

# NFZ

Narodowy Fundusz Zdrowia

**SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  
ZA 2009 ROK**

---

Warszawa, czerwiec 2010



## Spis treści

I. Podstawy prawne działalności Funduszu	6
II. Ogólne informacje o Funduszu	9
II.1. Struktura organizacyjna	9
II.2. Zasoby kadrowe i szkolenia pracowników Funduszu	14
II.3. Informatyzacja	15
II.4. Kontrole wewnętrzne	17
II.5. Audyt wewnętrzny	22
II.6. Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w 2009 roku	25
II.7. Sprawy sądowe	25
II.7.1. Postępowania prowadzone przez Centralę Funduszu	25
II.7.2. Postępowania prowadzone przez oddziały wojewódzkie Funduszu	26
II.8. Działania edukacyjne i informacyjne	26
III. Świadczenia opieki zdrowotnej	29
III.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2009 roku	29
III.1.1. Informacje o ogólnych warunkach umów	29
III.1.2. Zasady kontraktowania na 2009 rok, realizacja Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP)	29
III.1.3. Portal świadczeniodawcy	30
III.1.4. Projekt weryfikacji i walidacji danych	31
III.1.5. Projekty unijne realizowane przez Fundusz	32
III.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 roku	34
III.2.1. Umowy zawarte na 2009 rok	34
III.2.2. Monitorowanie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej	36
III.2.2.1. Podstawowa opieka zdrowotna	36
III.2.2.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	38
III.2.2.3. Lecznictwo szpitalne	43
III.2.2.3.1. Chemioterapia	49
III.2.2.3.1.1. Zgody indywidualne na chemioterapię niestandardową	51
III.2.2.3.2. Programy terapeutyczne	53
III.2.2.4. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	55
III.2.2.5. Opieka długoterminowa	58
III.2.2.6. Rehabilitacja lecznicza	61
III.2.2.7. Świadczenia odrębnie kontraktowane	64
III.2.2.8. Pomoc doraźna i transport sanitarny	67
III.2.2.9. Ratownictwo medyczne	69
III.2.2.10. Opieka stomatologiczna	72

III.2.2.11. Programy profilaktyczne	75
III.2.2.12. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	77
III.2.2.13. Lecznictwo uzdrowiskowe	78
III.3. Kontrola realizacji umów	79
III.3.1. Nieprawidłowości w realizacji umów	82
III.3.2. Kontrole koordynowane przeprowadzone przez oddziały wojewódzkie Funduszu	84
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	86
III.5. Koszty refundacji leków	90
III.6. Kontrola gospodarki lekami	96
III.6.1. Kontrola aptek	96
III.6.2. Kontrola ordynacji lekarskiej	98
III.7. Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2010 rok	101
IV. Sprawy świadczeniobiorców	104
IV.1. Centralny Wykaz Ubezpieczonych	104
IV.2. Decyzje indywidualne	110
IV.3. Kolejki oczekujących	115
IV.4. Decyzje Prezesa Funduszu dotyczące zgód na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych oraz pokrycie kosztów transportu na podstawie art. 25, 26 i 26a ustawy o świadczeniach	137
IV.5. Skargi i wnioski składane przez świadczeniobiorców	140
IV.6. Interwencje podjęte przez Rzecznika Praw Pacjenta	148
V. Realizacja zadań wynikających z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego	150
V.1. Charakterystyka ogólna	150
V.2. Uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji	151
V.2.1. Zaświadczenia wydane osobom ubezpieczonym	151
V.2.2. Poświadczenia wydane na podstawie zarejestrowanych formularzy przedstawionych przez osoby uprawnione	154
V.3. Świadczenia zrealizowane na podstawie przepisów o koordynacji	156
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 31.12.2009 r.	156
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 31.12.2009 r.	161
V.3.3. Refundacja kosztów świadczeń osobom ubezpieczonym w Funduszu na podstawie art. 34 rozporządzenia Rady (EWG) 574/72	165
VI. Gospodarka finansowa	166
VI.1. Plan finansowy Funduszu na 2009 r. i jego zmiany	166

VI.1.1. Przychody Funduszu – informacje ogólne	172
VI.1.1.1. Przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne	173
VI.1.1.2. Pozostałe przychody	174
VI.1.2. Koszty Funduszu – informacje ogólne	176
VI.1.2.1. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej	177
VI.1.2.1.1. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach migracji ubezpieczonych	179
VI.1.2.1.2. Koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy	180
VI.1.2.2. Pozostałe elementy kosztów	181
VI.1.3. Wynik finansowy Funduszu za 2009 r.	182
VI.2. Sprawozdanie finansowe Funduszu za 2009 r. na podstawie ustawy o rachunkowości	184
VI.2.1. Aktywa i ich struktura	184
VI.2.2. Pasywa i ich struktura	185

Zasady funkcjonowania, organizację oraz zadania Narodowego Funduszu Zdrowia określa ustawa 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.), zwana dalej ustawą o świadczeniach oraz wydane na podstawie art. 96 ust. 8 ustawy o świadczeniach rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 29 września 2004 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. Nr 213, poz. 2161 z późn. zm.), określające zakres działania organów NFZ oraz strukturę organizacyjną Funduszu.

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 i 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 B” oraz na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia.

## **I. Podstawy prawne działalności Funduszu**

Podstawowym aktem prawnym określającym działanie Funduszu jest ustawa o świadczeniach, która określa warunki udzielania i zakres świadczeń opieki zdrowotnej, zasady i tryb finansowania świadczeń, zadania władz publicznych, zasady powszechnego obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, zasady funkcjonowania, organizację i zadania Funduszu oraz zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń.

W roku 2009 ustawa o świadczeniach była nowelizowana następującymi aktami prawnymi:

- ustawą z dnia 19 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy o promocji zatrudnienia i instytucjach rynku pracy oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2009 r. Nr 6, poz. 33). W wyniku nowelizacji dokonano zmian brzmienia tych przepisów, w których zamiast przygotowania zawodowego w miejscu pracy będzie występować przygotowanie zawodowe dorosłych. Uregulowano także kwestię ubezpieczenia zdrowotnego osób realizujących kontrakty socjalne, które po pozbawieniu statusu bezrobotnego będą podlegać ubezpieczeniu zdrowotnemu z racji uczestnictwa w kontrakcie socjalnym. Nowelizacja obowiązuje od 1 lutego 2009 r.;
- ustawą z dnia 9 stycznia 2009 r. o zmianie ustawy o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 22, poz. 120 z późn. zm.). W związku z likwidacją służby wojskowej z poboru zmieniono przepis dotyczący podleganiu obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego. Po nowelizacji, za osoby podlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego uważa się m.in.: osoby odbywające służbę zastępczą oraz osoby podlegające kwalifikacji wojskowej pełniące służbę w Policji, Straży Granicznej i Biurze Ochrony Rządu. Nowelizacja weszła w życie 11 lutego 2009 r.;
- ustawą z dnia 23 stycznia 2009 r. o Krajowej Szkole Sądownictwa i Prokuratury (Dz. U. Nr 26, poz. 157 z późn. zm.). W związku z utworzeniem Krajowej Szkoły Sądownictwa i Prokuratury – nowelizacja wprowadziła obowiązek ubezpieczenia zdrowotnego dla aplikantów tej szkoły. Aplikantów będzie zgłaszała do ubezpieczenia zdrowotnego Krajowa Szkoła Sądownictwa i Prokuratury, która również będzie naliczała i odprowadzała składki zdrowotne za te osoby. Nowelizacja weszła w życie 4 marca 2009 r.;
- ustawą z dnia 23 stycznia 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 38, poz. 299). Nowelizacja wprowadziła zmiany mające na celu ułatwienie osobom prowadzącym pozarolniczą działalność

- gospodarczą czynności związanych z odprowadzaniem składek na powszechne ubezpieczenie zdrowotne. Wprowadzono stałą, w ciągu roku kalendarzowego, minimalną deklarowaną podstawę składek na ubezpieczenie zdrowotne tych osób jako 75% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw w czwartym kwartale roku poprzedniego. Ujednoliconą składka obowiązuje od dnia 1 stycznia do dnia 31 grudnia danego roku kalendarzowego. Uproszczenie trybu naliczania zwalnia osoby prowadzące pozarolniczą działalność gospodarczą z obowiązku sprawdzania, co kwartał, wysokości przeciętnego wynagrodzenia i pozwala na lepsze prognozowanie kosztów działania w ciągu roku. Nowelizacja weszła w życie 27 marca 2009 r.;
- ustawą z dnia 23 stycznia 2009 r. o zmianie niektórych ustaw w związku ze zmianami w organizacji i podziale zadań administracji publicznej w województwie (Dz. U. Nr 92, poz. 753); W związku ze zmianami w organizacji i podziale zadań administracji publicznej – osoby pobierające stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego w miejscu pracy, na które zostały skierowane przez podmiot inny niż powiatowy urząd pracy, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu, będą zgłaszane do ubezpieczenia zdrowotnego przez wojewódzkie ośrodki doradztwa rolniczego. Nowelizacja obowiązuje od 1 sierpnia 2009 r.;
  - ustawą z dnia 22 maja 2009 r. o nauczycielskich świadczeniach kompensacyjnych (Dz. U. Nr 97, poz. 800). Zgodnie z nowelizacją, osoby pobierające nauczycielskie świadczenie kompensacyjne podlegają obowiązkowo ubezpieczeniu zdrowotnemu. Obowiązek ten obejmuje okres od dnia przyznania takiego świadczenia, do dnia utraty prawa do jego pobierania. Do ubezpieczenia zdrowotnego, osoby pobierające świadczenia kompensacyjne, zgłasza jednostka organizacyjna ZUS, która przyznaje i wypłaca to świadczenie. Nowelizacja obowiązuje od 1 lipca 2009 r.;
  - ustawą z dnia 7 maja 2009 r. o uchyleniu lub zmianie niektórych upoważnień do wydawania aktów wykonawczych (Dz. U. Nr 98, poz. 817). Nowelizacja uchyliła delegację dla Ministra Zdrowia do wydania rozporządzenia, określającego wzór ogłoszenia o wyniku rozstrzygnięcia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wzory ogłoszeń zawarte są w rozporządzeniu Komisji (WE) nr 1564/2005 z dnia 7 września 2005 r. ustanawiającym standardowe formularze do publikacji ogłoszeń w ramach procedur zamówień publicznych zgodnie z dyrektywami 2004/17/WE i 2004/18/WE Parlamentu Europejskiego i Rady (Dz. Urz. UE L 257 z 1.10.2005, str. 1). Nowelizacja obowiązuje od 10 lipca 2009 r.;
  - ustawą z dnia 24 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o uposażeniu posłów do Parlamentu Europejskiego wybranych w Rzeczypospolitej Polskiej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 111, poz. 918). Zgodnie z nowelizacją posłowie wybrani w Polsce do Parlamentu Europejskiego nie podlegają w Polsce obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego. Posłowie ci mogą do ubezpieczenia zdrowotnego przystąpić dobrowolnie, na podstawie pisemnego wniosku złożonego w Funduszu. Nowelizacja obowiązuje od 14 lipca 2009 r.;
  - ustawą z dnia 25 czerwca 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach oraz ustawy o cenach (Dz. U. Nr 118, poz. 989) Nowelizacja uregulowała mechanizm tworzenia katalogu świadczeń gwarantowanych, czyli tzw. koszyka świadczeń zdrowotnych. Wprowadziła mechanizmy podejmowania decyzji dotyczących finansowania świadczeń gwarantowanych ze środków publicznych oraz określiła zasady i tryb kwalifikowania świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych, tryb ich usuwania z wykazu świadczeń gwarantowanych, zmiany poziomu i sposobu finansowania lub warunków ich realizacji. Nowelizacja obowiązuje od 12 sierpnia 2009 r., z wyjątkiem przepisów, dotyczących wprowadzenia w drodze rozporządzeń, wykazów świadczeń gwarantowanych, które weszły w życie z dniem 31 sierpnia 2009 r. oraz przepisu, dotyczącego działalności Agencji Oceny Technologii Medycznych, który wszedł z dniem 28 lipca 2009 r.;
  - ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. przepisy wprowadzające ustawę o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1241 z późn. zm.). Wobec uchwalenia w dniu 27 sierpnia 2009 r.

- nowej ustawy o finansach publicznych (Dz. U. Nr 157, poz. 1240 z późn. zm.) uaktualniono przywołanie przepisów dotyczących świadczeniodawcy usług zdrowotnych, którym jest państwowa jednostka budżetowa. Nowelizacja obowiązuje od 1 stycznia 2010 r.;
- ustawą z dnia 27 sierpnia 2009 r. o zmianie ustawy o powszechnym obowiązku obrony Rzeczypospolitej Polskiej oraz o zmianie niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 161, poz. 1278). Wobec likwidacji okresowej służby wojskowej, wykreślono w ustawie unormowanie dotyczące obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego żołnierzy dotychczas powoływanych do takiej służby. Nowelizacja weszła w życie 1 stycznia 2010 r.;
  - ustawą z dnia 25 września 2009 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 178, poz. 1374). W wyniku nowelizacji, od 1 stycznia 2010 r., przy podziale pieniędzy na świadczenia zdrowotne nie będzie brany pod uwagę wskaźnik wynikający ze zróżnicowania kosztu jednostkowego świadczenia opieki zdrowotnej. O budżetach poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu będą decydować tylko wskaźniki demograficzne, epidemiologiczne oraz wskaźnik świadczeń wysokospecjalistycznych. Na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, za zgodą jednostki udzielającej świadczeń zdrowotnych (świadczeniodawcy), obowiązywanie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartej na okres do 31 grudnia 2009 r. i realizowanej w dniu 4 listopada 2009 r. może zostać przedłużone na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2010 r. Nowelizacja obowiązuje od 4 listopada 2009 r.



## II. Ogólne informacje o Funduszu

### II.1. Struktura organizacyjna

Narodowy Fundusz Zdrowia jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną. Organami Funduszu są:

- Rada Funduszu,
- Prezes Funduszu,
- Rady Oddziałów Wojewódzkich Funduszu,
- Dyrektorzy Oddziałów Wojewódzkich Funduszu.

W strukturze Funduszu, zwanym dalej Funduszem, wyodrębnia się Centralę oraz 16 oddziałów wojewódzkich.

Szczegółowe dane dotyczące struktury organizacyjnej Narodowego Funduszu Zdrowia 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 NFZ oraz zakresu i sposobu ich przekazywania ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz wojewodom i sejmikom województw (Dz. U. Nr.152 poz. 1271, z późn. zm.). Sprawozdania są dostępne na stronie [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl) w zakładce *Uchwały Rady NFZ*.

Ustawa o świadczeniach określa zadania i kompetencje poszczególnych organów Funduszu:

**Rada Narodowego Funduszu Zdrowia** działa na podstawie ustawy o świadczeniach oraz 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.).

Zgodnie z art. 100 ustawy o świadczeniach do zadań Rady Funduszu należy m.in.:

- kontrolowanie bieżącej działalności Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności,
- uchwalanie planu pracy Funduszu na dany rok oraz rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych,
- opiniowanie projektu planu finansowego na dany rok oraz systemu wynagradzania pracowników Funduszu,
- przyjmowanie sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu oraz 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,
- 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 w określonych w ustawie przypadkach.

W skład Rady NFZ na koniec I kwartału 2009 roku wchodziło 10 członków. W I kwartale 2009 roku odbyły się dwa posiedzenia Rady Funduszu w dniach: 15 stycznia oraz 12 marca. W tym okresie sprawozdawczym Rada NFZ podjęła siedem uchwał:

- dwie uchwały w sprawie wyrażenia opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2009 rok,
- jedną uchwałę w sprawie przyjęcia Planu pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2009 r.,

- dwie uchwały zmieniające uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2009 rok,
- jedną uchwałę w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2008 rok,
- jedną uchwałę zmieniającą uchwałę w sprawie przyjęcia Planu pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2009 rok.

Ponadto w I kwartale 2009 roku odbyło się pięć posiedzeń Zespołów Rady NFZ:

- Zespołu Problemowego Rady NFZ do spraw analizy jakości i dostępności oraz kosztów świadczeń zdrowotnych w rodzaju opieka długoterminowa oraz Zespołu roboczego Rady NFZ do spraw analizy i oceny rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2009 rok w zakresie nieruchomości (8 stycznia 2009 r.),
- Zespołu roboczego Rady NFZ do spraw analizy i oceny rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2009 rok w zakresie zakupu środków transportu (15 stycznia 2009 roku),
- Zespołu Problemowego Rady NFZ do spraw kontroli postępowania w sprawie zawarcia umów ze świadczeniodawcami (28 stycznia i 30 marca 2009 r.).

Na koniec II kwartału 2009 r. w skład Rady NFZ wchodziło 6 członków. Prezes Rady Ministrów odwołał ze składu Rady Funduszu pięć osób oraz powołał jedną osobę. W II kwartale 2009 roku odbyły się trzy posiedzenia Rady Funduszu w dniach: 23 kwietnia, 28 maja oraz 23 czerwca. W tym okresie Rada Funduszu podjęła dziewięć uchwał:

- w sprawie wyrażenia opinii do projektu zmiany planu finansowego NFZ na 2009 r.,
- w sprawie zmian w składzie Zespołu Problemowego Rady Funduszu do spraw badania sprawozdania finansowego NFZ,
- w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie przez Prezesa Funduszu umów o świadczenie usług konserwacji systemu informatycznego wspomagania działalności NFZ,
- w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności NFZ za I kwartał 2009 r.,
- w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności NFZ za 2008 r.,
- w sprawie przyjęcia sprawozdania z wykonania planu finansowego NFZ za 2008 r.,
- trzy uchwały zmieniające uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2009 r.

W II kwartale 2009 r. odbyły się trzy posiedzenia Zespołów Rady NFZ:

- Zespołu Problemowego Rady NFZ do spraw badania sprawozdania finansowego NFZ (28 maja 2009 r.),
- Zespołu roboczego Rady NFZ do spraw analizy i oceny rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2009 r. w zakresie zakupu środków transportu (23 czerwca 2009 r.),
- Zespołu roboczego Rady NFZ do spraw analizy i oceny rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2009 r. w zakresie nieruchomości (23 czerwca 2009 r.).

W skład Rady NFZ na koniec III kwartału 2009 roku wchodziło 6 członków. W III kwartale 2009 roku odbyły się trzy posiedzenia Rady NFZ w dniach: 16 i 23 lipca oraz 7 września. W tym okresie sprawozdawczym Rada Funduszu podjęła jedenaście uchwał, w tym:

- 8 uchwał podjętych na posiedzeniach Rady Funduszu, tj.
  - o w przedmiocie wyrażenia opinii w sprawie odwołania Zastępcy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw medycznych,
  - o w sprawie wyrażenia opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2009 r.,
  - o w sprawie wyrażenia opinii do projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2010 r.,
  - o w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za II kwartał 2009 r.,

- w sprawie powierzenia czynności związanych z udzieleniem zamówienia publicznego na badanie sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2009 r.,
  - w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie przez Prezesa NFZ umów o świadczenie usług serwisowych NFZ,
  - dwie uchwały zmieniające uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych Narodowego Funduszu Zdrowia na 2009 r.
- 3 uchwały Rada Funduszu podjęła w trybie korespondencyjnego uzgodnienia stanowisk przez członków Rady (tryb obiegowy), tj.:
- w sprawie wystąpienia do Ministra Finansów i do Ministra Zdrowia z wnioskiem o zaopiniowanie przeznaczenia zysku netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2008 rok,
  - w sprawie przeznaczenia zysku netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2008 r.,
  - w przedmiocie wyrażenia opinii w sprawie kandydata na Zastępcę Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw medycznych.

W dniu 7 września 2009 r. odbyły się posiedzenia Zespołów roboczych Rady Funduszu:

- do spraw analizy i oceny rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2009 r. w zakresie zakupu środków transportu,
- do spraw analizy i oceny rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2009 r. w zakresie nieruchomości.

W IV kwartale 2009 roku odbyły się trzy posiedzenia Rady Funduszu w dniach: 1 i 28 października oraz 1 grudnia. W tym okresie sprawozdawczym Rada Funduszu podjęła jedenaście uchwał:

- w sprawie zatwierdzenia specyfikacji istotnych warunków zamówienia na badanie sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2009 r.,
- w sprawie wyrażenia opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2009 r.,
- w sprawie wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdania finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2009 rok,
- w sprawie wyrażenia zgody na zawarcie przez Prezesa NFZ umowy o świadczenie usług budowlanych w siedzibie Centrali NFZ,
- w sprawie wyrażenia zgody na dokonanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia zamiany lokalu w budynku przy ul. Żołnierskiej 16 w Olsztynie z dopłatą na rzecz Skarbu Państwa,
- w sprawie wystąpienia do Ministra Zdrowia oraz Ministra Finansów z wnioskiem o zaopiniowanie przeznaczenia części zysku netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2006 r.,
- w sprawie przyjęcia okresowego sprawozdania z działalności NFZ za III kwartał 2009 r.,
- w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2010 r.,
- w sprawie wyrażenia opinii do projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2010 r.,
- dwie uchwały zmieniające uchwałę w sprawie przyjęcia rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2009 r.

Rada Funduszu w 2009 roku obradowała na 11 posiedzeniach. Podjęła łącznie 38 uchwał, w tym 3 uchwały w trybie korespondencyjnego uzgodnienia stanowisk przez członków Rady Funduszu (tryb obiegowy).

W dniu 7 grudnia 2009 r. upłynęła 5-letnia kadencja członków Rady Funduszu. Rada Funduszu zakończyła kadencję w składzie 6 osób, tj.:

- Rudolf Borusiewicz – powołany na wniosek strony samorządowej Komisji Wspólnej Rządu i Samorządu Terytorialnego,

- Ewelina Nojszewska – powołana na wniosek Rzecznika Praw Obywatelskich,
- Dariusz Trzcionka – powołany na wniosek Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno-Gospodarczych,
- Kazimierz Sobka – powołany na wniosek Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości i Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji,
- Ireneusz Fąfara – powołany na wniosek Rady Działalności Pożytku Publicznego,
- Renata Hayder – powołana na wniosek ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

**Działalnością Funduszu kieruje Prezes Funduszu i reprezentuje Fundusz 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 którą 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.

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. Ustalanie jednolitych sposobów realizacji ustawowych zadań przez oddziały wojewódzkie ma szczególne znaczenie przy określaniu przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz warunków wymaganych od świadczeniodawców.

Prezes Funduszu wykonuje swoje zadania przy pomocy trzech zastępców Prezesa. W 2009 roku Funduszem kierował dr n. med. Jacek Paszkiewicz, przy pomocy zastępców Prezesa: ds. medycznych do 22 lipca 2009 r. dr. n. med. Jacka Grabowskiego, a od 14 października 2009 r. Macieja Dworskiego, do spraw służb mundurowych dr. n. med. Zbigniewa Tetera.

**Oddziałem wojewódzkim Funduszu kieruje dyrektor** powoływany i odwoływany 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 także:

- 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 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 wchodzi dziewięciu członków będących ubezpieczonymi zamieszkujących na obszarze działania danego oddziału wojewódzkiego Funduszu, powoływani 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 działa na podstawie uchwalonego przez siebie regulaminu.

Zadania rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zostały określone w art. 106 ustawy o świadczeniach. Do zadań rady oddziału wojewódzkiego należą 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 odwoływanie 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

W trakcie 2009 roku stan osobowy pracowników Funduszu uległ zwiększeniu o 114,96 etatu. Zwiększenie zatrudnienia było spowodowane potrzebą zapewnienia wykonania w sposób prawidłowy zadań nałożonych na Fundusz, co z kolei spowodowało konieczność wprowadzenia w latach 2008-2009 zmian organizacyjnych. Uzupełnienie niedoborów kadrowych było spowodowane, między innymi, koniecznością realizacji zadań w zakresie: rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w następstwie zdarzeń związanych z ruchem pojazdów, rozliczeń międzyoddziałowych, rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych za granicą. Przeciętne zatrudnienie za 2009 rok wyniosło 4 842,76 etatu.

L.p.	Stan zatrudnienia na dzień	Osoby			Etaty		
		ogółem	centrala	oddziały	ogółem	centrala	oddziały
1	31 grudnia 2008	4 825,00	309,00	4 516,00	4 764,98	304,80	4 460,18
2	31 marca 2009	4 862,00	327,00	4 535,00	4 801,19	322,55	4 478,64
3	30 czerwca 2009	4 915,00	334,00	4 581,00	4 851,60	329,55	4 522,05
4	30 września 2009	4 936,00	337,00	4 599,00	4 873,18	332,74	4 540,44
5	31 grudnia 2009	4 944,00	349,00	4 595,00	4 879,94	344,82	4 535,12

Tabela nr II.1. Stan zatrudnienia w Funduszu.

W Funduszu według stanu na 31.12.2009 r. zatrudnionych było 4.944 pracowników. Wykształceniem wyższym legitymowało się 3.888 osób tj. 78,64% ogółu zatrudnionych.

W 2009 roku, z Funduszem, rozwiązano umowy o pracę łącznie na 262,44 etatu, nawiązano na 397,80 etatu. Roczny wskaźnik fluktuacji zatrudnienia ukształtował się na poziomie 8,21%.

Wykształcenie pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia wg stanu na dzień 31.12.2009r				
1	liczba pracowników	wykształcenie		
		wyższe	średnie	pozostałe
2	3	4	5	
Centrala Funduszu	349	297	50	2
Oddziały wojewódzkie Funduszu łącznie	4 595,00	3 591,00	956	48
Ogółem Fundusz	4 944,00	3 888,00	1 006,00	50

Tabela nr II.2. Wykształcenie pracowników Funduszu wg stanu na dzień 31.12.2009 r.

W 2009 roku przeprowadzono w Funduszu 20 szkoleń w ramach szkoleń tzw. „centralnych” czyli szkoleń, w których uczestniczą pracownicy Centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu. Szkolenia centralne są finansowane z budżetu szkoleń centralnych. W ramach tych szkoleń zostało przeszkolonych 1.128 uczestników, w tym 686 z Centrali i 442 z oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Budżet przeznaczony na szkolenia zawiera także środki finansowe przeznaczone na szkolenia pracowników pionów: Prezesa Funduszu, Zastępcy Prezesa do Spraw Medycznych, Zastępcy Prezesa do Spraw Finansowych oraz Zastępcy Prezesa do Spraw Służb Mundurowych. W ramach środków finansowych przeznaczonych na szkolenia pracowników w tzw. pionach przeszkolono w trakcie 131 szkoleń łącznie 418 uczestników.

Zakres tematyczny przeprowadzonych szkoleń obejmował między innymi: cykl szkoleń organizowanych przez Generalny Inspektorat Ochrony Danych Osobowych dot. zakresu ochrony danych osobowych oraz szkolenia w zakresie: planowania, przygotowania i prowadzenia czynności kontrolnych, szkolenia z zakresu zmiany przepisów, w tym kpa oraz dotyczące zamówień publicznych, a także szkolenia okresowe BHP, informatyczne, w zakresie finansów i zarządzania.

Szkolenia pracowników Funduszu są realizowane w danym roku kalendarzowym na podstawie Planu szkoleń, zatwierdzonego przez Prezesa Funduszu. Szkolenia realizowane są także poza Planem szkoleń i są to szkolenia doraźne. W 2009 roku stanowiły one ok. 20% wszystkich zrealizowanych szkoleń.

### **II.3. Informatyzacja**

Przedstawione poniżej prace pogrupowane są wg zadań zawartych w Planie pracy Funduszu na 2009. Na początku każdego punktu występuje nazwa zadania będąca równocześnie jego zwięzłym opisem. Każde z tych zadań uzupełnione jest także hasłowym odniesieniem do określonego celu strategicznego (w nawiasach), których pełna lista została zawarta w dokumencie „Strategia wykorzystania zasobów informacyjnych przez Fundusz oraz kierunki rozwoju systemu informatycznego NFZ na lata 2007-2010”. Pod nazwą zadania, został przedstawiony krótki opis stanu wykonania prac.

- modernizacja platformy środowiska eksploatacyjnego użytkowników lokalnych (pracowników Funduszu) Centrali oraz oddziałów wojewódzkich Funduszu w obszarach: zabezpieczeń poczty elektronicznej, kontrolerów domenowych i serwerów plików (Bezpieczeństwo i unifikacja).

W Centrali oraz oddziałach wojewódzkich Funduszu zostały zainstalowane, uruchomione, skonfigurowane i przetestowane:

- o urządzenia ochrony ruchu pocztowego oraz sieciowego (firewalle, routery, przełączniki),
- o kontrolery domen Windows Server 2008 R2 – co pozwoliło na rozszerzenie funkcjonalności domeny Active Directory (AD),
- o serwery produkcyjne – wymiana maszyn,
- o serwer plików opartego na platformie NetApp,
- o środowisko poczty elektronicznej opartej na systemie Exchange Server 2007 – w ostatnich miesiącach została zaktualizowana wersja systemu poczty elektronicznej do wersji 2010.

Została także przeprowadzona migracja danych i urządzeń do ośrodka zapasowego, pełniącego aktualnie rolę ośrodka podstawowego w Ursusie (brak warunków technicznych w Centrali Funduszu),

- przebudowa struktury Active Directory dla Centrali oraz oddziałów wojewódzkich Funduszu (Bezpieczeństwo i unifikacja).

Przygotowanie oraz analiza techniczna wypracowanego rozwiązania zostały przeprowadzone w 2009. Zostały także przeprowadzone testy planowanych rozwiązań

środowisk systemowych Microsoft, między innymi: serwer domeny, serwer poczty elektronicznej. Realizacja wdrożenia docelowego rozwiązania wraz z postępowaniem została przeniesiona na rok 2010,

- instalacja oraz uruchomienie systemu administracji infrastrukturą IT dla Centrali Funduszu (Unifikacja).

Przygotowanie założeń dla struktury technicznej i operacyjnej docelowego rozwiązania, zebranie wstępnych ofert, przygotowanie SIWZ zostały przeprowadzone w 2009. Realizacja wdrożenia docelowego rozwiązania wraz z postępowaniem została przesunięta na rok 2010,

- modernizacja platformy środowiska eksploatacyjnego Centrali Funduszu dla użytkowników zewnętrznych (świadczeniodawców), w obszarach: serwerów aplikacyjnych, serwerów baz danych i aplikacji użytkowych (zadanie realizowane w ramach projektu Unifikacja środowisk informatycznych NFZ, opisanego w „Strategii...”),
- instalacja i migracja środowiska eksploatacyjnego użytkowników lokalnych oraz zewnętrznych do nowej lokalizacji (realizowane w ramach projektu Bezpieczeństwo i unifikacja, opisanego w „Strategii...”).

Oba powyższe zadania („Modernizacja platformy...” oraz „Instalacja i migracja środowiska...”) były realizowane w ramach jednego procesu i zostały wykonane.

Platformy środowisk eksploatacyjnych zostały zainstalowane, skonfigurowane, uruchomione i przetestowane. Obejmowało to zarówno całkowicie nowe serwery, jak i modernizację już eksploatowanych.

Zostały zmodernizowane do najnowszych wersji systemy operacyjne i systemy zarządzania baz danych (Linux Redhat, IBM i5/DB2).

Zostały przeniesione i uruchomione w nowych środowiskach systemy bazodanowe: Koszty Leczenia Pacjentów (KLP), Centralny Wykaz Ubezpieczonych (CWU), Migracje, Uzdrowiska (SOZAF), Leki (SOZAF-Leki).

Zostały przeniesione na nowe serwery lub zainstalowane i uruchomione od nowa następujące systemy aplikacyjne: JGP – Jednorodne Grupy Pacjentów, KLP – Moduł do zarządzania KLP, AP-KOSZTLECZ - Informator o kosztach leczenia pacjenta, AP-KTR – System Centralnego Definiowania oraz Monitoringu Konkursów Ofert, AP-SCHEM System Obsługi Schematów Podań Leków w Chemioterapii i Programach Terapeutycznych, AP-SMZ-RAP – Moduł Zarządzania Raportami SMZ, AP-SODIL – Import Docelowy Leków, AP-UZDROW – System obsługi lecznictwa uzdrowiskowego, ws-broker-server-czs, slowniki.nfz.gov.pl – System Obsługi Centralnych Zasobów Słownikowych, SIMP, SRU – System Rozliczeń Uzdrowisk, Kolejki Oczekujących, Szkolenia – Moduł szkoleń, Skierowania - Przeglądarka skierowań na leczenie uzdrowiskowe, SOFU – System Obsługi Formularzy Unijnych, CWU, CERF – Centralne Rejestry Funduszu, SRUF – System Rozliczeń Uzdrowisk moduł administratora, CSM-NFZ, NETC@ARDS.

Została zainstalowana, skonfigurowana, uruchomiona i przetestowana zewnętrzna macierz dyskowa klasy „Enterprise”.

- modernizacja środowiska archiwizacji i tworzenia kopii zapasowych zgodnie z uzgodnionymi z właścicielem danych parametrami operacyjnymi m.in. data odcięcia danych (projekt Bezpieczeństwo).

Ostatecznie ten centralny projekt został uruchomiony na początku 2010 roku,

- instalacja i uruchomienie redundantnych węzłów sieci rozległej (WAN) w Centrali i oddziałach wojewódzkich Funduszu (projekt Bezpieczeństwo).



Zadanie zostało wykonane w korelacji z pierwszym zadaniem „Modernizacja platformy środowiska eksploatacyjnego”. Urządzenia zostały zakupione, zainstalowane, skonfigurowane i przetestowane. Dwa OW pracują już za pośrednictwem centralnych, redundantnych węzłów WAN,

- rozbudowa o nowe funkcjonalności systemu komunikacji wewnętrznej działającej w oparciu o technologie VoIP – telefonia IP (projekt Unifikacja),

projekt jednolitej, centralnej książki teleadresowej zatrzymany przez Departament Informatyki – powodem były zbyt wysokie koszty przy jednoczesnym braku konkurencyjnych dostawców. Zaplanowano ponowne uruchomienie zadania w ramach projektu „Przebudowa Active Directory” lub „Przebudowa Intranetu” – analizy w toku,

- przygotowanie środowisk centralnych serwerów zapasowych dla oddziałów wojewódzkich Funduszu (projekt Bezpieczeństwo).

Zadanie w trakcie realizacji. Serwer dla środowiska aplikacji Kamsoft (IBM i5/DB2) został zainstalowany, uruchomiony, skonfigurowany i przetestowany. Dane operacyjne Mazowieckiego OW NFZ zostały w próbnej procedurze odtworzone. Serwer dla środowiska aplikacji Global Services został zainstalowany. Personel, który będzie się zajmował obsługą tego serwera, jest w trakcie szkoleń,

- rozpoczęcie projektu wdrożenia systemu elektronicznej wymiany informacji dotyczących zabezpieczenia społecznego dla sektora ubezpieczeń zdrowotnych w Polsce (EESSI-PL). Odbyło się jedno spotkanie Komitetu Sterującego oraz 8 spotkań analitycznych, w tym jedno, w którym wzięli udział przedstawiciele ZUS, MPiPS, MZ,
- w styczniu 2009 Departament Informatyki Funduszu rozpoczął aktywne działania związane z projektem NETC@RDS. Po przeprowadzeniu niezbędnych analiz, w szczególności dotyczących zabezpieczenia i autoryzacji dostępu świadczeniodawców do portalu, zakupiona została niezbędna infrastruktura oraz wyposażenie. Pozwoliło to na uruchomienie centrum certyfikacji, które w oparciu o infrastrukturę klucza publicznego (PKI) zarządza dostępem do portalu. Jednocześnie przygotowane zostały materiały przeznaczone dla świadczeniodawców (czytniki, karty dostępu, oprogramowanie w języku polskim, podręczniki, ulotki oraz plakaty informujące pacjentów o dostępie do systemu NETC@RDS), a także wyłonieni zostali Liderzy Regionalni – pracownicy oddziałów wojewódzkich Funduszu odpowiedzialni za kontakty ze współpracującymi świadczeniodawcami. W sierpniu rozpoczął się etap wdrożeń. Na rok 2009 zaplanowane zostało wdrożenie systemu NETC@RDS u 60 świadczeniodawców. Do końca grudnia wdrożonych zostało 92 świadczeniodawców, co plasuje Polskę na 1 miejscu w projekcie pod względem liczby wdrożeń. Również udział Polski pod względem generowanego ruchu w sieci NETC@RDS systematycznie rośnie – w ciągu 4 ostatnich miesięcy 2009 roku doszedł do ok. 40%,
- Współpraca z MSWiA w realizacji projektu pl.ID, w zakresie funkcji elektronicznego dowodu osobistego związanych z ubezpieczeniem zdrowotnym. Na forum Komitetu Rady Ministrów podjęto decyzję o włączeniu funkcjonalności karty ubezpieczenia zdrowotnego (KUZ) do karty pl.ID.

#### **II.4. Kontrole wewnętrzne**

Zadaniem kontroli wewnętrznej Funduszu jest badanie według kryteriów legalności, celowości i gospodarności przebiegu efektywności działalności Funduszu w porównaniu z wyznaczonymi zadaniami ustawowymi, statutowymi, regulaminowymi, ustalonymi planami działania oraz powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

Działania te mają również na celu badanie zgodności działania poszczególnych komórek Centrali i jednostek organizacyjnych Funduszu (oddziałów wojewódzkich) z procedurami wewnętrznymi, ustalanie przyczyn i skutków finansowych stwierdzonych nieprawidłowości, a także wskazywanie sposobów i środków zmierzających do usunięcia nieprawidłowości i zapobiegania powstawaniu ich w przyszłości.

W Centrali oraz w oddziałach wojewódzkich Funduszu zadania kontroli wewnętrznej realizują Zespoły Kontroli Wewnętrznej oraz inne uprawnione komórki organizacyjne

W celu realizacji zadań kontrolnych Zespół Kontroli Wewnętrznej Centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu określają w Rocznym planie kontroli wewnętrznych, zatwierdzanym odpowiednio przez Prezesa Funduszu, a w oddziałach wojewódzkich dyrektora oddziału, obszary badań kontrolnych na podstawie analizy wyników przeprowadzonych wcześniej kontroli oraz wniosków przekazywanych przez komórki organizacyjne Centrali i oddziały wojewódzkie Funduszu.

W roku 2009 r. poza kontrolami planowymi przeprowadzono w Funduszu kontrole doraźne zlecone przez Prezesa, a w oddziałach wojewódzkich Funduszu przez ich dyrektorów.

Wyniki kontroli wewnętrznych Zespół Kontroli Wewnętrznej Centrali Funduszu przedstawiał Prezesowi Funduszu na koniec każdego kwartału w postaci kwartalnych sprawozdań z realizacji planu kontroli wewnętrznej, a po zakończeniu roku kalendarzowego przekazał sprawozdanie roczne.

W 2009 roku w komórkach organizacyjnych Centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu przeprowadzone zostały kontrole planowe zgodnie z *Planem kontroli wewnętrznej Narodowego Funduszu Zdrowia* przyjętym na 2009 rok oraz doraźne zlecone przez Prezesa Funduszu i dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Liczba przeprowadzonych kontroli w Funduszu, w 2009 roku, wyniosła 302 (komórki Centrali Funduszu – 134, komórki oddziałów wojewódzkich Funduszu – 168), przy czym 238 kontroli planowych (komórki Centrali Funduszu – 105, komórki oddziałów wojewódzkich Funduszu – 133) oraz 64 kontroli doraźnych (komórki Centrali Funduszu – 29, komórki oddziałów wojewódzkich Funduszu – 35).

Kontrole realizowane przez komórki organizacyjne Centrali Funduszu przeprowadził ZKW oraz 10 uprawnionych komórek organizacyjnych Centrali. Skontrolowano wszystkie oddziały wojewódzkie Funduszu oraz niektóre komórki organizacyjne Centrali.

Spośród kontroli planowych przeprowadzanych przez uprawnione komórki organizacyjne Centrali, 12 kontroli rozpoczętych w roku sprawozdawczym zostało zakończonych w 2010 roku, natomiast realizację 4 kontroli przesunięto na I kwartał 2010 roku.

W oddziałach wojewódzkich Funduszu, przed upływem roku 2009 r., nie zostały zakończone 4 kontrole a jedną przesunięto na 2010 rok.

#### Kontrole przeprowadzone przez uprawnione komórki organizacyjne Centrali Funduszu:

Zespół Kontroli Wewnętrznej przeprowadził 59 kontroli, z czego 52 planowe i 7 doraźnych.

Kontrole planowe przeprowadzone w oddziałach wojewódzkich Funduszu dotyczyły następujących tematów:

- decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wydanych w 2007 r., w trybie art. 109 ustawy o świadczeniach – (przeprowadzone w 9 oddziałach wojewódzkich Funduszu),
- przestrzegania Regulaminu Zakładowego Funduszu Świadczeń Socjalnych w oddziałach wojewódzkich Funduszu, w 2008 roku – (przeprowadzone w 4 oddziałach wojewódzkich),
- oceny funkcjonowania kontroli wewnętrznej w oddziałach wojewódzkich w 2008 r. – (przeprowadzone w 11 oddziałach wojewódzkich),
- realizacji zadań określonych w regulaminie organizacyjnym oddziału wojewódzkiego Funduszu

dla delegatury oddziału – (przeprowadzone w 24 delegaturach 6 oddziałów wojewódzkich).

Ponadto ZKW przeprowadził 4 kontrole w komórkach organizacyjnych Centrali dotyczące realizacji w 2008 roku, zadań określonych w regulaminie organizacyjnym Centrali Funduszu.

Kontrole doraźne zlecone przez Prezesa Funduszu zostały przeprowadzone w pięciu oddziałach wojewódzkich i Centrali Funduszu i dotyczyły tematów:

- oceny prawidłowości przeprowadzenia postępowań konkursowych na świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu okulistyki – zespół jednego dnia,
- prawidłowości kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe na 2009 rok,
- prawidłowości kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe na 2009 rok,
- prawidłowości kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie gastroenterologia – zespół opieki dziennej na 2009 r.,
- prawidłowości stosowania procedury wyboru ofert do zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w trybie konkursu ofert, rokowań w postępowaniach w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przeprowadzonych przez MOW NFZ, przy zawieraniu umów z NZOZ Scanmed na lata 2004-2009,
- poprawności realizacji akcji promocyjnej prowadzonej przez Biuro Komunikacji Społecznej Centrali Funduszu.

Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej przeprowadził 33 kontrole z czego 14 kontroli planowych i 19 kontroli doraźnych.

Kontrole planowe zostały przeprowadzone w zakresie 2 tematów:

- prawidłowości prowadzenia przez oddziały wojewódzkie Funduszu postępowań kontrolnych u świadczeniodawców – w 2 oddziałach,
- prawidłowości stosowania obowiązującej w Funduszu procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach – w 12 oddziałach.

Kontrole doraźne zlecone przez Prezesa Funduszu zostały przeprowadzone wspólnie przez DSOZ i ZKW w 4 zakresach tematycznych:

- prawidłowości przeprowadzenia przez oddział wojewódzki Funduszu postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r. w oddziałach – w 4 OW,
- działań oddziału wojewódzkiego Funduszu dotyczących przeprowadzenia wybranych postępowań w trybie konkursu ofert lub rokowań poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na rok 2009 i lata następne w rodzaju: leczenie szpitalne – w 4 oddziałach,
- czynności i odpowiedzialności poszczególnych komórek merytorycznych w zakresie sporządzania rocznego planu kontroli oddziału wojewódzkiego Funduszu na 2009 r. – w 3 oddziałach,
- weryfikacji realizacji umowy w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie spełniania przez Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii, II poziom referencyjny, wymogów opisanych w zarządzeniu Prezesa Funduszu Nr 93/2008DSOZ z dnia 22.10.2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne, z późniejszymi zmianami w – 8 podmiotach.

Biuro Kadr i Szkoleń przeprowadziło pięć kontroli z czego cztery kontrole planowe i jedną kontrolę doraźną.

Kontrole planowe przeprowadzono w 4 oddziałach wojewódzkich Funduszu, których przedmiotem była ocena prawidłowości realizacji zadań określonych w o świadczeniach, regulaminach

organizacyjnych oddziałów wojewódzkich Funduszu w powiązaniu z zapisami Zakładowego Układu Zbiorowego Pracy dla Pracowników Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kontrolę doraźną zleconą przez Prezesa Funduszu BKiS przeprowadziło w Dolnośląskim OW NFZ, poddając analizie zadania realizowane przez komórke organizacyjną do spraw kadr.

Departament Informatyki przeprowadził 3 kontrole planowe w oddziałach: śląskim, podkarpackim i pomorskim. Tematem kontroli było przestrzeganie standardów technicznych i bezpieczeństwa określonych w projektach centralnych i realizacja rzeczowego planu inwestycyjnego.

Departament Spraw Świadczeniobiorców przeprowadził 4 kontrole planowe w oddziałach: lubelskim, lubuskim, podkarpackim i mazowieckim na temat realizacji wybranych zagadnień w zakresie działania właściwych komórek organizacyjnych w oddziałach wojewódzkich Funduszu.

Departament Gospodarki Lekami przeprowadził 2 kontrole planowe w Pomorskim OW NFZ wspólnie z ZKW i Wielkopolskim OW NFZ na temat prawidłowości prowadzenia postępowań kontrolnych u świadczeniodawców przez wybrane oddziały wojewódzkie Funduszu.

Departament do Spraw Służb Mundurowych przeprowadził 14 kontroli z czego 13 kontroli planowych i 1 kontrolę doraźną.

Kontrole planowe w następujących zakresach tematycznych:

- zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie:
  - o szpitalne – 4 oddziały wojewódzkie,
  - o uzdrowiskowe – 2 oddziały wojewódzkie,
- zawierania umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny oraz ratownictwo medyczne – 4 oddziały wojewódzkie,
- organizacja komórki ds. Obronnych, Obrony Cywilnej i Zarządzania Kryzysowego w oddziale wojewódzkim – 2 oddziały wojewódzkie,
- stosowanie instrukcji wewnętrznej w sprawie rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych ofiarom wypadków komunikacyjnych, finansowanych ze środków przekazanych przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny – 1 oddział wojewódzki.

Kontrole doraźne zlecone przez Prezesa Funduszu – DSM przeprowadził wspólnie z ZKW w Wielkopolskim OW NFZ na temat prawidłowości przeprowadzenia postępowań konkursowych na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 r., w rodzaju ratownictwo medyczne.

Departament Współpracy Międzynarodowej przeprowadził 3 kontrole planowe w oddziałach wojewódzkich Funduszu dotyczące realizacji zadań na podstawie przepisów o koordynacji.

Departament Ekonomiczno-Finansowy przeprowadził 5 kontroli z czego 4 kontrole planowe i 1 kontrolę doraźną.

Kontrole planowe przeprowadzono w 4 oddziałach wojewódzkich i dotyczyły 3 zakresów tematycznych:

- realizacji planu finansowego przez oddziały wojewódzkie Funduszu,
- analizy realizacji kosztów administracyjnych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w rodzaju usługi obce,
- analizy realizacji umów w okresie styczeń-lipiec 2009 roku w rodzajach: rehabilitacja lecznicza, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

Kontrole doraźne zlecone przez Prezesa Funduszu – DEF przeprowadził jedną kontrolę w Wielkopolskim OW NFZ, której tematem była ocena prawidłowości postępowania oddziału wojewódzkiego Funduszu w zakresie finansowania uroczystości związanych z obchodami 10-lecia

Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego oraz analizę realizacji umów w okresie styczeń-lipiec 2009 r. w rodzajach rehabilitacja lecznicza, świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.

Biuro Księgowości przeprowadziło 4 kontrole planowe w oddziałach wojewódzkich Funduszu na temat oceny gospodarki finansowej, prowadzenia ksiąg rachunkowych, sporządzania sprawozdań finansowych oraz obiegu dowodów księgowych.

Pełnomocnik do Spraw Ochrony Informacji Niejawnych przeprowadził dwie kontrole planowe w oddziałach wojewódzkich dotyczące realizacji postanowień ustawy o ochronie informacji niejawnych i ustawy o ochronie danych osobowych.

W przypadku 65 planowych postępowań kontrolnych nie sformułowano zaleceń pokontrolnych, z powodu niestwierdzenia nieprawidłowości w zakresie objętym kontrolą.

Wyniki 35 postępowań kontrolnych oceniono pozytywnie z uchybieniami natury formalnej, które nie wpływały na ogólną ocenę.

Nieprawidłowości stwierdzone w podmiotach kontrolowanych dotyczyły między innymi:

- zaniechania stosowania regulacji prawnych niezbędnych do prawidłowego realizowania zadań,
- jednolitych procedur opracowanych zgodnie z obowiązującymi w Funduszu regulacjami prawnymi,
- prowadzenia dokumentacji dotyczącej działalności oddziałów wojewódzkich Funduszu,
- interpretacji aktów prawa wewnętrznego,
- przestrzegania ustawowych terminów i przepisów dotyczących postępowania w sprawie wydawania decyzji administracyjnych, w tym informowania stron postępowania o uchybieniu 30-dniowego terminu na wydanie decyzji z jednoczesnym wyjaśnieniem przyczyn uchybienia terminu na wydanie decyzji i podaniem kolejnego terminu, przewidzianego na rozpoznanie sprawy i wydanie decyzji.

Kontrole przeprowadzone przez uprawnione komórki organizacyjne oddziałów wojewódzkich Funduszu:

Oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły:

- 133 kontrole planowe w szerokim zakresie tematycznym:
  - o użytkowanie samochodów służbowych,
  - o przestrzeganie zasad udzielania zamówień publicznych z podziałem na: roboty budowlane, zakupy materiałów biurowych, zakupy sprzętu komputerowego,
  - o poprawność użytkowania konta „administrator”,
  - o prowadzenie ewidencji sprzętu komputerowego,
  - o prowadzenie gospodarki magazynowej,
  - o skuteczność windykacji należności,
  - o celowość zatrudniania pracowników na podstawie przydzielonych zadań,
  - o nabór kandydatów do zatrudnienia na wolne stanowiska pracy,
  - o rozpatrywanie skarg i zażaleń,
  - o działanie komisji konkursowych prowadzących postępowanie w trybie konkursu ofert w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych na 2009 r.,
  - o prawidłowość realizacji umów w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny-ratownictwo medyczne,
  - o przestrzeganie zasad i procedur wynikających z realizacji w rodzaju stomatologia,
  - o przestrzeganie limitów wydatków w granicach kwot określonych w planie finansowym;
- 35 kontroli doraźnych, których tematyka dotyczyła między innymi:
  - o przestrzegania przepisów ochrony danych osobowych,
  - o sposobu wykorzystania, przechowywania, niszczenia nośników danych elektronicznych,
  - o zabezpieczenia pomieszczeń i dokumentacji przed dostępem osób nieuprawnionych,
  - o realizacji zadań w zakresie bieżącej analizy i monitorowania wykonania świadczeń w rodzaju leczenie uzdrowiskowe.

W związku z przeprowadzonymi postępowaniami kontrolnymi wydano zalecenia pokontrolne wynikające ze stwierdzonych nieprawidłowości. Negatywne oceny podmiotów kontrolowanych wystąpiły w nielicznych przypadkach. Nieprawidłowościami stwierdzonymi w toku przeprowadzonych kontroli były między innymi:

- brak jednolitych reguł walidacji i procedur weryfikacyjnych przy monitorowaniu świadczeniodawców,
- rozbieżności pomiędzy wartością zakwestionowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii a wartością faktur korygujących złożonych przez świadczeniodawców,
- nieterminowe rozpatrywanie skarg i wniosków składanych do oddziałów wojewódzkich Funduszu przez świadczeniodawców,
- nieprawidłowości w przygotowaniu i przeprowadzeniu kontroli świadczeniodawców,
- braki w dokumentacji promocyjnej dotyczącej promocji zdrowia,
- nierzetelne prowadzenie rejestrów obowiązujących w oddziałach wojewódzkich Funduszu,
- błędna interpretacja aktów prawa wewnętrznego,
- niewłaściwa organizacja kontroli wewnętrznej w oddziałach wojewódzkich Funduszu.

Wydane zalecenia pokontrolne zobowiązują kierowników podmiotów kontrolowanych do usunięcia nieprawidłowości, jak również zwiększenia nadzoru nad podniesieniem efektywności prowadzonej działalności. Zalecono opracowanie i wprowadzenie systemów i procedur mających na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia błędów i nieprawidłowości. Kierownicy komórek i jednostek organizacyjnych, do których skierowane były wystąpienia pokontrolne przekazali Prezesowi Funduszu informacje o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych oraz wykorzystania uwag zawartych w wystąpieniach pokontrolnych.

## II.5. Audyt wewnętrzny

### Zadania audytowe

Na podstawie przeprowadzonej analizy ryzyka w planie audytu wewnętrznego na 2009 r. zostały zaplanowane do wykonania 4 zadania w Centrali i w oddziałach wojewódzkich Funduszu:

- Nr 1/2009 Kontraktowanie i rozliczanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie uzdrowskie
- Nr 2/2009 Inwentaryzacja
- Nr 3/2009 Refundacja cen leków
- Nr 4/2009 Zgodność planowania zakupu świadczeń z wynikami postępowań konkursowych w rodzaju leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna

W Centrali oraz w 16 oddziałach wojewódzkich Funduszu zrealizowano wszystkie zaplanowane zadania audytowe.

W 2009 r. na podstawie przeprowadzonych planowych zadań audytowych w Centrali i oddziałach wojewódzkich Funduszu wydano 482 zaleceń, co przedstawia poniższa tabela.

Temat zadania audytowego	Kontraktowanie i rozliczanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie uzdrowskie	Inwentaryzacja	Refundacja cen leków	Zgodność planowania zakupu świadczeń z wynikami postępowań konkursowych w rodzaju leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna
Liczba wydanych zaleceń	137	181	99	65

**Tabela nr II.3.** Wydane zalecenia w ramach zadań audytowych zrealizowanych w 2009 r.

I.p.	Zalecenia (wybrane dot. powtarzających się nieprawidłowości).
	Rozważenie możliwości przekazywania materiałów informacyjnych do oddziałów wojewódzkich Funduszu w terminie nieprzekraczającym pierwszej połowy września roku poprzedzającego rok kontraktowania świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie uzdrowiskowe.

**Tabela nr II.4.** Zadanie audytowe nr 1/2009 Kontraktowanie i rozliczanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie uzdrowiskowe.

I.p.	Zalecenia (wybrane dot. powtarzających się nieprawidłowości).
1.	Ustalenie rzeczywistego stanu majątku i zweryfikowanie prawidłowości i kompletności prowadzonych ewidencji. Ujednolicenie zasad ujęcia w księgach wartości niematerialnych i prawnych.
2.	Zwiększenie nadzoru nad prawidłowością kwalifikacji i amortyzacji składników majątku, podjęcie działań zmierzających do ustalenia właściwego poziomu kosztów amortyzacji.
3.	Objęcie zakresem kwartalnych kontroli kas stanu druków ścisłego zarachowania.
4.	Zapewnienie odpowiedniego poziomu szkolenia zespołów spisowych.
5.	Prawidłowe dokonywanie likwidacji składników majątku jednostki.
6.	Wprowadzenie ewidencji licencji na oprogramowanie komputerów.
7.	Dokonywanie inwentaryzacji wartości niematerialnych i prawnych poprzez porównanie z odpowiednimi dokumentami źródłowymi.

**Tabela nr II.5.** Zadanie audytowe nr 2/2009 Inwentaryzacja.

I.p.	Zalecenia (wybrane dot. powtarzających się nieprawidłowości).
1.	Podjęcie działań zmierzających do opracowania i wdrożenia adekwatnych jednolitych zasad i kryteriów walidacji oraz kontroli merytorycznej w oparciu o jednolity słownik leków wspierany przez jeden zintegrowany system informatyczny.
2.	Podjęcie działań zmierzających do zoptymalizowania wymiany informacji w zakresie zablokowanych numerów recept pomiędzy oddziałami oraz ustalenia jednolitych zasad gromadzenia, przekazywania informacji o zablokowanych numerach recept.
3.	Przeprowadzenie analizy aktywnych i nieaktywnych parametrów walidacyjnych systemu informatycznego wspomagającego proces refundacyjny cen leków.

**Tabela nr II.6.** Zadanie audytowe nr 3/2009 Refundacja cen leków.

I.p.	Zalecenia (wybrane dot. powtarzających się nieprawidłowości).
1.	Dokonywanie aktualizacji planów zakupu świadczeń uwzględniając w nich zmiany zawarte w stosownych zarządzeniach Prezesa NFZ.
2.	Wprowadzenie pisemnej procedury w zakresie tworzenia, zatwierdzania i aktualizowania planu zakupu świadczeń.
3.	Wprowadzenie mechanizmów kontrolnych w zakresie pozyskiwania danych z oddziałów o wartości zawartych umów ze świadczeniodawcami.

**Tabela nr II.7.** Zadanie audytowe nr 4/2009 Zgodność planowania zakupu świadczeń z wynikami postępowań konkursowych w rodzaju leczenie szpitalne i ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

## Pozaplanowe zadania audytowe

Pozaplanowe zadania audytowe w 2009 r. zostały przeprowadzone w dwóch oddziałach wojewódzkich Funduszu:

- w oddziale dolnośląskim zrealizowano pozaplanowe zadanie audytowe *Realizacja zadań w zakresie zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne oraz w środki pomocnicze*. W wyniku powyższego zadania wydano 13 zaleceń, w szczególności w zakresie kontynuowania działań zmierzających do zrównoważenia dostępu ubezpieczonych do świadczeń w zakresie zaopatrzenia w materiały medyczne oraz zbiektywizowania kryteriów i zasad tworzenia kolejek ubezpieczonych oczekujących na potwierdzenie wniosku oraz wyjaśnienie niezgodności i nieprawidłowości związanych z funkcjonowaniem systemu informatycznego oraz istniejących zabezpieczeń wymagalności i poprawności logicznej wprowadzanych danych, a także ewentualne wystąpienie o dokonanie koniecznych dostosowań.
- w oddziale podkarpackim zrealizowano czynności doradcze w zakresie: *Zgodność przeprowadzonego postępowania w sprawie o zamówienie publiczne nr WAG/ZP/-2910/5/SP/09 dotyczącego zakupu sprzętu informatycznego z przepisami prawa i procedurami wewnętrznymi*. W wyniku powyższego zadania wydano opinię w zakresie wprowadzenia zmian dot. opisu przedmiotu zamówienia i oceny przygotowanego opisu przedmiotu zamówienia przez niezależnego rzeczoznawcę.
- w oddziale podkarpackim w 2008 r. rozpoczęto pozaplanowe zadanie audytowe *Ocena zasobów informatycznych Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia i ich adekwatności w stosunku do realizowanych przez Oddział zadań*, ww. zadanie zostało zakończone w styczniu 2009 r. W wyniku powyższego zadania wydano 9 zaleceń, w szczególności w zakresie wyjaśnienia kwestii braku w ewidencji (w księgach inwentarzowych i ewidencji księgowej) pięciu serwerów, które oddział wojewódzki Funduszu otrzymał od firmy zewnętrznej w celu ich przetestowania oraz rozważenie możliwości zlecenia oceny przygotowanych Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia w przedmiotowym zakresie niezależnym rzeczoznawcom z zewnątrz.

## Czynności sprawdzające realizację zaleceń z zadań audytowych

Czynności sprawdzające realizację zaleceń z zadania audytowego nr 1/2008 *Zawieranie umów zlecenia i umów o dzieło* przeprowadzono w 14 oddziałach wojewódzkich i Centrali Funduszu.

Czynności sprawdzające realizację zaleceń z zadania audytowego nr 2/2008 *Wykorzystanie składki pochodzącej z ubezpieczenia OC pojazdów mechanicznych* przeprowadzono w 15 oddziałach wojewódzkich i Centrali Funduszu.

Czynności sprawdzające realizację zaleceń z zadania audytowego nr 3/2008 *Ocena realizacji procesu kontroli* przeprowadzono w 16 oddziałach wojewódzkich i Centrali Funduszu.

Czynności sprawdzające realizację zaleceń z zadania audytowego nr 4/2008 *Wydatki administracyjne do 14 tys. euro* przeprowadzono w 16 oddziałach wojewódzkich i Centrali Funduszu.

Czynności sprawdzające realizację zaleceń z zadania audytowego nr 1/2008 nie zostały przeprowadzone w oddziałach łódzkim i mazowieckim z powodu pobytu audytorów wewnętrznych na zwolnieniu lekarskim, urlopie macierzyńskim oraz wychowawczym).

Czynności sprawdzające realizację zaleceń z zadania audytowego nr 2/2008 nie zostały przeprowadzone w oddziale mazowieckim z powodu pobytu audytora wewnętrznego na urlopie wychowawczym.

Czynności sprawdzające realizację zaleceń z pozaplanowego zadania audytowego *Gospodarka finansowa ze szczególnym uwzględnieniem zgód indywidualnych Dyrektora Oddziału za lata 2007-2008* zostały przeprowadzone w oddziale dolnośląskim.



## II.6. Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w 2009 roku

W roku 2009 przeprowadzono w Centrali Funduszu 5 kontroli zewnętrznych.

Lp.	Organ zlecający (delegujący) kontrolę	Zakres kontroli	Okres przeprowadzenia kontroli
1.	Ministerstwo Zdrowia- IW POKL	Organizacja wdrażania projektu JGP/POKL	19.03.2009 r.
2.	Najwyższa Izba Kontroli - KPZ	Wykonanie planu finansowego NFZ w 2008 r.	3.06.2009 r. - 31.07.2009 r. 9.07.2009 r. - 25.07.2009 r.
3.	Najwyższa Izba Kontroli	Zatrudnianie osób niepełnosprawnych w administracji publicznej	3.09.2009 r. - 21.10.2009 r.
4.	Państwowa Inspekcja Pracy	Dokonanie oceny przystosowania stanowisk pracy do zatrudnienia osób niepełnosprawnych zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (art. 4 ust. 5)	15.10.2009 r. – 19.10.2009 r.
5.	Ministerstwo Zdrowia	Prawidłowość wydatkowania i realizacji projektu realizowanego w ramach Działania 2.3 Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki	3.11.2009 r. – 4.11.2009 r.

**Tabela nr II.8.** Zakres tematyczny kontroli przeprowadzonych w Centrali NFZ w 2009 r.

## II.7. Sprawy sądowe

### II.7.1. Postępowania prowadzone przez Centralę Funduszu

W 2009 roku Centrala Funduszu była stroną w postępowaniach sądowych, które obejmowały:

- postępowania przed sądami powszechnymi: w roku 2009 r. Centrala Funduszu brała udział w 45 postępowaniach prowadzonych przed sądami powszechnymi, które dotyczyły m.in: spraw pracowniczych (2 sprawy), spraw antymonopolowych (4 postępowania), spraw z powództwa cywilnego (8 spraw), sporu marżowo-cenowego (spośród 31 prowadzonych spraw, na dzień 31 grudnia 2009 r. w toku postępowania było 21 spraw, 10 spraw zostało prawomocnie zakończonych: 5 spraw umorzono, 3 pozwy odrzucono, zawarto jedną ugodę, jedna sprawa zakończyła się prawomocnym nakazem zapłaty),
- postępowania przed Wojewódzkim Sądem Administracyjnym – w przedmiotowym okresie sprawozdawczym Centrala Funduszu była stroną w 281 postępowaniach przed WSA, z czego 223 sprawy zostały wszczęte w 2009 r. Postępowania przed WSA dotyczyły:
  - ustalenia prawa do świadczeń – 58 prowadzonych spraw (39 wniesionych w 2009 r.) z czego w okresie sprawozdawczym zakończyło się 55 spraw: 37 skarg zostało oddalonych, w 7 przypadkach skargę odrzucono, 10 decyzji Prezesa Funduszu zostało uchylonych, jedno postępowanie umorzono, ponadto w 2009 r. od nieprawomocnego wyroku WSA została wniesiona jedna skarga kasacyjna do Naczelnego Sądu Administracyjnego (NSA) – skargę wniósł świadczeniobiorca,
  - objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym – 125 prowadzonych spraw (101 wniesionych w 2009 r.), z czego w okresie sprawozdawczym zakończyło się 91 spraw: 41 skarg zostało oddalonych a kolejne 30 odrzuconych, 20 decyzji Prezesa Funduszu zostało uchylonych), ponadto w 2009 r. od nieprawomocnego wyroku WSA została wniesiona jedna skarga kasacyjna do NSA (skargę wniósł świadczeniobiorca),
  - odwołań od wyników konkursu ofert – 57 prowadzonych spraw (49 wniesionych w 2009 r.) z czego w okresie sprawozdawczym zakończyły się 33 sprawy: 3 skargi oddalono a kolejnych 10 odrzucono, 18 decyzji Prezesa Funduszu zostało uchylonych jedna została unieważniona, jedno postępowanie zakończyło się umorzeniem, ponadto

- w 2009 r. od nieprawomocnych wyroków WSA zostało wniesionych 6 skarg kasacyjna do NSA (wszystkie zostały wniesione przez Fundusz),
- o leczenie poza granicami kraju – 36 prowadzonych spraw (30 wniesionych w 2009 r.) z czego w okresie sprawozdawczym zakończyły się 23 sprawy: w 10 przypadkach skarga została oddalona w jednym odrzucona, 12 decyzji Prezesa Funduszu zostało uchylonych, jedną sprawę umorzono, ponadto w 2009 r. od nieprawomocnych wyroków WSA zostały wniesione 4 skargi kasacyjne do NSA (2 skargi zostały wniesione przez świadczeniobiorców oraz 2 skargi przez Fundusz),
  - o inne – 5 prowadzonych spraw (4 wniesione w 2009 r.) z czego w okresie sprawozdawczym zakończyły się 3 sprawy – skargi odrzucono.

## **II.7.2. Postępowania prowadzone przez oddziały wojewódzkie Funduszu**

W 2009 roku oddziały wojewódzkie Funduszu były stroną 890 postępowań sądowych, z czego w okresie sprawozdawczym zakończyły się 384 sprawy (tj. 43%). Z ogółu toczących się postępowań sądowych 80% (714 spraw) stanowiły sprawy przeciwko oddziałom wojewódzkim Funduszu. Łączna kwota roszczeń z tytułu postępowań toczących się przeciwko Funduszowi kształtowała się na poziomie niespełna 1 mld zł. W 2009 r. zakończyły się 323 tego typu sprawy (45% ogółu), przy czym łącznie zasądzono prawie 126 mln zł. Wśród postępowań prowadzonych przeciwko Funduszowi największą grupę tworzyły sprawy związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity określone w umowach z Funduszem. W 2009 r. oddziały wojewódzkie prowadziły 275 takich spraw, z czego w danym roku sprawozdawczym zakończyło się 151 postępowań. Kolejną liczną grupę stanowiły postępowania o zapłatę wynikające z wykonania umowy. W roku 2009 oddziały wojewódzkie Funduszu prowadziły łącznie 152 tego typu sprawy, z czego 37 zostało w danym roku zakończonych. Sprawy z zakresu tzw. „ustawy 203” w okresie sprawozdawczym stanowiły 18% ogółu postępowań prowadzonych przeciwko oddziałom wojewódzkim Funduszu, zakończonych zostało 49 ze 126 toczących się spraw.

## **II.8. Działania edukacyjne i informacyjne**

Narodowy Fundusz Zdrowia 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. Są to:

- bieżące kontakty z dziennikarzami – codzienna obsługa, dostarczanie materiałów prasowych, udzielanie odpowiedzi na pytania, przekazywanie informacji w formie komunikatów prasowych w odniesieniu do działalności Funduszu;
- briefingi prasowe, m.in.: prezentacja danych statystycznych dotyczących realizacji świadczeń z zakresu programów profilaktycznych oraz bieżącej działalności (oddziały wojewódzkie Funduszu);
- konferencje prasowe – z udziałem specjalistów w danej dziedzinie (konsultanci krajowi i wojewódzcy, przedstawiciele świata nauki). W 2009 roku w Centrali Funduszu odbyły się konferencje prasowe dotyczące:
  - o sytuacji finansowej Funduszu – 23.04.2009 r.,
  - o prognoz finansowych na lata 2009-2012 – 7 lipca 2009 r.,
  - o rozpoczęcia współpracy z Federacją Praw Pacjentów oraz cyklu seminariów odbywających się w szesnastu miastach wojewódzkich – 18 sierpnia 2009 r.,

- o sytuacji finansowej Funduszu; przedstawienie zastępcy prezesa ds. medycznych – 28.10. 2009 r.
- 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.: programy profilaktyczne, zasady korzystania z opieki zdrowotnej, dostęp do świadczeń medycznych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce i na terenie państw UE i EFTA, prawa pacjenta, kolejki oczekujących, zasady wprowadzenia koszyka świadczeń gwarantowanych. W czasie audycji przedstawiciele Funduszu pełnili dyżury redakcyjne (m.in. program „Pytanie na śniadanie” oraz programy w mediach regionalnych),
- dyżury w redakcjach prasowych (gazety ogólnopolskie i regionalne) – przedstawiciele Funduszu pełnili dyżury redakcyjne i udzielali informacji na temat leczenia uzdrowiskowego, programów profilaktycznych, zasad korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej (np. „Fakt”, „Polska The Times”),
- inserty do gazet, emisja telewizyjnych i radiowych spotów reklamowych promujących programy profilaktyczne finansowane przez Fundusz w mediach ogólnopolskich i regionalnych (oddziały: lubuski, zachodniopomorski, podlaski, kujawsko-pomorski, dolnośląski, łódzki, śląski),
- 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.:
  - o Małopolski OW NFZ – stała kolumna w „Dzienniku Polskim”,
  - o Podlaski OW NFZ – publikacje artykułów w „Kurierze Porannym”,
  - o Kujawsko-Pomorski OW NFZ – stałe publikacje w „Gazecie Pomorskiej”,
  - o Podkarpacki OW NFZ – rubryka „Ekspert odpowiada” w „Nowinach” oraz „NFZ odpowiada” w „Super Nowościach”,
  - o Centrala Funduszu – „Służba Zdrowia”, „Medical Tribune,”
- współpraca z portalami internetowymi.

## **Publikacje**

- „Vademecum 2009” – informator o świadczeniach opieki zdrowotnej, zamieszczony na stronach internetowych Centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu,
- 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 Funduszu,
- foldery informacyjne dotyczące praw pacjenta, zasad leczenia w UE leków oraz 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 o udzielanie świadczeń zdrowotnych w 2009 roku,
- informatory i broszury na temat zasad korzystania z opieki zdrowotnej w krajach UE, praw pacjenta, zasadach ubezpieczenia, działalności Funduszu,
- emisja informacji o profilaktycznych badaniach dla kobiet w popularnych programach telewizyjnych („M jak miłość”, „Kocham Cię Polsko”, „Na dobre i na złe”).

## 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 wydarzenia specjalne takie jak:

- ogólnopolska akcja „Razem możemy więcej” – cykl seminariów zorganizowanych przez przedstawicieli NFZ wraz z Federacją Praw Pacjentów,
- białe niedziele (Kujawsko–Pomorski OW),
- wystawa fotograficzna „Masz wiele powodów, by żyć”, promująca program profilaktyki raka szyjki macicy i raka piersi (Małopolski OW NFZ),
- wystawa „Życie jest bezcennym darem” w budynkach użyteczności publicznej w dziesięciu miastach powiatowych (Podlaski OW),
- Polsko-Niemieckie Forum Ochrony Zdrowia 2009 – „Fakty, Doświadczenia, Profilaktyka” (Opolski OW NFZ),
- kampania na rzecz profilaktyki grypy A/H1N1 pod hasłem „Wydmuchaj nos, wyrzuć chusteczkę, pozbadź się wirusa” (Opolski OW NFZ),
- „Dzień Zdrowia” w zakładach General Electric – badania, pogadanki, spotkania z lekarzami (Łódzki OW NFZ),
- „Dzień walki z rakiem” – promocja badań profilaktycznych w szkołach podstawowych (Warmińsko-Mazurski OW NFZ),
- spotkania z samorządowcami, lokalnymi organizacjami kobiecymi, społecznościami wiejskimi oraz organizacjami pozarządowymi,
- plebiscyty – „Lekarz Roku 2009” – wybór najbardziej lubianych przez pacjentów specjalistów w danych powiatach (Świętokrzyski OW NFZ), „Nasz Doktor” (Lubuski OW NFZ),
- dzień otwarty oraz „w poniedziałki pracujemy dłużej” (Warmińsko-Mazurski OW NFZ).

Ponadto przy współpracy z urzędami miejskimi, instytucjami i organizacjami działającymi w ramach systemu opieki zdrowotnej organizowano akcje i programy:

- festyny i plenerowe imprezy prozdrowotne w których udział brali przedstawiciele Funduszu,
- udział w Światowym Dniu bez Tytoniu, II Marszu Nadziei – promocja oddawania szpiku kostnego, Marszu Amazonek – promocja badań profilaktycznych, Dniu Seniora (Małopolski OW NFZ),
- kampania pt. „Nie zabieraj organów do nieba” promująca transplantologię, akcja „Mój dar życia” – promocja krwiodawstwa (Lubuski OW NFZ),
- stała współpraca z Centralnymi i Wojewódzkimi Ośrodkami Koordynującymi Populacyjny Program Profilaktyki i Wczesnego Wykrywania Raka Szyjki Macicy oraz Populacyjny Program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi.

## Internet

Biuro Komunikacji Społecznej prowadziło w 2009 roku serwis internetowy Centrali Funduszu. W jego strukturze funkcjonowały:

- komunikaty prasowe,
- ABC pacjenta – informator o zasadach korzystania z opieki zdrowotnej,
- serwis informacyjny na temat bieżącej działalności Funduszu w ramach Biuletynu Informacji Publicznej NFZ,
- periodycznie ukazujący się biuletyn „Nasz Fundusz”,

Wszystkie oddziały wojewódzkie Funduszu w 2009 roku również prowadziły serwisy internetowe, w których zamieszczano informacje dla pacjentów i świadczeniodawców.

## **Patronaty**

Fundusz w 2009 roku objął patronatem następujące przedsięwzięcia:

- „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.
- Kampanię społeczną kierowaną do kobiet „Nie pakuj się do trumny, zrób cytologię” – II edycję programu „Mam Haka na Raka” organizowaną przez Polską Unię Onkologii.

## **III. Świadczenia opieki zdrowotnej**

### **III.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2009 roku**

#### **III.1.1. Informacje o ogólnych warunkach umów**

Istotne znaczenie dla realizacji jednego z głównych zadań Funduszu – rozliczania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2009, miały zmienione ogólne warunki umów, które wprawdzie zostały tworzone w roku 2008, ale praktyczne zastosowanie miały dopiero w roku następnym. W stosunku do wcześniejszych przepisów nowe ogólne warunki umów zostały uzupełnione m. in. o następujące regulacje:

- poszerzono krąg podmiotów opiniujących zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie przedmiotu postępowania w sprawie zawarcia umowy, kryteriów oceny ofert i warunków wymaganych od świadczeniodawców o Naczelną Radę Lekarską, Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych oraz reprezentatywne organizacje świadczeniodawców,
- doprecyzowano wzajemne relacje i zobowiązania pomiędzy świadczeniodawcami udzielającymi świadczeń w poszczególnych rodzajach,
- wprowadzono możliwości wspierania czynności administracyjnych związanych z realizacją umowy poprzez wykorzystanie dedykowanego serwisu internetowego,
- uszczegółowiono przepisy dotyczące zwrotu przez świadczeniodawcę nienależnie przekazanych przez Fundusz środków finansowych, kar umownych oraz rozwiązywania umów bez zachowania okresu wypowiedzenia,
- wprowadzono uprawnienie dochodzenia przez Fundusz odszkodowania przewyższającego wysokość kary umownej,
- wprowadzono przepis, zgodnie z którym w przypadku gdy świadczeniodawca rażąco narusza obowiązek realizowania umowy zgodnie z planem rzeczowo-finansowym, polegający na nienależnym wykonywaniu umowy, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu może wypowiedzieć dotychczasowe warunki umowy w zakresie kwoty zobowiązania i zaproponować nowe, odpowiadające dotychczasowemu wykonywaniu umowy.

#### **III.1.2. Zasady kontraktowania na 2009 rok, realizacja Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP)**

W roku 2009 nie wprowadzono istotnych zmian zasad kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w stosunku do roku poprzedniego. Fundusz koncentrował się w szczególności na doskonaleniu rozwiązań wprowadzonych wcześniej oraz wprowadzaniu modyfikacji wynikających ze zmian stanu prawnego. Dotyczyło to w szczególności sposobu rozliczania świadczeń szpitalnych z wykorzystaniem systemu Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP). Na początku roku wprowadzono zweryfikowane wyceny wielu grup, szczególnie dotyczących leczenia prowadzonego przez szpitale kliniczne. Ponadto w trakcie roku zaistniała konieczność modyfikacji systemu JGP w wyniku przejścia przez Fundusz finansowania części świadczeń wysokospecjalistycznych, które dotąd były finansowane z budżetu państwa (dotyczyło to głównie świadczeń z zakresu transplantologii).

Ponadto monitorowana była realizacja wprowadzonych w ostatnim kwartale 2008 r., zwiększonych stawek kapitałowych na finansowanie opieki lekarskiej w podstawowej opiece

zdrowotnej, sprawowanej nad pacjentami ze schorzeniami przewlekłymi, to jest cukrzycą i chorobami układu krążenia. W roku 2009 zakończono kontraktowanie świadczeń pielęgniarstwa podstawowej opieki zdrowotnej, finansowanych na podstawie katalogu zrealizowanych czynności (tzw. „pielęgniarka zadaniowa”). W roku 2010 zadania te są kontraktowane w ramach pielęgniarstwa długoterminowego w domu pacjenta.

### **III.1.3. Portal świadczeniodawcy**

W 2009 roku Fundusz zrealizował kolejne etapy wprowadzania nowych funkcjonalności do Portalu NFZ dla świadczeniodawców oraz oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Portal NFZ jako nowoczesne narzędzie komunikacji pomiędzy Funduszem a świadczeniodawcami umożliwia świadczeniodawcom wprowadzanie, uzupełnianie i aktualizację danych o potencjale wykonawczym niezbędnym do kontraktowania i realizacji świadczeń opieki zdrowotnej, jak również zawieranie lub przedłużanie umów, 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 ramach rozbudowy Portalu NFZ w 2009 roku udostępnione zostały funkcjonalności umożliwiające aneksowanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w odniesieniu do potencjału świadczeniodawców. Funkcjonalności te są na bieżąco udoskonalane na podstawie zgłoszeń oddziałów wojewódzkich Funduszu. Realizacja zgłoszeń ma na celu optymalizację procesu aneksowania pod kątem ergonomii systemu oraz maksymalne wykorzystanie możliwości informacyjnych wynikających z zakresu danych o potencjale świadczeniodawców (strukturze organizacyjnej i wykonawczej, personelu i sprzęcie).

Ze względu na możliwość wystąpienia w trakcie realizacji umowy z Funduszem o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, po stronie świadczeniodawcy, wielu zmian w strukturze i dostępności do zasobów, zdecydowano o wprowadzeniu w 2009 roku, poprzez Portal NFZ systemowego rozwiązania, które umożliwiło świadczeniodawcom informowanie Funduszu o zaistniałych zmianach potencjału. Pozwoliło to również oddziałom wojewódzkim Funduszu na monitorowanie i weryfikację zasobów świadczeniodawcy pod kątem spełniania warunków niezbędnych do realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Wdrożone w 2009 roku zmiany pozwoliły na bardziej elastyczne i dokładne definiowanie danych opisujących świadczeniodawcę i jego potencjał.

Dzięki wprowadzonym modyfikacjom, jakie miały miejsce w 2009 roku, możliwe stało się bardziej precyzyjne określanie informacji o okresach dostępności potencjału oraz o harmonogramach czasu pracy, a co za tym idzie, stan rzeczywisty znalazł w rozwiązaniach informatycznych bardziej adekwatne odzwierciedlenie. Miało to wpływ zarówno na proces określania struktury i zasobów świadczeniodawcy, jak również na proces kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej.

W 2009 roku w Portalu NFZ wdrożono również Rejestr Personelu Medycznego, który umożliwia świadczeniodawcom wspólne korzystanie z danych opisujących personel. Zmiana danych osoby wprowadzona przez jednego świadczeniodawcę jest udostępniana pozostałym świadczeniodawcom zatrudniającym tę osobę. Wprowadzanie aktualnych danych do Rejestru Personelu Medycznego zostało przeniesione na świadczeniodawców. Za pomocą Rejestru Personelu Medycznego oddział wojewódzki Funduszu ma możliwość analizowania konfliktów dotyczących danych personelu u tego samego świadczeniodawcy, jak również pomiędzy świadczeniodawcami.

Dalsze prace projektowe i wdrożeniowe związane z rozbudową Portalu NFZ i poprawą jego funkcjonowania planowane są na lata 2010-2011.

### III.1.4. Projekt weryfikacji i walidacji danych

W ramach Projektu Walidacje i Weryfikacje (WiW) realizowanego od 2008 roku trwały prace nad ujednoczeniem walidacji i weryfikacji danych o wykonanych świadczeniach we wszystkich oddziałach wojewódzkich Funduszu. Dotyczyło to zarówno zakresu danych, jak i procesu ich przetwarzania. Realizacja projektu ma na celu doprowadzenie do jednakowego interpretowania (i rozstrzygania ewentualnych sporów) danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców w skali całego kraju, z zachowaniem zasady jawności stosowanych reguł. Efektem końcowym projektu ma być kompleksowa i zgodna z obowiązującymi przepisami prawa kontrola danych o zrealizowanych świadczeniach, mająca na celu dokonywanie płatności w oparciu o rzetelne, zweryfikowane i wiarygodne informacje.

Projekt realizowany jest przy współdziałaniu wyznaczonych pracowników wszystkich oddziałów wojewódzkich Funduszu, pracujących w ramach powołanego przez Prezesa Funduszu Zespołu ds. Walidacji i Weryfikacji, którego prace z ramienia Centrali Funduszu od października 2009 r. koordynuje Sekcja Standardów Walidacji i Weryfikacji Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej.

W ramach realizacji projektu zrealizowano następujące zadania:

- opracowano jednolity w skali kraju wykaz Centralnych Warunków Walidacji (CWW) i Centralnych Reguł Weryfikacji (CRW) oraz katalog błędów i ostrzeżeń generowanych przez systemy informatyczne w odniesieniu do obsługi komunikatów otwartych oraz ich walidacji i weryfikacji (wykaz zawiera 795 sprawdzeń),
- sukcesywnie prowadzono prace nad dostosowaniem systemów informatycznych oddziałów wojewódzkich i Centrali Funduszu w celu implementacji ujednoczonych w skali Funduszu warunków walidacji i reguł weryfikacji danych o wykonanych świadczeniach przekazywanych przez świadczeniodawców w oparciu o komunikat XML SWIAD dla świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych,
- wspólnie z dostawcami systemów informatycznych prowadzono prace analityczne mające na celu doprecyzowanie algorytmów sprawdzeń weryfikacyjnych,
- wyprodukowano 369 warunków XSD, 105 centralnych warunków walidacji i 30 centralnych reguł weryfikacji wprowadzając równolegle na bieżąco korekty wdrożonych reguł i warunków.

Reguły weryfikacji działają w oparciu o ustalone parametry, które wraz z ujednoczeniem listy sprawdzeń w skali Funduszu powodują konieczność wyprodukowania przez dostawców systemów informatycznych tożsamyh CWW i CRW we wszystkich oddziałach wojewódzkich Funduszu. W tym celu opracowywane są odpowiednie macierze, wykazy i słowniki niezbędne do wdrożenia, zgodnie z przepisami, centralnych reguł weryfikacji, w tym przepisy zawarte w rozporządzeniach Ministra Zdrowia i Zarządzeniach Prezesa Funduszu.

W trakcie prac nad projektem położono szczególny nacisk na dokładne opracowanie algorytmów sprawdzeń, ich szczegółowe przetestowanie na roboczych bazach oddziałów wojewódzkich Funduszu, tak aby w momencie ich włączenia zminimalizować konieczność ich aktualizacji lub zawieszania działania. Znaczna ilość przygotowanych do produkcji sprawdzeń wymaga ujednoczenia w skali kraju baz zgód na indywidualny sposób rozliczenia świadczenia wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu. Opracowano założenia systemu, który w formie elektronicznej zautomatyzowałby nie tylko sprawdzanie wydanych zgód ale również znacząco przyspieszył ich wydawanie z wykorzystaniem narzędzi internetowych. Prace w ramach projektu WiW są kontynuowane w roku 2010.

### **III.1.5. Projekty unijne realizowane przez Fundusz**

#### **EuroDRG – Diagnosis-Related Groups in Europe: towards Efficiency and Quality**

Narodowy Fundusz Zdrowia podjął się współpracy (partnerstwa) przy projekcie EuroDRG realizowanym w 7. Programie Ramowym zajmującym się m.in. porównaniem kosztów i cen usług szpitalnych z uwzględnieniem czynników strukturalnych na szczeblu krajowym, regionalnym i szpitalnym dla wyjaśnienia różnic w kosztach w ramach krajów europejskich i pomiędzy nimi.

Okres realizacji projektu: od 01.01.2009 do 31.12.2011.

Głównym celem Projektu jest dostarczenie uzasadnionych naukowo narzędzi, umożliwiających krajom korzystanie z doświadczeń innych systemów zdrowotnych oraz ich zrównoważenia, z pełnym poszanowaniem roli kontekstu krajowego i cech demograficznych. Ponadto założenia programu zakładają badania jakości klinicznej na terenie Unii Europejskiej w ramach mechanizmów HRG oraz utworzenie tzw. benchmarking club zajmującego się systematyczną analizą porównawczą wytypowanych grup szpitali europejskich.

Badania prowadzone są na próbie 11 krajów Unii Europejskiej (tj. Austria, Wielka Brytania, Estonia, Finlandia, Francja, Niemcy, Holandia, Polska, Hiszpania, Szwecja, Irlandia).

Partnerzy zobowiązani są do zapewnienia pełnego dostępu do danych statystycznych i kosztowych niezbędnych do przeprowadzenia badań. W ramach współpracy każdy z partnerów pełni rolę krajowego korespondenta zbierającego informacje i opracowującego raporty na temat swojego kraju.

W Polsce dodatkowo podjęta została współpraca z wybranymi świadczeniodawcami, którzy dostarczać będą szczegółowych informacji kosztowych. W ramach tej grupy prowadzone będą badania i analizy odzwierciedlające ideę benchmarkingu.

Projekt podzielony został na trzy etapy:

- Etap I – zostaną stworzone ramy metodologiczne i koncepcyjne, zapewniające zbieranie i zestawienie informacji (w szczególności danych użytkowych), według standardowych procedur, przez każdego partnera dla każdego kraju,
- Etap II – porównanie kosztów między systemami opieki zdrowotnej w różnych krajach jest zwykle dokonywane na szczeblu makro i opiera się na standaryzowanych danych dostępnych w różnych międzynarodowych bazach danych,
- Etap III – wyniki poprzednich faz zostaną zestawione w raporcie końcowym oraz analizy porównawczej (benchmarking) na szczeblu europejskim między szpitalami, poprzez wytypowanie grupy szpitali, które zgodzą się uczestniczyć w takiej analizie (w tzw. „benchmarking club”).

#### **Projekt JGP**

Narodowy Fundusz Zdrowia jest beneficjentem systemowym realizującym projekt „Szkolenia kadry zarządzającej szpitali, posiadających umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej zawartą z OW NFZ albo udzielających świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie innych tytułów oraz dysponentów środków publicznych w sektorze ochrony zdrowia tj. kadry zarządzającej NFZ”.

Głównym celem projektu jest przygotowanie kadry stosującej system Jednorodnych Grup Pacjentów, w zakresie użytkowania i wykorzystania systemu do poprawy efektywności zarządzania w ochronie zdrowia. Cel główny projektu zostanie osiągnięty poprzez realizację następujących celów szczegółowych:

- przeszkolenie 1.500 przedstawicieli kadry zarządzającej i dysponentów środków publicznych w sektorze zdrowia w zakresie zasad funkcjonowania, obsługi i stosowania systemu JGP,



- przygotowanie narzędzi informatycznych wspierających edukację kadr w zakresie obsługi stosowania systemu JGP,
- upowszechnienie zagadnień dotyczących systemu JGP jako narzędzia służącego do oceny produktywności szpitali, rozliczania i oceny jakości opieki szpitalnej w środowisku związanym z ochroną zdrowia.

Działania zrealizowane w ramach projektu w 2009 roku to przeprowadzenie szkoleń dla 200 osób kadry zarządzającej Funduszu w zakresie posługiwania się systemem JGP, w szczególności w zakresie tworzenia i utrzymywania systemu JGP, wykorzystania systemu JGP dla oceny produktywności szpitali i rozliczania świadczeń szpitalnych oraz około 300 osób z kadry zarządzającej szpitali w zakresie organizacji procesu raportowania i wykorzystania systemu JGP. W szczególności zasad wyboru przyczyny (diagnozy) głównej i dodatkowych oraz kodowania z użyciem klasyfikacji chorób, zasad wyboru procedury głównej i dodatkowych oraz kodowania z użyciem klasyfikacji procedur medycznych. Szkolenia przeprowadzane metodą tradycyjną przez wykwalifikowanych trenerów wspierane są za pomocą „Platformy wymiany doświadczeń” czyli portalu internetowego, na którym znajdują się: forum wymiany informacji, lekcje e-learningowe, wskazówki i informacje związane z JGP, informacje dotyczące szkoleń oraz narzędzie monitorujące, które pozwoli zweryfikować wpływ wprowadzenia systemu JGP na efektywność wydatkowania środków publicznych na służbę zdrowia.

### **Projekt HiT Polska**

W roku 2009 Fundusz objął patronat nad aktualizacją publikacji pt. „Health Systems in Transition (HiT) Poland” wydawanej przez Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej – partnera Europejskiego Biura Regionalnego Światowej Organizacji Zdrowia.

HiT są raportami, które opisują system opieki zdrowotnej, przeprowadzane reformy w tym systemie oraz inicjatywy polityczne w poszczególnych krajach Regionu Europejskiego, a także w innych państwach świata. Raporty te mają służyć jako narzędzie do wymiany wiedzy i doświadczeń pomiędzy decydentami politycznymi, a analitykami na szczeblu krajowym i międzynarodowym. Ich zasadniczym celem jest:

- uzyskanie szczegółowych informacji dotyczących różnych podejść do organizacji, finansowania i świadczenia usług zdrowotnych,
- określenie roli głównych podmiotów w dziedzinie zdrowia,
- opis ram instytucjonalnych systemu,
- przedstawienie procesu i treści przeprowadzanych i planowanych reform, podkreślenie wyzwań i obszarów, które wymagają głębszej analizy.

Pierwsza edycja „Health Systems in Transition Poland” miała miejsce w 1999 roku, wydanie drugie opisuje stan systemu ochrony zdrowia na połowę 2005 roku. Obecnie w ramach projektu HiT Polska przygotowywana jest trzecia edycja tej publikacji. Fundusz obejmując patronat nad działaniami związanymi z projektem pełni funkcję koordynującą oraz bierze czynny udział w pracach, w których uczestniczą również przedstawiciele instytucji działających w obszarze ochrony zdrowia oraz eksperci krajowi.

Partnerami w projekcie HiT Polska są: Narodowy Fundusz Zdrowia, Europejskie Obserwatorium Polityki i Systemów Opieki Zdrowotnej, Ministerstwo Zdrowia; Biuro Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce; Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny; Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia; Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum; Uniwersytet Warszawski; Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego; Centrum Monitorowania Jakości.

HiT są dostępne na stronie internetowej Obserwatorium [www.euro.who.int/observatory](http://www.euro.who.int/observatory).

### III.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 roku

Koszty realizacji świadczeń w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej, wykazane w tabelach przedstawionych w niniejszej części, zostały opracowane w oparciu o zawarte umowy bez zgód indywidualnych, ugód, spraw sądowych, porozumień, decyzji indywidualnych dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu. Stąd mogą wynikać rozbieżności w danych przedstawionych w części VI (gospodarka finansowa) niniejszego sprawozdania.

#### III.2.1. Umowy zawarte na 2009 rok

Przedmiotowa analiza obejmuje informacje dotyczące dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w 2009 roku w następujących rodzajach świadczeń:

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

W sprawozdaniu wykorzystano dane o świadczeniach zakontraktowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i świadczeniach wykonanych przez świadczeniodawców, zgodnie z przekazanymi raportami statystycznymi. Dla potrzeb statystyk przyjęto liczbę ubezpieczonych wg Centralnego Wykazu Ubezpieczonych prowadzonego przez Fundusz wg stanu na dzień 31.12.2009 roku.

Lp.	Rodzaj świadczenia	liczba umów 2008	wartość umów 2008	liczba umów 2009	wartość umów 2009
1	podstawowa opieka zdrowotna	11 709	-	18 706	-
2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	10 773	4 024 478,98	8 591	4 254 575,81
3	lecznictwo szpitalne	2 178	23 791 267,27	2 127	23 454 307,37
4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 792	1 686 962,43	1 429	1 931 575,99
5	rehabilitacja lecznicza	3 098	1 579 308,30	2 659	1 763 596,25
6	opieka długoterminowa - świadczenia pielęgnacyjne	1 836	922 807,72	1 122	775 109,10
7	opieka paliatywna i hospicyjna			433	262 709,67
8	leczenie stomatologiczne	9 424	1 833 708,74	8 823	1 884 515,83
9	lecznictwo uzdrowiskowe	1 663	498 226,14	1 614	667 552,53
10	ratownictwo medyczne	388	1 490 548,07	295	1 722 322,90
11	pomoc doraźna i transport sanitarny			31	33 387,01
12	profilaktyczne programy zdrowotne	524	113 708,89	509	135 733,23
13	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	484	1 168 886,46	439	1 286 724,91
14	zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	3 134	-	3 165	-
<b>Razem</b>		<b>47 003</b>	<b>37 109 903,01</b>	<b>49 943</b>	<b>38 172 110,60</b>

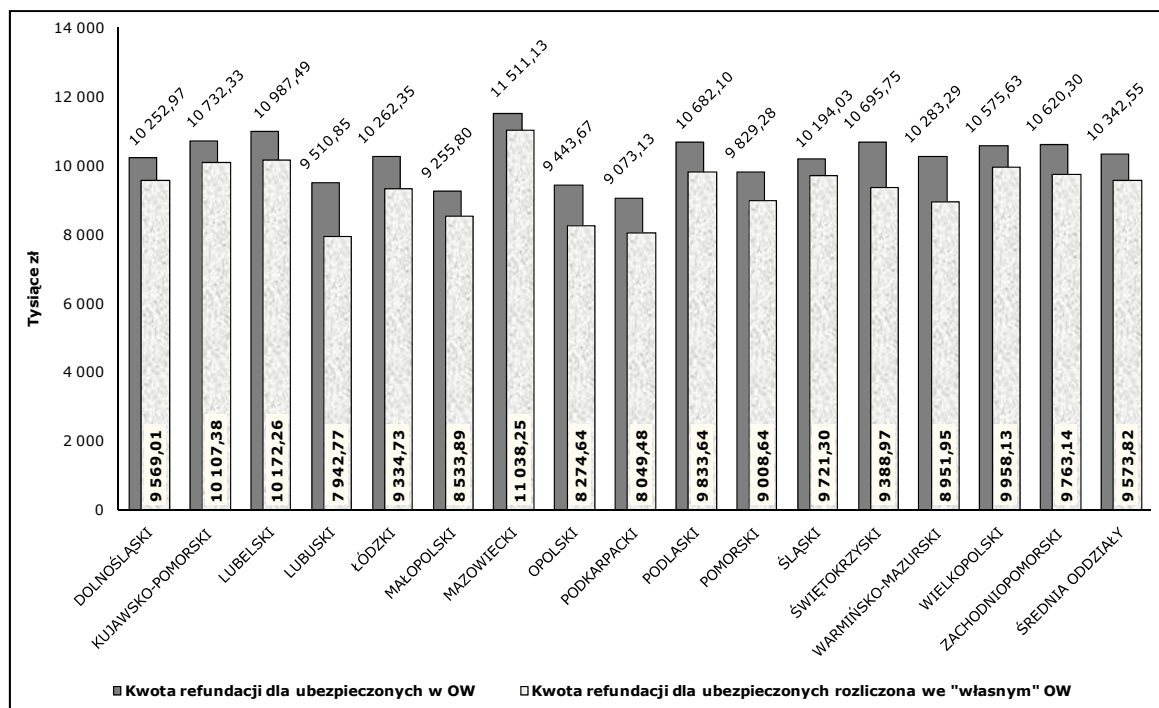
**Tabela nr III.1.** Liczba i wartość (w tys. zł) umów w latach 2008-2009 (ze względu na sposób finansowania wartość umów w POZ i ZSP nie została określona – finansowanie wg stawki kapitałowej).

W roku 2009 najwięcej umów zawarto w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej (18.706), leczeniu stomatologicznym (8.823) i ambulatoryjnej opiece specjalistycznej (8.591). Wartość zawartych umów (bez POZ i ZSP) na rok 2009 wyniosła 38.172.110,60 tys. zł.

Kod OW NFZ	OW NFZ	Liczba świadczeniodawców 2008	Liczba świadczeniodawców 2009
1	Dolnośląski	1 818	1 855
2	Kujawsko-Pomorski	996	1 010
3	Lubelski	1 390	1 399
4	Lubuski	824	831
5	Łódzki	1 125	1 185
6	Małopolski	1 410	1 441
7	Mazowiecki	1 730	1 768
8	Opolski	674	688
9	Podkarpacki	1 583	1 597
10	Podlaski	796	862
11	Pomorski	1 146	1 140
12	Śląski	2 828	2 844
13	Świętokrzyski	704	732
14	Warmińsko-Mazurski	1 209	1 221
15	Wielkopolski	2 802	2 905
16	Zachodniopomorski	1 121	1 135
	<b>Razem</b>	<b>22 156</b>	<b>22 613</b>

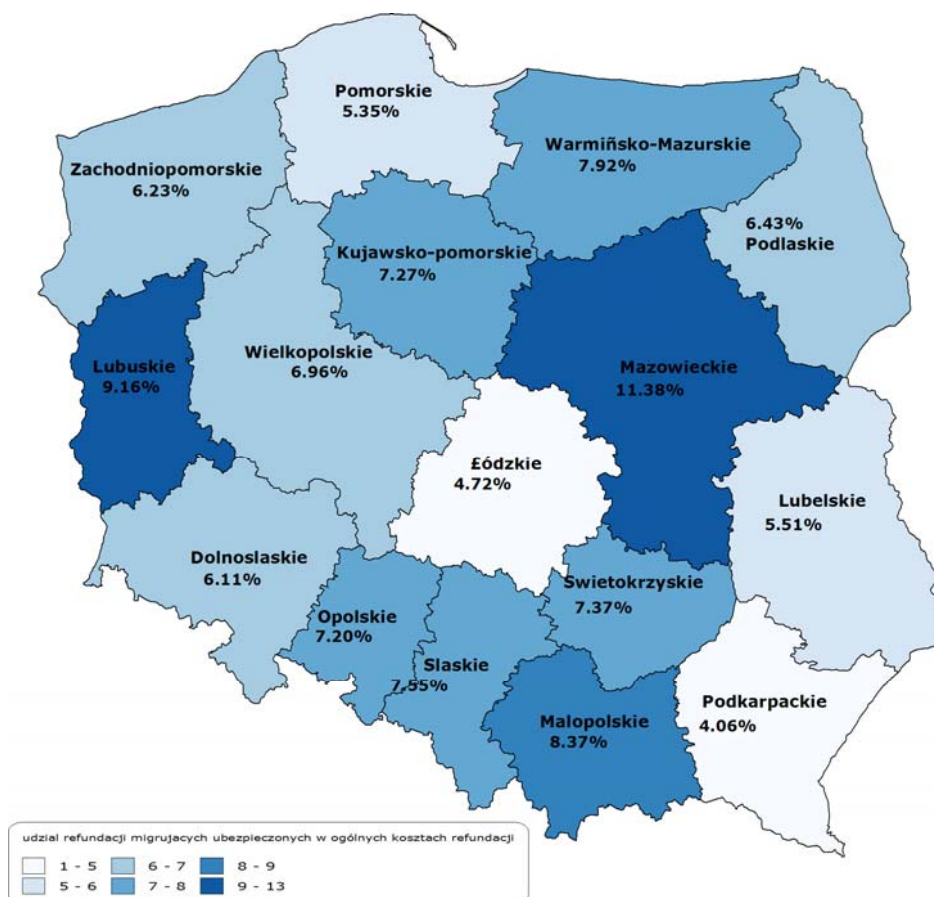
Tabela nr III.2. Porównanie liczby świadczeniodawców w latach 2008-2009.

Tylko Pomorski OW NFZ zawarł w roku 2009 umowy z nieznacznie mniejszą liczbą świadczeniodawców niż w roku 2008. Ogólna liczba świadczeniodawców realizujących świadczenia na podstawie umów z Funduszem wzrosła w roku 2009 o ponad 2%.



Wykres nr III.1. Koszty świadczeń udzielonych ubezpieczonym w poszczególnych oddziałach na 10 tys. ubezpieczonych w tys. zł.

Na wykresie powyżej przedstawiono koszty wszystkich świadczeń opieki zdrowotnej w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych, poniesionych przez oddział wojewódzki Funduszu na rzecz „swoich” ubezpieczonych oraz koszty świadczeń wykonanych na terenie danego oddziału (bez POZ). Różnica ww. kosztów obrazuje wielkość migracji ubezpieczonych poza województwo zamieszkania. Największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza województwa wystąpił w województwach mazowieckim i lubelskim.



Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym spoza oddziału.

### III.2.2. Monitorowanie realizacji świadczeń opieki zdrowotnej

#### III.2.2.1. Podstawowa opieka zdrowotna

W podstawowej opiece zdrowotnej przedmiotem zawierania umów są świadczenia udzielane świadczeniobiorcom w warunkach ambulatoryjnych, w warunkach domowych lub środowisku nauczania i wychowania. Świadczenia te ukierunkowane są na promocję zdrowia, profilaktykę, diagnostykę schorzeń, leczenie, zapobieganie lub ograniczanie niepełnosprawności oraz pielęgnację i usprawnienie pacjenta.

W ramach podstawowej opiece zdrowotnej wyróżnia się następujące zakresy świadczeń: świadczenia lekarza POZ, świadczenia pielęgniarki POZ, świadczenia położnej POZ, świadczenia pielęgniarki szkolnej, nocną i świąteczną opiekę lekarską i pielęgniarską, transport sanitarny w podstawowej opiece zdrowotnej.

Nazwa Oddziału	POZ 2008		POZ 2009		% realizacji	Dynamika planu 2008/2009
	plan (tys. zł)	realizacja (tys. zł)	plan (tys. zł)	realizacja (tys. zł)		
Dolnośląski	443 306,00	433 492,12	550 596,00	550 531,57	99,99%	124,20%
Kujawsko-Pomorski	327 705,00	326 271,20	405 438,00	405 103,74	99,92%	123,72%
Lubelski	346 929,00	346 212,42	403 835,00	435 420,68	107,82%	116,40%
Lubuski	155 739,00	154 672,75	195 627,00	195 423,74	99,90%	125,61%
Łódzki	395 227,00	386 637,37	497 929,00	497 486,51	99,91%	125,99%
Małopolski	487 845,00	487 596,84	615 210,00	615 062,41	99,98%	126,11%
Mazowiecki	808 109,00	805 560,84	986 908,00	986 560,53	99,96%	122,13%
Opolski	146 117,00	145 576,39	187 351,00	194 778,68	103,96%	128,22%
Podkarpacki	312 043,00	312 006,11	409 750,00	408 762,14	99,76%	131,31%
Podlaski	181 000,00	179 765,46	235 089,00	234 434,43	99,72%	129,88%
Pomorski	333 101,00	329 972,28	410 761,00	408 985,23	99,57%	123,31%
Śląski	700 096,00	699 930,37	922 987,00	917 923,92	99,45%	131,84%
Świętokrzyski	191 210,00	189 666,73	241 801,00	241 171,74	99,74%	126,46%
Warmińsko-Mazurski	225 532,00	222 697,84	278 399,00	278 148,33	99,91%	123,44%
Wielkopolski	562 914,00	549 508,01	680 500,00	680 402,75	99,99%	120,89%
Zachodniopomorski	284 511,00	264 334,75	337 196,00	335 773,80	99,58%	118,52%
<b>RAZEM:</b>	<b>5 901 384,00</b>	<b>5 833 901,48</b>	<b>7 359 377,00</b>	<b>7 385 970,20</b>	<b>100,36%</b>	<b>124,71%</b>

Tabela nr III.3. Wykonanie umów w podstawowej opiece zdrowotnej w latach 2008-2009 (dane DEF z realizacji planu finansowego).

W podstawowej opiece zdrowotnej obserwuje się znaczący wzrost środków na świadczenia. Dynamika wartości planu finansowego wskazuje 24% wzrost nakładów w tym rodzaju świadczeń. Wynika to z wprowadzenia współczynnika 3,0 korygującego stawkę kapitałową dla świadczeniobiorców leczonych z powodu cukrzycy lub chorób układu krążenia.

OW NFZ	Umowy w zakresie: świadczenia lekarza POZ			
	liczba zawartych umów	liczba miejsc udzielania świadczeń	liczba lekarzy udzielających świadczeń	liczba świadczeniobiorców objętych opieką na podstawie deklaracji wyboru
Dolnośląski	482	1 036	2 661	2 749 265
Kujawsko-Pomorski	303	507	1 849	2 043 772
Lubelski	419	698	1 688	2 131 326
Lubuski	189	302	613	979 477
Łódzki	431	767	1 329	2 480 732
Małopolski	456	456	2 678	3 154 372
Mazowiecki	650	989	4 125	4 950 072
Opolski	191	266	613	932 625
Podkarpacki	325	693	1 260	2 040 822
Podlaski	232	307	708	1 118 443
Pomorski	279	440	1 444	2 132 283
Śląski	709	1 097	4 390	4 441 208
Świętokrzyski	169	450	970	1 213 215
Warmińsko-Mazurski	288	394	865	1 407 458
Wielkopolski	596	776	1 972	3 327 292
Zachodniopomorski	293	293	1 060	1 665 188
<b>Razem OW NFZ</b>	<b>6 012</b>	<b>9 471</b>	<b>28 225</b>	<b>36 767 550</b>

Tabela nr III.4. Umowy w zakresie: świadczenia lekarza POZ. Źródło: sekcja POZ.

Z powyższych danych wynika, że ok. 1,18% ubezpieczonych nie wybrało lekarza POZ (w roku 2008 – 2,80%). W liczbie podopiecznych na listach aktywnych zawarta jest liczba 72.413 osób przebywających w Domach Pomocy Społecznej.

W roku 2009 lekarze podstawowej opieki zdrowotnej udzielili w sumie 137.653.630 porad, w tym 57.318.199 porad zostało udzielonych mężczyznom i 80.335.431 kobietom. Średnio na osobę ubezpieczoną przypadło 3,64 porady, dla mężczyzn wskaźnik ten wyniósł 3,14 a dla kobiet 4,12.

Z uwagi na obserwowany w badaniach epidemiologicznych wzrost liczby chorych na cukrzycę i przewlekłe choroby układu krążenia, które to schorzenia traktowane są, jako największe (oprócz chorób nowotworowych) zagrożenie cywilizacyjne i epidemiologiczne, w ramach realizacji świadczeń lekarza POZ wyodrębniono do zwiększonego finansowania populację świadczeniobiorców objętych opieką z racji leczenia cukrzycy i przewlekłych chorób układu krążenia. Jak wskazują dane z realizacji umów w zakresie lekarza POZ sprawozdane przez świadczeniodawców na ogólną liczbę porad udzielonych przez lekarzy POZ w 2009 roku, w związku z leczeniem cukrzycy udzielono 5.469.444 porad, a w związku z leczeniem chorób układu krążenia 32.298.209 porad z ogólnej liczby wszystkich porad.

Przyczyna porady wg trzyznakowego kodu ICD-10	liczba udzielonych porad	liczba świadczeniobiorców, którym udzielono porad	udział liczby porad w danej grupie rozpoznań ICD-10 do liczby porad ogółem
<b>(E08 - E14) Cukrzyca</b>	5 469 444	1 584 716	14,48%
<b>(I00 - I02) Ostra choroba reumatyczna</b>	10 808	9 263	0,03%
<b>(I05 - I09) Przewlekła choroba reumatyczna serca</b>	28 974	13 439	0,08%
<b>(I10 - I15) Choroby nadciśnieniowe</b>	22 515 413	6 317 998	59,62%
<b>(I20 - I25) Choroby niedokrwienne serca</b>	4 651 649	1 689 074	12,32%
<b>(I26 - I28) Zespół sercowo-płucny i choroby krążenia płucnego</b>	18 306	8 994	0,05%
<b>(I30 - I52) Inne choroby serca</b>	2 274 537	893 315	6,02%
<b>(I60 - I69) Choroby naczyń mózgowych</b>	563 693	247 054	1,49%
<b>(I70 - I79) Choroby tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych</b>	1 452 336	608 578	3,85%
<b>(I80 - I89) Choroby żył, naczyń limfatycznych i węzłów chłonnych, nie sklasyfikowane gdzie indziej</b>	745 327	468 601	1,97%
<b>(I95 - I99) Inne i nie określone zaburzenia układu krążenia</b>	37 166	26 398	0,10%
<b>Liczba porad ogółem udzielonych w związku z leczeniem w/w chorób</b>	<b>37 767 653</b>	<b>11 867 430</b>	<b>100,00%</b>

Tabela nr III.5. Wykaz przyczyn porad wg trzyznakowego kodu ICD-10. Źródło: sekcja POZ.

Nazwa badania	2008	2009	dynamika wzrostu [%]
poziom glikozylacji hemoglobiny (HbA1c)	-	154 690	-
glukoza	6 713 909	7 446 266	110,91%
test obciążenia glukozą	195 650	596 200	304,73%
cholesterol całkowity	4 082 172	4 729 047	115,85%
cholesterol-HDL	2 289 963	3 072 690	134,18%
cholesterol-LDL	1 984 738	2 650 441	133,54%
triglicerydy (TG)	2 834 014	3 596 297	126,90%
kinaza kreatynowa (CK)	64 135	100 902	157,33%
fosfataza kwasna całkowita (ACP)	11 676	20 673	177,06%
czynnik reumatoidalny (RF)	228 195	277 869	121,77%
hormon tyreotropowy (TSH)	1 715 596	2 173 650	126,70%
antygen HBS-AgHBS	174 503	340 954	195,39%
wskaźnik protrombinowy (INR)	1 819 884	2 352 455	129,26%
czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	260 755	322 839	123,81%
fibrynogen	69 123	90 882	131,48%
białko C-reaktywne (CRP)	663 227	985 162	148,54%
badanie elektrokardiograficzne (EKG) w spoczynku	3 957 741	4 255 495	107,52%
badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej	1 403 363	1 893 951	134,96%
<b>Razem dla wszystkich zrealizowanych badań</b>	<b>69 661 734</b>	<b>84 783 507</b>	<b>121,71%</b>

Tabela nr III.6. Realizacja wybranych badań diagnostycznych w podstawowej opiece zdrowotnej w porównaniu do lat 2008-2009. Źródło: sekcja POZ.

### III.2.2.2. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Przedmiotem umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna są: świadczenia w poradniach specjalistycznych, ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne oraz kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z chorobą przewlekłą. Jest to realizacja świadczeń w poszczególnych zakresach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej,

udzielanych świadczeniobiorcom przez świadczeniodawcę, finansowanych przez Fundusz. W ramach poradni specjalistycznych wykonywane są porady: recepturowa (2 punkty), kompleksowa (9 punktów), specjalistyczna (4 punkty), porada zabiegowo-diagnostyczna (wyceniona wg katalogu). Ambulatoryjne świadczenia kosztochłonne zawierają katalog badań, m.in. badania tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego, badania radiologiczne, badania endoskopowe, badania angiograficzne. Kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna to opieka nad pacjentem z cukrzycą oraz opieka specjalistyczna nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV).

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2008	liczba świadczeniodawców 2009
01	Dolnośląski	565	585
02	Kujawsko-Pomorski	344	348
03	Lubelski	277	288
04	Lubuski	174	178
05	Łódzki	310	425
06	Małopolski	441	466
07	Mazowiecki	516	550
08	Opolski	180	186
09	Podkarpacki	341	335
10	Podlaski	165	205
11	Pomorski	384	387
12	Śląski	1 027	1 025
13	Świętokrzyski	269	277
14	Warmińsko-Mazurski	358	362
15	Wielkopolski	723	781
16	Zachodniopomorski	272	278
<b>Razem</b>		<b>6 346</b>	<b>6 676</b>

Tabela nr III.7. Liczba świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.

W porównaniu do roku 2008 liczba świadczeniodawców wzrosła o 330 nowych podmiotów.

Nazwa Oddziału	wartość zakontraktowanych świadczeń w 2008 (tys. zł)	koszty realizacji w 2008 (tys. zł)	wartość zakontraktowanych świadczeń w 2009 (tys. zł)	koszty realizacji w 2009 (tys. zł)	liczba zapłaconych badań 2008	liczba zapłaconych badań 2009
Dolnośląski	43 354,41	36 429,86	51 854,19	50 820,15	157 225	179 928
Kujawsko-Pomorski	28 846,75	25 562,08	33 543,12	33 133,02	119 184	134 634
Lubelski	19 594,61	17 984,03	26 942,38	25 968,38	94 359	117 472
Lubuski	11 054,65	9 664,64	15 074,15	14 982,19	51 973	61 489
Łódzki	30 166,88	27 409,88	40 845,90	40 022,74	156 242	184 040
Małopolski	45 566,84	37 896,15	47 022,91	46 703,63	193 190	186 512
Mazowiecki	62 478,09	48 396,19	95 405,70	94 509,05	249 653	359 576
Opolski	15 306,05	13 944,53	22 081,46	21 249,64	58 890	76 560
Podkarpacki	18 500,75	16 508,91	25 380,38	25 327,16	86 384	106 890
Podlaski	15 036,50	12 878,37	18 400,83	18 060,99	59 569	75 037
Pomorski	34 227,49	30 463,35	49 505,95	49 213,95	166 695	199 831
Śląski	107 143,81	89 143,62	112 220,94	114 555,06	387 275	375 006
Świętokrzyski	10 683,26	9 382,48	15 138,53	15 028,07	47 421	57 285
Warmińsko-Mazurski	16 139,27	14 347,63	19 990,07	19 574,06	68 536	80 425
Wielkopolski	37 684,52	34 157,00	44 925,82	44 311,27	190 159	228 120
Zachodniopomorski	25 851,64	22 651,86	29 485,66	29 368,58	116 701	125 753
<b>Razem:</b>	<b>521 635,52</b>	<b>446 820,58</b>	<b>647 817,98</b>	<b>642 827,95</b>	<b>2 203 456</b>	<b>2 548 558</b>

Tabela nr III.8. Wartość i realizacja ambulatoryjnych badań kosztochłonnych.

W roku 2009 koszty realizacji zakontraktowanych świadczeń wzrosły o około 45%, ponadto wzrosła liczba wykonanych badań o 345.102 badania w stosunku do roku ubiegłego.

Nazwa Oddziału	liczba umów 2008	liczba umów 2009	wartość umów 2008 (tys. zł)	wartość umów 2009 (tys. zł)	wartość zapłaconych świadczeń 2008 (tys. zł)	wartość zapłaconych świadczeń 2009 (tys. zł)
Dolnośląski	6	9	1 486,88	1 077,43	291,87	1 029,84
Kujawsko-Pomorski	11	10	1 449,88	1 837,60	1 183,90	1 823,31
Lubelski	3	3	317,03	541,26	263,01	485,18
Lubuski	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Łódzki	4	4	1 253,54	1 515,63	968,23	1 466,91
Małopolski	3	3	491,28	439,52	239,96	415,82
Mazowiecki	11	9	4 364,54	3 903,42	1 859,35	3 749,78
Opolski	6	6	1 247,40	1 404,92	308,85	969,43
Podkarpacki	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Podlaski	1	3	324,00	1 279,04	328,73	1 278,78
Pomorski	3	3	98,15	624,64	98,15	624,64
Śląski	13	12	4 279,23	3 502,00	1 395,13	3 501,95
Świętokrzyski	0	1	0,00	497,07	0,00	497,07
Warmińsko-Mazurski	2	2	953,06	1 197,80	866,48	1 194,75
Wielkopolski	0	0	0,00	0,00	0,00	0,00
Zachodniopomorski	1	1	408,15	764,30	408,15	580,31
<b>Razem:</b>	<b>64</b>	<b>66</b>	<b>16 673,14</b>	<b>18 584,63</b>	<b>8 211,81</b>	<b>17 617,77</b>

Tabela nr III.9. Umowy i realizacja KAOS w 2009 roku.

Liczba umów w porównaniu do roku ubiegłego wzrosła o 2, a wartość zapłaconych świadczeń o 9.405,96 tys. zł .

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2008 (tys. zł)	Koszty realizacji świadczeń w 2008 (tys. zł)	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2009 (tys. zł)	Koszty realizacji świadczeń w 2009 (tys. zł)	% realizacji	Dynamika kontraktów 2008/2009
Dolnośląski	321 258,36	307 665,56	331 916,69	324 276,21	97,70%	103,32%
Kujawsko-Pomorski	212 051,37	217 233,01	217 649,36	216 098,27	99,29%	102,64%
Lubelski	193 550,64	197 741,70	216 299,45	208 119,06	96,22%	111,75%
Lubuski	88 578,37	89 422,32	98 561,16	98 238,04	99,67%	111,27%
Łódzki	234 524,95	230 405,92	247 063,38	242 730,83	98,25%	105,35%
Małopolski	334 969,52	330 938,99	335 213,43	327 597,05	97,73%	100,07%
Mazowiecki	592 114,26	543 656,56	665 330,77	655 804,07	98,57%	112,37%
Opolski	98 072,53	98 250,98	101 023,91	98 579,92	97,58%	103,01%
Podkarpacki	169 490,12	173 133,47	184 801,89	184 255,14	99,70%	109,03%
Podlaski	133 278,05	129 900,36	136 478,25	133 852,80	98,08%	102,40%
Pomorski	245 375,15	248 891,18	279 737,07	278 286,26	99,48%	114,00%
Śląski	605 835,04	577 752,87	617 362,04	609 029,30	98,65%	101,90%
Świętokrzyski	104 924,68	108 564,53	113 962,65	113 414,47	99,52%	108,61%
Warmińsko-Mazurski	143 140,55	144 424,38	149 743,15	149 129,63	99,59%	104,61%
Wielkopolski	379 254,96	374 651,22	382 026,35	380 028,71	99,48%	100,73%
Zachodniopomorski	168 060,45	167 763,05	177 406,26	175 554,70	98,96%	105,56%
<b>RAZEM:</b>	<b>4 024 478,98</b>	<b>3 940 396,10</b>	<b>4 254 575,81</b>	<b>4 194 994,44</b>	<b>98,60%</b>	<b>105,72%</b>

Tabela nr III.10. Wartość i wykonanie umów (bez programów profilaktycznych) w ambulatoryjnych świadczeniach specjalistycznych.

Wartość zawartych umów na ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne wzrosła o 5,72% w roku 2009 i wyniosła 4.254.575,81 tys. zł.



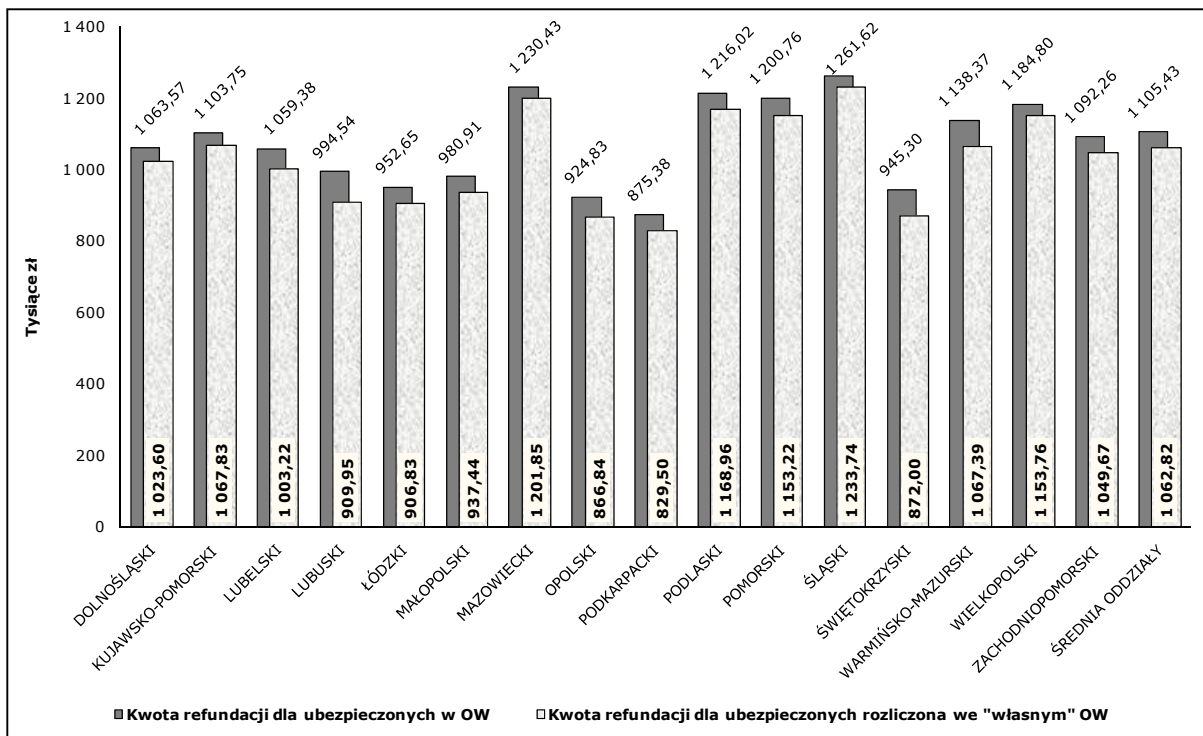
OW NFZ	porada specjalistyczna		porada recepturowa		porada kompleksowa		porada zabiegowo-diagnostyczna		średnia liczba porad przypadająca na 1 ubezp. 2008	średnia liczba porad przypadająca na 1 ubezp. 2009
	2008	2009	2008	2009	2008	2009	2008	2009		
Dolnośląski	3 742 644	3 776 348	23 491	68 433	1 316 659	1 417 778	414 292	463 489	1,96	2,03
Kujawsko-Pomorski	3 194 221	3 189 620	58 343	163 384	648 508	760 940	373 846	396 326	2,09	2,19
Lubelski	3 342 031	3 581 145	10 781	54 102	383 517	492 356	311 888	382 584	1,89	2,10
Lubuski	1 276 825	1 266 677	16 793	45 131	340 419	379 420	143 429	153 357	1,79	1,85
Łódzki	3 530 804	3 561 061	19 642	87 542	610 198	704 021	367 334	403 788	1,81	1,90
Małopolski	5 415 430	5 514 867	27 360	89 426	1 052 232	1 155 851	529 402	557 734	2,22	2,30
Mazowiecki	7 363 176	7 425 439	63 679	194 663	1 892 493	2 193 068	797 855	1 008 814	2,00	2,12
Opolski	1 422 374	1 400 194	19 344	49 943	310 168	307 649	154 585	149 780	2,02	2,02
Podkarpacki	3 434 060	3 580 221	21 095	65 293	354 893	392 971	275 545	313 315	1,99	2,11
Podlaski	2 071 603	2 107 861	26 555	79 665	235 412	379 800	235 412	246 877	2,29	2,42
Pomorski	2 990 567	3 137 157	38 240	95 858	417 570	1 036 327	417 570	468 630	2,00	2,16
Śląski	9 683 081	9 460 794	46 944	186 218	866 634	1 386 537	866 634	1 100 827	2,62	2,70
Świętokrzyski	1 864 901	1 887 813	19 854	63 889	169 173	403 336	169 173	202 350	1,87	2,02
Warmińsko-Mazurski	2 096 572	2 054 637	35 428	111 335	328 223	501 298	328 223	359 424	2,06	2,13
Wielkopolski	4 740 900	4 693 273	39 060	167 619	828 910	1 739 340	828 910	864 821	2,14	2,22
Zachodniopomorski	2 372 672	2 335 470	48 822	124 420	828 910	654 859	303 520	315 869	1,99	2,05
<b>Razem:</b>	<b>58 541 861</b>	<b>58 972 577</b>	<b>515 431</b>	<b>1 646 921</b>	<b>10 583 919</b>	<b>13 905 551</b>	<b>6 517 618</b>	<b>7 387 985</b>	<b>2,09</b>	<b>2,19</b>

Tabela nr III.11. Liczba porad wykonanych w roku 2009 oraz średnia liczba przypadająca na 1 ubezpieczonego w AOS.

Analiza liczby wykonanych porad wykazuje 3-krotny wzrost liczby porad recepturowych (porada obejmująca ordynację leków, której celem jest kontynuacja leczenia) w porównaniu do 2008 roku. W pozostałych typach porad również odnotowywany jest wzrost. Średnia liczba porad przypadająca na jednego ubezpieczonego wyniosła 2,19 (2,09 w 2008 roku).

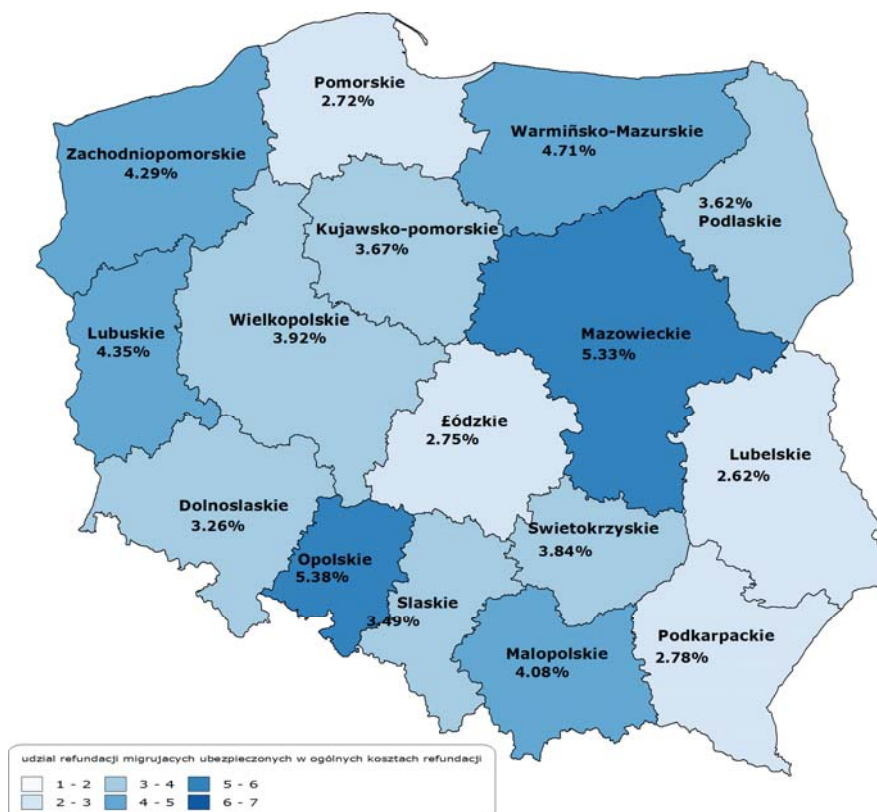
Nazwa Oddziału	Wartość zapłaconych świadczeń w 2009 r. ogółem na 10 tys. ubezpieczonych (tys. zł)	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	1 063,57	121,50%
Kujawsko-Pomorski	1 103,75	126,09%
Lubelski	1 059,38	121,02%
Lubuski	994,54	113,61%
Łódzki	952,65	108,83%
Małopolski	980,91	112,06%
Mazowiecki	1 230,43	140,56%
Opolski	924,83	105,65%
Podkarpacki	875,38	100,00%
Podlaski	1 216,02	138,91%
Pomorski	1 200,76	137,17%
Śląski	1 261,62	144,12%
Świętokrzyski	945,30	107,99%
Warmińsko-Mazurski	1 138,37	130,04%
Wielkopolski	1 184,80	135,35%
Zachodniopomorski	1 092,26	124,78%
<b>Średnia</b>	<b>1 105,43</b>	<b>126,28%</b>

Tabela nr III.12. Wartość zrealizowanych świadczeń w ambulatoryjnych świadczeniach specjalistycznych w 2009 roku w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w tys. zł.



Wykres nr III.2. Koszty świadczeń związane z migracją ubezpieczonych w rodzaju ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne na 10 tys. ubezpieczonych w tys. zł.

Wykres przedstawia koszty świadczeń, które poniesiono na rzecz ubezpieczonych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla ubezpieczonych rozliczone we „własnym” oddziale wojewódzkim Funduszu. Największy wskaźnik wykonania w AOS na 10 tys. mieszkańców w roku osiągnął Śląski OW NFZ (1.261,62 tys. zł). W skali całego kraju koszty te wyniosły odpowiednio 1.105,43tys. zł. W roku 2008 wskaźnik ten w skali całego kraju wyniósł 947 tys. zł.



Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym spoza oddziału [%].

Największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza województwa wystąpił w województwie opolskim. W tym rodzaju świadczeń migracja pacjentów jest dużo niższa niż w np. w leczeniu szpitalnym ponieważ dostępność na terenie „własnego” oddziału jest zadowalająca.

### **III.2.2.3. Lecznictwo szpitalne**

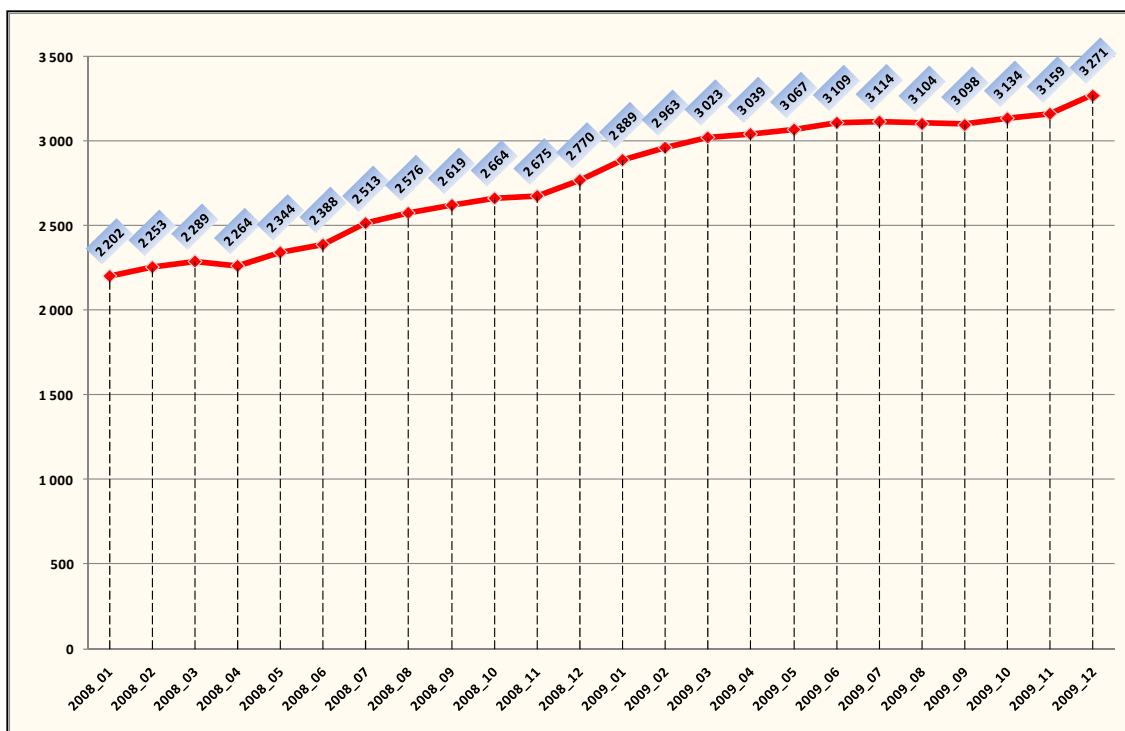
Rok 2009 w rodzaju leczenie szpitalne był rokiem stabilizacji, wprowadzonego od 1 lipca 2008 roku nowego systemu rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej. Wdrożenie systemu jednorodnych grup pacjentów (JGP) wiązało się z dość radykalną zmianą zasad finansowania świadczeń, które przede wszystkim wynikało z uzależnienia kwalifikacji świadczenia rozliczanego przez szpitale z Funduszem od zrealizowanych procedur medycznych i procesu postępowania diagnostyczno-leczniczego w określonych schorzeniach i problemach zdrowotnych, jak również często zmianą poziomu ich finansowania w stosunku do poprzedniego systemu rozliczania świadczeń, którego główną zasadą był wybór przez świadczeniodawcę produktu z katalogu, który najbliżej identyfikował zrealizowane świadczenie zdrowotne bez względu na sprawozdaną procedurę oraz postawioną diagnozę. Przedmiotowe zmiany spowodowały pewne trudności sprawozdawcze i przeświadczenie świadczeniodawców o niedoszacowaniu w systemie JGP, przeważnie oparte na wybranych, jednostkowych, kosztochłonnych przypadkach.

Przedstawiając dane za rok 2009 dla świadczeniodawców w rodzaju leczenie szpitalne należy wspomnieć o trzech czynnikach determinujących prezentowane wyniki dla tego okresu. Przede wszystkim, rok 2009 był rokiem spowolnienia gospodarczego, będącego następstwem recesji gospodarki światowej w wyniku tzw. „ogólnoświatowego kryzysu finansowego”. Efektem niższych niż planowane przychodów Funduszu ze składki zdrowotnej i niewiele wyższych niż w roku 2008 był koniec okresu corocznego, skokowego zwiększania nakładów finansowych na refundację świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w szczególności świadczeń szpitalnych.

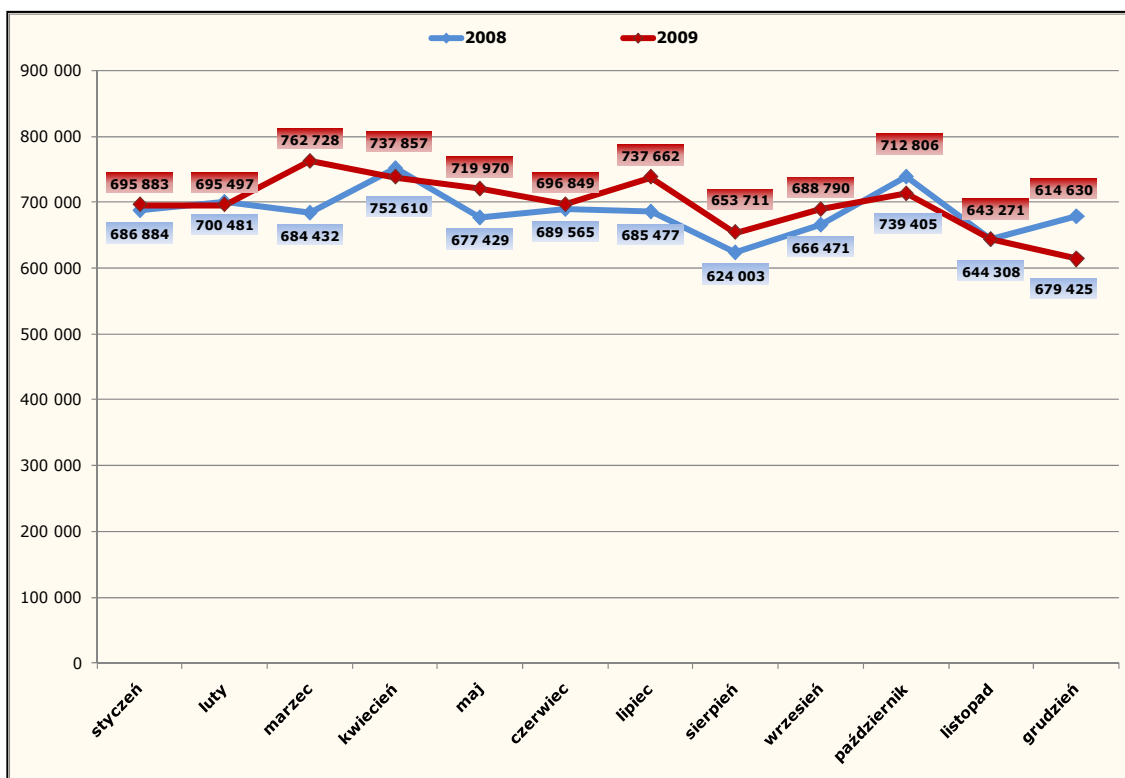
Kolejnym czynnikiem wpływającym na obraz prezentowanych wyników w 2009 r. było włączenie odrębnego strumienia finansowego, przekazywanego przez Fundusz świadczeniodawcom na finansowanie wzrostu wynagrodzeń na podstawie ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń (Dz. U. Nr 149, poz. 1076 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 430) do puli środków przeznaczonych na ochronę zdrowia.

Dodatkowo w dniu 22 grudnia 2008 r. pomiędzy Prezesem Funduszu, Ministrem Zdrowia, a dyrektorami szpitali zawarte zostały porozumienia, które gwarantowały w 2009 r. finansowanie świadczeń na poziomie nie niższym niż w II półroczu 2008 r.

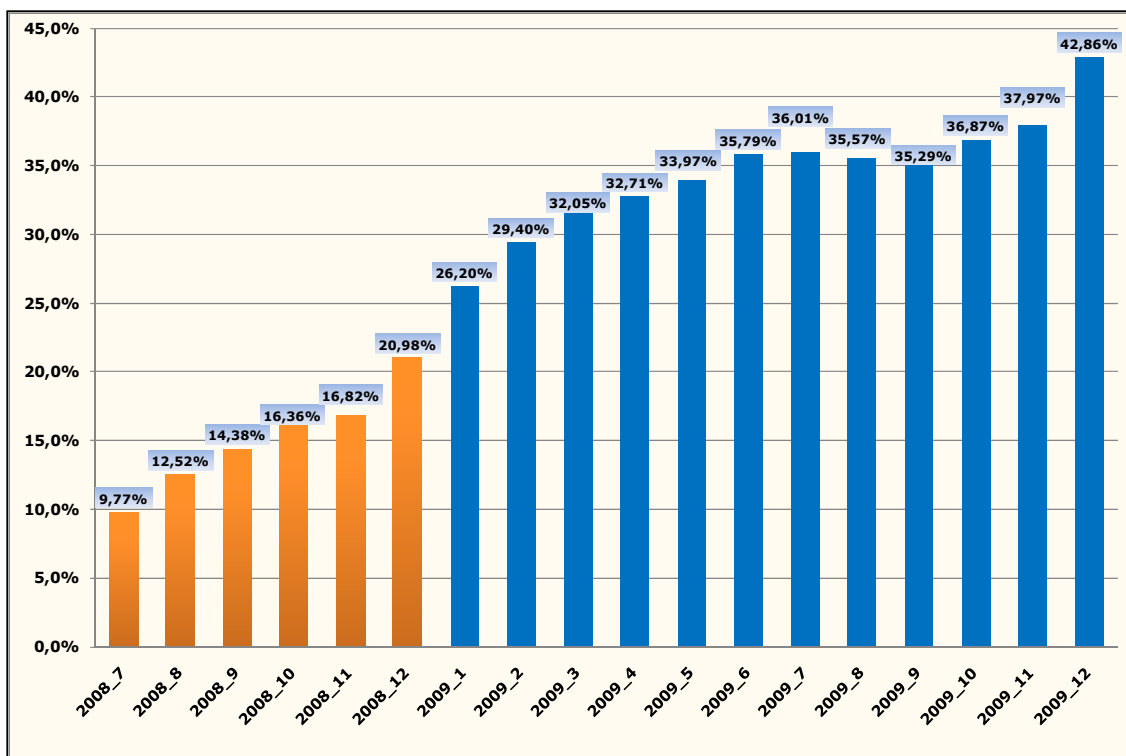
Poniżej podano wyliczenia przedstawiające najważniejsze wskaźniki w rodzaju leczenie szpitalne. Jako główną miarę obrazującą poziom finansowania świadczeń, przyjęto średnią wartość hospitalizacji (przeciętną hospitalizację). Jest ona ilorazem wartości zrealizowanych świadczeń (wyłącznie wartość świadczeń bez „kwotę podwyżkową”) oraz liczby hospitalizacji.



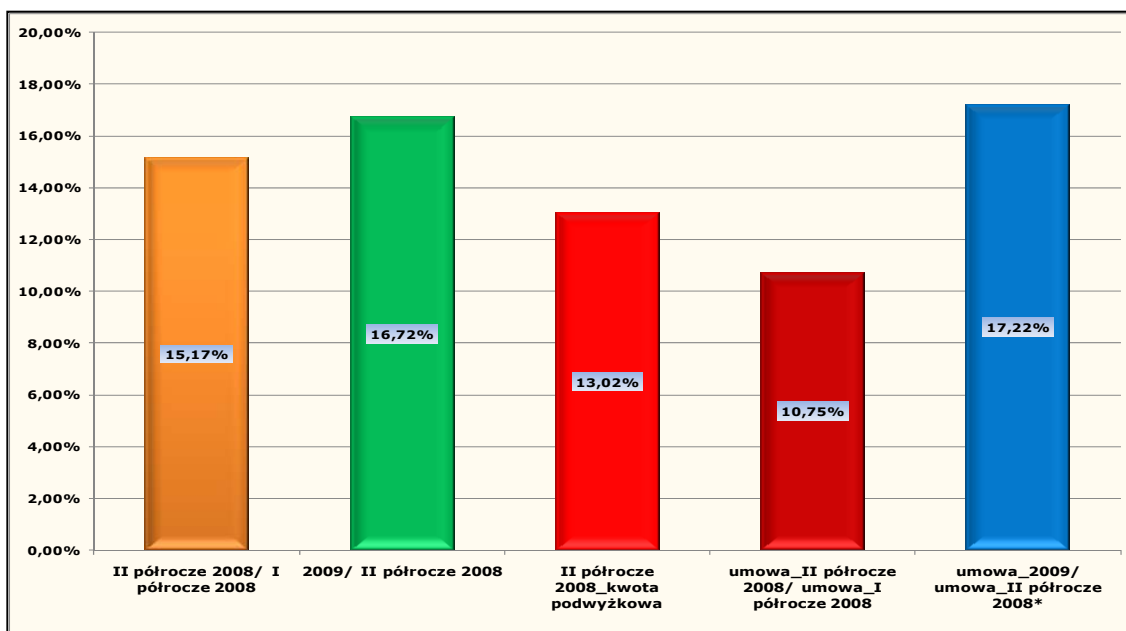
Wykres nr III.3. Średniej wartości hospitalizacji ( w zł) w okresie I 2008 r. – XII 2009 r.



Wykres nr III.4. Liczba hospitalizacji w okresie I 2008 r. – XII 2009 r.



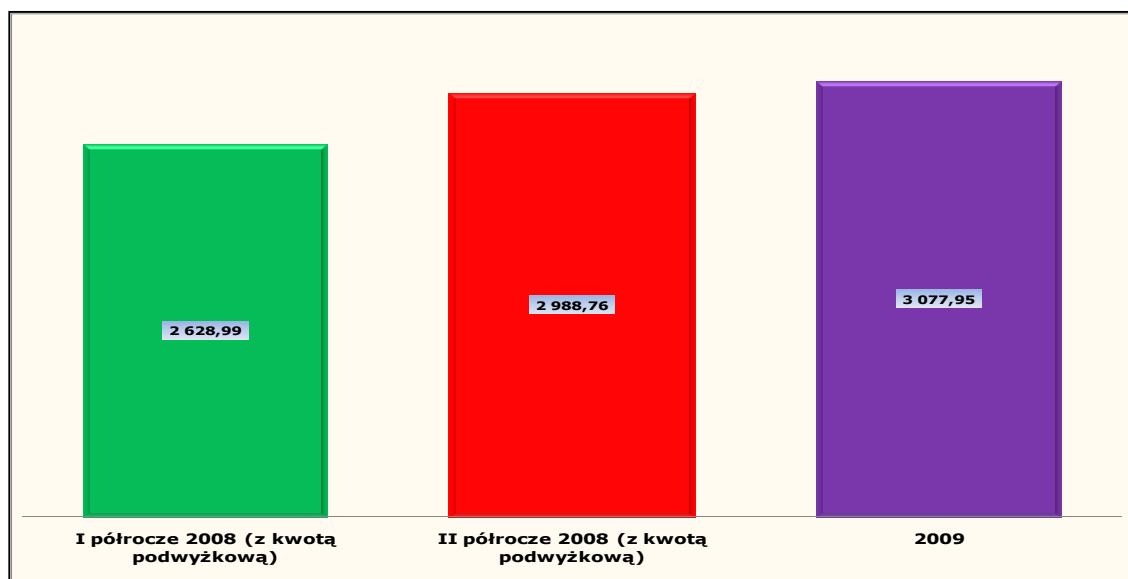
Wykres nr III.5. Średnia wartość hospitalizacji w poszczególnych miesiącach, począwszy od VII 2008 r. do XII 2009 roku w stosunku do średniej wartości hospitalizacji z I półrocza 2008 r. [%]



Wykres nr III.6. Podstawowe wskaźniki, które obrazują zmiany w poziomie finansowania świadczeń w ostatnich dwóch latach [%]

Powyższy wykres prezentuje podstawowe wskaźniki, które obrazują zmiany w poziomie finansowania świadczeń w ostatnich dwóch latach. Zmiana średniej wartości hospitalizacji II półrocza 2008 r. w stosunku do I półrocza 2008 r., następnie średnia wartość hospitalizacji 2009 r. w stosunku do II półrocza 2008 r., stosunek „kwoty podwyżkowej” w II półroczu 2008 r. (strumienia finansowego, przekazywanego przez Fundusz świadczeniodawcom na finansowanie wzrostu wynagrodzeń na podstawie ustawy z dnia 22 lipca 2006 r. o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń do wartości umów na świadczenia opieki zdrowotnej. Kolejny wskaźnik to zmiana wartości umów na świadczenia opieki zdrowotnej

II półrocza 2008 r. w stosunku do I półrocza 2008 r. oraz umowy w roku 2009 w stosunku do II półrocza 2008 r., przeliczonego w stosunku rocznym.



Wykres nr III.7. Poziom średniej wartości hospitalizacji (w zł).

Wykres obrazuje poziom średniej wartości hospitalizacji, jednakże dla okresu I i II półrocza 2008 r. do wartości zrealizowanych świadczeń doliczono wartość „kwoty podwyżkowej”, która w 2009 roku została wliczona w wartość świadczeń. Wykres ten w sposób jednoznaczny pokazuje, że świadczeniodawcy nie stracili na likwidacji przekazywania „kwoty podwyżkowej” odrębnym strumieniem, ale nawet zyskali na zmianie ceny jednostkowej z 48 zł do 51 zł oraz zmianie wartości punktowej świadczeń i również w jednoznaczny sposób potwierdza wywiązanie się Funduszu z przedmiotowych porozumień z dnia 22 grudnia 2008 r.

W roku 2009 przejęto do finansowania szereg procedur wysokospecjalistycznych finansowanych dotychczas z budżetu państwa za pośrednictwem Ministerstwa Zdrowia:

- od dnia 1 kwietnia 2009 roku: przeszczepienie rogówki, radioterapia przy zastosowaniu specjalnej techniki naświetlania (stereotaktyczna, konformalna, niekoplanarna), brachyterapia ze stereotaksją mózgową, diagnostyczne cewnikowanie serca, biopsja mięśnia sercowego u dzieci do lat 18,
- od dnia 1 lipca 2009 roku: przeszczepienie nerki, przeszczepienie trzustki, przeszczepienie nerki i trzustki, przeszczepienie autologicznego szpiku, przeszczepienie allogenicznego szpiku od rodzeństwa identycznego w hła, przeszczepienie allogenicznego szpiku od dawcy alternatywnego.

Z uwagi na fakt, że przekazanie do finansowania procedur wysokospecjalistycznych nie wiązało się z przekazaniem dodatkowych środków na ten cel, Fundusz poniósł na ten cel dodatkowe nakłady w wysokości blisko 180 mln zł.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2008	liczba świadczeniodawców 2009
01	Dolnośląski	74	79
02	Kujawsko-Pomorski	52	62
03	Lubelski	51	56
04	Lubuski	29	31
05	Łódzki	66	75
06	Małopolski	71	76
07	Mazowiecki	111	118
08	Opolski	28	34
09	Podkarpacki	43	55
10	Podlaski	30	35
11	Pomorski	44	52
12	Śląski	201	225
13	Świętokrzyski	30	33
14	Warmińsko-Mazurski	47	51
15	Wielkopolski	90	98
16	Zachodniopomorski	43	41
<b>Razem</b>		<b>1 010</b>	<b>1 121</b>

Tabela nr III.13. Liczba świadczeniodawców w leczeniu szpitalnym.

Liczba świadczeniodawców posiadających umowy w rodzaju leczenie szpitalne wzrosła o 111.

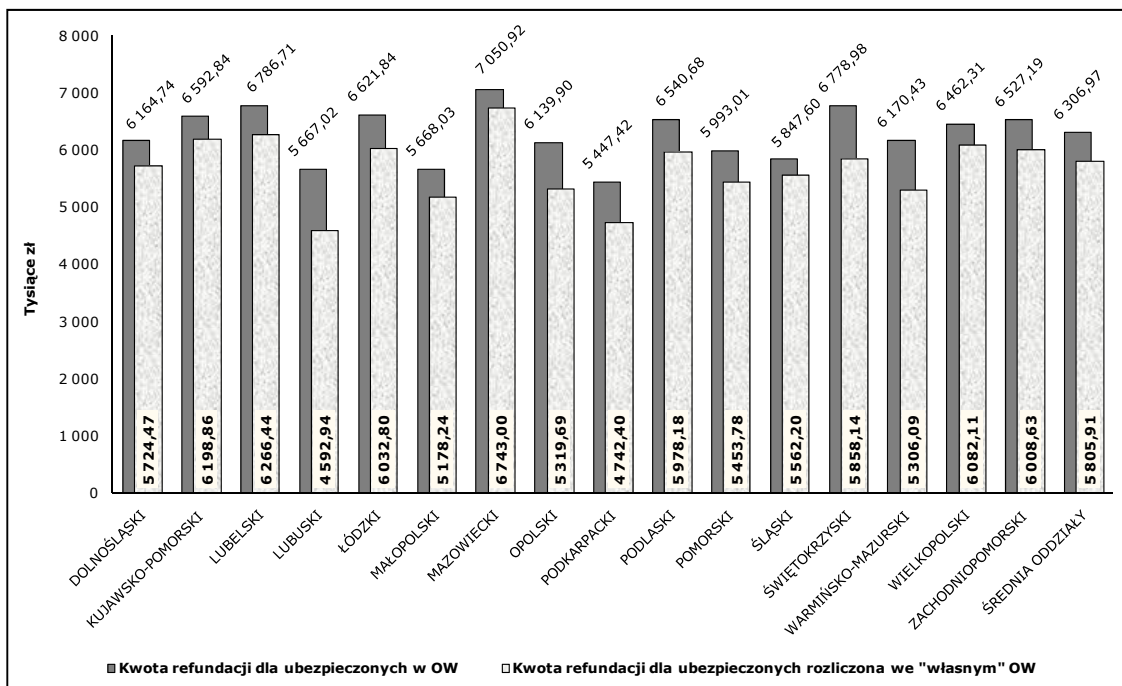
Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2008 (tys. zł)	Koszty realizacji świadczeń w 2008 (tys. zł)	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2009 (tys. zł)	Koszty realizacji świadczeń w 2009 (tys. zł)	% realizacji	Dynamika kontraktów 2008/2009
Dolnośląski	1 639 152,73	1 395 190,24	1 789 196,21	1 788 570,59	99,97%	109,15%
Kujawsko-Pomorski	1 204 623,10	1 048 897,70	1 296 627,31	1 288 506,68	99,37%	107,64%
Lubelski	1 243 999,32	1 065 978,63	1 295 352,79	1 277 580,02	98,63%	104,13%
Lubuski	529 238,67	471 314,18	531 888,12	530 679,60	99,77%	100,50%
Łódzki	1 486 138,57	1 312 642,20	1 619 721,11	1 618 410,30	99,92%	108,99%
Małopolski	1 834 612,82	1 570 099,06	1 879 421,34	1 876 106,37	99,82%	102,44%
Mazowiecki	3 568 125,84	2 994 256,10	3 894 757,81	3 643 097,33	93,54%	109,15%
Opolski	546 429,47	479 728,50	555 543,05	554 817,75	99,87%	101,67%
Podkarpacki	1 022 697,86	902 276,65	1 057 084,22	1 056 969,61	99,99%	103,36%
Podlaski	675 390,56	590 216,72	686 196,61	702 070,19	102,31%	101,60%
Pomorski	1 158 138,28	1 006 065,97	1 345 017,17	1 340 868,33	99,69%	116,14%
Śląski	2 964 255,85	2 561 864,48	2 914 891,05	2 911 548,09	99,89%	98,33%
Świętokrzyski	728 127,63	638 931,26	714 478,01	712 672,71	99,75%	98,13%
Warmińsko-Mazurski	692 881,75	630 035,04	764 046,08	763 310,64	99,90%	110,27%
Wielkopolski	1 999 339,23	1 726 968,87	2 076 906,28	2 073 717,49	99,85%	103,88%
Zachodniopomorski	959 969,32	854 406,06	1 033 180,21	1 054 916,90	102,10%	107,63%
<b>RAZEM:</b>	<b>22 253 121,02</b>	<b>19 248 871,66</b>	<b>23 454 307,37</b>	<b>23 193 842,60</b>	<b>98,89%</b>	<b>105,40%</b>

Tabela nr III.14. Wartość i realizacja umów w leczeniu szpitalnym (nie zawiera umów i realizacji w chemioterapii i programach terapeutycznych).

W leczeniu szpitalnym nastąpił wzrost wartości zawartych umów o 5,40%. Wartość zawartych umów wyniosła (bez programów terapeutycznych i chemioterapii) 23.454.307,40 tys. zł.

Nazwa Oddziału	Wartość zapłaconych świadczeń w 2009 r. ogółem na 10 tys. ubezpieczonych (tys. zł)	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	6 164,74	113,17%
Kujawsko-Pomorski	6 592,84	121,03%
Lubelski	6 786,71	124,59%
Lubuski	5 667,02	104,03%
Łódzki	6 621,84	121,56%
Małopolski	5 668,03	104,05%
Mazowiecki	7 050,92	129,44%
Opolski	6 139,90	112,71%
Podkarpacki	5 447,42	100,00%
Podlaski	6 540,68	120,07%
Pomorski	5 993,01	110,02%
Śląski	5 847,60	107,35%
Świętokrzyski	6 778,98	124,44%
Warmińsko-Mazurski	6 170,43	113,27%
Wielkopolski	6 462,31	118,63%
Zachodniopomorski	6 527,19	119,82%
<b>Średnia</b>	<b>6 306,97</b>	<b>115,78%</b>

**Tabela nr III.15.** Wartość zrealizowanych świadczeń w leczeniu szpitalnym w 2009 roku w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w tys. zł.

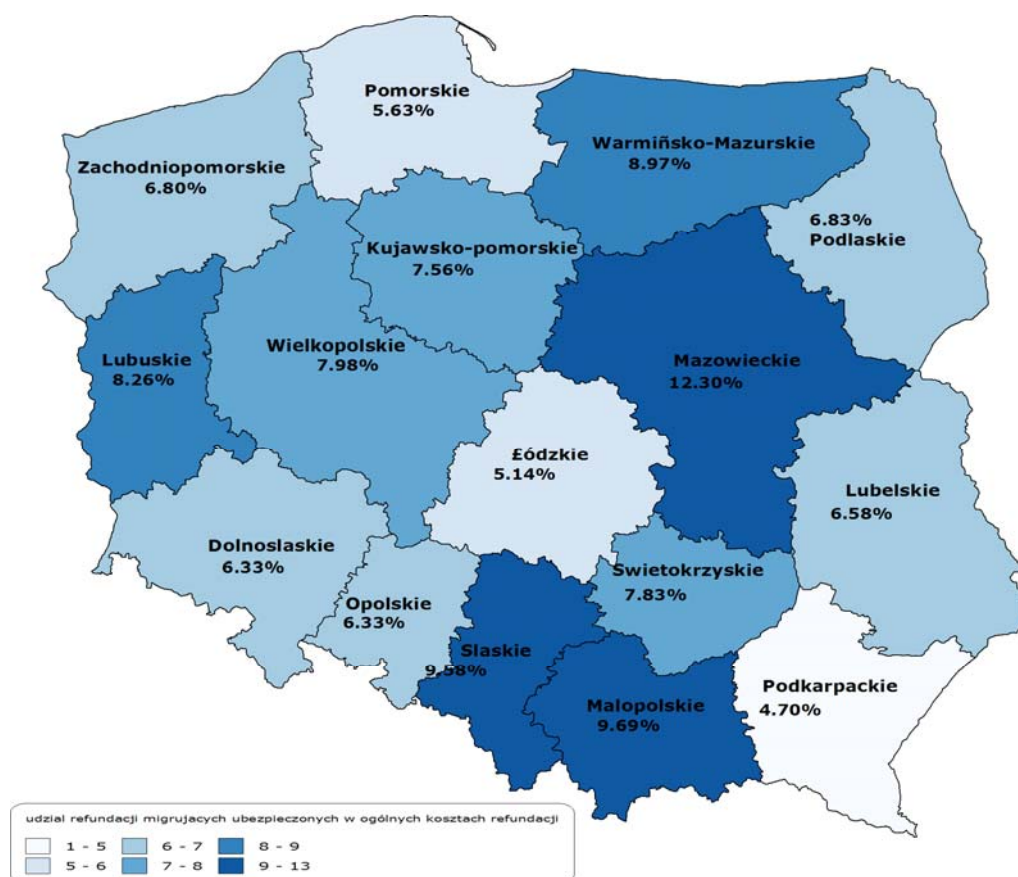


**Wykres nr III.8.** Koszty świadczeń związane z migracją ubezpieczonych w rodzaju leczenie szpitalne na 10 tys. ubezpieczonych w tys. zł.

Na wykresie przedstawiono koszty świadczeń, które poniesiono na rzecz ubezpieczonych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla ubezpieczonych rozliczone we „własnym” oddziale wojewódzkim Funduszu.

Największy wskaźnik wykonania w leczeniu szpitalnym na 10 tys. mieszkańców w roku poniósł Mazowiecki OW NFZ (7.050,92 tys. zł). W skali całego kraju koszty te wyniosły odpowiednio 6.306,97 tys. zł.





Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym spoza oddziału.

Największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza województwa wystąpił w województwie mazowieckim, małopolskim i śląskim (odpowiednio 12,30%, 9,69% i 9,58%), ze względu na fakt usytuowania wielu ośrodków wysokospecjalistycznych.

### III.2.2.3.1. Chemioterapia

Chemioterapia jest zakresem finansowanym w ramach rodzaju leczenie szpitalne. W poniższych punktach przedstawiono najważniejsze zmiany, wprowadzone w 2009 roku zarządzeniami Prezesa NFZ Nr 18/2009/DGL z dnia 12 marca 2009 r. oraz Nr 40/2009/DGL z dnia 11 września 2009 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia:

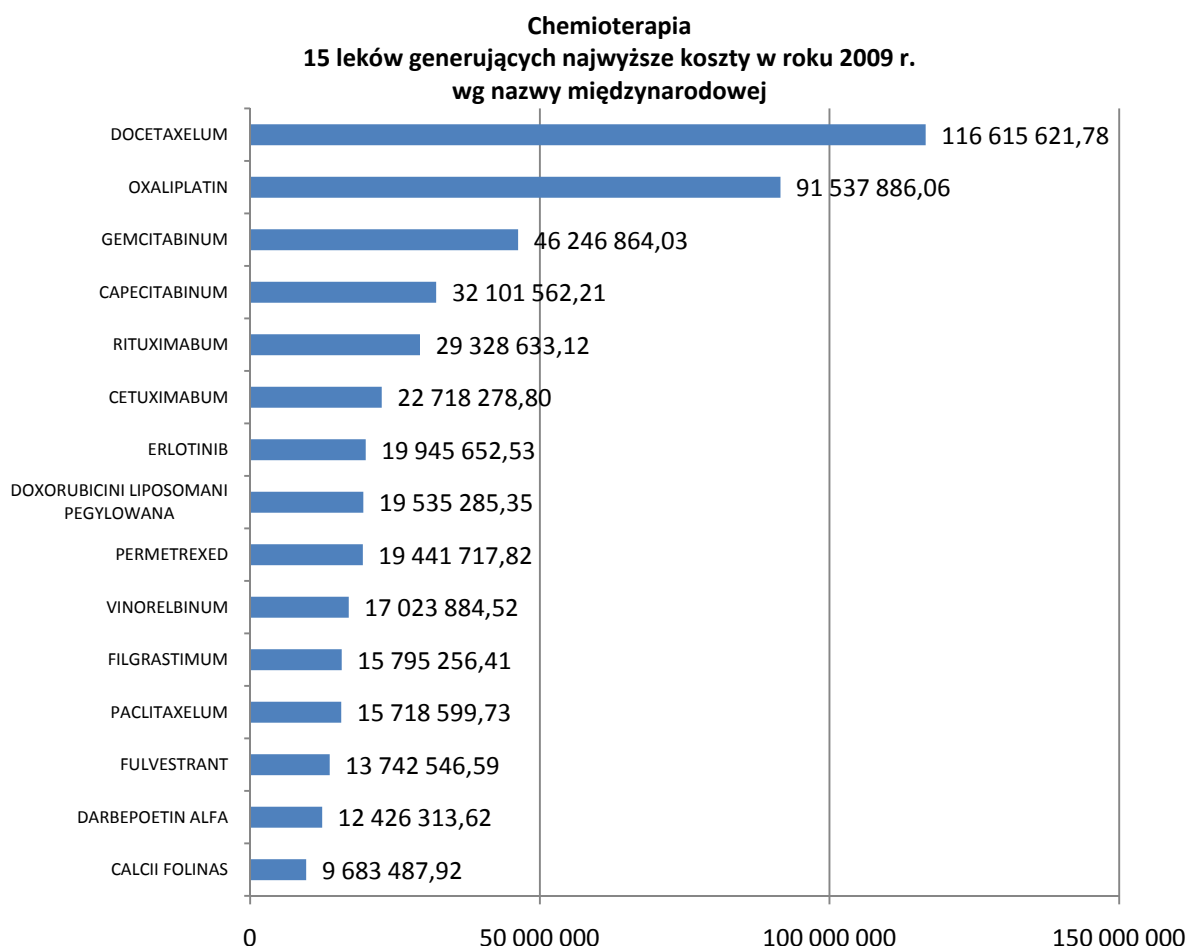
- zwiększono wycenę punktową świadczeń podstawowych-leczenie szpitalne chemioterapia;
- w katalogu substancji czynnych stosowanych w chemioterapii we współpracy z zespołem konsultantów krajowych uaktualniono dawki maksymalne określone oraz dopisano do substancji czynnych stosowanych w chemioterapii kody i nazwy rozpoznań wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 zgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi;
- wprowadzono zmianę wyceny punktowej niektórych substancji czynnych stosowanych w chemioterapii nowotworów oraz terapii wspomagającej. Analiza wyceny ww. substancji czynnych przeprowadzona (dane z faktur przekazane przez oddziały wojewódzkie Funduszu, ceny katalogowe uzyskane od hurtowni farmaceutycznych, informacje od producentów leków) dla substancji czynnych;
- uaktualniono wytyczne stosowania świadczenia „chemioterapia niestandardowa” oraz wprowadzono aplikację internetową służącą do składania wniosków na chemioterapię niestandardową;

- przeniesiono finansowanie substancji czynnej irinotecan do katalogu substancji czynnych stosowanych w chemioterapii oraz dopisano kody rozpoznawcze wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10, które dotąd znajdowały się w programie terapeutycznym. Wstrzymano rekrutację do programu leczenia raka jelita grubego zapewniając pacjentom wcześniej leczonym w programie kontynuację do czasu progresji choroby;
- zmieniono status wyceny dla substancji czynnej mitoxantronum z wyceny punktowej na import docelowy (imop.doc);
- dodano nową postać farmaceutyczną dla substancji czynnej bleomycin sulphate obecnej już w katalogu substancji czynnych stosowanych w chemioterapii. Zmiana ta wynikała z wymogów procesu harmonizacji produktu leczniczego nałożonego na podmiot odpowiedzialny przez URPL oraz dostawania do wymogów prawa europejskiego.

OW NFZ rozliczający	2008 wartość świadczeń w [tys. zł]		2009 wartość świadczeń w [tys. zł]		Dynamika zmian 2009/2008	
	Kontrakty	Wykonanych	Kontrakty	Wykonanych	Kontrakty	Wykonanych
1	2	3	4	5	$6=(4-2)/2$	$7=(5-3)/3$
Dolnośląski	62 829	52 281	102 076	106 034	62,47%	102,81%
Kujawsko-Pomorski	45 948	47 755	77 573	77 257	68,83%	61,78%
Lubelski	42 304	49 300	74 785	87 737	76,78%	77,96%
Lubuski	11 400	11 397	28 244	28 223	147,75%	147,65%
Łódzki	51 776	46 391	81 201	78 313	56,83%	68,81%
Małopolski	58 226	49 551	90 261	89 876	55,02%	81,38%
Mazowiecki	159 680	132 104	261 022	261 751	63,47%	98,14%
Opolski	14 678	13 703	25 151	26 815	71,35%	95,69%
Podkarpacki	31 931	31 605	52 713	54 258	65,08%	71,68%
Podlaski	30 577	29 621	51 055	55 115	66,97%	86,06%
Pomorski	44 946	35 074	71 399	71 329	58,86%	103,37%
Śląski	84 647	80 104	155 482	161 714	83,68%	101,88%
Świętokrzyski	20 520	20 298	40 318	46 504	96,48%	129,10%
Warmińsko-Mazurski	29 208	28 966	40 769	51 644	39,58%	78,29%
Wielkopolski	54 479	45 434	87 697	112 990	60,97%	148,69%
Zachodniopomorski	19 878	19 926	51 221	51 818	157,67%	160,05%
Suma	763 027	693 512	1 290 967	1 361 380	69,19%	96,30%

**Tabela nr III.16.** Chemioterapia - wartość zawartych kontraktów i ich wykonania w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu – porównanie roku 2008 i 2009 (dynamika zmian).

W chemioterapii najwyższy koszt stanowiły nakłady na leczenie onkologiczne z użyciem substancji czynnej docetaxelum, oxaliplatinum oraz gemcitabinum, przede wszystkim ze względu na różnorodność wskazań w charakterystykach produktów leczniczych tych produktów, jak również z uwagi na fakt występowania tych substancji czynnych w wielu schematach terapeutycznych.



**Wykres nr III.9.** Chemioterapia – 15 leków generujących najwyższe koszty w 2009 roku.

### **III.2.2.3.1.1. Zgody indywidualne na chemioterapię niestandardową**

Procedura „chemioterapia niestandardowa”, została wprowadzona w celu udostępnienia pacjentom leków, stosowanych w innych schematach niż standardowo dopuszczone politerapie. Obecnie procedura chemioterapii niestandardowej stosowana jest głównie w celu sfinansowania niezwykle kosztownych, innowacyjnych technologii lekowych, często o nieudokumentowanej efektywności klinicznej.

W strukturze wydatków Funduszu na leki, w ramach chemioterapii niestandardowej, obserwowana dynamika zmian (zwyżka) sugeruje zwiększenie w ramach chemioterapii niestandardowej, realizacji zgód obejmujących wysokokosztowe terapie.

W świetle przedstawionych danych, podkreślenia wymaga fakt, że corocznie kwoty na leczenie onkologiczne systematycznie rosną. Warto zauważyć, że w stosunku do 2006 r. znacząco spadła liczba składanych wniosków, a jednocześnie rośnie ogólna kwota wydatków na chemioterapię niestandardową, co oznacza, że wnioski wpływające do Funduszu dotyczą bardzo kosztownych terapii.

Lp.	Substancja czynna	Nazwa handlowa	Liczba wniosków	Liczba wydanych zgód	Wartość zgód
1	Bevacizumab	AVASTIN	896	815	25 929 442,90
2	Sunitinib	SUTENT	988	866	24 122 662,03
3	Sorafenib	NEXAVAR	887	739	17 371 568,09
4	Temozolomid	TEMODAL	631	569	13 256 151,24
5	Lenalidomid	REVLIMID	206	170	6 801 478,24
6	Lapatinib	TYVERB	486	455	6 073 272,58
7	Imatinib	GLIVEC	298	269	6 025 764,38
8	Panitumumab	VECTIBIX	169	147	3 433 153,08
9	Rituximab	MABTHERA	109	83	2 907 345,36
10	Alemtuzumab	MABCAMPATH	60	54	2 653 461,88
Reszta			2 617	2 278	27 234 321,17
Suma chemioterapia niestandardowa			7 347	6 445	135 808 620,96

**Tabela nr III.17.** Chemioterapia niestandardowa 2009 – 10 substancji generujących najwyższy koszt w chemioterapii niestandardowej.

Rok	chemioterapia - wykonanie	Chemioterapia niestandardowa			%udział chemioterapii niestandardowej w kwocie umowy na chemioterapię
		Łączna liczba złożonych wniosków	Łączna liczba wydanych zgód	Sumaryczna wartość zgód wydanych na chemioterapię niestandardową	
Oddziały wojewódzkie razem					
2006	221 530 668	11 105	10 015	79 434 662 zł	36%
2007	507 183 190	7 790	6 641	107 923 017 zł	21%
2008	693 511 580	7 111	6 261	125 978 885 zł	18%
2009	1 361 379 632	7 347	6 445	135 808 621 zł	10%
% wzrost nakładów w 2007 r. względem 2006 r.			129%		
% wzrost nakładów w 2008 r. względem 2007 r.			37%		
% wzrost nakładów w 2009 r. względem 2008 r.			96%		

**Tabela nr III.18.** Wartość zgód na chemioterapię niestandardową względem wykonanych świadczeń związanych z chemioterapią w latach 2006-2009.

### III.2.2.3.2. Programy terapeutyczne

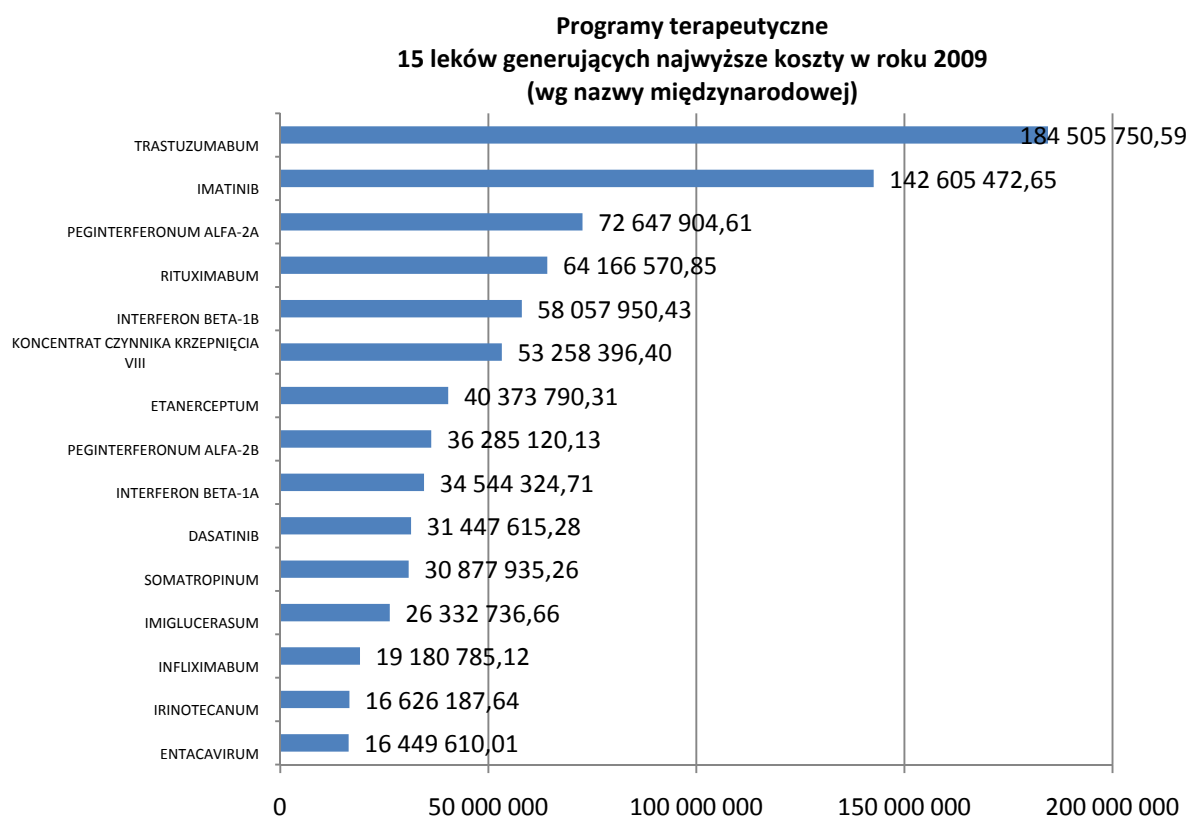
W ramach finansowania leczenia szpitalnego finansowane są programy terapeutyczne (lekowe). W 2009 roku Fundusz finansował 35 programów terapeutycznych (lekowych) oraz 3 kwalifikacje do programów w tym ośmiu programów onkologicznych i dwudziestu siedmiu programów nieonkologicznych. Najważniejsze zmiany, które zostały wprowadzone w 2009 roku w zakresie programów terapeutycznych:

- zwiększono wycenę punktową świadczeń realizowanych w ramach terapeutycznych programów zdrowotnych oraz wprowadzono zmianę wyceny punktowej niektórych substancji czynnych stosowanych w terapeutycznych programach zdrowotnych. Analiza wyceny ww. substancji czynnych przeprowadzona została w oparciu o dostępne dane (dane z faktur przekazane przez oddziały wojewódzkie Funduszu, ceny katalogowe uzyskane od hurtowni farmaceutycznych, informacje od producentów leków) dla substancji czynnych;
- wykaz terapeutycznych programów zdrowotnych poszerzono o dziewięć nowych programów oraz poszerzono katalog substancji czynnych o nowe substancje, co wynikało z wprowadzenia dziewięciu nowych terapeutycznych programów zdrowotnych:
  - o leczenie przewlekłych zakażeń płuc u pacjentów z mukowiscydozą (tobramycinum);
  - o leczenie choroby Pompego ( alglucosidase alfa);
  - o leczenie mukopolisacharydozy typu II (zespół Huntera) (idursulfase);
  - o leczenie mukopolisacharydozy typu IV (zespół Maroteaux-Lamy) (galsulfase);
  - o leczenia niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem IGF1 (mecaserminum);
  - o leczenie raka nerki (sunitynib);
  - o leczenie RZS i MIZS lekami modyfikującymi o dużej i umiarkowanej aktywności choroby w warunkach ambulatoryjnych, (methotrexatum subcutaneum);
  - o leczenie inhibitorami TNF chorych z ciężką, aktywną postacią ZZSK (infliximabum lub etanerceptum lub adalimumab);
  - o leczenie ostrych porfirii wątrobowych (AIP, VP, HC, ALADP) – (hemina ludzka).
- zamknięto program „Leczenia raka jelita grubego”, a finansowanie substancji czynnych (irinotekantum, calcii folinas, fluorouracilum) zostało przeniesione do katalogu substancji czynnych stosowanych w terapii nowotworów.
- wprowadzono nowe substancje czynne w programach terapeutycznych:
  - o nilotynib – „Leczenia przewlekłej białaczki szpikowej”.
  - o sunitynib – „Leczenia nowotworów podścieliska przewodu pokarmowego (GIST)”.
  - o treprostinil – „Leczenie tętniczego nadciśnienia płucnego”.
  - o methotrexatum subcutaneum – „Leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym”
- w katalogu ryczałów za diagnostykę wprowadzono wyceny ryczałów za diagnostykę w nowych programach terapeutycznych oraz usunięto diagnostykę w programie leczenia jelita grubego, ze względu na przeniesienie finansowania do katalogu substancji czynnych stosowanych w terapii nowotworów.

OW NFZ rozliczający	2008 wartość świadczeń w [tys. zł]		2009 wartość świadczeń w [tys. zł]		Dynamika zmian 2009/2008	
	Plan	Wykonanych	Plan	Wykonanych	Plan	Wykonanych
1	2	3	4	5	$6=(4-2)/2$	$7=(5-3)/3$
Dolnośląski	79 916	57 968,44	90 023	83 436,84	12,65%	43,93%
Kujawsko-Pomorski	59 000	55 468,45	62 147	57 754,12	5,33%	4,12%
Lubelski	50 565	47 318,42	61 320	56 383,35	21,27%	19,16%
Lubuski	18 625	15 264,07	27 004	20 935,47	44,99%	37,16%
Łódzki	73 279	63 511,85	72 249	66 643,57	-1,41%	4,93%
Małopolski	84 300	82 971,04	111 412	104 797,10	32,16%	26,31%
Mazowiecki	353 980	149 387,32	226 075	229 743,66	-36,13%	53,79%
Opolski	20 000	19 999,70	33 500	24 534,45	67,50%	22,67%
Podkarpacki	42 471	40 609,45	56 366	42 724,48	32,72%	5,21%
Podlaski	28 000	25 215,16	34 000	33 244,05	21,43%	31,84%
Pomorski	50 166	42 247,33	59 866	51 859,83	19,34%	22,75%
Śląski	120 000	96 853,09	132 100	119 589,50	10,08%	23,48%
Świętokrzyski	28 000	27 651,18	36 400	35 016,49	30,00%	26,64%
Warmińsko-Mazurski	29 200	27 622,06	34 623	27 693,52	18,57%	0,26%
Wielkopolski	82 500	79 037,50	100 500	94 904,63	21,82%	20,08%
Zachodniopomorski	46 639	36 196,32	47 210	42 587,53	1,22%	17,66%
Suma	1 166 641	867 321	1 184 795	1 091 849	1,56%	25,89%

**Tabela nr III.19.** Terapeutyczne Programy Zdrowotne - Porównanie wartości planu i wykonania świadczeń w roku 2008 i 2009 w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu.

W ramach programów terapeutycznych największy koszt stanowiły nakłady na leczenie z użyciem dwóch innowacyjnych substancji czynnych trastuzumabu (leczenie raka piersi) oraz imatinibu (przewlekła białaczka szpikowa i GIST).



Wykres nr III.10. Programy terapeutyczne - 15 leków generujących najwyższe koszty w 2009 roku.

#### III.2.2.4. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Świadczenia w tym rodzaju realizowane są w warunkach: stacjonarnych (oddziały psychiatryczne i oddziały leczenia uzależnień), oddziału/ośrodka dziennego (psychiatrycznego oraz leczenia uzależnień) oraz ambulatoryjnych (poradnie psychiatryczne i zespoły leczenia środowiskowego i poradni leczenia uzależnień).

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2008	liczba świadczeniodawców 2009
01	Dolnośląski	107	114
02	Kujawsko-Pomorski	72	69
03	Lubelski	79	84
04	Lubuski	32	32
05	Łódzki	90	102
06	Małopolski	105	105
07	Mazowiecki	157	169
08	Opolski	44	48
09	Podkarpacki	53	54
10	Podlaski	34	39
11	Pomorski	85	84
12	Śląski	190	179
13	Świętokrzyski	46	47
14	Warmińsko-Mazurski	59	56
15	Wielkopolski	131	138
16	Zachodniopomorski	67	65
<b>Razem</b>		<b>1 351</b>	<b>1 385</b>

Tabela nr III.20. Liczba świadczeniodawców w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2008 (tys. zł)	Koszty realizacji świadczeń w 2008 (tys. zł)	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2009 (tys. zł)	Koszty realizacji świadczeń w 2009 (tys. zł)	% realizacji	Dynamika kontraktów 2008/2009
Dolnośląski	128 427,19	125 441,42	155 426,68	154 956,49	99,70%	121,02%
Kujawsko-Pomorski	82 643,09	85 275,74	91 989,66	90 085,45	97,93%	111,31%
Lubelski	96 386,60	97 296,76	104 205,91	100 983,14	96,91%	108,11%
Lubuski	69 180,02	60 734,86	83 124,97	83 108,80	99,98%	120,16%
Łódzki	111 879,65	115 563,24	121 636,90	120 564,23	99,12%	108,72%
Małopolski	128 893,44	126 203,40	134 962,32	134 667,67	99,78%	104,71%
Mazowiecki	265 750,71	255 879,70	327 335,13	325 194,05	99,35%	123,17%
Opolski	50 196,25	46 244,44	54 534,19	53 949,05	98,93%	108,64%
Podkarpacki	75 066,29	76 120,71	85 896,96	85 870,69	99,97%	114,43%
Podlaski	63 816,01	60 609,19	70 271,27	68 014,59	96,79%	110,12%
Pomorski	100 700,79	101 571,18	121 611,78	121 824,86	100,18%	120,77%
Śląski	203 938,43	201 504,98	235 491,52	230 017,75	97,68%	115,47%
Świętokrzyski	54 383,91	56 421,49	57 398,97	57 257,24	99,75%	105,54%
Warmińsko-Mazurski	60 078,33	64 941,07	63 907,75	63 170,61	98,85%	106,37%
Wielkopolski	130 964,65	136 501,16	148 555,01	147 932,50	99,58%	113,43%
Zachodniopomorski	64 656,36	67 596,14	75 226,97	74 986,91	99,68%	116,35%
<b>RAZEM:</b>	<b>1 686 961,73</b>	<b>1 677 905,48</b>	<b>1 931 575,99</b>	<b>1 912 584,03</b>	<b>99,02%</b>	<b>114,50%</b>

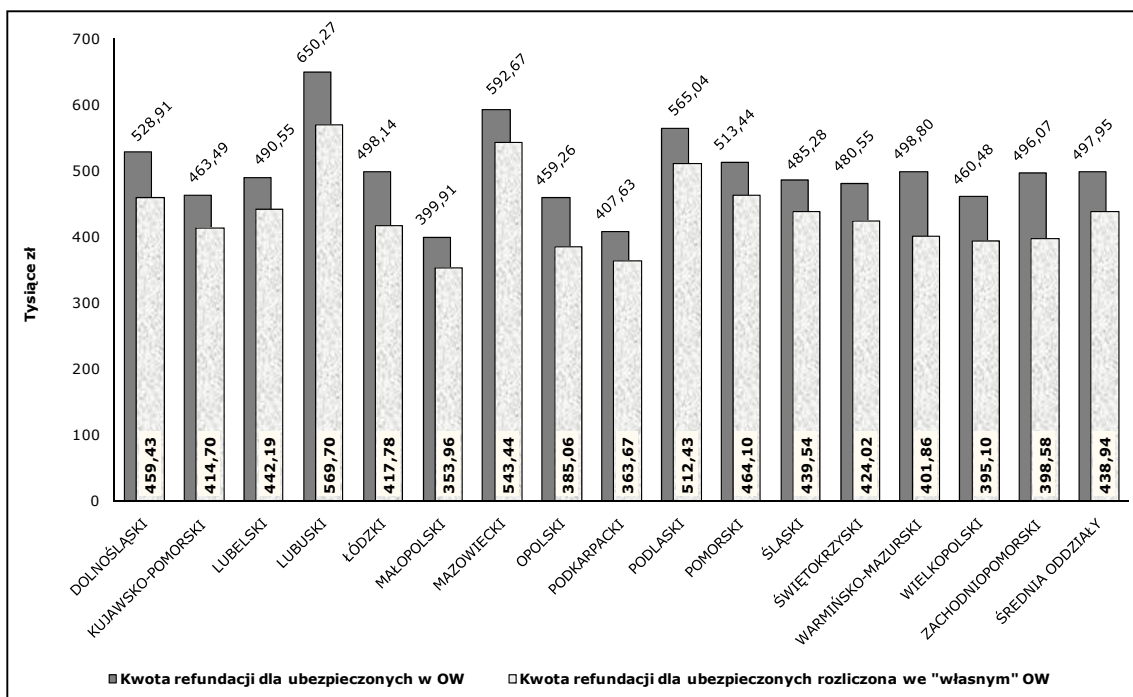
Tabela nr III.21. Wartość i wykonanie umów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień.

Wartość zawartych umów w 2009 roku w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień wyniosła 1.931.575,99 tys. zł. Wzrost wartości kontraktów wyniósł odpowiednio 14,50%. Najwyższe koszty realizacji świadczeń poniosły następujące oddziały wojewódzkie: mazowiecki, śląski oraz dolnośląski.

Nazwa Oddziału	Wartość zapłaconych świadczeń w 2009 r. ogółem na 10 tys. ubezpieczonych (tys. zł)	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	528,91	132,26%
Kujawsko-Pomorski	463,49	115,90%
Lubelski	490,55	122,67%
Lubuski	650,27	162,60%
Łódzki	498,14	124,56%
Małopolski	399,91	100,00%
Mazowiecki	592,67	148,20%
Opolski	459,26	114,84%
Podkarpacki	407,63	101,93%
Podlaski	565,04	141,29%
Pomorski	513,44	128,39%
Śląski	485,28	121,35%
Świętokrzyski	480,55	120,16%
Warmińsko-Mazurski	498,80	124,73%
Wielkopolski	460,48	115,15%
Zachodniopomorski	496,07	124,05%
<b>Średnia</b>	<b>497,95</b>	<b>124,52%</b>

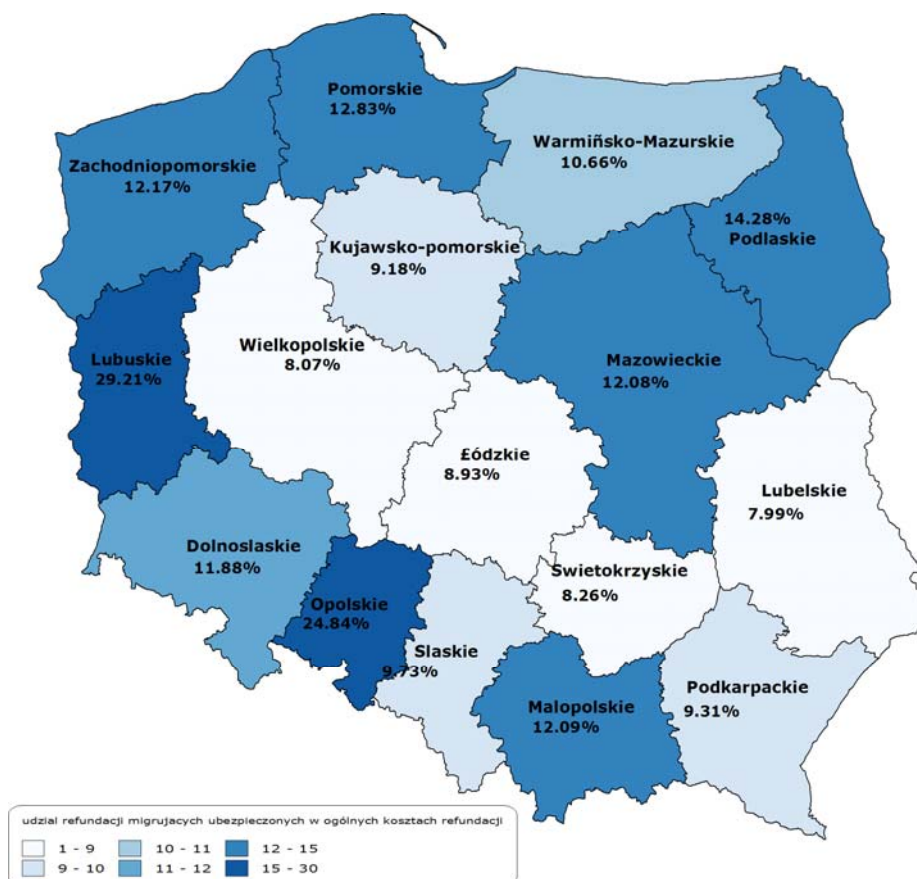
Tabela nr III.22. Wartość zrealizowanych świadczeń w opiece psychiatrycznej w 2009 roku w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w tys. zł.





**Wykres nr III.11.** Koszty świadczeń związane z migracją ubezpieczonych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień na 10 tys. ubezpieczonych w tys. zł.

Na wykresie przedstawiono koszty świadczeń, które poniesiono na rzecz ubezpieczonych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla ubezpieczonych rozliczone we „własnym” oddziale wojewódzkim Funduszu. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu psychiatrycznym i leczeniu uzależnień na 10 tys. ubezpieczonych w roku 2009 osiągnął Lubuski OW NFZ (650,27 tys. zł).



Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym spoza oddziału [%].

Największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza województwa wystąpił w województwie lubuskim, opolskim i podlaskim (odpowiednio 29,21%, 24,84% i 14,28%), ze względu na fakt usytuowania wielu ośrodków leczenia zaburzeń psychicznych o wzmocnionym zabezpieczeniu.

### III.2.2.5. Opieka długoterminowa

Świadczenia realizowane są w ramach świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych i opieki paliatywnej i hospicyjnej. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w warunkach stacjonarnych przeznaczone są dla osób przewlekle chorych niewymagających leczenia szpitalnego, u których występują istotne deficyty w samoopiece i samopielęgnacji i którzy wymagają całodobowej, profesjonalnej, intensywnej opieki i pielęgnacji oraz kontynuacji leczenia. Do stacjonarnych zakładów opiekuńczych nie mogą być przyjmowane osoby kwalifikujące się do domów pomocy społecznej lub, u których podstawowym wskazaniem do objęcia opieką jest trudna sytuacja socjalna, zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie. Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka nad pacjentami chorującymi na nieuleczalne, nie poddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące choroby. Opieka ta ma na celu zapobieganie i uśmierzanie bólu oraz innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej obejmują również wspomaganie rodziny chorych w czasie trwania choroby jak i w okresie osierocenia i żałoby.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze udzielane w warunkach stacjonarnych realizowane są w następujących zakresach świadczeń:

- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym,
- świadczenia w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży,
- świadczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- świadczenia w zakładzie opiekuńczo-leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie,
- świadczenia w oddziale dla przewlekle chorych; nie dłużej niż do dnia 31.12.2009 roku.

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze udzielane w warunkach domowych realizowane są w następujących zakresach świadczeń:

- świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
- świadczenia zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie,
- świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowej.

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielane w warunkach stacjonarnych realizowane są w zakresie świadczeń: świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym.

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielane w warunkach domowych realizowane są w następujących zakresach świadczeń: świadczenia w hospicjum domowym oraz świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci.

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielane w warunkach ambulatoryjnych realizowane są w zakresie świadczeń: porada w poradni medycyny paliatywnej.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2008	liczba świadczeniodawców 2009
01	Dolnośląski	87	137
02	Kujawsko-Pomorski	61	81
03	Lubelski	80	101
04	Lubuski	23	34
05	Łódzki	70	100
06	Małopolski	132	128
07	Mazowiecki	132	178
08	Opolski	24	37
09	Podkarpacki	76	100
10	Podlaski	43	64
11	Pomorski	30	56
12	Śląski	192	232
13	Świętokrzyski	28	37
14	Warmińsko-Mazurski	39	65
15	Wielkopolski	57	117
16	Zachodniopomorski	38	56
<b>Razem</b>		<b>1 112</b>	<b>1 523</b>

Tabela nr III.23. Liczba świadczeniodawców w rodzaju opieka długoterminowa.

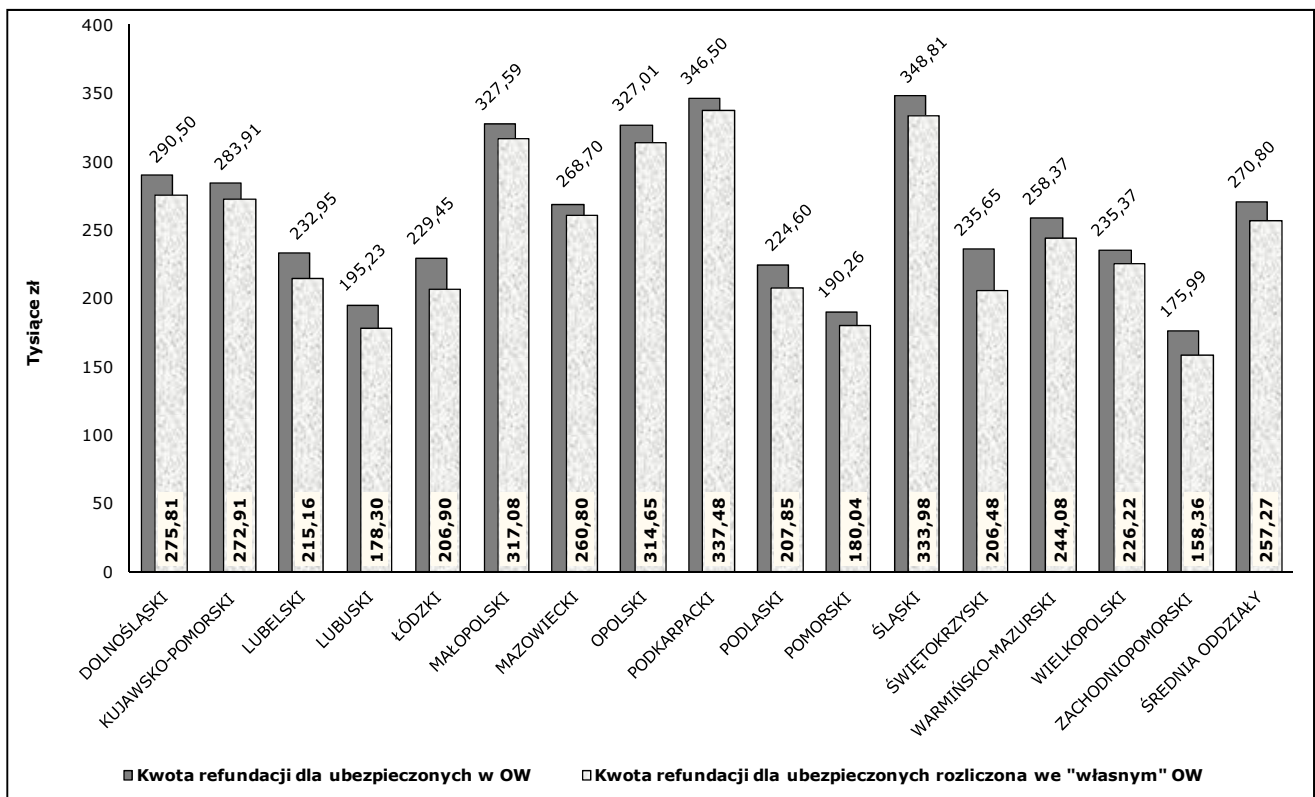
Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2008 (tys. zł)	Koszty realizacji świadczeń w 2008 (tys. zł)	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2009 (tys. zł)	Koszty realizacji świadczeń w 2009 (tys. zł)	% realizacji	Dynamika kontraktów 2008/2009
Dolnośląski	76 944,49	76 720,61	86 534,11	83 373,73	96,35%	112,46%
Kujawsko-Pomorski	47 358,32	53 742,58	54 969,96	53 301,71	96,97%	116,07%
Lubelski	44 350,61	45 929,98	44 898,40	43 617,76	97,15%	101,24%
Lubuski	19 277,61	18 037,78	20 181,82	19 960,28	98,90%	104,69%
Łódzki	53 314,11	56 048,04	55 813,11	54 889,03	98,34%	104,69%
Małopolski	103 299,01	95 052,65	114 169,12	113 760,70	99,64%	110,52%
Mazowiecki	132 114,60	128 598,90	143 624,69	141 726,26	98,68%	108,71%
Opolski	32 810,94	30 943,37	35 887,15	35 403,58	98,65%	109,38%
Podkarpacki	59 285,17	58 429,39	77 256,94	77 198,90	99,92%	130,31%
Podlaski	26 776,03	25 537,79	25 867,48	25 222,00	97,50%	96,61%
Pomorski	37 197,33	38 138,48	44 127,99	43 070,55	97,60%	118,63%
Śląski	146 520,61	141 472,77	167 400,36	162 846,25	97,28%	114,25%
Świętokrzyski	21 439,55	22 683,29	26 498,21	26 275,48	99,16%	123,59%
Warmińsko-Mazurski	30 142,61	29 800,00	35 712,27	35 588,31	99,65%	118,48%
Wielkopolski	68 859,65	67 098,20	78 084,31	76 866,65	98,44%	113,40%
Zachodniopomorski	23 117,07	23 722,24	26 792,85	26 591,66	99,25%	115,90%
<b>RAZEM:</b>	<b>922 807,72</b>	<b>911 956,07</b>	<b>1 037 818,77</b>	<b>1 019 692,85</b>	<b>98,25%</b>	<b>112,46%</b>

Tabela nr III.24. Wartość i wykonanie umów w opiece długoterminowej.

Wartość zawartych umów wzrosła o ok. 12% w porównaniu z rokiem ubiegłym. Realizacja zawartych umów wyniosła 1.019.692,85 tys. zł (98,25%).

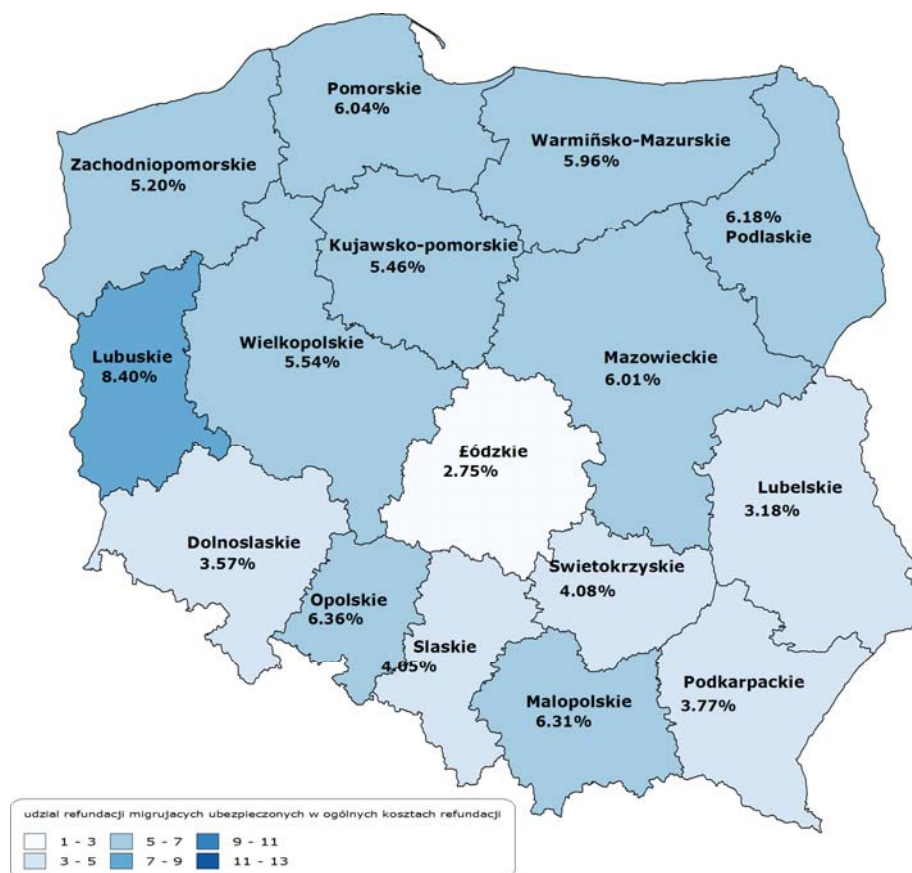
Nazwa Oddziału	Wartość zapłaconych świadczeń w 2009 r. ogółem na 10 tys. ubezpieczonych (tys. zł)	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	290,50	165,07%
Kujawsko-Pomorski	283,91	161,32%
Lubelski	232,95	132,37%
Lubuski	195,23	110,94%
Łódzki	229,45	130,38%
Małopolski	327,59	186,14%
Mazowiecki	268,70	152,68%
Opolski	327,01	185,81%
Podkarpacki	346,50	196,89%
Podlaski	224,60	127,63%
Pomorski	190,26	108,11%
Śląski	348,81	198,20%
Świętokrzyski	235,65	133,90%
Warmińsko-Mazurski	258,37	146,81%
Wielkopolski	235,37	133,74%
Zachodniopomorski	175,99	100,00%
<b>Średnia</b>	<b>270,80</b>	<b>153,88%</b>

Tabela nr III.25. Wartość zrealizowanych świadczeń w opiece długoterminowej w 2009 roku w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w tys. zł.



Wykres nr III.12. Koszty świadczeń związane z migracją ubezpieczonych w rodzaju opieka długoterminowa na 10 tys. ubezpieczonych w tys. zł.

Na wykresie przedstawiono koszty świadczeń, które poniesiono na rzecz ubezpieczonych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla ubezpieczonych rozliczone we „własnym” oddziale wojewódzkim Funduszu. Największy wskaźnik wykonania w opiece długoterminowej na 10 tys. ubezpieczonych w roku 2009 osiągnął Śląski OW NFZ (348,81 tys. zł).



Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym spoza oddziału [%].

Największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza województwa wystąpił w województwie lubuskim (8,40%), opolskim (6,36%) i małopolskim (6,31%).

### III.2.2.6. Rehabilitacja lecznicza

Świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza realizowane są w warunkach ambulatoryjnych (lekarska opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia domowa), domowych (porada lekarska w warunkach domowych, fizjoterapia ambulatoryjna), ośrodka dziennego (rehabilitacja ogólnoustrojowa, rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, rehabilitacja słuchu i mowy, rehabilitacja wzroku, rehabilitacja kardiologiczna, rehabilitacja pulmonologiczna z wykorzystaniem metod subterraneoterapii, i stacjonarnych (rehabilitacja ogólnoustrojowa, rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja pulmonologiczna, rehabilitacja kardiologiczna). Świadczenia w warunkach ambulatoryjnych i domowych realizuje się poprzez: poradę lekarską rehabilitacyjną i poradę w warunkach domowych, wizytę fizjoterapeutyczną i wizytę w warunkach domowych, zabiegi fizjoterapeutyczne i zabiegi w warunkach domowych. Świadczenia w warunkach stacjonarnych przeznaczone są dla pacjentów, którzy ze względu na kontynuację leczenia wymagają stosowania kompleksowych czynności rehabilitacyjnych oraz całodobowego nadzoru pielęgniarskiego.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2008	liczba świadczeniodawców 2009
01	Dolnośląski	142	151
02	Kujawsko-Pomorski	140	141
03	Lubelski	105	110
04	Lubuski	69	74
05	Łódzki	205	218
06	Małopolski	190	201
07	Mazowiecki	251	262
08	Opolski	71	74
09	Podkarpacki	228	224
10	Podlaski	51	54
11	Pomorski	114	116
12	Śląski	297	295
13	Świętokrzyski	98	107
14	Warmińsko-Mazurski	95	100
15	Wielkopolski	190	216
16	Zachodniopomorski	100	96
<b>Razem</b>		<b>2 346</b>	<b>2 439</b>

Tabela nr III.26. Liczba świadczeniodawców w rehabilitacji leczniczej.

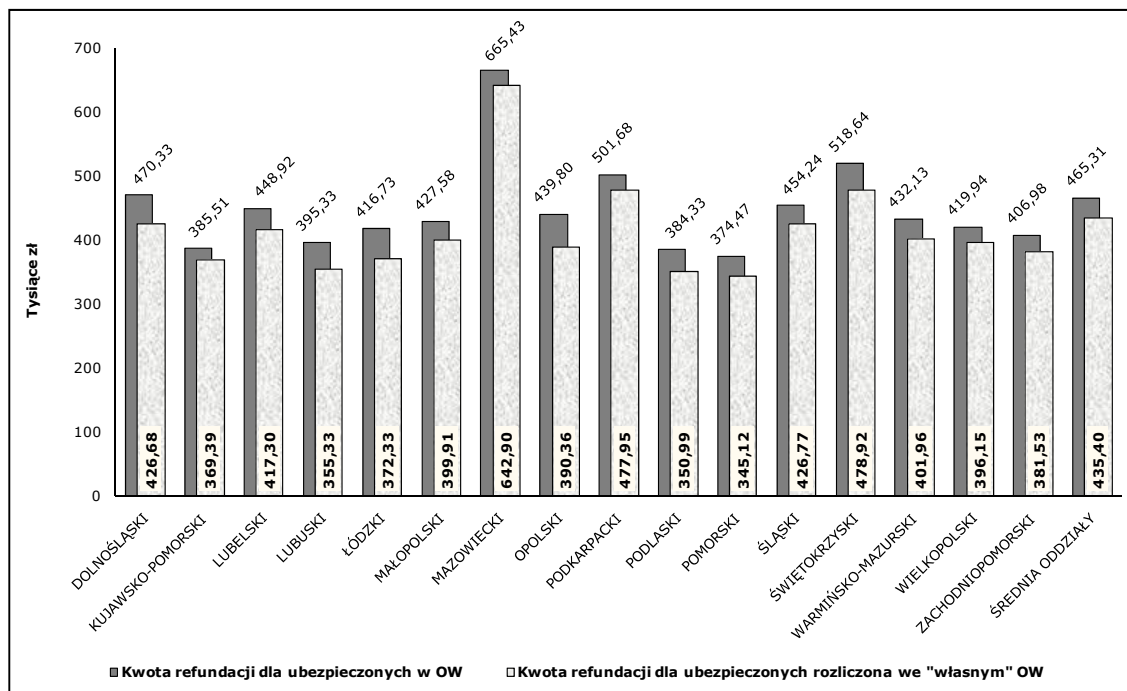
Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2008 (tys. zł)	Koszty realizacji świadczeń w 2008 (tys. zł)	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2009 (tys. zł)	Koszty realizacji świadczeń w 2009 (tys. zł)	% realizacji	Dynamika kontraktów 2008/2009
Dolnośląski	124 139,44	124 976,96	137 745,73	136 822,17	99,33%	110,96%
Kujawsko-Pomorski	73 572,17	73 215,04	75 384,45	74 285,45	98,54%	102,46%
Lubelski	76 535,90	79 219,00	81 863,52	80 641,97	98,51%	106,96%
Lubuski	37 530,82	39 845,48	40 864,52	40 820,35	99,89%	108,88%
Łódzki	94 857,72	100 297,16	102 397,23	102 030,35	99,64%	107,95%
Małopolski	139 615,72	133 085,78	148 438,04	147 728,78	99,52%	106,32%
Mazowiecki	291 471,41	279 900,95	353 393,84	349 814,31	98,99%	121,24%
Opolski	51 116,09	47 725,49	51 504,25	51 065,11	99,15%	100,76%
Podkarpacki	87 672,77	88 577,18	106 383,89	105 870,35	99,52%	121,34%
Podlaski	40 198,33	40 111,79	37 514,44	37 322,06	99,49%	93,32%
Pomorski	79 607,81	81 618,36	87 147,33	86 402,81	99,15%	109,47%
Śląski	192 072,30	189 105,88	221 638,71	220 855,15	99,65%	115,39%
Świętokrzyski	49 369,19	47 095,09	65 625,86	65 817,53	100,29%	132,93%
Warmińsko-Mazurski	50 584,69	50 185,87	57 641,97	57 005,46	98,90%	113,95%
Wielkopolski	129 546,22	125 759,80	130 615,25	129 672,16	99,28%	100,83%
Zachodniopomorski	61 417,71	60 615,04	65 437,22	64 693,12	98,86%	106,54%
<b>RAZEM:</b>	<b>1 579 308,30</b>	<b>1 561 334,87</b>	<b>1 763 596,25</b>	<b>1 750 847,13</b>	<b>99,28%</b>	<b>111,67%</b>

Tabela nr III.27. Wartość i wykonanie umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza.

W rodzaju rehabilitacja lecznicza wartość umów wyniosła 1.763.596,25 tys. zł. Realizacja umów wyniosła 99,28%.

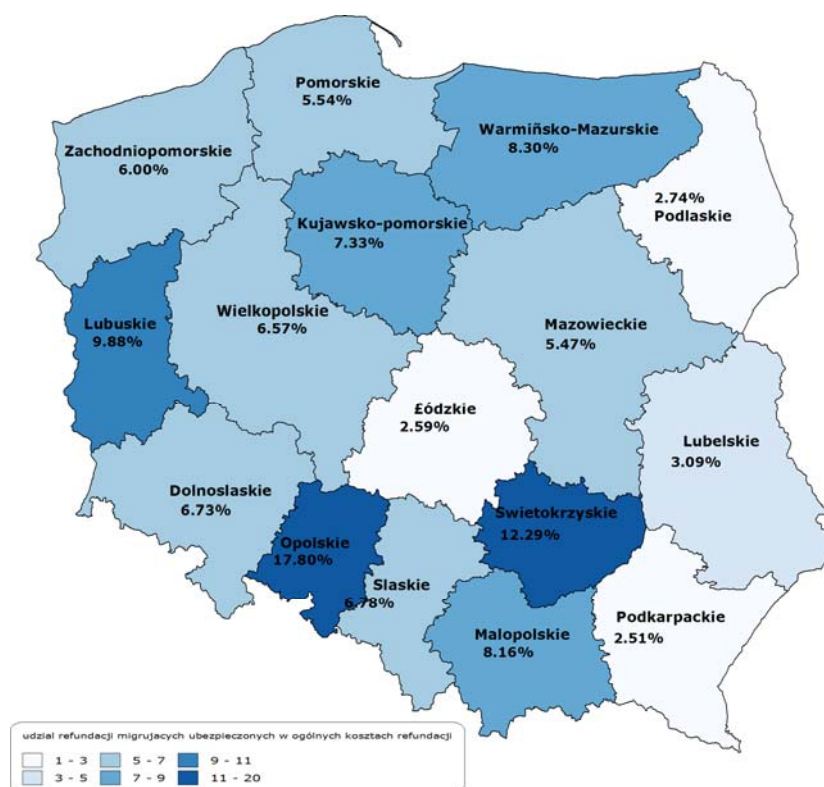
Nazwa Oddziału	Wartość zapłaconych świadczeń w 2009 r. ogółem na 10 tys. ubezpieczonych (tys. zł)	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	470,33	125,60%
Kujawsko-Pomorski	385,51	102,95%
Lubelski	448,92	119,88%
Lubuski	395,33	105,57%
Łódzki	416,73	111,28%
Małopolski	427,58	114,18%
Mazowiecki	665,43	177,70%
Opolski	439,80	117,44%
Podkarpacki	501,68	133,97%
Podlaski	384,33	102,63%
Pomorski	374,47	100,00%
Śląski	454,24	121,30%
Świętokrzyski	518,64	138,50%
Warmińsko-Mazurski	432,13	115,40%
Wielkopolski	419,94	112,14%
Zachodniopomorski	406,98	108,68%
<b>Średnia</b>	<b>465,31</b>	<b>124,26%</b>

Tabela nr III.28. Wartość zrealizowanych świadczeń w rehabilitacji leczniczej w 2009 roku w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w tys. zł.



Wykres nr III.13. Koszty świadczeń związane z migracją ubezpieczonych w rodzaju rehabilitacja lecznicza na 10 tys. ubezpieczonych w tys. zł.

Na wykresie przedstawiono koszty świadczeń, które poniesiono na rzecz ubezpieczonych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla ubezpieczonych rozliczone we „własnym” oddziale wojewódzkim Funduszu. Największy wskaźnik wykonania w rehabilitacji leczniczej na 10 tys. ubezpieczonych w roku 2009 posiada Mazowiecki OW NFZ (665,43 tys. zł).



Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym spoza oddziału.

Największy udział kosztów leczenia pacjentów spoza województwa wystąpił w województwie opolskim i świętokrzyskim (odpowiednio 17,80% i 12,29%).

### III.2.2.7. Świadczenia odrębnie kontraktowane

W świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie wyodrębnia się następujące zakresy świadczeń: dializoterapia otrzewnowa, hemodializoterapia, terapia hiperbaryczna, tlenoterapia domowa, żywienie pozajelitowe i dojelitowe w warunkach domowych, dializoterapia wątrobowa, badania zgodności tkankowej, badania genetyczne, terapia izotopowa, badania izotopowe, zaopatrzenie protetyczne, pozytronowa tomografia emisyjna. Świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, rozliczane są na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej. Jednostką rozliczeniową jest punkt i świadczenie.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2008	liczba świadczeniodawców 2009
01	Dolnośląski	28	31
02	Kujawsko-Pomorski	19	18
03	Lubelski	26	27
04	Lubuski	11	11
05	Łódzki	25	26
06	Małopolski	32	30
07	Mazowiecki	48	49
08	Opolski	12	12
09	Podkarpacki	21	21
10	Podlaski	14	19
11	Pomorski	20	22
12	Śląski	44	43
13	Świętokrzyski	17	19
14	Warmińsko-Mazurski	17	16
15	Wielkopolski	27	30
16	Zachodniopomorski	19	21
<b>Razem</b>		<b>380</b>	<b>395</b>

Tabela nr III.29. Liczba świadczeniodawców w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane.



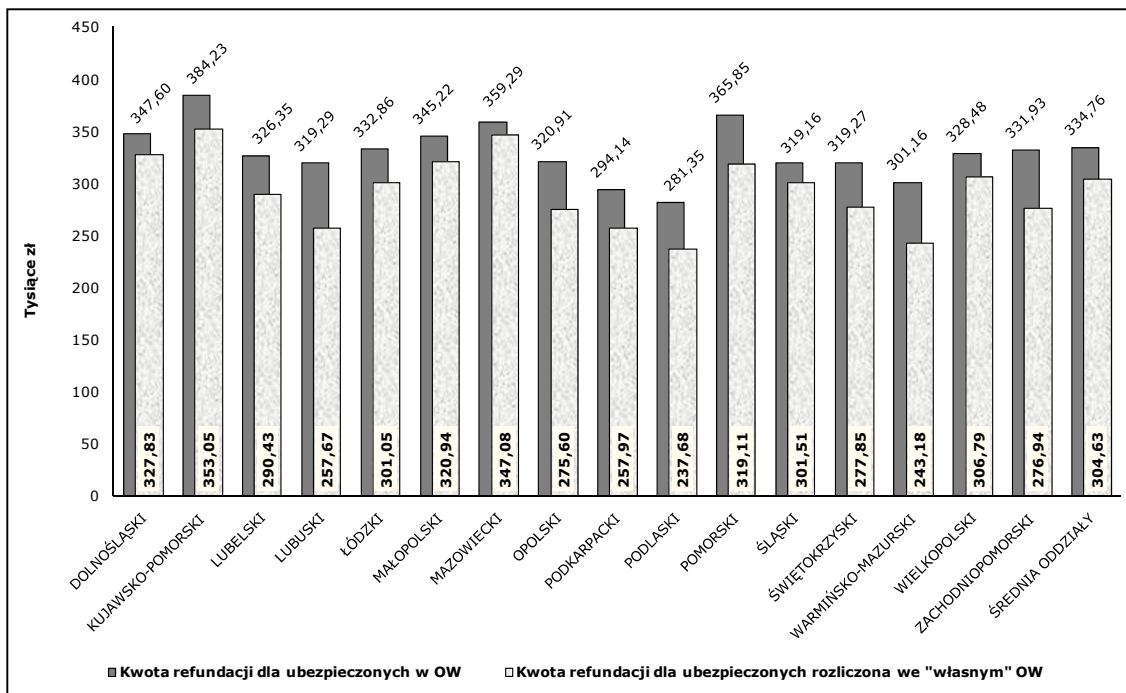
Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2008 (tys. zł)	Koszty realizacji świadczeń w 2008 (tys. zł)	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2009 (tys. zł)	Koszty realizacji świadczeń w 2009 (tys. zł)	% realizacji	Dynamika kontraktów 2008/2009
Dolnośląski	86 181,13	96 216,52	102 741,16	91 144,44	88,71%	119,22%
Kujawsko-Pomorski	73 821,92	70 428,97	76 588,09	75 270,58	98,28%	103,75%
Lubelski	64 203,84	66 986,40	66 910,72	64 520,57	96,43%	104,22%
Lubuski	27 144,11	28 718,79	29 719,73	29 662,97	99,81%	109,49%
Łódzki	73 404,35	75 957,58	81 492,06	81 462,08	99,96%	111,02%
Małopolski	107 728,47	105 726,05	115 699,74	115 466,78	99,80%	107,40%
Mazowiecki	200 643,28	164 407,62	223 196,67	220 341,73	98,72%	111,24%
Opolski	26 967,75	29 034,11	30 242,62	29 257,05	96,74%	112,14%
Podkarpacki	52 797,81	58 414,24	56 463,31	56 453,64	99,98%	106,94%
Podlaski	29 292,08	30 213,02	30 818,49	30 633,75	99,40%	105,21%
Pomorski	69 120,73	71 485,55	76 221,71	76 568,52	100,46%	110,27%
Śląski	142 784,05	135 850,07	153 635,77	148 465,49	96,63%	107,60%
Świętokrzyski	33 382,67	34 697,58	40 009,70	39 956,96	99,87%	119,85%
Warmińsko-Mazurski	39 380,43	40 562,96	43 195,69	42 651,42	98,74%	109,69%
Wielkopolski	99 156,75	99 189,42	110 432,61	110 003,98	99,61%	111,37%
Zachodniopomorski	42 877,10	48 157,77	49 356,84	49 343,43	99,97%	115,11%
<b>RAZEM:</b>	<b>1 168 886,46</b>	<b>1 156 046,65</b>	<b>1 286 724,91</b>	<b>1 261 203,39</b>	<b>98,02%</b>	<b>110,08%</b>

Tabela nr III.30. Wartość zawartych umów i realizacja w rodzaju świadczeni odrębnie kontraktowane.

Wartość zawartych umów w roku 2009 wyniosła 1.286.724,91 tys. zł. Koszty realizacji zamknęły się w kwocie 1.261.203,39 tys. zł (98,02%).

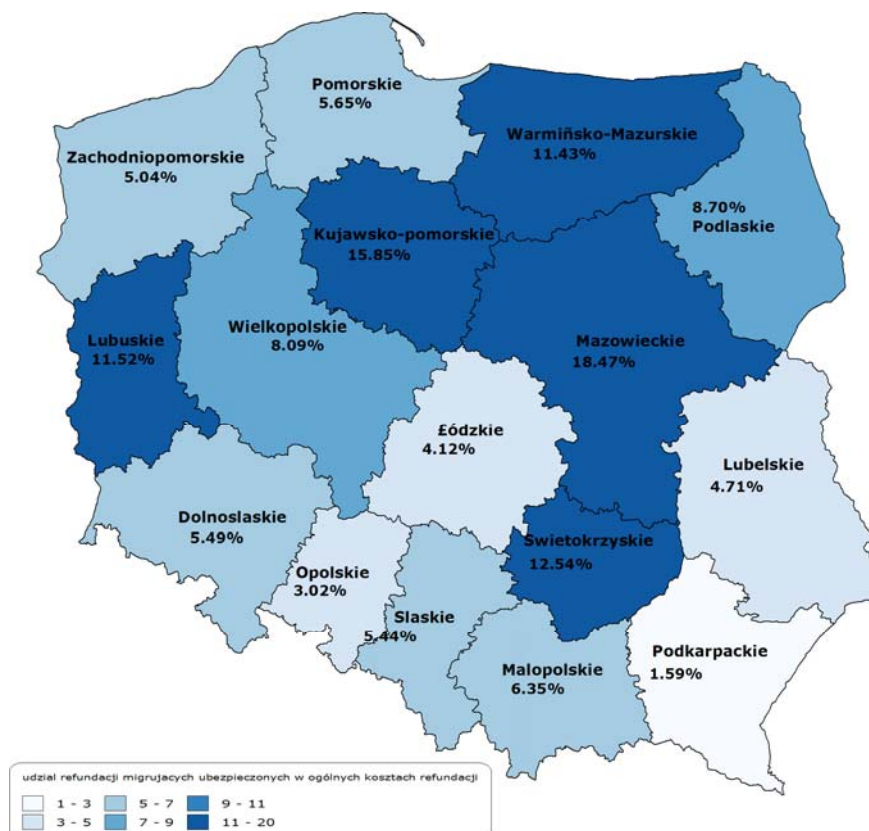
Nazwa Oddziału	Wartość zapłaconych świadczeń w 2009 r. ogółem na 10 tys. ubezpieczonych (tys. zł)	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	347,60	123,55%
Kujawsko-Pomorski	384,23	136,57%
Lubelski	326,35	115,99%
Lubuski	319,29	113,49%
Łódzki	332,86	118,31%
Małopolski	345,22	122,70%
Mazowiecki	359,29	127,70%
Opolski	320,91	114,06%
Podkarpacki	294,14	104,55%
Podlaski	281,35	100,00%
Pomorski	365,85	130,03%
Śląski	319,16	113,44%
Świętokrzyski	319,27	113,48%
Warmińsko-Mazurski	301,16	107,04%
Wielkopolski	328,48	116,75%
Zachodniopomorski	331,93	117,98%
<b>Średnia</b>	<b>334,76</b>	<b>118,98%</b>

Tabela nr III.31. Wartość zrealizowanych świadczeń w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w 2009 roku w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w tys. zł.



Wykres nr III.14. Koszty świadczeń związane z migracją ubezpieczonych w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane na 10 tys. ubezpieczonych w tys. zł.

Powyżej przedstawiono koszty świadczeń, które poniesiono na rzecz ubezpieczonych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla ubezpieczonych rozliczone we „własnym” oddziale wojewódzkim Funduszu. Największy wskaźnik wykonania w świadczeniach odrębnie kontraktowanych na 10 tys. ubezpieczonych w roku 2008 osiągnął Kujawsko-Pomorski OW NFZ (384,23 tys. zł).



Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym spoza oddziału [%].

W rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane najwięcej ubezpieczonych leczycy się poza obszarem macierzystego oddziału wojewódzkiego w województwie mazowieckim 18,47%.

OW NFZ	liczba osób, którym udzielono świadczenia 2008	liczba osób, którym udzielono świadczenia 2009	liczba zapłaconych świadczeń 2008	liczba zapłaconych świadczeń 2009	średnia cena badania (zł) 2008	średnia cena badania (zł) 2009	wartość zapłaconych świadczeń 2008	wartość zapłaconych świadczeń 2009
Dolnośląski	1 336	1 982	1 412	1 641	4 520,00	4 500,00	6 382 240,00	7 384 500,00
Kujawsko-Pomorski	2 858	3 618	3 356	2 459	4 600,00	4 600,00	15 437 600,00	11 311 400,00
Mazowiecki	1 906	3 853	2 001	3 817	4 500,00	4 500,00	9 004 500,00	17 176 500,00
Śląski	2 078	2 213	2 201	2 348	4 443,57	4 780,00	9 780 300,00	11 223 440,00
Świętokrzyski	509	1 206	525	1 126	4 500,00	4 500,00	2 362 500,00	5 067 000,00
Warmińsko-Mazurski	22	-	22	-	4 500,00	-	99 000,00	-
Wielkopolski	578	1 977	599	1 275	4 450,00	4 500,00	2 665 550,00	5 737 500,00
<b>razem</b>	<b>9 287</b>	<b>14 849</b>	<b>10 116</b>	<b>12 666</b>	<b>4 520,73</b>	<b>4 571,32</b>	<b>45 731 690,00</b>	<b>57 900 340,00</b>

**Tabela nr III.32.** Wybrane przykłady - pozytonowa tomografia emisyjna- realizacja świadczeń.

Pozytonowa tomografia emisyjna realizowana jest przez świadczeniodawców w siedmiu województwach. Średnia cena jednego badania wyniosła ok. 4.571,32 tys. zł. W roku 2008 świadczenia z zakresu pozytonowej tomografii emisyjnej świadczyło sześciu świadczeniodawców (8 miejsc udzielania świadczeń) w siedmiu województwach. W roku 2009 sześciu świadczeniodawców (9 miejsc udzielania świadczeń) w pięciu województwach.

OW NFZ	liczba pacjentów 2008	liczba pacjentów 2009	liczba dializ 2008	liczba dializ 2009	średnia liczba dializ na pacjenta 2008	średnia liczba dializ na pacjenta 2009
Dolnośląski	2 107	2 204	190 370	194 577	90,35	88,28
Kujawsko-Pomorski	1 351	1 430	119 855	128 146	88,72	89,61
Lubelski	1 544	1 607	127 130	132 572	82,34	82,50
Lubuski	745	797	60 700	64 185	81,48	80,53
Łódzki	1 491	1 581	138 861	146 898	93,13	92,91
Małopolski	2 830	3 077	221 150	236 337	78,14	76,81
Mazowiecki	3 639	3 926	284 518	298 437	78,19	76,02
Opolski	737	744	57 555	64 143	78,09	86,21
Podkarpacki	1 302	1 437	112 223	124 762	86,19	86,82
Podlaski	731	716	55 090	54 782	75,36	76,51
Pomorski	1 506	1 636	132 303	136 221	87,85	83,26
Śląski	3 143	3 397	259 176	282 961	82,46	83,30
Świętokrzyski	791	844	63 848	65 731	80,72	77,88
Warmińsko-Mazurski	851	963	81 505	77 969	95,78	80,96
Wielkopolski	2 264	2 421	193 299	213 824	85,38	88,32
Zachodniopomorski	1 212	1 356	84 379	93 697	69,62	69,10
<b>razem</b>	<b>26 244</b>	<b>28 136</b>	<b>2 181 962</b>	<b>2 315 242</b>	<b>83,14</b>	<b>82,29</b>

**Tabela nr III.33.** Wybrane przykłady - dializy - realizacja świadczeń.

W roku 2009 zrealizowano o 133,280 dializ (wzrost o ok. 6%). Liczba pacjentów dializowanych wyniosła 28,136 osoby i wzrosła o prawie 2 tysiące osób.

### III.2.2.8. 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.

Zawieranie i realizacja umów w rodzaju: pomoc doraźna i transport sanitarny następuje na podstawie zarządzenia Prezes Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: pomoc doraźna i transport sanitarny. Przedmiotem postępowania jest wyłonienie zespołów sanitarnych typu „N” do udzielania świadczeń w stanach nagłego pogorszenia stanu zdrowia noworodka, w tym wykonywania transportu sanitarnego noworodka chorego, w szczególności w następujących stanach chorobowych:

- niewydolności oddechowej wymagającej sztucznej wentylacji;
- niewydolności układu krążenia;
- stanu po operacji chirurgicznej;
- noworodków wymagających transfuzji wymiennej;
- konieczności niezwłocznego wykonania zabiegu w innym zakładzie opieki zdrowotnej;
- inne (w szczególności drgawki, niska waga urodzeniowa).

W przypadkach uzasadnionych medycznie dopuszcza się również realizację, przez zespół sanitarny typu „N”, transportu sanitarnego, z wykorzystaniem inkubatora, dziecka chorego do 25 tygodnia wieku metrykalnego.

W 2009 r. zespoły transportu sanitarnego typu „N” realizowały świadczenia opieki zdrowotnej w ramach odrębnego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej: pomoc doraźna i transport sanitarny, zgodnie z zakresem świadczeń: świadczenia udzielane przez zespół sanitarny typu „N”.

Świadczeniodawca realizujący świadczenia w rodzaju: pomoc doraźna i transport sanitarny objęte warunkami umowy, zapewnia dobową gotowość do udzielania świadczeń, utrzymując w stałej dyspozycji przez całą dobę środki transportu sanitarnego wraz z niezbędnymi elementami wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, kompletny zestaw leków i wyrobów medycznych oraz obsadę kadrową.

Świadczenia w ramach gotowości zespołów sanitarnych typu „N” finansowane są na podstawie ryczału dobowego.

Postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2009 r. w rodzaju: pomoc doraźna i transport sanitarny w sześciu oddziałach wojewódzkich Funduszu przeprowadzono w trybie konkursu ofert, w jednym oddziale Zdrowia przeprowadzono w trybie rokowań, natomiast w pozostałych oddziałach odbyło się aneksowanie umów wieloletnich niewygasających z dniem 31 grudnia 2008 r.

We wszystkich oddziałach wojewódzkich Funduszu świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: pomoc doraźna i transport sanitarny zostały zabezpieczone w terminie.

W tabeli nr III.34 przedstawiono zestawienie liczby umów zawartych w 2009 r. w porównaniu do roku 2008 w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny.

Kod OW	Nazwa OW NFZ	2008	2009	Dynamika (%)
1	2	3	4	5=4/3
01	Dolnośląski	2	2	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%
<b>Razem</b>		<b>31</b>	<b>31</b>	<b>100,00%</b>

**Tabela nr III.34.** Zestawienie liczby umów zawartych w 2009 r. w porównaniu do roku 2008 w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny.

Jak wynika z przeprowadzonej analizy w 2009 r. zawartych zostało 31 umów ze świadczeniodawcami, co stanowi taką samą ilość umów w porównaniu do roku poprzedniego.

<b>Pomoc doraźna i transport sanitarny (w tys. zł)</b>				
Kod OW	Nazwa OW NFZ	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 2009 r.	Koszt realizacji świadczeń w 2009 r.	% realizacji
1	2	4	5	6
01	Dolnośląski	2 336,00	2 366,05	101,29%
02	Kujawsko-Pomorski	2 104,53	2 104,53	100,00%
03	Lubelski	2 117,00	2 125,48	100,40%
04	Lubuski	1 633,31	1 633,31	100,00%
05	Łódzki	1 934,50	1 934,50	100,00%
06	Małopolski	1 495,50	1 496,50	100,07%
07	Mazowiecki	5 188,99	5 188,99	100,00%
08	Opolski	1 204,50	1 204,50	100,00%
09	Podkarpacki	2 099,78	2 188,32	104,22%
10	Podlaski	1 084,05	1 084,05	100,00%
11	Pomorski	1 186,25	1 186,83	100,05%
12	Śląski	3 860,97	3 860,97	100,00%
13	Świętokrzyski	1 213,63	1 213,63	100,00%
14	Warmińsko- Mazurski	2 080,50	2 087,00	100,31%
15	Wielkopolski	2 299,50	2 370,62	103,09%
16	Zachodniopomorski	1 548,00	1 548,21	100,01%
<b>RAZEM</b>		<b>33 387,01</b>	<b>33 593,49</b>	<b>100,62%</b>

Tabela nr III.35. Wartość i koszt realizacji zakontraktowanych świadczeń na 2009 r.

W rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2009 r. koszty realizacji świadczeń wykonanych w rodzaju: pomoc doraźna i transport sanitarny w 2009 r. wyniosły 33.593,49 tys. zł.

Na rok 2009, podobnie jak na 2008 rok zakontraktowano 31 zespołów transportu sanitarnego typu „N”.

### III.2.2.9. 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.) stroną umów na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego jest wojewoda. Wojewoda powierza przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego, zawieranie, rozliczanie i kontrolę wykonania tych umów dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zawiera umowy, na podstawie Planu Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz w ramach środków przewidzianych w budżecie państwa, w części, której dysponentem jest wojewoda, ujętych w planie finansowym NFZ.

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

Prezes Funduszu wydaje zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ratownictwo medyczne. Działania Funduszu zmierzają do zakontraktowania odpowiedniej liczby podstawowych oraz specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego w oparciu o Wojewódzkie Plany Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne,

rozmieszczonych w sposób umożliwiający jak najszybsze dotarcie do miejsca zdarzenia w celu udzielenia medycznych czynności ratunkowych oraz transport do najbliższego pod względem czasu dotarcia, szpitalnego oddziału ratunkowego lub oddziału specjalistycznego.

W 2009 r. zespoły ratownictwa medycznego realizowały świadczenia opieki zdrowotnej w ramach odrębnego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej: ratownictwo medyczne, zgodnie z poniższym zakresem 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.

Świadczeniodawca realizujący świadczenia w rodzaju: ratownictwo medyczne, objęte warunkami umowy, zapewnia dobową gotowość do udzielania świadczeń, utrzymując w stałej dyspozycji przez całą dobę środki transportu sanitarnego wraz z niezbędnymi elementami wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, kompletny zestaw leków i wyrobów medycznych oraz obsadę kadrową. Zespół ratownictwa medycznego zapewniający dobową gotowość do udzielania świadczeń nie może realizować w tym czasie zleceń od innych podmiotów oraz udzielać świadczeń, wynikających z realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w innych rodzajach świadczeń, a w szczególności leczenia szpitalnego, nocnej i świątecznej wyjazdowej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa, transportu sanitarnego w podstawowej opiece zdrowotnej.

Świadczenia w ramach gotowości zespołów ratownictwa medycznego finansowane są na podstawie ryczałtu dobowego.

Postępowanie na 2009 r. w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ratownictwo medyczne w siedmiu oddziałach wojewódzkich Funduszu przeprowadzono w trybie konkursu ofert lub rokowań, natomiast w pozostałych oddziałach odbyło się aneksowanie umów wieloletnich niewygasających z dniem 31 grudnia 2008 r.

We wszystkich oddziałach wojewódzkich Funduszu świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju: ratownictwo medyczne zostały zabezpieczone w terminie.

Kod OW	Nazwa OW NFZ	2008	2009	Dynamika (%)
1	2	3	4	5
01	Dolnośląski	12	12	100,00%
02	Kujawsko-Pomorski	20	20	100,00%
03	Lubelski	14	14	100,00%
04	Lubuski	17	16	94,12%
05	Łódzki	21	15	71,43%
06	Małopolski	21	21	100,00%
07	Mazowiecki	38	38	100,00%
08	Opolski	11	11	100,00%
09	Podkarpacki	23	23	100,00%
10	Podlaski	4	4	100,00%
11	Pomorski	20	20	100,00%
12	Śląski	25	25	100,00%
13	Świętokrzyski	4	4	100,00%
14	Warmińsko-Mazurski	23	23	100,00%
15	Wielkopolski	37	39	105,41%
16	Zachodniopomorski	10	10	100,00%
<b>Razem</b>		300	295	98,33%

Tabela nr III.36. Liczba umów zawartych w latach 2008-2009 w rodzaju ratownictwo medyczne.

Jak wynika z przeprowadzonej analizy w 2009 r. zawartych zostało 295 umowy ze świadczeniodawcami, co stanowiło mniej o 1,67% (2008 r. trzysta umów) w porównaniu do roku poprzedniego. Mniejszą ilość umów w porównaniu do roku 2008 zawarto w następujących

oddziałach wojewódzkich Funduszu: lubuskim oraz łódzkim. Większą ilość umów zawarto z Wielkopolskim OW NFZ. W pozostałych oddziałach wojewódzkich Funduszu ilość zawartych umów na 2009 r. w porównaniu do roku poprzedniego pozostała bez zmian.

Ratownictwo medyczne (w tys. zł)						
Kod OW	Nazwa OW NFZ	Plan finansowy NFZ na 2009 r.	2009 r.			2009/2008
			Wartość zakontraktowanyc	Koszty działalności	Koszt realizacji świadczeń	Dynamika kontraktów
1	2	3	4	5	6	7
01	Dolnośląski	131 172,00	131 140,74	131 140,74	131 156,54	120,42%
02	Kujawsko-Pomorski	102 965,00	102 901,39	102 901,39	102 903,94	129,10%
03	Lubelski	105 734,00	105 733,43	105 733,43	105 733,43	115,88%
04	Lubuski	61 433,00	61 432,73	61 432,73	61 432,73	143,62%
05	Łódzki	113 002,00	111 155,36	111 155,36	111 155,37	114,07%
06	Małopolski	129 441,00	129 415,51	129 415,51	129 440,71	113,58%
07	Mazowiecki	218 216,00	217 967,00	217 967,00	217 967,00	114,91%
08	Opolski	49 146,00	45 910,46	45 910,46	45 937,13	110,21%
09	Podkarpacki	99 677,00	99 624,31	99 624,31	99 637,04	119,54%
10	Podlaski	63 855,00	63 855,44	63 855,44	63 855,44	121,48%
11	Pomorski	96 562,00	96 462,25	96 454,69	96 521,79	118,92%
12	Śląski	187 413,00	187 340,44	187 340,44	187 392,32	109,74%
13	Świętokrzyski	53 126,00	52 863,58	52 863,58	52 864,16	102,89%
14	Warmińsko- Mazurski	86 352,00	85 450,38	85 450,38	85 451,58	138,55%
15	Wielkopolski	138 440,00	137 103,89	137 103,89	137 103,89	106,67%
16	Zachodniopomorski	93 966,00	93 965,99	93 962,63	93 962,63	126,68%
<b>RAZEM</b>		<b>1 730 500,00</b>	<b>1 722 322,90</b>	<b>1 722 311,98</b>	<b>1 722 515,70</b>	<b>117,26%</b>

\*) Koszty realizacji świadczeń zawierają koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego oraz koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji

**Tabela nr III.37.** Wartości zakontraktowanych świadczeń na 2009 r. w zestawieniu z dynamiką kontraktów 2009/2008 r.

W rodzaju ratownictwo medyczne w 2009 r. obserwujemy wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń o 17,26% w porównaniu do roku poprzedniego. Koszty realizacji świadczeń opieki zdrowotnej wykonanych w 2009 r. w omawianym rodzaju wyniosły 1.722.515,70 tys. zł, co stanowi 100,01% wartości świadczeń zakontraktowanych.

Na rok 2009 (tabela nr III.38) zakontraktowane zostały 1.471,33 zespoły ratownictwa medycznego, w tym: 849,33 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego (w tym 15 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego sezonowych oraz 6 wodnych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego) oraz 622 specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego (w tym 1 wodny specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego). Jak wynika z przeprowadzonej analizy w 2009 r. zakontraktowanych zostało o 51,83 więcej zespołów ratownictwa medycznego w stosunku do roku poprzedniego.

Zespoły	2008	2009
Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	799,5	849,33
Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	620	622
<b>Razem</b>	<b>1419,5*</b>	<b>1471,33**</b>

\*) w tym 8 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego sezonowych oraz 5 wodnych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego

\*\*) w tym 15 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego sezonowych, 6 wodnych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego oraz 1 wodny specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego

**Tabela nr III.38.** Liczba zakontraktowanych zespołów ratownictwa medycznego latach 2008-2009.

Najwyższy współczynnik liczby zespołów ratownictwa medycznego w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców zaobserwować można oddziałach: lubuskim, warmińsko-mazurskim oraz

zachodniopomorskim. Najmniejszy współczynnik zaobserwowano w oddziałach: małopolskim, śląskim oraz wielkopolskim (tabela nr III.39).

Kod OW	Nazwa OW	Populacja (GUS stan na dzień 31 XII 2009)	Liczba zespołów ratownictwa medycznego - P i S	Liczba osób przypadająca na jeden zespół ratownictwa medycznego	Liczba zespołów ratownictwa medycznego w przeliczeniu na 10 tys.mieszkańców
1	2	3	4	5	6
01	Dolnośląski	2 878 200	109,33	26 326	0,38
02	Kujawsko-Pomorski	2 069 700	95	21 786	0,46
03	Lubelski	2 159 100	88	24 535	0,41
04	Lubuski	1 010 383	51	19 811	0,50
05	Łódzki	2 544 883	98	25 968	0,39
06	Małopolski	3 297 600	108	30 533	0,33
07	Mazowiecki	5 221 200	181	28 846	0,35
08	Opolski	1 031 700	41	25 163	0,40
09	Podkarpacki	2 101 859	85	24 728	0,40
10	Podlaski	1 190 735	53	22 467	0,45
11	Pomorski	2 204 375	85	25 934	0,39
12	Śląski	4 643 200	154	30 151	0,33
13	Świętokrzyski	1 271 000	45	28 244	0,35
14	Warmińsko- Mazurski	1 428 000	77	18 545	0,54
15	Wielkopolski	3 407 500	116	29 375	0,34
16	Zachodniopomorski	1 694 100	82	20 660	0,48

**Tabela nr III.39.** Liczba zakontraktowanych zespołów ratownictwa medycznego w 2009 r. w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców.

### III.2.2.10. Opieka stomatologiczna

W rodzaju leczenie stomatologiczne w 2009 r. wyodrębnia się następujące zakresy:

- świadczenia ogólnie stomatologiczne,
- świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 roku życia,
- świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym,
- świadczenia chirurgii stomatologicznej i periodontologii,
- świadczenia protetyki stomatologicznej,
- świadczenia ortodoncji,
- świadczenia protetyki stomatologicznej dla osób po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki,
- świadczenia stomatologicznej pomocy doraźnej,
- świadczenia stomatologiczne dla pacjentów z grupy wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS.

Zakres świadczeń stomatologicznych finansowanych przez Fundusz wynikał z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2004 roku w sprawie wykazu gwarantowanych świadczeń lekarza dentysty i materiałów stomatologicznych oraz rodzaju dokumentu potwierdzającego uprawnienia do tych świadczeń (Dz. U. Nr 261, poz. 2601 z późn. zm.).

Dodatkowo finansowane były świadczenia ortodontyczne w ramach Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki. Realizacja świadczeń w ramach Programu obejmowała świadczenia:

- u niemowląt przedoperacyjne kształtowanie szczęki płytką podniebienną,
- korektę zaburzeń zębowo-zgryzowych aparatami zdejmowanymi,



- korektę zaburzeń zębowo-zgryzowych aparatami stałymi,
- rehabilitację protetyczną,
- leczenie retencyjne,
- uzupełnienie braków zębowych protezami ruchomymi.

Kod OW	Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców 2008	liczba świadczeniodawców 2009
01	Dolnośląski	781	799
02	Kujawsko-Pomorski	498	495
03	Lubelski	558	621
04	Lubuski	210	211
05	Łódzki	488	499
06	Małopolski	480	470
07	Mazowiecki	761	750
08	Opolski	262	260
09	Podkarpacki	626	606
10	Podlaski	325	351
11	Pomorski	413	403
12	Śląski	1 337	1 329
13	Świętokrzyski	298	297
14	Warmińsko-Mazurski	400	401
15	Wielkopolski	805	807
16	Zachodniopomorski	427	429
<b>Razem</b>		<b>8 669</b>	<b>8 728</b>

Tabela nr III.40. Liczba świadczeniodawców w leczeniu stomatologicznym.

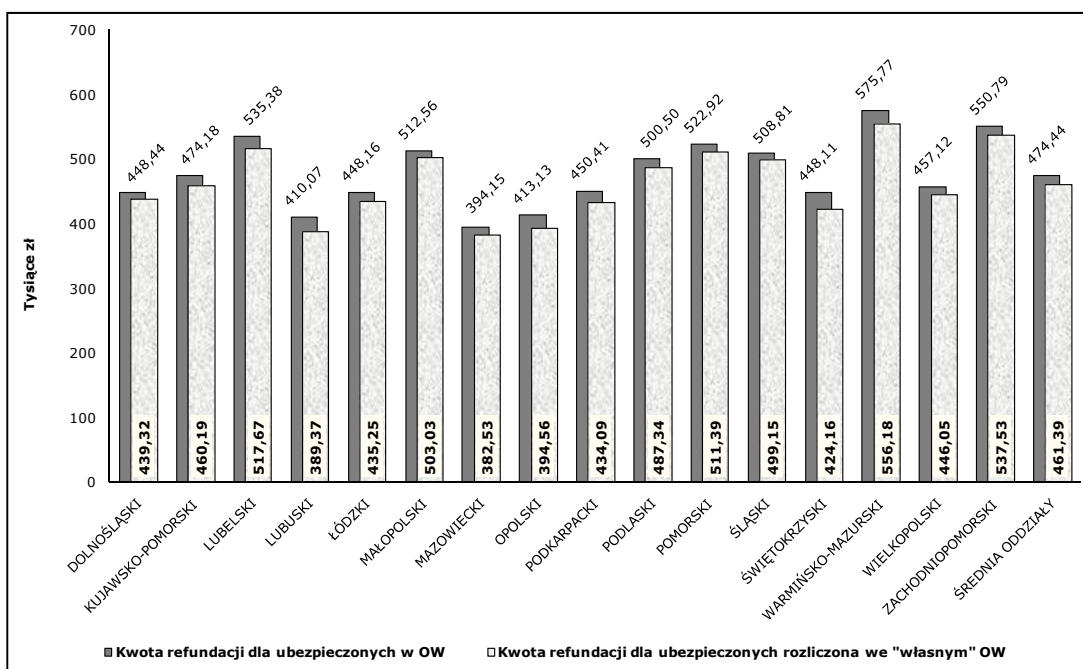
Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2008 (tys. zł)	Koszty realizacji świadczeń w 2008 (tys. zł)	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2009 (tys. zł)	Koszty realizacji świadczeń w 2009 (tys. zł)	% realizacji	Dynamika kontraktów 2008/2009
Dolnośląski	137 619,53	123 773,38	137 774,09	134 419,49	97,57%	100,11%
Kujawsko-Pomorski	93 928,38	95 748,36	98 045,97	96 982,69	98,92%	104,38%
Lubelski	112 766,18	108 877,30	117 136,66	113 971,64	97,30%	103,88%
Lubuski	40 747,41	39 508,20	42 301,76	41 680,33	98,53%	103,81%
Łódzki	122 876,06	117 796,96	124 516,05	120 294,72	96,61%	101,33%
Małopolski	170 086,73	161 124,14	183 669,38	179 136,55	97,53%	107,99%
Mazowiecki	208 267,65	191 024,74	216 397,35	209 515,27	96,82%	103,90%
Opolski	44 610,38	44 134,63	43 728,33	43 695,88	99,93%	98,02%
Podkarpacki	86 712,44	83 929,61	98 252,12	95 480,56	97,18%	113,31%
Podlaski	62 108,17	59 719,52	59 875,53	59 318,95	99,07%	96,41%
Pomorski	119 570,53	110 422,04	121 032,67	119 971,58	99,12%	101,22%
Śląski	261 322,21	249 191,57	250 051,83	247 801,04	99,10%	95,69%
Świętokrzyski	54 276,10	53 940,59	55 975,83	55 476,75	99,11%	103,13%
Warmińsko-Mazurski	80 782,24	78 625,32	82 455,88	82 023,84	99,48%	102,07%
Wielkopolski	151 171,55	139 974,99	159 144,21	155 021,74	97,41%	105,27%
Zachodniopomorski	86 863,18	81 078,35	94 158,17	92 615,12	98,36%	108,40%
<b>RAZEM:</b>	<b>1 833 708,74</b>	<b>1 255 098,57</b>	<b>1 884 515,83</b>	<b>1 847 406,15</b>	<b>98,03%</b>	<b>102,77%</b>

Tabela nr III.41. Wartość i wykonanie umów w rodzaju leczenie stomatologiczne.

W rodzaju leczenie stomatologiczne wartość zawartych umów wzrosła o 2,77% i wyniosła 1.884.515,83 tys. zł.

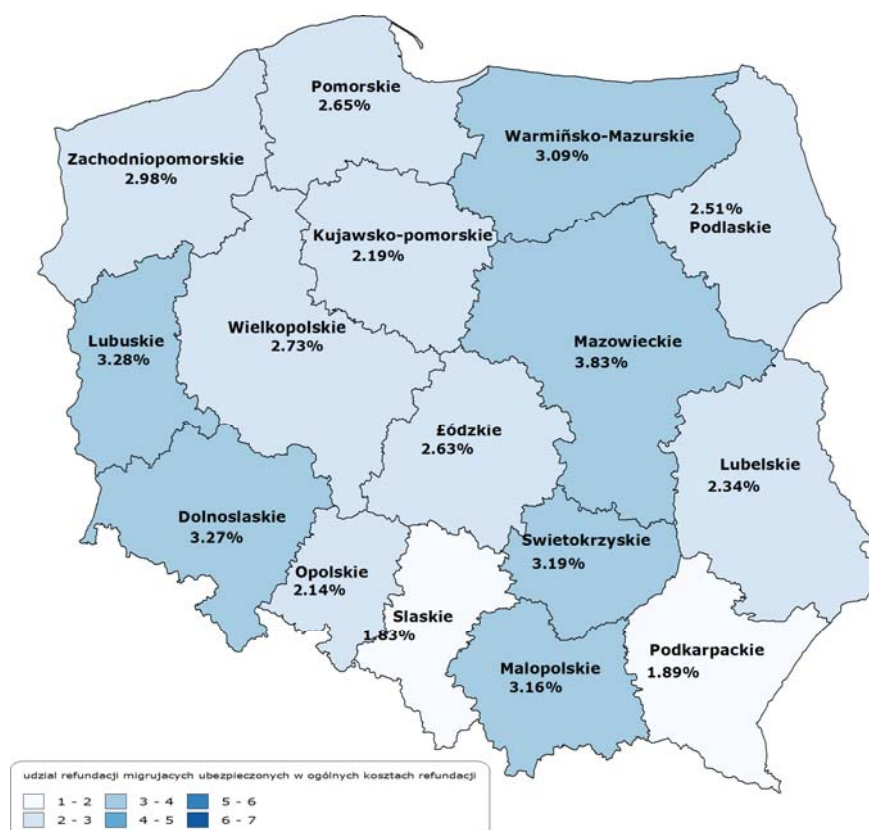
Nazwa Oddziału	Wartość zapłaconych świadczeń w 2009 r. ogółem na 10 tys. ubezpieczonych (tys. zł)	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	448,44	113,77%
Kujawsko-Pomorski	474,18	120,30%
Lubelski	535,38	135,83%
Lubuski	410,07	104,04%
Łódzki	448,16	113,70%
Małopolski	512,56	130,04%
Mazowiecki	394,15	100,00%
Opolski	413,13	104,82%
Podkarpacki	450,41	114,27%
Podlaski	500,50	126,98%
Pomorski	522,92	132,67%
Śląski	508,81	129,09%
Świętokrzyski	448,11	113,69%
Warmińsko-Mazurski	575,77	146,08%
Wielkopolski	457,12	115,98%
Zachodniopomorski	550,79	139,74%
<b>Średnia</b>	<b>474,44</b>	<b>120,37%</b>

Tabela nr III.42. Wartość zrealizowanych świadczeń w leczeniu stomatologicznym w 2009 roku w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w tys. zł.



Wykres nr III.15. Koszty świadczeń związane z migracją ubezpieczonych w rodzaju leczenie stomatologiczne na 10 tys. ubezpieczonych w tys. zł.

Na wykresie przedstawiono koszty świadczeń, które poniesiono na rzecz ubezpieczonych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla ubezpieczonych rozliczone we „własnym” oddziale wojewódzkim Funduszu. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu stomatologicznym na 10 tys. ubezpieczonych w roku 2009 osiągnął Warmińsko-Mazurski OW NFZ (575,77 tys. zł).



Udział w ogólnej kwocie refundacji kosztów świadczeń udzielonych ubezpieczonym spoza oddziału [%].

W rodzaju leczenie stomatologiczne najczęściej ubezpieczonych leczyło się poza obszarem macierzystego oddziału wojewódzkiego w województwie mazowieckim – 3,83%.

### III.2.2.11. Programy profilaktyczne

W rodzaju profilaktyczne programy zdrowotne wyodrębnia się:

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

W celu oceny realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych, monitorowaniu podlegają:

- zgłaszalność osób do tych programów,
- efekty realizacji poszczególnych programów, a w szczególności:
  - o liczba osób z nieprawidłowymi wynikami badań,
  - o liczba osób z rozpoznaniem schorzenia stanowiącego przedmiot programu,
  - o koszt zdiagnozowania jednej osoby z wynikiem dodatnim;
- dodatkowe parametry dotyczące jakości realizacji świadczeń,

Ponadto w podstawowej opiece zdrowotnej realizowany jest program: profilaktyki chorób układu krążenia, program profilaktyki chorób odtytoniowych i program profilaktyki gruźlicy.

Program profilaktyki chorób układu krążenia:

- cel główny: obniżenie o ok. 20% zachorowalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia populacji objętej programem poprzez wczesne wykrywanie, redukcję występowania i natężenia czynników ryzyka;
- sposób realizacji działań w ramach programu: adresatami są w szczególności osoby obciążone czynnikami ryzyka znajdujące się na liście świadczeniobiorców lekarza POZ

świadczeniodawcy i w danym roku kalendarzowym objętym umową będące w 35, 40, 45, 50, oraz 55 roku życia, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia i które w okresie ostatnich 5 lat nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach programu (także u innych świadczeniodawców).

Cel programu profilaktyki chorób odtytoniowych:

- cel główny: zmniejszenie zachorowalności na schorzenia odtytoniowe, w tym ograniczenie zachorowalności, inwalidztwa i umieralności z powodu POChP poprzez kompleksowe działania edukacyjno-diagnostyczne i terapeutyczne w grupach wysokiego ryzyka.

Cele ogólne Programu profilaktyki gruźlicy: zmniejszenie wskaźnika zachorowalności na gruźlicę, zmniejszenie wskaźnika śmiertelności na gruźlicę, objęcie wczesną opieką świadczeniobiorców chorych na gruźlicę.

Wyżej wymienione świadczenia nie są limitowane i warunkowane tylko dostępnością świadczeń. W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej realizowany jest również program profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy oraz program profilaktyki jaskry.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2008 (tys. zł)	Koszty realizacji świadczeń w 2008 (tys. zł)	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2009 (tys. zł)	Koszty realizacji świadczeń w 2009 (tys. zł)	% realizacji	Dynamika kontraktów 2008/2009
Dolnośląski	15 584,25	9 584,66	13 807,68	13 807,68	100,00%	88,60%
Kujawsko-Pomorski	9 325,92	7 053,52	8 106,06	8 106,06	100,00%	86,92%
Lubelski	8 727,30	6 355,96	8 112,57	8 112,57	100,00%	92,96%
Lubuski	3 277,60	3 012,15	4 052,92	4 052,92	100,00%	123,65%
Łódzki	11 961,09	7 969,77	11 454,61	11 454,61	100,00%	95,77%
Małopolski	10 629,14	7 095,67	8 325,01	8 325,01	100,00%	78,32%
Mazowiecki	20 608,32	12 700,21	16 126,99	16 126,99	100,00%	78,25%
Opolski	4 613,19	3 490,26	3 099,33	3 099,33	100,00%	67,18%
Podkarpacki	4 835,41	5 339,59	5 000,86	5 000,86	100,00%	103,42%
Podlaski	5 126,19	4 137,27	4 250,86	4 250,86	100,00%	82,92%
Pomorski	8 105,97	7 004,64	8 434,51	8 434,51	100,00%	104,05%
Śląski	17 897,95	13 768,97	17 645,23	17 645,23	100,00%	98,59%
Świętokrzyski	3 234,80	2 711,56	3 929,17	3 929,17	100,00%	121,47%
Warmińsko-Mazurski	5 197,83	5 523,33	5 221,25	5 221,25	100,00%	100,45%
Wielkopolski	9 480,55	9 091,21	11 071,92	11 071,92	100,00%	116,79%
Zachodniopomorski	7 121,09	6 582,79	7 094,27	7 094,27	100,00%	99,62%
<b>RAZEM:</b>	<b>145 726,60</b>	<b>111 421,56</b>	<b>135 733,23</b>	<b>135 733,23</b>	<b>100,00%</b>	<b>93,14%</b>

**Tabela nr III.43.** Wartość i wykonanie umów w profilaktycznych programach zdrowotnych (zawiera programy realizowane w POZ, AOS).

Tabela zawiera wartość umów i realizację programów profilaktycznych realizowanych w rodzaju programy profilaktyczne oraz podstawowej opiece zdrowotnej, ambulatoryjnych świadczeniach specjalistycznych.

Nazwa Oddziału	Wartość zapłaconych świadczeń w 2009 r. ogółem na 10 tys. ubezpieczonych (tys. zł)	Różnica (%) (najniższa wartość=100%)
Dolnośląski	49,07	202,69%
Kujawsko-Pomorski	39,42	162,85%
Lubelski	37,70	155,74%
Lubuski	40,72	168,22%
Łódzki	45,79	189,16%
Małopolski	26,12	107,89%
Mazowiecki	31,66	130,80%
Opolski	32,74	135,25%
Podkarpacki	24,21	100,00%
Podlaski	36,55	150,98%
Pomorski	38,47	158,94%
Śląski	39,28	162,29%
Świętokrzyski	31,08	128,41%
Warmińsko-Mazurski	36,83	152,15%
Wielkopolski	32,85	135,72%
Zachodniopomorski	42,48	175,50%
<b>Średnia</b>	<b>36,29</b>	<b>149,90%</b>

**Tabela nr III.44.** Wartość zakontraktowanych i zrealizowanych świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych w 2009 roku w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w tys. zł.

### III.2.2.12. Zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze

Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi są świadczenia polegające na zaopatrzeniu świadczeniobiorców w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi, finansowane przez Fundusz. Wielkość refundacji Funduszu w cenie przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego albo w cenie naprawy przedmiotu ortopedycznego określa art. 40 ustawy o świadczeniach wraz z aktami wykonawczymi: rozporządzeniem w sprawie limitu cen dla wyrobów medycznych, rozporządzeniem w sprawie szczegółowego wykazu wyrobów medycznych.

Nazwa Oddziału	ZSP 2008		ZSP 2009		% realizacji	Dynamika planu 2008/2009
	plan (tys. zł)	realizacja (tys. zł)	plan (tys. zł)	realizacja (tys. zł)		
Dolnośląski	45 120,00	42 325,60	43 500,00	43 493,65	99,99%	96,41%
Kujawsko-Pomorski	30 635,00	30 347,76	30 920,00	30 917,48	99,99%	100,93%
Lubelski	31 016,00	30 894,58	30 500,00	29 551,43	96,89%	98,34%
Lubuski	15 300,00	14 448,64	15 958,00	15 284,61	95,78%	104,30%
Łódzki	42 122,00	40 289,48	38 405,00	38 395,52	99,98%	91,18%
Małopolski	55 305,00	54 202,60	56 200,00	54 624,48	97,20%	101,62%
Mazowiecki	77 130,00	74 850,26	79 000,00	78 752,38	99,69%	102,42%
Opolski	16 497,00	15 289,74	16 000,00	15 720,71	98,25%	96,99%
Podkarpacki	30 911,00	30 858,62	33 111,00	33 101,59	99,97%	107,12%
Podlaski	18 039,00	17 004,79	18 003,00	17 784,41	98,79%	99,80%
Pomorski	30 858,00	30 857,20	32 880,00	32 880,00	100,00%	106,55%
Śląski	82 935,00	79 640,87	80 200,00	79 577,44	99,22%	96,70%
Świętokrzyski	20 102,00	19 666,07	19 400,00	19 392,53	99,96%	96,51%
Warmińsko-Mazurski	22 551,00	21 650,12	22 800,00	22 799,47	100,00%	101,10%
Wielkopolski	50 180,00	49 243,19	52 000,00	48 919,84	94,08%	103,63%
Zachodniopomorski	29 055,00	25 463,70	26 873,00	26 284,00	97,81%	92,49%
<b>RAZEM:</b>	<b>597 756,00</b>	<b>577 033,22</b>	<b>595 750,00</b>	<b>587 479,54</b>	<b>98,61%</b>	<b>99,66%</b>

**Tabela nr III.45.** Wielkość refundacji Funduszu w cenie przedmiotu ortopedycznego lub środka pomocniczego albo w cenie naprawy przedmiotu ortopedycznego.

### III.2.2.13. Lecznictwo uzdrowiskowe

Lecznictwo uzdrowiskowe zajmuje się leczeniem, profilaktyką i rehabilitacją chorób przewlekłych. Z leczenia uzdrowiskowego w Polsce korzysta rocznie ponad 300 tys. chorych. 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 44 miejscowościach o statusie uzdrowiskowym (stan na listopad 2009 zgodnie z wykazem Ministerstwa Zdrowia). Na 2009 rok Fundusz zawarł kontrakty na świadczenia w zakresie leczenia uzdrowiskowego ze 136 zakładami leczenia uzdrowiskowego. Kontrakty te zapewniają świadczeniobiorcom szeroki wachlarz usług uzdrowiskowych od tzw. leczenia ambulatoryjnego poprzez leczenie szpitalne i sanatoryjne dla dzieci do leczenia sanatoryjnego dorosłych.

OW NFZ	Liczba ubezpieczonych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich (wg CWU na dzień 31 XII 2009)	Wysokość planu finansowego [tys. zł]	Wartość planu finansowego na 10 tys. ubezpieczonych [tys. zł]	Wartość zakontraktowanych świadczeń [tys. zł]	Wartość zakontraktowanych świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych [tys. zł]	Wartość zrealizowanych świadczeń [tys. zł]	% realizacji
Dolnośląski	2 814 150	54 544,00	193,82	54 261,51	192,82	52 271,32	96,33%
Kujawsko - Pomorski	2 056 304	38 348,00	186,49	38 344,97	186,48	36 052,35	94,02%
Lubelski	2 151 800	40 014,00	185,96	39 997,10	185,88	39 095,20	97,75%
Lubuski	995 306	15 099,00	151,70	15 094,47	151,66	13 571,34	89,91%
Łódzki	2 501 541	49 194,00	196,65	49 193,42	196,65	46 688,93	94,91%
Małopolski	3 187 560	51 129,00	160,40	51 113,25	160,35	46 253,39	90,49%
Mazowiecki	5 093 209	101 731,00	199,74	100 895,35	198,10	95 846,58	95,00%
Opolski	946 650	15 870,00	167,64	15 283,19	161,44	15 283,19	100,00%
Podkarpacki	2 065 862	29 654,00	143,54	29 653,13	143,54	28 690,09	96,75%
Podlaski	1 163 075	19 820,00	170,41	19 666,99	169,09	19 070,31	96,97%
Pomorski	2 192 211	31 141,00	142,05	31 090,98	141,82	28 867,10	92,85%
śląski	4 491 641	91 837,00	204,46	91 834,10	204,46	88 294,04	96,15%
Świętokrzyski	1 264 012	23 437,00	185,42	23 424,85	185,32	22 606,36	96,51%
Warmińsko - Mazurski	1 417 663	17 676,00	124,68	17 665,01	124,61	17 022,18	96,36%
Wielkopolski	3 369 983	59 250,00	175,82	59 247,87	175,81	56 328,94	95,07%
Zachodniopomorski	1 669 893	30 828,00	184,61	30 786,34	184,36	30 531,79	99,17%
<b>RAZEM</b>	<b>* 37406740</b>	<b>669 572,00</b>	<b>179,00</b>	<b>667 552,53</b>	<b>178,46</b>	<b>636 473,11</b>	<b>95,34%</b>

\* w tym 25 880 bez przypisanego OW

**Tabela nr III.46.** Ocena dostępności świadczeń w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w 2009 roku (w zł).

Wartość zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe na 2009 rok wynosi 667.552,53 tys. zł. W 2009 r. zrealizowano świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w 95,34% ich wartości.

### III.3. Kontrola realizacji umów

W 2009 r. oddziały wojewódzkie Funduszu skontrolowały prawidłowość realizacji 3.376 umów, w tym przeprowadziły 1.914 kontroli planowych i 1.462 kontrole pozaplanowe (doraźne).

W ramach ww. kontroli, oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły 117 kontroli zleconych przez inne podmioty, takie jak: Policja, Prokuratura, Wojewodowie, Najwyższa Izba Kontroli, Minister Zdrowia oraz inne podmioty zewnętrzne.

Kwoty określone w 2009 r. do zwrotu wyniosły 67.472.928,68 zł w tym, z tytułu zakwestionowanych środków finansowych 47.032.339,06 zł oraz z tytułu nałożonych kar 20.440.589,62 zł.

Nazwa OW	AOS	OPH	PDT	POZ	PRO	PSY	REH	RTM	SOK	SPO	STM	SZP	UZD	ZPO	Suma
Dolnośląski	17			47	6	8	8	4	4	16	10	47	1	9	<b>177</b>
Kujawsko-Pomorski	19	4		29		10	1	1		2	10	41	8	4	<b>129</b>
Lubelski	27			31	19	15	4	10	1	15	11	55		9	<b>197</b>
Lubuski	26			50	9	8	10	19		3	18	32		5	<b>180</b>
Łódzki	78	1		41	3	16	25	9	4	8	49	52	2	5	<b>293</b>
Małopolski	22	2		60	3	14	33	11	2	10	38	63	4	5	<b>267</b>
Mazowiecki	50	5	1	44	18	46	36	10	25	39	33	107	7	6	<b>427</b>
Opolski	25	6		15	4	10	7	11	5	9	6	24	3	6	<b>131</b>
Podkarpacki	35	6		39	3	17	27	9	4	15	38	34	6	9	<b>242</b>
Podlaski	32	2	3	21	2	9	6		3	8	51	28	1	1	<b>167</b>
Pomorski	41	1		30	5	7	12	10	2	1	24	31		25	<b>189</b>
Śląski	37	1		48	1	14	9	13	4	17	70	39	7	78	<b>338</b>
Świętokrzyski	16			11	4	11	11	2	3	2	33	24	1	4	<b>122</b>
Warmińsko-Mazurski	66			63	2	13	8	13	10	4	18	27		2	<b>226</b>
Wielkopolski	30	1		33		13	13	8		4	49	33	1	5	<b>190</b>
Zachodniopomorski	15		1	13	2	14	7	6	3	3	16	18	3		<b>101</b>
<b>Suma</b>	<b>536</b>	<b>29</b>	<b>5</b>	<b>575</b>	<b>81</b>	<b>225</b>	<b>217</b>	<b>136</b>	<b>70</b>	<b>156</b>	<b>474</b>	<b>655</b>	<b>44</b>	<b>173</b>	<b>3 376</b>

**Tabela nr III.47.** Liczba przeprowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu kontroli w poszczególnych rodzajach świadczeń.

W wyniku przeprowadzonych kontroli, zakwestionowano środki finansowe oraz w związku ze stwierdzonymi nieprawidłowościami nałożono na świadczeniodawców kary umowne<sup>1</sup>.

Rodzaj świadczeń	Wartość zakwestionowanych środków	Wartość naliczonych kar	Razem
AOS	1 832 652,01	1 008 816,83	2 841 468,84
OPH	281 137,73	67 395,27	348 533,00
PDT	0,00	18 878,19	18 878,19
POZ	1 061 286,10	1 042 047,70	2 103 333,80
PRO	82 049,40	25 965,78	108 015,18
PSY	623 295,12	422 594,52	1 045 889,64
REH	412 538,13	669 579,70	1 082 117,83
RTM	0,00	1 032 050,43	1 032 050,43
SOK	276 385,94	356 489,88	632 875,82
SPO	2 588 664,03	940 953,18	3 529 617,21
STM	3 382 294,30	704 944,64	4 087 238,94
SZP	33 830 778,63	13 703 940,89	47 534 719,52
UZD	400,50	60 420,24	60 820,74
ZPO	2 660 857,17	386 512,37	3 047 369,54
<b>RAZEM</b>	<b>47 032 339,06</b>	<b>20 440 589,62</b>	<b>67 472 928,68</b>

**Tabela nr III.48.** Wartości zakwestionowanych środków i naliczonych kar w podziale na poszczególne rodzaje świadczeń.

<sup>1</sup> Wartości zakwestionowanych środków i nałożonych kar umownych odnoszą się do przeprowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu u świadczeniodawców postępowań kontrolnych zakończonych w 2009 roku wystąpieniem pokontrolnym.



Nazwa Oddziału Wojewódzkiego NFZ	Wartość zakwestionowanych środków	Wartość naliczonych kar	Razem
Dolnośląski	1 343 336,67	455 494,73	1 798 831,40
Kujawsko-Pomorski	2 290 211,13	598 475,21	2 888 686,34
Lubelski	3 820 433,44	242 448,82	4 062 882,26
Lubuski	765 877,24	262 532,79	1 028 410,03
Łódzki	2 754 587,42	688 103,50	3 442 690,92
Małopolski	4 433 116,60	2 316 087,49	6 749 204,09
Mazowiecki	3 933 844,11	3 500 883,88	7 434 727,99
Opolski	1 874 158,85	771 267,34	2 645 426,19
Podkarpacki	1 793 334,27	784 633,76	2 577 968,03
Podlaski	1 158 630,80	770 777,13	1 929 407,93
Pomorski	1 338 549,97	312 188,52	1 650 738,49
Śląski	7 064 607,60	7 065 756,52	14 130 364,12
Świętokrzyski	721 211,15	403 210,44	1 124 421,59
Warmińsko-Mazurski	300 042,09	222 860,19	522 902,28
Wielkopolski	12 309 433,65	1 616 437,24	13 925 870,89
Zachodniopomorski	1 130 964,07	429 432,06	1 560 396,13
<b>RAZEM</b>	<b>47 032 339,06</b>	<b>20 440 589,62</b>	<b>67 472 928,68</b>

Tabela nr III.49. Wartości zakwestionowanych środków i naliczonych kar w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu.

W wyniku stwierdzenia nieprawidłowości w realizacji świadczeń, oddziały wojewódzkie Funduszu rozwiązywały umowy ze świadczeniodawcami. Liczbę i wartość rozwiązanych umów w 2009 r. w wyniku kontroli przedstawia poniższa tabela:

Nazwa Oddziału Wojewódzkiego	Liczba umów rozwiązanych	Wartość rozwiązanych umów
Dolnośląski	1*	
Kujawsko-Pomorski		
Lubelski	3*	109 164,00
Lubuski	2	106 260,00
Łódzki	2	156 989,36
Małopolski		
Mazowiecki	1	574 875,00
Opolski		
Podkarpacki	4	429 060,80
Podlaski		
Pomorski		
Śląski	4	927 382,99
Świętokrzyski		
Warmińsko-Mazurski	6*	1 546 168,34
Wielkopolski	2	50 497,25
Zachodniopomorski	4	1 170 644,08
<b>Razem</b>	<b>29</b>	<b>5 071 041,82</b>

\* - zawiera nieokreśloną wartość umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna

Tabela nr III.50. Liczba i wartość rozwiązanych umów w 2009 r. w wyniku kontroli.

Ponadto, w 2009 roku, oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły 111 kontroli u świadczeniodawców w zakresie programów terapeutycznych i chemioterapii, w tym 22 kontrole planowe i 89 doraźnych. W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2009 r. do oddziałów

wojewódzkich Funduszu, w następstwie postępowań kontrolnych prowadzonych u świadczeniodawców w zakresie programów terapeutycznych i chemioterapii, wpłynęła łączna kwota środków w wysokości 2.723.794,48 zł.

Oddział Wojewódzki Funduszu		kwoty wynikające z korekty raportów	kwoty odzyskane z tytułu zakwestionowanych środków	kwoty odzyskane z tytułu nałożonych kar	Razem rozliczono (suma kwot odzyskanych)	pozostało do rozliczenia
1	Dolnośląski	0,00	384 643,60	0,00	392 482,57	0,00
2	Kujawsko-Pomorski	7 022,40	7 022,40	0,00	7 022,40	2 335,20
3	Lubelski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4	Lubuski	37 895,00	51 915,00	0,00	51 915,00	0,00
5	Łódzki	0,00	0,00	7 281,00	7 281,00	0,00
6	Małopolski	4 842,00	30 573,20	15 826,45	46 399,65	0,00
7	Mazowiecki	1 512 547,02	1 760 922,11	268 278,37	2 029 200,48	1 350 094,28
8	Opolski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
9	Podkarpacki	0,00	92 414,56	5 603,78	98 018,34	0,00
10	Podlaski	6 444,00	6 444,00	3 836,00	10 280,00	0,00
11	Pomorski	201 945,44	200,81	3 442,76	3 643,57	201 744,63
12	Śląski	0,00	0,00	8 500,00	8 500,00	0,00
13	Świętokrzyski	47 556,00	1 838,57	0,00	49 394,57	0,00
14	Warmińsko-Mazurski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
15	Wielkopolski	17 418,55	17 418,55	6 938,35	19 656,90	0,00
16	Zachodniopomorski	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Razem</b>		<b>1 835 670,41</b>	<b>2 353 392,80</b>	<b>319 706,71</b>	<b>2 723 794,48</b>	<b>1 554 174,11</b>

Tabela nr III.51. Wpływ środków finansowych z tytułu przeprowadzonej kontroli.

### III.3.1. Nieprawidłowości w realizacji umów

Najczęściej stwierdzone w wyniku kontroli świadczeniodawców nieprawidłowości dotyczą w szczególności:

- niezgodności raportów statystyczno-medycznych z dokumentacją medyczną,
- niezasadnego rozliczania świadczeń/procedur/porad,
- podwójnego wykazywania do rozliczeń tej samej procedury,
- braku wykonania wymaganych do rozliczenia określonego świadczenia (porady) czynności diagnostycznych i/lub terapeutycznych,
- braku potwierdzenia w dokumentacji medycznej faktu udzielenia świadczeń,
- braku wymaganego sprzętu i aparatury medycznej,
- braku wymaganych kwalifikacji personelu,
- niezgodnego z przepisami prawa prowadzenia dokumentacji medycznej,
- nieposiadania przez świadczeniodawców POZ deklaracji wyboru lekarza/pielęgniarki/położnej,
- braków formalno-prawnych na deklaracjach wyboru.

Wykaz najczęstszych nieprawidłowości stwierdzonych w toku przeprowadzonych kontroli w poszczególnych rodzajach świadczeń:

- leczenie szpitalne:
  - o brak zasadności hospitalizacji, w świetle art. 58 ustawy o świadczeniach,
  - o niezasadne kwalifikowanie do określonej grupy w systemie JGP (poprzez zamianę rozpoznania zasadniczego na rozpoznanie współistniejące, nieprawidłowe wskazanie rozpoznania zasadniczego, wskazanie wykonania procedury w toku hospitalizacji zachowawczej, pominięcie procedury dla rozliczenia hospitalizacji zachowawczej),
  - o nieprawidłowe rozliczanie pobytu w OAiT,

- rozbieżności pomiędzy raportami statystyczno-medycznymi z dokumentacją medyczną,
- rozbieżność pomiędzy personelem realizującym świadczenia a wykazanym w załączniku nr 2 do umowy „Harmonogram – zasoby”,
- nieprawidłowe wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną,
- nieprawidłowy sposób prowadzenia dokumentacji medycznej.
- profilaktyczne programy zdrowotne:
  - brak wymaganych kwalifikacji personelu,
  - nieprawidłowy sposób prowadzenia dokumentacji medycznej.
- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień:
  - brak w dokumentacji medycznej potwierdzenia wykonanych świadczeń,
  - nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji medycznej,
  - skracanie czasu udzielonych porad/sesji,
  - brak wymaganych kwalifikacji personelu.
- świadczenia odrębnie kontraktowane:
  - nieprowadzenie i niesprawozdawanie listy oczekujących na świadczenia,
  - uchybienia w prowadzeniu dokumentacji medycznej.
- opieka paliatywna i hospicyjna:
  - nieprawidłowa kwalifikacja pacjentów do objęcia opieką hospicyjną,
  - wykazywanie do rozliczeń świadczeń bez potwierdzenia w dokumentacji medycznej,
  - wykazywanie do rozliczeń innej ilości dni pobytu pacjentów, niż wynika to z dokumentacji medycznej.
- podstawowa opieka zdrowotna;
  - brak deklaracji wyboru lekarza/pielęgniarki/położnej w porównaniu do zgłaszanych do rozliczeń list pacjentów,
  - braki formalnoprawne na deklaracjach.
- ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne:
  - nieprawidłowa kwalifikacja pacjentów do badań, porad i procedur medycznych,
  - brak potwierdzenia w badanej dokumentacji zasadności rozliczenia wykazanej porady,
  - brak poświadczenia w dokumentacji medycznej wykonania świadczeń wykazanych w raportach statystycznych,
  - brak wyników badań w dokumentacji medycznej,
  - wykazywanie porad udzielonych bez skierowania,
  - nieprowadzenie listy oczekujących na świadczenia,
  - brak zgłoszenia zmian personelu udzielającego świadczeń jak również harmonogramu udzielania świadczeń,
  - braki w wyposażeniu w sprzęt.
- rehabilitacja lecznicza:
  - brak skierowań na zabiegi fizjoterapeutyczne,
  - brak potwierdzenia przez świadczeniodawcę wykonania zabiegu fizjoterapeutycznego,
  - niezgodne ze stanem faktycznym wykazywanie w sprawozdaniach miesięcznych zabiegów rehabilitacyjnych,
  - nieprzestrzeganie określonego umową czasu trwania rehabilitacji i liczby zabiegów,
  - pobieranie dodatkowych opłat za świadczenia,
  - brak wymaganego sprzętu.
- leczenie stomatologiczne:
  - nieprawidłowa kwalifikacja pacjentów do procedur stomatologicznych,
  - brak wpisów w dokumentacji medycznej potwierdzających udzielenie świadczenia,
  - wykazywanie do rozliczeń świadczeń niefinansowanych przez Fundusz,

- pobieranie dodatkowych opłat za świadczenia,
- uchybienia w prowadzeniu dokumentacji medycznej,
- brak informacji dla pacjentów odnośnie do organizacji świadczeń.
- zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi i środkami pomocniczymi:
  - brak wymaganego asortymentu,
  - realizacja zleceń po dacie zgonu pacjenta,
  - brak potwierdzenia przez pacjenta odbioru przedmiotu określonego w zleceniu.
- lecznictwo uzdrowiskowe:
  - zawyżanie ilości osobodni w sprawozdawanych do Funduszu raportach,
  - niewykazywanie w sprawozdaniach przepustek udzielanych pacjentom.
- pomoc doraźna i transport sanitarny:
  - brak wymaganych kwalifikacji personelu.
- ratownictwo medyczne:
  - udzielanie świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nie posiadające wymaganych kwalifikacji,
  - brak wymaganego sprzętu.
- świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze:
  - brak uzasadnienia medycznego do objęcia pacjenta opieką,
  - udzielanie świadczeń w warunkach nieodpowiadających wymogom,
  - braki i nieprawidłowości w liczbie i kwalifikacjach personelu medycznego,
  - brak wymaganego sprzętu medycznego,
  - wykazywanie do rozliczeń nieudokumentowanych świadczeń.

### **III.3.2. Kontrole koordynowane przeprowadzone przez oddziały wojewódzkie Funduszu**

W ramach wykonanych w 2009 r. przez oddziały wojewódzkie Funduszu kontroli, przeprowadzono również 535 postępowań kontrolne w związku ze zleconymi przez Centralę Funduszu kontrolami koordynowanymi. Kontrole koordynowane zlecone zostały wszystkim oddziałom wojewódzkim Funduszu w oparciu o opracowany jednolity program kontroli.

W 2009 r. zlecono oddziałom wojewódzkim Funduszu przeprowadzenie 4 kontroli koordynowanych w zakresie:

- realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie świadczeń ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne. Termin przeprowadzenia kontroli: czerwiec – lipiec 2009 r. Okres objęty kontrolą styczeń-marzec 2009 r. Celem kontroli koordynowanej była ocena prawidłowości wykonania umów w rodzaju Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna w zakresie ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne ze szczególnym uwzględnieniem zasadności rozliczania świadczeń 5.03.00.000008 - gastroskopia diagnostyczna z biopsją (uwzględnia min. 3 badania hist-pat) – 25 pkt. Analiza kontrolowanej działalności potwierdziła, iż świadczeniodawcy pobierali 3 lub więcej wycinków, które następnie przesyłali do pracowni histopatologicznej w postaci jednej opisanej próbki (wycinki zatapiane w jednym bloczku), co było niezgodne ze standardem świadczenia. W wyniku takiego postępowania uzyskiwano jedno (a nie trzy) badanie histopatologiczne. W przypadkach podejrzenia jednostki chorobowej zagrażającego utratą zdrowia lub życia liczba wykonanych badań zawsze była właściwa.

Ponadto w wyniku kontroli ustalono m.in.:

- świadczenia udzielane były przez personel nieposiadający kwalifikacji określonych w zarządzeniu Nr 80/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia

14 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: *ambulatoryjna opieka specjalistyczna*, zwanym dalej zarządzeniem Prezesa Funduszu lub przez personel nie wykazany w załączniku do umowy: Harmonogram-zasoby;

- o sposób prowadzenia dokumentacji medycznej był niezgodny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2006 r. w sprawie rodzajów i zakresu dokumentacji medycznej w zakładach opieki zdrowotnej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. Nr 247, poz. 1819 z późn. zm.), w tym w księdze pracowni nie odnotowywane były wyniki badania histopatologicznego;
  - o nieprawidłowości dotyczące wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną np. brak myjki ultradźwiękowej, brak aparatury do automatycznego mycia i dezynfekcji endoskopów, brak diatermii, niezgodna z wymogami liczba gastrooskopów.
- realizacji umów w oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii w I półroczu 2009 r. Termin przeprowadzenia kontroli: wrzesień-listopad 2009 r. Celem kontroli koordynowanej była ocena realizacji umów w oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii a w szczególności zasadność kwalifikacji do pobytu w OAiIT, zgodność wykonanych interwencji określonych w skali TISS-28 ze stanem faktycznym, prawidłowość rozliczenia pobytów pacjentów w OAiIT, u których rozliczono jednocześnie świadczenie zabiegowe, z zasadami określonymi w zarządzeniu Nr 93/2008/DSOZ Prezesa Funduszu z dnia 22 października 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: leczenie szpitalne (ze zmianami). Ocenie poddano także sposób prowadzenia dokumentacji medycznej, spełnianie warunków określonych w załącznikach do zarządzenia Prezesa Funduszu, w tym kwalifikacje personelu, wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, zapewnienie wykonania określonych badań diagnostycznych.

Wyniki kontroli wykazały nieprawidłowości w zakresie stanowiącym przedmiot kontroli, w tym polegające na świadomym zawyżaniu wartości sprawozdanych produktów poprzez wpisywanie w kartach punktacji pacjenta (wg TISS-28) czynności faktycznie niezrealizowanych, nieznajdujących potwierdzenia we wpisach zamieszczonych w indywidualnej dokumentacji medycznej pacjenta lub odnotowanych w karcie, ale nieuzasadnionych stanem klinicznym pacjenta i jego parametrami czynnościowymi.

Ponadto w toku kontroli ustalono m.in.:

- o niezasadne rozliczenie pobytu w OAiIT (brak potwierdzenia w dokumentacji medycznej uzyskania 19 pkt w skali TISS-28 w dniu przyjęcia do OAiIT oraz w kolejnych dniach pobytu);
- o niezgodne z zasadami określonymi w zarządzeniu Prezesa NFZ rozliczanie pobytu w OAiIT z grupą zabiegową w systemie JGP;
- o nieprawidłowe rozliczenie hospitalizacji w ruchu międzyoddziałowym;
- o niezasadne rozliczenie grupy zabiegowej w systemie JGP;
- o rozbieżności pomiędzy wykazem personelu zatrudnionego w OAiIT, a załącznikiem nr 2 do umowy „Harmonogram-zasoby”;
- o nie spełnianie wymagań określonych w załączniku nr 4 do zarządzenia Prezesa Funduszu (m.in. w zakresie wymagań dotyczących kwalifikacji personelu lekarskiego i pielęgniarskiego, sprzętu i aparatury medycznej, całodobowej opieki lekarskiej, wykonania określonych badań laboratoryjnych i obrazowych).

Łącznie, skutki finansowe kontroli wyniosły 1.702.815,90 zł, w tym z tytułu zakwestionowanych świadczeń 1.412.982,27 zł, z tytułu nałożonych kar umownych – 289.833,63 zł.

- prawidłowości realizacji wybranych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz opieki paliatywno-hospicyjnej wykonywanych w warunkach domowych zgodnie z zarządzeniem nr 53/2008/DSOZ Prezesa Funduszu realizowanych w rodzaju świadczeń opieka

długoterminowa. Termin przeprowadzenia kontroli: grudzień 2009 – styczeń 2010 r. Okres objęty kontrolą sierpień-grudzień 2008 r. Celem kontroli było zbadanie przestrzegania przez świadczeniodawców wymogów zarządzenia nr 53/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2008 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju: opieka długoterminowa, zwanego dalej zarządzeniem Prezesa NFZ, a w szczególności ocena zgodności udzielania świadczeń z zapisami „Warunków zawarcia umów” stanowiących załącznik do zarządzenia Prezesa Funduszu, zwanych dalej Warunkami.

Wyniki kontroli wykazały występowanie nieprawidłowości w zakresie stanowiącym przedmiot kontroli w tym:

- o w sposobie prowadzenia dokumentacji, w szczególności w systemie prowadzenia określonych wzorów załączników do Warunków; stwierdzono m.in. braki lub bardzo lakonicznie odnotowywane informacje o stanie zdrowia i parametrach życiowych pacjenta a w szczególności o wykonanych przy pacjencie czynnościach;
- o nieposiadanie na wyposażeniu pielęgniarki opieki długoterminowej nesesera lub jego pełnego wyposażenia w zestaw przeciwwstrząsowy;
- o brak współdziałania pomiędzy pielęgniarką opieki długoterminowej a personelem POZ w przypadku pogarszania się stanu zdrowia pacjenta;
- o brak przepływu informacji pomiędzy pielęgniarką a lekarzem POZ;
- o brak potwierdzenia w dokumentacji medycznej rozliczonych osobodni lub rozbieżności pomiędzy udokumentowanymi a wykazanymi w raportach czynnościami;
- o brak zapewnienia określonej częstości wizyt personelu realizującego świadczenie;
- o realizację świadczeń przez personel nieposiadający wymaganych kwalifikacji.

Łączne skutki finansowe kontroli wyniosły 411.648,59 zł w tym z tytułu nałożonych kar 91 372,37 zł, z tytułu zakwestionowanych świadczeń 320.276,22 zł.

- wydatkowania przez świadczeniodawców środków finansowych na realizację świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie: leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej w 2009 r. Termin przeprowadzenia kontroli: listopad – grudzień 2009 r. Okres objęty kontrolą 1 stycznia – 31 października 2009 r. – stan na dzień 30 czerwca 2009 r. i na dzień 31 października 2009 r. Celem kontroli koordynowanej, prowadzonej w trybie kontroli doraźnej, była ocena działań związanych z wydatkowaniem środków finansowych na realizację świadczeń w rodzaju: świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w zakresie leczenia cukrzycy z zastosowaniem pomp insulinowych (świadczenia 5.10.00.0000053 – leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej dzieci do 6 roku życia i 5.10.0000054 – leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej dzieci od 6 do 18 roku życia), a w szczególności ustalenie przyczyn opóźnień w zakupie i wydawaniu przez świadczeniodawców pomp w odniesieniu do terminów zawarcia umów na realizację tych świadczeń. W wyniku kontroli nie stwierdzono istotnych nieprawidłowości, a opóźnienia wynikały z konieczności przeprowadzania czasochłonnych procedur i czynności przetargowych, a nie z rażących zaniedbań świadczeniodawców.

#### **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. 160 i 161 ustawy o świadczeniach Prezes Funduszu rozpatrzył złożone przez świadczeniodawców zażalenia na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz wnioski o ponowne rozpatrzenie zażaleń.

Najczęściej podnoszonymi kwestiami w składanych przez świadczeniodawców zażaleniach są:

- nieuwzględnienie przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu zastrzeżeń świadczeniodawcy do wystąpienia pokontrolnego,
- wezwania do korekty zakwestionowanych świadczeń oraz zwrotu nienależnie przekazanych świadczeniodawcy środków finansowych,
- anulowania lub obniżenia nałożonej na Świadczeniodawcę kary umownej.

W 2009 r. rozpatrzono łącznie 213 zażaleń na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu i wniosków o ponowne ich rozpatrzenie (z wyłączeniem zażaleń i wniosków rozpatrywanych przez Departament Gospodarki Lekami dot. monitorowania ordynacji lekarskiej, przedstawionych dalej). Ilości rozpatrzonych zażaleń w podziale na oddziały wojewódzkie oraz sposób ich rozpatrzenia zawiera poniższa tabela:

Rozpatrzone przez Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej							
Oddział Wojewódzki NFZ	Zażalenia na czynności Dyrektora OW				Wniosek o ponowne rozpatrzenie zażalenia		Suma końcowa
	nie rozpatrzono *	nie uwzględniono	uwzględniono w całości	uwzględniono w części	nie uwzględniono	uwzględniono w części	
Dolnośląski	3	2	1				6
Kujawsko-Pomorski		2		1	1		4
Lubelski	1	4		2	4		11
Lubuski		2					2
Łódzki		4	1	1	3		9
Małopolski	6	22	2	4	17		51
Mazowiecki	2	32	3	4	14		55
Opolski							0
Podkarpacki	1	4		1	3		9
Podlaski		5			3		8
Pomorski	2	4					6
Warmińsko-Mazurski	2	6		2	1		11
Świętokrzyski	1	1		1	1		4
Warmińsko-Mazurski		4			1		5
Wielkopolski		4			4	1	9
Zachodniopomorski	2	5			5		12
<b>Suma końcowa</b>	<b>20</b>	<b>101</b>	<b>7</b>	<b>16</b>	<b>57</b>	<b>1</b>	<b>202</b>

**Tabela nr III.52.** Ilości rozpatrzonych zażaleń w podziale na oddziały wojewódzkie oraz sposób ich rozpatrzenia przez DSOZ.

Rozpatrzone przez Departament do Spraw Służb Mundurowych							
Oddział Wojewódzki NFZ	Zażalenia na czynności Dyrektora OW				Wniosek o ponowne rozpatrzenie zażalenia		Suma końcowa
	nie rozpatrzono	nie uwzględniono	uwzględniono w całości	uwzględniono w części	nie uwzględniono	uwzględniono w części	
Kujawsko-Pomorski		1					1
Małopolski			1			1	2
Mazowiecki						1	1
<b>Suma końcowa</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>4 **</b>

\*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 nierozpatrywaniu zażalenia/wniosku w związku z uchybieniem ustawowego terminu, lub nierozpatrzone z powodu braku zasadności zażalenia/wniosku.

\*\* zażalenia i wnioski rozpatrzone przez Departament do spraw Służb Mundurowych, a dotyczące Ratownictwa Medycznego oraz zażaleń i wniosków złożone przez Świadczeniodawców tworzonych i nadzorowanych przez Ministra Obrony Narodowej oraz Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji

**Tabela nr III.53.** Ilości rozpatrzonych zażaleń w podziale na oddziały wojewódzkie oraz sposób ich rozpatrzenia przez DSM.

## Odwołania od 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 postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W 2009 r. rozpatrzono łącznie 120 odwołań. Ilości rozpatrzonych odwołań w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu, sposób ich rozpatrzenia oraz rodzaj świadczeń, w jakich wniesiono odwołanie do Prezesa Funduszu zawierają poniższe tabele:

Oddział Wojewódzki NFZ	Sposób rozpatrzenia odwołania				Suma końcowa
	uwzględniono	nie uwzględniono	uchybiecie terminu	umorzono postępowanie odwoławcze	
Dolnośląski		4		39	43
Lubelski				1	1
Łódzki		20	1	9	30
Małopolski	3				4
Mazowiecki		2			2
Podkarpacki					10
Podlaski	1	19			20
Pomorski	3	2			5
Śląski		1			1
Warmińsko - Mazurski		3			3
Wielkopolski		1			1
<b>Razem</b>	<b>7</b>	<b>52</b>	<b>1</b>	<b>49</b>	<b>120</b>

Tabela nr III.54. Sposób rozpatrzenia odwołania w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu.

Nazwa OW	Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej							Suma
	AOS	OPD	PRO	PSY	REH	STM	SZP	
Dolnośląski	37				3	3		43
Lubelski						1		1
Łódzki	5	3		1	4	17		30
Małopolski	1		1		2			4
Mazowiecki	1				1			2
Podkarpacki			10					10
Podlaski	2				7	11		20
Pomorski				1			4	5
Śląski							1	1
Warmińsko - Mazurski	1					1	1	3
Wielkopolski	1							1
<b>Razem</b>	<b>48</b>	<b>3</b>	<b>11</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>33</b>	<b>6</b>	<b>120</b>

Tabela nr III.55. Ilości rozpatrzonych odwołań w podziale na rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej.

## Działalność Zespołu do spraw rozpatrywania zażaleń składanych do Prezesa Funduszu na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu dotyczące kontroli w zakresie monitorowania ordynacji lekarskiej w 2009 r.<sup>2</sup>

Zespół arbitrażowy działa na podstawie zarządzenia Nr 47/2005 Prezesa Funduszu z dnia 20 lipca 2005 r. w sprawie trybu i sposobu rozpatrywania zażaleń składanych do Prezesa Funduszu na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu dotyczące kontroli w zakresie monitorowania ordynacji lekarskiej w Funduszu działa Zespół do spraw rozpatrywania zażaleń składanych do Prezesa Funduszu na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu dotyczące kontroli w zakresie monitorowania ordynacji lekarskiej. W skład Zespołu wchodzi trzech przedstawicieli Funduszu oraz trzech przedstawicieli Naczelnej Rady Lekarskiej.

<sup>2</sup> Sprawozdanie na dzień 31.12.2009 r.



W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2009 r. do Centrali Funduszu wpłynęło 9 zażeń na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie kontroli ordynacji lekarskiej. Dotyczyły one czynności dokonanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu: lubelskiego (1 zażalenie), lubuskiego (1 zażalenie), łódzkiego (2 zażenia), podlaskiego (1 zażalenie), pomorskiego (3 zażenia), śląskiego (1 zażalenie).

Powyższe statystyki zawierają także jeden wniosek o ponowne rozpatrzenie zażenia złożone na podstawie art. 161 ust. 3 a-c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który wpłynął od świadczeniodawcy z terenu województwa pomorskiego.

Najczęściej u podmiotów kontrolowanych, które wnoszą zażenia stwierdzone są nieprawidłowości związane z prowadzeniem dokumentacji medycznej (m.in. brak wpisu ordynowanych leków, brak wpisu wizyty, brak wyników badań diagnostycznych potwierdzających rozpoznanie choroby, brak informacji o uprawnieniach pacjenta, różnice w zaleceniach dawkowania między historią choroby a receptami) lub jej całkowitym brakiem. Istotny udział w ujawnionych nieprawidłowościach mają błędy związane z ordynacją leków dla pacjentów korzystających z uprawnień inwalidy wojennego.

W 2009 r. odbyło się sześć posiedzeń Zespołu. W porządek obrad wprowadzono 11 zażeń na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie ordynacji lekarskiej, z czego rozpatrzono 9 zażeń.

Przyjmując zaproponowaną kategoryzację stwierdzanych podczas kontroli uchybień, Zespół zaproponował:

- w 4 przypadkach podtrzymać wszystkie zalecenia pokontrolne oddziałów wojewódzkich Funduszu; dodatkowo w odniesieniu do trzech podmiotów postanowiono poinformować Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej o stwierdzonych w trakcie kontroli nieprawidłowościach,
- w 5 przypadkach uznać część wyjaśnień podmiotów kontrolowanych i zmniejszyć kary finansowe nałożone przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu,
- w 2 przypadkach zapoznać się z całością dokumentacji oraz stanowiskami dodatkowymi w sprawie przed przedstawieniem ostatecznej opinii.

Do rozpatrzenia pozostało 6 zażeń, z czego 4 pozycje to zażenia rozpatrywane wcześniej, ale z powodu konieczności uzyskania dodatkowych wyjaśnień przekazane do ponownego rozpatrzenia oraz 2 nowe zażenia.

Naczelna Rada Lekarska mając na celu poprawę ordynacji lekarskiej nadal prowadzi akcję edukacyjno – informacyjną w środowisku lekarskim. Wszystkie te działania mają na celu doprowadzenie do jak najbardziej racjonalnego gospodarowania lekami refundowanymi oraz rozwiązywania kontrowersyjnych kwestii w zakresie wymaganych ustawą kontroli prowadzonych przez płatnika.

1.	LICZBA POSIEDZEŃ w tym:	6
A	LICZBA POSIEDZEŃ W I KWARTALE	1
B	LICZBA POSIEDZEŃ W II KWARTALE	2
C	LICZBA POSIEDZEŃ W III KWARTALE	1
D	LICZBA POSIEDZEŃ W IV KWARTALE	2
2.	ŁĄCZNA LICZBA ZAŻALEŃ ROZPATRYWANYCH	11
3.	ŁĄCZNA LICZBA ZAŻALEŃ ROZPATRZONYCH	9
4.	LICZBA ZAŻALEŃ PRZEKAZANYCH DO KOMPETENCJI DGL	0
5.	LICZBA ZAŻALEŃ ODDALONYCH.	0
6.	LICZBA ZAŻALEŃ DO ROZPATRZENIA w tym:	6
A	NOWE	4
B	DO PONOWNEGO ROZPATRZENIA	2

7.	ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAŻAŁEŃ ROZPATRZONYCH	446 433,98
8.	DECYZJA ZESPOŁU, CO DO WARTOŚCI ZAŻAŁEŃ ROZPATRZONYCH	374 852,31
9.	WARTOŚĆ ZAŻAŁEŃ, PRZEKZANYCH DO KOMPETENCJI DGL	0
10.	WARTOŚĆ ZAŻAŁEŃ ODDALONYCH	0
11.	WARTOŚĆ ZAŻAŁEŃ DO ROZPATRZENIA	155 214,08
12.	LICZBA WNIOSKÓW O PONOWNE ROZPATRZENIE ZAŻAŁENIA	1

**Tabela nr III.56.** Podsumowanie prac Zespołu do spraw rozpatrywania zażaleń składanych do Prezesa Funduszu na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu dotyczące kontroli w zakresie monitorowania ordynacji lekarskiej w 2009 r.

### III.5. Koszty refundacji leków

W planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2009 r. na refundację cen leków przeznaczona 8.047.442.000,00 zł (stan na koniec grudnia 2009 r.).

Rzeczywiste środki wydatkowane na refundację leków w 2009 roku wynosiły 8.236.112.320,00 zł (zgodnie z tabelami sprawozdawczymi przekazanymi przez oddziały wojewódzkie Funduszu za IV kwartał 2009 r. (świadczeniobiorcy+koordynacja). Różnica między środkami wykorzystanymi a planem wyniosła 188.670.320,00 zł.

W roku 2009 Fundusz na refundację leków wydatkował kwotę 8.241.782,30 tys. zł. (dane statystyczne z systemu SOZAF). W związku z kilkukrotną korektą planu w ciągu roku – na koniec roku plan finansowy przewidywał kwotę 8.047.442,00 tys. zł. Fundusz wydał więcej o 194.340,30 tys. zł niż przewidywał plan Funduszu.

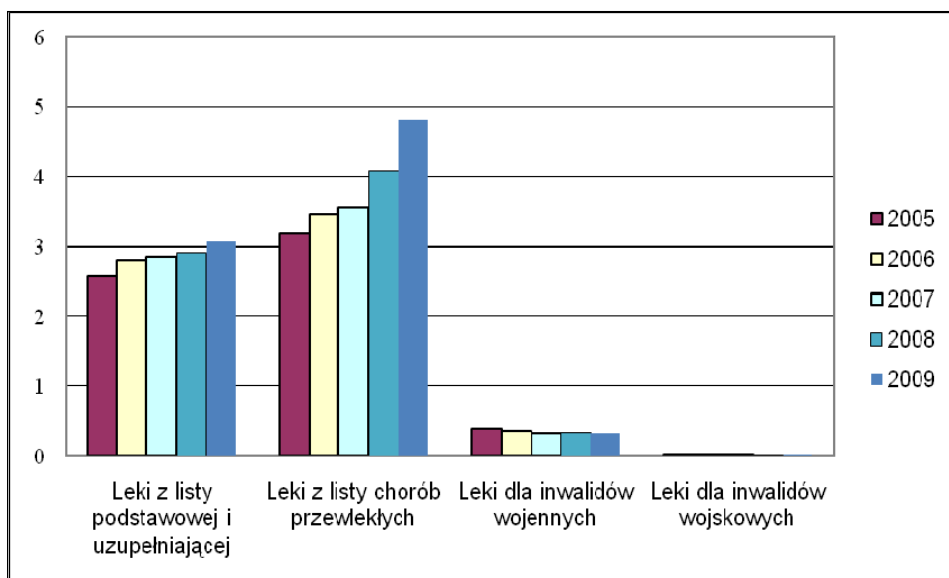
#### Koszty refundacji wg list leków

Lista	2005	2006	Dynamika zmian 2005/2006	2007	Dynamika zmian 2006/2007	2008	Dynamika zmian 2007/2008	2009	Dynamika zmian 2008/2009
Leki z listy podstawowej i uzupełniającej	2,565 mld	2,799 mld	9,12%	2,846 mld	1,68%	2,910 mld	2,25%	3,073 mld	5,60%
Leki z listy chorób przewlekłych	3,189 mld	3,462 mld	8,56%	3,564 mld	2,95%	4,072 mld	14,28%	4,811 mld	18,12%
Leki dla inwalidów wojennych	0,379 mld	0,349 mld	-7,92%	0,324 mld	-7,16%	0,320 mld	-1,23%	0,311 mld	-2,81%
Leki dla inwalidów wojskowych	0,022 mld	0,023 mld	4,55%	0,020 mld	-13,04%	0,020	0,00%	0,018 mld	-10,00%

**Tabela nr III.57** Koszty refundacji ogółem 2005-2009\*\*/\*\* (w zł).

\* analiza sporządzona na podstawie 99,93% danych szczegółowych przekazanych przez OW NFZ

\*\* źródło danych: KS-SOZAF



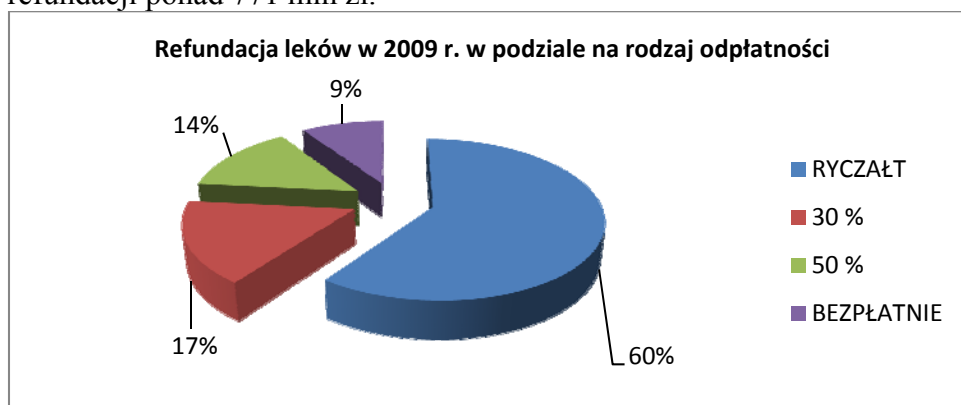
Wykres nr III.16. Koszty refundacji ogółem 2005-2009.

### Rodzaje odpłatności

Analiza struktury wydatków na refundację leków w roku 2009 r. w podziale na odpłatności wykazała, że blisko 60% ogólnej kwoty refundacji wydatkowano na leki dostępne dla pacjentów po wniesieniu opłaty ryczałtowej (leki z listy leków podstawowych oraz z listy leków stosowanych w chorobach przewlekłych wydawanych po wniesieniu opłaty ryczałtowej do wysokości ustalonego limitu ceny). Na ich refundację przeznaczono ponad 4.944 mld zł.

Kolejne grupy pod względem wartości wydatkowanych środków stanowią :

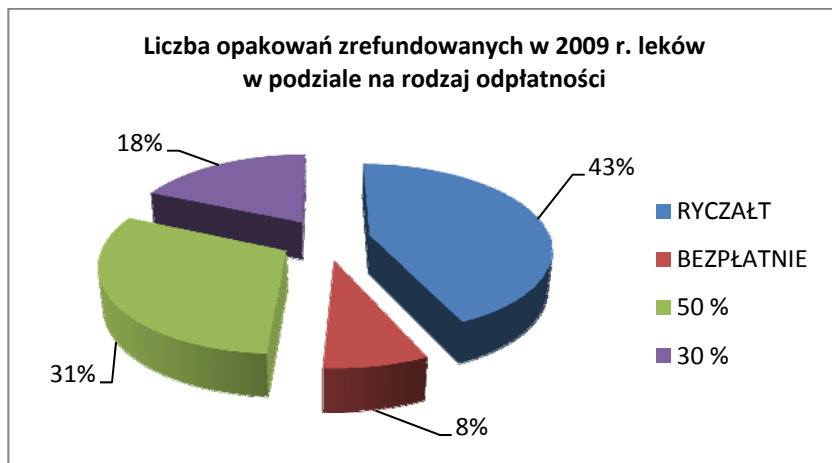
- leki wydawane za 30% odpłatnością – blisko 17% (w tym leki z listy leków uzupełniających wydawanych za 30% odpłatnością i leki z listy chorób przewlekłych wydawanych za 30% odpłatnością) – kwota refundacji ponad 1,372 mld zł,
- leki wydawane za odpłatnością 50% ceny leku – blisko 14% (w tym leki z listy leków uzupełniających wydawanych za 50% odpłatnością i leki z listy chorób przewlekłych wydawanych za 50% odpłatnością) – kwota refundacji blisko 1,153 mld zł,
- leki wydawane bezpłatnie – ponad 9% (z listy chorób przewlekłych, dla inwalidów wojennych, inwalidów wojskowych i honorowych dawców krwi-bezpłatnie ponad limit) – kwota refundacji ponad 771 mln zł.



Wykres nr III.17. Refundacja leków w 2009 – wg rodzajów odpłatności – udział procentowy w kwocie refundacji.

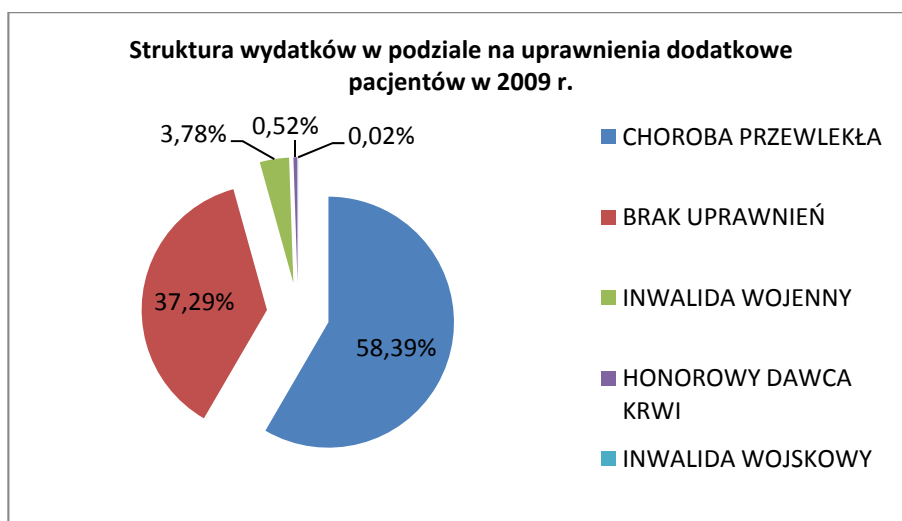
Biorąc pod uwagę liczbę opakowań leków objętych refundacją największy udział mają:

- leki wydawane za opłatą ryczałtową (43,21% ogólnej liczby opakowań),
- leki wydawane za odpłatnością 50% ceny leku do wysokości ustalonego limitu (30,66% ogólnej liczby opakowań),
- leki wydawane za odpłatnością 30% ceny leku do wysokości ustalonego limitu (18,44%),
- leki wydawane bezpłatnie do wysokości ustalonego limitu (7,69%)



Wykres nr III.18. Liczba opakowań zrefundowanych leków w 2009 - wg rodzajów odpłatności – udział procentowy.

### Uprawnienia dodatkowe pacjentów



Wykres nr III.19. Struktura wydatków w podziale na uprawnienia dodatkowe pacjentów.

Jak wynika z powyższych danych:

- ponad 58,39% ogólnej kwoty refundacji w roku 2009 wydatkowano na leki refundowane pacjentom cierpiącym na choroby przewlekłe (ponad 4.811 mld złotych). Dla tej grupy uprawnionych wypisano łącznie ponad 126 mln opakowań leków o łącznej wartości ponad 5.801 mld złotych;
- drugą co do wartości refundacji grupą leków stanowiły leki refundowane z listy leków podstawowych i uzupełniających (wydatkowanych dla osób bez uprawnień). Wydatkowano na nie ponad 3.072 mld złotych 37,29% ogólnej kwoty refundacji). Refundacją objęto blisko 319 mln opakowań leków o łącznej wartości ponad 6.111 mld złotych;
- 3,78% ogólnej kwoty refundacji (ponad 311 mln złotych) wydatkowano na refundację leków dla inwalidów wojennych. Refundacją dla tej grupy uprawnionych objęto ponad 10.144 mln opakowań leków o łącznej wartości ponad 311 mln złotych;

- 0,52% ogólnej kwoty refundacji (ponad 43.1 mln złotych) przeznaczono na refundację leków dla zasłużonych honorowych dawców krwi. Refundacją objęto dla tej grupy uprawnionych ponad 2.76 mln opakowań leków o łącznej wartości 52.40 mln złotych).

### **Leki generujące najwyższe koszty**

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

- Clexane (enoxaparinum) – lek p/zakrzepowy – (2,70% ogólnej kwoty refundacji, ponad 4.06 mln opakowań),
- Flixotide Dysk (fluticasonum) – lek stosowny w leczeniu astmy – (1,23% ogólnej kwoty refundacji, ponad 1,24 mln opakowań),
- Ins. Mixtard 30HM Penfill (insulinum) – lek p/cukrzycowy – (1,18% ogólnej kwoty refundacji, ponad 1 mln. opakowań),
- Zolafren (olanzapinum) – leku stosownego w leczeniu schizofrenii odpornej na leczenie – (1,09% ogólnej kwoty refundacji, blisko 420 tyś. opakowań),
- Tritace 10 (ramiprilum) – lek stosowany w leczeniu nadciśnienia tętniczego – (0,94% ogólnej kwoty refundacji, blisko 3,95 mln opakowań).

Refundacja tych 5 produktów pociąga za sobą blisko 7,14% ogólnej kwoty refundacji. Na produkty lecznicze sprawozdane bez informacji o nazwie handlowej leku czy też nazwie międzynarodowej w 2009 r. wydatkowano 8,53% ogólnej kwoty refundacji (ponad 703 mln).

Wśród 25 pierwszych substancji, których refundacja pociąga za sobą największe wydatki (41,84% ogólnej kwoty refundacji) Funduszu znajdują się :

- leki kardiologiczne – enoxaparinum natrium – poz. 2, atorvastatinum – poz. 4, ramiprilum poz. 6, simvastatinum – poz. 7, nadroparinum calcicum – poz. 21, amlodipinum – poz. 23, indapamidum poz. 24 – (10,53% ogólnej kwoty refundacji),
- leki stosowne w leczeniu astmy – fluticasoni propionas, fluticasonum – poz. 8, budesonidum – poz. 9 formoterolum, formoteroli fumaras – poz. 10, montelukastum natrium poz. 12, salmeterolum – poz. 15, ciclesonidum – poz. 20 (10,18% ogólnej kwoty refundacji),
- substancje stosowane w leczeniu cukrzycy – insuliny – poz. 3, 11, 25 – (5,26% 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 stosowane w leczeniu choroby wrzodowej – omeprazolom – poz. 5 pantoprazolom – poz. 13, – (3,75% ogólnej kwoty refundacji),
- leki onkologiczne – pegfilgrastim – poz. 16 - (1,14% ogólnej kwoty refundacji),
- leki stosowane w urologii przy przerście prostaty – finasteridum – poz. 14 – (1,17% ogólnej kwoty refundacji),
- leki p/bólowe – ketoprofenum – poz. 17, – (1,05% ogólnej kwoty refundacji),
- antybiotyki – amoxicillinum + acidum clavulanicum – poz. 18 (1,04 % ogólnej kwoty refundacji).

L.p.	Nazwa międzynarodowa leku	Kwota refundacji	Kwota refundacji 2009 r.	Dynamika zmian 2008/2009
1	OLANZAPINUM	263 041 496,17	273 035 791,02	3,80%
2	ENOXAPARINUM NATRICUM	190 868 060,82	241 943 335,89	26,76%
3	INS.INJECTIO NEUTRALIS, INS.ISOPHANUM	243 436 618,04	237 340 516,37	-2,50%
4	ATORVASTATINUM	157 681 087,12	216 878 487,21	37,54%
5	OMEPRAZOLUM	220 827 112,55	212 310 800,23	-3,86%
6	RAMIPRILUM	164 273 618,67	204 102 852,94	24,25%
7	SIMVASTATINUM	172 825 026,88	178 310 985,89	3,17%
8	FLUTICASONI PROPIONAS, FLUTICASONUM	240 288 648,51	203 575 262,89	-15,28%
9	BUDESONIDUM	123 677 604,47	137 460 693,94	11,14%
10	FORMOTEROLUM, FORMOTEROLI FUMARAS	217 680 997,10	204 964 291,04	-5,84%
11	INSULINUM ASPARTUM	94 762 136,97	121 039 163,88	27,73%
12	MONTELUKASTUM NATRICUM	105 079 221,17	118 193 618,90	12,48%
13	PANTOPRAZOLUM	58 258 082,90	97 097 207,36	66,67%
14	FINASTERIDUM	44 840 171,23	96 835 552,32	115,96%
15	SALMETEROLUM	103 622 060,37	96 215 992,77	-7,15%
16	PEGFILGRASTIM	64 582 365,21	94 256 780,97	45,95%
17	KETOPROFENUM	82 044 702,38	86 369 622,59	5,27%
18	AMOXICILLINUM, ACIDUM CLAVULANICUM	78 059 014,66	85 404 805,94	9,41%
19	NATRII VALPROAS, AC.VALPROICUM	78 701 401,88	82 918 299,65	5,36%
20	CICLESONIDUM	65 633 333,24	78 229 311,92	19,19%
21	NADROPARINUM CALCICUM	101 212 298,89	78 135 925,62	-22,80%
22	RISPERIDONUM	53 124 898,98	76 439 244,05	43,89%
23	AMLODIPINUM	71 489 087,51	76 279 102,98	6,70%
24	INDAPAMIDUM	73 262 999,47	76 202 595,28	4,01%
25	INSULINUM ISOPHANUM	68 409 264,48	74 937 125,72	9,54%
<b>SUMA</b>		<b>3 137 681 309,67</b>	<b>3 448 477 367,37</b>	<b>9,91%</b>

**Tabela nr III.58.** leków generujących najwyższe koszty w roku 2008\*/2009\*\* (wg nazwy międzynarodowej).

\* analiza sporządzona na podstawie 99,93% danych szczegółowych przekazanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu

\*\* analiza sporządzona na podstawie 99,78% danych szczegółowych przekazanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu

Struktura wydatków Funduszu z tytułu refundacji leków pokazuje, że

- refundacja 3 substancji – olanzapinum, ENOXAPARINUM NATRICUM, insulinum injecto neutralis + insulinum isophanum, – pociąga za sobą blisko 9,13% ogólnej kwoty refundacji,
- refundacja 10 pierwszych substancji pociąga za sobą blisko 25,60% ogólnej kwoty refundacji,
- refundacja 25 pierwszych substancji pociąga za sobą blisko 41,84% ogólnej kwoty refundacji.

### Podmioty odpowiedzialne generujące największe koszty refundacji

Na produkty lecznicze poniżej wymienionych podmiotów odpowiedzialnych wskazanych w tabeli poniżej 30,59% ogólnej kwoty refundacji wydano.

L.p.	Producent	Kwota refundacji	[%] ref.	Liczba opakowań
1	GLAXO WELLCOME FOUND.LTD	477 393 219,21	5,79	14 164 901,33
2	POLPHARMA S.A. STAROGARD GDAŃSKI	362 891 115,91	4,40	46 391 179,15
3	NOVO NORDISK A/S	334 396 408,20	4,06	4 152 423,82
4	SANDOZ GMBH KUNDL	304 820 761,46	3,70	26 214 399,18
5	SANOFI SYNTHELABO	281 111 533,82	3,41	7 069 951,80
6	ADAMED SP.Z O.O. PIEŃKÓW 149, CZOSNÓW K/WARSZAWY	219 945 252,59	2,67	13 166 365,51
7	MSD POLSKA SP.Z O.O.	207 588 072,31	2,52	5 701 257,89
8	KRKA PHARM.D.D. NOVO MESTO	202 647 291,86	2,46	13 148 076,25

9	ZENTIVA A.S.	192 975 006,79	2,34	10 777 631,75
10	NOVARTIS PHARMA GMBH	188 376 038,81	2,29	3 889 697,42

**Tabela nr III.59.** Podmioty odpowiedzialne, których produkty generowały najwyższe koszty refundacyjne w 2009 r.

### Import docelowy

Zgodę na refundację leków nie posiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej wydaje Prezes Funduszu lub pracownik Funduszu przez niego upoważniony, uwzględniając w szczególności jego skuteczność kliniczną, bezpieczeństwo i cenę w porównaniu z lekami o tym samym wskazaniu terapeutycznym. Wnioski o refundację są realizowane tylko w aptekach otwartych. Pacjenci otrzymywali leki refundowane w ramach importu docelowego na podstawie recept, wystawionych przez lekarza ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie wniosku o import docelowy.

W 2009 roku rozpatrzono 4.748 wniosków o import docelowy. W 4.580 przypadkach wydano zgodę, w 136 przypadkach odmowę, 32 wnioski zwrócono z przyczyn formalnych nieprawidłowości. Fundusz najczęściej odmawiał zgód na import docelowy w przypadkach, gdy występował o nie świadczeniodawcy nie posiadających tę podpisaną z Funduszem umowy na udzielanie świadczeń, gdy substancja o którą występowano, była wpisana do rejestru krajowego oraz ze względu na istnienie leków zarejestrowanych w Polsce, posiadających tę samą substancję czynną. Zwroty dotyczyły wniosków niespełniających kryteriów formalnych zgodnie z rozporządzeniem ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie sprowadzania z zagranicy produktów leczniczych nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia.

IMPORT DOCELOWY 2009 ROK					
Odział wojewódzki Funduszu	Wartość wydatków (refundacji)	Ilość rozpatrzonych wniosków	Zgoda	Odmowa	Zwrot
Dolnośląski	1 775 302,88	560	543	15	2
Kujawsko-Pomorski	392 800,71	262	251	11	0
Lubelski	1 024 806,95	180	175	5	0
Lubuski	129 745,60	70	68	2	0
Łódzki	240 114,54	243	234	3	6
Małopolski	1 614 453,26	286	280	6	0
Mazowiecki	5 791 852,37	1225	1176	41	8
Opolski	193 834,40	75	73	2	0
Podkarpacki	472 799,07	297	294	3	0
Podlaski	953 308,69	254	248	5	1
Pomorski	352 247,58	249	242	5	2
Śląski	703 574,90	233	225	8	0
Świętokrzyski	488 344,19	178	171	6	1
Warmińsko-Mazurski	1 021 756,92	257	254	3	0
Wielkopolski	238 514,20	191	164	17	10
Zachodniopomorski	675 324,70	188	182	4	2
<b>Razem</b>	<b>16 068 780,96</b>	<b>4748</b>	<b>4580</b>	<b>136</b>	<b>32</b>

**Tabela. Nr III.60.** Wartość wydatków poniesionych w 2009 roku z tytułu importu docelowego.

Oddział	Produkt leczniczy	Ilość opakowań	Oddział	Produkt leczniczy	Ilość opakowań
Dolnośląski	Remodulin (Treprostynil) 20mg inj. 1 mg/1 ml x 1 amp. 20 ml	21	Podkarpacki	Orfadin 10mg	40
	Remodulin (Treprostynil) 50mg inj. 2,5 mg/1 ml 20 ml x 1 amp.			Berinert P (Inhibitor C1) 500 I.E. Tr.Amp + 10ml Lsg	2
	Berinert P (Inhibitor C1) 500 I.E. Tr.Amp + 10ml Lsg	30		ILV-AM2	60
	Trecator (Ethionamide) tbl. 250 mg x 100	9		ILV-AM3	26
	Elmiron (Pentosan polysuphate) tabl. 100 mg	10		PT-AM3	33
	Tetrahydrobiopterin (BH4) 10 mg x 100 tbl.	28		Remodulin (Treprostynil) 20mg inj. 1 mg/1 ml x 1 amp. 20 ml	21
Restasis (Ciclosporine) 0,05%/0,4 ml; 30 minisimsów	42	Remodulin (Treprostynil) 50mg inj. 2,5 mg/1 ml 20 ml x 1 amp.			
Kujawsko-Pomorski	Berinert P (Inhibitor C1) 500 I.E. Tr.Amp + 10ml Lsg	11	Podlaski	Remodulin (Treprostynil) 100mg inj. 5 mg/1 ml 20 ml x 1	49
	IMTV-AM3	18		Orfadin 10mg	
	Tetrahydrobiopterin (BH4) 10 mg x 100 tbl.	24		PT-AM 2 400 g	51
	Thiola 100 mg x 100 tbl.	9		Tyr Anamix Infant	7
	Mycobutin (Rifabutin) kps. 150 mg x 30	70		XMT VI Analog Pulvis 400 g	72
Lubelski	Berinert P (Inhibitor C1) 500 I.E. Tr.Amp + 10ml Lsg	17	Pomorski	Berinert P (Inhibitor C1) 500 I.E. Tr.Amp + 10ml Lsg	6
	Cytadren (Aminoglutetimid)	6		Neocate Advance	60
	Remodulin (Treprostynil) 50mg inj. 2,5 mg/1 ml 20 ml x 1 amp.	20		MSUD Analog	34
	Remodulin (Treprostynil) 100mg inj. 5 mg/1 ml 20 ml x 1			Zonegran x 56 kaps	20
	XMT VI -AM2 Pulvis 400 g	17		Diacomit (strypentol)	12
	Lorenzo's Oil 500 ml	47		Remodulin (Treprostynil) 100mg inj. 5 mg/1 ml 20 ml x 1	6
Lubuski	Berinert P (Inhibitor C1) 500 I.E. Tr.Amp + 10ml Lsg	2	Śląski	Berinert P (Inhibitor C1) 500 I.E. Tr.Amp + 10ml Lsg	30
	Nitoman (Tetrabenazine) 25 mg tbl. x 112	11		ILV-AM2	21
	PreKUnil 500 mg tbl. x 110	20		MSUD Analog	21
	Tetrahydrobiopterin (BH4) 10 mg x 100 tbl.	33		Mnesis (Idebeneone) 45 mg tbl. x 30	197
	Proglificem (Diazoxide) kps. 100 mg x 100	9		Berinert P (Inhibitor C1) 500 I.E. Tr.Amp + 10ml Lsg	3
Łódzki	Orfadin 10mg	9	Świętokrzyski	Remodulin (Treprostynil) 50mg inj. 2,5 mg/1 ml 20 ml x 1 amp.	12
	Berinert P (Inhibitor C1) 500 I.E. Tr.Amp + 10ml Lsg	5		XMT VI Analog Pulvis 400 g	14
	IMTV-AM2	12		MMA/PA Anamix Infant, puszka 400 g	14
	MMA/PA Anamix Infant, puszka 400 g	34		Restasis (Ciclosporine) 0,05%/0,4 ml; 30 minisimsów	15
	PT-AM 2 400 g	16		Berinert P (Inhibitor C1) 500 I.E. Tr.Amp + 10ml Lsg	14
Małopolski	Remodulin (Treprostynil) 50mg inj. 2,5 mg/1 ml 20 ml x 1 amp.	22	Warmińsko-Mazurski	Remodulin (Treprostynil) 50mg inj. 2,5 mg/1 ml 20 ml x 1 amp.	9
	Orfadin 10mg	19		Leu-AM2 Pulvis 400 g	14
	Berinert P (Inhibitor C1) 500 I.E. Tr.Amp + 10ml Lsg	47		X Lys Low Try Analog	39
	Orfadin 5mg	6		Neocate Advance	90
	Imukin (Interferon gamma)	144		Berinert P (Inhibitor C1) 500 I.E. Tr.Amp + 10ml Lsg	9
Mazowiecki	Orfadin 10mg	20	Wielkopolski	Tetrahydrobiopterin (BH4) 10 mg x 100 tbl.	8
	Orfadin 5mg	9		MSUD Analog	84
	Berinert P (Inhibitor C1) 500 I.E. Tr.Amp + 10ml Lsg	9		Neocate Advance	50
	KUVAN	6		IMTV-AM2	28
	ILV-AM2	20		Remodulin (Treprostynil) 50mg inj. 2,5 mg/1 ml 20 ml x 1 amp.	9
Opolski	Orfadin 10mg	24	Remodulin (Treprostynil) 100mg inj. 5 mg/1 ml 20 ml x 1		
	Xenazine (Tetrabenazinum) tabl. 25 mg x 112	6	Berinert P (Inhibitor C1) 500 I.E. Tