	6 366 454	1 308 976	7 675 430
Zachodniopomorski	1 809 266	526 668	2 335 933
Razem	58 897 514	20 289 098	79 186 612

Tabela nr III.60. Wartości zakwestionowanych środków i naliczonych kar określone w wystąpieniach pokontrolnych

Nazwa rodzaju świadczeń	Wartość zakwestionowanych środków	Wartość nałożonych kar	Razem
AOS	820 209	927 427	1 747 636
OPH	160 568	48 185	208 753
PDT	0	3 917	3 917
POZ	653 841	577 319	1 231 160
PRO	5 926	22 431	28 357
PSY	2 155 564	855 768	3 011 332
REH	1 724 310	1 310 577	3 034 887
RTM	818 511	1 564 567	2 383 078
SOK	1 409 707	483 611	1 893 317
SPO	7 200 766	1 472 309	8 673 074
STM	485 124	504 170	989 294
SZP	42 449 342	11 771 513	54 220 855
UZD	555 036	392 730	947 766
ZPO	458 611	354 576	813 186
Razem	58 897 514	20 289 098	79 186 612

III.3.1. Nieprawidłowości w realizacji umów

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

- błędne kwalifikowanie i rozliczanie świadczeń,
- nieprawidłowa klasyfikacja hospitalizacji do grup JGP,
- nieprawidłowe sumowanie świadczeń wykazanych do rozliczeń,
- wykazywanie jako hospitalizacji świadczeń, które mogły być wykonane w warunkach ambulatoryjnych,
- niezgodność informacji zawartych w raportach statystyczno – medycznych z dokumentacją medyczną,
- brak w dokumentacji medycznej potwierdzenia wykonanych świadczeń, badań; wykazywanie do rozliczeń świadczeń niewykonanych,
- brak medycznego uzasadnienia do rozliczenia wykazanej grupy JGP,
- brak określonych w typie porady badań diagnostycznych,
- nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej,
- braki w wymaganym sprzęcie,
- brak wymaganych kwalifikacji personelu,
- brak aktualizacji zasobów sprzętowych i personelu (harmonogram-zasoby).

III.3.2. Kontrole koordynowane przeprowadzone przez oddziały wojewódzkie Funduszu

W ramach wykonanych w 2012 roku przez oddziały wojewódzkie Funduszu kontroli, przeprowadzono 195 postępowań kontrolnych w związku ze zleconymi przez Centralę Funduszu kontrolami koordynowanymi.

W 2012 r. zakończone zostały postępowania zlecone przez Centralę NFZ w następujących zakresach:

- „Monitorowanie realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z uwzględnieniem sprawdzenia zgodności danych zawartych w złożonej przez świadczeniodawcę ofercie (dokumentach aktualizacyjnych) ze stanem faktycznym”,
- „Realizacja umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie rozliczania świadczeń w grupach M03, M04, M14 i M15”,
- „Realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie prawidłowości kwalifikacji i rozliczania świadczeń w ramach grup E11 – E19”,
- „Realizacja umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, realizowanych w warunkach stacjonarnych oddziałów psychiatrycznych w zakresie świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży”.

Ponadto, zgodnie z zarządzeniem nr 23/2009 Prezesa NFZ z dnia 13 maja 2009 r. w sprawie planowania, przygotowania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli, w 2012 roku zostały przeprowadzone 4 kontrole koordynowane ordynacji lekarskiej oraz kontrole aptek, których zakres tematyczny obejmował:

- preskrypcję i refundację leków dla osób nieżyjących;
- preskrypcję i refundację recept na leki stosowane w astmie oskrzelowej;
- preskrypcję i refundację recept na leki stosowane w aktywnej postaci reumatoidalnego zapalenia stawów;
- preskrypcję i refundację recept na leki hormonalne.

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

Na podstawie art. 161 ustawy, Prezes Funduszu (Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej) rozpatrzył złożone przez świadczeniodawców zażalenia na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz wnioski o ponowne rozpatrzenie zażaleń. W 2012 roku zostało rozpatrzonych łącznie 400 zażaleń i wniosków o ponowne ich rozpatrzenie.

Tabela nr III.61. Liczba zażaleń rozpatrzonych w 2012 roku przez Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz wnioski o ponowne rozpatrzenie zażaleń

Rozpatrzone w 2012 roku									
Nazwa OW NFZ	Zażalenia na czynności Dyrektora OW				Wniosek o ponowne rozpatrzenie zażalenia				Suma
	nie rozpatrzono*	nie uwzględniono	uwzględniono w całości	uwzględniono w części	nie rozpatrzono*	nie uwzględniono	uwzględniono w całości	uwzględniono w części	
Dolnośląski	3	8		1		2			14
Kujawsko-Pomorski	44	3			3	1			51
Lubelski	1	29			2	20			52
Lubuski	3					1			4
Łódzki	3	7				1		1	12
Małopolski	9	12	1	1		5			28
Mazowiecki	81	12	1	5	33	7	1	1	141
Opolski	1	2			1				4
Podkarpacki		4	2	1	1	4			12
Podlaski	2	8	2		1	3			16
Pomorski	6	2				1			9
Śląski	4	7		4	1	1		3	20
Świętokrzyski	2	3		1					6
Warmińsko-Mazurski		1				2			3
Wielkopolski	6	9			1	8			24
Zachodniopomorski	1	2	1						4
Suma	166	109	7	13	43	56	1	5	400

*zażalenia i wnioski nierozpatrzone w związku z uchybieniem ustawowego 14-dniowego terminu określonego w art. 161 ust. 2 (dla zażaleń) i 161 ust. 3a (dla wniosków o ponowne rozpatrzenie zażaleń) ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; zażalenia i wnioski nie rozpatrzone z powodu braku zasadności zażalenia/wniosku

Tabela III. 61a. Liczba rozpatrzonych zażaleń przez Departament Służb Mundurowych w podziale na oddziały wojewódzkie oraz sposób ich rozpatrzenia.

Rozpatrzone przez Departament ds. Służb Mundurowych w 2012 roku**									
Nazwa OW NFZ	Zażalenia na czynności Dyrektora OW				Wniosek o ponowne rozpatrzenie zażalenia				Suma
	nie rozpatrzono*	nie uwzględniono	uwzględniono w całości	uwzględniono w części	nie rozpatrzono*	nie uwzględniono	uwzględniono w całości	uwzględniono w części	
Dolnośląski									0
Kujawsko-Pomorski									0
Lubelski									0
Lubuski									0
Łódzki		2							2
Małopolski	1	2							3
Mazowiecki		5	1	2		2		1	11
Opolski									0
Podkarpacki		1							1
Podlaski		1				1			2
Pomorski		2	1					1	4
Śląski									0
Świętokrzyski									0
Warmińsko-Mazurski									0
Wielkopolski									0
Zachodniopomorski		2				1			3
Suma	1	15	2	2	0	4	0	2	26

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

**zażalenia i wnioski rozpatrzone przez Departament ds. Służb Mundurowych, dotyczące Ratownictwa Medycznego, Leczenia Uzdrawiskowego oraz zażalenia i wnioski złożone przez świadczeniodawców tworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej oraz Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji

Powyższa tabela przedstawia dane dotyczące zażaleń i wniosków rozpatrzonych przez Departament Służb Mundurowych, dotyczących Ratownictwa Medycznego, Lecznictwa Uzdrawiskowego oraz zażaleń i wniosków złożonych przez świadczeniodawców tworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej oraz Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji. W 2012 roku zostało rozpatrzonych łącznie 26 zażaleń i wniosków o ponowne ich rozpatrzenie.

Zażalenia na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczące realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie: programy terapeutyczne i chemioterapia.

W 2012 r. Prezes Funduszu rozpatrzył 25 zażeń złożonych przez 9 świadczeniodawców. 14 zażeń zostało złożonych przez świadczeniodawców w trybie art. 160 ustawy o świadczeniach, a 11 zażeń zostało złożonych przez świadczeniodawców w trybie art.161 ust.3. przedmiotowej ustawy. W 22 przypadkach zażenia zostały oddalone, natomiast w 3 przypadkach zażenia zostały uwzględnione. W 1 przypadku uwzględniono zażalenie w całości, w 1 przypadku uwzględnienie zażenia dotyczyło uchylecia decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu dotyczącej zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych, przy podtrzymaniu decyzji o nałożeniu kary finansowej na świadczeniodawcę, natomiast w 1 przypadku uwzględnienie zażenia dotyczyło uchylecia decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w sprawie nałożenia kary finansowej na świadczeniodawcę, przy utrzymaniu negatywnej oceny dotyczącej realizacji świadczeń przez świadczeniodawcę. W wyniku rozpatrzenia zażeń uchylono decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczące nałożenia na świadczeniodawców kar finansowych w kwocie 1 730 191,28 zł, natomiast podtrzymano decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu o nałożeniu na świadczeniodawców kar finansowych w kwocie 137 807,76 zł. Jednocześnie w wyniku rozpatrzenia zażeń uchylono decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczące nałożenia na świadczeniodawców obowiązku zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych w kwocie 1 229 920,10 zł oraz podtrzymano decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu o nałożeniu na świadczeniodawców obowiązku zwrotu nienależnie przekazanych środków finansowych w kwocie 2 928 709,52 zł.

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

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

Na podstawie art. 154 ust. 4 ustawy o świadczeniach, Prezes Funduszu rozpatrzył wniesione przez świadczeniodawców odwołania od przeprowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2012 roku. Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej rozpatrzył łącznie 833 odwołania.

Tabela nr III.62. Liczba rozpatrzonych w 2012 r. przez Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczących rozstrzygnięć postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na oddziały wojewódzkie i sposób ich rozpatrzenia.

Nazwa OW NFZ	Sposób rozpatrzenia odwołania								Liczba rozpatrzonych odwołań w 2012 r. ogółem
	decyzja uchylająca zaskarżoną decyzję i uwzględniająca odwołanie	decyzja uchylająca zaskarżoną decyzję i przekazująca sprawę do ponownego rozpatrzenia	decyzja stwierdzająca nieważność decyzji dyrektora OW NFZ	decyzja utrzymująca w mocy zaskarżoną decyzję dyrektora OW NFZ	postanowienie o uchybieniu terminu	decyzja o umorzeniu postępowania odwoławczego	pozostawiono bez rozpoznania lub odmowa przywrócenia terminu lub sprostowanie oczywistej pomyłki pisarskiej	wszczęcie postępowania w sprawie stwierdzenia nieważności decyzji dyrektora OW NFZ	
Dolnośląski		3		36	6	2			47
Kujawsko-Pomorski	3	2		5		1			11
Lubelski				1					1
Lubuski									0
Łódzki	5	30	1	223	12	19	2	1	293
Małopolski	3	4		33	4		1		45
Mazowiecki	11	1		15	1		1		29
Opolski				1					1
Podkarpacki				4					4
Podlaski	3	1		135	7	20	1		167
Pomorski		1		9					10
Śląski	3			34	1	1	4		43
Świętokrzyski		2		10	3				15
Warmińsko-Mazurski				16					16
Wielkopolski	1	28		103	6	11	1		150
Zachodniopomorski				1					1
Suma	29	72	1	626	40	54	10	1	833

Tabela nr III.63. Liczba rozpatrzonych w 2012 roku przez Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczących rozstrzygnięć postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na oddziały wojewódzkie i rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej.

Nazwa OW NFZ	Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej										Suma
	AOS	OPH	POZ	PRO	PSY	REH	SOK	SPO	STM	SZP	
Dolnośląski	33						2	2		10	47
Kujawsko-Pomorski										11	11
Lubelski			1								1
Lubuski											0
Łódzki	151	1		8	10	63	3	11	40	6	293
Małopolski			2		1				37	5	45
Mazowiecki	6	3	4	9	2			2	1	2	29
Opolski										1	1
Podkarpacki				4							4
Podlaski	33	1	1	18		38	2	5	67	2	167
Pomorski	1			5	4						10
Śląski	3									40	43
Świętokrzyski	2			2		8			2	1	15
Warmińsko-Mazurski	1			12		1			2		16
Wielkopolski	107			1	4	24	1	3		10	150
Zachodniopomorski				1							1
Suma	337	5	8	60	21	134	8	23	149	88	833

Według właściwości rzeczowej Departament ds. Służb Mundurowych rozpatrzył wniesione przez świadczeniodawców (podmioty lecznicze, dla których organem założycielskim jest MON, MSW, MS oraz lecznictwo uzdrowiskowe i ratownictwo medyczne) odwołania od przeprowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2012 roku. Wpłynęło łącznie 35 odwołań.

Prezes Funduszu (Departament ds. Służb Mundurowych) wydał łącznie 37 decyzji, z czego:

- w 21 przypadkach utrzymano w mocy zaskarżoną decyzję;
- w 12 przypadkach uchylono zaskarżoną decyzję i przekazano sprawę do ponownego rozpatrzenia;
- w 1 przypadku postanowiono o podjęciu postępowania;
- w 2 przypadkach postanowiono o zawieszeniu postępowania;
- w 1 przypadku umorzono odwoławcze postępowanie administracyjne.

W 2012 roku Departament Gospodarki Lekami rozpatrzył jedno odwołanie od postępowań konkursowych złożonych w trybie art. 154 ust 4 ustawy o świadczeniach. Przedmiotowe odwołanie dotyczyło udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne. Swoją decyzją Prezes Funduszu utrzymał w mocy zaskarżoną decyzję Dyrektora Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, oddalając odwołanie oferenta. Na decyzję Prezesa Funduszu oferent złożył skargę do WSA w Warszawie, który oddalił skargę.

III.5. Refundacja leków

W 2012 roku płatnik na refundację leków wydatkował kwotę 6 863 070,53 tys. zł. W związku z kilkukrotną korektą planu w ciągu roku – na koniec roku plan finansowy w poz. B2.14. przewidywał kwotę 8 161 153,00 tys. zł. Fundusz wydał mniej o 1 298 082,47 tys. zł niż przewidywał plan Funduszu.

Koszty refundacji wg rodzajów odpłatności**Tabela nr III.64.** Koszty refundacji ogółem w latach 2011-2012.

Rodzaj odpłatności	Kwota refundacji		Dynamika zmian 2012/2011
	2011	2012	
RYCZAŁT	5 748 545 678,11 zł	4 434 069 557,10 zł	-22,87%
BEZPŁATNIE	737 666 149,39 zł	423 181 388,30 zł	-42,63%
50%	1 051 034 610,26 zł	571 307 782,61 zł	-45,64%
30%	1 285 904 313,60 zł	1 438 408 574,73 zł	11,86%

Poniższa analiza została opracowana na podstawie 99,98% danych szczegółowych przekazanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w 2012 roku, które zostały przegenerowane do systemu aptecznego Centrali Funduszu.

Analiza struktury wydatków na refundację leków w roku 2012 w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu wykazała, że największy udział w ponad 14% ogólnej kwoty refundacji miał oddział mazowiecki oraz śląski 12% następnie:

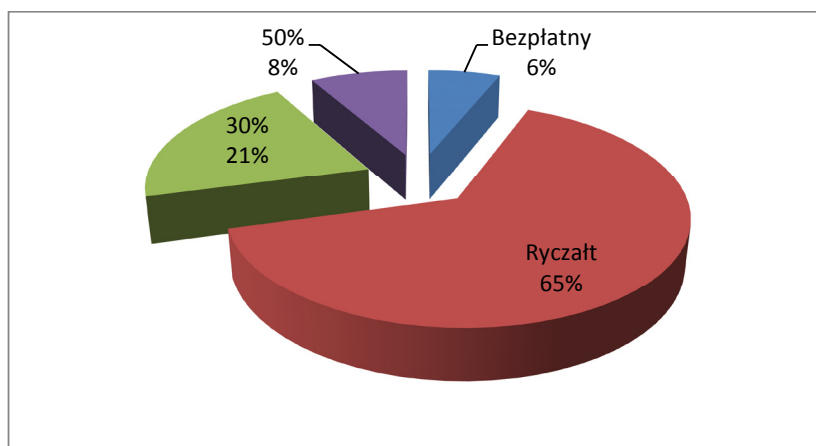
- wielkopolski 9,19%,
- małopolski 8,68%,
- dolnośląski 7,66%,
- łódzki 7,27%,
- pomorski 6,30%,
- kujawsko-pomorski 5,62%,
- lubelski 5,42%,
- podkarpacki 4,61%,
- zachodniopomorski 4,57%,
- warmińsko-mazurski 3,37%,
- świętokrzyski 3,15%,
- podlaski 2,73%,
- opolski 2,39%,
- lubuski 2,34%.

Rodzaje odpłatności

Analiza struktury wydatków na refundację leków w roku 2012 r. w podziale na odpłatności wykazała, że blisko 65% ogólnej kwoty refundacji wydatkowano na leki dostępne dla pacjentów po wniesieniu opłaty ryczałtowej. Przeznaczono na ich refundację ponad 4,43 mld zł.

Kolejne grupy co do wartości wydatkowanych środków stanowią :

- leki wydawane za 30% odpłatnością – blisko 21% – kwota refundacji ponad 1,437 mld zł,
- leki wydawane za odpłatnością 50% ceny leku – ponad 8% - kwota refundacji blisko 570 mln zł,
- leki wydawane bezpłatnie – ponad 6% - kwota refundacji ponad 422 mln zł.

Wykres nr III.53. Refundacja leków w 2012 roku – wg rodzajów odpłatności – udział procentowy w kwocie refundacji.

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

Wykres nr III.54. Liczba unikalnych numerów Pesel, pacjentów realizujących recepty w podziale na rodzaje odpłatności w 2012 roku.

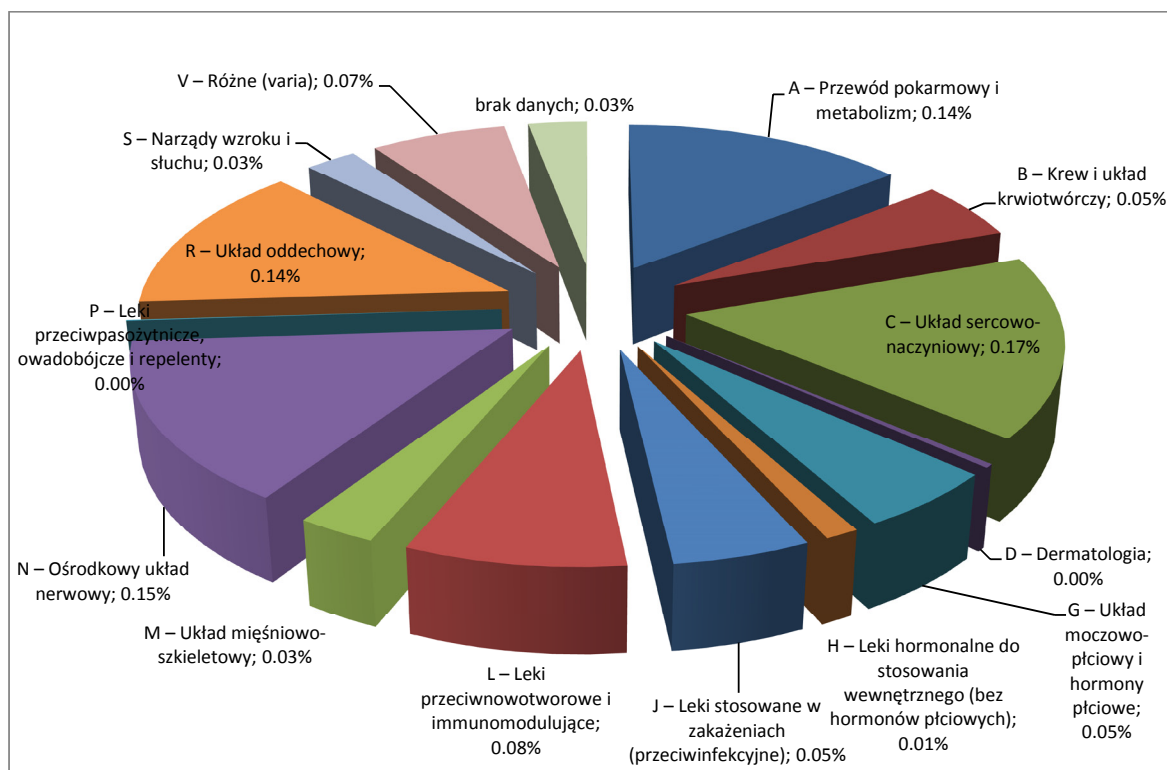
Najwięcej osób (blisko 17 mln) zrealizowało recepty z poziomem odpłatności 50%, najmniej natomiast w lekach wydawanych bezpłatnie.

Grupy ATC

Udział procentowy wydatków z tytułu refundacji leków w podziale na poszczególne grupy ATC (anatomiczno-terapeutyczno-chemiczne) przedstawiono na wykresie nr III.55.

Największe wydatki wiązały się z refundacją leków:

- stosowanych w leczeniu schorzeń układu sercowo – naczyniowego z grupy ATC - C – ponad 16,54% ogólnej kwoty refundacji,
- stosowanych w leczeniu schorzeń centralnego układu nerwowego (grupa ATC – N) – ponad 14,64% ogólnej kwoty refundacji,
- stosowanych w leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego i metabolizmu (grupa ATC – A) – ponad 14,32% ogólnej kwoty refundacji,
- z grupy ATC - R – układ oddechowy ponad 13,54% ogólnej refundacji

Wykres nr III.55. Refundacja leków w 2012 roku w podziale na grupy ATC – udział procentowy.Substancje czynne refundowanych leków

Poniżej przedstawiono 25 leków generujących najwyższe koszty w 2012 roku wg nazwy międzynarodowej (analiza sporządzona na podstawie 99,98% danych szczegółowych przekazanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu).

Tabela nr III.65. Top 25 substancji czynnych generujących najwyższe koszty refundacyjne w 2012 r.

L.p.	Nazwa międzynarodowa leku	Kwota refundacji 2012 r.
1	ENOXAPARINUM NATRICUM	215 524 275,87
2	ATORVASTATINUM	206 608 249,09
3	INS.INJECTIO NEUTRALIS, INS.ISOPHANUM	186 734 476,80
4	FLUTICASONI PROPIONAS, SALMETEROLUM	158 481 583,22
5	OLANZAPINUM	155 549 627,08
6	FORMOTEROLI FUMARAS	134 314 937,76
7	RAMIPRILUM	127 103 671,18
8	INSULINUM ASPARTUM	118 499 765,66
9	PEGFILGRASTIMUM	112 823 970,08
10	BUDESONIDUM	103 770 110,78
11	TAMSULOSINI HYDROCHLORIDUM	100 566 792,21
12	AMLODIPINUM	99 873 981,50
13	SIMVASTATINUM	99 656 629,42
14	FINASTERIDUM	96 931 220,51
15	OMEPRAZOLUM	96 036 520,78
16	INDAPAMIDUM	87 313 788,26
17	RISPERIDONUM	87 126 674,67
18	ARIPIPRAZOLUM	85 171 116,47
19	TIOTROPII BROMIDUM	83 469 447,30
20	PANTOPRAZOLUM	81 650 483,32
21	BUDESONIDUM, FORMOTEROLUM	76 748 202,02
22	DOXAZOSINUM	71 848 108,37
23	LEUPRORELINUM	71 244 717,55
24	INSULINUM ISOPHANUM	69 794 812,37
25	METFORMINI HYDROCHLORIDUM	69 790 988,48
SUMA		2 796 634 150,75

Struktura wydatków Funduszu z tytułu refundacji leków pokazuje, że

- refundacja 3 substancji – enoxaparinum natricum, atorvastatinum, insulinum injecto neutralis + insulinum isophanum, – pociąga za sobą blisko 8,9% ogólnej kwoty refundacji,
- refundacja 10 pierwszych substancji pociąga za sobą 22,14% ogólnej kwoty refundacji,
- refundacja 25 pierwszych substancji pociąga za sobą 40,76% ogólnej kwoty refundacji.

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

- leki kardiologiczne – atorvastatinum – poz. 2, ramiprilum poz. 7, amlodipinum – poz. 12, simvastatinum – poz. 13, indapamidum poz. 16 – (9,04 % ogólnej kwoty refundacji),
- leki stosowane w leczeniu astmy – fluticasoni propionas, salmeterolum – poz. 4, formoteroli fumaras – poz. 6, budesonidum – poz. 10, tiotropii bromidum poz. 19, budesonidum, formoterolum – poz. 21 (8,11 % ogólnej kwoty refundacji),
- substancje stosowane w leczeniu cukrzycy –poz. 3, 6, 8, 24, 25 - (8,44 % ogólnej kwoty refundacji),
- leki stosowane w chorobach układu nerwowego – olanzapinum – poz. 1, natrii valproas – poz. 19, risperidonum – poz. 22 - (5,25 % ogólnej kwoty refundacji),
- leki onkologiczne –pegfilgrastim – poz. 9 , leuprorelinum – poz. 23 - (2,68% ogólnej kwoty refundacji),

Produkty handlowe

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

- Clexane (enoxaparinum) – lek p/zakrzepowy - (2,97% ogólnej kwoty refundacji),
- Neulasta – lek immunostymulujący, stosowany w chorobach nowotworowych - (1,63% ogólnej kwoty refundacji),
- Seretide dysk 500– lek p/astmatyczny - (1,60% ogólnej kwoty refundacji),
- Accu-Chek active – test do oznaczania poziomu cukru we krwi – (1,29% ogólnej kwoty refundacji),
- Abilify – lek stosowany w leczeniu schizofrenii - (1,24% ogólnej kwoty refundacji).

Refundacja tych 5 produktów pociąga za sobą blisko 8,73% ogólnej kwoty refundacji.

III.6. Kontrole w zakresie refundacji leków

III.6.1. Kontrola aptek

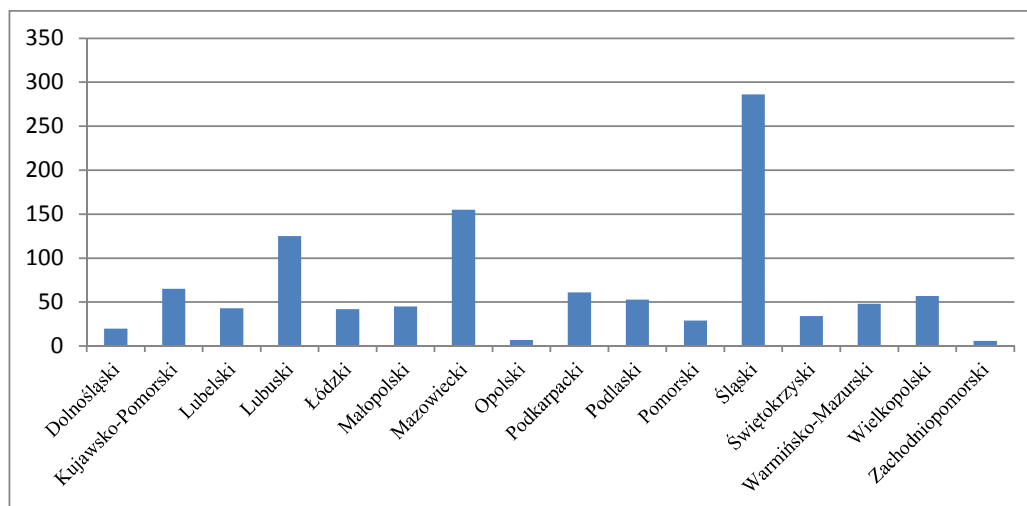
Informacje zawarte w tej części sprawozdania przygotowano na podstawie danych przekazanych w Ewidencji kontroli aptek przez oddziały wojewódzkie Funduszu w latach 2011-2012.

W 2012 roku oddziały wojewódzkie Funduszu łącznie przeprowadziły 1 076 postępowań kontrolnych w aptekach, z czego 938 kontroli zakończyło się przekazaniem zaleceń pokontrolnych. W stosunku do roku poprzedniego łączna liczba przeprowadzonych kontroli zmalała o blisko 36,56% (620 postępowań kontrolnych).

Tabela nr III.66. Liczba postępowań kontrolnych przeprowadzonych w aptekach.

Oddział Wojewódzki	2011	2012	Dynamika zmian (%)
Dolnośląski	67	20	-70,15%
Kujawsko-Pomorski	84	65	-22,62%
Lubelski	42	43	2,38%
Lubuski	102	125	22,55%
Łódzki	67	42	-37,31%
Małopolski	75	45	-40,00%
Mazowiecki	733	155	-78,85%
Opolski	98	7	-92,86%
Podkarpacki	54	61	12,96%
Podlaski	37	53	43,24%
Pomorski	61	29	-52,46%
Śląski	19	286	1405,26%
Świętokrzyski	47	34	-27,66%
Warmińsko-Mazurski	55	48	-12,73%
Wielkopolski	131	57	-56,49%
Zachodniopomorski	24	6	-75,00%
Łącznie	1696	1076	-36,56%

Wykres nr III.56. Liczba postępowań kontrolnych przeprowadzonych w aptekach 2012 roku.



Tematy kontroli aptek podjęte w 2012 roku wynikały zarówno z rocznych planów kontroli oddziałów wojewódzkich Funduszu opracowanych na podstawie własnych analiz i typowania (kontrole planowe), jak i na podstawie m.in. informacji pozyskanych w trakcie innych czynności kontrolnych, skarg, sygnałów otrzymanych od organów ścigania (kontrole doraźne). Na obszary badań kontrolnych wpływ miały także określone przez Centralę Funduszu priorytety kontrolne zawarte w wytycznych do stosowania w zakresie planowania i realizacji kontroli w 2012 roku oraz plany kontroli koordynowanych na 2012 rok.

W tematyce przeprowadzonych kontroli dominowało sprawdzenie prawidłowości realizacji recept refundowanych oraz poprawności przekazywania w formie elektronicznej danych o obrocie lekami w

określonych, wytypowanych okresach sprawozdawczych. Ponadto, przedmiotem kontroli było sprawdzenie sposobu realizacji recept wystawionych dla osób, które według CWU mają status osób nieżyjących oraz recept opatrzonych kodem uprawnień dodatkowych pacjenta – „IB” i „ZK”. Część kontroli dotyczyła także recept na konkretne, wytypowane produkty lecznicze, w tym w szczególności środki odurzające i psychoaktywne, leki kardiologiczne oraz leki stosowane w leczeniu astmy i POCHP.

Zespoły kontrolne Funduszu najczęściej odnotowywały nieprawidłowości:

- w zakresie danych niezbędnych do wystawienia recepty na leki refundowane dotyczących pacjenta, osoby wystawiającej receptę oraz świadczeniodawcy: np. brak, niepełne lub nieczytelne dane pacjenta; brak, niepełne lub nieczytelne dane dotyczące osoby wystawiającej receptę lub/i brak podpisu, pieczętki osoby wystawiającej receptę,
- w zakresie przepisanych refundowanych leków lub wyrobów medycznych: np. nieprawidłowe lub niepełne dane dotyczące przepisanych leków – nieprawidłowe lub niepełne nazwy leków, postaci, dawki, wielkości opakowań i ilości leków oraz sposób dawkowania,
- w zakresie prawidłowej realizacji recepty przez osobę wydającą lek z apteki: np. realizacja recept przeterminowanych lub przed datą wystawienia; w przypadku recept z określonym terminem realizacji wydawanie ilości leku większej niż na 3-miesięczne lub 1-miesięczne stosowanie, brak recept, których dane apteka przekazała drogą elektroniczną,
- w zakresie prawidłowego otaksowania recepty i zgodności z danymi przekazywanymi w raportach statystycznych do Funduszu: np. podanie w danych o obrocie innego numeru PESEL niż widniejący na awersie recepty; sprawozdany w raporcie XML kod EAN niezgodny z zaordynowanym lekiem).

W 2012 roku kontroli realizacji poddano łącznie 23 048 recept (w 2011 roku zakwestionowano 104 602 recepty), w wyniku których zakwestionowano refundację o łącznej wartości ponad 1, 62 mln zł² (w 2011 roku zakwestionowano refundację w łącznej kwocie ponad 7,59 mln zł).

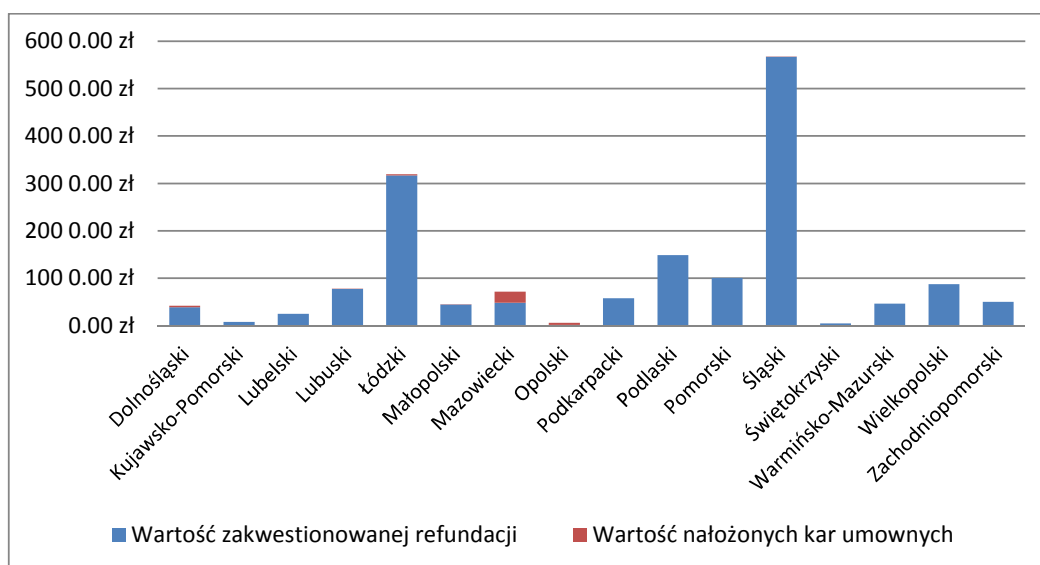
Łącznie w wyniku kontroli aptek przeprowadzonych od stycznia do grudnia 2012 r., w których wystosowano zalecenia pokontrolne, nałożono kary umowne w wysokości 32, 89 tys. zł³. Odsetki ustawowe za nieterminowe uregulowanie zobowiązań, będących skutkiem nieprawidłowości ujawnionych podczas kontroli aptek przeprowadzonych w danym okresie zostały naliczone w kwocie 23, 49 tys. zł.

Tabela nr III.67. Podsumowanie skutków finansowych kontroli w 2012 roku.

Oddział Wojewódzki NFZ	Ilość recept zakwestionowanych	Wartość zakwestionowanej refundacji wykazana w Ewidencji kontroli aptek (ujmowana wg daty wysłania/przekazania zaleceń pokontrolnych) [2]	Wartość nałożonych kar umownych [3]	Wartość odsetek ustawowych z tytułu opóźnienia w zapłacie	Wartość zakwestionowanej refundacji wykazana w Sprawozdaniu nr 5 (ujmowana wg okresu sprawozdawczego, w którym skutki finansowe zostały ujęte w księgach rachunkowych) w tys. zł [1]
1 Dolnośląski	162	38 898,94 zł	3 263,02 zł	144,17 zł	38,9
2 Kujawsko-Pomorski	230	7 760,42 zł	0,00 zł	15,55 zł	6,4
3 Lubelski	231	24 884,59 zł	0,00 zł	0,00 zł	266,77
4 Lubuski	1529	77 565,53 zł	30,17 zł	78,99 zł	66,45
5 Łódzki	3000	316 917,13 zł	2 147,37 zł	12 295,91 zł	316,91
6 Małopolski	1705	44 511,83 zł	50,00 zł	7,76 zł	17,06
7 Mazowiecki	1301	48 724,16 zł	22 786,89 zł	41,07 zł	51,2
8 Opolski	38	1 939,59 zł	4 308,32 zł	0,00 zł	1,94
9 Podkarpacki	1453	55 709,12 zł	0,00 zł	188,95 zł	66,21
10 Podlaski	3606	149 039,70 zł	0,00 zł	687,91 zł	275,4
11 Pomorski	1260	100 991,12 zł	0,00 zł	140,83 zł	100,99
12 Śląski	5808	566 862,01 zł	308,58 zł	9 063,40 zł	566,86
13 Świętokrzyski	179	5 109,21 zł	0,00 zł	0,00 zł	5,11
14 Warmińsko-Mazurski	1210	46 587,28 zł	0,00 zł	32,84 zł	55,21
15 Wielkopolski	1291	87 899,28 zł	0,00 zł	689,64 zł	87,91
16 Zachodniopomorski	45	50 368,07 zł	0,00 zł	106,90 zł	50,37
Łącznie	23 048	1 625 883,22 zł	32 894,35 zł	23 493,92 zł	1 973,69

² Przedstawione informacje dotyczą skutków finansowych kontroli aptek (wykazanych w Ewidencji kontroli aptek), które zakończyły się wysłaniem/przekazaniem zaleceń pokontrolnych w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2012 roku, niezależnie od daty ujęcia tychże skutków finansowych w księgach rachunkowych oddziału wojewódzkiego Funduszu.

³ Przedstawione informacje dotyczą nałożonych kar umownych podczas kontroli aptek (wykazanych w Ewidencji kontroli aptek), które zakończyły się wysłaniem/przekazaniem zaleceń pokontrolnych w okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2012 roku, niezależnie od daty ujęcia tychże skutków finansowych w księgach rachunkowych oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Wykres nr III.57. Podsumowanie skutków finansowych kontroli w 2012 r.

III.6.2. Kontrola ordynacji lekarskiej

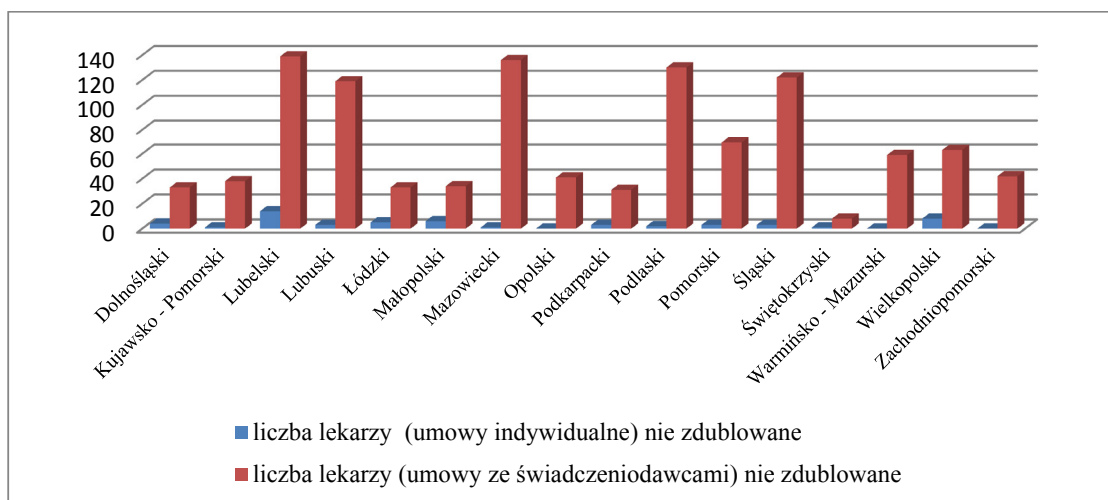
Zgodnie z art. 97 ust.3 pkt 6 ustawy o świadczeniach do zakresu działania Funduszu należy monitorowanie ordynacji lekarskich. W ramach kontroli zespoły kontrolujące w oddziałach wojewódzkich Funduszu zwracały uwagę na podstawowe elementy: sposób prowadzenia dokumentacji medycznej i zasadność merytoryczną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

W 2012 roku oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły kontrole ordynacji lekarskiej skontrolowano 1 142 lekarzy w 395 postępowaniach kontrolnych prowadzonych w ramach sprawdzenia realizacji umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz umów indywidualnych na wystawienia recept na leki i wyroby medyczne objęte refundacją. W porównaniu z 2011 rokiem liczba kontrolowanych lekarzy spadła o ponad 44,72% (2 066 lekarzy w 2011 roku).

Sprawy z kontroli ordynacji lekarskiej (zażalenia) rozpatrywał Zespół Arbitrażowy powołany na podstawie Zarządzenia Nr 47/2005 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 lipca 2005 r. w sprawie trybu i sposobu rozpatrywania zażaleń składanych do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na czynności Dyrektora Wojewódzkiego Oddziału Funduszu dotyczące kontroli w zakresie monitorowania ordynacji lekarskiej.

Tabela nr III.68. Liczba lekarzy niepowtarzających się w kontrolach 2012 roku.

Oddziały Wojewódzkie NFZ	liczba lekarzy (umowy indywidualne)	liczba lekarzy (umowy ze świadczeniodawcami)	liczba lekarzy skontrolowanych (pojedynczy npwz)
Dolnośląski	4	33	37
Kujawsko - Pomorski	1	38	39
Lubelski	14	139	150
Lubuski	3	119	121
Łódzki	5	33	38
Małopolski	6	34	38
Mazowiecki	1	136	137
Opolski	0	41	41
Podkarpacki	3	31	34
Podlaski	2	130	132
Pomorski	3	69	69
Śląski	3	122	125
Świętokrzyski	1	8	9
Warmińsko - Mazurski	0	59	59
Wielkopolski	8	63	71
Zachodniopomorski	0	42	42
Razem 2012	54	1097	1142
Razem 2011	102	1975	2066

Wykres nr III.58. Liczba skontrolowanych lekarzy w 2012 roku.

Ogółem wartość kontrolowanej ordynacji w 2012 roku wynosi 14 236 425,71 zł.

Tabela nr III.69. Wartość kontrolowanej ordynacji wg OW NFZ w 2012 r.

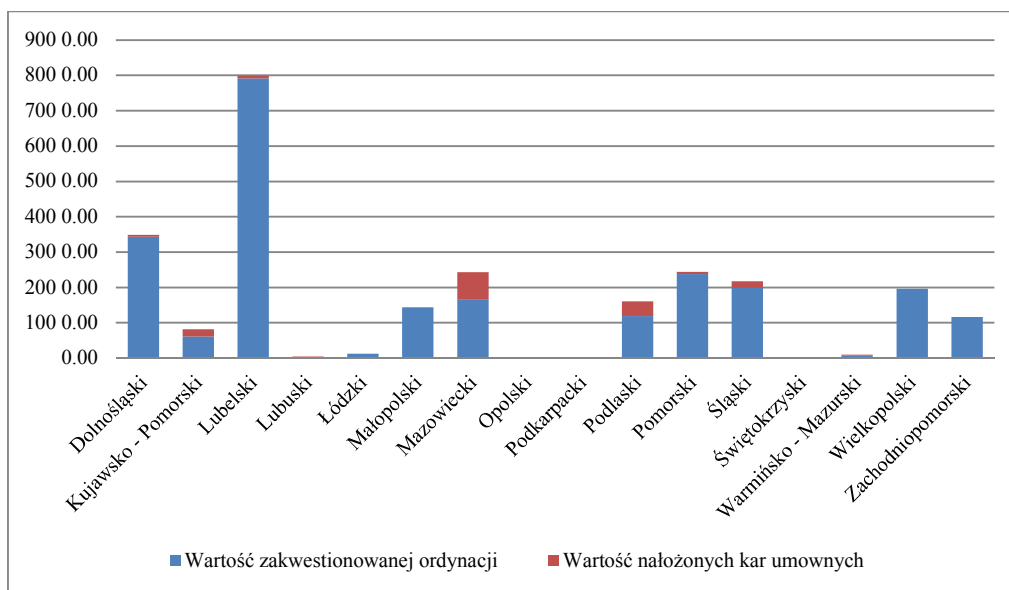
Oddział Wojewódzki NFZ	Umowy indywidualne	Umowy świadczeniodawcy	Razem
Dolnośląski	351 023,37	41 269,92	392 293,29
Kujawsko - Pomorski	9 831,04	237 640,48	247 471,52
Lubelski	1 041 927,38	2 678 442,63	3 720 370,01
Lubuski	46 746,05	413 821,66	460 567,71
Łódzki	13 826,52	402 423,65	416 250,17
Małopolski	1 727 368,46	2 456 001,04	4 183 369,50
Mazowiecki	3 198,61	585 395,23	588 593,84
Opolski	0	157 772,67	157 772,67
Podkarpacki	36 563,52	552 180,66	588 744,18
Podlaski	138 304,06	419 846,17	558 150,23
Pomorski	10 084,97	568 546,79	578 631,76
Śląski	21 339,69	1 354 755,31	1 376 095,00
Świętokrzyski	6 174,34	230 501,00	236 675,34
Warmińsko - Mazurski	0	191 735,81	191 735,81
Wielkopolski	18 828,03	361 379,01	380 207,04
Zachodniopomorski	0	159 497,64	159 497,64
Suma końcowa	3 425 216,04	10 811 209,67	14 236 425,71

Łącznie w wyniku przeprowadzonych kontroli w ordynacji lekarskiej w 2012 roku wartość zakwestionowanej ordynacji (2 398 574,96 zł) oraz kar umownych (182 528,74 zł) wynosiła 2 581 103,70 zł. co stanowi 18,13% wartości kontrolowanej ordynacji.

Tabela nr III.70. Wartość zakwestionowanej ordynacji oraz kar umownych w 2012 roku.

Oddziały Wojewódzkiej NFZ	Wartość kar umownych (kary umowne z zakwestionowanej ordynacji wg daty wysłania/przekazania wystąpienia pokontrolnego do podmiotu kontrolowanego)	Wartość nałożonych kar umownych (wg daty wysłania/przekazania wystąpienia pokontrolnego do podmiotu kontrolowanego)	Razem kwoty zakwestionowane	Nalożone kary umowne w wyniku zakwestionowanej ordynacji (wg daty ujęcia skutków finansowych w księgach rachunkowych oddziału) w tys. zł *
Dolnośląski	343 483,86	5 226,23	348 710,09	337,5
Kujawsko - Pomorski	61 276,15	20 080,77	81 356,92	33,6
Lubelski	791 771,13	7 766,52	799 537,65	413,9
Lubuski	1 819,65	2 482,08	4 301,73	34,7
Łódzki	12 939,55	0	12 939,55	36,4
Małopolski	143 604,65	0	143 604,65	107,1
Mazowiecki	164 902,45	78 593,81	243 496,26	-474,0
Opolski	1 468,96	135,26	1 604,22	1,6
Podkarpacki	1 948,54	0	1 948,54	2,0
Podlaski	118 813,90	41 566,82	160 380,72	102,8
Pomorski	237 888,40	5 913,53	243 801,93	295,1
Śląski	198 421,86	18 615,54	217 037,40	311,6
Świętokrzyski	0	0	0,00	0,0
Warmińsko - Mazurski	7 892,31	2 148,18	10 040,49	9,0
Wielkopolski	196 457,89	0	196 457,89	196,5
Zachodniopomorski	115 885,66	0	115 885,66	115,2
Suma końcowa	2 398 574,96	182 528,74	2 581 103,70	1522,9

*Przedstawione informacje dotyczą wartości zakwestionowanej refundacji, których skutki finansowe zostały ujęte w Sprawozdaniu nr 5, o którym mowa w §7 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 31 maja 2005 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 104, poz. 875 z późn. zm.).

Wykres nr III.59. Wartość zakwestionowanej ordynacji oraz kar umownych w 2012 roku.

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

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2007r. (Dz. U. Nr 97, poz. 646, z późn. zm.), 23 grudnia 2011 r. (Dz. U. Nr 294, poz. 1739), 8 marca 2012r. (Dz. U. poz. 260) w sprawie recept lekarskich;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. (Dz. U. Nr 247, poz. 1819, z późn. zm.), z dnia 21 grudnia 2010 r. (Dz. U. Nr 252, poz. 1697, z późn. zm.) w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania;
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2007 r. (Dz. U. Nr 31, poz. 203), 2 listopada 2007 r. (Dz. U. Nr 222, poz. 1652, późn. zm.), 9 lipca 2008 r. (Dz. U. Nr 125, poz. 807), 23 lutego 2009 r. (Dz. U. Nr 35, poz. 276), 8 grudnia 2009 r. (Dz. U. Nr 212, poz. 1647), 22 grudnia 2010 r. (Dz. U. Nr 253, poz. 1699), 28 października 2011 r. (Dz. U. Nr 242, poz. 1442, z późn. zm.) w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością;

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 6 maja 2008 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 81, poz. 484);
- Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.);
- Zarządzenie nr 65/2007/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20.09.2007 r. oraz zarządzenie nr 80/2008/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju AOS;
- Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.);
- Ustawa z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2011 r. Nr 277, poz. 1634, z późn. zm.);
- Poniższa tabela przedstawia ilość rozpatrywanych zażeń wniesionych w 2012 roku w trybie art. 160 i 161 ustawy o świadczeniach, w podziale na poszczególne kwartały. W tabeli umieszczone zostały także sumaryczne kwoty skutków finansowych, których zażenia dotyczyły oraz ilości zażeń, w podziale na poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu.

Kwota skutków finansowych na które wpłynęły zażenia złożone do Prezesa NFZ w trybie art. 160 oraz 161 ustawy o świadczeniach w roku 2012 rozpatrzone przez Departament Gospodarki Lekami w ramach kontroli ordynacji lekarskich wyniosła 1 544 541,41 zł.

Tabela nr III.71. Zażenia złożone do Prezesa NFZ w trybie art. 160 oraz 161 ustawy o świadczeniach rozpatrzone przez Departament Gospodarki Lekami

Rozpatrzone przez Departament Gospodarki Lekami zażenia w 2012 roku					
Nazwa OW NFZ	Zażenia na czynności Dyrektora OW				Suma
	nie rozpatrzono*	nie uwzględniono	uwzględniono w całości	uwzględniono w części	
Dolnośląski					0
Kujawsko-Pomorski			2		2
Lubelski		1		1	2
Lubuski					0
Łódzki					0
Małopolski		3		2	5
Mazowiecki		3	1	4	8
Opolski					0
Podkarpacki					0
Podlaski		1		3	4
Pomorski		1		1	2
Śląski		1			1
Świętokrzyski					0
Warmińsko-Mazurski					0
Wielkopolski				1	1
Zachodniopomorski				1	1
Suma	0	10	3	13	26

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

Zgodnie z ustawą o świadczeniach podstawą udzielania świadczeń jest umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu. Umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w w/w ustawie tj. zawieranie przez Fundusz umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z zastrzeżeniem art. 159, odbywa się po przeprowadzeniu postępowania w trybie: konkursu ofert albo rokowań.

Ustawą z dnia 23 lipca 2010 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 165, poz. 1116) wprowadzono możliwość przeprowadzania dodatkowych postępowań w trybie artykułu 161b tzn. w przypadku, gdy w wyniku przeprowadzonego postępowania w trybie konkursu ofert zostaną zawarte na rok następny umowy o udzielanie świadczeń

opieki zdrowotnej powodujące zmniejszenie, na terenie oddziału wojewódzkiego Funduszu, dostępu do świadczeń gwarantowanych w danym zakresie w stosunku do roku bieżącego, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może przeprowadzić dodatkowe postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Rozwiązanie to pozwala zabezpieczyć świadczenia w sytuacji, gdy z powodu niespełnienia przez świadczeniodawców warunków wymaganych dotyczących personelu medycznego lub wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, oddział Funduszu zawrze umowy w niewystarczającej liczbie. Rozwiązanie to ma charakter doraźny a świadczeniodawca niespełniający warunków będzie udzielał świadczeń po niższej cenie. Umowa taka może być zawarta tylko raz i na okres nie dłuższy, niż jeden rok. Zgodnie z Ogólnymi warunkami umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej stanowiącymi załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 maja 2008 r. (Dz. U. Nr 81, poz. 484) w przypadku umów zawartych na dłużej niż rok, kwota zobowiązania w poszczególnych zakresach na następne okresy rozliczeniowe ustalana jest corocznie, w terminie do dnia 30 listopada. W przypadku nie ustalenia kwoty zobowiązania, umowa ulega rozwiązaniu z ostatnim dniem lutego następnego roku. Oddział wojewódzki Funduszu dokonuje płatności za świadczenia udzielone w okresie styczeń-luty następnego roku na zasadach obowiązujących w ostatnim miesiącu okresu obowiązywania umowy w poprzednim okresie rozliczeniowym.

Proces zawierania umów na 2013 rok

Dane do opracowania pochodzą z systemu informatycznego Centrali Funduszu (wg stanu na dzień 4 marca 2013 roku). Wartości kontraktów prezentowane w tabelach nr III.82 i III.83 są danymi generowanymi z systemu wg stanu „na dzień”. W latach ubiegłych dotyczyło to okresu luty-kwiecień, czyli czasu przygotowywania analogicznych sprawozdań, dlatego też ich wartości mogą się różnić od danych dotyczących wartości umów obowiązujących w całym roku (np. danych ze sprawozdania rocznego).

Tabela nr III.72. Przebieg postępowań w okresie od listopada 2012 do marca 2013 w podziale na rodzaje świadczeń.

Rodzaj świadczeń	26.11.2012		31.12.2012		28.01.2013		25.02.2013		04.03.2013	
	ogłoszone	rozstrzygnięte	ogłoszone	rozstrzygnięte	ogłoszone	rozstrzygnięte	ogłoszone	rozstrzygnięte	ogłoszone	rozstrzygnięte
Podstawowa opieka zdrowotna	93	0	47	74	132	91	22	91	8	217
Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	47	0	22	35	20	41	431	41	451	64
Leczenie szpitalne	6	0	31	22	28	41	27	41	40	82
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2	0	16	13	34	27	25	27	18	52
Rehabilitacja lecznicza	101	0	4	95	12	96	8	96	76	109
Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze	37	0	38	24	39	26	15	26	13	79
Opieka paliatywno-hospicyjna	16	0	2	13	5	15	12	15	12	18
Leczenie stomatologiczne	241	0	195	17	140	212	94	212	96	258
Ratownictwo medyczne	0	0	0	0	0	2	0	2	0	2
Pomoc doraźna i transport sanitarny	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Profilaktyczne programy zdrowotne	0	0	0	0	10	0	6	0	6	10
Świadczenia odrębnie kontraktowane	0	0	4	0	9	1	3	1	2	11
Suma końcowa	543	0	359	295	429	552	643	552	722	902

W tabeli powyżej przedstawiono przebieg postępowań w przedziale czasowym. Oddziały wojewódzkie Funduszu sukcesywnie ogłaszały i rozstrzygały postępowania. Najwięcej postępowań odbyło się w rodzaju leczenie stomatologiczne. Na dzień 4 marca 2013 roku najwięcej ogłoszonych (trwających) postępowań było w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne – 451.

Tabela nr III.73. Przebieg postępowań w okresie od listopada 2012 roku do marca 2013 roku w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu.

Nazwa Oddziału	26.11.2012		31.12.2012		28.01.2013		25.02.2013		04.03.2013	
	ogłoszone	rozstrzygnięte	ogłoszone	rozstrzygnięte	ogłoszone	rozstrzygnięte	ogłoszone	rozstrzygnięte	ogłoszone	rozstrzygnięte
Dolnośląski	336	0	199	116	47	308	15	308	8	363
Kujawsko-Pomorski	28	0	2	31	5	32	8	32	5	44
Lubelski	1	0	4	3	13	8	0	8	4	19
Lubuski	45	0	4	24	23	25	71	25	58	43
Łódzki	0	0	1	2	1	4	1	4	2	7
Małopolski	0	0	41	4	50	4	19	4	24	67
Mazowiecki	31	0	12	24	3	34	4	34	4	48
Opolski	16	0	3	17	4	18	6	18	11	20
Podkarpacki	0	0	6	14	32	19	2	19	7	51
Podlaski	5	0	9	5	4	12	0	12	0	15
Pomorski	1	0	28	0	141	1	499	1	568	37
Śląski	1	0	2	0	57	2	5	2	15	54
Świętokrzyski	26	0	37	7	23	28	0	28	2	49
Warmińsko-Mazurski	40	0	9	39	14	46	2	46	10	59
Wielkopolski	0	0	2	0	9	2	11	2	4	10
Zachodniopomorski	13	0	0	9	3	9	0	9	0	16
Suma końcowa	543	0	359	295	429	552	643	552	722	902

Najwięcej postępowań odbyło się (zakończyło) w oddziale dolnośląskim – 363, na dzień 4 marca 2013 roku trwa 568 postępowań w oddziale pomorskim.

Tabela nr III.74. Liczba postępowań podstawowych w trybie konkursu ofert i rokowań w podziale na statusy postępowań i rodzaje świadczeń wg stanu na dzień 04.03.2013 roku.

Rodzaj świadczeń	Ogłoszone	Odwołane	Rozstrzygnięte	Unieważnione	Suma końcowa
Podstawowa opieka zdrowotna	8	242	217	45	512
Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	451	3	64	36	554
Leczenie szpitalne	40	4	82	19	145
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	18		52	21	91
Rehabilitacja lecznicza	76		109	14	199
Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze	13	14	79	11	117
Opieka paliatywno-hospicyjna	12	12	18	7	49
Leczenie stomatologiczne	96	2	258	52	408
Ratownictwo medyczne			2		2
Pomoc doraźna i transport sanitarny					
Profilaktyczne programy zdrowotne	6	1	10	5	22
Świadczenia odrębnie kontraktowane	2	1	11	5	19
Suma końcowa	722	279	902	215	2 118

We wszystkich rodzajach świadczeń ogłoszonych było 2 118 postępowań, z tego na dzień 4 marca 2013 roku trwało łącznie 722 postępowania, rozstrzygnięto 902 oraz unieważniono lub odwołano łącznie 494.

Tabela nr III.75. Liczba postępowań podstawowych w trybie konkursu ofert i rokowań w podziale na statusy i oddziały wojewódzkie Funduszu wg stanu na dzień 04.03.2013 roku.

Nazwa Oddziału	Ogłoszone	Odwołane	Rozstrzygnięte	Unieważnione	Suma końcowa
Dolnośląski	8	73	363	39	483
Kujawsko-Pomorski	5		44	2	51
Lubelski	4		19	18	41
Lubuski	58	60	43	9	170
Łódzki	2		7		9
Małopolski	24	1	67	15	107
Mazowiecki	4	1	48	15	68
Opolski	11	2	20	29	62
Podkarpacki	7	25	51	10	93
Podlaski		2	15	2	19
Pomorski	568	31	37	24	660
Śląski	15	57	54	6	132
Świętokrzyski	2	24	49	13	88
Warmińsko-Mazurski	10		59	26	95
Wielkopolski	4	1	10	3	18
Zachodniopomorski		2	16	4	22
Suma końcowa	722	279	902	215	2 118

Przeprowadzono łącznie 2 118 postępowań, z tego rozstrzygnięto 902, na dzień generowania raportów z systemu informatycznego najwięcej postępowań trwało w oddziale pomorskim – 568.

Tabela nr III.76. Liczba postępowań w podziale na OW (wszystkie statusy) bez postępowań dodatkowych.

Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna (w zakresie NIŚOZ)	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Leczenie szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	Opieka paliatywno-hospicyjna	Leczenie stomatologiczne	Profilaktyczne programy zdrowotne	Ratownictwo medyczne	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Liczba postępowań
Dolnośląski	108	2	15	1	98			259					483
Kujawsko-Pomorski	28		14	2				6				1	51
Lubelski		14	5	8	2	2	5	3				2	41
Lubuski	54	15	9	4	3	42	33	4	6				170
Łódzki		2	3	2	1							1	9
Małopolski		19	17	11	7	44		2				5	105
Mazowiecki	8	16	12	10	1	2	1	15	3				68
Opolski	41	7	2	3		2		3				4	62
Podkarpacki	55	2	14	7	5	3	1	4	2				93
Podlaski	2	2	4	1	4	1		3				2	19
Pomorski	56	415	6	13	68			98	4				660
Śląski	118	2	8	2								2	132
Świętokrzyski	42	11	7	4		14	5	4				1	88
Warmińsko-Mazurski		31	23	10	8	7	4	7	5				95
Wielkopolski		3	2	11					2				18
Zachodniopomorski		13	4	2	2							1	22
Razem	512	554	145	91	199	117	49	408	22	0	0	19	2 116

Najwięcej postępowań (konkursy i rokowania) przeprowadzono w oddziale pomorskim łącznie 660 postępowań, w dolnośląskim - 483 postępowań i w oddziale lubuskim 170. Najwięcej postępowań przeprowadzono w rodzajach: Ambulatoryjne Świadczenia Specjalistyczne (554) i leczenie stomatologiczne (408).

Postępowania dodatkowe tzn. w trybie art. 161b ustawy o świadczeniach na 2013 rok odbyły się tylko w 2 oddziałach wojewódzkich, tzn. kujawsko-pomorskim i lubuskim. Dotyczyły leczenia szpitalnego (1 postępowanie unieważnione) i opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (2 postępowania z tego 1 ogłoszone i 1 rozstrzygnięte).

Tabela nr III.77. Rok 2013 – Liczba postępowań – konkursy, rokowania (status ogłoszone).

Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna (w zakresie NIŚOZ)	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Leczenie szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	Opieka paliatywno-hospicyjna	Leczenie stomatologiczne	Profilaktyczne programy zdrowotne	Ratownictwo medyczne	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Liczba postępowań
Dolnośląski		2	2		3			1					8
Kujawsko-Pomorski			4					1					5
Lubelski		1	3										4
Lubuski	2	15	3	1	3	12	12	4	6				58
Łódzki				2									2
Małopolski		3	9	9				2				1	24
Mazowiecki			4										4
Opolski	1	4	1	1		1		3					11
Podkarpacki		2	4		1								7
Podlaski													0
Pomorski		413	2		68			85					568
Śląski	5	2	5	2								1	15
Świętokrzyski			2										2
Warmińsko-Mazurski		8		1	1								10
Wielkopolski		1	1	2									4
Zachodniopomorski													0
Razem	8	451	40	18	76	13	12	96	6	0	0	2	722

Według stanu na dzień 4 marca 2013 roku trwało 722 postępowania, z tego najwięcej w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne 451 postępowań. Najwięcej postępowań trwa w pomorskim oddziale wojewódzkim – 568.

Tabela nr III.78. Rok 2013 – Liczba postępowań – konkursy, rokowania (status rozstrzygnięte).

Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna (w zakresie NİSOZ)	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Leczenie szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	Opieka paliatywno-hospicyjna	Leczenie stomatologiczne	Profilaktyczne programy zdrowotne	Ratownictwo medyczne	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Liczba postępowań
Dolnośląski	33		9	1	88			232					363
Kujawsko-Pomorski	28		8	2				5				1	44
Lubelski		5	2	5		1	2	3				1	19
Lubuski	16		3			16	8						43
Łódzki		2	3		1							1	7
Małopolski		12	7	2	4	37				2		3	67
Mazowiecki	4	15	8	10	1	2	1	5	2				48
Opolski	13	3	1	1								2	20
Podkarpacki	26		7	7	2	3	1	4	1				51
Podlaski	1	1	4	1	4	1		2				1	15
Pomorski	27	1	1	4					4				37
Śląski	51		2									1	54
Świętokrzyski	18	7	4	3		14	2	1					49
Warmińsko-Mazurski		10	19	6	7	5	4	6	2				59
Wielkopolski			1	8					1				10
Zachodniopomorski		8	3	2	2							1	16
Razem	217	64	82	52	109	79	18	258	10	2	0	11	902

Według stanu na dzień 4 marca 2013 roku liczba postępowań rozstrzygniętych czyli zakończonych wynosiła 902. Najwięcej postępowań rozstrzygnięto w rodzaju leczenie stomatologiczne – 259 oraz podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – 217 oraz w rehabilitacji leczniczej – 109.

Tabela nr III.79. Rok 2013 – Liczba postępowań – konkursy, rokowania (status odwołane i unieważnione).

Nazwa Oddziału	Podstawowa opieka zdrowotna (w zakresie NISOZ)	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Leczenie szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	Opieka paliatywno-hospicyjna	Leczenie stomatologiczne	Profilaktyczne programy zdrowotne	Ratownictwo medyczne	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Liczba postępowań
Dolnośląski	75		4		7			26					112
Kujawsko-Pomorski			2										2
Lubelski		8		3	2	1	3					1	18
Lubuski	36		3	3		14	13						69
Łódzki													0
Małopolski		4	1		3	7						1	16
Mazowiecki	4	1						10	1				16
Opolski	27			1		1						2	31
Podkarpacki	29		3		2				1				35
Podlaski	1	1						1				1	4
Pomorski	29	1	3	9				13					55
Śląski	62		1										63
Świętokrzyski	24	4	1	1			3	3				1	37
Warmińsko-Mazurski		13	4	3		2		1	3				26
Wielkopolski		2		1					1				4
Zachodniopomorski		5	1										6
Razem	287	39	23	21	14	25	19	54	6	0	0	6	494

Najwięcej postępowań odwołano bądź unieważniono w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – 287.

Tabela nr III.80. Liczba odwołań od rozstrzygnięć postępowań, które wpłynęły do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu stan na dzień 04.03.2013 roku.

Nazwa Oddziału	podstawowa opieka zdrowotna	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	leczenie szpitalne	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	rehabilitacja lecznicza	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	opieka paliatywna i hospicyjna	leczenie stomatologiczne	leczenie uzębiskowe	ratownictwo medyczne	pomoc doraźna i transport sanitarny	kosztorys profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych przez NFZ	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie
Dolnośląski	11				21			104					
Kujawsko-Pomorski	8												
Lubelski													
Lubuski													
Łódzki													
Małopolski		1				81							
Mazowiecki													
Opolski	2	1											
Podkarpacki	6												
Podlaski					7								
Pomorski	11												
Śląski	19												
Świętokrzyski	3					17							
Warmińsko-Mazurski												1	
Wielkopolski													
Zachodniopomorski		1											
Suma	60	3	0	0	28	98	0	104	0	0	0	1	0

Świadczeniodawca biorący udział w postępowaniu może wnieść do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Na dzień 4 marca 2013 roku do dyrektorów oddziałów wojewódzkich wpłynęły 294 odwołania. Najwięcej (ze względu na dużą ilość ogłoszonych postępowań) w rodzaju leczenie stomatologiczne w oddziale dolnośląskim.

Tabela nr III.81. Liczba odwołań od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, które wpłynęły do Prezesa Funduszu stan na dzień 12.03.2013 roku.

OW NFZ	podstawowa opieka zdrowotna	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	leczenie szpitalne	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	rehabilitacja lecznicza	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	opieka paliatywna i hospicyjna	leczenie stomatologiczne	leczenie uzdrawiające	ratownictwo medyczne	pomoc doraźna i transport sanitarny	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych przez NFZ	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie
Dolnośląski	5	1			5	1		15					
Kujawsko-Pomorski	6												
Lubelski													
Lubuski													
Łódzki		5											
Małopolski		1											
Mazowiecki			1										
Opolski													
Podkarpacki													
Podlaski													
Pomorski	3				1								
Śląski													
Świętokrzyski	1												
Warmińsko-Mazurski												1	
Wielkopolski	1	17											
Zachodniopomorski													
Suma	16	24	1	0	6	1	0	15	0	0	0	1	0

Po rozpatrzeniu odwołania dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu wydaje decyzję administracyjną uwzględniającą lub oddalającą odwołanie. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu. Odwołanie wnosi się za pośrednictwem dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Do Prezesa Funduszu wpłynęło 64 odwołania od rozstrzygnięć postępowań.

Wartość umów w latach 2010-2013

Tabela nr III.82. Zestawienie wartości umów zawartych w latach 2010-2013 (bez POZ, UZD, ZSP, RTM, PDR) w podziale na rodzaje świadczeń.

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

W tabeli przedstawiono dynamikę zawierania umów w podobnym przedziale czasowym.

Niższa wartość kontraktów w 2011 roku w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej wynika z faktu, że w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu, ze względu na wprowadzenie JGP, początkowo umowy zawierano na okres styczeń-czerwiec. Wyjątkiem był oddział mazowiecki, gdzie warunki finansowe uzgodnione były na cały rok.

Tabela nr III.83. Zestawienie wartości umów zawartych w latach 2010-2013 (bez POZ, UZD, ZSP, RTM i PDR) w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu.

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

Wykres nr III.60. Wartości zawartych kontraktów w tys. zł (lata 2010-2013).

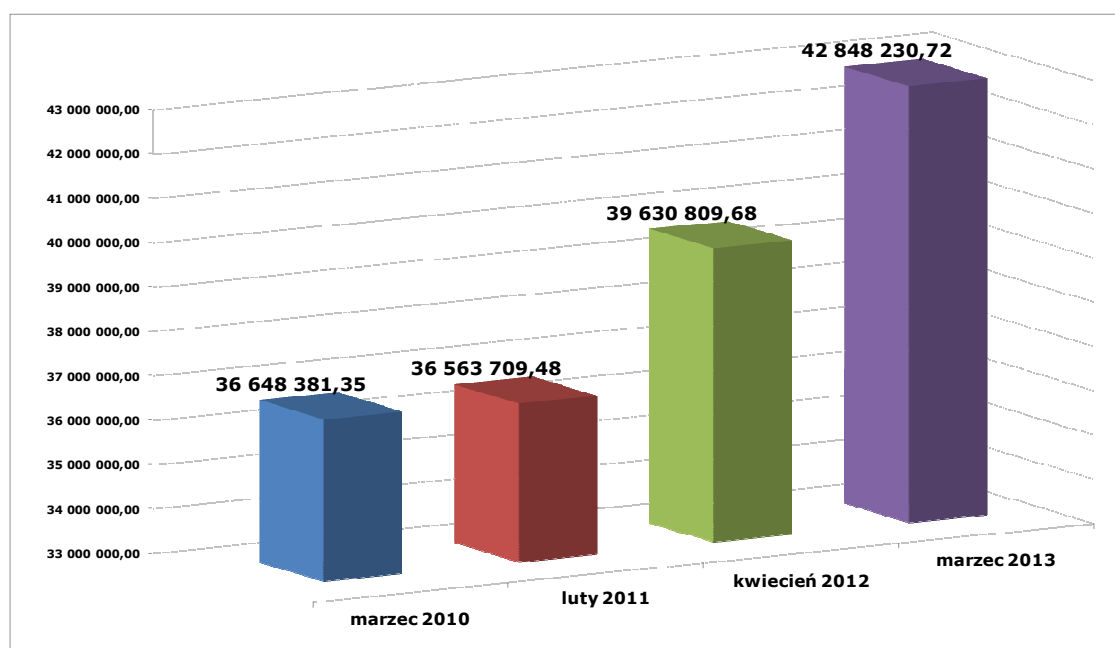


Tabela nr III.84. Zestawienie wartości zawartych umów i wartości planu finansowego (bez POZ, UZD, ZSP).

Oddział Wojewódzki NFZ	plan finansowy [tys. zł]	wartość zawartych umów [tys. zł]	% uzgodnień
Dolnośląski	3 515 544,00	3 399 041,55	96,69%
Kujawsko-Pomorski	2 529 278,00	2 475 342,10	97,87%
Lubelski	2 629 792,00	2 550 085,22	96,97%
Lubuski	1 274 797,00	1 035 305,64	81,21%
Łódzki	3 092 567,00	2 676 190,11	86,54%
Małopolski	3 945 142,00	3 822 013,13	96,88%
Mazowiecki	6 918 485,00	7 323 834,89	105,86%
Opolski	1 198 138,00	1 094 122,31	91,32%
Podkarpacki	2 496 727,00	2 265 786,18	90,75%
Podlaski	1 465 784,00	1 381 392,13	94,24%
Pomorski	2 667 490,00	2 210 963,86	82,89%
Śląski	5 595 982,00	5 601 180,24	100,09%
Świętokrzyski	1 541 203,00	1 409 038,99	91,42%
Warmińsko-Mazurski	1 731 991,00	1 585 011,86	91,51%
Wielkopolski	4 028 007,00	3 859 511,85	95,82%
Zachodniopomorski	2 085 717,00	1 927 257,18	92,40%
Razem	46 716 644,00	44 616 077,25	95,50%

Wartość umów i wartość planu finansowego nie zawiera wartości umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i lecznicze środki techniczne, leczenie uzdrowiskowe.

Wartość zawartych umów na 2013 rok stanowi 95,5% środków finansowych przeznaczonych na świadczenia zdrowotne w planie finansowym Funduszu.

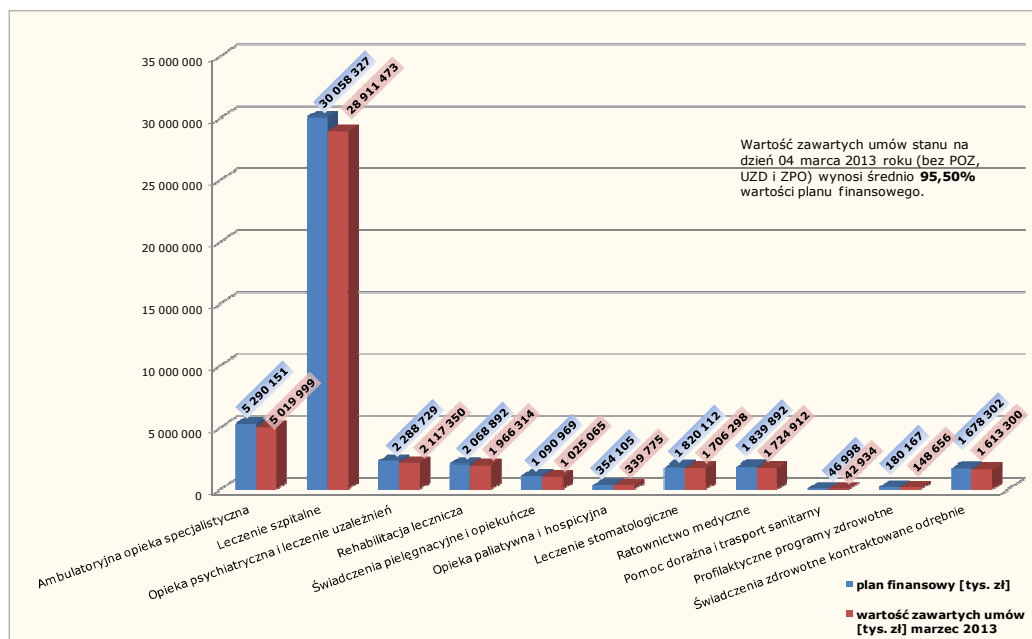
W niektórych rodzajach świadczeń, np. w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne, leczenie szpitalne warunki finansowe umów zostały uzgodnione na okres styczeń-czerwiec bieżącego roku. Sytuacja ta występuje, np. w oddziale pomorskim i łódzkim. Ponadto na dzień 4 marca 2013 roku nie wszystkie postępowania zostały zakończone, co powoduje, że nie wszystkie środki finansowe zostały wykorzystane. Przekroczenia wartości umów zawartych w stosunku do planu dotyczą sytuacji, gdy w umowach zawarte są pełnomocnictwa na świadczenie usług zdrowotnych dla pacjentów z innych oddziałów wojewódzkich Funduszu. Wartości planu finansowego nie zawierają pełnomocnictw.

Tabela nr III.85. Zestawienie wartości umów i planu finansowego w podziale na rodzaje świadczeń.

Nazwa rodzaju świadczeń	plan finansowy [tys. zł]	wartość zawartych umów [tys. zł] marzec 2013	% uzgodnień
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5 290 151,00	5 019 999,16	94,89%
Leczenie szpitalne	30 058 327,00	28 911 473,33	96,18%
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2 288 729,00	2 117 350,41	92,51%
Rehabilitacja lecznicza	2 068 892,00	1 966 314,15	95,04%
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	1 090 969,00	1 025 064,60	93,96%
Opieka paliatywna i hospicyjna	354 105,00	339 774,98	95,95%
Leczenie stomatologiczne	1 820 112,00	1 706 297,81	93,75%
Ratownictwo medyczne	1 839 892,00	1 724 912,07	93,75%
Pomoc doraźna i transport sanitarny	46 998,00	42 934,46	91,35%
Profilaktyczne programy zdrowotne	180 167,00	148 656,21	82,51%
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	1 678 302,00	1 613 300,06	96,13%
Razem	46 716 644,00	44 616 077,25	95,50%

Wartość zawartych umów wynosi 44 616 077,25 tys. zł. Stanowi to ok. 95,5 % wartości planu finansowego. Należy zaznaczyć, że na dzień 4.03.2013 roku trwały postępowania w trybie konkursu ofert i rokowań. W rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne umowy zawarte są na poziomie 82%, oddziały wojewódzkie zabezpieczają w planie finansowym wykonanie świadczeń do rzeczywistego ich wykonania.

Wykres nr III.61. Wartość zawartych umów wg stanu na dzień 04 marca 2013 roku w porównaniu do planu finansowego [tys. zł]



Wartość zawartych umów wg stanu na dzień 4 marca 2013 roku (bez POZ, UZD i ZPO) wynosi średnio 95,50% wartości planu finansowego. Dane w ujęciu tabelarycznym obrazuje tabela nr III.85.

Tabela nr III.86. Liczba zawartych umów we wszystkich rodzajach świadczeń (bez POZ, ZSP i UZD) w podziale na rodzaje świadczeń, lata 2012-2013.

Nazwa rodzaju świadczenia	2012			2013		
	Liczba umów	Liczba świadczeniodawców	średnia wartość umowy [tys. zł]	Liczba umów	Liczba świadczeniodawców	średnia wartość umowy [tys. zł]
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	7 386	6 485	623,19	7 441	6 433	674,64
Leczenie szpitalne	2 011	1 148	13 077,34	1 934	1 094	14 949,06
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 464	1 416	1 443,82	1 468	1 413	1 442,34
Rehabilitacja lecznicza	2 657	2 630	717,20	2 702	2 651	727,73
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	1 982	1 687	511,92	1 675	1 661	611,98
Opieka paliatywna i hospicyjna	444	441	711,28	447	442	760,12
Leczenie stomatologiczne	8 096	8 061	216,23	7 990	7 940	213,55
Ratownictwo medyczne	251	238	6 789,58	228	216	7 565,40
Pomoc doraźna i transport sanitarny	32	31	1 331,93	32	31	1 341,70
Profilaktyczne programy zdrowotne	741	740	186,60	717	713	207,33
Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	441	436	3 380,41	449	430	3 593,10
Razem	25 505	23 313	1 622,33	25 083	23 024	1 778,74

Średnia wartość umowy w przedstawionych rodzajach świadczeń w porównaniu z rokiem ubiegłym wzrosła bądź zachowała się na zbliżonym poziomie. W skali całego kraju wzrost ten wyniósł niecałe 10% przy jednoczesnym spadku liczby świadczeniodawców (ok 1,3%) posiadających podpisaną umowę.

Tabela nr III.87. Liczba zawartych umów we wszystkich rodzajach świadczeń (bez POZ, ZSP i UZD) w podziale na oddziały wojewódzkie, lata 2012-2013.

Oddział Wojewódzki NFZ	2012			2013		
	Liczba umów	Liczba świadczeniodawców	średnia wartość umowy [tys. zł]	Liczba umów	Liczba świadczeniodawców	średnia wartość umowy [tys. zł]
Dolnośląski	2 114	1 886	1 506,48	1 912	1 804	1 777,74
Kujawsko-Pomorski	1 426	1 344	1 589,76	1 390	1 315	1 780,82
Lubelski	1 375	1 304	1 719,32	1 364	1 284	1 869,56
Lubuski	701	669	1 461,06	700	663	1 479,01
Łódzki	1 881	1 446	1 395,44	1 825	1 451	1 466,41
Małopolski	1 667	1 585	1 998,38	1 685	1 591	2 268,26
Mazowiecki	2 592	2 297	2 575,74	2 443	2 256	2 997,89
Opolski	784	727	1 310,72	775	726	1 411,77
Podkarpacki	1 701	1 632	1 216,30	1 705	1 634	1 328,91
Podlaski	875	757	1 255,60	937	766	1 474,27
Pomorski	1 179	1 112	2 009,29	1 153	1 082	1 917,57
Śląski	3 436	3 188	1 487,05	3 301	3 100	1 696,81
Świętokrzyski	902	861	1 433,50	912	864	1 545,00
Warmińsko-Mazurski	1 172	1 114	1 227,55	1 160	1 091	1 366,39
Wielkopolski	2 597	2 344	1 415,57	2 727	2 367	1 415,30
Zachodniopomorski	1 103	1 047	1 653,34	1 094	1 030	1 761,66
Razem	25 505	23 313	1 622,33	25 083	23 024	1 778,74

W znacznej większości oddziałów wojewódzkich zaobserwowano wzrost średniej wartości umów. W połowie z nich wzrost ten jest na poziomie 10%-20% w porównaniu z rokiem ubiegłym, w pozostałych zachował się na zbliżonym poziomie.

Na chwilę sporządzania zestawienia część umów znajdowała się w podpisie (dane nie były „widoczne” w systemie Centrali NFZ), stąd np. w oddziale pomorskim wystąpił nieznaczny spadek średniej wartości umów (głównie w REH i STM).

Wykres nr III.62. Wartość zawartych umów w latach 2012-2013

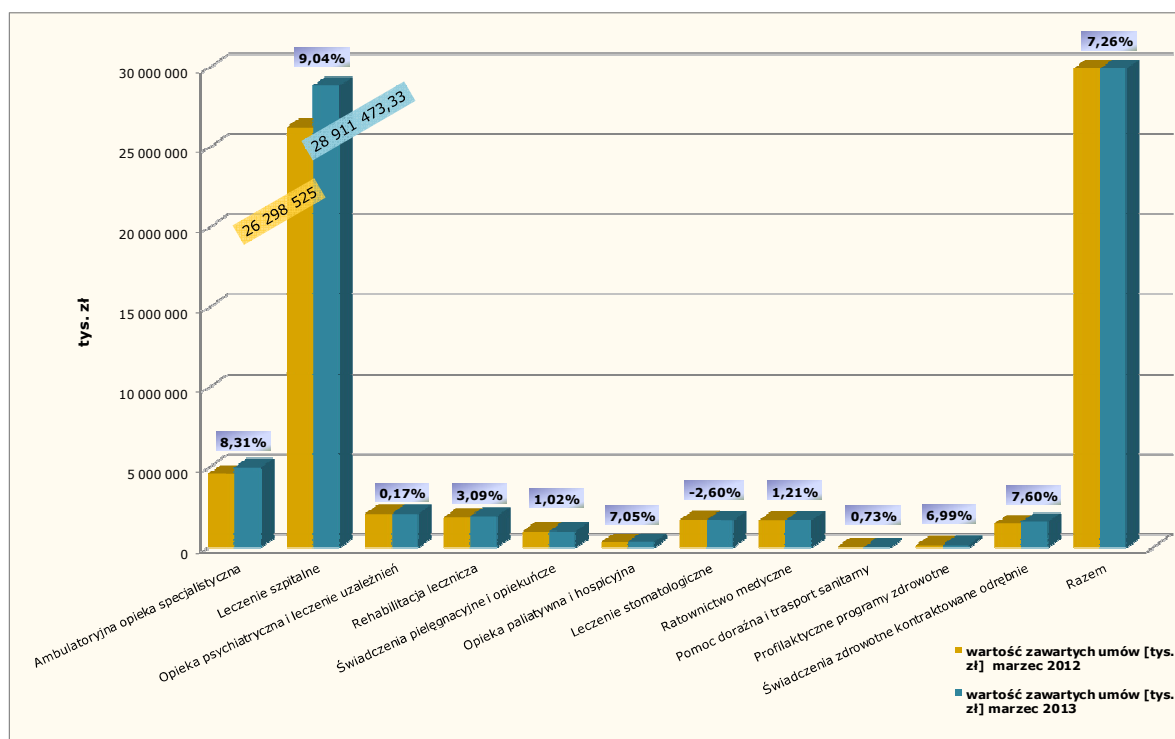


Tabela nr III.88. Liczba złożonych ofert w postępowaniach, prowadzonych w trybie konkursu ofert lub/i rokowań przedstawiona w podziale na oddziały wojewódzkich.

Oddział Wojewódzki NFZ	Liczba złożonych ofert	Liczba ofert przekazanych do komisji
Dolnośląski	1 840	1 835
Kujawsko-Pomorski	74	72
Lubelski	40	40
Lubuski	61	61
Łódzki	9	9
Małopolski	361	355
Mazowiecki	76	74
Opolski	47	43
Podkarpacki	85	80
Podlaski	43	43
Pomorski	628	566
Śląski	128	128
Świętokrzyski	203	200
Warmińsko-Mazurski	76	76
Wielkopolski	17	17
Zachodniopomorski	24	24
Razem	3 712	3 623

Wykres nr III.63. Liczba złożonych ofert (stan na dzień 04 marca 2013 roku) w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu.

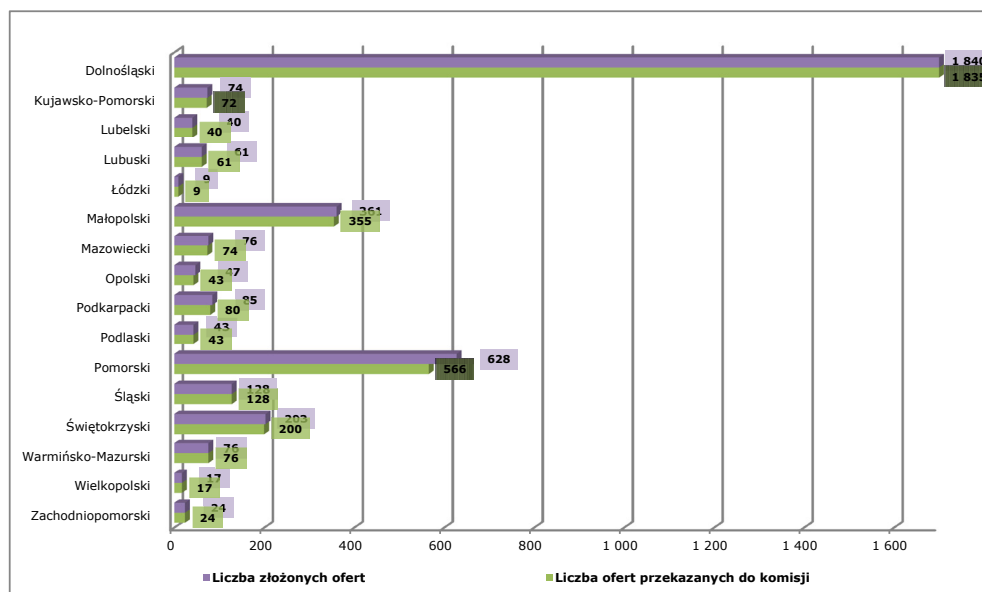
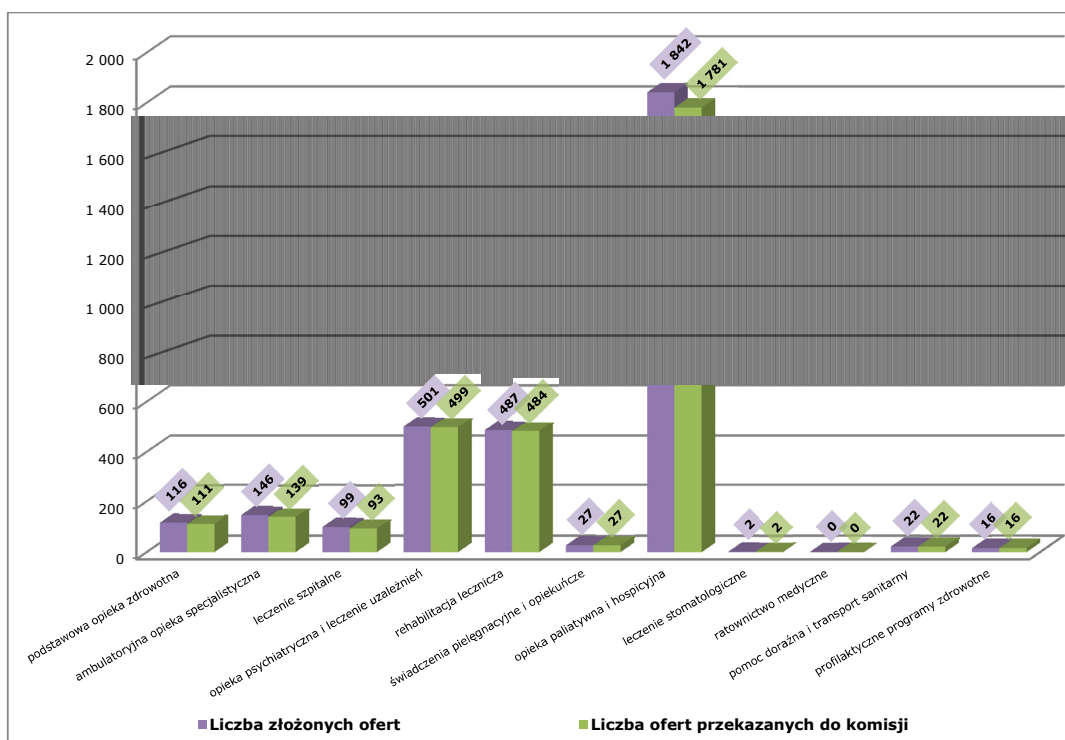


Tabela nr III.89. Liczba ofert w podziale na rodzaje świadczeń.

Nazwa rodzaju świadczeń	Liczba złożonych ofert	Liczba ofert przekazanych do komisji
podstawowa opieka zdrowotna	454	449
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	116	111
leczenie szpitalne	146	139
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	99	93
rehabilitacja lecznicza	501	499
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	487	484
opieka paliatywna i hospicyjna	27	27
leczenie stomatologiczne	1 842	1 781
ratownictwo medyczne	2	2
pomoc doraźna i transport sanitarny	0	0
profilaktyczne programy zdrowotne	22	22
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	16	16
Razem	3 712	3 623

Największą liczbę ofert świadczeniodawcy złożyli w rodzaju: leczenie stomatologiczne, rehabilitacja lecznicza, świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze oraz podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

Wykres nr III.64. Liczba ofert (stan na dzień 04 marca 2013 roku) w podziale na rodzaje świadczeń.



Podsumowanie procesu kontraktowania na rok 2013

Ze względu na duży udział umów niewygasających z dniem 31 grudnia 2012 roku, ogłaszano stosunkowo mało postępowań w porównaniu z rokiem ubiegłym. Postępowania ogłaszane były we wszystkich rodzajach świadczeń oprócz transportu sanitarnego. Wszystkie oddziały wojewódzkie zakończyły proces zawierania umów na 2013 rok w przypadku umów wieloletnich. Uzgodnianie umów odbyło się bez problemów. Według stanu na dzień sprawozdawczy 5 marca 2013 roku uzgodniono warunki finansowe w 99,44% w stosunku do kwot planowanych. Przypadki zawierania nowych umów (wieloletnich) w wyniku przeprowadzenia

postępowań konkursowych lub rokowań, będących następstwem braku uzgodnienia warunków finansowych na 2013 rok dotyczyły 14 umów i obejmowały łącznie kwotę 61 940,29 tys. zł.

W większości oddziałów trwają jeszcze postępowania w trybie konkursu ofert lub rokowań. Najwięcej postępowań trwa w oddziale pomorskim – 568 (najwięcej w rodzajach ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne – 413, leczenie stomatologiczne – 85, rehabilitacja lecznicza – 68).

W oddziale podlaskim i zachodniopomorskim na dzień sprawozdawczy nie trwają żadne postępowania. Postępowania dodatkowe tzn. odbywające się w trybie art. 161b ustawy o świadczeniach na 2013 rok odbyły się tylko w 2 oddziałach wojewódzkich, kujawsko-pomorskim i lubuskim. Dotyczyły leczenia szpitalnego (1 postępowanie unieważnione) i opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (2 postępowania z tego 1 ogłoszone i 1 rozstrzygnięte).

IV. Sprawy świadczeniobiorców

IV.1. Centralny Wykaz Ubezpieczonych

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

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

Na koniec 2012 roku, w CWU, zarejestrowanych było 33 011 012 osób, które z mocy ustawy miały uprawnienia do świadczeń. W ogólnej liczbie było 32 992 200 osób ubezpieczonych obowiązkowo (tabela nr IV.1). W związku z wprowadzeniem w CWU, w sierpniu 2012 roku, nowego podziału statusów, nie jest możliwe wyszczególnienie i porównanie liczby osób ubezpieczonych oraz członków ich rodzin na koniec 2012 roku i analogicznego okresu w 2011 roku. Podział statusów w CWU spowodowany był koniecznością dostosowania bazy do systemu elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców (eWUŚ), zgodnie z przepisami znowelizowanej ustawy o świadczeniach. CWU jest bazą referencyjną dla systemu eWUŚ, która potwierdza prawo do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej. Dane dotyczące ubezpieczonych obowiązkowo w podziale na opłacających składkę i członków ich rodzin, będą możliwe do sprawozdania za I półrocze 2013 roku, po uwzględnieniu wprowadzonych zmian prawnych i systemowych.

Tabela nr IV.1. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – według stanu na 31 grudnia 2012 roku.

Oddział	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych	liczba zweryfikowanych deklaracji osób na listach lekarzy poz
	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia		
Dolnośląski	2 434 133			1 137	838	299	2 435 270	2 818 836
Kujawsko-pomorski	1 795 809			631	402	229	1 796 440	2 046 894
Lubelski	1 903 381			274	204	70	1 903 655	2 101 704
Lubuski	851 558			311	175	136	851 869	980 388
Łódzki	2 224 689			600	451	149	2 225 289	2 464 860
Małopolski	2 831 980			1 876	1 435	441	2 833 856	3 254 942
Mazowiecki	4 621 909			4 657	3 222	1 435	4 626 566	5 083 054
Opolski	806 990			239	156	83	807 229	927 283
Podkarpacki	1 803 626			460	409	51	1 804 086	2 035 084
Podlaski	1 014 218			299	197	102	1 014 517	1 090 112
Pomorski	1 918 838			3 562	1 735	1 827	1 922 400	2 182 181
Śląski	4 047 247			1 184	785	399	4 048 431	4 365 751
Świętokrzyski	1 108 796			154	105	49	1 108 950	1 185 281
Warmińsko-mazurski	1 215 567			324	216	108	1 215 891	1 383 389
Wielkopolski	2 990 588			1 189	836	353	2 991 777	3 357 161
Zachodniopomorski	1 422 659			1 915	975	940	1 424 574	1 652 704
Nieokreślony	212			0	0	0	212	0
Suma	32 992 200			18 812	12 141	6 671	33 011 012	36 929 624

Zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego w ramach umów dobrowolnego ubezpieczenia było na koniec 2012 roku 12 141 osób, a ze świadczeń w ramach umów dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego mogło korzystać 6 671 członków rodziny, łącznie 18 812 osób (tabela nr IV.1).

Zgodnie z zarządzeniem nr 13/2004 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2004 r., w sprawie określenia „Zasad prowadzenia Centralnego Wykazu Ubezpieczonych”, w CWU, każda osoba zarejestrowana w systemie informatycznym, w zależności od rodzaju i sumy informacji przypisanych w karcie ubezpieczenia (np. zgłoszenie z ZUS/KRUS, przypis składki, data zgonu), ma określony status

(poziom referencyjny). Informacje te wykorzystywane są przy realizacji zadań Funduszu, określonych w art. 97 ust. 4 ustawy o świadczeniach.

Dane liczbowe dotyczące statusów zarejestrowanych w dniu 31 grudnia 2012 roku zaprezentowano w tabeli nr IV.2 przedstawiającej nowy podział statusów w CWU.

W CWU został zlikwidowany status „ubezpieczeni – braki w dokumentacji”, który przedstawiał zarówno osoby, które posiadały prawo do świadczeń, jak również te, które owego prawa nie miały. W wyniku likwidacji ww. statusu, utworzono nowe statusy, jasno przedstawiające osoby posiadające, zgodnie z ustawą o świadczeniach, prawo do świadczeń, a także te, które powinny wyjaśnić swoją sytuację ubezpieczenia zdrowotnego. Wyodrębniono 5 nowych statusów: zgłoszony z ZUS, brak składki, zgłoszony z KRUS, brak składki, składki z ZUS, brak zgłoszenia, składki z KRUS, brak zgłoszenia, nieubezpieczony z prawem do świadczeń po wyrejestrowaniu.

W związku z art. 67 ustawy o świadczeniach, prawo do świadczeń mają osoby zgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego, dlatego uszczegółowienie statusów było niezwykle ważne dla przejrzystej weryfikacji prawa do świadczeń działając zgodnie z przepisami prawa. Ponieważ składka na ubezpieczenie zdrowotne nie określa prawa do korzystania ze świadczeń, osoby niemające prawidłowego zgłoszenia do ubezpieczenia, za które odprowadzana jest składka, w systemie eWUŚ (który jest zasilany danymi z CWU) otrzymują „światło czerwone”, do momentu wyjaśnienia sytuacji ubezpieczeniowej. Zgodnie z art. 50 ustawy o świadczeniach, osoby, które nie mają potwierdzenia prawa do korzystania ze świadczeń zdrowotnych, mają możliwość przedstawienia dokumentu potwierdzającego zgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego lub mogą wypełnić oświadczenie potwierdzające to prawo.

W tabeli nr IV.2 przedstawiono statusy w CWU zaznaczając kolorem zielonym te z nich, które przedstawiają prawo do świadczeń lecz w okresie przejściowym jeszcze nie wszystkie otrzymują w systemie eWUŚ światło zielone, potwierdzając prawo do świadczeń.

Tabela nr IV.2. Zestawienie liczbowe osób zarejestrowanych w CWU z określonym statusem (dane z 31 grudnia 2012 r.).

2012-12-31		
ID	NAZWA STATUSU	LICZBA OSÓB
1	UBEZPIECZONY	31 600 973
21	ZGŁ. Z ZUS, BRAK SKŁ.	1 275 447
22	ZGŁ. Z KRUS, BRAK SKŁ.	60 776
23	SKŁ. Z ZUS, BRAK ZGŁ.	138 606
24	SKŁ. Z KRUS, BRAK ZGŁ.	3 157
	UBEZPIECZONY (BRAKI W DOKUMENTACJI)	0
5	NIE ŻYJE	4 952 858
4	UPR. DO 18 R. Ż.	1 576 313
3	NIEUBEZPIECZONY	3 434 808
9	TYLKO DANE PERSONALNE I ADRESOWE	619 567
7	ZGŁOSZONY PRZEZ KCH	151 357
8	REZYDENT - UE	73 816
6	NUMER PESEL ANULOWANY (INFORMACJA Z MSW)	49 597
-9	upr. NA PODSTAWIE ART. 54 USTAWY	3 681
-8	upr. NA PODSTAWIE ART. 67 UST. 6 USTAWY	782
-7	upr. NA PODSTAWIE ART. 67 UST. 7 USTAWY	225
-6	upr. NA PODSTAWIE KARTY POLAKA	28
41	NIEUBEZPIECZONY Z PRAWEM DO ŚWIADCZEN PO WYREJESTROWANIU	174963
	RAZEM (BEZ STATUSU 5 I 6)	44 116 954

W tabeli nr IV.3 przedstawiono weryfikację list POZ na koniec IV kwartału 2012 roku, w porównaniu do 2011 roku (dane generowane dnia 1 stycznia 2012 roku). Z danych wynika, że w 2012 roku pozytywnie potwierdzono 36 929 624 deklaracji list lekarzy POZ, tj. o 75 368 więcej niż w analogicznym okresie 2011 roku.

Tabela nr IV.3. Liczba zweryfikowanych deklaracji osób na listach lekarzy POZ według stanu na dzień 1 stycznia oraz 31 grudnia 2012 roku.

Oddział wojewódzki Funduszu	liczba zweryfikowanych deklaracji osób na listach lekarzy POZ	
	01.01.2012 r.	31.12.2012 r.
Dolnośląski	2 809 975	2 818 836
Kujawsko-pomorski	2 011 423	2 046 894
Lubelski	2 109 992	2 101 704
Lubuski	979 533	980 388
Łódzki	2 470 231	2 464 860
Małopolski	3 241 508	3 254 942
Mazowiecki	5 057 777	5 083 054
Opolski	930 537	927 283
Podkarpacki	2 031 741	2 035 084
Podlaski	1 082 180	1 090 112
Pomorski	2 162 409	2 182 181
Śląski	4 343 806	4 365 751
Świętokrzyski	1 200 263	1 185 281
Warmińsko-mazurski	1 387 356	1 383 389
Wielkopolski	3 380 371	3 357 161
Zachodniopomorski	1 655 154	1 652 704
Nieokreślony	0	0
Suma	36 854 256	36 929 624

Tabela nr IV.4. Ubezpieczeni dobrowolnie – wnioski złożone w okresie sprawozdawczym – stan na koniec II półrocza 2012 roku.

Ubezpieczeni dobrowolnie - wnioski złożone w okresie sprawozdawczym			
Stan na koniec II Półrocza 2012 r.			
l.p.	Oddział	liczba wniosków	
		złożonych	które nie stały się podstawą do zawarcia umowy o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem
1	2	3	4
	Ogółem	3796	0
0	NIEOKREŚLONY	bd	bd
1	DOLNOŚLĄSKI	378	0
2	KUJAWSKO-POMORSKI	59	0
3	LUBELSKI	93	0
4	LUBUSKI	73	0
5	ŁÓDZKI	197	0
6	MAŁOPOLSKI	502	0
7	MAZOWIECKI	1275	0
8	OPOLSKI	64	0
9	PODKARPACKI	3	0
10	PODLASKI	92	0
11	POMORSKI	2	0
12	ŚLĄSKI	323	0
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	2	0
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	98	0
15	WIELKOPOLSKI	293	0
16	ZACHODNIOPOMORSKI	342	0

IV.2. Decyzje indywidualne

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

Według stanu na koniec 2012 roku w oddziałach wojewódzkich Funduszu wydano łącznie 9 440 decyzji (w analogicznym okresie 2011 roku w oddziałach wydano łącznie 7 970 decyzji) w tym:

- 7 399 decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, co stanowi wzrost o 25,24% w stosunku do ilości decyzji wydanych do końca 2011 roku, w którym wydano 5 908 decyzji,
- 2 041 decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń, co stanowi spadek o 1,02% w stosunku do ilości decyzji wydanych do końca 2011 roku, w którym wydano 2 062 decyzje.

W sprawach dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym decyzje dotyczyły najczęściej:

- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących działalność gospodarczą,
- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umowy zlecenia,
- podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu,
- ustalenia ustawodawstwa właściwego,
- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu wykonywania umowy zlecenia.

Ponadto, w okresie sprawozdawczym, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu rozpatrywali również sprawy m. in. z zakresu posiadania statusu członka rodziny (21 decyzji) oraz interpretacji przepisów dotyczących podlegania przez przedsiębiorców ubezpieczeniu zdrowotnemu (9 decyzji).

W omawianym okresie najczęściej (prawie co trzecia) wydawane były decyzje dotyczące objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, na podstawie wniosków kierowanych do oddziałów wojewódzkich Funduszu przez ZUS w sprawach dotyczących osób niezgłaszających się do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności lub kwestionujących okres podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Sprawy dotyczą z reguły lat poprzednich, niektóre z nich dotyczą okresu od 1 stycznia 1999 r. Obejmując wskazane w nich osoby obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym ww. decyzje stanowią podstawę dla ZUS do korygowania zarejestrowanych okresów podlegania ubezpieczeniu oraz dalszych działań związanych ze składkami na ubezpieczenie zdrowotne. Należy wskazać, że nastąpił wzrost ilości decyzji w ww. zakresie do analogicznego okresu 2011 roku o ponad 40%.

W 2012 roku bardzo znacząco wzrosła (747 decyzji wobec 237 w analogicznym okresie 2011 roku, co daje wzrost o ponad 200%) liczba decyzji wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umowy zlecenia. Bezpośrednią tego przyczyną jest fakt, że na terenie niektórych województw (głównie małopolskiego – 351 wydanych decyzji, ale również mazowieckiego – 145 oraz lubuskiego, podlaskiego, wielkopolskiego, zachodniopomorskiego), nadal odbywały się wzmożone kontrole płatników składek. Dokonywane były przez komórki terenowe ZUS, które kwestionowały kwalifikację podpisanych umów o dzieło i wносиły o uznanie powyższych umów jako noszących charakter umowy zlecenia, podlegających tym samym, obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Znaczna liczba wniosków dotyczyła osób zawierających umowę (najczęściej umowę o dzieło) z podmiotem związanym umową podwykonawczą z pracodawcą tej osoby. W ramach takiej umowy o dzieło osoby te wykonywały pracę na rzecz pracodawcy, z którym pozostawały w stosunku pracy (głównie lekarze i pielęgniarki), ale już w ramach umowy z innym podmiotem, nazwanej „umową o dzieło”.

W przypadku, gdy osoba, która podpisała umowę o dzieło noszącą cechy umowy zlecenia, podlegała w tym samym okresie obowiązkowym ubezpieczeniom społecznym np. z tytułu umowy o pracę zawartej z innym podmiotem, niż z tym, z którym zawarła umowę o dzieło noszącą cechy umowy zlecenia, wówczas z tytułu umowy nazwanej przez strony „umową o dzieło” nie podlega ubezpieczeniom społecznym, a ZUS jedynie przekazuje wniosek o wydanie decyzji o podleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu tej ostatniej umowy do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Wydawanie powyższych decyzji skutkuje zwiększaniem się ilości zawieranych umów zlecenia

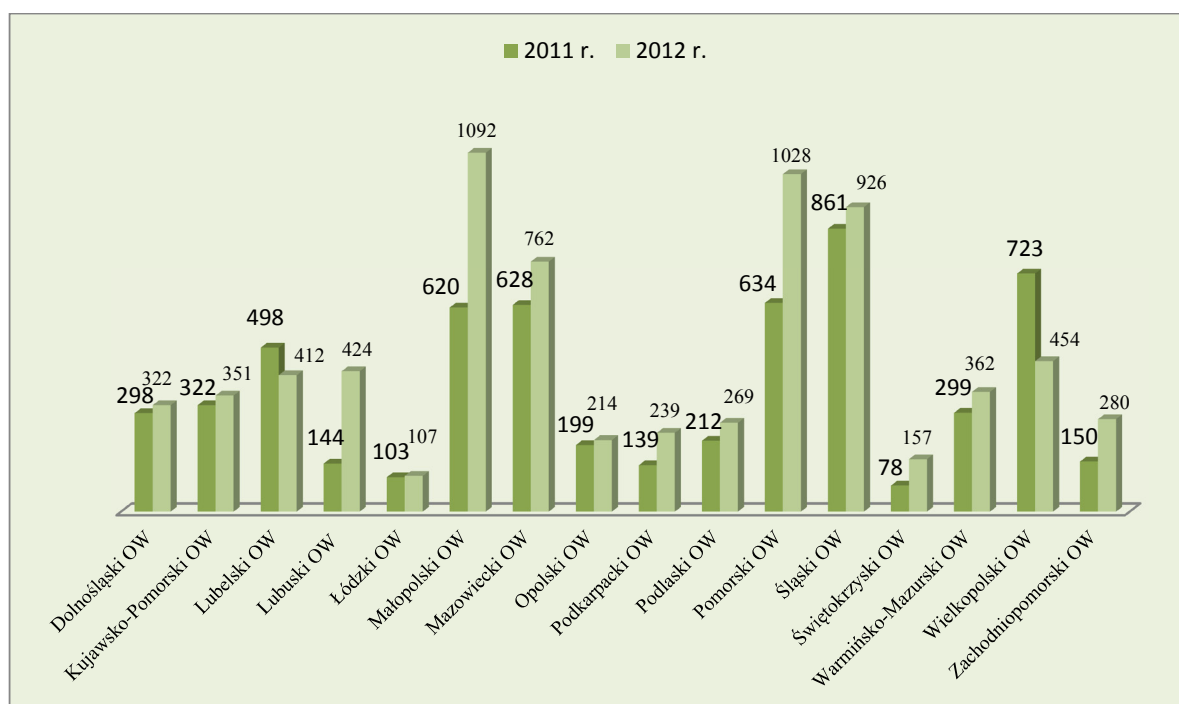
i zmniejszaniem się przypadków nieuprawnionego obchodzenia przepisów prawa przez zawieranie umów o dzieło.

Ponadto, w omawianym okresie, wzrosła również liczba decyzji z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu wykonywania umowy zlecenia (169 decyzji wobec 55 w analogicznym okresie 2011 roku, co również daje wzrost o ponad 200%).

Wzrosła natomiast liczba decyzji dotyczących podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (747 decyzji wobec 520 w analogicznym okresie 2011 roku) oraz ustalenia ustawodawstwa właściwego (261 decyzji wobec 221 w analogicznym okresie 2011 roku).

Najwięcej decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wydał dyrektor oddziału małopolskiego (1092 w 2012 r. – przy 620 w 2011 r.), natomiast najmniej dyrektor oddziału łódzkiego (odpowiednio 107 decyzji w 2012 r. oraz 103 w 2011 r.).

Wykres nr IV.1. Decyzje wydane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu 2011/2012 rok dot. objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.



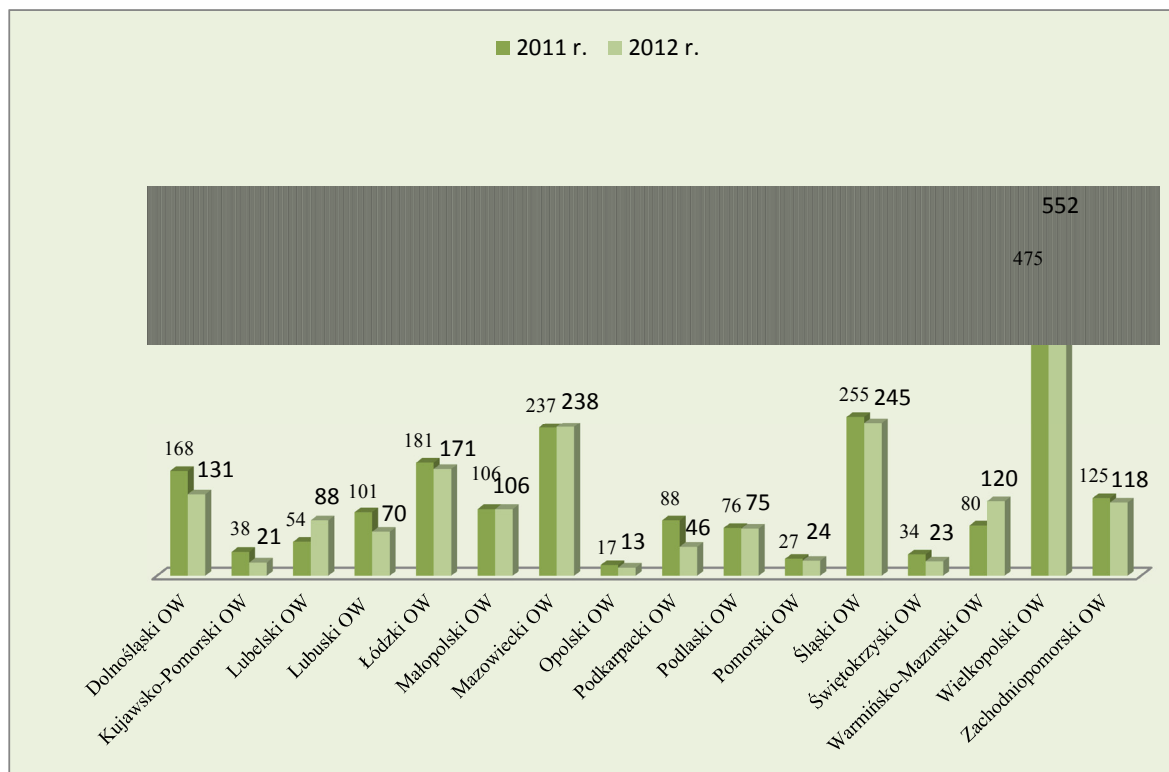
W przypadku decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu z zakresu ustalenia prawa do świadczeń, najczęściej występującą tematyką wniosków były:

- potwierdzenie uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki,
- refundacja kosztów transportu sanitarnego,
- skrócenie okresu użytkowania przedmiotów ortopedycznych,
- sfinansowanie lub refundacji kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego.

Liczba decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w 2012 roku spadła o 1%. Analizując dynamikę zmian liczby wydawanych decyzji przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu należy, zauważyć, że nastąpił wzrost o ponad 32% (z 779 do 1 035) liczby decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu z zakresu potwierdzenia uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki oraz o ponad 13% (z 268 do 304) liczby decyzji dotyczących refundacji kosztów transportu sanitarnego. Nieznacznie spadła natomiast (ze 127 do 122, co stanowi 96,06% decyzji wydanych w analogicznym okresie roku ubiegłego) liczba decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie sfinansowania lub refundacji kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego.

Najwięcej decyzji dotyczących indywidualnych spraw z zakresu ustalania prawa do świadczeń w 2012 roku wydał dyrektor oddziału wielkopolskiego (552 w 2012 roku – przy 475 w 2011 roku), natomiast najmniej dyrektor oddziału opolskiego (odpowiednio 13 decyzji w 2012 roku oraz 17 w 2011 roku).

Wykres nr.IV.2 liczba decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wydanych w indywidualnych sprawach z zakresu ustalania prawa do świadczeń w 2012 roku w stosunku do 2011 roku.



Od decyzji wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach, stronie postępowania przysługuje prawo wnoszenia odwołań do Prezesa Funduszu. Do końca 2012 roku rozpatrzono 1 498 odwołań, natomiast w 2011 roku rozpatrzono 778 odwołań, co stanowi wzrost o ponad 92%.

Po rozpatrzeniu odwołań Prezes Funduszu wydał 1 116 decyzji i 382 postanowienia, uchylając lub zmieniając 344 decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu. Dla porównania w analogicznym okresie ubiegłego roku Prezes Funduszu rozpatrzył 778 odwołań, uchylając lub zmieniając 197 decyzji. Zwiększenie o prawie 75% liczby decyzji zmienianych lub uchylanych przez Prezesa Funduszu wynika zarówno z faktu prawie dwukrotnego wzrostu rozpatrywanych odwołań, jak również oznacza, że oddziały wojewódzkie Funduszu często wydają decyzję w oparciu o niepełny materiał dowodowy, który zostaje uzupełniony przez stronę postępowania na etapie odwoławczym. Wynika to również ze zmiany orzecznictwa WSA i NSA w zakresie uznania płatnika za stronę postępowania.

Od decyzji Prezesa Funduszu stronie postępowania przysługuje prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie (art. 110 ustawy o świadczeniach). Według stanu na koniec 2012 roku świadczeniobiorcy wnieśli 333 skargi do WSA. Dla porównania w analogicznym okresie roku ubiegłego odnotowano 231 skarg do WSA, co stanowi wzrost o ponad 44%.

Wśród przyczyn uchylecia decyzji Prezesa Funduszu oraz poprzedzających je decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie stwierdzenia podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, najczęstszymi były naruszenia przepisów art. 7, 77, 80 oraz art. 107 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2013 r. poz. 267). Należy wskazać, że wśród orzeczeń sądów nie zdarzają się przypadki uchylecia decyzji z powodu naruszenia prawa materialnego.

Wykres nr IV.3 Liczba decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, decyzji Prezesa Funduszu zmieniających decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz liczba skarg na decyzje Prezesa Funduszu skierowanych do WSA w Warszawie.

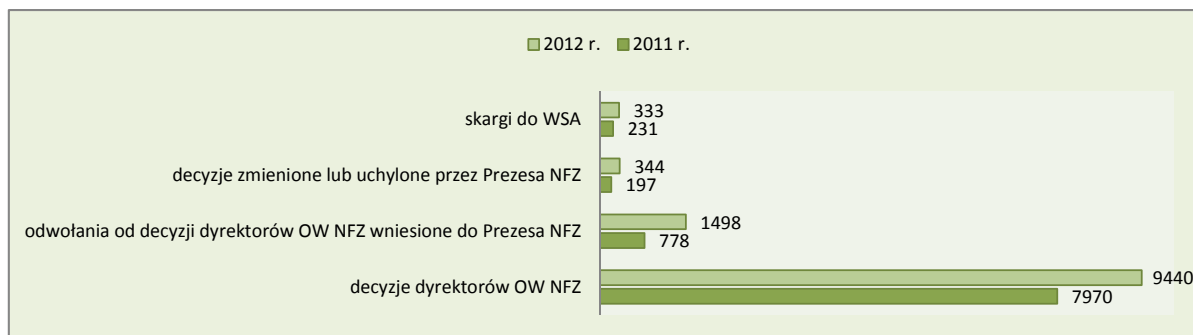


Tabela nr IV.5. Liczba decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, Prezesa Funduszu – w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach, a także liczbę skarg wnoszonych przez świadczeniobiorców do WSA w Warszawie w związku z ww. decyzjami, w oparciu o art. 110 ustawy o świadczeniach, według stanu na koniec 2012 roku.

lp.	Wojewódzki Oddział	w sprawach dotyczących	liczba			
			decyzji wydanych przez Dyrektora OW w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego	odwołań od decyzji dyrektorów wniesionych do Prezesa NFZ	decyzji zmienionych lub uchylonych przez Prezesa NFZ	wniesionych do sądu administracyjnego skarg na decyzje Prezesa NFZ
1	2	3	4	5	6	7
1.	Dolnośląski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	322	23	11	1
	Dolnośląski OW	ustalenia prawa do świadczeń	131	6	3	0
2.	Kujawsko-Pomorski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	351	49	18	15
	Kujawsko-Pomorski OW	ustalenia prawa do świadczeń	21	2	1	0
3.	Lubelski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	412	208	14	49
	Lubelski OW	ustalenia prawa do świadczeń	88	0	0	1
4.	Lubuski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	424	107	33	57
	Lubuski OW	ustalenia prawa do świadczeń	70	6	0	3
5.	Łódzki OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	107	23	15	3
	Łódzki OW	ustalenia prawa do świadczeń	171	2	0	2
6.	Małopolski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	1092	438	54	25
	Małopolski OW	ustalenia prawa do świadczeń	106	26	6	4
7.	Mazowiecki OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	762	130	60	21
	Mazowiecki OW	ustalenia prawa do świadczeń	238	6	0	0
8.	Opolski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	214	5	2	2
	Opolski OW	ustalenia prawa do świadczeń	13	4	1	0
9.	Podkarpacki OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	239	31	9	10
	Podkarpacki OW	ustalenia prawa do świadczeń	46	3	2	0
10.	Podlaski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	269	25	4	9
	Podlaski OW	ustalenia prawa do świadczeń	75	4	1	0
11.	Pomorski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	1028	79	21	17
	Pomorski OW	ustalenia prawa do świadczeń	24	4	0	2
12.	Śląski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	926	97	22	26
	Śląski OW	ustalenia prawa do świadczeń	245	14	1	4
13.	Świętokrzyski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	157	17	6	7
	Świętokrzyski OW	ustalenia prawa do świadczeń	23	1	0	0
14.	Warmińsko-Mazurski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	362	33	9	7
	Warmińsko-Mazurski OW	ustalenia prawa do świadczeń	120	4	1	0
15.	Wielkopolski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	454	81	16	40
	Wielkopolski OW	ustalenia prawa do świadczeń	552	7	0	3
16.	Zachodniopomorski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	280	60	33	24
	Zachodniopomorski OW	ustalenia prawa do świadczeń	118	3	1	1
	Razem	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	7399	1406	327	313
	Razem	ustalenia prawa do świadczeń	2041	92	17	20
	Ogółem		9440	1498	344	333

IV.3. Kolejki oczekujących

W 2012 roku dane statystyczne z zakresu list oczekujących świadczeniodawcy przekazywali co miesiąc do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziałów wojewódzkich Funduszu szczegółowymi komunikatami sprawozdawczymi XML, które zostały określone zarządzeniami Prezesa Funduszu: zarządzeniem Nr 45/2011/DSOZ z dnia 30 sierpnia 2011 r., zarządzeniem Nr 5/2012/DSOZ z dnia 11 stycznia 2012 r. oraz Nr 54/2012/DSOZ z dnia 12 września 2012 r. Dwa ostatnie zarządzenia Prezesa Funduszu wprowadziły zmiany w zakresie danych dotyczących list oczekujących pozyskiwanych od świadczeniodawców, wynikające z nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 123, poz. 801, z późn. zm.). Od lutego 2012 roku świadczeniodawcy zgodnie z ww. rozporządzeniem zostali zobowiązani do przekazywania do komórek organizacyjnych wraz z dotychczas przesyłanymi informacjami w podziale na kategorie medyczne „przypadek pilny” i „przypadek stabilny” o liczbie osób oczekujących i średnim czasie oczekiwania również informacji o:

- łącznej liczbie osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym,
- liczbie osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym,
- liczbie osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ostatnich sześciu miesiącach.

Powyższe informacje świadczeniodawcy przekazują od lutego 2012 roku również w odniesieniu do wybranych świadczeń, określonych w załączniku nr 10 do ww. rozporządzenia. Ponadto, w przypadku list oczekujących na świadczenia wymienione w załączniku nr 10 do ww. rozporządzenia świadczeniodawcy mają obowiązek przekazywać w podziale na kategorie medyczne „przypadek pilny” i „przypadek stabilny” następujące dane:

- dotyczące osób oczekujących według stanu na ostatni dzień miesiąca: identyfikator osoby oczekującej, imię (imiona) i nazwisko, data wpisu na listę oczekujących,
- dotyczące osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym: identyfikator osoby oczekującej, imię (imiona) i nazwisko, data wpisu na listę oczekujących, data skreślenia z listy oczekujących, kod przyczyny skreślenia z listy oczekujących.

Od października 2012 roku świadczeniodawcy, w ramach wykazów osób oczekujących oraz skreślonych z list oczekujących na wybrane świadczenia, przekazują także informację o tzw. typie osoby, tj. wskazując, czy informacje identyfikujące osobę wpisaną na listę oczekujących dotyczą niej samej, czy może rodzica lub opiekuna prawnego.

W 2012 roku zostały również zaktualizowane słowniki komórek organizacyjnych oraz procedur medycznych, programów lekowych oraz świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej podlegających sprawozdawczości z zakresu list oczekujących. Zmiany w słownikach wynikały z wprowadzenia ww. rozporządzeniem Ministra Zdrowia obowiązku przekazywania danych z zakresu list oczekujących na wybrane świadczenia, jak również z wprowadzenia rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594) nowych kodów resortowych specjalności komórek organizacyjnych.

W sprawozdaniu niektórym komórkom organizacyjnym przypisano dwie nazwy. W rozporządzeniu, które zastąpiło rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz. U. Nr 170, poz. 1797, z późn. zm.), wprowadziło w przypadku niektórych komórek organizacyjnych dla tego samego kodu (część VIII kodu resortowego komórki) nową nazwę. Z uwagi na fakt, że zgodnie z art. 217 ust. 3 ustawy o działalności leczniczej, podmiot wykonujący działalność leczniczą miał czas do 31 grudnia 2012 r. na dokonanie zmian wpisów w rejestrze. Do tego czasu mogły funkcjonować komórki o tym samym kodzie, ale o innej nazwie np. 1450 zamiast obecnej nazwy poradnia położniczo-ginekologiczna (pozostała wcześniejsza nazwa poradnia ginekologiczno-położnicza).

W tabeli nr IV.6. został przedstawiony odsetek świadczeniodawców, którzy w poddanych analizie okresach sprawozdawczych 2012 roku przekazali do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących. Na szczególną uwagę zasługuje oddział lubelski, gdyż w każdym z przedstawionych okresów sprawozdawczych 100% świadczeniodawców przekazało dane statystyczne z zakresu list oczekujących. Jedynie w czterech oddziałach: dolnośląskim, łódzkim, świętokrzyskim i podkarpackim występują okresy sprawozdawcze, w których mniej niż 95% świadczeniodawców przesłało komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących, ale nie mniej niż 92% świadczeniodawców.

Tabela nr IV.6. Procent świadczeniodawców, którzy przesłali komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących do oddziałów wojewódzkich Funduszu w wybranych okresach sprawozdawczych.

Lp.	Nazwa oddziału wojewódzkiego Funduszu	Okres sprawozdawczy 2012 roku			
		marzec	czerwiec	wrzesień	grudzień
1	Dolnośląski	97%	98%	96%	94%
2	Kujawsko-Pomorski	98%	99%	99%	99%
3	Lubelski	100%	100%	100%	100%
4	Lubuski	99%	99%	100%	99%
5	Łódzki	96%	98%	96%	94%
6	Małopolski	99%	99%	100%	99%
7	Mazowiecki	99%	98%	99%	98%
8	Opolski	100%	100%	100%	99%
9	Podkarpacki	98%	98%	98%	94%
10	Podlaski	98%	99%	98%	100%
11	Pomorski	97%	98%	98%	98%
12	Śląski	99%	99%	99%	97%
13	Świętokrzyski	92%	96%	94%	93%
14	Warmińsko-Mazurski	96%	99%	99%	99%
15	Wielkopolski	99%	99%	99%	97%
16	Zachodniopomorski	98%	99%	98%	96%

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

W celu zapewnienia kompletnej sprawozdawczości z zakresu list oczekujących w oddziałach wojewódzkich Funduszu podejmowany był w 2012 roku szereg działań:

- opublikowanie instrukcji dla świadczeniodawców dotyczącej przygotowywania sprawozdań z zakresu list oczekujących dla Funduszu,
- sprawdzanie terminowości i kompletności nadsyłanych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących,
- prowadzenie korespondencji (papierowej i elektronicznej) ze świadczeniodawcami nieprzekazującymi danych, nadsyłającymi raporty zawierające błędy,
- publikowanie m.in. na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich Funduszu komunikatów dla świadczeniodawców przypominających o obowiązku sprawozdawczym, informujących o najczęściej popełnianych błędach, a także o sposobie korygowania błędów,
- telefoniczne monitowanie świadczeniodawców nieprzekazujących informacji z zakresu list oczekujących lub przekazujących je nieterminowo.

Powyższe działania spowodowały, że jedynie w jednym przypadku odsetek świadczeniodawców, którzy przekazali do właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących jest mniejszy niż 94% (tabela nr IV.7).

Przedstawione dalej tabele prezentują komórki organizacyjne realizujące świadczenia opieki zdrowotnej z największą w skali kraju, według stanu na koniec 2012 roku, liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny”. Zostały one sporządzone w podziale na poszczególne rodzaje świadczeń i obok liczby osób oczekujących zawierają medianę, trzeci kwartył średniego czasu oczekiwania określonego w dniach oraz odsetek komórek organizacyjnych, na przyjęcie do których, średni czas oczekiwania wynosi 0 dni. Zamieszczone poniżej wykresy nr IV.4. - IV.43. przedstawiają zmiany w 2012 roku liczby osób oczekujących oraz średniego czasu oczekiwania w dniach, określonych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Średni (rzeczywisty) czas oczekiwania, zgodnie ze wzorem określonym w załączniku nr 7 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 123, poz. 801, z późn. zm.), obliczany jest przez świadczeniodawców w oparciu o informacje o osobach skreślonych w ciągu ostatnich sześciu miesięcy z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia. Oznacza on, ile średnio dni oczekiwały na wykonanie świadczenia osoby skreślone z listy oczekujących w ostatnim półroczu.

W związku ze zmianą od okresu sprawozdawczego lutego 2012 roku zakresu danych dotyczących list oczekujących przekazywanych przez świadczeniodawców komunikatem XML, sprawozdanie zawiera również sporządzoną dla każdego rodzaju świadczeń tabelę prezentującą liczbę osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny”, skreślonych w okresie od lutego do grudnia 2012 roku (łącznie oraz z powodu wykonania świadczenia) z list oczekujących do komórek organizacyjnych z największą, według stanu na koniec 2012 roku, liczbą osób oczekujących.

Informacje o liczbie osób oczekujących, medianie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania oraz liczbie osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia zostały zaprezentowane również w odniesieniu do 9 świadczeń, objętych sprawozdawczością z zakresu list oczekujących. Zgodnie z załącznikiem nr 10 do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia w przypadku tych 9 świadczeń świadczeniodawcy są zobowiązani do prowadzenia odrębnych list oczekujących i przesyłania informacji sprawozdawczych przygotowanych w oparciu o dane pochodzące z list oczekujących na te świadczenia.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2012 roku wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajduje się na listach oczekujących do następujących poradni specjalistycznych: okulistycznych, kardiologicznych, neurologicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej i ginekologiczno-położniczych/położniczo-ginekologicznych. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie kardiologiczne wyróżniają się największą wartością mediany średniego czasu oczekiwania określoną dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” kształtującą się na poziomie 69 dni. Należy zauważyć, że do poradni ginekologiczno-położniczych/położniczo-ginekologicznych mediana średniego czasu oczekiwania wynosi 0 dni. W przypadku tych poradni mamy do czynienia z najwyższym odsetkiem komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania równy jest 0 dni (53%). Dla pozostałych poradni wymienionych w tabeli nr IV.7 ww. parametr zawiera się w przedziale od 11% do 22%. Spośród komórek organizacyjnych wykazanych w tabeli nr IV.8. poradnie okulistyczne oraz ginekologiczno-położnicze/położniczo-ginekologiczne wyróżniają się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od lutego do grudnia 2012 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wynosi odpowiednio: 1 416 182 i 1 087 448.

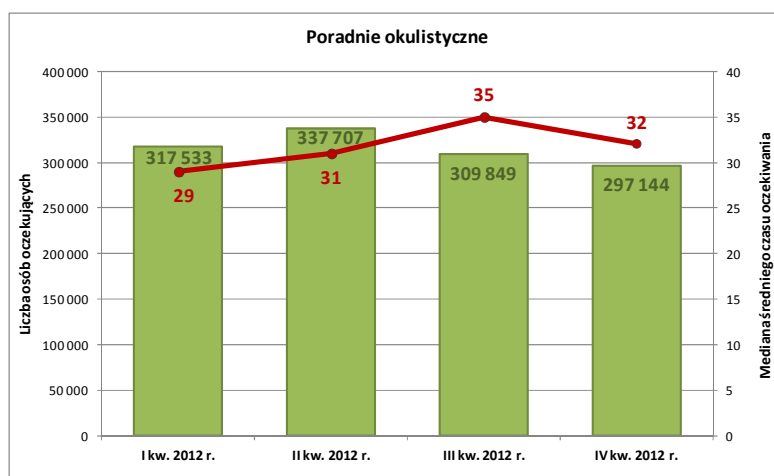
Tabela nr IV.7. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 5 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” wg stanu na koniec grudnia 2012 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)		Procent komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni
			mediana	kwartył trzeci	
1	Poradnie okulistyczne	297 144	32	71	21
2	Poradnie kardiologiczne	136 941	69	126	11
3	Poradnie neurologiczne	129 114	27	53	22
4	Poradnie chirurgii urazowo-ortopedycznej	124 133	25	48	18
5	Poradnie ginekologiczno-położnicze/położniczo-ginekologiczne	102 090	0	17	53

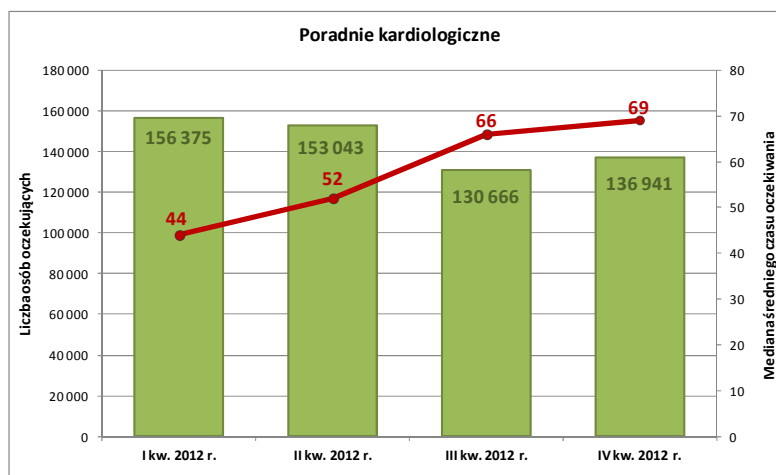
Tabela nr IV.8. Informacje o osobach skreślonych okresie luty-grudzień 2012 roku z list oczekujących do 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” wg stanu na koniec grudnia 2012 r.

Lp.	Nazwa komórek organizacyjnych	Łączna liczba osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym	Udział liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych
1	Poradnie okulistyczne	1 674 121	1 416 182	85%
2	Poradnie kardiologiczne	586 981	447 787	76%
3	Poradnie neurologiczne	878 851	694 824	79%
4	Poradnie chirurgii urazowo-ortopedycznej	982 750	795 511	81%
5	Poradnie ginekologiczno-położnicze/położniczo-ginekologicznych	1 299 393	1 087 448	84%

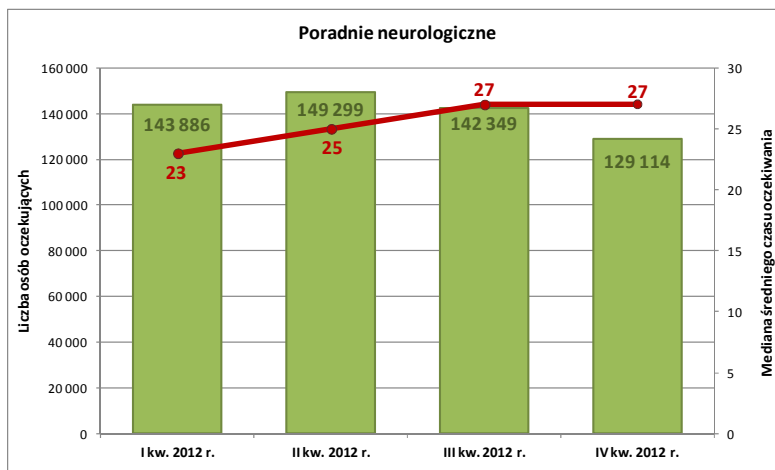
Wykres nr IV.4. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni okulistycznych według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



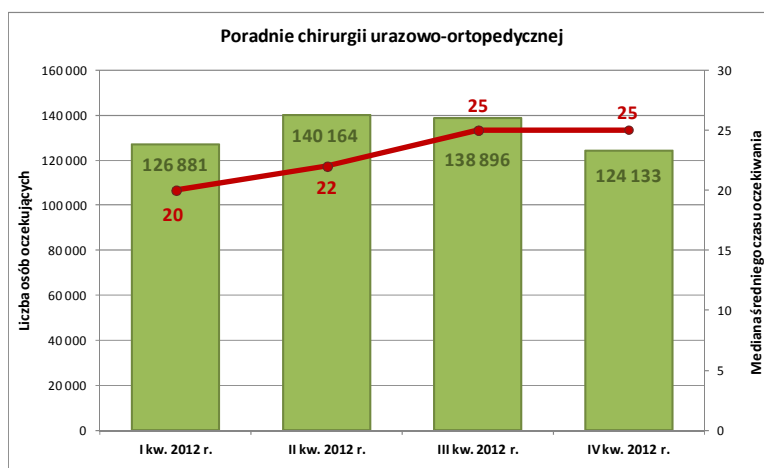
Wykres nr IV.5. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni kardiologicznych według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



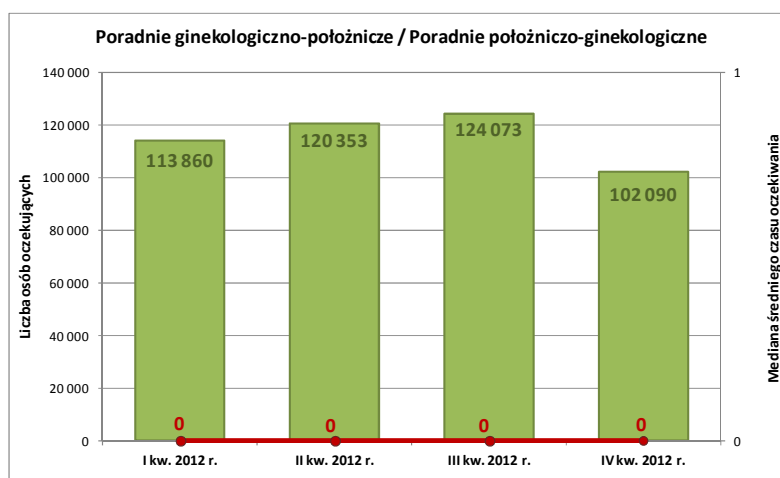
Wykres nr IV.6. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni neurologicznych według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.7. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.8. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni ginekologiczno-położniczych/położniczo-ginekologicznych według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Leczenie szpitalne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców, według stanu na koniec grudnia 2012 roku wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajduje się na listach oczekujących do następujących oddziałów szpitalnych: chirurgii urazowo-ortopedycznej, otolaryngologicznych/otorynolaryngologicznych, chirurgicznych ogólnych, okulistycznych i neurochirurgicznych. Spośród ww. komórek organizacyjnych, oddziały neurochirurgiczne i chirurgii urazowo-ortopedycznej wyróżniają się największą wartością mediany średniego czasu oczekiwania określoną dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” kształtującą się na poziomie 75 dni oraz najniższym odsetkiem komórek organizacyjnych ze średnim czasem oczekiwania równym 0 dni (odpowiednio 9% i 19%). Najwyższą wartość, wynoszącą 30%, parametr ten przyjmuje dla oddziałów chirurgicznych ogólnych i okulistycznych (tabela nr IV.9). Spośród komórek organizacyjnych wykazanych w tabeli nr IV.10 oddziały chirurgiczne ogólne, a następnie oddziały otolaryngologiczne/otorynolaryngologiczne wyróżniają się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od lutego do grudnia 2012 roku z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wynosi odpowiednio: 157 894 i 82 539.

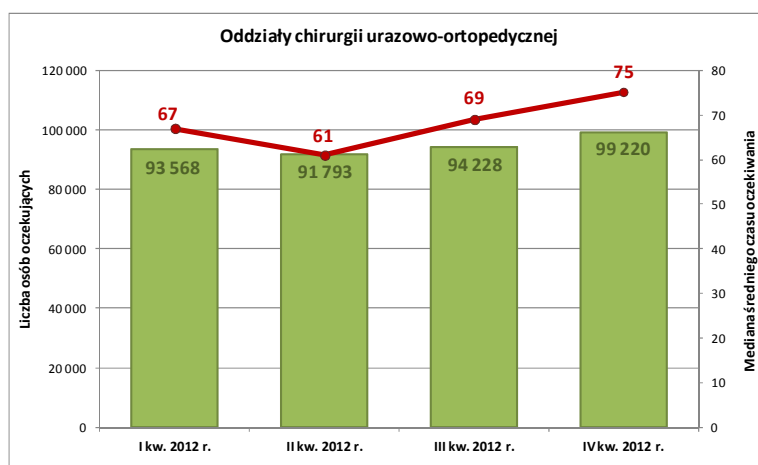
Tabela nr IV.9. Leczenie szpitalne – 5 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec grudnia 2012 roku.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)		Procent komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni
			mediana	kwartyl trzeci	
1	Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	99 220	75	185	19
2	Oddziały otolaryngologiczne/otorynolaryngologicznych	54 690	73	117	14
3	Oddziały chirurgiczne ogólne	51 438	24	51	30
4	Oddziały okulistyczne	21 187	42	120	30
5	Oddziały neurochirurgiczne	19 897	75	138	9

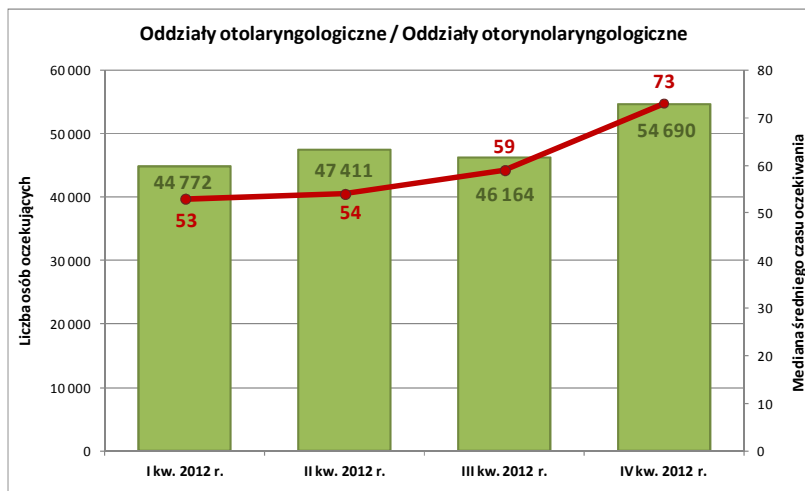
Tabela nr IV.10. Informacje o osobach skreślonych w okresie luty-grudzień 2012 roku z list oczekujących do 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” wg stanu na koniec grudnia 2012 roku.

Lp.	Nazwa komórek organizacyjnych	Łączna liczba osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym	Udział liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych
1	Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	103 684	69 485	67%
2	Oddziały otolaryngologiczne/otorynolaryngologiczne	108 756	82 539	76%
3	Oddziały chirurgiczne ogólne	193 302	157 894	82%
4	Oddziały okulistyczne	48 840	29 567	61%
5	Oddziały neurochirurgiczne	19 296	13 435	70%

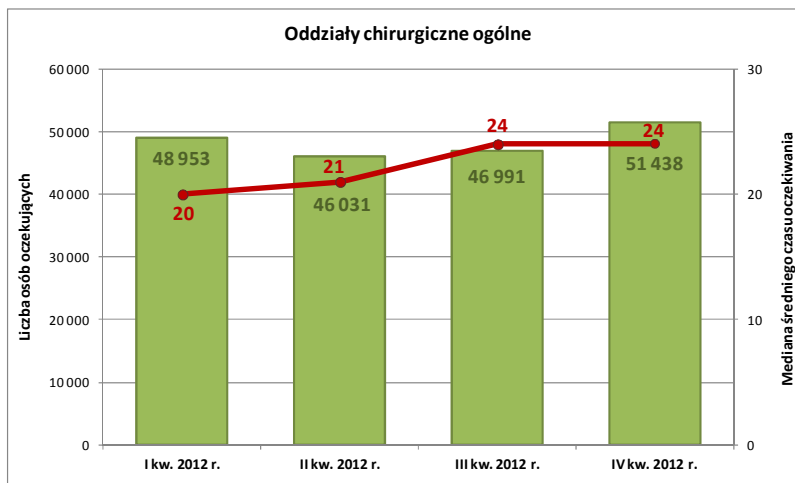
Wykres nr IV.9. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



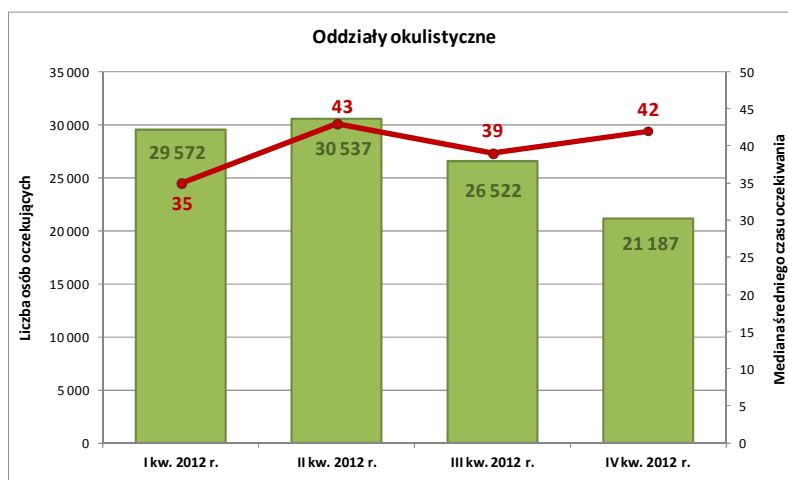
Wykres nr IV.10. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów otolaryngologicznych/otorynolaryngologicznych według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



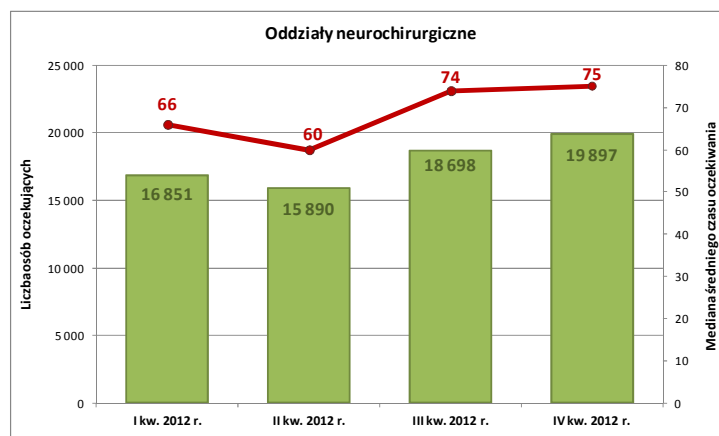
Wykres nr IV.11. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów chirurgicznych ogólnych według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.12. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów okulistycznych według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.13. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów neurochirurgicznych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców, według stanu na koniec grudnia 2012 roku wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajduje się na listach oczekujących do następujących komórek organizacyjnych związanych z chorobami psychicznymi i uzależnieniami: poradni zdrowia psychicznego, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży/poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, oddziałów/ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu, oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych i oddziałów/ośrodków leczenia uzależnień. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie specjalistyczne wyróżniają się zdecydowanie mniejszymi wartościami średniego czasu oczekiwania, a także wyższymi odsetkami komórek, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni. Największa wartość mediany średniego czasu oczekiwania odnotowywana jest w przypadku oddziałów/ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu (32 dni). Pomimo, że do poradni zdrowia psychicznego, oczekuje znacznie większa liczba osób niż w przypadku pozostałych komórek organizacyjnych udzielających świadczeń w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, średni czas oczekiwania nie jest długi. Jedynie w przypadku 25% poradni zdrowia psychicznego przekracza 34 dni, a w przypadku 39% poradni wynosi 0 dni (tabela nr IV.11). Spośród komórek organizacyjnych wykazanych w tabeli nr IV.12. poradnie zdrowia psychicznego wyróżniają się pod względem największej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od lutego do grudnia 2012 roku z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wynosi 283 017.

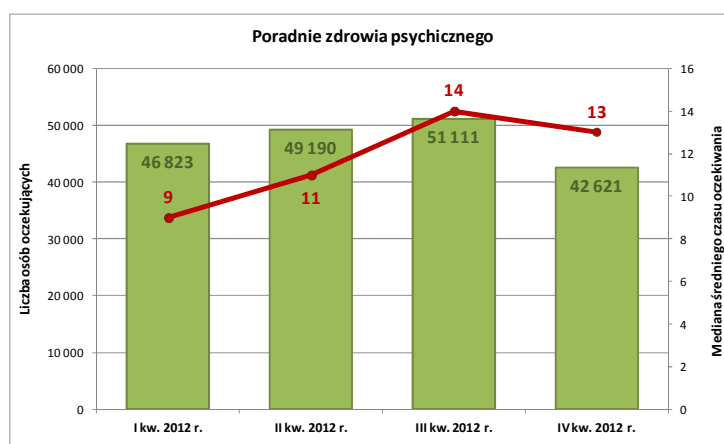
Tabela nr IV.11. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – 5 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec grudnia 2012 roku.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)		Procent komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni
			mediana	kwartył trzeci	
1	Poradnie zdrowia psychicznego	42 621	13	34	39
2	Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży/poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci	5 771	21	48	27
3	Oddziały/ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu	5 177	32	85	26
4	Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych	2 609	24	72	36
5	Oddziały/ośrodki leczenia uzależnień	2 005	24	51	31

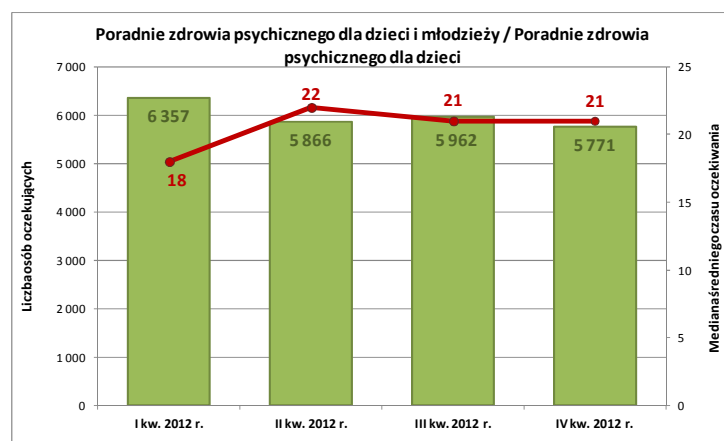
Tabela nr IV.12. Informacje o osobach skreślonych w okresie luty-grudzień 2012 roku z list oczekujących do 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec grudnia 2012 roku.

Lp.	Nazwa komórek organizacyjnych	Łączna liczba osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym	Udział liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych
1	Poradnie zdrowia psychicznego	358 824	283 017	79%
2	Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży/poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci	36 359	27 932	77%
3	Oddziały/ośrodki terapii uzależnienia od alkoholu	14 228	7 289	51%
4	Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych	4 605	3 502	76%
5	Oddziały/ośrodki leczenia uzależnień	8 932	3 884	43%

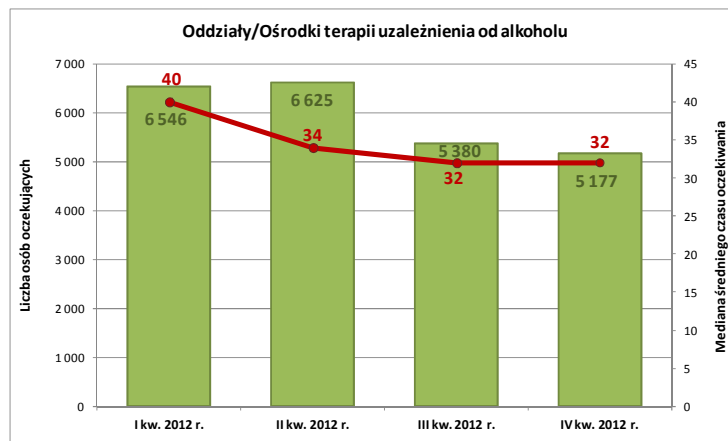
Wykres nr IV.14. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni zdrowia psychicznego według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



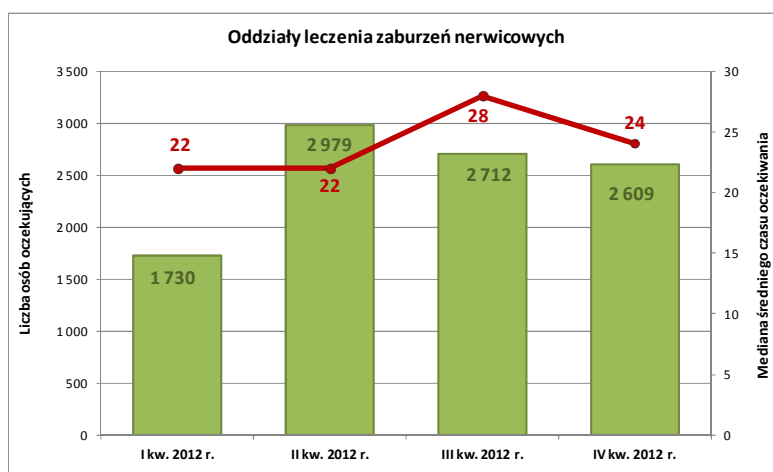
Wykres nr IV.15. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży/poradni zdrowia psychicznego dla dzieci według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



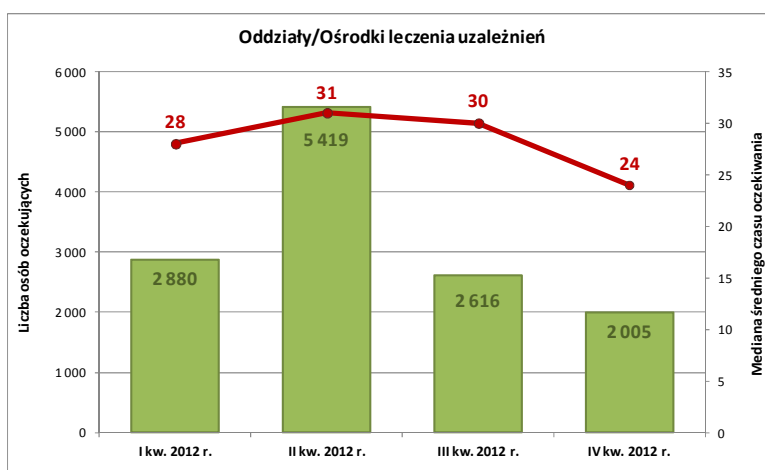
Wykres nr IV.16. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów/ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres IV.17. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres IV.18. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów/ ośrodków leczenia uzależnień według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Rehabilitacja lecznicza

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców, według stanu na koniec grudnia 2012 roku wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajduje się na listach oczekujących do następujących komórek organizacyjnych

realizujących świadczenia rehabilitacji leczniczej: działów (pracowni) fizjoterapii, oddziałów rehabilitacyjnych, poradni rehabilitacyjnych, ośrodków rehabilitacji dziennej, oddziałów rehabilitacji narządu ruchu. W przypadku oddziałów szpitalnych realizujących świadczenia rehabilitacji leczniczej odnotowujemy znacznie dłuższe średnie czasy oczekiwania niż w przypadku pozostałych komórek organizacyjnych realizujących świadczenia tego rodzaju. Jedynie w przypadku 7% oddziałów rehabilitacyjnych i 14% oddziałów rehabilitacyjnych narządu ruchu, średni czas oczekiwania, według danych za grudzień 2012 roku, wynosi 0 dni. Najmniejsze wartości mediany średniego czasu oczekiwania występują dla poradni rehabilitacyjnych (23 dni) i ośrodków rehabilitacji dziennej (36 dni) – tabela nr IV.13. Spośród komórek organizacyjnych wykazanych w tabeli nr IV.14. działy (pracownie) fizjoterapii wyróżniają się ze względu na największą liczbę osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od lutego do grudnia 2012 roku z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wynosi 1 772 869.

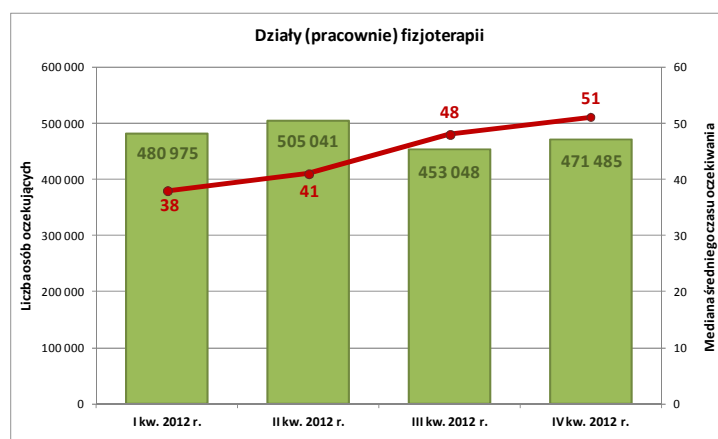
Tabela nr IV.13. Rehabilitacja lecznicza – 5 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec grudnia 2012 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)		Procent komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni
			mediana	kwartyl trzeci	
1	Działy (pracownie) fizjoterapii	471 485	51	90	13
2	Oddziały rehabilitacyjne	131 783	229	408	7
3	Poradnie rehabilitacyjne	112 986	23	57	21
4	Ośrodki rehabilitacji dziennej	43 572	36	102	26
5	Oddziały rehabilitacji narządu ruchu	13 786	151	422	14

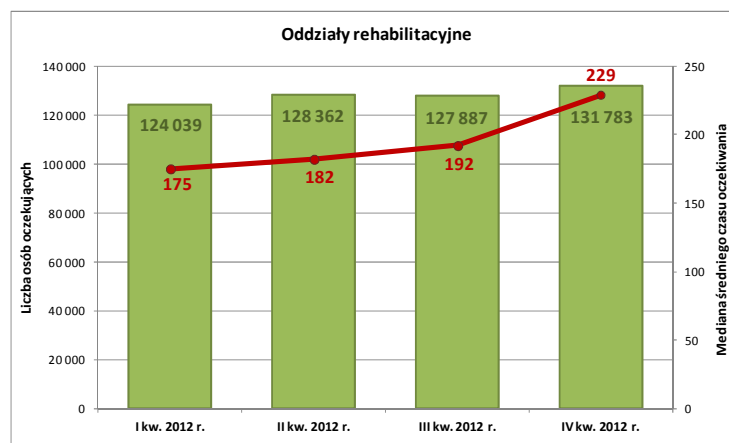
Tabela nr IV.14. Informacje o osobach skreślonych w okresie luty – grudzień 2012 roku z list oczekujących do 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” wg stanu na koniec grudnia 2012 r.

Lp.	Nazwa komórek organizacyjnych	Łączna liczba osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym	Udział liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych
1	Działy (pracownie) fizjoterapii	2 115 929	1 772 869	84%
2	Oddziały rehabilitacyjne	79 747	60 148	75%
3	Poradnie rehabilitacyjne	777 734	647 675	83%
4	Ośrodki rehabilitacji dziennej	97 518	80 336	82%
5	Oddziały rehabilitacji narządu ruchu	6 648	5 645	85%

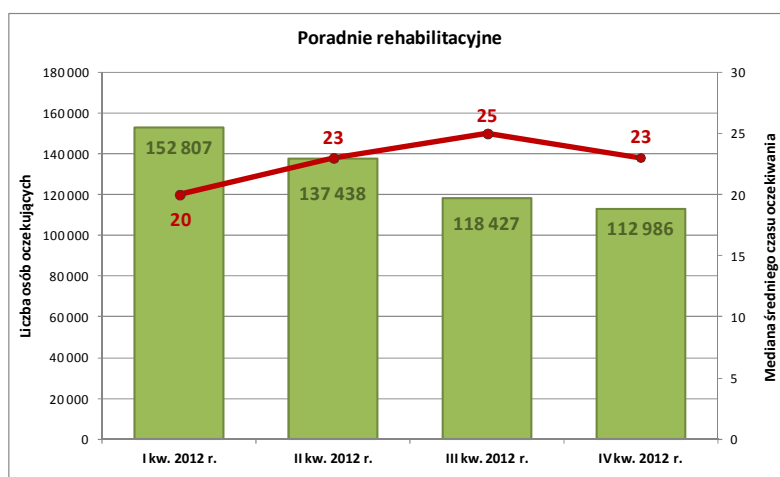
Wykres nr IV.19. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do działów (pracowni) fizjoterapii według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



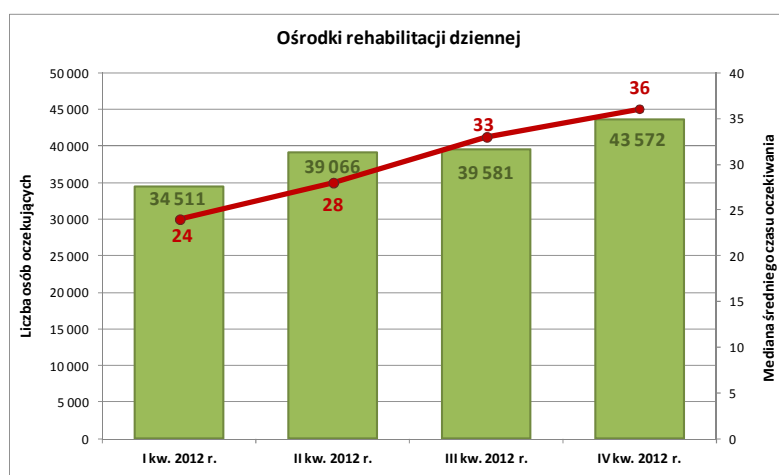
Wykres nr IV.20. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów rehabilitacyjnych według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



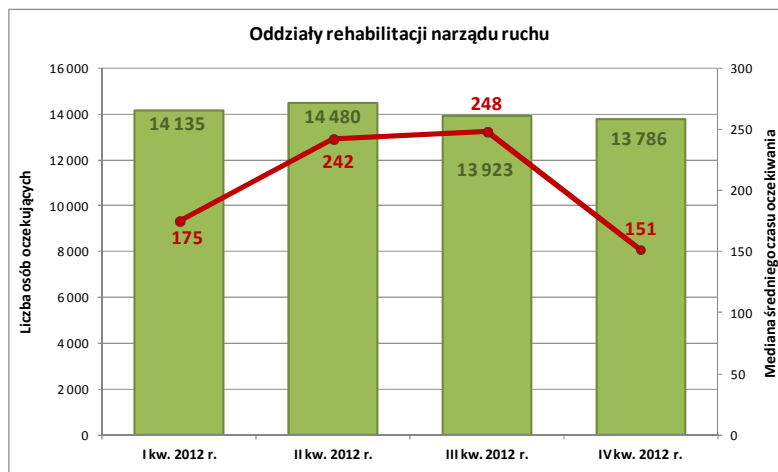
Wykres nr IV.21. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni rehabilitacyjnych według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.22. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do ośrodków rehabilitacji dziennej według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.23. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów rehabilitacji narządu ruchu według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców, według stanu na koniec grudnia 2012 roku wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajduje się na listach oczekujących do następujących komórek organizacyjnych realizujących świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej: zakładów/oddziałów opiekuńczo-leczniczych, pielęgniarskiej opieki długoterminowej/pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej i zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych. Największa wartość mediany średniego czasu oczekiwania, wynosząca 42 dni, odnotowywana jest w przypadku zakładów/oddziałów opiekuńczo-leczniczych. Należy jednak dodać, że do 21% zakładów/oddziałów opiekuńczo-leczniczych średni czas oczekiwania według danych za grudzień 2012 roku wynosi 0 dni. Identyczną wartość parametr ten przyjmuje dla zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych, natomiast w przypadku pielęgniarskiej opieki długoterminowej/pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej jest ponad trzykrotnie większy i kształtuje się na poziomie 66% (tabela nr IV.15). Spośród komórek organizacyjnych wykazanych w tabeli nr IV.16 zakłady/oddziały opiekuńczo-lecznicze, a następnie pielęgniarska opieka długoterminowa/pielęgniarska opieka długoterminowa domowa wyróżniają się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od lutego do grudnia 2012 roku z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wynosi odpowiednio: 8 492 i 8 243.

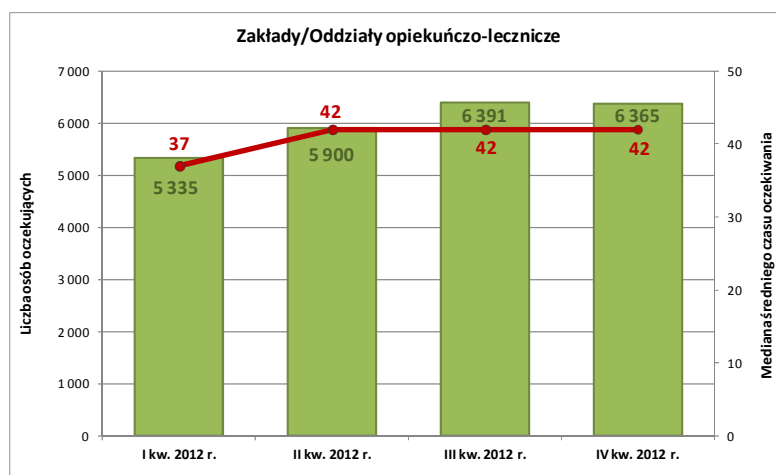
Tabela IV.15. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej – 3 komórki organizacyjne z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec grudnia 2012 roku.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)		Procent komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni
			mediana	kwartył trzeci	
1	Zakłady/Oddziały opiekuńczo-lecznicze	6 365	42	98	21
2	Pielęgniarska opieka długoterminowa/pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	5 538	0	20	66
3	Zakłady/Oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze	2 060	39	84	21

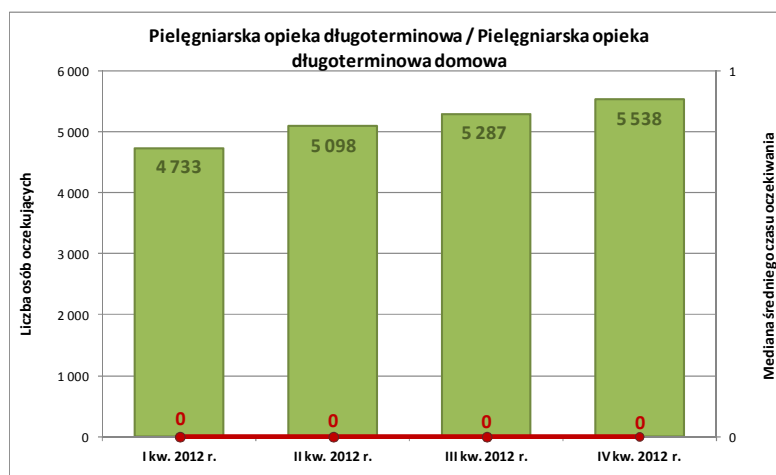
Tabela nr IV.16. Informacje o osobach skreślonych w okresie luty-grudzień 2012 roku z list oczekujących do 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec grudnia 2012 roku.

Lp.	Nazwa komórek organizacyjnych	Łączna liczba osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym	Udział liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych
1	Zakłady/Oddziały opiekuńczo-lecznicze	14 699	8 492	58%
2	Pielęgniarska opieka długoterminowa/pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	11 962	8 243	69%
3	Zakłady/Oddziały pielęgnacyjno-opiekuńcze	4 740	2 436	51%

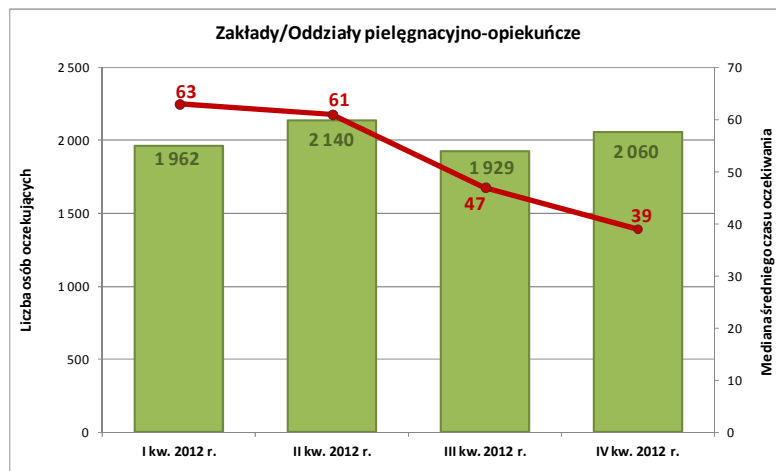
Wykres nr IV.24. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do zakładów/oddziałów opiekuńczo-leczniczych według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.25. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do pielęgniarstwa długoterminowego/pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres IV.26. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Opieka paliatywna i hospicyjna

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2012 roku wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajduje się na listach oczekujących do hospicjów domowych, hospicjów stacjonarnych i oddziałów medycyny paliatywnej. Należy jednak podkreślić, że liczba osób oczekujących nie przekracza w skali kraju dla poszczególnych komórek organizacyjnych 700, a mediana średniego czasu oczekiwania wynosi 0 dni. W przypadku hospicjów domowych odnotowujemy najwyższy odsetek komórek organizacyjnych ze średnim czasem oczekiwania równym 0 dni. Dla ww. komórki organizacyjnej parametr ten wynosi 80% (tabela nr IV.17). Spośród komórek organizacyjnych wykazanych w tabeli nr IV.18 hospicja domowe wyróżniają się ze względu na największą liczbę osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od lutego do grudnia 2012 roku z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wynosi 5 332.

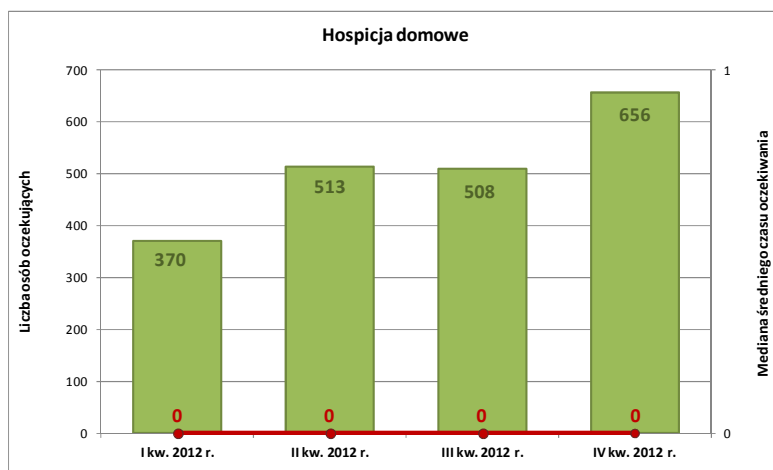
Tabela nr IV.17. Opieka paliatywna i hospicyjna – 3 komórki organizacyjne z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” wg stanu na koniec grudnia 2012 roku.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)		Procent komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni
			mediana	kwartył trzeci	
1	Hospicja domowe	656	0	0	80
2	Hospicja stacjonarne	484	0	6	63
3	Oddziały medycyny paliatywnej	380	0	3	68

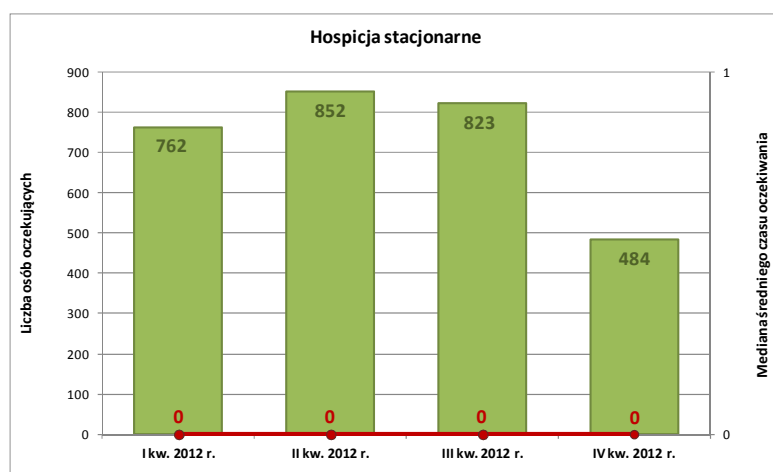
Tabela nr IV.18. Informacje o osobach skreślonych w okresie luty – grudzień 2012 roku z list oczekujących do 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec grudnia 2012 roku.

Lp.	Nazwa komórek organizacyjnych	Łączna liczba osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym	Udział liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych
1	Hospicja domowe	6 806	5 332	78%
2	Hospicja stacjonarne	4 399	2 509	57%
3	Oddziały medycyny paliatywnej	2 150	1 267	59%

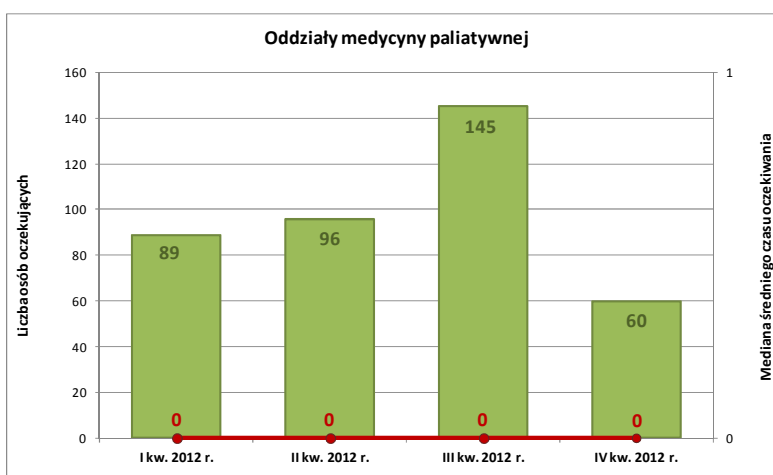
Wykres nr IV.27. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do hospicjów domowych według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.28. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do hospicjów stacjonarnych według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.29. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do oddziałów medycyny paliatywnej według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2011 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Leczenie stomatologiczne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców, według stanu na koniec grudnia 2012 roku wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajduje się na listach oczekujących do następujących komórek organizacyjnych

realizujących świadczenia stomatologiczne: poradni stomatologicznych, poradni ortodontycznych, poradni protetyki stomatologicznej, poradni chirurgii stomatologicznej i poradni stomatologicznych dla dzieci. Poradnie ortodontyczne oraz poradnie protetyki stomatologicznej wyróżniają się na tle pozostałych wymienionych w tabeli nr IV.19 znacznie większą wartością mediany średniego czasu oczekiwania, wynoszącą odpowiednio 78 i 36 dni. Jedynie w przypadku poradni stomatologicznych dla dzieci mediana średniego czasu oczekiwania wynosi 0 dni. W przypadku ww. poradni obserwujemy także wysoki odsetek komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni. Według danych za grudzień 2012 roku odsetek ten kształtuje się na poziomie 71%. Spośród komórek organizacyjnych wykazanych w tabeli nr IV.20 poradnie stomatologiczne wyróżniają się ze względu na największą liczbę osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od lutego do grudnia 2012 roku z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wynosi 1 824 624.

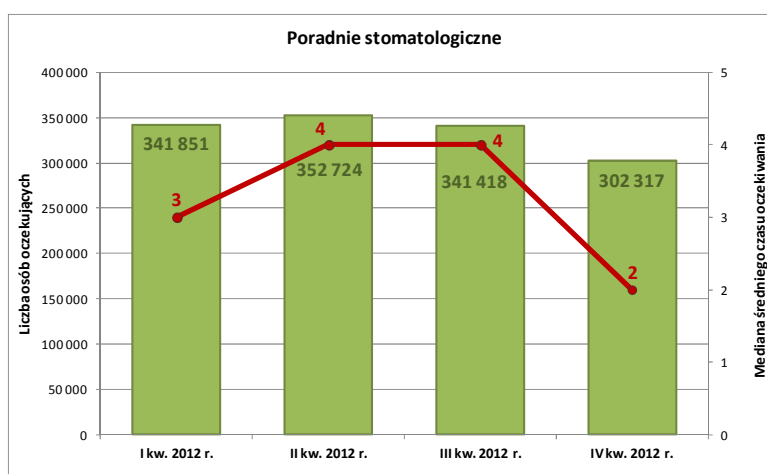
Tabela nr IV.19. Leczenie stomatologiczne – 5 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec grudnia 2012 roku.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)		Procent komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni
			mediana	kwartył trzeci	
1	Poradnie stomatologiczne	302 317	2	32	49
2	Poradnie ortodontyczne	87 967	78	274	25
3	Poradnie protetyki stomatologicznej	52 193	36	206	33
4	Poradnie chirurgii stomatologicznej	13 657	1	21	50
5	Poradnie stomatologiczne dla dzieci	5 204	0	5	71

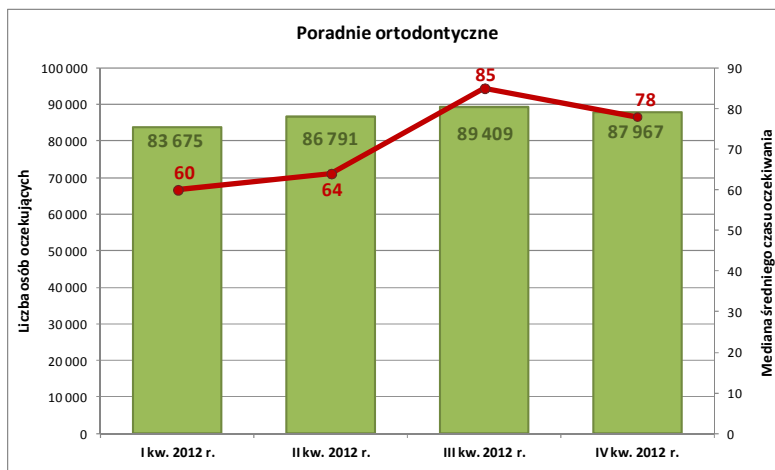
Tabela nr IV.20. Informacje o osobach skreślonych w okresie luty- grudzień 2012 roku z list oczekujących do 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia w rodzaju leczenie stomatologiczne z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec grudnia 2012 roku.

Lp.	Nazwa komórek organizacyjnych	Łączna liczba osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym	Udział liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych
1	Poradnie stomatologiczne	2 140 710	1 824 624	85%
2	Poradnie ortodontyczne	140 855	116 043	82%
3	Poradnie protetyki stomatologicznej	72 669	58 916	81%
4	Poradnie chirurgii stomatologicznej	106 338	88 686	83%
5	Poradnie stomatologiczne dla dzieci	71 066	60 564	85%

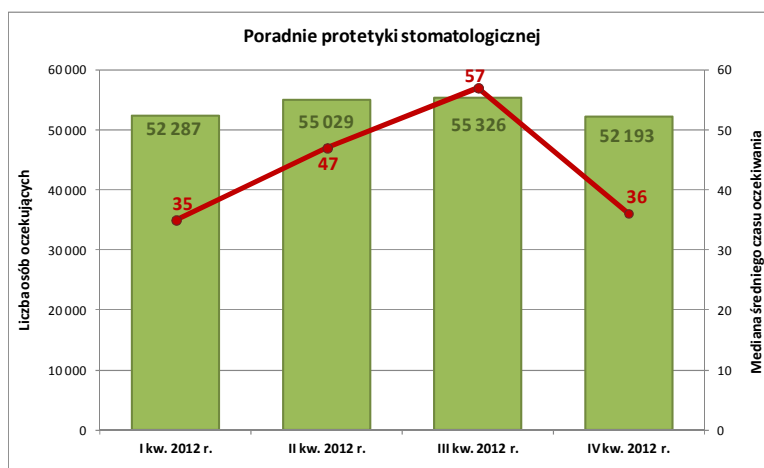
Wykres nr IV.30. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni stomatologicznych według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



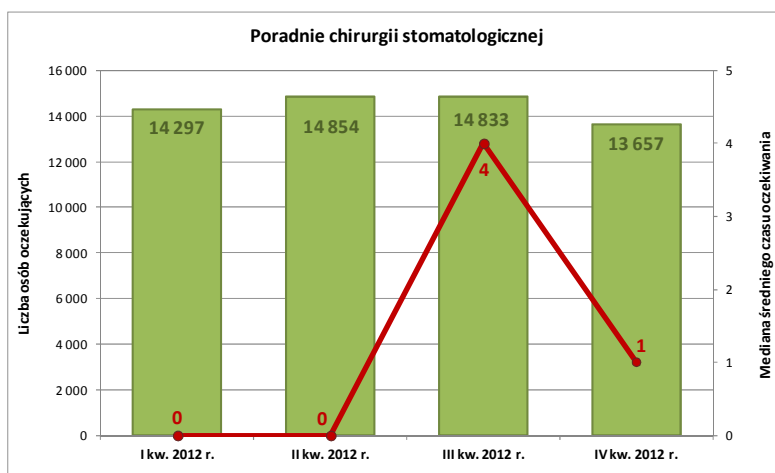
Wykres nr IV.31. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni ortodontycznych według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



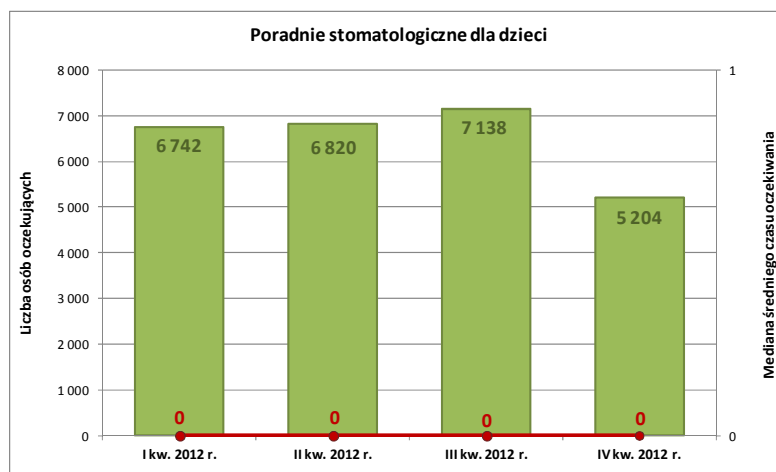
Wykres nr IV.32. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni protetyki stomatologicznej według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.33. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni chirurgii stomatologicznej według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr VI.34. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania do poradni stomatologicznych dla dzieci według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wybrane procedury medyczne, programy lekowe, świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Z przekazanych przez świadczeniodawców informacji z zakresu list oczekujących na wybrane świadczenia, według stanu na koniec grudnia 2012 roku wynika, że największa łączna liczba osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajduje się na listach oczekujących na świadczenia rezonansu magnetycznego i wynosi 104 486 osób według stanu na koniec grudnia 2012 roku. Mediana średniego czasu oczekiwania na świadczenia rezonansu magnetycznego kształtuje się na poziomie 62 dni, a do 8% komórek organizacyjnych realizujących te świadczenia średni czas oczekiwania wynosi 0 dni. Drugim świadczeniem, na które w skali kraju oczekuje najwięcej osób, jest koronarografia. Łączna liczba osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” wynosi 8 684 osób według stanu na koniec grudnia 2012 roku, a mediana średniego czasu oczekiwania kształtuje się na poziomie 30 dni. Trzeba jednak zaznaczyć, że do 18% komórek organizacyjnych wykonujących koronarografię średni czas oczekiwania wynosi 0 dni, a do 75% nie przekracza 64 dni (tabela nr IV.21). Ponad 4 200 osób według stanu na koniec grudnia 2012 roku oczekuje na zabiegi w zakresie ciała szklanego (witrektomia), do połowy komórek organizacyjnych realizujących te zabiegi średni czas oczekiwania nie przekracza 20 dni, natomiast w przypadku 44% komórek wynosi 0 dni.

Świadczeniodawcy przekazują również informacje z zakresu list oczekujących na wybrane programy lekowe. W przypadku programów lekowych najwięcej osób na koniec 2012 roku oczekuje do komórek organizacyjnych realizujących program leczenia przewlekłego WZW typu C. Na liście osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2012 roku znajduje się 3 157 osób, zaś mediana średniego czasu oczekiwania wynosi 36 dni. Zwraca uwagę fakt, że do 45% komórek realizujących program leczenia przewlekłego WZW typu C średni czas oczekiwania wynosi 0 dni. Drugim pod względem liczby osób oczekujących jest program leczenia przewlekłego WZW typu B. Na rozpoczęcie leczenia oczekuje według stanu na koniec 2012 roku w skali kraju 1 211 osób. Do 60% komórek organizacyjnych realizujących ten program średni czas oczekiwania wynosi 0 dni.

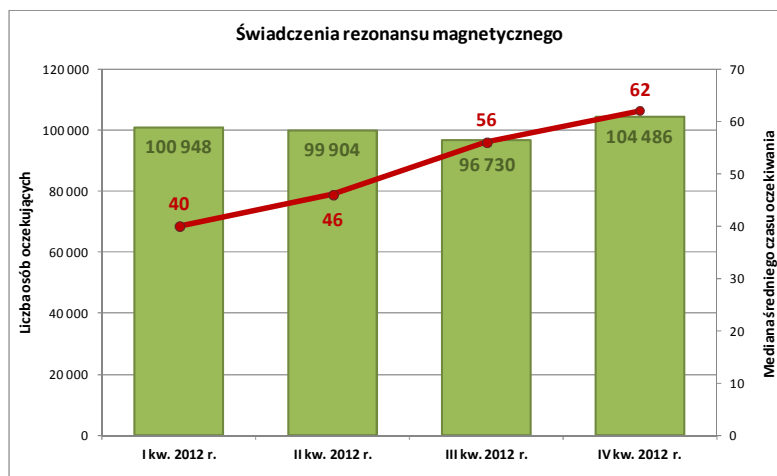
Tabela nr IV.21. Charakterystyka procedur medycznych, programów lekowych, świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, w przypadku których istnieje obowiązek przekazywania informacji z zakresu list oczekujących – informacja za grudzień 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)		Procent komórek organizacyjnych, do których średni czas oczekiwania wynosi 0 dni
			mediana	kwartył trzeci	
1	Świadczenie rezonansu magnetycznego	104 486	62	87	8
2	Koronarografia	8 684	30	64	18
3	Zabiegi w zakresie ciała szklanego (witrektomia)	4 203	20	69	44
4	Leczenie przewlekłego WZW typu C	3 157	36	174	45
5	Leczenia przewlekłego WZW typu B dośzklistkowych przeciwciała monoklonalnego ANTY-VEGF	1 211	0	112	60
6	Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji	995	4	35	48
7	Leczenie stwardnienia rozsianego	700	0	69	55
8	Wszczepienie/wymiana rozruszników dwujamowych	646	8	24	44
9	Wszczepienie/wymiana rozruszników jednojamowych	252	5	23	46

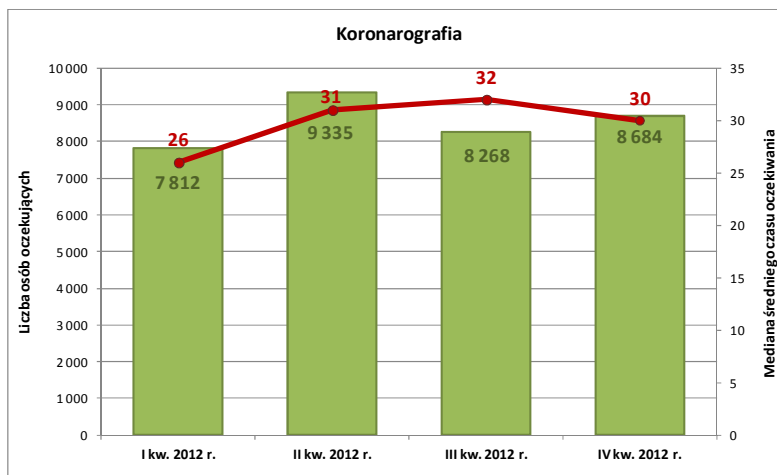
Tabela nr IV.22. Informacja o osobach skreślonych w okresie luty-grudzień 2012 roku z list oczekujących na wybrane świadczenia według stanu na koniec grudnia 2012 roku.

Lp.	Nazwa komórek organizacyjnych	Łączna liczba osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym	Udział liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w łącznej liczbie osób skreślonych
1	Świadczenie rezonansu magnetycznego	423 511	324 470	77%
2	Koronarografia	47 469	39 079	82%
3	Zabiegi w zakresie ciała szklanego (witrektomia)	6 518	5 008	77%
4	Leczenie przewlekłego WZW typu C	2 748	2 002	73%
5	Leczenie przewlekłego WZW typu B	841	532	63%
6	Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji dożłaskowych przeciwciała monoklonalnego ANTY-VEGF	4 918	4 161	85%
7	Leczenie stwardnienia rozsianego	959	633	66%
8	Wszczepienie/wymiana rozruszników dwujamowych	3 263	2 848	87%
9	Wszczepienie/wymiana rozruszników jednojamowych	1 975	1 524	77%

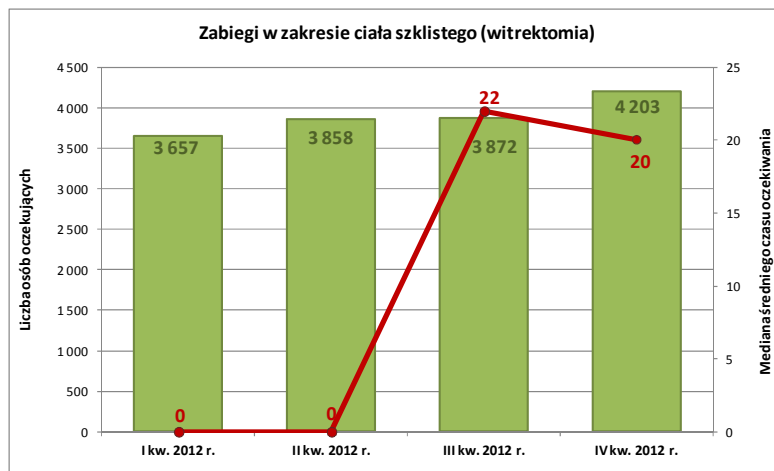
Wykres nr IV.35. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na świadczenia rezonansu magnetycznego według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



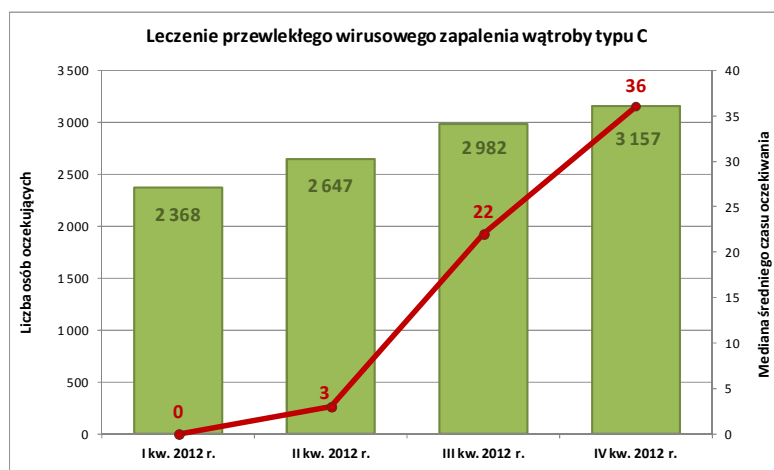
Wykres IV.36. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na koronarografie według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



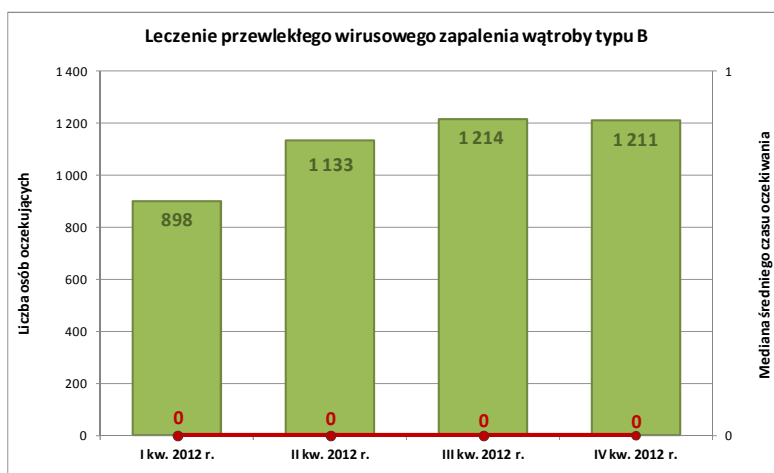
Wykres nr IV.37. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na zabiegi w zakresie ciała szklistego (witrektomia) według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



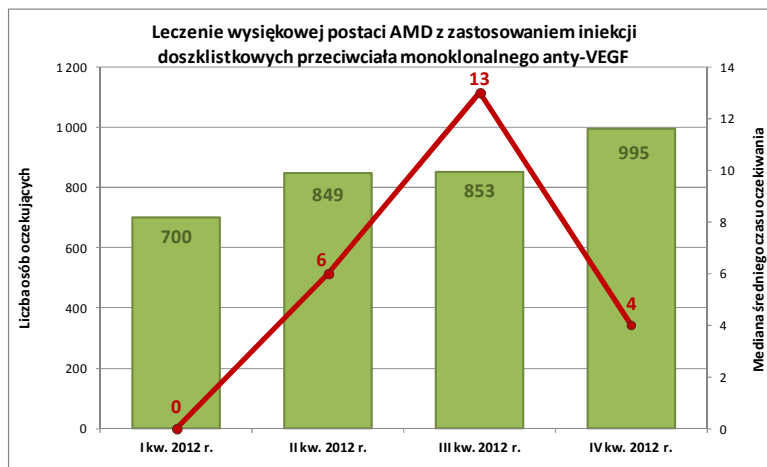
Wykres nr IV.38. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



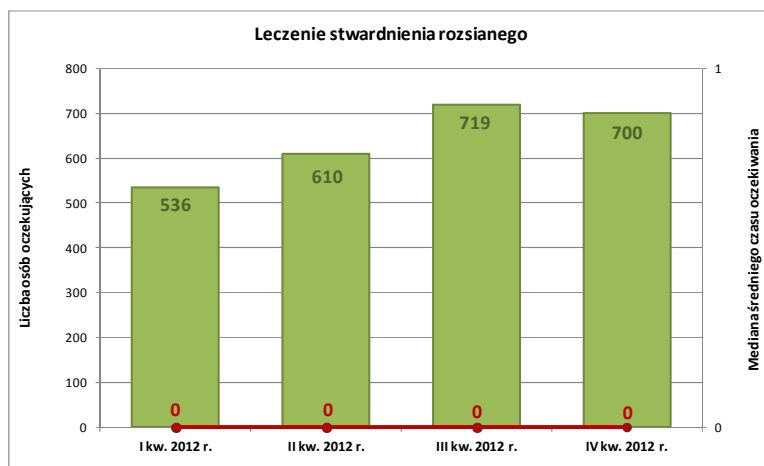
Wykres nr IV.39. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



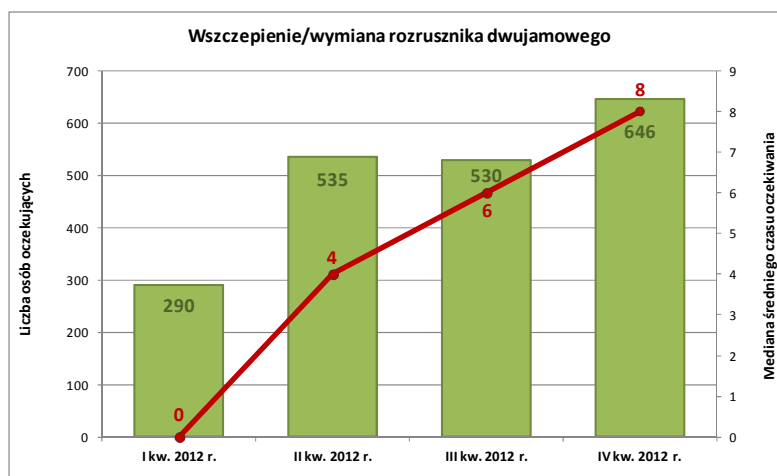
Wykres nr IV.40. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszkliskowych przeciwciała monoklonalnego anti-VEGF według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



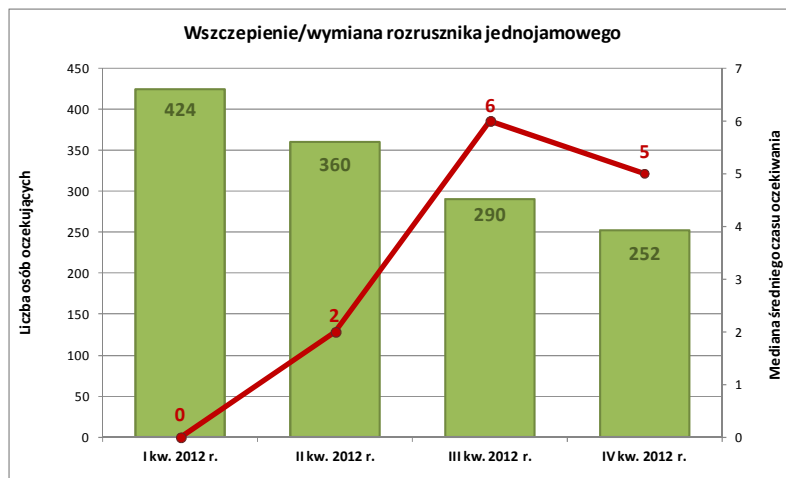
Wykres nr IV.41. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na leczenie stwardnienia rozsianego według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.42. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na wszczepienie/wymianę rozrusznika dwujamowego według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Wykres nr IV.43. Liczba osób oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na wszczepienie/wymianę rozrusznika jednojamowego według stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2012 roku dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.



Zgodnie z zawartymi przez świadczeniodawców umowami o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne świadczeniodawcy mają również obowiązek prowadzenia list oczekujących na wybrane świadczenia w aplikacji udostępnionej przez oddziały wojewódzkie Funduszu. Wprowadzono również zasady, zgodnie z którymi świadczeniodawcy zostali zobowiązani do prowadzenia w ww. aplikacji list oczekujących na następujące świadczenia: zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka), endoprotezoplastykę stawu biodrowego, rewizję po endoprotezoplastyce stawu biodrowego, endoprotezoplastykę stawu kolanowego, rewizję po endoprotezoplastyce stawu kolanowego.

Za pośrednictwem udostępnionej aplikacji świadczeniodawcy przekazywali do Funduszu imienne dane o osobach oczekujących na ww. świadczenia w zakresie określonym w § 8 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2008 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 123, poz. 801, z późn. zm.).

Tabela nr IV.23. Liczba osób oczekujących oraz średni czas oczekiwania na wybrane procedury medyczne w skali kraju w podziale na kategorie medyczne według stanu na koniec grudnia 2012 roku.

Lp.	Procedura medyczna	Przypadek pilny		Przypadek stabilny	
		Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)	Liczba osób oczekujących	Średni czas oczekiwania (w dniach)
1	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	18 848	162	382 019	428
2	Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	6 958	228	65 278	457
3	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	5 336	299	56 601	504
4	Rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego	668	101	1 319	220
5	Rewizja po endoprotezoplastyce stawu kolanowego	205	88	283	156
6	Usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka)	92	13	2 237	43

Dane o liczbie osób oczekujących i medianie średniego czasu oczekiwania na wybrane procedury w podziale na kategorie medyczne, przedstawione w tabeli nr IV.23, prezentują stan na koniec grudnia 2012 roku. Ze względu na największą liczbę osób oczekujących należy wyróżnić zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) – 382 019 osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” i 18 848 osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny”, natomiast najdłuższe czasy oczekiwania występują na endoprotezoplastykę stawu kolanowego. Wartość średniego czasu oczekiwania określona dla osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” wynosi w skali kraju w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego 504 dni, natomiast dla kategorii medycznej „przypadek pilny” 299 dni.

IV.4. Skargi i wnioski składane przez świadczeniobiorców

W Funduszu, w 2012 roku, skargi i wnioski były rozpatrywane na podstawie przepisów zarządzenia Nr 31/2010/DSS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 1 lipca 2010 r. w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia (ze zm.).

Skargi i wnioski wnoszone były w formie pisemnej, za pomocą telefaksu, poczty elektronicznej za pośrednictwem Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej (ePUAP) oraz ustnie do protokołu.

W oddziałach wojewódzkich Funduszu rozpatrywano skargi i wnioski wniesione bezpośrednio do oddziałów oraz przekazane do rozpatrzenia przez Centralę Funduszu i inne instytucje przekazujące je do rozpatrzenia zgodnie z właściwością. W oddziałach rozpatrywane były skargi i wnioski dotyczące realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców oraz związane z działalnością na działalność oddziałów wojewódzkich Funduszu.

W Centrali Funduszu rozpatrywane były skargi i wnioski bezpośrednio przekazane do rozpatrzenia przez Skarżących oraz przez inne instytucje. Skargi i wnioski dotyczyły naruszenia praw pacjentów przez świadczeniodawców, z którymi Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, wykonywania zadań przez pracowników Centrali oraz dyrektorów oddziałów.

Liczba skarg i wniosków

W 2012 r. do Funduszu wpłynęło ogółem 6 140 skarg i wniosków, w tym 59 skarg za pośrednictwem Elektronicznej Platformy Usług Administracji Publicznej (ePUAP).

Rozpatrzono 4 881 skarg i wniosków, w tym:

- w oddziałach wojewódzkich Funduszu – 4 530 skarg i 2 wnioski,
- w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia – 349 skarg.

Oddziały wojewódzkie i Centrala Funduszu przekazały 324 skargi i 1 wniosek do rozpatrzenia zgodnie z kompetencjami do:

- rzeczników odpowiedzialności zawodowej – 129,
- świadczeniodawców – 83,
- innych instytucji – 112,
- Ministerstwa Zdrowia – 1 wniosek.

Liczba skarg i wniosków rozpatrzonych w Funduszu w 2012 roku zmniejszyła się o ok. 4,3% w stosunku do 2011 roku, w którym rozpatrzono 5 093 skarg i wniosków.

Tabela nr IV.24. Liczba skarg i wniosków rozpatrzonych w 2012 roku przez poszczególne oddziały wojewódzkie i Centralę Funduszu, z uwzględnieniem podmiotu przekazującego skargę/wniosek do rozpatrzenia.

oddział wojewódzki Funduszu	liczba skarg i wniosków rozpatrzonych w oddziałach wojewódzkich i Centrali Funduszu			
	ogółem	z tego:		
		przekazanych bezpośrednio przez Skarżących	przekazanych przez Centralę Funduszu	przekazanych przez inny podmiot
1	2	3	4	5
Dolnośląski*	529	514	3	12
Kujawsko-Pomorski	152	143	3	6
Lubelski	72	72	0	0
Lubuski	191	184	0	7
Łódzki*	476	449	6	21
Małopolski	76	70	4	2
Mazowiecki*	682	562	56	64
Opolski	102	98	3	1
Podkarpacki	131	123	4	4
Podlaski	144	127	11	6
Pomorski	51	37	8	6
Śląski*	1 065	1 023	21	21
Świętokrzyski	156	139	9	8
Warmińsko-Mazurski	137	125	2	10
Wielkopolski	276	254	9	13
Zachodniopomorski	292	267	8	17
SUMA	4 532	4 187	147	198
Centrala	349	299	0	50
RAZEM	4 881	4 486	147	248

* oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia o wysokiej liczbie skarg i wniosków

Najwięcej skarg i wniosków zostało złożonych bezpośrednio przez skarżących – 4 486, co stanowi 91,9% wszystkich skarg i wniosków rozpatrzonych przez Fundusz. Odsetek ten zmienił się nieznacznie w stosunku do 2011 roku, wówczas wynosił 91,7%.

Mając na względzie realizację przepisów dotyczących terminowości rozpatrywania skarg i wniosków w Funduszu, należy stwierdzić, iż w większości oddziałów wojewódzkich i Centrali Funduszu, w 2012 roku skargi i wnioski rozpatrywane były terminowo. W przypadku nierozpatrzenia skargi lub wniosku w terminie wskazanym w aktualnie obowiązujących przepisach prawa, skarżący byli na bieżąco informowani o przyczynach niezłażenia skargi lub wniosku oraz o wydłużeniu okresu ich rozpatrzenia. Ponadto wskazywano nowy termin złażenia skargi lub wniosku oraz informowano o etapach prowadzonego postępowania wyjaśniającego.

Łącznie, w Funduszu, w 2012 roku, terminowego okresu rozpatrywania skarg i wniosków dotrzymano w stosunku do 94,7% wszystkich rozpatrzonych. Analogicznie w 2011 roku terminowego okresu rozpatrywania skarg i wniosków dotrzymano w stosunku do 96,8% wszystkich rozpatrzonych.

Postępowania dotyczące wyjaśnienia spraw oraz gromadzenie niezbędnej w sprawach dokumentacji pozwalają ocenić zasadność wnoszonych skarg i wniosków. Wśród skarg rozpatrzonych jako zasadne najwięcej dotyczyło:

- nieuzasadnionego pobierania opłat za wykonanie świadczenia opieki zdrowotnej, w tym także za świadczenia udzielane ciężarnym,
- ograniczonego dostępu do świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego,
- odmowy realizacji świadczeń opieki zdrowotnej.

Wśród skarg rozpatrzonych jako niezasadne największy procent stanowią skargi dotyczące:

- dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej,
- odmowy udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej osobom, które nie okazały się dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń w przypadku leczenia planowego,
- jakości udzielanych świadczeń,
- sposobu rozliczania świadczeń z Funduszem,
- pobierania opłat za gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej,
- sposobu realizacji transportu sanitarnego,
- realizacji recept, odmowy wypisywania recept przez lekarzy POZ osobom chorym przewlekle,

- organizacji udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, błędnego udzielania informacji pacjentom przez pracowników podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakresie dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń,
- odmowy udzielenia świadczeń opieki zdrowotnej w izbie przyjęć szpitala,
- trybu oraz sposobu rozpatrywania i potwierdzania skierowań na leczenie uzdrowiskowe, potwierdzania zleceń na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- żywienia i warunków socjalno-bytowych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego,
- braku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z podmiotem wykonującym działalność leczniczą,
- zachowania pracowników delegatur i oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Celem szczegółowego porównania liczby skarg składanych w 2012 roku, w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu, określono wskaźnik skarg na 100 tys. mieszkańców dla poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Tabela nr IV.25. Współczynnik liczby skarg i wniosków w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu.

Skargi i wnioski dotyczące udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do liczby mieszkańców województwa (dane GUS na 30.06.2012 r.)			
oddział wojewódzki Funduszu	liczba ludności	liczba skarg i wniosków na 100 000 mieszkańców w oddziałach wojewódzkich Funduszu 2012 roku	
		liczba skarg i wniosków	współczynnik
1	2	3	4
Dolnośląski	2 915 245	529	18,15
Kujawsko-Pomorski	2 097 818	152	7,25
Lubelski	2 168 616	72	3,32
Lubuski	1 023 102	191	18,67
Łódzki	2 528 632	476	18,82
Małopolski	3 350 350	76	2,27
Mazowiecki	5 293 224	682	12,88
Opolski	1 012 296	102	10,08
Podkarpacki	2 128 921	131	6,15
Podlaski	1 199 724	144	12
Pomorski	2 286 746	51	2,23
Śląski	4 620 624	1 065	23,05
Świętokrzyski	1 275 511	156	12,23
Warmińsko-Mazurski	1 451 950	137	9,44
Wielkopolski	3 458 881	276	7,98
Zachodniopomorski	1 722 149	292	16,96
CAŁY KRAJ	38 533 789	4 532	11,76

Współczynnik skarg na 100 tys. mieszkańców w 2012 roku liczony dla całego kraju, wyniósł 11,76 i wzrósł nieznacznie w stosunku do współczynnika skarg w 2011 roku wówczas wynosił 11,26.

Skargi i wnioski dotyczące świadczeniodawców

W 2012 roku rozpatrzono łącznie 3 654 skargi na świadczeniodawców, z czego w oddziałach wojewódzkich Funduszu rozpatrzono 3 624 skargi, co stanowi 99,2% wszystkich rozpatrzonych skarg, zaś w Centrali Funduszu rozpatrzono 30 skarg. Ogólna liczba skarg i wniosków dotyczących świadczeniodawców rozpatrzonych w 2012 roku zmniejszyła się o ok. 4,5% w stosunku do 2011 roku (3 820 skarg i 2 wnioski).

Tabela nr IV.26. Liczba skarg i wniosków dotyczących świadczeniodawców w podziale na rodzaje świadczeń.

rodzaj świadczenia	liczba skarg i wniosków, rozpatrzonych w 2011 roku	liczba skarg i wniosków, rozpatrzonych w 2012 roku
1	2	3
podstawowa opieka zdrowotna	734	791
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	1 012	948
leczenie szpitalne	760	648
gospodarka lekami	43	65
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	91	60
rehabilitacja lecznicza	241	237
opieka paliatywna i hospicyjna	3	19
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	52	26
leczenie stomatologiczne	356	351
lecznictwo uzdrowiskowe	214	246
pomoc doraźna i transport sanitarny	12	5
ratownictwo medyczne	86	57
profilaktyczne programy zdrowotne	46	32
świadczenia odrębnie kontraktowane	29	11
sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze	42	48
SUMA	3 721	3 544
inne	130	110
wnioski	13	0
RAZEM	3 864	3 654

Poniżej przedstawiono tematykę najczęściej składanych skarg i wniosków na świadczeniodawców w poszczególnych rodzajach świadczeń:

Podstawowa opieka zdrowotna:

- dostępność i jakość udzielanych świadczeń:
 - odmowa przyjęcia deklaracji do lekarza oraz do pielęgniarki,
 - odmowa udzielenia (również kontynuacji leczenia) świadczenia opieki zdrowotnej, w tym także odmowa wydania skierowania na badania diagnostyczne,
 - odmowa udzielenia świadczenia w przypadku braku dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej,
 - limitowanie liczby dziennych przyjęć do lekarza, brak możliwości uzyskania porady w dniu zgłoszenia, trudność z telefonicznym ustaleniem wizyty lekarskiej, odmowa udzielenia porady przez lekarza nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej również w warunkach domowych,
 - odmowa realizacji transportu sanitarnego,
 - zastrzeżenia do prawidłowości realizacji harmonogramu czasu pracy lekarza oraz pielęgniarki,
- pozostałe:
 - niewłaściwe zachowanie personelu udzielającego świadczeń,
 - pobieranie opłat za świadczenia gwarantowane.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna:

- dostępność i jakość udzielanych świadczeń:
 - długi okres oczekiwania na uzyskanie porady,
 - odmowa udzielenia świadczenia z powodu braku dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń (również dziecku),
 - zastrzeżenia do sposobu rejestracji, trudności z uzyskaniem wizyty kontrolnej, trudności z telefonicznym ustaleniem terminu wizyty, odmowa realizacji wizyty domowej,
 - nieprzestrzeganie godzin pracy poradni wynikających z harmonogramu, niewłaściwa organizacja pracy placówek realizujących świadczenia opieki zdrowotnej,

- nieprawidłowo prowadzona lista oczekujących, trudności w zarejestrowaniu się do lekarza specjalisty, również w trybie pilnym, zmiana wcześniej wyznaczonych terminów konsultacji bez informowania Pacjentów, nierespektowanie przepisów dotyczących przypadków „pilnych”,
- nierespektowanie przez świadczeniodawców przepisów w zakresie prawa do korzystania ze świadczeń poza kolejnością przez osoby uprawnione,
- kierowanie Pacjentów na badania poza systemem,
- odmowa wypisania recepty, wypisywanie recept pełnopłatnych pomimo posiadania prawa do refundacji,
- pozostałe:
 - pobranie opłat za świadczenia gwarantowane,
 - nieuprzejme zachowanie lekarza udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej oraz pozostałego personelu medycznego pracującego w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, brak informacji o miejscu realizacji zleconych badań diagnostycznych.

Leczenie szpitalne:

- dostępność i jakość udzielanych świadczeń:
 - zastrzeżenia do sposobu udzielania i jakości świadczeń gwarantowanych,
 - żądanie od Pacjentów dodatkowego dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń,
 - odmowa przyjęcia Pacjenta do planowej hospitalizacji z powodu „rejonizacji”,
 - sposób udzielania świadczeń oraz niewłaściwa organizacja udzielania świadczeń w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w izbie przyjęć szpitala,
 - długi okres oczekiwania na uzyskanie świadczenia,
 - nieuzasadniona zmiana terminu zabiegu operacyjnego, wstrzymanie wykonywania zabiegów z powodu przekroczenia kwoty zawartej umowy,
 - sposób prowadzenia listy oczekujących, odmowa wpisania na listę osób oczekujących,
- pozostałe:
 - nieuprzejme zachowanie lekarza, brak kompetencji personelu medycznego,
 - pobranie opłat za gwarantowane świadczenia szpitalne.

Tabela nr IV.27. Liczba skarg rozpatrzonych w Funduszu w podziale na skargi dotyczące dostępności do świadczeń oraz ich jakości.

rodzaj świadczeń zdrowotnych	liczba skarg na			
	świadczeniodawców	dostępność do świadczeń	jakość świadczenia	pozostałe
1	2	3	4	5
podstawowa opieka zdrowotna	791	510	183	98
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	948	626	222	100
leczenie szpitalne	648	402	158	88
gospodarka lekiem	65	50	10	5
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	60	34	17	9
rehabilitacja lecznicza	237	159	46	32
opieka paliatywna i hospicyjna	19	8	7	4
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	26	13	10	3
leczenie stomatologiczne	351	135	172	44
lecznictwo uzdrowiskowe	246	14	161	71
pomoc doraźna i transport sanitarny	5	2	3	0
ratownictwo medyczne	57	24	28	5
profilaktyczne programy zdrowotne	32	17	10	5
świadczenia odrębnie kontraktowane	11	5	6	0
sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze	48	11	25	12
inne skargi	110	61	15	34
wnioski	0	0	0	0
RAZEM	3 654	2 071	1 073	510

Uwzględniając liczbę skarg i wniosków należy podkreślić, że 56,7% wszystkich skarg i wniosków rozpatrzonych w 2012 rok dotyczyło dostępności do świadczeń, a 29,3% – jakości udzielanych świadczeń. Powyższa proporcja zmieniła się nieznacznie w stosunku do 2011 roku, kiedy to 55,6% wszystkich wpływających skarg i wniosków dotyczyło dostępności do świadczeń, a 29,1% jakości udzielanych świadczeń.

Na podstawie prowadzonego postępowania wyjaśniającego w procesie rozpatrywania skarg i wniosków wpływających do oddziałów wojewódzkich Funduszu, podejmowano decyzje o skierowaniu wniosków do właściwych komórek organizacyjnych oddziałów wojewódzkich o przeprowadzenie postępowań kontrolnych u świadczeniodawców.

W 2012 roku komórki organizacyjne rozpatrujące skargi i wnioski w oddziałach wojewódzkich Funduszu wystąpiły ze 106 wnioskami o przeprowadzenie kontroli.

Do końca 2012 roku w oddziałach wojewódzkich Funduszu zakończono 66 postępowań kontrolnych u świadczeniodawców, z czego część postępowań z okresów sprawozdawczych 2011 roku. Część wniosków o przeprowadzenie kontroli znajduje się w toku postępowania, ewentualnie została włączona przez komórki kontrolne oddziałów wojewódzkich Funduszu do kontroli planowych lub komórka kontrolna po dokonaniu analizy sprawy odrzuciła wniosek o przeprowadzenie kontroli.

Przeprowadzone kontrole dotyczyły:

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej: 10 zasadnych i 6 niezasadnych,
- podstawowej opieki zdrowotnej: 9 zasadnych i 6 niezasadnych,
- leczenia szpitalnego: 7 zasadnych,
- warunków pobytu i jakości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w zakładach uzdrowiskowych: 5 zasadnych i 1 niezasada,
- rehabilitacji leczniczej: 4 zasadne i 2 niezasadne,
- leczenia stomatologicznego: 3 zasadne i 2 niezasadne,
- świadczeń odrębnie kontraktowanych: 2 zasadne i 1 niezasada,
- opieki paliatywnej i hospicyjnej: 2 zasadne,
- świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych: 2 zasadne i 2 niezasadne,
- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień: 1 niezasada,
- zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środki pomocnicze: 1 zasada.

W związku ze skargą na świadczeniodawcę wniesioną przez pacjenta, która była skutkiem wykazania przez oddział podkarpacki, zrealizowania na rzecz pacjenta przez dwóch świadczeniodawców świadczenia protetycznego, po przeprowadzeniu przez oddział postępowania wyjaśniającego w sprawie, złożył on do Prokuratury Rejonowej w Strzyżowie zawiadomienie o uzasadnionym podejrzeniu naruszenia przepisów art. 193 pkt 4 ustawy o świadczeniach. Sąd Rejonowy w Strzyżowie potwierdził zasadność zarzutów oraz nałożył na świadczeniodawcę karę grzywny.

Skargi i wnioski dotyczące działalności Funduszu

Skargi i wnioski w zakresie działalności Funduszu dotyczyły przede wszystkim sposobu rozpatrywania skierowań na leczenie uzdrowiskowe oraz braku umów na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Łącznie w 2012 roku na działalność Funduszu rozpatrzono 1 225 skarg i 2 wnioski.

Tabela nr IV.28. Liczba skarg rozpatrzonych w oddziałach wojewódzkich Funduszu, dotyczących działalności Funduszu w 2012 roku.

oddział wojewódzki	liczba skarg złożona na działalność Funduszu
1	2
Dolnośląski	18
Kujawsko-Pomorski	24
Lubelski	5
Lubuski	24
Łódzki	40
Małopolski	4
Mazowiecki	138
Opolski	14
Podkarpacki	8
Podlaski	19
Pomorski	11
Śląski	526
Świętokrzyski	20
Warmińsko-Mazurski	2
Wielkopolski	46
Zachodniopomorski	7
RAZEM	906

Skargi na działalność oddziałów wojewódzkich Funduszu rozpatrzone w oddziałach wojewódzkich dotyczyły poniżej wymienionych problemów:

- realizacji skierowań na leczenie uzdrowiskowe – sposobu rozpatrywania, długiego okresu oczekiwania na rozpatrzenie i potwierdzenie, kwalifikowania do leczenia uzdrowiskowego, niepotwierdzenia skierowania z powodu przeciwwskazania, niezadowolenia z miejsca i terminu leczenia, nierespektowania prawa komatantów do realizacji świadczeń poza kolejnością, konieczności weryfikacji skierowań, odmowy potwierdzenia skierowania wspólnie z inną osobą, nierzetelnego sposobu przekazywania informacji,
- realizacji zleceń na zaopatrzenie ortopedyczne – odmowy potwierdzenia zlecenia, długiego okresu oczekiwania na potwierdzenie zlecenia, odmowy rejestracji zlecenia na zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze,
- ograniczenia dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej z powodu niepodpisania umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne,
- zastrzeżeń do odpowiedzi udzielanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu lub braku odpowiedzi,
- zastrzeżeń do organizacji i sposobu obsługi Pacjentów (Interesantów) w delegaturach oraz oddziałach wojewódzkich, w tym zachowania pracowników w trakcie rozmowy z Pacjentami, trudności w dodzwonieniu się do oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia,
- długiego okresu oczekiwania na uzyskanie EKUZ, organizacji wydawania EKUZ, wydawania Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego przez oddział śląski, przewlekłego postępowania w sprawie potwierdzenia wniosku o leczenie poza granicami kraju, przewlekłego rozpatrywania wniosku o wydanie formularza E106, sposobu rozpatrzenia wniosku o wydanie formularza E121.

Wnioski rozpatrzone w zakresie działalności Funduszu dotyczyły:

- utworzenia przez oddział świętokrzyski dodatkowego punktu potwierdzania zleceń na zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- usprawnienia obsługi osób w siedzibach oddziałów wojewódzkich Funduszu, poprawy komfortu osób oczekujących w Sali Obsługi Świadczeniobiorców.

Wśród skarg wnoszonych do oddziałów wojewódzkich Funduszu, największy odsetek (60,1%) stanowiły skargi dotyczące braku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz sposobu realizacji skierowań na leczenie uzdrowiskowe (26,8%).

W Centrali Funduszu w 2012 roku rozpatrzono 319 skarg, z czego 298 skarg dotyczyło działalności oddziałów wojewódzkich Funduszu, a 21 skarg – działalności Centrali Funduszu.

Tabela nr IV.29. Liczbowy i procentowy rozkład skarg rozpatrzonych w 2012 r. w Centrali Funduszu, w zakresie działalności Funduszu.

oddział wojewódzki	liczba skarg dotyczących pracy Funduszu rozpatrzonych w Centrali Funduszu	odsetek
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Dolnośląski	18	5,64
Kujawsko-Pomorski	11	3,45
Lubelski	8	2,51
Lubuski	3	0,94
Łódzki	20	6,27
Małopolski	57	17,87
Mazowiecki	50	15,67
Opolski	3	0,94
Podkarpacki	2	0,63
Podlaski	13	4,08
Pomorski	10	3,13
Śląski	75	23,51
Świętokrzyski	10	3,13
Warmińsko-Mazurski	0	0
Wielkopolski	11	3,45
Zachodniopomorski	7	2,19
Centrala	21	6,58
RAZEM	319	100

W 2012 roku w Centrali Funduszu odnotowano spadek liczby skarg rozpatrzonych na działalność oddziałów wojewódzkich Funduszu o 43,2% w stosunku do 2011 roku (740 skarg). Skargi dotyczące pracy Funduszu rozpatrzone w oddziałach wojewódzkich i Centrali Funduszu dotyczyły:

- pracy komórek organizacyjnych w Funduszu – 139 skarg,
- potwierdzania skierowań na leczenie uzdrowiskowe w oddziałach wojewódzkich Funduszu – 372 skargi,
- realizacji wniosków na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze – 20 skarg,
- pozostałe skargi niezakwalifikowane do ww. zakresów – 694 skargi.

Wśród skarg wnoszonych do Centrali Funduszu, największy odsetek – 47,0% stanowiły skargi dotyczące braku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Odsetek skarg dotyczących potwierdzania skierowań na leczenie uzdrowiskowe przez oddziały wojewódzkie Funduszu w 2012 roku w Centrali Funduszu wyniósł 40,4%. Pacjenci skarżyli się na sposób kwalifikowania do lecznictwa uzdrowiskowego oraz sposób rozpatrywania i potwierdzania skierowań na leczenie uzdrowiskowe przez oddziały wojewódzkie Funduszu.

Na działalność Centrali Funduszu w 2012 roku rozpatrzono 21 skarg, które zostały uznane za niezasadne ze względu na uregulowania prawne.

Przedmiotem skarg były: zastrzeżenia do odpowiedzi udzielanych przez Fundusz, zaniechanie działań przez Prezesa Funduszu, zarzut beczynności pracownika Centrali Funduszu (żądanie od pracownika Centrali Funduszu wpływu na świadczeniodawcę w celu przeprowadzenia zabiegu operacyjnego).

W ogólnej liczbie 1 225 skarg dotyczących działalności Funduszu, największy odsetek – 56,7% stanowiły skargi dotyczące braku umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz – 30,4% skarg na realizację skierowań na leczenie uzdrowiskowe.

V. Realizacja zadań wynikających z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego

V.1. Charakterystyka ogólna

Od 2004 roku Fundusz realizuje, na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz regulacji krajowych, zadania instytucji właściwej (instytucji miejsca zamieszkania oraz instytucji miejsca pobytu) – poprzez oddziały wojewódzkie Funduszu oraz zadania instytucji łącznikowej.

Do najważniejszych zadań realizowanych przez Fundusz 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.

Do najważniejszych działań Funduszu, pełniącego rolę instytucji łącznikowej, należą:

- utrzymywanie wzajemnych, bezpośrednich kontaktów z innymi instytucjami łącznikowymi i właściwymi państw członkowskich UE/EFTA,
- opracowywanie wytycznych dotyczących stosowania przepisów wspólnotowych oraz przekazywania informacji o zmianach w tych przepisach wraz z ich interpretacją,
- informowanie osób ubezpieczonych o ich prawach wynikających z ubezpieczenia zdrowotnego w zakresie korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego,
- rozliczanie kosztów rzeczowych świadczeń zdrowotnych udzielanych osobom uprawnionym oraz ubezpieczonym w ramach koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego,
- współpraca z instytucjami właściwymi w zakresie rozliczania tych kosztów,
- przetwarzanie danych dotyczących osób korzystających z rzeczowych świadczeń zdrowotnych w ramach koordynacji,
- udział w pracach Komisji Administracyjnej ds. Koordynacji Systemów Zabezpieczenia Społecznego oraz Komisji Obrachunkowej Unii Europejskiej,
- analiza spraw i problemów merytorycznych zgłaszanych w związku z obsługą osób ubezpieczonych i uprawnionych w ramach koordynacji.

Z dniem 1 maja 2010 roku weszło w życie rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 oraz rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009, skutkujące wprowadzeniem dokumentów SED oraz dokumentów przenośnych, które zastępują dotychczasowo stosowane formularze serii E-100. W okresie przejściowym prawodawca przewidział równoległe wykorzystywanie obu typów dokumentów. W związku z przeważającym udziałem w wymianie pomiędzy instytucjami formularzy serii E-100 na potrzeby sprawozdania zachowana została dotychczasowa nomenklatura nazewnicza, co oznacza, że użyte nazwy formularzy serii E-100 oznaczają również zastępujące je odpowiednie dokumenty SED oraz dokumenty przenośne.

Na podstawie wyników analizy porównawczej danych dotyczących realizacji przez Fundusz zadań wynikających z przepisów o koordynacji w 2012 roku oraz w latach poprzednich, zaobserwować można następujące najważniejsze zjawiska charakterystyczne dla rozwoju tego obszaru działalności:

- wzrost kwoty roszczeń, która wpłynęła do Centrali Funduszu na notach obciążeniowych wystawionych przez inne państwa członkowskie o 15,62 % w 2012 roku w stosunku do 2011 roku, przy jednoczesnym wzroście liczby załączonych do not formularzy o 28,96%. Do not tych 28 państw członkowskich UE/EFTA załączyło łącznie 99 507 formularzy rozliczeniowych E 125 na łączną kwotę 277 663 544,16 PLN (przeliczenie roszczeń na walutę polską dokonano zgodnie z tabelą kursów NBP nr 252/A/NBP/2012 z dnia 31 grudnia 2012 roku);

- wzrost liczby osób uprawnionych korzystających na terenie Polski ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Liczba formularzy rozliczeniowych E 125, jakie zostały przesłane za świadczenia udzielone w 2012 roku do innych państw członkowskich wzrosła o 6,37% w porównaniu do roku poprzedniego. Formularze te objęły rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym w 2012 roku. Całkowite koszty świadczeń wykazane na tych formularzach wzrosły przy tym o 3,57% w porównaniu do roku poprzedniego i wyniosły 119 101 457,90 PLN (z uwzględnieniem formularzy korygujących);
- spadek liczby osób ubezpieczonych, za które państwa członkowskie UE/EFTA przedstawiły rozliczenie według kwot zryczałtowanych. Liczba formularzy rozliczeniowych E 127 spadła w stosunku do roku poprzedniego o 87,75%, natomiast łączna kwota przedstawiona na formularzach E 127 w 2012 roku spadła o 90,19%;
- kontynuacja procesu wystawienia przez Fundusz roszczeń rozliczanych na podstawie kwot zryczałtowanych przedstawianych na formularzach E 127 PL. W 2012 roku oddziały wojewódzkie Funduszu wystawiły 57 323 formularze E 127 na kwotę łączną w wysokości 37 685 125,28 PLN. Koszty te dotyczyły rozliczeń ryczałtowych oraz korekt za lata 2004-2009. Ponadto, dla wystawionych w 2011 roku przez Fundusz formularzy E 127 za 2010 rok, do końca 2012 roku nie nastąpiła publikacja wysokości polskich kwot zryczałtowanych;
- wzrost bezwzględnej liczby osób uprawnionych z innych państw członkowskich, zamieszkałych na terenie Polski, które posiadają prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych w pełnym zakresie na podstawie zarejestrowanego w Funduszu formularza E 106, E 109, E 120 lub E 121;
- wzrost liczby wydanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu zaświadczeń potwierdzających prawo do świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji o 6,70% w stosunku do roku poprzedniego;
- kontynuacja procesu dostosowań wynikających ze zmiany w ustawodawstwie UE dotyczącym koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w zakresie rzeczowych świadczeń zdrowotnych, związanych z wejściem w życie z dniem 1 maja 2010 roku przepisów rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 roku w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 roku dotyczącego wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Konsekwencją powyższych zjawisk jest stały wzrost kosztów administracyjnych ponoszonych przez Fundusz na realizację zadań wynikających z przepisów o koordynacji oraz wzrost środków finansowych potrzebnych na rozliczanie kosztów udzielonych świadczeń z innymi państwami członkowskimi UE i EFTA.

V.2. Uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji

V.2.1. Zaświadczenia wydane przez Fundusz osobom ubezpieczonym

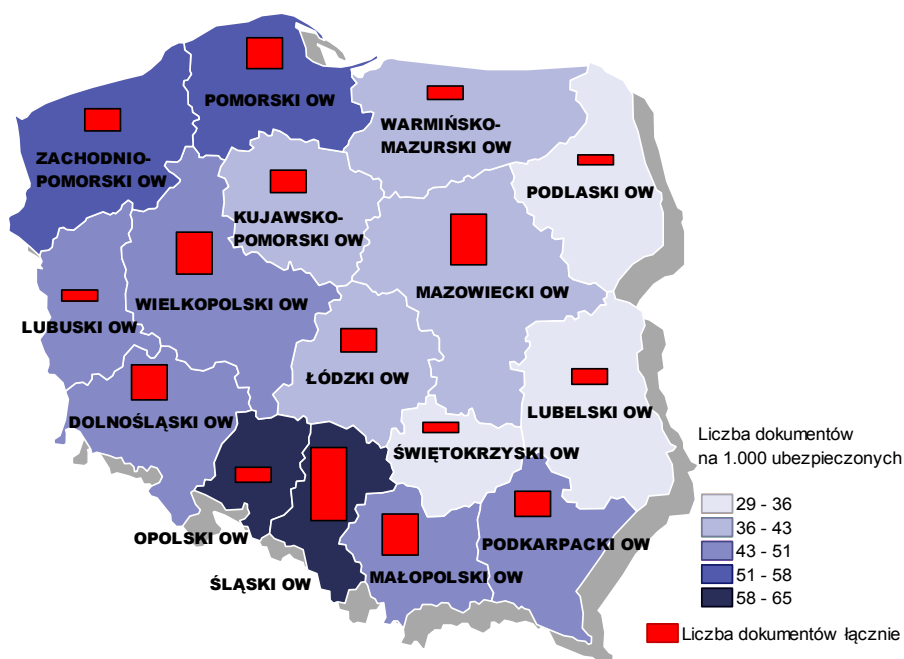
W 2012 roku oddziały wojewódzkie Funduszu wystawiły łącznie 1 576 760 dokumentów uprawniających osoby ubezpieczone w Funduszu do korzystania z rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA, co oznacza wzrost o 6,70% w stosunku do poziomu z roku poprzedniego. Z całkowitej liczby wydanych zaświadczeń 99,60% dokumentów potwierdzało uprawnienia do świadczeń w zakresie niezbędnym podczas pobytu czasowego na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA. Udział ten nie uległ istotnej zmianie w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego. Pozostałe dokumenty związane były z przeniesieniem miejsca zamieszkania do innego państwa.

Największą liczbę dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń, tak jak w poprzednim okresie sprawozdawczym, wydał oddział śląski (16,05%). Udział kolejnych 5 oddziałów kształtował się na poziomie od: 11,17% w przypadku mazowieckiego do 6,99% w przypadku pomorskiego. Pozostałych 10 oddziałów wojewódzkich Funduszu wystawiło łącznie 39,41% całkowitej liczby dokumentów wydanych przez Fundusz.

Biorąc pod uwagę liczbę ubezpieczonych na terenie poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, najwięcej zaświadczeń przypadających na 1 000 osób ubezpieczonych zostało wydanych, w oddziale opolskim, 65 dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń, przy średniej dla Polski na poziomie 45 dokumentów. Wskaźnik odchylenia od średniej liczby wydanych zaświadczeń na 1 000 osób ubezpieczonych wynosił w przypadku oddziału opolskiego 1,44. Wskaźnik ten plasował się widocznie powyżej średniej w przypadku oddziałów przygranicznych, położonych przede wszystkim w zachodniej i południowej części kraju: opolskiego, śląskiego, pomorskiego oraz zachodniopomorskiego.

Najniższe zainteresowanie ubezpieczonych dokumentami potwierdzającymi prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA zostało odnotowane w przypadku oddziałów położonych we wschodniej oraz centralnej części kraju: lubelskim, świętokrzyskim, podlaskim, łódzkim oraz mazowieckim (wykres nr V.1).

Wykres nr V.1. Liczba wydanych zaświadczeń w 2012 roku w przeliczeniu na 1 000 ubezpieczonych według oddziału wojewódzkiego Funduszu.



Zgodnie z deklaracją ubezpieczonych wskazaną na wniosku o wydanie dokumentu, w strukturze kierunków wyjazdów, tak jak w poprzednim okresie sprawozdawczym, największy udział miały Niemcy (20,59%), natomiast największej zmianie w stosunku do 2011 roku uległ w 2012 roku udział wniosków, w których ubezpieczenie nie wskazali kierunku wyjazdu (wzrost z 23,19% do 28,05%).

Wśród kolejnych, pod względem liczby wydanych dokumentów, państw stanowiących deklarowany kierunek wyjazdów znalazły się: Włochy (9,06%), Wielka Brytania (5,73%), Hiszpania (4,74%), Francja (4,40%) oraz Austria (4,15%). W związku z wyjazdem osób ubezpieczonych do jednego z sześciu ww. państw wydano łącznie 48,67% całkowitej liczby zaświadczeń wystawionych przez Fundusz w 2012 roku. Dane dotyczące liczby zaświadczeń wydanych w związku z pobytem na terenie poszczególnych państw członkowskich UE/EFTA według rodzaju dokumentu przedstawione zostały w tabeli nr V.1.

Tabela nr V.1. Liczba zaświadczeń wydanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w 2012 roku według deklarowanego państwa pobytu/państwa miejsca zamieszkania oraz rodzaju dokumentu.

Państwo UE/EFTA	EKUZ	Certyfikat	E 104	E 106	E 109	E 120	E 121	E 123	Łącznie
AUSTRIA	64 801	529	43	40	6	0	61	0	65 480
BELGIA	25 697	729	893	224	4	0	33	26	27 606
BULGARIA	34 506	43	57	75	0	0	2	0	34 683
CYPR	3 748	3	0	4	0	0	1	0	3 756
CZECHY	36 630	244	103	181	11	0	24	0	37 193
DANIA	10 473	87	8	10	1	0	1	0	10 580
ESTONIA	1 007	19	0	5	0	0	1	0	1 032
FINLANDIA	4 766	117	8	8	0	0	4	5	4 908
FRANCJA	67 807	1 338	39	103	7	0	39	30	69 363
GRECJA	41 740	58	1	12	3	0	0	0	41 814
HISZPANIA	74 400	233	6	18	2	0	30	0	74 689
HOLANDIA	31 141	593	25	57	3	0	21	0	31 840
IRLANDIA	15 020	39	6	9	0	0	16	0	15 090
ISLANDIA	1 252	4	115	2	0	0	0	0	1 373
LIECHTENSTEIN	107	0	0	0	0	0	0	0	107
LITWA	11 749	32	1	11	0	0	4	0	11 797
LUKSEMBURG	1 311	35	3	9	1	0	3	3	1 365
ŁOTWA	1 026	4	0	7	0	0	0	0	1 037
MALTA	2 995	14	1	1	0	0	1	0	3 012
NIEMCY	311 409	8 402	1 603	626	68	0	813	1 690	324 611
NORWEGIA	18 230	143	32	8	1	0	1	0	18 415
PORTUGALIA	9 779	92	0	8	0	0	1	0	9 880
RUMUNIA	3 874	13	0	58	0	0	0	0	3 945
SŁOWACJA	30 564	138	50	84	0	0	4	0	30 840
SŁOWENIA	7 713	20	0	9	0	0	2	0	7 744
SZWAJCARIA	8 039	133	7	21	2	0	4	2	8 208
SZWECJA	26 538	402	9	29	6	0	46	0	27 030
WĘGRY	33 692	74	6	52	0	0	6	0	33 830
WIELKA BRYTANIA	90 057	263	21	40	1	0	17	0	90 399
WŁOCHY	142 418	364	6	81	5	0	51	0	142 925
PAŃSTWO NIEOKREŚLONE	439 656	2 552	0	0	0	0	0	0	442 208
ŁĄCZNIE	1 552 145	16 717	3 043	1 792	121	0	1 186	1 756	1 576 760

Oddziały wojewódzkie Funduszu wydały w 2012 roku 1 552 145 kart EKUZ, będących podstawowym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń w ramach przepisów o koordynacji. Stan ważnych EKUZ na dzień 31 grudnia 2012 roku wyniósł 1 304 123 karty.

Analizując strukturę EKUZ pod kątem grup osób ubezpieczonych, które wniosowały o wydanie dokumentu, najwięcej osób deklarowało jako cel wyjazd turystyczny (83,04%). W związku z oddelegowaniem do pracy na terenie innego państwa członkowskiego oddziały wydały 190 138 kart EKUZ.

Największą grupę osób wnioskujących o kartę EKUZ stanowili pracownicy wyjeżdżający turystycznie na teren innego państwa członkowskiego UE/EFTA (31,77%). Wśród kolejnych grup pod względem liczby wydanych kart znalazły się osoby ubezpieczone jako członkowie rodziny wyjeżdżający turystycznie (29,03%) oraz pracownicy oddelegowani na podstawie dokumentu A1 (11,82%).

W strukturze wydanych w 2012 roku kart EKUZ zauważalne jest silne zjawisko sezonowości, które ukształtowało się w zbliżony sposób jak w latach poprzednich. Oddziały wojewódzkie Funduszu wydają największą liczbę dokumentów w okresach nasilonego ruchu turystycznego w okresie letnim.

V.2.2. Poświadczenia wydane na podstawie zarejestrowanych formularzy przedstawionych przez osoby uprawnione

W 2012 roku Fundusz wydał osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji ogółem 50 937 poświadczeń do zarejestrowanych formularzy E 106, E 109, E 120, E 121 oraz E 123, które uprawniały do korzystania ze świadczeń zdrowotnych na terenie Polski. W 2012 roku odnotowano wzrost liczby wystawionych poświadczeń o 25,23% w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego.

Łączna liczba osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń na terenie Polski w 2012 roku na podstawie ważnych w okresie sprawozdawczym poświadczeń wynosiła 106 827 osób. Dane szczegółowe dotyczące struktury wydanych/ ważnych w 2012 roku poświadczeń według rodzaju zarejestrowanego dokumentu i oddziału rejestrującego zostały przedstawione w tabeli nr V.2.

Tabela nr V.2. Struktura poświadczeń wydanych przez Fundusz w 2012 roku/ważnych w 2012 roku według rodzaju formularza, dla którego wydano poświadczenie oraz oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Lp.	Oddział	Liczba poświadczeń według dokumentów, na podstawie których zostały wydane											
		wydanych w roku 2012						ważnych w roku 2012					
		E 106	E 109	E 120	E 121	E 123	ŁĄCZNIE	E 106	E 109	E 120	E 121	E 123	ŁĄCZNIE
1	DOLNOŚLĄSKI	4 230	617	2	95	2	4 946	9 088	1 184	2	463	12	10 749
2	KUJAWSKO-POMORSKI	1 629	466	0	44	0	2 139	3 196	988	0	230	6	4 420
3	LUBELSKI	1 444	287	0	27	0	1 758	1 613	491	0	127	6	2 237
4	LUBUSKI	2 420	249	1	25	7	2 702	3 939	577	1	151	9	4 677
5	ŁÓDZKI	745	303	2	35	2	1 087	1 289	498	0	173	6	1 966
6	MAŁOPOLSKI	3 099	1 077	0	81	2	4 259	5 989	2 049		346	5	8 389
7	MAZOWIECKI	1 030	325	0	78	0	1 433	2 132	634	2	488	9	3 265
8	OPOLSKI	4 308	672	0	54	9	5 043	10 811	2 176	1	199	17	13 204
9	PODKARPACKI	1 810	653	0	31	0	2 494	3 510	1 194		184	1	4 889
10	PODLASKI	275	222	0	22	1	520	567	463		91	5	1 126
11	POMORSKI	4 671	881	1	74	1	5 628	9 305	1 536	2	306	9	11 158
12	ŚLĄSKI	5 759	1 389	1	147	0	7 296	12 822	2 868	2	482	1	16 175
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	703	255	1	13	3	975	1 412	496	0	100	8	2 016
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	896	295	0	36	1	1 228	1 706	536	1	192	6	2 441
15	WIELKOPOLSKI	3 023	978	1	58	6	4 066	5 860	2 058	1	310	17	8 246
16	ZACHODNIOPOMORSKI	4 604	693	0	63	3	5 363	10 004	1 566	0	285	14	11 869
	ŁĄCZNIE	40 646	9 362	9	883	37	50 937	83 243	19 314	12	4 127	131	106 827

Wśród oddziałów wojewódzkich Funduszu, w których osoby uprawnione posiadały największą liczbę formularzy ważnych w okresie sprawozdawczym przeważają oddziały położone w zachodniej oraz południowej części kraju: śląski (16 175), opolski (13 204), zachodniopomorski (11 869), pomorski (11 158), dolnośląski (10 749), małopolski (8 389) i wielkopolski (8 246), w których osoby uprawnione otrzymały w sumie 74,69% wszystkich ważnych w 2012 roku poświadczeń (tabela nr V.2).

W strukturze poświadczeń wydanych w okresie sprawozdawczym największy udział mają poświadczenia na podstawie formularza E 106 (79,80%) oraz formularza E 109 (18,38%), czyli formularzy wydawanych dla pracowników najemnych i osób prowadzących działalność gospodarczą oraz członków ich rodzin. Na podstawie formularzy E 121, który otrzymują emeryci i renciści oraz członkowie ich rodzin, wystawiono 1,73% poświadczeń. Na podstawie pozostałych formularzy wydano łącznie 46 poświadczeń.

V.3. Świadczenia zrealizowane na podstawie przepisów o koordynacji

Wielkości przedstawione w tej części sprawozdania dotyczą rozliczeń kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia zdrowotnego w 2012 roku i w latach poprzednich, dla których roszczenia na formularzach rozliczeniowych E 125 wystawionych przez Fundusz lub przez inne państwa członkowskie UE/EFTA przedstawione zostały w 2012 roku.

V.3.1. Struktura roszczeń zgłoszonych przez państwa członkowskie UE i EFTA w związku z leczeniem osób ubezpieczonych w Funduszu oraz stan zobowiązań RP na dzień 31.12.2012 r.

Od 1 stycznia do 31 grudnia 2012 roku do Centrali Funduszu wpłynęło 781 zbiorczych dokumentów rozliczeniowych, w tym: 124 noty rozliczeniowe, 169 not korygujących oraz 486 odstępień od wcześniej zgłoszonych roszczeń wystawionych przez 28 państw członkowskich UE/EFTA, do których instytucje załączyły łącznie 99 507 formularzy E 125 dotyczących rozliczeń prowadzonych w oparciu o koszt rzeczywisty. Na formularzach tych dokonano rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym w łącznej wysokości 277 663 544,16 PLN⁴.

⁴ Przeliczenie na walutę polską dokonane zgodnie z tabelą kursów średnich NBP nr 252/A/NBP/2012 z dnia 31 grudnia 2012 roku.

W porównaniu do roku poprzedniego wartość zgłoszonych roszczeń wzrosła o 15,62%, przy jednoczesnym wzroście liczby załączonych do not formularzy o 28,96%⁵.

Struktura rozliczeń przedstawionych przez poszczególne państwa członkowskie kształtuje się w sposób podobny do obserwowanej w latach poprzednich: 59,65% łącznej wartości świadczeń dotyczyła roszczeń przedstawionych przez instytucje niemieckie, 11,75% – przez instytucje francuskie, 6,76% – przez instytucje austriackie, 5,55% – przez instytucje belgijskie oraz 3,26% – przez instytucje szwedzkie (tabela nr V.3). Roszczenia przedstawione przez pozostałe 23 państwa członkowskie, które przysłały formularze rozliczeniowe w 2012 roku, stanowiły 13,03% całkowitej kwoty roszczeń.

Tabela nr V.3. Struktura roszczeń zgłoszonych w 2012 roku przez poszczególne państwa członkowskie.

Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (PLN)
Niemcy	71 581	165 635 177,24
Austria	5 153	18 766 142,93
Hiszpania	3 283	4 665 757,18
Belgia	3 231	15 409 780,68
Francja	2 598	32 616 148,63
Czechy	2 593	4 402 130,52
Włochy	2 212	3 681 487,06
Holandia	1 769	6 711 815,56
Szwecja	1 702	9 057 274,69
Słowacja	1 047	856 399,26
Szwajcaria	955	2 473 715,18
Finlandia	510	883 979,13
Wielka Brytania	464	4 185 827,24
Grecja	420	710 767,83
Węgry	306	188 962,61
Portugalia	267	230 500,89
Luksemburg	265	1 919 003,66
Słowenia	265	415 788,58
Litwa	263	188 879,60
Dania	180	1 429 894,32
Norwegia	169	3 039 807,03
Estonia	121	18 736,75
Łotwa	73	14 746,61
Islandia	21	11 582,09
Rumunia	18	96 936,79
Malta	18	20 561,19
Cypr	13	31 855,50
Bulgaria	10	-114,59
ŁĄCZNIE	99 507	277 663 544,16

Średni koszt świadczeń rozliczonych na 1 formularzu rozliczeniowym spadł o około 101,73 PLN (z 2 982,12 PLN w 2011 roku do 2 790,39 PLN w 2012 roku)².

Porównując wysokość średniego kosztu w przeliczeniu na PLN, przedstawionego na formularzu przez poszczególne państwa członkowskie UE/EFTA, widoczne są istotne różnice pomiędzy państwami.

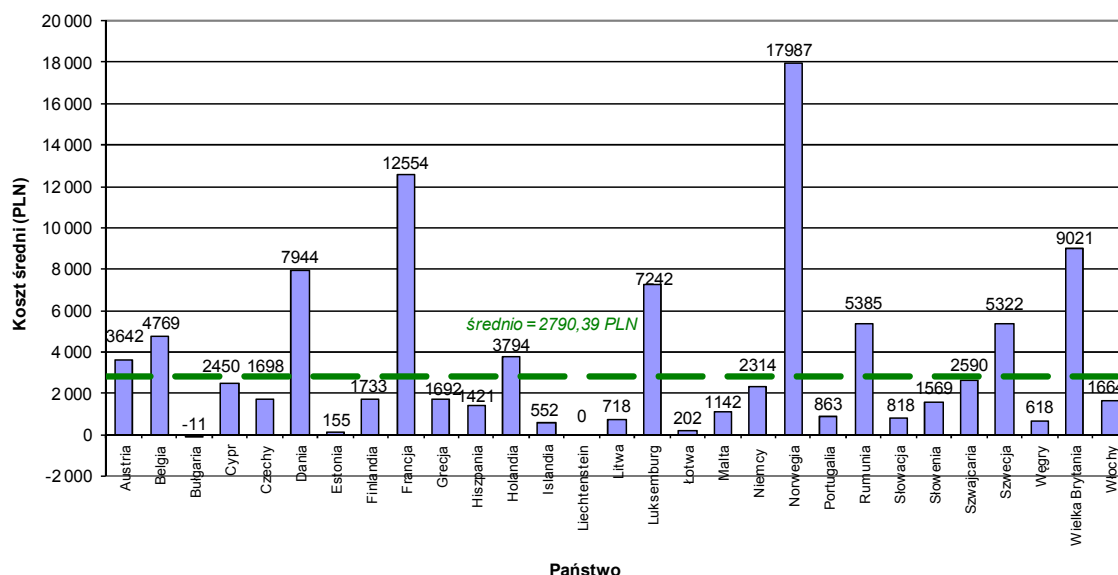
Podobnie, jak w latach poprzednich, najwyższy koszt średni świadczeń przypadający na 1 formularz w wysokości 17 897,02 PLN odnotowany został w przypadku dokumentów wystawionych przez instytucję norweską. Wynika to z faktu, iż instytucja ta prowadzi rozliczenia z innymi państwami wyłącznie za świadczenia w rodzaju hospitalizacja.

Koszt średni w widoczny sposób przewyższający wartość średniej dla wszystkich państw został odnotowany w przypadku roszczeń: francuskich (12 554,33 PLN), brytyjskich (9 021,18 PLN), duńskich (7 943,86 PLN) oraz luksemburskich (7 241,52 PLN).

⁵ Przeliczenie na walutę polską dokonane zgodnie z tabelą kursów średnich NBP nr 252/A/NBP/2012 z dnia 31 grudnia 2012 dla roszczeń z 2011 i 2012 roku.

Najniższą wysokość kosztów średnich przypadających na 1 formularz rozliczeniowy odnotowano w przypadku roszczeń przedstawionych przez Bułgarię, Estonię, Łotwę, Islandię, Węgry i Litwę. Wartości w stosunku do wybranych państw nie powinny stanowić punktu odniesienia dla wiarygodnego wnioskowania w zakresie kosztu średniego z uwagi na stosunkowo niewielką liczbę formularzy przedstawionych przez te państwa. Ponadto, instytucje bułgarskie przysłały tylko 10 formularzy korygujących. Porównanie wysokości kosztów średnich ilustruje wykres nr V.2.

Wykres nr V.2. Porównanie kosztów średnich świadczeń rozliczonych na 1 formularzu E 125 przedstawionych przez państwa członkowskie w 2012 roku (w PLN).



W 2012 roku Fundusz dokonywał, zgodnie z przyjętym harmonogramem rozliczeń, płatności na rzecz wszystkich 28 państw członkowskich UE i EFTA z wyłączeniem Islandii, której problemy walutowe skutkują brakiem możliwości realizacji wpłat. Spłata zobowiązań została przeprowadzona w odniesieniu do przedstawionych przez ww. państwa formularzy E 125, załączonych do not obciążeniowych, w stosunku do których oddziały wojewódzkie Funduszu zakończyły proces weryfikacji zasadności zwrotu kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym. Łączna wysokość kwot uregulowanych od 1 stycznia do 31 grudnia 2012 roku wyniosła 307 313 107,17 PLN i dotyczyła roszczeń przysłanych do Funduszu w latach 2004-2012 (przeliczenie na walutę polską przeprowadzone zostało zgodnie z kursem określonym przez bank, obowiązującym w dniu dokonania zapłaty). Wartość ta była o 18,44% wyższa niż w analogicznym okresie roku poprzedniego.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2012 roku, w latach 2004-2012 do Centrali Funduszu wpłynęło w sumie 2 641 not rozliczeniowych (w tym: 763 noty rozliczeniowe, 630 not korygujących oraz 1 248 odstępów od wcześniej zgłoszonych roszczeń) na łączną kwotę 1 350 340 719,75 PLN⁶, obejmujących 479 647 formularzy E 125. W latach 2004-2012 Polska nie otrzymała roszczeń irlandzkiej instytucji łącznikowej.

Stan zobowiązań Funduszu na dzień 31 grudnia 2012 roku z tytułu świadczeń rozliczanych według kosztu rzeczywistego, które udzielone zostały osobom ubezpieczonym w Funduszu przedstawia tabela nr V.4 (stan zobowiązań w walutach obcych) oraz tabela nr V.5 (oszacowanie wysokości zobowiązań w przeliczeniu na PLN).

⁶ przeliczenie na walutę polską dokonane zgodnie z tabelą kursów średnich NBP nr 252/A/NBP/2012 z dnia 31 grudnia 2012

Tabela nr V.4. Stan rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym na dzień 31 grudnia 2012 roku (rozliczenia według kosztów rzeczywistych) – wartości świadczeń w walutach obcych.

Państwo	Waluta	Stan rozliczeń na dzień 31.12.2012 za lata 2004-2012			
		Liczba formularzy rozliczeniowych otrzymanych	Kwota otrzymanych roszczeń w walucie obcej	Kwota zapłacona w walucie obcej	Pozostała kwota do zapłaty w walucie obcej - stan zobowiązań NFZ
Austria	EUR	25 684	18 643 983,40	16 455 871,39	2 188 112,01
Belgia	EUR	18 941	17 649 384,95	16 759 854,17	889 530,78
Bulgaria	BGN	251	61 450,34	60 873,32	577,02
Cypr	EUR	143	130 491,89	123 164,78	7 327,11
Czechy	CZK	14 517	124 701 293,20	100 986 539,99	23 714 753,21
Dania	DKK	1 429	6 789 930,91	4 148 102,17	2 641 828,74
Estonia	EUR	1 146	75 340,37	70 367,33	4 973,04
Finlandia	EUR	3 168	1 173 111,68	1 097 750,11	75 361,57
Francja	EUR	13 547	30 023 111,32	23 473 454,55	6 549 656,77
Grecja	EUR	978	387 166,61	211 432,59	175 734,02
Hiszpania	EUR	16 474	4 996 061,38	4 279 330,42	716 730,96
Holandia	EUR	10 579	11 512 610,94	10 629 499,90	883 111,04
Islandia	ISK	137	8 852 416,00	4 092 183,00	4 760 233,00
Liechtenstein	CHF	9	2 874,40	2 874,40	0,00
Litwa	LTL	698	541 481,31	465 657,68	75 823,63
Luksemburg	EUR	1 162	1 214 701,61	873 657,21	341 044,40
Łotwa	LVL	144	11 340,84	8 824,14	2 516,70
Malta	EUR	101	104 522,21	102 553,71	1 968,50
Niemcy	EUR	331 872	190 652 094,05	165 990 429,59	24 661 664,46
Norwegia	NOK	898	38 973 878,43	35 259 972,67	3 713 905,76
Portugalia	EUR	1 501	248 322,01	247 151,30	1 170,71
Rumunia	RON	43	143 028,80	126 876,06	16 152,74
Słowacja	EUR	5 980	1 372 283,30	1 305 413,30	66 870,00
Słowenia	EUR	1 361	607 132,05	563 134,31	43 997,74
Szwajcaria	CHF	4 601	5 735 923,80	5 541 797,30	194 126,50
Szwecja	SEK	10 571	156 382 436,89	143 868 827,61	12 513 609,28
Węgry	HUF	1 207	78 296 333,00	46 155 905,00	32 140 428,00
Wielka Brytania	GBP	1 045	2 100 084,74	1 904 917,96	195 166,78
Włochy	EUR	11 460	14 255 089,43	13 801 404,82	453 684,61
ŁĄCZNIE		479 647			

Tabela nr V.5. Stan rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym na dzień 31 grudnia 2012 roku (rozliczenia według kosztów rzeczywistych) – wartości świadczeń przeliczone na PLN.

Państwo	Stan rozliczeń na dzień 31.12.2012		
	Liczba formularzy rozliczeniowych otrzymanych w latach 2004-2012	Kwota roszczeń otrzymanych w latach 2004-2012 w PLN *	Kwota zapłacona w PLN w latach 2004-2012 **
Austria	25 684	76 220 332,93	67 954 353,35
Belgia	18 941	72 154 215,57	68 669 236,88
Bulgaria	251	128 449,64	132 253,08
Cypr	143	533 476,94	500 847,96
Czechy	14 517	20 326 310,78	16 243 255,80
Dania	1 429	3 720 882,12	2 319 258,05
Estonia	1 146	308 006,50	288 437,22
Finlandia	3 168	4 795 915,16	4 511 776,45
Francja	13 547	122 740 483,73	95 660 010,98
Grecja	978	1 582 814,54	850 973,01
Hiszpania	16 474	20 424 898,15	17 311 720,88
Holandia	10 579	47 065 856,07	43 789 986,38
Islandia	137	212 387,16	84 979,68
Liechtenstein	9	9 735,02	7 469,95
Litwa	698	641 113,88	559 193,86
Luksemburg	1 162	4 965 943,12	3 559 512,59
Łotwa	144	66 451,66	50 752,77
Malta	101	427 307,71	407 545,99
Niemcy	331 872	779 423 891,12	675 517 268,22
Norwegia	898	21 638 297,30	18 303 313,43
Portugalia	1 501	1 015 190,05	1 025 743,51
Rumunia	43	131 543,58	120 383,43
Słowacja	5 980	5 610 168,62	5 102 014,56
Słowenia	1 361	2 482 077,24	2 340 584,10
Szwajcaria	4 601	19 426 426,75	17 470 430,21
Szwecja	10 571	74 391 125,21	62 343 056,67
Węgry	1 207	1 094 347,87	677 012,77
Wielka Brytania	1 045	10 525 414,69	9 509 994,74
Włochy	11 460	58 277 656,64	54 866 646,89
ŁĄCZNIE	479 647	1 350 340 719,75	1 170 178 013,41

* kwoty roszczeń w PLN przeliczono zgodnie z tabelami kursów średnich NBP nr 252/A/NBP/2012 z dnia 31 grudnia 2012 roku.

** kwoty zapłacone przeliczono zgodnie z kursem walut obowiązującym na dzień dokonania zapłaty ustalonym przez bank.

Fundusz uruchomił w 2009 roku proces weryfikacji roszczeń w odniesieniu do rozliczeń prowadzonych w oparciu o koszt zryczałtowany, który w 2012 roku był kontynuowany w oparciu o półroczne harmonogramy rozliczeń. W 2012 roku dokonano płatności na rzecz instytucji innych państw członkowskich za 2 702 formularze E 127 na łączną kwotę 21 058 890,81 PLN. Przeliczenia na walutę polską dokonano według kursu ustalonego przez bank, obowiązującego na dzień dokonania płatności. Ponad połowa płatności została zrealizowana na rzecz instytucji niemieckich (74,93%), zaś 6,40% stanowiła wartość płatności dokonanych na rzecz instytucji szwedzkich.

W latach 2005-2012 do Funduszu wpłynęło 656 not rozliczeniowych dotyczących kosztów zryczałtowanych na łączną kwotę 116 567 228,84⁷, zawierających 12 513 formularzy E 127, z czego w 2012 roku do Centrali Funduszu wpłynęło łącznie 972 formularze E 127 na łączną kwotę 4 358 238,54 PLN⁴. W 2012 roku w porównaniu do 2011 roku zmniejszyła się liczba formularzy E 127 o 87,75%, kwota przedstawiona na formularzach o 90,19%⁴, natomiast liczba not wzrosła o 2,34%. Stanowi to bezpośrednią konsekwencję rezygnacji przez większość państw członkowskich UE w 2010 roku z prowadzenia rozliczeń za świadczenia udzielone osobom posiadającym formularze E 109 i E 121 według kwot zryczałtowanych i rozpoczęcie rozliczeń zgodnie z rzeczywiste poniesionymi wydatkami.

Stan roszczeń przedstawionych przez państw członkowskie UE/EFTA na dzień 31 grudnia 2012 roku z tytułu świadczeń rozliczanych według kwot zryczałtowanych (oszacowanie wysokości zobowiązań w przeliczeniu na PLN⁴) w podziale na państwa przedstawia tabela nr V.6. Przedstawiona w tabeli wysokość roszczeń nie obejmuje kosztów związanych z rozliczeniem formularzy E 127, dla których na dzień 31 grudnia 2012 roku nie została opublikowana kwota ryczałtu w odniesieniu do roku rozliczeniowego przedstawionego na formularzu. Roszczenia takie zawierają jedynie liczbę osobomiesięcy, za które powinna nastąpić płatność po opublikowaniu obowiązującej wysokości kwoty zryczałtowanej za dany rok (m.in. dotyczy to wskazanych w tabeli wartości dla Hiszpanii, Wielkiej Brytanii, Francji, Holandii, Norwegii, Finlandii, Belgii, Malty i Portugalii).

Tabela nr V.6. Stan roszczeń przedstawionych przez państw członkowskie UE/EFTA na dzień 31 grudnia 2012 roku z tytułu świadczeń rozliczanych według kosztu ryczałtowego – wartości świadczeń przeliczone na PLN.

Państwo	Kwota przedstawionych roszczeń w PLN wg NBP ⁴	Liczba otrzymanych formularzy E 127	Kwota zatwierdzona do zapłaty w PLN wg NBP ⁴	Wartość dokonanych przelewów w PLN wg kursu ustalonego przez bank na dzień dokonania płatności
Austria	7 333 841,80	742	7 249 191,61	7 206 145,78
Belgia	2 176 179,57	259	2 085 356,44	2 105 785,70
Bulgaria	134,09	1	134,09	142,17
Cypr	30 683,09	12	30 683,09	31 952,95
Czechy	3 052 090,17	901	2 314 038,62	2 357 489,23
Finlandia	72 079,47	14	49 249,08	49 182,01
Francja	11 101 971,35	1 124	7 331 551,95	7 110 789,49
Grecja	328 060,01	57	226 803,72	221 230,31
Hiszpania	2 547 639,39	343	2 490 124,22	2 561 142,54
Holandia	2 187 870,18	162	1 588 401,94	1 633 662,35
Litwa	55 845,89	41	54 252,84	58 461,66
Luksemburg	298 417,42	30	273 013,59	275 396,03
Malta	0,00	6	0,00	0,00
Niemcy	81 694 137,35	7 962	77 132 956,25	79 515 099,53
Norwegia	46 245,39	12	13 582,97	13 722,42
Portugalia	31 732,40	8	19 152,56	19 546,13
Słowacja	80 580,87	63	74 400,47	75 684,01
Słowenia	73 970,41	17	67 946,04	65 680,12
Szwajcaria	481 645,08	39	481 645,08	500 426,99
Szwecja	2 382 310,15	178	2 382 310,15	2 358 984,40
Węgry	209 203,95	132	185 001,95	211 045,07
Wielka Brytania	865 210,73	192	849 460,51	821 672,62
Włochy	1 517 380,08	218	1 367 281,35	1 408 796,63
ŁĄCZNIE	116 567 228,84	12 513	106 266 538,52	108 602 038,14

⁷ Przeliczenie na walutę polską dokonane zgodnie z tabelą kursów średnich NBP nr 252/A/NBP/2012 z dnia 31 grudnia 2012 roku.

V.3.2. Struktura roszczeń przekazanych przez Fundusz państwom członkowskim UE i EFTA w związku z leczeniem osób uprawnionych na terenie Polski oraz stan wierzytelności RP na dzień 31.12.2012 r.

Fundusz wystawił 153 noty rozliczeniowe (w tym 23 noty korygujące) związanych z rozliczeniem kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym w 2012 roku, które zostały przekazane do 30 państw członkowskich UE i EFTA w 2012 roku oraz dla not za okres II półrocza – w lutym 2013 roku. Do not załączone zostały łącznie 324 933 formularze E 125 na łączną kwotę 119 467 285,74 PLN. W związku z wystawieniem przez Fundusz w 2012 roku 553 formularzy korygujących na kwotę -325 867,84 PLN, łączna kwota wystawionych roszczeń za 2012 rok wyniosła 119 101 457,90 PLN i została przedstawiona na 325 486 formularzach E 125. Wartości kwot podano na podstawie danych z systemu księgowego Centrali Funduszu.

W porównaniu z rokiem poprzednim całkowita kwota przedstawionych roszczeń (bez uwzględnienia korekt) była wyższa o 3,57%, natomiast liczba wystawionych formularzy rozliczeniowych E 125, jakie zostały przesłane do innych państw członkowskich UE/EFTA wzrosła o 6,37%.

Średnia wysokość kosztu świadczeń rozliczonych na 1 formularzu E 125 (bez uwzględnienia korekt) spadła o ok. 9,93 PLN (z 377,60 PLN w 2011 roku do 367,67 PLN w 2012 roku).

Z kwoty całkowitej roszczeń przedstawionych za 2012 rok innym państwom członkowskim UE/EFTA 33,95% stanowiły roszczenia powstałe w związku z kosztami świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z Niemiec. Formularze przekazane do tego państwa stanowiły 30,68% łącznej liczby formularzy E 125 PL wystawionych przez Fundusz za 2012 rok. W porównaniu z 2011 rokiem wzrósł o 3,61% udział Niemiec w łącznej strukturze liczby wystawionych formularzy i o 3,24% w łącznej kwocie przedstawionych roszczeń (wykres nr V.3).

Pod względem liczby przekazanych przez Fundusz formularzy rozliczeniowych E 125 PL związanych z leczeniem osób uprawnionych na terenie Polski kolejne miejsce zajęły następujące państwa: Norwegia (14,54%), Wielka Brytania (12,53%) Holandia (11,81%), Czechy (9,02%), i Austria (3,97%). W sumie do 6 wymienionych powyżej państw zostało przekazane 82,54% wystawionych przez Fundusz formularzy. Dane dotyczące roszczeń przekazanych do poszczególnych państw członkowskich w 2012 roku przedstawione zostały w tabeli nr V.7.

Wykres nr V.3. Porównanie struktury roszczeń przedstawionych przez Fundusz za lata 2011 i 2012 instytucjom niemieckim (w mln PLN) oraz pozostałym państwom członkowskim (w tys. PLN).

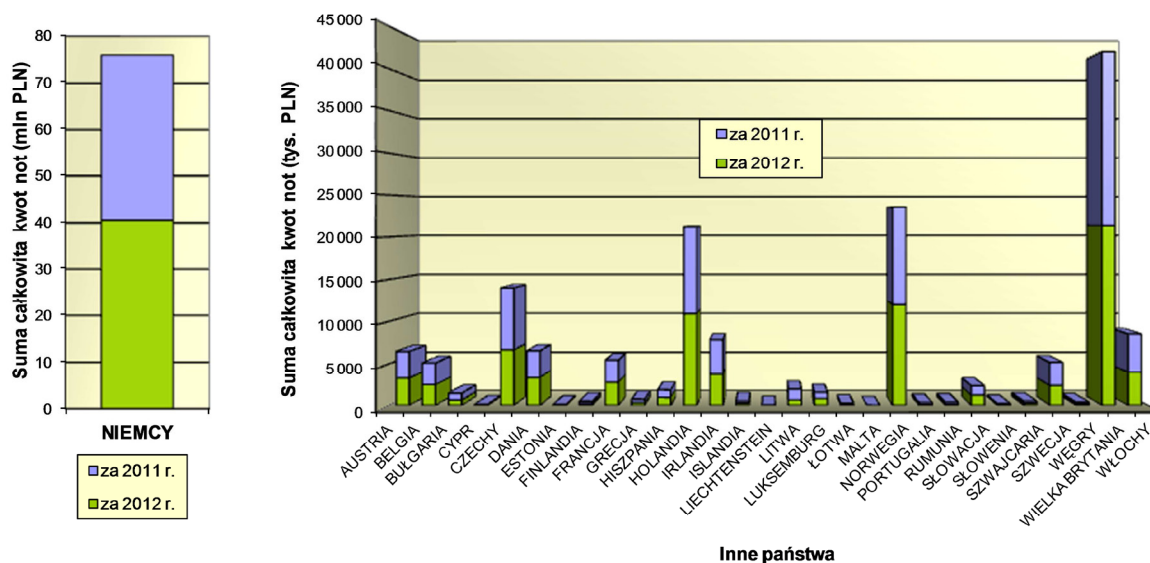


Tabela nr V.7. Struktura roszczeń przedstawionych przez Fundusz za 2012 rok według państw członkowskich (z pominięciem formularzy korygujących).

PAŃSTWO	LICZBA WYSTAWIONYCH DOKUMENTÓW	WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ UDZIELONYCH W ROKU 2011
AUSTRIA	12 886	3 250 452,33
BELGIA	6 976	2 469 864,63
BULGARIA	681	621 381,97
CYPR	127	61 844,47
CZECHY	29 324	6 622 777,34
DANIA	11 869	3 304 631,81
ESTONIA	74	58 378,05
FINLANDIA	558	221 719,91
FRANCJA	4 548	2 756 024,71
GRECJA	418	325 865,45
HISZPANIA	2 391	943 215,20
HOLANDIA	38 367	10 902 194,80
IRLANDIA	6 917	3 717 388,34
ISLANDIA	509	258 405,61
LIECHTENSTEIN	20	24 815,23
LITWA	648	649 179,61
LUKSEMBURG	3 138	820 217,40
ŁOTWA	62	146 367,96
MALTA	7	3 756,33
NIEMCY	99 677	40 561 362,44
NORWEGIA	47 232	11 961 323,34
PORTUGALIA	228	77 771,39
RUMUNIA	125	149 466,47
SŁOWACJA	4 824	1 233 529,25
SŁOWENIA	366	95 907,68
SZWAJCARIA	622	264 460,29
SZWECJA	4 604	2 357 038,12
WĘGRY	247	211 131,47
WIELKA BRYTANIA	40 705	21 419 749,10
WŁOCHY	6 783	3 977 065,04
ŁĄCZNIE	324 933	119 467 285,74

W kwocie całkowitej roszczeń przedstawionych za 2012 rok innym państwom członkowskim UE/EFTA największy udział stanowiły roszczenia powstałe w związku z kosztami świadczeń rozliczonymi przez oddział śląski. Następnymi w kolejności oddziałami były: pomorski, zachodniopomorski i opolski.

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2012 roku państwa członkowskie dokonały płatności na łączną kwotę 105 613 212,06 PLN za świadczenia udzielone osobom uprawnionym na terenie Polski w latach 2004-2012, które zostały przedstawione przez Polskę do rozliczenia na formularzach E 125.

W 2012 roku w kwocie dokonanych płatności największy udział stanowią płatności dokonane przez instytucje niemieckie w kwocie 35 366 015,74 PLN (tj. 33,49%). Z uwagi na skalę rozliczeń Niemcy równocześnie pozostają największym dłużnikiem Polski. Pozostałe zobowiązania Niemiec wobec Polski za świadczenia udzielone w Polsce w latach 2004-2012 wynoszą 56 013 531,53 PLN, tj. 29,98% łącznej kwoty nieuregulowanych zobowiązań.

Pełną kwotę zobowiązań wynikającą z roszczeń przedstawionych przez Polskę do końca I połowy 2012 roku uregulowała Estonia.

Wierzytelności Polski według stanu na dzień 31 grudnia 2012 roku wynosiły 182 905 303,40 PLN, przy czym kwota ta stanowi wartość nieuregulowanych przez inne państwa członkowskie UE/EFTA roszczeń, wystawionych przez Fundusz za świadczenia udzielone za lata 2004-2012 w wysokości łącznej 455 078 473,17 PLN. Z płatności uregulowanych przez państwa członkowskie UE/EFTA za lata 2004-2012 opiewających na łączną kwotę 272 173 169,77 PLN, płatności dokonane w 2012 roku wyniosły 105 613 212,06 PLN. Strukturę płatności dokonanych w 2012 roku za roszczenia przekazane do innych państw członkowskich w latach 2004-2012 według okresu przedstawienia roszczenia przedstawia tabela nr V.8.

Z łącznej kwoty roszczeń Funduszu za świadczenia udzielone w latach 2004-2012 w wysokości 455 078 473,17 PLN, roszczenia przekazane do innych państw członkowskich UE/EFTA za 2012 rok stanowiły 26,25%.

Tabela nr V.8. Płatności dokonane na rzecz Funduszu według roku roszczenia oraz lat dokonywania jego płatności.

Rok rozliczeniowy noty	Rok dokonania płatności							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
2004	3 144 745,78	1 839 410,40	124 068,35	394 429,28	85 048,81	7 956,00		
2005	354 403,46	7 551 588,63	2 178 076,95	2 324 692,62	266 879,55	14 911,71		-1 828,73
2006		306 855,54	4 508 946,27	8 345 675,95	1 547 501,95	38 831,79	-7 098,81	39 876,93
2007			168 138,51	9 170 263,56	8 716 035,62	115 180,09	513 606,26	222 259,90
2008				143 046,98	17 988 442,10	4 989 362,08	6 000 103,48	1 669 090,58
2009					6 691 738,54	22 376 503,62	20 994 260,57	6 205 585,87
2010						390 279,13	33 736 467,72	35 879 281,98
2011							1 539 605,22	54 412 797,79
2012								7 186 147,74
ŁĄCZNIE	3 499 149,24	9 697 854,57	6 979 230,08	20 378 108,39	35 295 646,57	27 933 024,42	62 776 944,44	105 613 212,06
								272 173 169,77

Stan rozliczeń na dzień 31 grudnia 2012 roku kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym dla formularzy rozliczeniowych E 125 przedstawionych przez Fundusz za lata 2004-2012 innym państwom członkowskim UE/EFTA przedstawia tabela nr V.9.

Tabela nr V.9. Stan rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym na dzień 31 grudnia 2012 roku (rozliczenia według kosztów rzeczywistych).

Państwo	Stan rozliczeń na dzień 31.12.2012				
	Liczba formularzy rozliczeniowych przekazanych w latach 2004-2012	Kwota roszczeń przekazanych w latach 2004-2012	Kwota zapłacona	Pozostała kwota do zapłaty - stan wierzytelności NFZ	Struktura wierzytelności
AUSTRIA	41 454	12 963 915,96	6 727 794,13	6 236 121,83	3,41%
BELGIA	21 126	8 290 865,51	5 768 500,63	2 522 364,88	1,38%
BULGARIA	1 957	2 577 368,26	975 918,82	1 601 449,44	0,88%
CYPR	286	221 613,60	131 511,24	90 102,36	0,05%
CZECHY	132 616	29 717 993,64	15 013 140,54	14 704 853,10	8,04%
DANIA	43 221	10 999 436,76	6 544 457,97	4 454 978,79	2,44%
ESTONIA	338	370 990,71	346 953,64	24 037,07	0,01%
FINLANDIA	1 480	764 343,19	632 215,91	132 127,28	0,07%
FRANCJA	15 015	10 005 883,05	3 655 841,43	6 350 041,62	3,47%
GRECJA	1 742	1 405 887,17	265 513,91	1 140 373,26	0,62%
HISZPANIA	8 329	3 923 625,31	2 129 569,11	1 794 056,20	0,98%
HOLANDIA	118 240	32 998 399,71	15 832 306,30	17 166 093,41	9,39%
IRLANDIA	23 554	15 365 932,93	4 481 108,89	10 884 824,04	5,95%
ISLANDIA	1 860	1 014 137,60	785 896,72	228 240,88	0,12%
LIECHTENSTEIN	24	26 382,83	229,84	26 152,99	0,01%
LITWA	6 158	5 265 670,13	3 795 130,71	1 470 539,42	0,80%
LUKSEMBURG	8 536	2 181 269,18	1 335 890,39	845 378,79	0,46%
ŁOTWA	283	571 626,68	444 455,07	127 171,61	0,07%
MALTA	31	32 931,60	28 541,05	4 390,55	0,00%
NIEMCY	307 328	159 153 400,94	104 228 562,74	54 924 838,20	30,03%
NORWEGIA	141 853	38 936 095,30	31 808 299,75	7 127 795,55	3,90%
PORTUGALIA	944	577 379,25	61 220,50	516 158,75	0,28%
RUMUNIA	416	579 408,43	62 664,35	516 744,08	0,28%
SŁOWACJA	12 481	3 783 402,23	2 422 671,49	1 360 730,74	0,74%
SŁOWENIA	1 070	368 134,82	179 956,98	188 177,84	0,10%
SZWAJCARIA	1 546	1 077 303,50	813 690,31	263 613,19	0,14%
SZWECJA	17 652	10 083 254,50	6 048 497,78	4 034 756,72	2,21%
WĘGRY	1 009	911 249,67	585 557,90	325 691,77	0,18%
WIELKA BRYTANIA	132 719	83 552 148,81	50 775 530,95	32 776 617,86	17,92%
WŁOCHY	24 235	17 358 421,90	6 291 540,72	11 066 881,18	6,05%
ŁĄCZNIE	1 067 503	455 078 473,17	272 173 169,77	182 905 303,40	100,00%

W 2010 roku Fundusz rozpoczął proces wystawienia roszczeń związanych z rozliczeniem w formie ryczałtowej (na podstawie stawki ryczałtowej) kosztów zabezpieczenia dostępu do świadczeń dla osób uprawnionych zamieszkujących na terenie Polski, które zarejestrowały w oddziale wojewódzkim Funduszu formularz E 109 lub E 121, za które rozliczenie przedstawione jest na formularzu E 127 PL. Kontynuując proces w 2012 roku oddziały wojewódzkie Funduszu wystawiły 57 323 formularze E 127 PL na kwotę łączną w wysokości 37 685 125,28 PLN dotyczących rozliczenia kosztów ryczałtowych za lata 2004-2009. Kwota ta przedstawiona została instytucjom łącznikowym 27 innych państw członkowskich UE/EFTA. Z podanej liczby formularzy 34,19% skierowane zostało do instytucji niemieckich, zaś 25,11% do instytucji brytyjskich. Koszty przedstawione instytucjom niemieckim stanowiły przy tym 29,87% całkowitych kosztów świadczeń udzielonych w okresie sprawozdawczym, zaś instytucjom brytyjskim stanowiły 23,69%. Ponadto, dla wystawionych w 2011 roku przez Fundusz formularzy E 127 za 2010 rok, do końca 2012 roku nie nastąpiła publikacja wysokości polskich kwot ryczałtowych. Szczegółową strukturę liczby oraz kosztów świadczeń przedstawionych instytucjom innych państw członkowskich UE/EFTA przedstawia tabela nr V.10.

Tabela nr V.10. Zestawienie liczby formularzy E 127 PL wystawionych w 2012 roku w związku z rozliczeniem w formie ryczałtowej kosztów zabezpieczenia świadczeń dla osób uprawnionych zamieszkujących na terenie Polski – według państw członkowskich.

Państwo	Liczba formularzy E 127 PL		Kwota roszczenia	
	Wartość	Udział %	Wartość	Udział %
Niemcy	19 597	34,19%	11 257 321,97	29,87%
Wielka Brytania	14 393	25,11%	8 928 822,84	23,69%
Norwegia	3 426	5,98%	2 291 980,69	6,08%
Francja	1 789	3,12%	2 219 107,92	5,89%
Irlandia	4 416	7,70%	1 967 240,79	5,22%
Holandia	1 741	3,04%	1 650 355,59	4,38%
Belgia	1 700	2,97%	1 622 423,21	4,31%
Włochy	2 157	3,76%	1 548 602,96	4,11%
Dania	2 413	4,21%	1 438 259,18	3,82%
Czechy	801	1,40%	1 129 579,95	3,00%
Hiszpania	1 629	2,84%	876 073,71	2,32%
Szwecja	818	1,43%	856 301,86	2,27%
Austria	984	1,72%	679 975,19	1,80%
Litwa	134	0,23%	244 166,13	0,65%
Szwajcaria	147	0,26%	168 327,81	0,45%
Finlandia	274	0,48%	161 876,65	0,43%
Islandia	338	0,59%	150 138,24	0,40%
Luksemburg	190	0,33%	128 837,08	0,34%
Grecja	146	0,25%	110 538,64	0,29%
Słowacja	79	0,14%	108 952,52	0,29%
Łotwa	30	0,05%	42 617,65	0,11%
Bułgaria	24	0,04%	27 909,90	0,07%
Cypr	21	0,04%	22 441,42	0,06%
Portugalia	45	0,08%	20 761,65	0,06%
Węgry	23	0,04%	20 557,89	0,05%
Słowenia	6	0,01%	10 507,36	0,03%
Estonia	2	0,00%	1 446,48	0,00%
ŁĄCZNIE	57 323	100,00%	37 685 125,28	100,00%

V.4. Refundacja kosztów świadczeń osobom ubezpieczonym w Funduszu na podstawie art. 25 rozporządzenia Rady (EWG) 987/2009

W 2012 roku refundacja kosztów świadczeń udzielonych na terenie państw członkowskich UE odbywała się na podstawie rozporządzenia nr 987/2009 natomiast dla świadczeń udzielonych na terenie państw członkowskich EFTA również w oparciu o przepisy rozporządzenia nr 574/72. W 2012 roku osoby ubezpieczone złożyły w oddziałach wojewódzkich Funduszu 5 175 wniosków o refundację kosztów świadczeń poniesionych podczas czasowego pobytu na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA.

W 2012 roku, na podstawie kwot wskazanych na formularzach E 126 przez instytucje państw członkowskich UE/EFTA, Fundusz dokonał zwrotu kosztów leczenia 4 495 osobom ubezpieczonym, które skorzystały ze świadczeń zdrowotnych podczas czasowego pobytu na terenie 29 innych państw członkowskich UE/EFTA.

Łączna wysokość zwrotów dokonanych osobom ubezpieczonym w Funduszu wyniosła 2 995 687,50 PLN. Podana wysokość zwrotów obejmuje kwoty wypłacone przez oddziały wojewódzkie Funduszu osobom ubezpieczonym pomiędzy 1 stycznia a 31 grudnia 2012 roku (ujęcie kasowe) – zgodnie z informacjami o wypłatach wprowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu do systemu informatycznego.

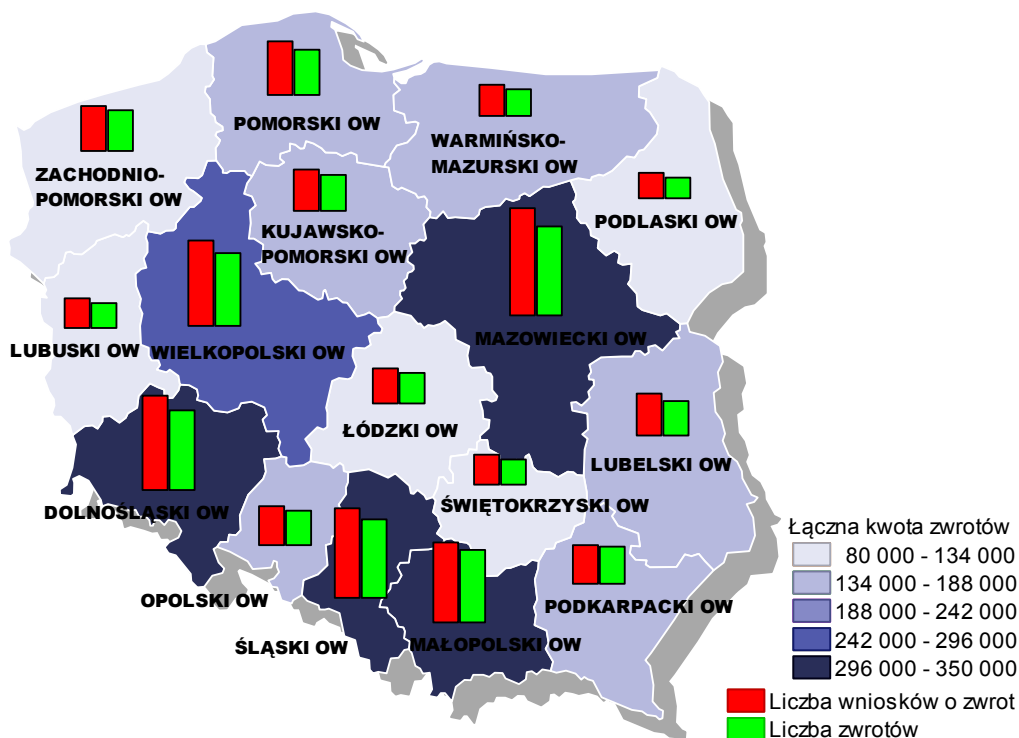
Średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń w przeliczeniu na 1 osobę ubezpieczoną wyniosła 666,45 PLN i była niższa o 3,15% od wartości z roku poprzedniego.

Niespełna połowa (44,03%) łącznej liczby osób ubezpieczonych, które otrzymały w 2012 roku zwrot poniesionych kosztów świadczeń korzystało z leczenia na terenie Niemiec (dla porównania w 2011 roku było to 42,73%). W strukturze kosztowej udział refundacji kosztów świadczeń związanych z leczeniem na terenie Niemiec 1 979 osób stanowił 46,91% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz w 2012 roku. Średnia wysokość zwrotu wypłaconego osobie ubezpieczonej wyniosła w odniesieniu do tego państwa 710,02 PLN. Rozkład liczby dokonanych zwrotów oraz ich łącznego kosztu był zbliżony do roku poprzedniego.

Największa liczba wypłat na podstawie zatwierdzonych zwrotów poniesionych kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA w 2012 roku została dokonana przez oddział mazowiecki, który wypłacił 523 osobom ubezpieczonym łączną kwotę 335 272,03 PLN, co stanowiło 11,19% całkowitej wysokości kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz.

Drugim oddziałem pod względem liczby dokonanych zwrotów był oddział śląski, który wypłacił 464 osobom ubezpieczonym łączną kwotę w wysokości 342 810,51 PLN (11,44% łącznych kosztów refundacji). Następnymi w kolejności oddziałami były: małopolski (11,14%), dolnośląski (10,63%) i wielkopolski (9,20%). Struktura liczby złożonych wniosków, liczby dokonanych zwrotów oraz kwot wypłaconych przez poszczególne oddziały wojewódzkie została zaprezentowana na wykresie nr V.4.

Wykres nr V.4. Liczba złożonych wniosków i dokonanych zwrotów oraz kwoty zwrotu wypłacone w 2012 roku osobom ubezpieczonym na podstawie kwot autoryzowanych przez instytucje innych państw członkowskich UE/EFTA – według oddziału wojewódzkiego Funduszu.



V.5. Decyzje Prezesa Funduszu dotyczące zgód na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych oraz pokrycie kosztów transportu na podstawie art. 25, 26 i 26a ustawy o świadczeniach

Od dnia 1 stycznia 2008 roku Prezes Funduszu, realizując ustawowy obowiązek wydawania decyzji dotyczących planowanego leczenia poza granicami kraju, rozpatruje wnioski osób uprawnionych w zakresie:

- finansowania świadczeń, które mogą być wykonane na terenie kraju, ale czas oczekiwania na ich realizację u świadczeniodawców przekracza dopuszczalny czas oczekiwania wnioskującego świadczeniobiorcy na podstawie przepisu art. 25 ustawy o świadczeniach,
- finansowania świadczeń, które nie są wykonywane na terenie kraju – na podstawie art. 26 ustawy o świadczeniach,
- finansowania kosztów transportu związanego z koniecznością wykonania leczenia planowanego poza granicami kraju – na podstawie obydwu ww. artykułów.

W 2012 roku Prezes Funduszu rozpatrzył 172 wnioski o przeprowadzenie leczenia poza granicami kraju, z czego:

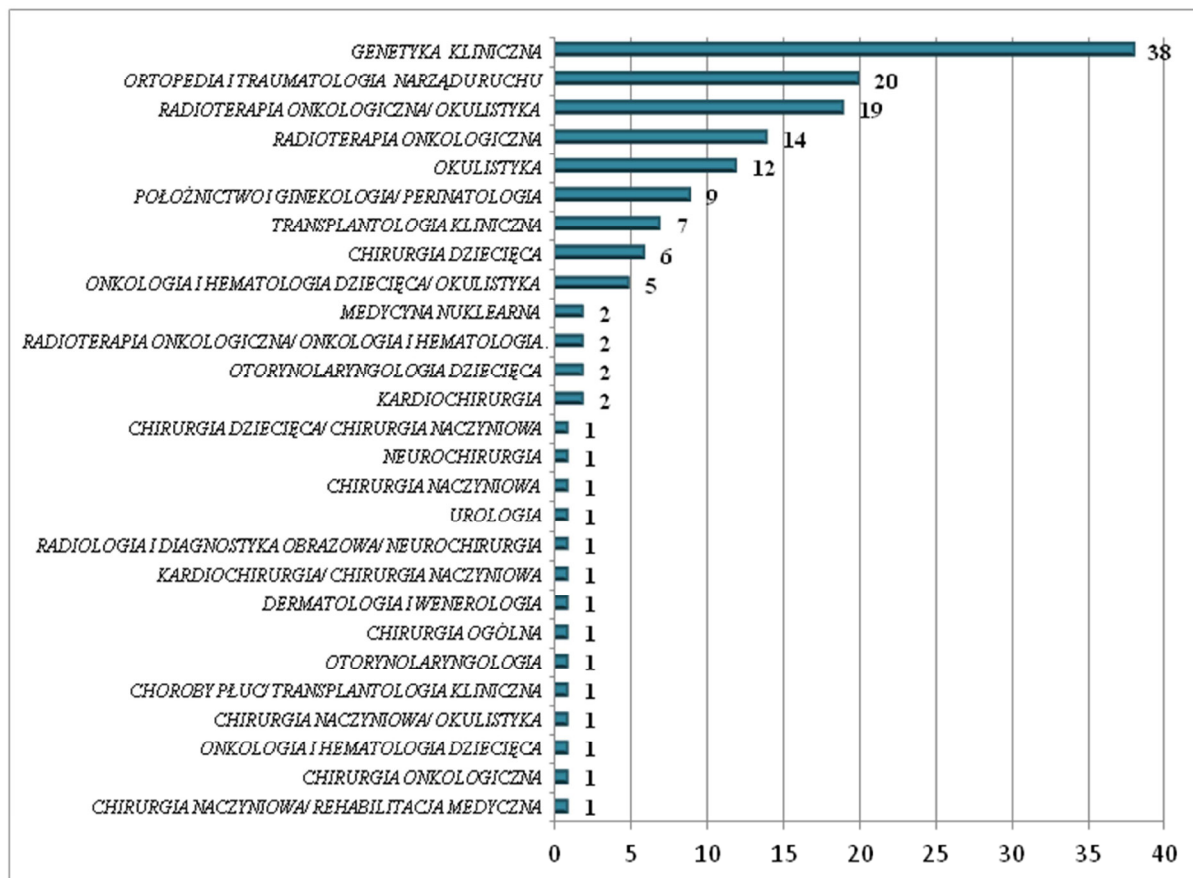
- 2 wnioski dotyczyły leczenia, które może być przeprowadzone w kraju, ale z powodu długiego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w Polsce wnioskodawca wnioskował o skierowanie na leczenie za granicą (art. 25 ustawy o świadczeniach),
- 170 wniosków dotyczyło leczenia, które nie może być przeprowadzone na terenie kraju (art. 26 ustawy o świadczeniach).

Po rozpatrzeniu wskazanych powyżej wniosków⁸, kierując się opiniami konsultantów wojewódzkich oraz konsultantów krajowych we właściwych dla przedmiotu wniosku dziedzinach medycyny, a także opiniami innych osób lub podmiotów posiadających profesjonalną wiedzę w zakresie wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych, Prezes Funduszu wydał 172 decyzje dotyczące leczenia poza granicami kraju, w tym: 152 (88,4%) decyzje pozytywne, 18 (10,5%) decyzji odmownych i 2 (1,1%) decyzje umarzające postępowanie.

Wszystkie decyzje pozytywne dotyczyły świadczeń, których nie przeprowadza się na terenie kraju. Powyższe decyzje odnoszą się do świadczeń w zakresie dziedzin medycyny przedstawionych na wykresie nr V.5.

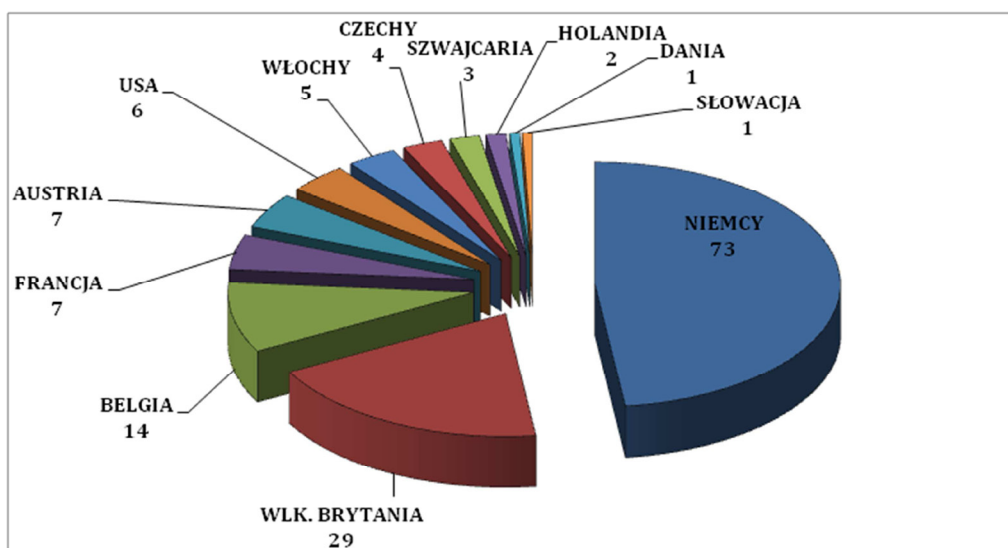
⁸ zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. Nr 249, poz. 1867 z późn. zm.)

Wykres nr V.5. Zestawienie decyzji pozytywnych wydanych przez Prezesa Funduszu w 2012 roku w podziale na dziedziny medycyny, których dotyczyły wnioski.



W odniesieniu do zaangażowania poszczególnych krajów w realizację świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów z Polski, spośród wszystkich decyzji pozytywnych wydanych przez Prezesa Funduszu najczęściej dotyczyło leczenia w: Niemczech 73, Wielkiej Brytanii 29 oraz Belgii 14.

Wykres nr V.6. Zgody Prezesa Funduszu w 2012 roku z podziałem na państwa, w których zrealizowano świadczenia wykonane poza granicami kraju.



W 2012 roku Prezes Funduszu wydał 18 decyzji odmownych dotyczących przeprowadzenia leczenia poza granicami kraju. Decyzje odmowne dotyczyły sytuacji, w której w trakcie postępowania wyjaśniającego ustalono, że:

- istnieje możliwość wykonania wnioskowanego świadczenia w placówkach krajowych (11 decyzji),
- wnioskowane świadczenie nie zostało ujęte w wykazie świadczeń gwarantowanych, określonych na podstawie art. 31 d ustawy o świadczeniach (2 decyzje),
- wnioskowane świadczenie dotyczy leczenia eksperymentalnego (2 decyzje),
- istnieje możliwość wykonania wnioskowanego świadczenia w placówkach krajowych w terminie wskazanym we wniosku (2 decyzje),
- zakres wnioskowanego leczenia przestał być aktualny (1 decyzja).

Ogółem wartość świadczeń, na realizację których Prezes Funduszu wyraził zgodę w 2012 roku szacowana jest na kwotę 14 762 316,54 PLN i dotyczy świadczeń, których nie można wykonać w kraju (art. 26 ustawy o świadczeniach).

Świadczenia, o których mowa powyżej będą sfinansowane przez Ministerstwo Zdrowia w ramach dotacji celowej z budżetu państwa.

W 2012 roku Prezes Funduszu rozpatrzył 73 wnioski o pokrycie kosztów transportu, w tym:

- 54 wnioski dotyczyły pokrycia kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń (poza granicami kraju) i były składane wraz z wnioskami o przeprowadzenie leczenia poza granicami kraju,
- 19 wniosków dotyczyło pokrycia kosztów transportu powrotnego tj. do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju dla pacjentów, którzy uprzednio otrzymali zgodę Prezesa Funduszu na przeprowadzenie leczenia poza granicami kraju oraz na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia.

Po rozpatrzeniu wniosków, kierując się opiniami konsultantów wojewódzkich i konsultantów krajowych we właściwych dla wniosku dziedzinach medycyny oraz opiniami innych lekarzy specjalistów posiadających stosowną wiedzę co do zakresu leczenia wskazanego we wniosku, a także – w odniesieniu do konieczności zastosowania transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju – opiniami zagranicznych lekarzy specjalistów, Prezes Funduszu wydał 73 decyzje dotyczące sfinansowania transportu, z czego:

- 70 (95,9%) – decyzje pozytywne (w tym 19 decyzji o pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, tzw. transport powrotny),
- 2 (2,7%) – decyzje odmawiające pokrycia kosztów transportu (do miejsca udzielenia świadczenia),
- 1 (1,4%) – decyzja umarzająca postępowanie.

Ogółem wartość transportu, na którego sfinansowanie Prezes Funduszu wyraził zgodę w 2012 roku szacowana jest na kwotę 259 465,78 PLN, w tym koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń, oszacowano na kwotę ok. 191 361,17 PLN, koszty transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju oszacowano na kwotę ok. 68 104,61 PLN.

VI. Gospodarka finansowa

VI.1. Plan finansowy Funduszu na 2012 r. i jego zmiany

Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2012 rok został sporządzony zgodnie z art. 120 i 121 ustawy o świadczeniach, tj. w oparciu o prognozę przychodów Funduszu na lata 2012-2014, prognozę kosztów Funduszu na lata 2012-2014, projekty planów finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu przekazane przez dyrektorów oddziałów oraz projekt planu finansowego Centrali Funduszu i zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 16 sierpnia 2011 roku.

W zatwierdzonym planie finansowym NFZ na 2012 rok, zwanym dalej „pierwotnym”, wartość planowanych przychodów ogółem Funduszu ustalono na poziomie 107,4% planowanej wartości przychodów w 2011 roku, wyznaczonej w planie finansowym NFZ na 2011 rok zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 13 sierpnia 2010 roku, w tym wartość przychodów z tytułu składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki przekazywanych do Funduszu przez ZUS i KRUS ustalono na poziomie 107,1% wartości przychodów ze składek określonej w ww. planie finansowym NFZ na 2011 rok.

Określony w pierwotnym planie finansowym Funduszu poziom planowanych na 2012 rok przychodów ogółem NFZ pozwolił na wyznaczenie planowanej dynamiki w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w odniesieniu do ich wartości określonej w ww. planie finansowym na 2011 rok, w wysokości 107,5%.

Planowane na 2012 rok nakłady na świadczenia opieki zdrowotnej objęły finansowanie:

- kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu,
- kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wynikających z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w UE,
- kosztów leczenia lub badań diagnostycznych wykonywanych poza granicami kraju, których nie przeprowadza się w kraju oraz kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń w państwie niebędącym państwem członkowskim UE lub państwem członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju i uwzględniały:
 - zachowanie dotychczasowej struktury rodzajowej planowanych kosztów świadczeń zdrowotnych,
 - wprowadzenie nowego sposobu rozliczania świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (zwanej dalej AOS), obejmującego rozszerzenie pakietu świadczeń zabiegowych wykonywanych i rozliczanych w ramach grup w AOS;
- realizację przepisów ustawy refundacyjnej w zakresie wyznaczenia całkowitego budżetu na refundację.

Podziału planowanych na 2012 rok środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy Centralą i poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu dokonano zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 listopada 2009 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy centralą i oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 193 poz. 1495), uwzględniającego zasady określone w art. 118 ustawy o świadczeniach, w tym zdefiniowany w art. 118 ust. 4 ustawy o świadczeniach warunek, iż planowane koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej przez dany oddział wojewódzki Funduszu nie mogą być niższe niż wysokość kosztów finansowania świadczeń opieki zdrowotnej dla danego oddziału w roku poprzednim, zaplanowanych w planie finansowym, o którym mowa w art. 121 ust. 3 i 5 oraz art. 123 ust. 3 ustawy o świadczeniach.

Wyznaczona w pierwotnym planie finansowym NFZ na 2012 rok wartość planowanych kosztów administracyjnych Funduszu, na poziomie 1,02% łącznych planowanych kosztów NFZ, uwzględniała finansowanie bieżącej działalności Funduszu, w tym kosztów administracyjnych związanych z:

- kontynuowaniem w 2012 roku realizacji nałożonych na Fundusz zadań, wprowadzonych ustawą z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166, poz. 1172), obejmujących w szczególności prowadzenie rozliczeń:

- międzyoddziałowych z tytułu migracji ubezpieczonych,
- świadczeń opieki zdrowotnej oraz kosztów transportu, o których mowa w art. 26 ustawy o świadczeniach;
- wdrożeniem nałożonych na Fundusz zadań wynikających z ustawy o refundacji.

Ponadto w pierwotnym planie finansowym Funduszu na 2012 rok uwzględniono także przychody: z dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach, przychody wynikające z przepisów o koordynacji, przychody na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego, pozostałe przychody i przychody finansowe oraz zabezpieczono środki finansowe w pozycjach: pozostałe koszty i koszty finansowe.

Podobnie jak w latach poprzednich pierwotny plan finansowy NFZ na 2012 rok ulegał w trakcie roku zmianom, w tym przeprowadzonym w trybie:

- art. 124 ust. 1-2 ustawy o świadczeniach, zatwierdzonej przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 19 grudnia 2012 roku,
- art. 124 ust. 4 i 9 ustawy o świadczeniach, o których Prezes Funduszu poinformował Ministra Zdrowia oraz Ministra Finansów przy pismach z dnia 9 stycznia, 15 maja, 6 czerwca, 17 lipca, 20 września, 24 października, 14 listopada, 20, 21 i 27 grudnia 2012 roku,
- art. 124 ust. 6 i 9 ustawy o świadczeniach, przyjętej zarządzeniem Prezesa NFZ nr 104/2012/DEF z dnia 27 grudnia 2012 roku,
- art. 124 ust. 7 i 9 ustawy o świadczeniach, o której Prezes Funduszu poinformował Ministra Zdrowia oraz Ministra Finansów przy piśmie z dnia 3 października 2012 roku,
- art. 129 ust. 3 ustawy o świadczeniach, przyjętych zarządzeniami Prezesa NFZ nr 58/2011/DEF z dnia 10 października 2011 roku i nr 63/2012/DEF z dnia 17 października 2012 roku.

Źródłem finansowania powyższych zmian planu finansowego Funduszu na 2012 rok były w szczególności środki pochodzące z: uruchomienia rezerwy ogólnej, uzyskanych w trakcie roku ponadplanowych przychodów finansowych, dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach, Europejskiego Funduszu Społecznego przeznaczone na dofinansowanie projektu systemowego pn.: „Akademia NFZ”, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki (POKL) współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, części środków finansowych ujętych w funduszu zapasowym NFZ.

W wyniku dokonanych zmian planu finansowego na 2012 rok łączne przychody Funduszu zostały zwiększone o 6 968 tys. zł (tj. 0,01%), natomiast łączne koszty Funduszu o 762 094 tys. zł (tj. o 1,18%), w tym kosztów świadczeń opieki zdrowotnej (poz. B2 planu) został zwiększony o 1 217 903 tys. zł, tj. o 2,0%.

Tabela nr VI.1. Zestawienie wybranych pozycji planu finansowego NFZ na 2012 rok (pierwotnego i ostatecznego).

[w tys. zł]

Wyszczególnienie	Plan pierwotny na 2012 r.	Plan ostateczny na 2012 r.	Różnica	Dynamika
1	2	3	4=3-2	5=3/2
Przychody ogółem, w tym:	64 504 994,00	64 511 962,00	6 968,00	100,01%
- Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki	62 144 719,00	61 957 372,00	-187 347,00	99,70%
- Przychody ze składek z lat ubiegłych	100 000,00	100 000,00	0,00	100,00%
- Przychody wynikające z przepisów o koordynacji	132 400,00	132 400,00	0,00	100,00%
- Przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	0,00	0,00	0,00	-
- Dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 2a, 3 i 3b ustawy	214 448,00	221 748,00	7 300,00	103,40%
- Dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 839 892,00	1 839 964,00	72,00	100,00%
- Pozostałe przychody	41 538,00	128 749,00	87 211,00	309,95%
- Przychody finansowe	31 997,00	131 729,00	99 732,00	411,69%
- Zyski i straty nadzwyczajne	0,00	0,00	0,00	-
Koszty ogółem, w tym:	64 504 994,00	65 267 088,00	762 094,00	101,18%
- Planowany odpis aktualizujący składkę należną	0,00	0,00	0,00	-
- Koszty poboru i ewidencjonowania składek	119 386,00	119 015,00	-371,00	99,69%
- Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	621 447,00	0,00	-621 447,00	0,00%
- Koszty świadczeń opieki zdrowotnej	60 935 746,00	62 153 649,00	1 217 903,00	102,00%
- Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	0,00	0,00	0,00	-
- Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 839 892,00	1 839 964,00	72,00	100,00%
- Całkowity budżet na refundację		10 901 083,00	10 901 083,00	-
- Koszty administracyjne	660 834,00	663 154,00	2 320,00	100,35%
- Pozostałe koszty	255 701,00	367 459,00	111 758,00	143,71%
- Koszty finansowe	71 988,00	123 847,00	51 859,00	172,04%
- Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego	0,00	0,00	0,00	-
Wynik finansowy netto	0,00	-755 126,00	-755 126,00	-

VI.2. Przychody

W 2012 roku przychody Funduszu obejmowały: składki na ubezpieczenie zdrowotne (bieżące i z lat ubiegłych), przychody wynikające z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dotyczące rzeczowych świadczeń leczniczych wykonanych dla obywateli UE/EFTA na terenie RP, dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach, dotację z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego, pozostałe przychody oraz przychody finansowe.

Wartość zrealizowanych przez Fundusz w 2012 roku przychodów ogółem wyniosła 62 957 780,98 tys. zł i stanowiła 97,59% wartości planowanej, a uzyskana dynamika przychodów w odniesieniu do ich wartości w 2011 roku wyniosła 103,68%.

Tabela nr VI.2. Realizacja planu przychodów NFZ na 2012 rok według tytułów przychodów, na tle planu pierwotnego i ostatecznego (tj. według stanu na dzień 31.12.2012 roku).

[w tys. zł]							
Wyszczególnienie	Plan pierwotny na 2012 r.	Plan ostateczny na 2012 r.	Różnica	Dynamika	Wykonanie 2012 r.	Różnica	% realizacji planu
1	2	3	4=3-2	5=3/2	6	7=3-6	8=6/3
Przychody ogółem, w tym:	64 504 994,00	64 511 962,00	6 968,00	100,01%	62 957 780,98	1 554 181,02	97,59%
- Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki	62 144 719,00	61 957 372,00	-187 347,00	99,70%	60 312 306,72	1 645 065,28	97,34%
- Przychody ze składek z lat ubiegłych	100 000,00	100 000,00	0,00	100,00%	89 949,33	10 050,67	89,95%
- Przychody wynikające z przepisów o koordynacji	132 400,00	132 400,00	0,00	100,00%	154 515,15	-22 115,15	116,70%
- Przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	0,00	0,00	0,00	-	0,00	0,00	-
- Dotacja z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 2a, 3 i 3b ustawy	214 448,00	221 748,00	7 300,00	103,40%	253 378,97	-31 630,97	114,26%
- Dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 839 892,00	1 839 964,00	72,00	100,00%	1 823 691,06	16 272,94	99,12%
- Pozostałe przychody	41 538,00	128 749,00	87 211,00	309,95%	166 157,83	-37 408,83	129,06%
- Przychody finansowe	31 997,00	131 729,00	99 732,00	411,69%	157 781,92	-26 052,92	119,78%

Struktura zrealizowanych w 2012 roku przychodów ogółem NFZ ukształtowała się w sposób następujący:

- 95,80% stanowiły przychody ze składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki,
- 2,90% stanowiły przychody z dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego,
- 0,40% stanowiły przychody z dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach,
- 0,26% stanowiły pozostałe przychody,
- 0,25% stanowiły przychody finansowe,
- 0,25% stanowiły przychody wynikające z przepisów o koordynacji,
- 0,14% stanowiły przychody ze składek z lat ubiegłych.

Realizacja planu przychodów NFZ w 2012 roku według poszczególnych tytułów ukształtowała się w sposób następujący:

- składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki: w 2012 roku przychody Funduszu z tytułu składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki wyniosły 60 312 306,72 tys. zł i były niższe od wartości planowanej o 1 645 065,28 tys. zł, tj. o 2,66%, i objęły:
 - o kwotę należnych Funduszowi składek z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego za 2012 rok wynikającą z deklaracji płatników składek przekazywanych do ZUS, za okresy rozliczeniowe od stycznia do grudnia 2012 roku, w wysokości 57 107 027,93 tys. zł, co stanowiło 97,12% wartości planowanej, a kwota składek zidentyfikowanych za 12 miesięcy 2012 roku wyniosła 55 668 237,80 tys. zł,
 - o składkę należną brutto w roku planowania równą przypisowi składki przekazaną przez KRUS, za okresy rozliczeniowe od stycznia do grudnia 2012 roku, w wysokości 3 205 278,79 tys. zł, co stanowiło 101,48% wartości planowanej.

Uzyskana dynamika przychodów z tytułu składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki w 2012 roku w odniesieniu do 2011 roku ukształtowała się na poziomie 103,56%.

- Przychody ze składek z lat ubiegłych: po podsumowaniu kolejnych kwartałów 2012 roku ZUS i KRUS przekazywały do Funduszu informację o strukturze uzyskanych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, w tym w podziale na składki dotyczące roku bieżącego oraz składek z lat ubiegłych. W oparciu o powyższe informacje w księgach rachunkowych Funduszu za 2012 rok ujęto przychody ze składek z lat ubiegłych w łącznej wysokości 89 949,33 tys. zł,

co stanowiło 89,95% wartości planowanej, które objęły: przychody ze składek z lat ubiegłych od ZUS w wysokości 138 518,48 tys. zł, przychody ze składek z lat ubiegłych od KRUS w wysokości - 48 569,15 tys. zł.

- Przychody z tytułu realizacji zadań zleconych: w 2012 roku Minister Zdrowia nie zlecił Funduszowi do realizacji żadnych zadań, stąd w sprawozdaniu z wykonania planu finansowego NFZ zarówno po stronie planu, jaki i wykonania przychodów oraz kosztów wykazano wartość równą 0 zł.
- Przychody wynikające z przepisów o koordynacji: za 2012 rok Fundusz dokonał obciążenia instytucji łącznikowych w innych państwach UE/EFTA za świadczenia zdrowotne zrealizowane na rzecz osób uprawnionych na podstawie przepisów o koordynacji na kwotę 154 515,15 tys. zł, co stanowiło 116,70% wielkości planowanej. Odnotowana dynamika przychodów wynikających z przepisów o koordynacji w 2012 roku w odniesieniu do ich wartości w 2011 roku wyniosła 131,07%.
- Przychody z dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach: odnotowane w 2012 roku przychody NFZ, stanowiące wartość należnych Funduszowi środków z dotacji z budżetu państwa z tytułu realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach, wynikające z poziomu finansowania ww. świadczeń wyniosły łącznie 253 378,97 tys. zł, z tego: z tyt. art. 97 ust. 3 pkt 2a ustawy: 120 400,96 tys. zł, z tyt. art. 97 ust. 3 pkt 3 ustawy: 118 308,23 tys. zł, z tyt. art. 97 ust. 3 pkt 3b ustawy: 14 669,78 tys. zł i były one wyższe od wartości planowanej o 31 630,97 tys. zł.
- Przychody z dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego: przekazane do Funduszu środki z dotacji z budżetu państwa, stanowiące zwrot poniesionych w 2012 roku kosztów związanych z realizacją zadań zespołów ratownictwa medycznego, wyniosły 1 823 691,06 tys. zł i stanowiły 99,12% wartości planowanej.
- Pozostałe przychody: wartość zrealizowanych w 2012 roku pozostałych przychodów wyniosła 166 157,83 tys. zł i stanowiła 129,06% wartości planowanej.
- Przychody finansowe: wartość uzyskanych w 2012 roku przez Fundusz przychodów finansowych wyniosła 157 781,92 tys. zł i przewyższyła wartość planowaną o 26 052,92 tys. zł, tj. o 19,78%.

VI.3. Koszty

Koszty Funduszu obejmują: planowany odpis aktualizujący składkę należną, koszty poboru i ewidencjonowania składek, obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną, koszty świadczeń opieki zdrowotnej, koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego, koszty administracyjne, pozostałe koszty i koszty finansowe.

Wartość zrealizowanych przez Fundusz w 2012 roku kosztów ogółem wyniosła 62 672 399,35 tys. zł i stanowiła 96,02% wartości planowanej, zaś uzyskana dynamika kosztów w odniesieniu do ich wartości w 2011 roku wyniosła 102,87%.

Tabela nr VI.3. Realizacja planu kosztów NFZ na 2012 rok, według tytułów kosztów, na tle planu pierwotnego i ostatecznego (tj. według stanu na dzień 31.12.2012 roku).

[w tys. zł]

Wyszczególnienie	Plan pierwotny 2012 r.	Plan ostateczny 2012 r.	Różnica	Dynamika	Wykonanie 2012 r.	Różnica (plan - wyk.)	% realizacji planu
1	2	3	4=3-2	5=3/2	6	7=3-6	8=6/3
Koszty - ogółem	64 504 994,00	65 267 088,00	762 094,00	101,18%	62 672 399,35	2 594 688,65	96,02%
Planowany odpis aktualizujący składkę należną	0,00	0,00	0,00	-	0,00	0,00	-
Koszty poboru i ewidencjonowania składek	119 386,00	119 015,00	-371,00	99,69%	114 022,76	4 992,24	95,81%
Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	621 447,00	0,00	-621 447,00	0,00%	0,00	0,00	-
Koszty świadczeń zdrowotnych	60 935 746,00	62 153 649,00	1 217 903,00	102,00%	59 875 547,17	2 278 101,83	96,33%
Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	0,00	0,00	0,00	-	0,00	0,00	-
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 839 892,00	1 839 964,00	72,00	100,00%	1 823 691,06	16 272,94	99,12%
Koszty administracyjne	660 834,00	663 154,00	2 320,00	100,35%	609 375,89	53 778,11	91,89%
Pozostałe koszty	255 701,00	367 459,00	111 758,00	143,71%	220 195,52	147 263,48	59,92%
Koszty finansowe	71 988,00	123 847,00	51 859,00	172,04%	29 566,95	94 280,05	23,87%

Struktura zrealizowanych w 2012 roku kosztów ogółem NFZ ukształtowała się w sposób następujący:

- 95,54% stanowiły koszty świadczeń opieki zdrowotnej,
- 2,91% stanowiły koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego,
- 0,97% stanowiły koszty administracyjne
- 0,35% stanowiły pozostałe koszty,
- 0,18% stanowiły koszty poboru i ewidencjonowania składek,
- 0,05% stanowiły koszty finansowe.

Realizacja planu kosztów NFZ w 2012 roku według poszczególnych tytułów ukształtowała się w sposób następujący:

- Planowany odpis aktualizujący składkę należną: w planie finansowym NFZ na 2012 rok nie zaplanowano odpisu aktualizującego składkę należną w stosunku do składek przekazywanych za pośrednictwem ZUS oraz KRUS z uwagi na poziom wykonania tej pozycji kosztów w latach poprzednich oraz przyjęcie do sporządzenia Prognozy przychodów NFZ na lata 2012-2014 wskaźników makroekonomicznych, zgodnych z przyjętymi przez Radę Ministrów w trakcie prac nad budżetem państwa na 2012 rok.
- Koszty poboru i ewidencjonowania składek: z uwagi na niepełną realizację planu przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne poniesione przez NFZ w 2012 roku koszty z tego tytułu wyniosły 114 022,76 tys. zł i były niższe od wielkości planowanej o kwotę 4 992,24 tys. zł.
- Odpis na rezerwę ogólną: w pierwotnym planie finansowym NFZ na 2012 rok obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną ustalono zgodnie z postanowieniami art. 118 ust. 5 ustawy o świadczeniach, tj. w wysokości 1% planowanych należnych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne. Następnie, z uwagi na:
 - konieczność wypełnienia przepisu art. 74 ust. 2 ustawy o refundacji, zgodnie z którym, w przypadku gdy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego Funduszu za 2011 rok koszty poniesione na finansowanie świadczeń gwarantowanych w 2011 roku, o których mowa w ust. 1, będą inne niż ujęte w planie finansowym Funduszu na 2012 rok Prezes Funduszu dokona zmiany planu finansowego, dostosowując wysokość całkowitego budżetu na refundację do wysokości kosztów poniesionych na ten cel w 2011 roku,
 - utrwaloną w okresie 10 miesięcy 2012 r. niższą niż planowana realizację przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazywanych przez ZUS i ryzyko przeszacowania przychodów w planie finansowym na 2012 rok.

Prezes Funduszu, po uzyskaniu pozytywnych opinii Ministra Zdrowia i Ministra Finansów, dokonała w dniu 27 grudnia 2012 roku zmiany planu finansowego na 2012 rok przeznaczając środki z ww. rezerwy na:

- dostosowanie wysokości całkowitego budżetu na refundację w 2012 rok do wysokości kosztów poniesionych w 2011 roku na finansowanie świadczeń gwarantowanych, o których mowa w art. 74 ust. 1 ustawy o refundacji, poprzez zwiększenie planu kosztów świadczeń zdrowotnych o kwotę 455 264 tys. zł,
- zmniejszenie pozycji planu finansowego p.n. składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki o kwotę 166 513 tys. zł,
- zmniejszenie pozycji planu p.n. koszt poboru i ewidencjonowania składek o kwotę 330 tys. zł.

W związku z tym w sprawozdaniu z wykonania planu finansowego NFZ za 2012 rok wartość odpisu na rezerwę ogólną wynosi 0 tys. zł.

- Koszty świadczeń opieki zdrowotnej: w oparciu o sporządzoną w porozumieniu z Ministrem Finansów oraz Ministrem Zdrowia prognozę kosztów NFZ na lata 2012-2014 oraz projekty planów finansowych przekazanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, wartość ustalonych w pierwotnym planie finansowym Funduszu na 2012 rok kosztów świadczeń opieki zdrowotnej wyznaczono w łącznej wysokości 60 935 746 tys. zł, w tym w oddziałach wojewódzkich Funduszu w wysokości 60 471 860 tys. zł. W trakcie 2012 roku, podobnie jak w latach poprzednich,

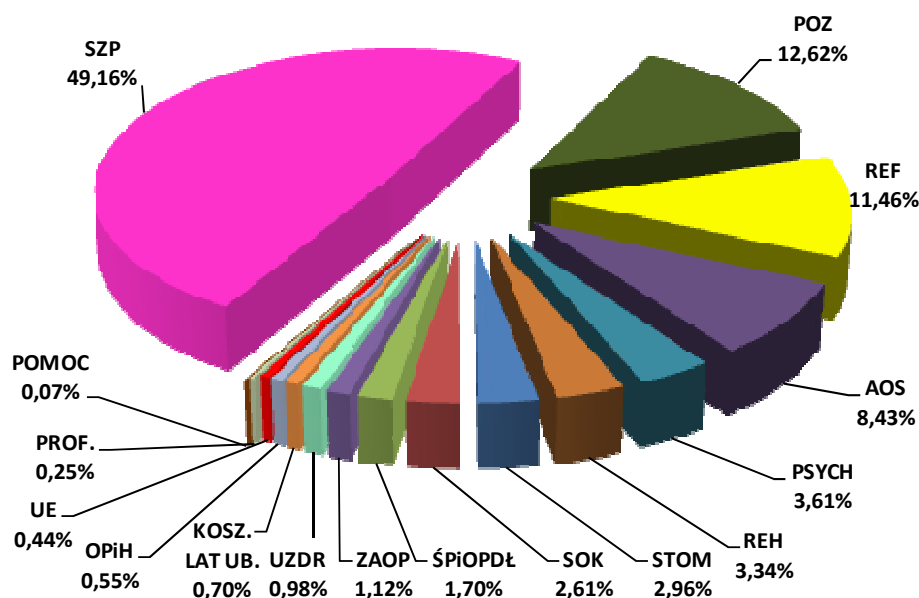
Prezes Funduszu, kierował do oddziałów wojewódzkich dodatkowe środki finansowe z przeznaczeniem na zwiększenie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. W wyniku dokonanych zmian planu finansowego NFZ ustalona pierwotnie na 2012 rok wartość kosztów świadczeń zdrowotnych Funduszu (poz. B2 planu finansowego) została zwiększona łącznie o 1 217 903 tys. zł, w tym w oddziałach wojewódzkich Funduszu o 1 213 140 tys. zł, i w ostatecznym planie Funduszu osiągnęła wartość 62 153 649 tys. zł.

Źródłem finansowania w 2012 roku wzrostu nakładów na świadczenia opieki zdrowotnej były środki pochodzące z:

- uruchomienia części środków finansowych ujętych w funduszu zapasowym NFZ w łącznej wysokości 755 126 tys. zł (w zmianach planu finansowego NFZ na 2012 rok przyjętych zarządzeniami Prezesa NFZ nr 58/2011/DEF z dnia 10 października 2011 roku i nr 63/2012/DEF z dnia 17 października 2012 roku);
- uruchomienia rezerwy ogólnej w łącznej kwocie 455 264 tys. zł (w zmianie planu finansowego NFZ na 2012 rok przyjętej zarządzeniem Prezesa NFZ nr 104/2012/DEF z dnia 27 grudnia 2012 roku),
- dotacji z budżetu państwa na realizację zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach w łącznej wysokości 7 300 tys. zł, z tego w oddziałach wojewódzkich o 2 537 tys. zł (w zmianach planu finansowego NFZ na 2012 rok dokonanych w trybie art. 124 ust. 4 i 9 ustawy o świadczeniach w dniach 14 listopada i 21 grudnia 2012 roku),
- dotacji z budżetu państwa na pokrycie poniesionych przez oddziały wojewódzkie Funduszu kosztów z tytułu sfinansowania zakładom lecznictwa uzdrowiskowego częściowej odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania osób zwolnionych z ich ponoszenia na podstawie przepisu art. 7a ustawy z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz. U. Nr 101 poz. 628, z późn. zm.), w łącznej wysokości 213 tys. zł (w zmianach planu finansowego z 20 września i 21 grudnia 2012 roku).

Poniesione przez Fundusz w 2012 roku koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 59 875 547,17 tys. zł i były niższe od wielkości planowanej o 2 278 101,83 tys. zł.

Wykres nr VI.1. Struktura zrealizowanych w 2012 roku kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.



- Koszty programów polityki zdrowotnej na zlecenie: w 2012 roku Fundusz nie realizował programów polityki zdrowotnej na zlecenie.
- Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego: poniesione w 2012 roku przez oddziały wojewódzkie Funduszu koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego wyniosły

1 823 691,06 tys. zł i były niższe od wielkości planowanej o 16 272,94 tys. zł. Uzyskana dynamika kosztów w odniesieniu do ich realizacji w 2011 roku wyniosła 103,71%.

- Całkowity budżet na refundację: realizacja całkowitego budżetu na refundację w 2012 roku ukształtowała się na poziomie 9 062 445,99 tys. zł i stanowiła 83,13% wartości planowanej, a niewykorzystane środki z całkowitego budżetu na refundację znalazły odzwierciedlenie w wyniku finansowym Funduszu za 2012 rok.
- Koszty administracyjne: poniesione w 2012 roku koszty administracyjne w łącznej wysokości 609 375,89 tys. zł nie przekroczyły wartości planowanej i stanowiły 0,97% łącznych kosztów Funduszu. Uzyskana dynamika kosztów administracyjnych w odniesieniu do ich wartości odnotowanej w 2011 roku wyniosła 103,90%, a odnotowana na koniec 2012 roku niższa niż planowana realizacja kosztów dotyczyła wszystkich rodzajów kosztów administracyjnych.
- Pozostałe koszty: poniesione w 2012 roku pozostałe koszty w wysokości 220 195,52 tys. zł nie przekroczyły wartości planowanej, a uzyskana dynamika w odniesieniu do ich wartości odnotowanej w 2011 roku wyniosła 110,75%.
- Koszty finansowe: wartość poniesionych przez Fundusz w 2012 roku kosztów finansowych w wyniosła 29 566,95 tys. zł i stanowiła 23,87% wartości planowanej.

VI.4. Wynik finansowy Funduszu za 2012 rok

Odnotowany na koniec 2012 roku wynik finansowy Funduszu w łącznej wysokości 285 381,63 tys. zł objął: wyniki finansowe oddziałów wojewódzkich Funduszu, których łączna wartość wyniosła 1 634 196,93 tys. zł oraz wynik finansowy Centrali Funduszu w wysokości (-)1 348 815,30 tys. zł.

Wynik finansowy Funduszu za 2012 rok był pochodną znacząco niższej niż planowana realizacji łącznego planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej NFZ o 2 278 101,83 tys. zł, w tym w głównej mierze całkowitego budżetu na refundację, o 1 838 637,01 tys. zł. Niepełna realizacja całkowitego budżetu na refundację była następstwem wprowadzonych ustawą o refundacji leków: regulacji obrotu lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobami medycznymi na rynku farmaceutycznym ograniczającymi koszty Funduszu ponoszone z tytułu refundacji, przepisów (art. 74 ust. 2 ustawy o refundacji) zobowiązujących Fundusz do dostosowania wysokości całkowitego budżetu na refundację w 2012 roku do wysokości kosztów poniesionych w 2011 roku na finansowanie świadczeń gwarantowanych, o których mowa w art. 74 ust. 1, przepisów uniemożliwiających ewentualne przeznaczenie i wykorzystanie w 2012 roku środków z planu całkowitego budżetu na refundację do innych rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, poprzez dokonanie przesunięcia ww. środków. W związku z tym niewykorzystane środki z całkowitego budżetu na refundację w wysokości 1 838 637,01 tys. zł, jak również niewykorzystane środki w pozostałych rodzajach świadczeń zdrowotnych, w łącznej wysokości 439 464,82 tys. zł, pomimo prowadzonej w ciągu roku przez oddziały wojewódzkie Funduszu bieżącej przebudowy zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej poprzez ich aneksowanie lub prowadzenie nowych, bądź uzupełniających postępowań o zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, znalazły odzwierciedlenie w wyniku finansowym Funduszu za 2012 rok.

Kolejnym istotnym czynnikiem determinującym poziom uzyskanego na koniec 2012 roku wyniku finansowego NFZ było zwiększenie, w trybie art. 129 ust. 3 ustawy o świadczeniach, planów oddziałów wojewódzkich jedynie po stronie kosztów świadczeń zdrowotnych o dodatkowe środki finansowe pochodzące z funduszu zapasowego NFZ w łącznej wysokości 755 126 tys. zł (z tego w zmianie planu finansowego NFZ na 2012 rok przyjętej zarządzeniem Prezesa NFZ nr 58/2011/DEF z dnia 10 października 2011 roku w wysokości 594 278 tys. zł oraz w zmianie planu finansowego NFZ na 2012 rok przyjętej zarządzeniem Prezesa NFZ nr 63/2012/DEF z dnia 17 października 2012 roku w wysokości 160 848 tys. zł), dopuszczając tym samym możliwość niezbilansowania poniesionych kosztów z uzyskanymi przychodami w kwocie nie większej niż środki zgromadzone na funduszu zapasowym.

Niższa niż planowano realizacja przychodów brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazywanych przez ZUS oraz KRUS łącznie o 1 655 115,95 tys. zł, mimo dokonanego w trakcie roku obniżenia wartości planowanych na 2012 roku przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazywanych przez ZUS w zmianach planu finansowego z dnia 19 i 27 grudnia 2012 roku, była kolejnym

istotnym czynnikiem mającym wpływ na poziom uzyskanego na koniec 2012 roku wyniku finansowego Funduszu.

Pozostałe czynniki kształtujące poziom wyniku finansowego Funduszu w 2012 roku to w szczególności:

- wyższa niż planowano realizacja: przychodów wynikających z przepisów o koordynacji o 22 115,15 tys. zł, przychodów z dotacji z budżetu państwa na realizację zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach o 31 630,97 tys. zł, wyniku na pozostałej działalności o 184 672,31 tys. zł, wyniku na działalności finansowej o 120 332,97 tys. zł,
- niższa niż planowano realizacja: kosztów poboru i ewidencjonowania składek o 4 992,24 tys. zł, kosztów administracyjnych o 53 778,11 tys. zł, dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego o 16 272,94 tys. zł, kosztów realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego o 16 272,94 tys. zł.

Zbiorcze zestawienie czynników kształtujących wynik finansowy NFZ za 2012 rok przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela nr VI.4. Czynniki kształtujące wynik finansowy NFZ w 2012 roku.

[w tys. zł]

Wyszczególnienie	Plan 2012 r.	Wykonanie 2012 r.	Wpływ na wynik (+, -)
Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki	61 957 372,00	60 312 306,72	-1 645 065,28
Planowany odpis aktualizujący składkę należną	0,00	0,00	0,00
Przychody ze składek z lat ubiegłych	100 000,00	89 949,33	-10 050,67
Koszty poboru i ewidencjonowania składek	119 015,00	114 022,76	4 992,24
Przychody wynikające z przepisów o koordynacji	132 400,00	154 515,15	22 115,15
Przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	0,00	0,00	0,00
Dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt. 2a, 3 i 3b ustawy	221 748,00	253 378,97	31 630,97
Dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 839 964,00	1 823 691,06	-16 272,94
Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	0,00	0,00	0,00
Koszty świadczeń opieki zdrowotnej	62 153 649,00	59 875 547,17	2 278 101,83
Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	0,00	0,00	0,00
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 839 964,00	1 823 691,06	16 272,94
Całkowity budżet na refundację	10 901 083,00	9 062 445,99	1 838 637,01
Koszty administracyjne	663 154,00	609 375,89	53 778,11
Pozostałe przychody	128 749,00	166 157,83	37 408,83
Pozostałe koszty	367 459,00	220 195,52	147 263,48
Przychody finansowe	131 729,00	157 781,92	26 052,92
Koszty finansowe	123 847,00	29 566,95	94 280,05
Zyski i straty nadzwyczajne	0,00	0,00	0,00
Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego	0,00	0,00	0,00
Wynik finansowy	-755 126,00	285 381,63	1 040 507,63

VI.5. Sprawozdanie finansowe Funduszu za 2012 r. na podstawie ustawy o rachunkowości

Tabela nr VI.5. Aktywa – łączny bilans na dzień 31 grudnia 2012 roku.

ŁĄCZNY BILANS NA DZIEŃ 31.12.2012 r.
Narodowego Funduszu Zdrowia

AKTYWA		Stan na dzień	
		31.12.2011 r.	31.12.2012 r.
A AKTYWA TRWAŁE	1	299 956 276,19	284 555 279,14
I. Wartości niematerialne i prawne	2	30 872 044,28	28 412 368,68
1. Koszty zakończonych prac rozwojowych	3	0,00	0,00
2. Wartość firmy	4	0,00	0,00
3. Inne wartości niematerialne i prawne	5	30 872 044,28	28 412 368,68
4. Zaliczki na wartości niematerialne i prawne	6	0,00	0,00
II. Rzeczowe aktywa trwałe	7	268 947 286,32	255 372 519,47
1. Środki trwałe	8	263 426 770,19	243 596 426,31
a) Grunty (w tym prawo do użytkowania wieczystego gruntu)	9	13 776 125,28	13 460 707,32
b) Budynki, lokale i obiekty inżynierii lądowej i wodnej	10	165 966 834,58	157 578 089,09
c) Urządzenia techniczne i maszyny	11	78 655 309,26	68 693 091,30
d) Środki transportu	12	2 436 909,40	1 823 463,94
e) Inne środki trwałe	13	2 591 591,67	2 041 074,66
2. Środki trwałe w budowie	14	5 520 516,13	11 776 093,16
3. Zaliczki na środki trwałe w budowie	15	0,00	0,00
III. Należności długoterminowe	16	132 145,59	765 590,99
1. Od jednostek powiązanych	17	0,00	0,00
2. Od pozostałych jednostek	18	132 145,59	765 590,99
IV. Inwestycje długoterminowe	19	4 800,00	4 800,00
1. Nieruchomości	20	0,00	0,00
2. Wartości niematerialne i prawne	21	0,00	0,00
3. Długoterminowe aktywa finansowe	22	0,00	0,00
a) w jednostkach powiązanych	23	0,00	0,00
- udziały lub akcje	24	0,00	0,00
- inne papiery wartościowe	25	0,00	0,00
- udzielone pożyczki	26	0,00	0,00
- inne długoterminowe aktywa finansowe	27	0,00	0,00
b) w pozostałych jednostkach	28	0,00	0,00
- udziały lub akcje	29	0,00	0,00
- inne papiery wartościowe	30	0,00	0,00
- udzielone pożyczki	31	0,00	0,00
- inne długoterminowe aktywa finansowe	32	0,00	0,00
4. Inne inwestycje długoterminowe	33	4 800,00	4 800,00
V. Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe	34	0,00	0,00
1. Aktywa z tytułu odroczonego podatku dochodowego	35	0,00	0,00
2. Inne rozliczenia międzyokresowe	36	0,00	0,00
B AKTYWA OBROTOWE	37	8 125 403 560,96	8 463 607 013,72
I. Zapasy	38	1 606 255,68	1 300 083,94
1. Materiały	39	806 809,41	801 743,11
2. Polprodukty i produkty w toku	40	0,00	0,00
3. Produkty gotowe	41	0,00	0,00
4. Towary	42	60 396,32	56 814,26
5. Zaliczki na dostawy	43	739 049,95	441 526,57
II. Należności krótkoterminowe	44	5 425 320 414,71	5 664 014 861,74
1. Należności od jednostek powiązanych	45	0,00	0,00
a) z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:	46	0,00	0,00
- do 12 miesięcy	47	0,00	0,00
- powyżej 12 miesięcy	48	0,00	0,00
b) inne	49	0,00	0,00
2. Należności od pozostałych jednostek	50	5 425 320 414,71	5 664 014 861,74
a) z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:	51	5 407 865 122,01	5 617 493 432,87
- do 12 miesięcy	52	5 407 865 122,01	5 616 115 088,87
- powyżej 12 miesięcy	53	0,00	1 378 344,00
b) z tytułu podatków, dotacji, ceł, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych świadczeń	54	7 914 551,76	11 414 934,31
c) inne	55	9 324 064,57	34 654 654,40
d) dochodzone na drodze sądowej	56	216 676,37	451 840,16
III. Należności wewnętrzne NFZ	57	0,00	0,00
IV. Inwestycje krótkoterminowe	58	2 695 757 485,61	2 795 050 401,62
1. Krótkoterminowe aktywa finansowe	59	2 695 757 485,61	2 795 050 401,62
a) w jednostkach powiązanych	60	0,00	0,00
- udziały lub akcje	61	0,00	0,00
- inne papiery wartościowe	62	0,00	0,00
- udzielone pożyczki	63	0,00	0,00
- inne krótkoterminowe aktywa finansowe	64	0,00	0,00
b) w pozostałych jednostkach	65	0,00	0,00
- udziały lub akcje	66	0,00	0,00
- inne papiery wartościowe	67	0,00	0,00
- udzielone pożyczki	68	0,00	0,00
- inne krótkoterminowe aktywa finansowe	69	0,00	0,00
c) środki pieniężne i inne aktywa pieniężne	70	2 695 757 485,61	2 795 050 401,62
- środki pieniężne w kasie i na rachunkach	71	7 431 931,42	3 400 237,15
- inne środki pieniężne	72	2 688 325 554,19	2 791 650 164,47
- inne aktywa pieniężne	73	0,00	0,00
2. Inne inwestycje krótkoterminowe	74	0,00	0,00
V. Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	75	2 719 404,96	3 241 666,42
AKTYWA RAZEM	76	8 425 359 837,15	8 748 162 292,86

Tabela nr VI.6. Pasywa – łączny bilans na dzień 31 grudnia 2012 roku.

ŁĄCZNY BILANS NA DZIEŃ 31.12.2012 r.

Narodowego Funduszu Zdrowia

w zł i gr

PASywa		Stan na dzień	
		31.12.2011 r.	31.12.2012 r.
A KAPITAŁ (FUNDUSZ) WŁASNY	77	1 606 436 814,49	1 891 818 453,52
I. Kapitał (fundusz) podstawowy	78	141 549 868,09	141 549 868,09
II. Należne wpłaty na kapitał podstawowy (wielkość ujemna)	79	0,00	0,00
III. Udziały (akcje) własne (wielkość ujemna)	80	0,00	0,00
IV. Kapitał (fundusz) zapasowy	81	1 451 175 184,25	1 464 886 946,40
V. Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny	82	0,00	0,00
VI. Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe	83	153 626 024,66	0,00
VII. Zysk (strata) z lat ubiegłych	84	60 000 000,00	0,00
VIII. Zysk (strata) netto	85	-199 914 262,51	285 381 639,03
IX. Odpisy z zysku netto w ciągu okresu sprawozdawczego (wielkość ujemna)	86	0,00	0,00
B ZOBOWIĄZANIA I REZERWY NA ZOBOWIĄZANIA	87	6 818 923 022,66	6 856 343 839,34
I. Rezerwy na zobowiązania	88	1 305 833 783,33	1 282 355 900,87
1. Rezerwa z tytułu odroczonego podatku dochodowego	89	0,00	0,00
2. Rezerwa na świadczenia emerytalne i podobne	90	0,00	0,00
- długoterminowa	91	0,00	0,00
- krótkoterminowa	92	0,00	0,00
3. Pozostałe rezerwy	93	1 305 833 783,33	1 282 355 900,87
- długoterminowe	94	0,00	0,00
- krótkoterminowe	95	1 305 833 783,33	1 282 355 900,87
II. Zobowiązania długoterminowe	96	522 567,47	639 930,83
1. Wobec jednostek powiązanych	97	0,00	0,00
2. Wobec pozostałych jednostek	98	522 567,47	639 930,83
a) kredyty i pożyczki	99	0,00	0,00
b) z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych	100	0,00	0,00
c) inne zobowiązania finansowe	101	0,00	0,00
d) inne	102	522 567,47	639 930,83
III. Zobowiązania krótkoterminowe	103	5 505 956 867,77	5 567 309 198,36
1. Wobec jednostek powiązanych	104	0,00	0,00
a) z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	105	0,00	0,00
- do 12 miesięcy	106	0,00	0,00
- powyżej 12 miesięcy	107	0,00	0,00
b) inne	108	0,00	0,00
2. Wobec pozostałych jednostek	109	5 502 030 546,67	5 563 473 202,00
a) kredyty i pożyczki	110	0,00	0,00
b) z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych	111	0,00	0,00
c) inne zobowiązania finansowe	112	0,00	0,00
d) z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	113	5 461 046 440,84	5 522 026 442,74
- do 12 miesięcy	114	5 461 046 440,84	5 522 026 442,74
- powyżej 12 miesięcy	115	0,00	0,00
e) zaliczki otrzymane na dostawy	116	0,00	0,00
f) zobowiązania weksłowe	117	0,00	0,00
g) z tytułu podatków, ceł, ubezpieczeń i innych świadczeń	118	14 238 920,24	14 505 478,52
h) z tytułu wynagrodzeń	119	4 526 333,79	3 140 095,34
i) inne	120	22 218 851,80	23 801 185,40
3. Fundusze specjalne	121	3 926 321,10	3 835 996,36
IV. Fundusz wydzielony	122	0,00	0,00
V. Zobowiązania wewnętrzne NFZ	123	0,00	0,00
VI. Rozliczenia międzyokresowe	124	6 609 804,09	6 038 809,28
1. Ujemna wartość firmy	125	0,00	0,00
2. Inne rozliczenia międzyokresowe	126	6 609 804,09	6 038 809,28
- długoterminowe	127	4 268 828,90	2 491 238,87
- krótkoterminowe	128	2 340 975,19	3 547 570,41
P A S Y W A R A Z E M	129	8 425 359 837,15	8 748 162 292,86

VI.5.1. Aktywa i ich struktura**Tabela nr VI.7.** Aktywa łącznie w zł i gr.

31.12.2011 r.	31.12.2012 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
8 425 359 837,15	8 748 162 292,86	3,80%	Biuro Księgowości

Tabela nr VI.8. Aktywa trwałe w zł i gr.

31.12.2011 r.	31.12.2012 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
299 956 276,19	284 555 279,14	-5,10%	Biuro Księgowości

Tabela nr VI.9. Aktywa obrotowe w zł i gr.

31.12.2011 r.	31.12.2012 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
8 125 403 560,96	8 463 607 013,72	4,20%	Biuro Księgowości

Tabela nr VI.10. Aktywa.

AKTYWA		31.12.2011 r.		31.12.2012 r.		Zmiana (+) wzrost, (-) spadek
		KWOTA	STRUKTURA	KWOTA	STRUKTURA	
A.	AKTYWA TRWAŁE	299 956 276,19	3,6%	284 555 279,14	3,3%	-15 400 997,05
I.	Wartości niematerialne i prawne	30 872 044,28	0,4%	28 412 368,68	0,3%	-2 459 675,60
II.	Rzeczowe aktywa trwałe, w tym:	268 947 286,32	3,2%	255 372 519,47	3,0%	-13 574 766,85
1.	Środki trwałe:	263 426 770,19	3,1%	243 596 426,31	2,8%	-19 830 343,88
	- grunty (w tym prawo użytkowania wieczystego gruntów)	13 776 125,28	0,2%	13 460 707,32	0,2%	-315 417,96
	- budynki, budowle	165 966 834,58	2,0%	157 578 089,09	1,8%	-8 388 745,49
	- urządzenia techniczne i maszyny	78 655 309,26	0,9%	68 693 091,30	0,8%	-9 962 217,96
	- środki transportu	2 436 909,40	0,0%	1 823 463,94	0,0%	-613 445,46
	- inne środki trwałe	2 591 591,67	0,0%	2 041 074,66	0,0%	-550 517,01
2.	Środki trwałe w budowie	5 520 516,13	0,1%	11 776 093,16	0,1%	6 255 577,03
III.	Należności długoterminowe	132 145,59	0,0%	765 590,99	0,0%	633 445,40
IV.	Inwestycje długoterminowe	4 800,00	0,0%	4 800,00	0,0%	0,00
	AKTYWA OBROTOWE	8 125 403 560,96	96,4%	8 463 607 013,72	96,7%	338 203 452,76
I.	Zapasy	1 606 255,68	0,0%	1 300 083,94	0,0%	-306 171,74
II.	Należności krótkoterminowe	5 425 320 414,71	64,4%	5 664 014 861,74	64,7%	238 694 447,03
IV.	Inwestycje krótkoterminowe, w tym:	2 695 757 485,61	32,0%	2 795 050 401,62	32,0%	99 292 916,01
	- bieżące środki pieniężne	2 695 757 485,61	32,0%	2 795 050 401,62	32,0%	99 292 916,01
V.	Krótkoterminowe rozliczenia	2 719 404,96	0,0%	3 241 666,42	0,0%	522 261,46
	RAZEM AKTYWA	8 425 359 837,15	100,0%	8 748 162 292,86	100,0%	322 802 455,71

Struktura aktywów – krótka charakterystyka

Struktura majątku na dzień 31.12.2012 roku w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2011 roku nie uległa istotnym zmianom. Nastąpił nieznaczny spadek udziału aktywów trwałych z 3,6% do 3,3% oraz wzrost udziału aktywów obrotowych z 96,4% do 96,7%. W grupie aktywów obrotowych nastąpił spadek wartości zapasów o 19,1% oraz wzrost należności krótkoterminowych o 4,4% przy jednoczesnym wzroście ich udziału o 0,3 pkt. procentowego. Wzrosła wartość inwestycji krótkoterminowych o 3,7% i wartość krótkoterminowych rozliczeń międzyokresowych o 19,2%. Na podstawowy majątek Funduszu składają się należności krótkoterminowe, głównie należności od ZUS z tytułu składek zdrowotnych i inwestycje krótkoterminowe (bieżące środki pieniężne), których udział w strukturze aktywów wynosi odpowiednio na 31.12.2011 roku 64,4% i 32,0%, oraz na 31.12.2012 roku 64,7% i 32,0%.

Porównanie danych – analiza trendów

Aktywa Funduszu na dzień 31.12.2012 roku obejmują następujące podstawowe składniki:

Wartości niematerialne i prawne 28 412 368,68 zł

Wartości niematerialne i prawne stanowią 0,3% majątku Funduszu i obejmują w szczególności licencje na użytkowe programy komputerowe.

Rzeczowe aktywa trwałe 255 372 519,47 zł

Rzeczowe aktywa trwałe stanowią 3,0% sumy bilansowej. Wartość rzeczowych aktywów trwałych na dzień bilansowy w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2011 roku uległa zmniejszeniu o 5,0%, co stanowi kwotę 13 574,77 tys. zł.

Należności długoterminowe 765 590,99 zł

Należności długoterminowe głównie stanowią należności z wyroków sądowych, z terminem ich spłaty określonym na lata późniejsze.

Zapasy 1 300 083,94 zł

Zapasy wykazane w bilansie stanowią poniżej 0,01% sumy bilansowej i obejmują materiały, towary oraz zaliczki na dostawy.

Należności krótkoterminowe 5 664 014 861,74 zł

Należności krótkoterminowe stanowią 64,7% sumy bilansowej i obejmują należności z tytułu dostaw i usług wymagalne w okresie 12 miesięcy od dnia bilansowego. Według stanu na dzień bilansowy należności krótkoterminowe wzrosły w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2011 roku o 4,4% tj. o 238 694,45 tys. zł. Na dzień bilansowy należności od ZUS wynosiły 4 878 055,71 tys. zł, a należności od KRUS stanowiły kwotę 263 524,81 tys. zł.

Inwestycje krótkoterminowe 2 795 050 401,62 zł

Inwestycje krótkoterminowe, na które w większości składają się bieżące środki pieniężne stanowią 32,0% sumy bilansowej i wycenione zostały w wartości nominalnej łącznie z wymagalnymi na dzień bilansowy odsetkami. Stan inwestycji krótkoterminowych na dzień 31.12.2012 roku w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2011 roku uległ zwiększeniu o kwotę 99 292,92 tys. zł.

Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe 3 241 666,42 zł

Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe obejmują nakłady przewidziane do rozliczenia w następnych okresach sprawozdawczych po dniu bilansowym.

VI.5.2. Pasywa i ich struktura**Tabela nr VI.11. Pasywa łącznie w zł i gr.**

31.12.2011 r.	31.12.2012 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
8 425 359 837,15	8 748 162 292,86	3,80%	Biuro Księgowości

Tabela nr VI.12. Kapitał własny w zł i gr.

31.12.2011 r.	31.12.2012 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
1 606 436 814,49	1 891 818 453,52	17,80%	Biuro Księgowości

Tabela nr VI.13. Zobowiązania i rezerwy w zł i gr.

31.12.2011 r.	31.12.2012 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
6 818 923 022,66	6 856 343 839,34	0,50%	Biuro Księgowości

Tabela nr VI.14. Pasywa.

PASYWA		31.12.2011 r.		31.12.2012 r.		w zł i gr. Zmiana
		KWOTA	STRUKTURA	KWOTA	STRUKTURA	(+) wzrost, (-) spadek
A.	KAPITAŁ (FUNDUSZ) WŁASNY	1 606 436 814,49	19,1%	1 891 818 453,52	21,6%	285 381 639,03
I.	Kapitał (fundusz) podstawowy	141 549 868,09	1,7%	141 549 868,09	1,6%	0,00
II.	Kapitał (fundusz) zapasowy	1 451 175 184,25	17,2%	1 464 886 946,40	16,7%	13 711 762,15
III.	Fundusz rezerwowy (CFI)	153 626 024,66	1,8%	0,00	0,0%	-153 626 024,66
IV.	Zysk (strata) z lat ubiegłych	60 000 000,00	0,8%	0,00	0,0%	-60 000 000,00
V.	Zysk (strata) netto	-199 914 262,51	-2,4%	285 381 639,03	3,3%	485 295 901,54
B.	ZOBOWIĄZANIA I REZERWY	6 818 923 022,66	80,9%	6 856 343 839,34	78,4%	37 420 816,68
I.	Rezerwy na zobowiązania	1 305 833 783,33	15,5%	1 282 355 900,87	14,7%	-23 477 882,46
II.	Zobowiązania długoterminowe	522 567,47	0,0%	639 930,83	0,0%	117 363,36
III.	Zobowiązania krótkoterminowe	5 505 956 867,77	65,3%	5 567 309 198,36	63,6%	61 352 330,59
IV.	Rozliczenia międzyokresowe	6 609 804,09	0,1%	6 038 809,28	0,1%	-570 994,81
RAZEM PASYWA		8 425 359 837,15	100,0%	8 748 162 292,86	100,0%	322 802 455,71

Struktura pasywów – krótka charakterystyka

Majątek Funduszu w 78,4% pokrywają zobowiązania i rezerwy na zobowiązania, wykazane w łącznej kwocie 6 856 343,84 tys. zł, stanowią one kwotę niższą niż stan majątku ogółem o 1 891 818,45 tys. zł. W badanym okresie wystąpiła zbliżona do 2011 roku struktura źródeł finansowania majątku. Fundusz osiągnął zysk netto w wysokości 285 381,64 tys. zł, co w porównaniu do 2011 roku stanowi wzrost o 242,8% tj. 485 295,90 tys. zł.

Porównanie danych – analiza trendów

Pasywa Funduszu na dzień 31.12.2012 roku obejmują następujące podstawowe składniki:

Fundusz własny 1 891 818 453,52 zł

Fundusz własny obejmuje:

- kapitał podstawowy w wysokości 141 549 868,09 zł stanowiący równowartość majątku trwałego netto otrzymanego od Skarbu Państwa,
- kapitał zapasowy w wysokości 1 464 886 946,40 zł,
- zysk okresu badanego w kwocie 285 381 639,03 zł, który zaprezentowany został w porównawczym rachunku zysków i strat.

Rezerwy na zobowiązania 1 282 355 900,87 zł

Rezerwy na zobowiązania stanowią 14,7% sumy bilansowej i obejmują:

- rezerwy na pewne lub prawdopodobne przyszłe zobowiązania w kwocie 173 419,43 tys. zł, z czego kwota 128 254,48 tys. zł przypada na rezerwy na postępowania sądowe za ponadumowne świadczenia zdrowotne,
- bierne rozliczenia międzyokresowe kosztów działalności operacyjnej i kosztów finansowych w wysokości 1 108 936,47 tys. zł.

Zobowiązania długoterminowe 639 930,83 zł

Zobowiązania długoterminowe stanowią poniżej 0,01% sumy bilansowej i dotyczą głównie wpłaconych przez dostawców zabezpieczeń należytego wykonania umów.

Zobowiązania krótkoterminowe 5 567 309 198,36 zł

Zobowiązania krótkoterminowe obejmują 63,6% sumy bilansowej, w tym zobowiązania z tytułu dostaw i usług wymagalne w okresie 12 miesięcy po dniu bilansowym stanowią kwotę 5 522 026,44 tys. zł.

Rozliczenia międzyokresowe 6 038 809,28 zł

Rozliczenia międzyokresowe stanowią 0,1% sumy bilansowej, dotyczą głównie programów lub projektów współfinansowanych ze środków pieniężnych z UE/EFTA.

Tabela nr 1 - Sprawy sądowe prowadzone przez oddziały wojewódzkie NFZ w 2012 r.

Oddział Wojewódzki NFZ	Sprawy prowadzone w 2012 r.		Sprawy ostatecznie zakończone w 2012 r.		Sprawy niezakończone w 2012 r.	
	liczba	kwota roszczeń (zł)	liczba	kwota zasądzona (zł)	liczba	kwota roszczeń (zł)
sprawy ogółem	1 711	1 618 605 956	854	300 061 768	857	977 163 375
	w tym					
sprawy z powództwa NFZ	705	31 087 834	374	2 293 309	331	29 193 493
sprawy przeciwko NFZ	1 006	1 587 518 122	480	297 768 459	526	947 969 882

Tabela nr 2 - Zestawienie spraw sądowych ostatecznie zakończonych w 2012 r. - Sprawy przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia

lp.	Wojewódzki Oddział	z tytułu "ustawy 203"		związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity		o zapłatę wynikające z wykonania umowy		z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, ustalenia prawa do świadczeń		Inne postępowania sądowe	
		liczba spraw	kwota zasądzona (zł)	liczba spraw	kwota zasądzona (zł)	liczba spraw	kwota zasądzona (zł)	liczba spraw	kwota zasądzona (zł)	liczba spraw	kwota zasądzona (zł)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	dolnośląski	0	0	28	884 606	8	744 001	0	0	10	145 984
2	kujawsko-pomorski	0	0	9	2 134 600	3	80 532	0	0	1	0
3	lubelski	0	0	49	41 167 943	2	5 961	0	0	3	0
4	lubuski	0	0	1	0	0	0	0	0	5	11 010
5	łódzki	0	0	24	6 564 431	1	19 285	0	0	2	0
6	małopolski	1	0	5	3 171 658	12	756 847	2	0	1	17 205
7	mazowiecki	0	0	8	3 672 777	6	122 883	0	0	31	2 171 938
8	opolski	0	0	10	10 497 464	6	414 324	1	0	0	0
9	podkarpacki	0	0	58	95 941 329	2	1 758	0	0	9	0
10	podlaski	0	0	1	155 754	1	0	0	0	5	12 017
11	pomorski	1	0	7	7 241 632	0	0	0	0	0	0
12	śląski	0	0	37	37 261 094	3	35 430	1	0	8	119 153
13	świętokrzyski	1	1 511 495	29	29 383 205	0	0	0	0	3	0
14	warmińsko-mazurski	0	0	51	45 592 165	0	0	0	0	3	6 537
15	wielkopolski	2	736 748	17	6 909 471	7	277 223	4	0	1	0
16	zachodniopomorski	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Suma	5	2 248 243	334	290 578 129	51	2 458 243	8	0	82	2 483 844

Tabela nr 3 - Zestawienie spraw sądowych niezakończonych w 2012 r. - Sprawy przeciwko Narodowemu Funduszowi Zdrowia

lp.	Oddział Wojewódzki	z tytułu "ustawy 203"		związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielnymi ponad limity		o zapłatę wynikające z wykonania umowy		z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, ustalenia prawa do świadczeń		Inne postępowania sądowe	
		liczba spraw	kwota roszczeń (zł)	liczba spraw	kwota roszczeń (zł)	liczba spraw	kwota roszczeń (zł)	liczba spraw	kwota roszczeń (zł)	liczba spraw	kwota roszczeń (zł)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1	dolnośląski	2	3 953 044	47	46 743 127	5	2 096 305	0	0	13	1 336 772
2	kujawsko-pomorski	1	45 787 352	37	107 780 770	8	7 877 803	4	93 120	3	3 252 077
3	lubelski	0	0	39	201 051 662	4	338 375	0	0	5	88 049
4	lubuski	0	0	0	0	0	0	0	0	3	4 127 494
5	łódzki	1	2 767 062	66	98 850 360	3	54 345	0	0	2	1 174 489
6	małopolski	1	5 120 911	5	21 209 291	26	7 118 549	0	0	0	0
7	mazowiecki	5	24 902 952	26	50 877 440	13	5 267 882	1	18 435	15	24 018 856
8	opolski	0	0	6	6 360 879	0	0	0	0	1	0
9	podkarpacki	0	0	15	40 567 781	1	394 235	1	3 696	1	45 319
10	podlaski	0	0	1	1 838 047	3	1 487 206	0	0	5	144 859
11	pomorski	2	7 893 801	37	37 069 727	12	2 368 024	1	5 140	3	1 587 073
12	śląski	2	4 922 113	12	21 074 245	4	9 419 537	15	0	7	486 563
13	świętokrzyski	0	0	5	34 152 497	0	0	0	0	3	4 884 377
14	warmińsko-mazurski	0	0	9	15 790 204	0	0	0	0	4	538 230
15	wielkopolski	2	5 909 327	23	75 951 358	8	6 915 828	2	0	2	1 565 665
16	zachodniopomorski	0	0	1	657 917	1	10 001	0	0	2	19 731
	Suma	16	101 256 562	329	759 975 305	88	43 348 090	24	120 391	69	43 269 534

Tabela nr 4 - Sprawy sądowe z tytułu nadwykonan prowadzone przez oddziały wojewódzkie NFZ w 2012 r.

lp	Oddział Wojewódzki NFZ	Sprawy prowadzone w 2012 r.				Sprawy niezakończone w 2012 r.		ogółem						w tym:					Sprawy ostatecznie zakończone w 2012 r.				pozasądzone, np. oddalenie powództwa, umorzenie postępowania	
		liczba spraw	kwota roszczeń (zł)	w tym wszczęte w 2012 r.		liczba spraw	kwota roszczeń (zł)	liczba spraw	kwota roszczenia niepodlegająca wypłacie	kwota należności do wypłaty (zł)	liczba spraw	ugoda sądowa	zasądzenie od NFZ			liczba spraw	kwota zasądzona wyrokiem (zł)	kwota roszczenia (zł)						
				liczba spraw	kwota roszczeń (zł)								liczba spraw	zrezerwowana część roszczeń (zł)	kwota nieuwzględnionego roszczenia w kwocie głównej (zł)									
																			10 (11+12+20)	11 (14+17)	12 (15+18)	13		
1	2	3 (7+9)	4 (8+10)	5	6	7	8	9 (13+16+19)	10 (11+12+20)	11 (14+17)	12 (15+18)	13	14	15	16	17	18	19	20					
1	dolnośląski	75	102 838 510	51	80 495 240	47	46 743 127	28	56 095 383	235 331	884 606	2	235 331	884 606	0	0	0	26	54 975 446					
2	kujawsko-pomorski	46	126 605 243	21	47 691 569	37	107 780 770	9	18 824 473	4 667 374	2 134 600	2	4 667 374	316 149	2	0	1 818 451	5	12 022 499					
3	lubelski	88	318 809 377	38	131 171 578	39	201 051 662	49	117 757 715	76 589 773	41 167 943	27	26 571 238	16 717 159	20	50 018 535	24 450 784	2	0					
4	lubuski	1	798 970	1	798 970	0	0	1	798 970	0	0	0	0	0	0	0	0	1	798 970					
5	łódzki	90	121 104 044	62	75 860 455	66	98 850 360	24	22 253 684	5 847 437	6 564 431	10	5 723 253	5 712 399	1	124 184	852 032	13	9 841 816					
6	małopolski	10	28 332 829	0	0	5	21 209 291	5	7 123 538	3 951 880	3 171 658	0	3 951 880	3 171 658	0	0	0	0	0					
7	mazowiecki	34	57 205 941	1	540 475	26	50 877 440	8	6 328 501	1 576 756	3 672 777	1	914 516	249 430	5	662 240	3 423 347	2	1 078 968					
8	opolski	16	36 114 238	9	13 271 120	6	6 360 879	10	29 753 359	16 386 057	10 497 464	2	5 832 206	2 431 332	4	10 553 851	8 066 132	4	2 869 838					
9	podkarpacki	73	214 373 636	35	70 816 710	15	40 567 781	58	173 805 855	71 806 360	95 941 329	49	71 806 360	93 609 851	3	0	2 331 478	6	6 058 166					
10	podlaski	2	2 178 651	1	340 804	1	1 838 047	1	340 803	184 849	155 754	1	184 849	155 754	0	0	0	0	0					
11	pomorski	44	44 483 547	38	37 285 299	37	37 069 727	7	7 413 820	52 376	7 241 632	6	52 376	7 241 632	0	0	0	1	119 812					
12	śląski	49	122 664 868	44	115 009 047	12	21 074 245	37	101 590 624	50 722 780	37 261 094	27	50 722 780	37 261 094	0	0	0	10	13 606 750					
13	świętokrzyski	34	87 934 246	30	58 518 998	5	34 152 497	29	53 781 749	23 742 912	29 383 205	28	23 742 912	29 383 205	0	0	0	1	655 631					
14	warmińsko-mazurski	60	96 132 682	55	83 743 192	9	15 790 204	51	80 342 478	31 470 159	45 592 165	33	13 272 863	10 526 011	6	18 197 296	35 066 154	12	3 280 154					
15	wielkopolski	40	130 074 993	32	106 953 619	23	75 951 358	17	54 123 635	1 420 490	6 909 471	3	1 387 233	6 842 949	1	33 257	66 522	13	45 793 674					
16	zachodniopomorski	1	657 917	0	0	1	657 917	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0					
Razem		663	1 490 309 693	418	822 496 875	329	769 975 305	334	730 334 386	288 654 635	290 578 129	196	209 065 172	214 503 229	42	79 589 363	76 074 900	96	151 101 723					

Tabela nr 5 - Wykaz zarządzeń Prezesa Funduszu wydanych w 2012 r.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przynajmniej wprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
1	1/2012/DGL	w sprawie określenia zasad numeracji recept	4.01.2012	4.01.2012			Wprowadzenie zarządzenia w związku wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. Nr 294, poz. 1739). Zarządzenie reguluje zasady numeracji recept od cyfry piętej do dwudziestej.
2	2/2012/DSOZ	w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ	10.01.2012	10.01.2012			Wprowadzenie zarządzenia w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ, związane jest z wejściem w życie z dniem 12 stycznia 2012 r. rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2011 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 215, poz. 1273).
3	3/2012/DSOZ	w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy)	10.01.2012	10.01.2012			Wprowadzenie zarządzenia w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fazy) związane jest z wejściem w życie z dniem 12 stycznia 2012 r. rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2011 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 215, poz. 1273).
4	4/2012/DSOZ	w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	11.01.2012	11.01.2012			Wprowadzenie zarządzenia w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze związane jest z wejściem w życie z dniem 12 stycznia 2012 r. rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2011 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 215, poz. 1273).
5	5/2012/DSOZ	w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących	11.01.2012	11.01.2012			Wprowadzenie zarządzenia zmieniającego w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących związane jest z wejściem w życie z dniem 12 stycznia 2012 r. rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2011 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 215, poz. 1273).
6	6/2012/DSOZ	w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących deklaracji POZ/KAOS, zwrotnych wyników weryfikacji deklaracji POZ/KAOS, zwrotnego rozliczenia deklaracji POZ/KAOS	11.01.2012	11.01.2012			Wprowadzenie zarządzenia w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących deklaracji POZ/KAOS, zwrotnych wyników weryfikacji deklaracji POZ/KAOS, zwrotnego rozliczenia deklaracji POZ/KAOS związane jest z wejściem w życie z dniem 12 stycznia 2012 r. rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 września 2011 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. Nr 215, poz. 1273).
7	7/2012/BAG	w sprawie przeprowadzenia przetargu na sprzedaż samochodu służbowego będącego w dyspozycji Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia	11.01.2012	11.01.2012			W świetle opinii prawnej zawartej w piśmie znak NEZ/C/BP/W/07/08/0060 z dnia 16.08.2007 r., sprzedaż samochodu może nastąpić na podstawie wydanego przez Prezesa Funduszu zarządzenia w sprawie ogłoszenia przetargu na sprzedaż wymienionego samochodu służbowego.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przebieg w prowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
8	8/2012/DSM	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe	01.02.2012	01.02.2012			Konieczność nowelizacji zarządzenia nr 66/2011/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe jest wynikiem uwag przesłanych przez Ministerstwo Zdrowia w ramach weryfikacji zarządzenia dokonywanej na podstawie art. 165 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), a także uwag do przedmiotowego zarządzenia Pani Profesor Ireny Ponikwowskiej – Konsultanta Krajowego w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej.
9	9/2012/BKIS	w sprawie wprowadzenia systemu ocen pracowniczych w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia	02.02.2012	02.02.2012	35/2012/BKIS	19.06.2012	Zarządzenie opracowano w związku z koniecznością realizacji zadań, o których mowa w § 28 ust. 2 pkt 11 Regulaminu Organizacyjnego Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, stanowiącego załącznik nr 1 do zarządzenia nr 49/2011/GP. Jednocześnie „Opracowanie Systemu Ocen Pracowniczych” ujęte zostało jako zadanie do realizacji w Planie Pracy Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia na 2011 rok przyjętego uchwałą Rady nr 2/2011/II Rady NFZ z dnia 3 lutego 2011 r. w sprawie przyjęcia Planu Pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2011 rok, z terminem realizacji do dnia 31 grudnia 2011 r.
10	10/2012/DGL	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne	15.02.2012	15.02.2012 z mocą obowiązującą od 1.01.2012			Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają ze zmiany rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 października 2011 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. (Dz. U. Nr 244, poz. 1455), rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2011 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych. (Dz. U. Nr 269, poz. 1598) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2011 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. Nr 269, poz. 1597). Przedmiotowe zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem dotyczą wyłącznie programów, które uległy modyfikacji w ww. rozporządzeniach Ministra Zdrowia.
11	11/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne	28.02.2012	28.02.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1.03.2012 r., z wyjątkiem: 1) lp. 309a, załącznika nr 1 do zarządzenia, 2) lp. 8 – 11, 13, 23 – 25, 49, 54, 55 w kolumnie nr 4 załącznika nr 2 do zarządzenia, 3) poz. J30 Poważane oparzenia < 18 r. z załącznika nr 3 do zarządzenia, które wchodzi w życie z mocą obowiązującą od dnia 1.01.2012 r. 4) § 1 pkt 1 zarządzenia, 5) lp. 390-392, 506 w kolumnie nr 12 załącznika nr 1 do zarządzenia, 6) lp. 36 załącznika nr 2 do zarządzenia, które wchodzi w życie z mocą obowiązującą od dnia 1.07.2012 r.	37/2012/DSOZ 88/2012/DSOZ	26.06.2012 8.12.2012	Zasadniczym celem zmian wprowadzonych niniejszym zarządzeniem jest umożliwienie od dnia 1 stycznia 2012 r. rozliczania świadczeń gwarantowanych leczenia ciężkich i średnich oparzeń lub odmrożeń w zakresie chirurgii dziecięcej. Ograniczenie dostępności do przedmiotowych świadczeń u dzieci ma związek z wprowadzeniem dodatkowych warunków realizacji tych świadczeń rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 lutego 2011 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 40, poz. 212), które nie uwzględniają specyfiki leczenia oparzeń u dzieci.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przyczyny wprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
12	12/2012/DSM	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe	29.02.2012	29.02.2012			Nowelizacja zarządzenia nr 66/2011/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe wynika z konieczności dostosowania kodów i nazw produktów dopłatowych do obecnie funkcjonujących w uzdrowiskowych systemach informatycznych.
13	13/2012/DGL	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii	07.03.2012	07.03.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1.01.2012 r.			Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają ze zmiany od dnia 1 stycznia 2012 r. wyceny punktowej substancji czynnych rutuximab w związku z ogłoszonym w dniu 30 grudnia 2011 r. komunikatem Ministerstwa Zdrowia (MZ-PLA-460-12971-40/BRB/11), który ustanowił rutuximab jako terapię drugiej linii leczenia dla pacjentów chorych na RZS w programie „Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów (rz) i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (miz) o przebiegu agresywnym”. Ponadto uwzględniono uwagę przekazaną przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie Onkologii Klinicznej dotyczącą możliwości leczenia działań niepożądanych w ramach trybu jednodniowego i trybie ambulatoryjnym. Jednocześnie przedmiotowe zarządzenie jest konsekwencją uwag, jakie wpłynęły podczas konsultacji, oraz sprostowania oczywistych pomyłek.
14	14/2012/BK	zmieniające zarządzenie w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania rozliczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, z dotacji otrzymanej z budżetu państwa, przeznaczanej na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej	07.03.2012	07.03.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1.01.2012 r.			Zmiany proponowane w projektowanym zarządzeniu związane są z koniecznością dostosowania przepisów zarządzenia nr 99/2011/BK Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie sposobu i trybu przeprowadzania rozliczeń przez Narodowy Fundusz Zdrowia, z dotacji otrzymanej z budżetu państwa, przeznaczanej na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej do aktualnego stanu prawnego, tj. uwzględnia obecnie obowiązujące rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 294, poz. 1735), oraz konieczności wprowadzenia do niniejszego zarządzenia nowych wzorów sprawozdań, zgodnie z wytycznymi Ministra Zdrowia przekazanymi przy piśmie z dnia 10 lutego 2012 r., znak: MZ-LUZ-S-73-26512-2/DG/12, na podstawie których Fundusz sporządził comiesięczne i narastające sprawozdania z tytułu realizacji zadań określonych w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b w związku z art. 2 ust. 1 pkt 2 i 3, art. 12 pkt 2-4, 6 i 9 oraz art. 26 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).
15	15/2012/DEF	zmieniające zarządzenie w sprawie wprowadzenia „Instrukcji przeprowadzania rozliczeń międzyoddziałowych z tytułu migracji ubezpieczonych w 2012 r.”	19.03.2012	19.03.2012			Przedmiotowe zarządzenie Prezesa NFZ umożliwi oddziałom wojewódzkim NFZ rozliczenie w 2012 r. kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach migracji ubezpieczonych, które w 2011 r. nie zostały rozliczone zgodnie z postanowieniami zarządzenia nr 62/2010/DEF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 września 2010 r. w sprawie wprowadzenia „Instrukcji przeprowadzania rozliczeń międzyoddziałowych z tytułu migracji ubezpieczonych w 2011 r.” poprzez uznanie w oddziałach świadczeniodawcy i obciążenie w oddziałach pacjenta pozycji B2.18 „koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych” planu finansowego NFZ na 2012 r. Ponadto, w zarządzeniu uwzględniono zmianę wzoru noty, stanowiącego załącznik nr 2 do zarządzenia, wystawianej w przypadku dokonywania rozliczeń międzyoddziałowych za świadczenia opieki zdrowotnej z lat ubiegłych poprzez uzupełnienie jej o pozycję lecznictwa uzdrowiskowe w celu umożliwienia rozliczenia w 2012 r. kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w ramach migracji ubezpieczonych w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego nierozliczonych w 2011 r. oraz dostosowano do zgłaszanych przez oddziały wojewódzkie NFZ potrzeb „Harmonogram działań w ramach rozliczeń międzyoddziałowych z tytułu migracji ubezpieczonych w 2012 r.” stanowiący załącznik nr 3 do zarządzenia.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przebieg wprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
16	16/2012/DGL	zmieniające zarządzenie w sprawie warunków postępowania dotyczących zawarcia umowy na wydawanie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na recepty	27.03.2012	27.03.2012			Konieczność nowelizacji zarządzenia wynika z wejścia w życie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów na realizację recept oraz ramowego wzoru umowy na realizację recept (Dz. U. poz. 259), w którym zawarte zostało zobowiązanie dla stron umów na wydawanie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na recepty do dostosowania tych umów do przepisów ww. rozporządzenia (§ 2).
17	17/2012/DWM	w sprawie zaświadczenia o prawie do świadczeń opieki zdrowotnej wydawanego niepodlegającym zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego w NFZ członkom rodziny osoby ubezpieczonej w czasie ich pobytu na terytorium RP	29.03.2012	29.03.2012			Niniejsze zarządzenie wprowadza do stosowania wzory dwóch dokumentów niezbędnych do właściwego zabezpieczenia wynikających z przepisów o koordynacji praw członków rodziny ubezpieczonej, którzy to członkowie rodziny nie podlegają zgłoszeniu do ubezpieczenia zdrowotnego w Narodowym Funduszu Zdrowia.
18	18/2012/DSS	w sprawie zgłoszenia do Narodowego Funduszu Zdrowia chęci skorzystania ze świadczenia usług tłumacza PJM, SJM i SKOGN	29.03.2012	01.04.2012			Ustawa z dnia 19 sierpnia 2011 r. o języku migowym i innych środkach komunikowania się (Dz. U. Nr 209) poz. 1243, z późn. zm.) określa zasady obsługi osób uprawnionych w kontaktach z organami administracji publicznej, w tym zobowiązuje organ administracji publicznej do określenia formy zgłoszenia chęci skorzystania ze świadczenia usługi tłumacza PJM, SJM i SKOGN.
19	19/2012/DSOZ	w sprawie przyjęcia do stosowania w Narodowym Funduszu Zdrowia wzorów wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Zgód Indywidualnych	29.03.2012	29.03.2012	97/2012/DSOZ	21.12.2012	W związku z wątpliwościami zgłaszanymi przez oddziały wojewódzkie Narodowego Funduszu Zdrowia, dotyczącymi czytelności przepisów zarządzenia nr 65/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 22 października 2010 r. w sprawie przyjęcia do stosowania w Narodowym Funduszu Zdrowia wzorów wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i bazy zgód indywidualnych, wynikających z licznych zmian nadesłanych w kolejnych zarządzeniach zmieniających to zarządzenie, wydaje się nowe zarządzenie w sprawie przyjęcia do stosowania w Narodowym Funduszu Zdrowia wzorów wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i bazy zgód indywidualnych, doprecyzowujące opisy wzorów wniosków.
20	20/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	29.03.2012	29.03.2012			Proponowane zmiany w niniejszym zarządzeniu zmieniającym są następstwem wejścia w życie ustawy z dnia 19 sierpnia 2011 r. o weteranach działań poza granicami państwa (Dz. U. Nr 205, poz. 1203). Projektowana zmiana dotyczy świadczeń realizowanych w Domu Weterana, funkcjonującego jako zakład opiekuńczo-leczniczy, oraz skierowania weterana poszkodowanego do Domu Weterana, na podstawie opinii konsultanta ochrony zdrowia, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o konsultantach w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2009 r. Nr 52, poz. 419 i Nr 76, poz. 641, z 2010 r. Nr 107, poz. 679 oraz z 2011 r. Nr 112, poz. 654), niezależnie od oceny jego samodzielności określonej stosownie do przepisów wykonawczych wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
21	21/2012/DGL	w sprawie ustalenia unikalnego numeru identyfikującego receptę	29.03.2012	29.03.2012			Konieczność wydania nowego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącego określenia numeracji recept wynika z wejścia w życie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. poz. 260, z późn. zm.). W związku z powyższym niniejsze zarządzenie Prezesa NFZ w sprawie ustalenia unikalnego numeru identyfikującego receptę stanowi wykonanie zobowiązania wynikającego z pkt 3 załącznika nr 4 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich. Ponadto, w związku z nieprawidłowym przydzielaniem numeracji w jednym z oddziałów wojewódzkich NFZ, należało uściślić nadawanie numeracji w zakresie cyfr: siódmej i ósmej.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przebieg wprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
22	22/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	6.04.2012	6.04.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1.11.2011 r.			Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem mają charakter porządkujący. W załączniku nr 3 do zarządzenia nr 67/2011/DSOZ (...) z późn. zm. dokonano zmiany polegającej na uchyleniu określeń odnoszących się do oznaczeń działań i rubryk rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Dokonanie zmian wraz z wstępną datą ich obowiązywania związane jest z wejściem w życie w dniu 1 listopada 2011 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreślenia z tego rejestru (Dz. U. Nr 221, poz. 1319).
23	23/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne	6.04.2012	6.04.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1.03.2012 r., z wyjątkiem § 1 pkt 1, który wchodzi w życie z mocą obowiązującą od dnia 1.11.2011 r.			Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem mają charakter porządkujący. W załączniku nr 3 do zarządzenia nr 72/2011/DSOZ (...) z późn. zm. dokonano zmiany polegającej na uchyleniu określeń odnoszących się do oznaczeń działań i rubryk rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Dokonanie zmian wraz z wstępną datą ich obowiązywania związane jest z wejściem w życie w dniu 1 listopada 2011 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreślenia z tego rejestru (Dz. U. Nr 221, poz. 1319).
24	24/2012/DGL	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne	27.04.2012	27.04.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1.04.2012 roku.			Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem dotyczą zmiany wytycznych czynników krzepnięcia osocznopochodnego VIII oraz czynnika krzepnięcia IX osocznopochodnego na status c.u. ze względu na rozstrzągnięcie postępowania przetargowych w trybie przetargu nieograniczonego w sprawie udzielenia zamówienia publicznego na dostawę czynników krzepnięcia wraz z dostawą, które spowodowało konieczność zmiany wytycznych punktowej w zakresie ww. substancji czynnych. Nierównomierne zużycie czynników krzepnięcia w poszczególnych województwach może spowodować, że pacjenci otrzymywaliby czynnik krzepnięcia o różnych wytycznych punktowych, co jest niepożądanym przebiegiem postępowania przetargowych. W związku z powyższym, w okresie przejściowym, rozwiązaniem zaakceptowanym przez Prezesa Funduszu jest wprowadzenie dla ww. substancji czynnych wytycznych punktowej o statusie c.u., tj. cena uzgodniona w pożyczkach, które w wyniku postępowania przetargowego mają odmienną wytyczną punktową od aktualnie obowiązującej zgodnie z załącznikiem nr 1h do zarządzenia nr 59/2011/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne.
25	25/2012/DGL	w sprawie wzoru umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom	30.04.2012	30.04.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1.07.2012 roku			Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają z wejścia w życie ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.). Zgodnie z art. 48 ww. ustawy realizacja świadczeń gwarantowanych, o którym mowa w art. 15 ust. 2 pkt 14, 17 i 18 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), przysługuje świadczeniobiorcy na podstawie recepty wystawionej przez osobę uprawnioną (lekarza, lekarza dentyście, felczera, starszego felczera), która zobowiązana jest zawrzeć z dyrektorem oddziału Funduszu umowę upoważniającą do wystawiania recept refundowanych.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przebiegany wprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
26	26/2012/DGL	w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii	10.05.2012	10.05.2012	41/2012/DGL 43/2012/DGL 61/2012/DGL 92/2012/DGL 102/2012/DGL	10.07.2012 13.07.2012 12.10.2012 13.12.2012 21.12.2012	Zarządzenie stanowi wypełnienie delegacji ustawowej zawartej w art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zgodnie z którą Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju, określa przy tym zakres tych świadczeń, oraz warunki wymagane od świadczeniodawców. Projektowane zarządzenie reguluje również kwestie związane z finansowaniem i rozliczaniem udzielonych świadczeń, precyzuje przy tym zasady współpracy pomiędzy płatnikiem publicznym a świadczeniodawcą.
27	27/2012/DGL	w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe)	10.05.2012	10.05.2012	42/2012/DGL 66/2012/DGL 27/2012/DGL	10.07.2012 19.10.2012 18.12.2012	Zarządzenie reguluje również kwestie związane z finansowaniem i rozliczaniem udzielonych świadczeń, precyzuje przy tym zasady współpracy pomiędzy płatnikiem publicznym a świadczeniodawcą. Projektowane zarządzenie stanowi wypełnienie delegacji ustawowej zawartej w art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zgodnie z którą Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju, określa przy tym zakres tych świadczeń, oraz warunki wymagane od świadczeniodawców.
28	28/2012/DGL	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie terapeutyczne programy zdrowotne	10.05.2012	10.05.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1.07.2012 roku do dnia 31.12.2013 r.			Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają z konieczności umożliwienia realizowania na dotychczasowych zasadach świadczenia chemioterapii niestandardowej zgodnie z art. 70, ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.). Ponadto zgodnie z art. 69 ustawy o refundacji leków: „Umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu programów zdrowotnych w części dotyczącej terapeutycznych programów zdrowotnych (...) są realizowane (...) na zasadach dotychczasowych, nie dłużej jednak niż do dnia 30 czerwca 2012 r.”. Wobec powyższego została uchylona część zapisów zarządzenia, w tym załączniki, które nie dotyczą chemioterapii niestandardowej, i wprowadzono nowe załączniki odnoszące się wyłącznie do chemioterapii niestandardowej.
29	29/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej	10.05.2012	10.05.2012			Zmiana zarządzenia nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej wynika z wprowadzenia nowego zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe), w związku z obwieszczeniem wydawanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia na podstawie art. 37 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.). Wobec powyższego istnieje konieczność uregulowania kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe).
30	30/2012/BK	zmieniające zarządzenie w sprawie ustalenia zasad rachunkowości w Narodowym Funduszu Zdrowia	18.05.2012	18.05.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1.01.2012 roku			Aktualizacja zasad rachunkowości Narodowego Funduszu Zdrowia wynika z konieczności wyodrębnienia, w ramach prowadzonej ewidencji księgowej, poniesionych wydatków strukturalnych według klasyfikacji zgodnej z zawartą we właściwym rozporządzeniu Ministra Finansów, przy czym w bieżącym roku dotowym za twnorządne wymagowi prowadzenia ewidencji analitycznej do kont zespołu 2 „Koszta i rozrachunki” uznaje się prowadzenie tej ewidencji w formie ewidencji pozabilansowej lub pomocniczej (w odrębnych urządzeniach).

Ip.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przyczyny wprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
31	31/2012/BAG	zmieniające zarządzenie w sprawie użytkowania samochodów służbowych w Narodowym Funduszu Zdrowia	12.06.2012	12.06.2012			Proponowane zmiany zarządzenia nr 24/2007 Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 kwietnia 2007 r. w sprawie użytkowania samochodów służbowych w Narodowym Funduszu Zdrowia wynikają z wejścia w życie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2011 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie badań lekarskich kierowców i osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami (Dz. U. Nr 88, poz. 503).
32	32/2012/BAG	zmieniające zarządzenie w sprawie zwrotu kosztów używania przez pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia do celów służbowych samochodów osobowych niebędących własnością pracodawcy	12.06.2012	12.06.2012			Proponowane zmiany zarządzenia nr 27/2007 z dnia 9 maja 2007 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zwrotu kosztów używania przez pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia do celów służbowych samochodów osobowych niebędących własnością pracodawcy wynikają z wejścia w życie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 kwietnia 2011 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie badań lekarskich kierowców i osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami (Dz. U. Nr 88, poz. 503).
33	33/2012/DGL	w sprawie powołania Zespołu do spraw importu docelowego	13.06.2012	13.06.2012			W związku z koniecznością wypracowania możliwości finansowania ze środków publicznych zakupu leków zawierających substancje czynne stosowane w chemioterapii prowadzonych w trybie art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.) niniejszym zarządzeniem zostaje powołany Zespół do spraw importu docelowego jako organ pomocniczy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
34	34/2012/DGL	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie chemioterapii	15.06.2012	15.06.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1.04.2012 roku.			Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają z okresowego braku dostępności na polskim rynku leków zawierających substancje czynne: Bleomycin sulphate, Carboplatinum, Curmestinum, Cisplatinum, Cyclophosphamidum, Cytarabinum, Docetaxelinum, Dactinonycinum, Daunorubicinum, Doxorubicinum, Doxorubicinum liposomatum, Doxorubicinum liposomatum pegyliatum, Epirubicinum, Etoposidum, Gemcitabinum, Ifosfamidum, Methotrexatum, Mitomycinum, Mitoxantronum, Paclitaxelum oraz decyzji Ministra Zdrowia na sprowadzenie z zagranicy produktów leczniczych niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta na podstawie art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.).
35	35/2012/BKS	zmieniające zarządzenie w sprawie wprowadzenia systemu ocen pracowniczych w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia	19.06.2012	19.06.2012			W związku z przeprowadzonymi spotkaniami z dyrektorami i kierownikami komórek organizacyjnych Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczącymi Systemu Ocen Pracowniczych oraz zgłoszonymi na spotkaniach propozycjami zmian zmodyfikowano „Aktuś ocen pracownika” stanowiący załącznik do Procedury Systemu Ocen Pracowniczych przyjętej przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zarządzeniem nr 9/2012/BKIS z dnia 2 lutego 2012 r. w sprawie wprowadzenia Systemu Ocen Pracowniczych. Modyfikacja „Aktuś ocen pracownika” dotyczy wprowadzenia dodatkowego elementu stanowiącego wykres radarowy oraz doprecyzowania istniejących opisów, dzięki czemu utworzony dokument będzie bardziej czytelny.
36	36/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień	19.06.2012	19.06.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1.07.2012 roku			Zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień wprowadza się zmiany mające na celu dostosowanie zarządzenia do przepisów zawartych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2012 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 346). W części normatywnej zarządzenia zmieniającego oraz w załączniku nr 1 i 2 do zarządzenia zmieniającego dodane zostały nowe zakresy świadczeń gwarantowanych.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przebieg wprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
37	37/2012/DSOZ	w sprawie zmiany zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne	26.06.2012	26.06.2012			Celem zmiany wprowadzonej niniejszym zarządzeniem jest wydłużenie okresu od publikacji zarządzenia do jego wejścia w życie, aby umożliwić świadczeniodawcom niedysponującym stacją dializ lub aparatami do hemodializ dostosowanie się do przepisów prawa, a więc co najmniej zawarcie umów z innymi świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w tym zakresie.
38	38/2012/DGL	w sprawie wzoru umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych, przysługujące świadczeniodawcom	30.06.2012	30.06.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1.07.2012 roku.	79/2012/DGL	15.11.2012	Zarządzenie nr 38/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie wzoru umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych, przysługujące świadczeniodawcom, wydane w oparciu o dyspozycję zawartą w art. 48 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.), na nowo określa wzór umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych, przysługujące świadczeniodawcom, uwzględniając postulat zgłoszony przez środowiska lekarskie, oraz uchylił uprzednie przepisy Prezesa NFZ w tej materii zawarte w zarządzeniu nr 25/2012/DGL z dnia 30 kwietnia 2012 r.
39	39/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne	6.07.2012	6.07.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1.07.2012 r.			Niniejsze zarządzenie jest wykonaniem upoważnienia zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.). Zmiany wprowadzane w zarządzeniu mają na celu zapewnienie świadczeniodawcom należnych im uprawnień w zakresie refundacji leków w przypadku zaistnienia akcji protestacyjnej, której przejawem będzie realizacja przez protestujących lekarzy ordynacji leków, która uwzględnia jedynie 100% odpłatność za leki.
40	40/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	6.07.2012	6.07.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1.07.2012 r.			Niniejsze zarządzenie jest wykonaniem upoważnienia zawartego w art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.). Zmiany wprowadzane w zarządzeniu mają na celu zapewnienie świadczeniodawcom należnych im uprawnień w zakresie refundacji leków w przypadku zaistnienia akcji protestacyjnej, której przejawem będzie realizacja przez protestujących lekarzy ordynacji leków, która uwzględnia jedynie 100% odpłatność za leki.
41	41/2012/DGL	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii	10.07.2012	10.07.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1.07.2012 r.			Zarządzenie stanowi wypełnienie delegacji ustawowej zawartej w art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zgodnie z którą Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju, określając przy tym zakres tych świadczeń, oraz warunki wymagane od świadczeniodawców. Zarządzenie wprowadza nowy Katalog leków poszerzony o sześć nowych produktów (kod EAN), w związku z umieszczeniem ich w wykazie w obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 lipca 2012 r. opublikowanym w dniu 28 czerwca 2012 r.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przebieg wprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
42	42/2012/DGL	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe)	10.07.2012	10.07.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1.07.2012 r.			Zarządzenie stanowi wypiekanie delegacji ustawowej zawartej w art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zgodnie z którą Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju, określając przy tym zakres tych świadczeń, oraz warunki wymagane od świadczeniodawców. Zarządzenie wprowadza nowy Katalog leków poszerzony o nowy produkt (kod EAN): Botox, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, w związku z opublikowaniem w dniu 28 czerwca 2012 r. obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 lipca 2012 r., w którym umieszczono powyższy produkt.
43	43/2012/DGL	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia	13.07.2012	13.07.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1.07.2012 r.			Zarządzenie stanowi wypiekanie delegacji ustawowej zawartej w art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), zgodnie z którą Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju, określając przy tym zakres tych świadczeń, oraz warunki wymagane od świadczeniodawców. Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają z okresowego braku dostępności na polskim rynku leków zawierających substancje czynne oraz decyzji Ministra Zdrowia na sprowadzenie z zagranicy produktów leczniczych niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta na podstawie art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.). Zarządzenie wprowadza katalog świadczeń dodatkowych – leczenie szpitalne – chemioterapia zawierający 29 procedur związanych z finansowaniem leków cytotatycznych sprowadzonych z zagranicy w trybie importu docelowego, co stanowi wypełnienie ustaleń pomiędzy Zespołem ds. importu docelowego, powołanego zarządzeniem Prezesa NFZ nr 33/2012/DGL z dnia 13.06.2012 r., a Ministrem Zdrowia.
44	44/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	18.07.2012	18.07.2012			Zarządzenie w załączniku nr 1 porządkuje numer kodu nowego zakresu świadczeń kontraktowanych: świadczenia dzienne rehabilitacyjne dla osób z ciężkimi zaburzeniami rozwojowymi, zaś w załączniku nr 2 w lp. 45-49, w leczeniu uzależnień w warunkach ambulatoryjnych, w ramach porad lekarskiej diagnostycznej, porad wizyty LU diagnostycznej i porad lekarskiej terapeutycznej uszczegóławia przepis dotyczący warunków dodatkowo ocenianych. Porządkuje też dla porad lekarskiej diagnostycznej i porad wizyty LU diagnostycznej w lp. 45, 46, 48 i 49 przywołane rozporządzenie Ministra Zdrowia na obowiązuje, tj. z dnia 21 marca 2012 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 346).

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przyczyny wprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
45	45/2012/DSOZ	w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fizy)	18.07.2012	18.07.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1.07.2012 r.			Wydanie zarządzenia przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (I fizy) związane jest z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 727). W związku z powyższym zaistniała konieczność przystosowania systemów informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia do wynagrodzonego powyżej rozporządzenia. Wydanie zarządzenia ma także na celu umożliwienie sprawozdawania i rozliczania zdrowotnych programów (lekowych) i chemioterapii od 1 lipca 2012 r. zgodnie z ustawą z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).
46	46/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	25.07.2012	25.07.2012			Niniejszym zarządzeniem wprowadza się zmianę w załączniku nr 1 do zarządzenia nr 65/2011/DSOZ z dnia 17 października 2011 r. w związku z zaistniałym na skutek niezamierzonego działania pominięciem w treści zarządzenia rozporządzeń z grupy F oraz czasu udzielania świadczenia płatnego 100%.
47	47/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	2.08.2012	2.08.2012			Wprowadzane niniejszym zarządzeniem zmiany wynikają z ustania przyczyn, które powodowały niemożność korzystania przez świadczeniobiorców z należnych im uprawnień w zakresie refundacji leków, w związku z prowadzoną przez lekarzy akcją protestacyjną, przejawiającą się w ordynacji lekarskiej uwzględniającej jedynie 100% odpłatności za leki. W związku z powyższym wprowadzone do przedmiotowej regulacji zarządzeniem nr 40/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lipca 2012 r. przepisy, tj. ust. 10 w § 6, ust. 8 w § 9, ust. 6 w § 5 załącznika nr 2 do zarządzenia, zostają uchylone. Ponadto niniejszym zarządzeniem uchyla się poz. 2 w załączniku nr 4 do umowy oraz załącznik nr 6 do umowy, stanowiące załącznik nr 2 do zarządzenia.
48	48/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne	2.08.2012	2.08.2012			Zmiany wprowadzane niniejszym zarządzeniem polegają na przywróceniu brzmienia przepisów ust. 1 w § 14 i ust. 3 w § 18 do stanu sprzed ich zmiany wprowadzonej zarządzeniem nr 39/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 lipca 2012 r. i uchyleniu przepisów ust. 11-13 w § 4 załącznika nr 2a do zarządzenia oraz uchyleniu załącznika nr 6 do umowy i załącznika nr 5a do zarządzenia. Powyższe zmiany wynikają z ustania przyczyn, które powodowały niemożność korzystania przez świadczeniobiorców z należnych im uprawnień w zakresie refundacji leków, w związku z prowadzoną przez lekarzy akcją protestacyjną, przejawiającą się w ordynacji lekarskiej uwzględniającej jedynie 100% odpłatności za leki. Ponadto niniejszym zarządzeniem nadano nowe brzmienie § 9 ust. 2, z uwagi na zmianę przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.), która wprowadziła dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą przepisy przejściowe, polegające na możliwości dokonania zmian wpisów w rejestrze w terminie do dnia 31 grudnia 2012 r.
49	49/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne	6.08.2012	6.08.2012			Wydanie niniejszego zarządzenia stanowi wykonanie decyzji Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2012 r. przekazanej przy piśmie znak: MZ-UZ-PR-740-25682-18/MM/12, zalecającej dostosowanie działalności Narodowego Funduszu Zdrowia do przepisów prawa poprzez wprowadzenie, w terminie 21 dni od dnia, w którym przedmiotowa decyzja stanie się ostateczna, zmian do zarządzenia nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przebieg wprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
50	50/2012/DGL	w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia kontroli wystawiania i realizacji recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne	8.08.2012	8.08.2012			Zmiany w systemie prawa powszechne obowiązujące spowodowały konieczność dostosowania aktów wewnętrznego kierownictwa w obszarze kontroli wydatkowania środków publicznych do nowych warunków systemu refundacji. Dotychczas obowiązujące zarządzenie nr 23/2009/DSOZ Prezesa NIFZ w sprawie planowania, przygotowywania i prowadzenia postępowania kontrolnego oraz realizacji wyników kontroli nie obejmowało swoim zakresem szeregu zagadnień wprowadzonych przepisami ustawy refundacyjnej. W związku z tym, niniejsze zarządzenie ma za zadanie w sposób czytelny uregulować kwestie wprowadzania postępowania kontrolnego w obszarze refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, niezależnie od zasad kontroli udzielanych świadczeń zdrowotnych.
51	51/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	8.08.2012	8.08.2012			Zasadniczym celem zmian wprowadzonych niniejszym zarządzeniem jest wprowadzenie regulacji umożliwiających ogłoszenie postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w celu finansowania świadczenia gwarantowanego „Wszczepienie pompy baklofenowej w leczeniu spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne”. Przedmiotowe świadczenie wraz z określeniem warunków jego realizacji zostało wprowadzone do wykazu świadczeń gwarantowanych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2012 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 355).
52	52/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej	13.08.2012	13.08.2012			Zmiana zarządzenia nr 54/2011/DSOZ wynika z konieczności uwzględnienia w jego treści wymagań dodatkowych wobec oferentów składających oferty w zakresie: świadczenia dzieł rehabilitacyjnych dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwojowymi, wprowadzonym zarządzeniem nr 36/2012/DSOZ. W związku z powyższym w tabeli 1.10 – opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w kolumnie 7-9 dodano pkt. 34a o treści: „psycholog kliniczny – wymiar czasu pracy nie mniejszy niż równoważnik 1 etatu przeliczeniowego na 30 zarejestrowanych miejsc” z liczbą punktów jednostkowych – 3,0.
53	53/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej	23.08.2012	23.08.2012			Zmiana zarządzenia nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej polega na dodaniu w załączniku nr 1 do zarządzenia w tabeli nr 1.8 świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w kolumnie 7-9 kolejnej liczby porządkowej o następującej treści: „Wpis w rejestrze: Poradnia neurochirurgiczna lub Poradnia neurochirurgiczna dla dzieci – 5,0”. Powyższa zmiana związana jest z wydaniem przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zarządzenia nr 51/DSOZ/2012 z dnia 8 sierpnia 2012 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. W zarządzeniu tym dodano nowy zakres świadczeń: „Leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej” dla którego ustalono warunki realizacji świadczeń zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2012 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 355), oraz warunek dodatkowo oceniany – poradnię neurochirurgiczną lub poradnię neurochirurgiczną dla dzieci.

Ip.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przyczyny wprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
54	54/2012/DSOZ	w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących	12.09.2012	1.10.2012			Konieczność wydania zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących związana jest z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 czerwca 2012 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. poz. 727). Wprowadzone w komunikacie zmiany mają charakter techniczny i polegają na modyfikacji opisów elementów i atrybutów. Jedynym nowym atrybutem jest „typ-osoby”, który określa podmiot, którego dane przekazano w komunikacie – pacjenta, czy też rodzica (opiekuna prawnego) jako osoby oczekującej w kolejce.
55	55/2012/DSM	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe	20.09.2012	20.09.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1.09.2012 r.			Nowelizacja zarządzenia nr 66/2011/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe wynika z konieczności dostosowania kodów i nazw produktów dopłatowych obecnie funkcjonujących w systemie rozliczeniowym świadczeń z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego do zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 sierpnia 2012 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. poz. 971), które weszły w życie z dniem 1 września 2012 r. Zgodnie z przepisami tego rozporządzenia zmianie uległy stawki częściowej odpłatności za koszty wyżywienia i zakwaterowania, jakie ponosi świadczeniobiorca w ramach leczenia w warunkach sanatorium uzdrowiskowego, dlatego też w załączniku nr 1 do zmienianego zarządzenia dodano cztery nowe produkty dopłatowe, uwzględniające zmiany wprowadzone powołanym wyżej rozporządzeniem.
56	56/2012/GPF	w sprawie powołania Zespołu ds. nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na służyć usprawnieniu współpracy pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia w zakresie prac legislacyjnych mających na celu wprowadzenie zmian do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Projektowana nowelizacja dotyczy na w szczególności struktury organizacyjnej Narodowego Funduszu Zdrowia, w tym relacji między Centralą a oddziałami wojewódzkimi Funduszu.	21.09.2012	21.09.2012			Powołanie w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Zespołu ds. nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na służyć usprawnieniu współpracy pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia w zakresie prac legislacyjnych mających na celu wprowadzenie zmian do ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Projektowana nowelizacja dotyczy na w szczególności struktury organizacyjnej Narodowego Funduszu Zdrowia, w tym relacji między Centralą a oddziałami wojewódzkimi Funduszu.
57	57/2012/DEF	w sprawie wprowadzenia „Instrukcji przeprowadzania rozliczeń międzyoddziałowych z tytułu migracji ubezpieczonych w roku 2013 i latach następnych”	1.10.2012	1.10.2012			Konieczność wypełnienia ustawowych zadań, ustalonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), w zakresie finansowania przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych pacjentom zarejestrowanym w danym oddziale wojewódzkim NFZ na terenie innych oddziałów wojewódzkich NFZ była poddawana opracowaniu jednolitego sposobu ich realizacji w roku 2013 i latach następnych, określonego zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie wprowadzenia „Instrukcji przeprowadzania rozliczeń międzyoddziałowych z tytułu migracji ubezpieczonych w roku 2013 i latach następnych”.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przebieg wprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
58	58/2012/BK	w sprawie przeprowadzenia w 2012 r. inwentaryzacji wybranych składników majątkowych Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia	9.10.2012	9.10.2012			Zarządzenie w sprawie przeprowadzenia w 2012 r. inwentaryzacji wybranych składników majątkowych Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia jest realizacją obowiązku wynikającego z art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2009 r. Nr 152, poz. 1223, z późn. zm.) oraz stanowi realizację przepisów zarządzenia nr 90/2009/BK Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 grudnia 2009 r. w sprawie zasad przeprowadzania i rozliczania inwentaryzacji składników aktywów i pasywów. W związku z powyższym zarządzenie wprowadza wynagrodzenie przeprowadzenia w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia, jako jednostki obowiązanej do prowadzenia rachunkowości zgodnie z ww. przepisami, inwentaryzacji obejmującej metody wskazane w przedmiotowym zarządzeniu.
59	59/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określające warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, wynikających z wejścia w życie przepisów ustawy o działalności leczniczej	10.10.2012	10.10.2012			Wydanie zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie zmian w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia określających warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń, wynikających z wejścia w życie ustawy o działalności leczniczej, jest związane z koniecznością wprowadzenia zmian do załączników, stanowiących wzory umów, do zarządzeń Prezesa NFZ określających warunki zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń. Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają z potrzeby ujednolicenia terminologii i dookreślenia postanowień do przepisów wprowadzonych ww. ustawą o działalności leczniczej, które były pierwotnie wprowadzone zarządzeniem nr 93/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 19 grudnia 2011 r. w sprawie wprowadzenia zmian w zarządzeniach Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczących określenia warunków zawierania i realizacji umów w poszczególnych rodzajach świadczeń.
60	60/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej	12.10.2012	12.10.2012			Nowelizacja zarządzenia nr 46/2011/DSOZ w sprawie warunków postępowania dotyczących zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej ma na celu uporządkowanie jego przepisów.
61	61/2012/DGL	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii	12.10.2012	12.10.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1 lipca 2012 r., z wyjątkiem § 1 pkt 2, który obowiązuje od dnia 1 września 2012 r.			Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają z okresowego braku dostępności na polskim rynku leków zawierających substancje czynne: Bleomycyn sulphate, Carboplatinum, Carmustinum, Chlormethinum, Cyclophosphamidum, Cytarabinum, Dacarbazinum, Dactinomycinum, Daunorubicinum, Doxorubicinum, Doxorubicinum liposomatum, Doxorubicinum pegylatum, Epirubicinum, Etoposidum, Gemcitabinum, Ifosfamidum, Lomustinum, Melphalanum, Methotrexatum, Mitomycinum, Mitoxantronum, Peltaxelum, Procarbazineum, Thalidomidum, Thiopetum, Trofosamidum, Vindesinum, Teniposidum, Treosulfatum oraz decyzji Ministra Zdrowia na prowadzenie z zagranicy produktów leczniczych niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta na podstawie art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.). Zarządzenie modyfikuje katalog świadczeń dodatkowych – leczenie szpitalne – chemioterapia zawierający 31 procedur związanych z finansowaniem leków cytotatycznych sprowadzonych z zagranicy w trybie importu docelowego. Dostosowanie wyceny katalogowej importowanych leków do ich aktualnej wartości rynkowej wynikającej z nadsyłanych do Centrali NFZ przez oddziały wojewódzkie NFZ danych z faktur zakupowych produktów handlowych (z okresu lipiec – sierpień 2012 r.) oraz zmiana ceny punktu świadczenia z 51 zł na 52 zł we wskazanym okresie decyduje o wprowadzeniu zmian od lipca 2012 r.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przebieganie i przebieganie zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
62	62/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne	12.10.2012	1.11.2012			Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do zarządzenia nr 72/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne są wynikiem weryfikacji wycen świadczeń.
63	63/2012/DEF	w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2012 rok	17.10.2012	17.10.2012			Mając na uwadze realizację przez Narodowy Fundusz Zdrowia zadań określonych w art. 97 ust. 3 i art. 102 ust. 5 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), Prezes Funduszu dokonuje zmiany planu finansowego, zgodnie z trybem określonym w art. 129 ust. 3 ww. ustawy, poprzez zwiększenie planowanych na 2012 r. kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu o kwotę 160 848 tys. zł ze środków pochodzących z funduszu zapasowego NFZ.
64	64/2012/DEF	w sprawie zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2013 rok	17.10.2012	17.10.2012			Mając na uwadze realizację przez Narodowy Fundusz Zdrowia zadań określonych w art. 97 ust. 3 i art. 102 ust. 5 pkt 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), Prezes Funduszu dokonuje zmiany planu finansowego, zgodnie z trybem określonym w art. 129 ust. 3 ww. ustawy, poprzez zwiększenie planowanych na 2013 r. kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim Funduszu o kwotę 256 134 tys. zł ze środków pochodzących z funduszu zapasowego NFZ.
65	65/2012/DSM	w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ratownictwo medyczne	17.10.2012	17.10.2012	83/2012/DSM	23.11.2012	W przedmiotowym zarządzeniu, w porównaniu do dotychczas obowiązującego w tej materii zarządzenia, doprecyzowano oraz wprowadzono przepisy dotyczące m.in.: - elementów łączności uwzględnianych podczas ogłaszania postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ratownictwo medyczne, z uwzględnieniem założeń wojewódzkich planów działania systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, - zasad korzystania z podwykonawstwa, - lokalizacji miejsc wyzyskiwania zespołów ratownictwa medycznego, - utrzymywania przez cały okres obowiązywania umowy procentowego udziału czasu pracy personelu deklaruowanego w ofercie, zgodnie z kwalifikacjami wskazanymi w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.), - środka transportu wodnych zespołów ratownictwa medycznego, - certyfikatu ISO, - procedur ICD 9 dedykowanych dla ratownictwa medycznego.
66	66/2012/DGL	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (lekowe) programy zdrowotne (lekowe)	19.10.2012	19.10.2012 z mocą obowiązującą w zakresie § 1 pkt 3 - 7 od dnia 1 września 2012 r.			Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają z art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.). Specyfika realizacji programu Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B zdaje się być wystarczającym argumentem, aby zawrzeć w znowelizowanym zarządzeniu Prezesa w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie programy zdrowotne (lekowe) wyjątek dotyczący braku obowiązku przechowywania oryginałów części B karty w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, który realizuje program Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B. Powyższa zmiana ma charakter techniczny i porządkujący, przy czym nie wpływa na utratę kontroli nad realizacją programu.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przebieg wprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
67	67/2012/DSM	w sprawie organizacji, uruchomienia i funkcjonowania Stałego Dyżuru w Narodowym Funduszu Zdrowia na potrzeby podwyższania gotowości obronnej państwa oraz uruchamiania realizacji zadań obronnych wynikających z wyższych stanów gotowości obronnej państwa	19.10.2012	19.10.2012			Zarządzenie wprowadzone na podstawie art. 102 ust. 1 i ust. 5 pkt 25 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.) w związku z § 8 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 21 września 2004 r. w sprawie gotowości obronnej państwa (Dz. U. Nr 219, poz. 2218). Zarządzenie określa: 1) sposób przygotowania, organizacji i uruchomienia stałego dyżuru w Centrali i oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia; 2) cel organizacji i zadania stałego dyżuru; 3) skład osobowy i czas pełnienia stałego dyżuru; 4) miejsce pełnienia, podległość i zasady uruchamiania oraz dokumenty obowiązujące w systemie stałego dyżuru.
68	68/2012/GPF	w sprawie powołania Zespołu ds. nowelizacji ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych	25.10.2012	25.10.2012			Powołanie w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia Zespołu ds. nowelizacji ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na celu wypracowanie zmian systemowych dotyczących ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).
69	69/2012/DSM	w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe	26.10.2012	26.10.2012			W obecnym stanie prawnym, w związku z wejściem w życie ustawy z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej oraz ustawy o cenach (Dz. U. Nr 118, poz. 989, z późn. zm.), przedmiotem umowy o realizację świadczeń opieki zdrowotnej mogą być jedynie świadczenia gwarantowane, tzn. te, które są finansowane lub współfinansowane ze środków publicznych, czyli w tym przypadku środków finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia, wymienione w wykazie ustalonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego (Dz. U. Nr 139, poz. 1136, z późn. zm.). Wymienione rozporządzenie określa również warunki, w tym wymagania stawiane świadczeniodawcom, których spełnienie jest niezbędne do realizacji świadczeń. Projektowane zarządzenie odnosi się do tych warunków, wprowadzając warunki (wymagania) dodatkowo oceniane w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy, które w przeciwieństwie do warunków niezbędnych nie są obowiązkowe. Projektowane zarządzenie reguluje także kwestie związane z finansowaniem i rozliczaniem udzielonych świadczeń, precyzując przy tym zasady współpracy pomiędzy płatnikiem publicznym a świadczeniodawcą.
70	70/2012/DWM	w sprawie wprowadzenia "Procedury obsługi przez NFZ formularzy serii E 100 oraz dokumentu S1"	29.10.2012	01.11.2012			Procedura obsługi przez Narodowy Fundusz Zdrowia formularzy serii E 100 oraz dokumentu S1 w sposób kompleksowy przedstawia zasady wystawiania oraz rejestrowania formularzy serii E 100 i dokumentu S1, a także obsługi i rejestrowania standardowych dokumentów elektronicznych SEID przekazywanych przez instytucje właściwe innych niż Rzeczpospolita Polska państw członkowskich Unii Europejskiej i Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA), uproszczony wykaz zadań i zasad obsługi systemu informatycznego System Instytucji Właściwych (SIW) w przedmiotowym zakresie, ujednolica stosowane definicje oraz specjalistyczną terminologię, reguluje zasady dokonywania kontroli wydanych dokumentów oraz zasady ich unieważniania, zawiera wykaz istotnych dla sprawy aktów prawnych oraz wykaz odpowiedzialności poszczególnych komórek organizacyjnych OW NFZ.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przebieg i wprowadzenia zarządzenia
71	71/2012/DSOZ	w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna	7.11.2012	7.11.2012	100/2012/DSOZ	21.12.2012	Niniejsze zarządzenie stanowi wykonanie upoważnienia określonego w art. 146 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2007 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1 027, z późn. zm.), zgodnie z którym Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia określa przedmiot postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w danym rodzaju, określając przy tym zakres tych świadczeń oraz warunki wymagane od świadczeniodawców. W przedmiotowym zarządzeniu, w porównaniu do dotychczas obowiązującego w tej materii zarządzenia, tj. zarządzenia nr 8/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 4 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, doprecyzowano oraz wprowadzono przepisy dotyczące m.in.: - wydłużenia wieku, do którego mogą być rozliczane niektóre świadczenia, - kryteriów dodatkowo ocenianych w trakcie postępowania o zawarcie umów, - włączenia do rozliczenia nowych świadczeń wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 111, poz. 653, z późn. zm.), - modyfikacji wyceny grup zabiegowych i zachowawczych.
72	72/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej	8.11.2012	8.11.2012			Zmiana zarządzenia nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej na celu wprowadzenie zmian do załącznika nr 1 do zarządzenia poprzez zastąpienie dotychczasowych tabel (Tab. 1.4.1, 1.4.2, 1.4.3 oraz 1.4.4) określających szczegółowe parametry kryteriów oceny ofert, odnoszących się do ratownictwa medycznego – tabelami, w brzmieniu określonym w załącznikach nr 1–4 do zarządzenia. Z każdej ze wskazanych powyżej tabel określonych w załączniku nr 1 do zarządzenia wykreślone zostały parametry oceny odnoszące się do art. 63 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.).
73	73/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej	8.11.2012	8.11.2012			Zmiana zarządzenia nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej polega na wprowadzeniu zmian do załącznika nr 1 do zarządzenia w części dotyczącej tabeli 1.13.1 oraz tabeli 1.13.2, określających szczegółowe parametry kryteriów oceny ofert, odnoszących się do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz ambulatoryjnych świadczeń diagnostycznych kosztochłonnych. Wprowadzone zmiany wynikają z konieczności dostosowania treści ww. tabel do kryteriów oceny ofert wskazanych w zarządzeniu nr 71/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.
74	74/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej	8.11.2012	8.11.2012			Zmiana zarządzenia nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej polega na wprowadzeniu zmian do załącznika nr 1 do zarządzenia, w części dotyczącej kryterium „jakość – zewnętrzna ocena jakości”.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przyczyny wprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
75	75/2012/DGL	w sprawie ustalenia unikalnego numeru identyfikującego receptę	8.11.2012	8.11.2012			Wydanie przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zarządzenia w sprawie ustalenia unikalnego numeru identyfikującego receptę związane jest ze zmianą w budowie numeru identyfikującego receptę określonego w § 1 w pkt 2 dotychczas obowiązującego zarządzenia nr 21/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2012 r. w sprawie ustalenia unikalnego numeru identyfikującego receptę, tj. zmianą wartości przyjętej dla szóstej cyfry w numerze recepty. W związku z utrudnieniami w dystrybucji numerów recept w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe oraz zrezygnowania z wymogu korzystania z dwóch różnych systemów dystrybucji numerów recept zaistniała konieczność ustalenia unikalnego numeru identyfikującego receptę związanego ze zmianą oznaczenia wartości dla cyfry szóstej i tym samym wydania przedmiotowego zarządzenia przez Prezesa Funduszu. Ponadto konieczność wydania niniejszego zarządzenia związana jest z wejściem w życie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.) oraz ustawy z dnia 27 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1016), której wejście w życie zostało przewidziane na dzień 1 stycznia 2013 r. Ostatnia z ww. ustaw zawiera informacje o elektronicznym potwierdzeniu uprawnień pacjenta (eWUŚ) oraz Zdrowotnego Informatora Pacjenta (ZIP), w świetle których uniemożliwiono uruchomienie wydawania unikalnych numerów identyfikujących receptę dla recept wystawianych na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe.
76	76/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza	9.11.2012	8.11.2012, z wyjątkiem § 1 pkt 2, który wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2013 r.			Przedmiotowym zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadza się następujące zmiany do zarządzenia nr 53/2010/DSOZ z dnia 2 września 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza. Wprowadzone w zarządzeniu zmiany formalnoprawne wynikają z przepisów prawa powszechnie obowiązującego, tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania.
77	77/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna	13.11.2012	13.11.2012			Niniejszym zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającym zarządzenie nr 79/2011/DSOZ z dnia 2 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna wprowadza się następujące zmiany: 1) w załączniku nr 1, w związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594) oraz ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.); 2) w załączniku nr 3, dostosując do przepisów zarządzenia nr 74/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 listopada 2012 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Zmianę wprowadzono ze względu na fakt, iż nie ma właściwego standardu akredytacyjnego opracowanego w poszczególnych zakresach w rodzaju świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej. W celu wyeliminowania możliwości różnej interpretacji przepisu stosowanej przez świadczeniodawców oraz stworzenia jasnych i zrozumiałych przepisów dla orentów biorących udział w postępowaniu wykreślony został certyfikat CMJ w zakresach świadczeń, gdzie nie ma opracowanych standardów akredytacji.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przebieg wyprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
78	78/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	13.11.2012	13.11.2012			Niniejszym zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającym zarządzenie nr 83/2011/DSOZ z dnia 16 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej wprowadza się zmianę w załączniku nr 3 polegającą na tym, iż we wszystkich zakresach świadczeń kontraktowanych z warunków dodatkowo ocenianych wykreślony został certyfikat Centrum Monitorowania Jakości (CMJ). Powyższa zmiana jest dostosowaniem do przepisów zarządzenia nr 74/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 listopada 2012 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej. Zmianę wprowadzono ze względu na fakt, iż nie ma właściwego standardu akredytacyjnego opracowanego w poszczególnych zakresach w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. W celu wyeliminowania możliwości różnej interpretacji przepisu stosowanego przez świadczeniodawców oraz stworzenia jasnych i zrozumiałych przepisów dla oferentów biorących udział w postępowaniu wykreślono certyfikat CMJ w zakresach świadczeń, gdzie nie ma opracowanych standardów akredytacji.
79	79/2012/DGL	zmieniające zarządzenie w sprawie wzoru umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych, przysługujące świadczeniobiorcom	15.11.2012	15.11.2012			Przesłankę dla opracowania zarządzenia zmieniającego zarządzenie nr 38/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 czerwca 2012 r. w sprawie wzoru umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych, przysługujące świadczeniobiorcom, wydane w oparciu o dyspozycję zawartą w art. 48 ust. 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.), stanowi w szczególności konieczność wydłużenia terminu, do którego będzie istniała możliwość zawarcia aneksu do umowy upoważniającej do wystawiania recept na leki i wyroby medyczne, zawartej przez osoby wskazane w art. 48 ust. 2 ww. ustawy, na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ nr 25/2012/DGL z dnia 30 kwietnia 2012 r.
80	80/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi	16.11.2012	16.11.2012			Zmiana zarządzenia nr 58/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 października 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi wynika z konieczności zmiany treści załącznika nr 8 oraz załącznika nr 9. Celem zmiany jest uaktualnienie identyfikacji wniosków w trakcie postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej i dostosowanie postępowania w tym rodzaju świadczeń do postępowań w sprawie zawierania umów w innych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej. Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają również z konieczności dostosowania przepisów zarządzenia do aktualnie obowiązujących przepisów.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przyczyny wprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
81	81/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej	21.11.2012	21.11.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1 lipca 2012 r.			Zmiana zarządzenia nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej polega na wprowadzeniu zmiany do załącznika nr 1 w części dotyczącej tabeli 1.7 określającej szczegółowe parametry kryteriów oceny ofert, odnoszącej się do nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Wprowadzona zmiana wynika z konieczności dostosowania treści ww. tabeli do aktualnego stanu prawnego, tj. w zakresie przywoływanych aktów prawnych, który zawierał odwołanie do nieobowiązującego aktu normatywnego, tj. rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanego na podstawie art. 9 ust. 2 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 r. Nr 14, poz. 89, z późn. zm.), zamiast rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739), wydanego na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).
82	82/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	21.11.2012	21.11.2012 z mocą obowiązującą od dnia 1 lipca 2012 r.			Zmiana zarządzenia nr 85/2010/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 23 grudnia 2010 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wynika z konieczności dostosowania przepisów zarządzenia do aktualnego stanu prawnego, tj. do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739).
83	83/2012/DSM	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne	23.11.2012	23.11.2012			Niniejsze zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia wprowadza zmianę do § 11 zarządzenia nr 65/2012/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2012 r. w sprawie zawarcia i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne. Przedmiotowa zmiana na celu doprecyzowanie przepisu przejściowego rozstrzygającego o zakresie stosowania przepisów zarządzenia nr 71/2011/DSM z dnia 20 października 2011 r. w odniesieniu do umów zawartych przed dniem wejścia w życie zarządzenia nr 65/2012/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2012 r. w sposób przesądzący o stosowaniu przepisów zarządzenia nr 71/2011/DSM – do dnia 31 grudnia 2012 r. Skutkiem tej zmiany będzie to, iż od dnia 1 stycznia 2013 r. do wszystkich umów zarówno wieloletnich, jak i do nowo zawartych zastosowanie znajdować będą przepisy obecnie obowiązującego zarządzenia nr 65/2012/DSM z dnia 17 października 2012 r.
84	84/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	29.11.2012	29.11.2012			Zmiany wprowadzane niniejszym zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do zarządzenia nr 65/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wynikają z konieczności dostosowania przepisów zarządzenia do aktualnego stanu prawnego, w tym w szczególności w zakresie przywoływanych aktów prawnych, sprowadzania oczywistych omyłek oraz rezygnacji z przepisów, które dotyczyły ograniczenia liczby świadczeń dla jednego świadczeniobiorcy, w sposób nieokreślony rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. Nr 140, poz. 1146, z późn. zm.).

Ip.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przyczyny wprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
85	85/2012/ZKW	w sprawie udostępniania na stronach Biuletynu Informacji Publicznej Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o wynikach kontroli	29.11.2012	29.11.2012			Celem wydania niniejszego zarządzenia w sprawie udostępniania na stronach Biuletynu Informacji Publicznej Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o wynikach kontroli jest realizacja obowiązku wynikającego z art. 6 ust. 1 pkt 4 lit. a tiret drugie ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. Nr 112, poz. 1198, z późn. zm.), zgodnie z którą udostępnieniu podlega informacja publiczna, w szczególności o danych publicznych, w tym dokumentacja przebiegu i efektów kontroli oraz wystąpienia, stanowiska, wnioski i opinie podmiotów ją przeprowadzających. Opracowanie niniejszego zarządzenia stanowi również realizację zaleceń Najwyższej Izby Kontroli, przekazanych w wystąpieniu pokontrolnym z dnia 15 grudnia 2011 r., kierowanego do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
86	86/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna	5.12.2012	1.01.2013			Zmiana zarządzenia nr 85/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 17 listopada 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna wynika z konieczności dostosowania przepisów zarządzenia do aktualnego stanu prawnego wynikającego z wejścia w życie od 1 stycznia 2013 r. przepisów ustawy z dnia 27 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1016) oraz wprowadzenia przepisów o charakterze porządkowym będących wynikiem wejścia w życie przepisów ustawy z dnia 14 czerwca 2012 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 742).
87	87/2012/ZKW	w sprawie regulaminu kontroli wewnętrznej w Narodowym Funduszu Zdrowia	6.12.2012	6.12.2012			Celem wprowadzenia nowego regulaminu kontroli wewnętrznej w Narodowym Funduszu Zdrowia jest ujednolicenie zasad przeprowadzania kontroli wewnętrznej przez właściwe komórki organizacyjne we wszystkich jednostkach organizacyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia. Regulamin w jednoznaczny sposób definiuje pojęcia instytucjonalnej i funkcjonalnej kontroli wewnętrznej, określa komórki właściwe w sprawach tych kontroli oraz sposób sporządzania informacji o wynikach kontroli. Przyjęte rozwiązania mają na celu właściwe wypełnienie obowiązków wynikających z regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ, dotyczących współpracy pomiędzy poszczególnymi zespołami kontroli wewnętrznej oraz nadzoru merytorycznego nad tymi zespołami.
88	88/2012/DSOZ	w sprawie zmiany zarządzenia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne	8.12.2012	8.12.2012			Niniejszym zarządzeniem uchyleniu podlegają przepisy zarządzenia nr 11/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 28 lutego 2012 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, w części dotyczącej rozliczania hemodializ wykonywanych u pacjentów hospitalizowanych. Zmiany mają charakter porządkujący, są konsekwencją zmian wprowadzonych w tej materii przez równocześnie procedowany projekt zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie nr 72/2011/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne, który przewiduje nowe rozwiązania w zakresie rozliczania hemodializ. Wprowadzone zmiany mają na celu zapewnienie właściwej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przebieg wprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
89	89/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	8.12.2012	8.12.2012			Zasadnym celem zmian wprowadzonych niniejszym zarządzeniem jest dostosowanie treści zarządzenia nr 67/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 18 października 2011 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (z późn. zm.) do zniewolowanych rozporządzeń Ministra Zdrowia: 1) z dnia 27 maja 2011 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. Nr 111, poz. 635, z późn. zm.); 2) z dnia 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. Nr 140, poz. 1143, z późn. zm.).
90	90/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz zarządzenie zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne	11.12.2012	11.12.2012, z wyjątkiem § 1 pkt 5, który wchodzi w życie z dniem 1 kwietnia 2013 r. 2. Przepis § 2 wchodzi w życie z mocą obowiązującą od dnia 8 grudnia 2012 r.			Wprowadzone zmiany w znacznej części wynikają z konieczności dostosowania przepisów wydanych przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do obowiązujących aktów prawnych, w szczególności do zniewolowanej ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.) oraz aktów wydanych na jej podstawie: - rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594); - rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 739). Znaczną część zmian dotyczy także dostosowania zarządzenia do zniewolzonego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2012 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1316).
91	91/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej	13.12.2012	13.12.2012			Zmiany w ww. tabeli wynikają z konieczności dostosowania ich treści do kryteriów oceny ofert określonych w zarządzeniu nr 90/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 11 grudnia 2012 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne oraz na dostosowaniu przepisów zarządzenia do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. poz. 594).
92	92/2012/DGL	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii	13.12.2012	1.11.2012			Zmiana zarządzenia nr 26/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 maja 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii wynika z konieczności dostosowania przepisów zarządzenia do aktualnego stanu prawnego, tj. do przepisów obowiązujących Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2012 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 listopada 2012 r., wydanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.).
93	93/2012/DSOZ	w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ	14.12.2012	01.01.2013			Wydanie zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących danych zbiorczych o świadczeniach udzielonych w ramach POZ związane jest z koniecznością umożliwienia sprawozdawania świadczeń udzielonych w rodzaju POZ w zakresie sprawozdawania badań diagnostycznych w cyklu półrocznym.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przebieg prowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
94	94/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	14.12.2012	14.12.2012			Zmiana zarządzenia nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej polega na wprowadzeniu zmian do załącznika nr 1 do zarządzenia w części dotyczącej tabeli nr 1.8 świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Zmiany w ww. tabeli wynikają z konieczności dostosowania jej treści do kryteriów oceny ofert określonych w zarządzeniu nr 89/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 8 grudnia 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.
95	95/2012/DGL	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotnego (lekowe)	18.12.2012	18.12.2012, z wyjątkiem: 1) § 1 pkt 2, który wchodzi w życie z mocą obowiązującą od dnia 1 lipca 2012 r.; 2) § 1 pkt 1 oraz 3-8, które wchodzi w życie z mocą obowiązującą od dnia 1 listopada 2012 r.			Zmiana zarządzenia nr 27/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 maja 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne (lekowe) wynika z konieczności dostosowania przepisów zarządzenia do przepisów obowiązujących Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2012 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 listopada 2012 r., wprowadzającego nowy program leków. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IGE zależnej omalunabem, określone w załączniku B 44 do obwieszczenia.
96	96/2012/DSOZ	w sprawie określenia szczegółowego komunikatu XML dotyczącego przekazywania w formie elektronicznej danych zawartych w rachunku i komunikatu XML dotyczącego rozliczania świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych, zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze oraz deklaracji POZ / KAOS	21.12.2012	01.01.2013			Wydanie zarządzenia związane jest z wejściem w życie ustawy z dnia 27 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1016). Zgodnie z ww. ustawą od dnia 1 stycznia 2013 r. zaczął obowiązywać nowe zasady weryfikacji prawa do świadczeń – pacjenci będą mogli potwierdzać swoje uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych za pomocą systemu eWUS (Elektronicznej Weryfikacji Uprawnień Świadczeniobiorców). W związku z powyższym zaistniała konieczność przystosowania systemu informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia i wspomnianych wyżej formatów do wymogów powołanej powyżej ustawy.
97	97/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie przyjęcia do stosowania w Narodowym Funduszu Zdrowia wzorów wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Zgód Indywidualnych	21.12.2012	01.01.2013			Wprowadzone zmiany do załącznika nr 4a zarządzenia nr 19/2012/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2012 r. w sprawie przyjęcia do stosowania w Narodowym Funduszu Zdrowia wzorów wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń i Bazy Zgód Indywidualnych, stanowiącego szczegółową specyfikację kosztową świadczenia, umożliwiają świadczeniodawcom wykazanie realnych kosztów związanych z realizacją świadczenia, w szczególności kosztów: 1) świadczeń z katalogu świadczeń do sumowania, innych, niż rozliczanych wg skali TISS (część C1.1, C2.1 załącznika); 2) osobowych personelu medycznego (część D6 załącznika); 3) świadczeń wykonanych przez podwykonawców (część D7 załącznika); 4) transportu sanitarnego (część D8 załącznika). Ww. zmiany pozwolą dyrektorom oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia na zapoznanie się z rzeczywistymi kosztami świadczeń udzielanych w rodzaju świadczenia zdrowotnego, o których rozliczenie wnioskują świadczeniobiorcy, oraz rozważenie możliwości finansowania tych świadczeń.
98	98/2012/DSOZ	w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne	21.12.2012	21.12.2012			Przedmiotowe zarządzenie wynika z dużego zakresu zmian wprowadzonych do dotychczas obowiązującego zarządzenia, tj. zarządzenia nr 57/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 października 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne, oraz podpisania przez Ministra Zdrowia rozporządzenia i uwzględnia zmiany mające na celu racjonalizację kontraktowania i finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przyczyny wprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
99	99/2012/BK	zmieniające zarządzenie w sprawie ustalenia zasad rachunkowości w Narodowym Funduszu Zdrowia	21.12.2012	01.01.2013 - z wyjątkiem: 1) § 1 pkt 1 lit. a-a) który w zakresie wyceny zobowiązań powstałych wobec Konfederacji Szwajcarskiej - wchodzi w życie z mocą obowiązującą od dnia 1 kwietnia 2012 r., b) który w zakresie wyceny zobowiązań powstałych wobec Królestwa Norwegii, Królestwa Lichtensteinu i Republiki Islandii, wchodzi w życie z mocą obowiązującą od dnia 1 czerwca 2012 r.; oraz 2) § 1 pkt 2 i 5, które wchodzi w życie z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2013 r.			Wprowadzone zostały zmiany w załączniku do zarządzenia nr 76/2009/BK Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 listopada 2009 r. w sprawie ustalenia zasad rachunkowości w Narodowym Funduszu Zdrowia. Ponadto w przedmiotowym zarządzeniu dostosowano zasady wyceny zobowiązań powstałych na skutek rozliczeń formularzy E125/E127 lub odpowiednich dokumentów SED oraz formularza E126 lub odpowiednich dokumentów SED. Zaktualizowane zostały również przepisy w zakresie terminów przysługujących do szacowania przychodów należnych ze składek na ubezpieczenie zdrowotne oraz terminy sporządzania zestawienia obrotów i sald kont księgi głównej w roku 2014 oraz umożliwiono prowadzenie ewidencji wydatków strukturalnych w formie ewidencji pozabilansowej lub pomocniczej z mocą obowiązującą od dnia 1 stycznia 2013 r.
100	100/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	21.12.2012	21.12.2012			Zmiany wprowadzone w zarządzeniu nr 71/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 listopada 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej dotyczą treści normatywnej zarządzenia i załączników do tego zarządzenia. Zmiany te wynikają z konieczności dostosowania przepisów zarządzenia do aktualnego stanu prawnego wynikającego z wejścia w życie z dniem 19 grudnia 2012 r. przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 grudnia 2012 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 1422) oraz z wprowadzenia modyfikacji w załączniku nr 5a do zarządzenia w zakresie uprawnień do rozliczania poszczególnych grup dla świadczeń w zakresie chirurgii plastycznej.
101	101/2012/DSOZ	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej	21.12.2012	21.12.2012			Zmiana zarządzenia nr 54/2011/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 września 2011 r. w sprawie określenia kryteriów oceny ofert w postępowaniu w sprawie zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej polega na wprowadzeniu zmian do załącznika nr 1 do zarządzenia w części dotyczącej tabeli nr 1.3 programy profilaktyczne. Wprowadzone zmiany wynikają z konieczności dostosowania treści w ww. tabeli do kryteriów oceny ofert określonych w zarządzeniu nr 98/2012/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 grudnia 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne.

lp.	numer identyfikacyjny	nazwa zarządzenia	data wydania	obowiązuje od dnia:	numer identyfikacyjny zarządzenia zmieniającego	obowiązujące od dnia	przyczyny wprowadzenia zarządzenia
1	2	3	4	5	6	7	8
102	102/2012/DGL	zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenia szpitalne w zakresie chemioterapia	21.12.2012	01.01.2013			Zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają z okresowego braku dostępności na polskim rynku leków zawierających substancje czynne: Bleomycyn sulphate, Carboplatinum, Carmustinum, Chlorothalidum, Cyclophosphamidum, Cytarabinum, Docetaxinum, Dactinomycinum, Daunorubicinum, Doxorubicinum, Doxorubicinum liposomatum, Doxorubicinum pegylatum, Epirubicinum, Etoposidum, Gemcitabinum, Ifosfamidum, Lomustinum, Melphalanum, Methotrexatum, Mitomycinum, Mitoxantronum, Paclitaxelum, Procarbazineum, Thalidomidum, Thiopetum, Trifluostamidum, Vindesinum, Teniposidum, Treosulfidum oraz decyzji Ministra Zdrowia na prowadzenie z zagranicy produktów leczniczych niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta na podstawie art. 4 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.). Dodatkowo zmiany wprowadzone niniejszym zarządzeniem wynikają z treści porozumienia Ministra Zdrowia z Zespołem ds. importu docelowego powołanym zarządzeniem nr 33/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 czerwca 2012 r.
103	103/2012/DSOZ	w sprawie określenia szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych	24.12.2012	01.01.2013			Wydanie zarządzenia związane jest z wejściem w życie ustawy z dnia 27 lipca 2012 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1016). Zgodnie z przepisami powyższej ustawy od dnia 1 stycznia 2013 r. obowiązować będą nowe zasady weryfikacji praw do świadczeń – pacjenci będą mogli potwierdzać swoje uprawnienie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych za pomocą systemu eWUS (Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczenio biorców). W związku z powyższym zaistniała konieczność przystosowania systemów informatycznych Narodowego Funduszu Zdrowia do wymogów statutowanych przepisami powołanej powyżej ustawy, w szczególności w celu umożliwienia przekazywania komunikatem dotyczącym świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (t.j.) informacji związanych z elektronicznym potwierdzeniem uprawnień wydanych z systemu eWUS oraz dodaniu niezbędnych informacji w zakresie uprawnień i dokumentów w celu umożliwienia sprawozdania świadczenia udzielanego z wielu tytułów uprawnień (np. ubezpieczeniowy, decyzja wojta/burmistrza).
104	104/2012/DEF	w sprawie uruchomienia rezerwy ogólnej uwzględnionej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2012 rok	27.12.2012	27.12.2012			Przesłanką do uruchomienia rezerwy ogólnej jest - przepis art. 74 ust. 2 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. Nr 122, poz. 696, z późn. zm.), zgodnie z którym, w przypadku gdy po zatwierdzeniu sprawozdania finansowego Funduszu za 2011 r. koszty poniesione na finansowanie świadczeń gwarantowanych w 2011 r., o których mowa w ust. 1, będą inne niż ujęte w planie finansowym Funduszu na 2012 r., Prezes Funduszu dokonuje zmiany planu finansowego. Wysokość całkowitego budżetu na refundację w 2012 r. Prezes Funduszu dostosuje do wysokości kosztów poniesionych na finansowanie świadczeń gwarantowanych, o których mowa w ust. 1, w 2011 r., - analiza realizacji przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazywanych za pośrednictwem Zakładu Ubezpieczeń Społecznych w 2012 r., w porównaniu do prognozy przychodów na rok 2012 (z dnia 6 czerwca 2011 r.) będącej podstawą sporządzenia planu finansowego Funduszu na rok 2012 (zatwierdzonego w dniu 16 sierpnia 2011 r. przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów).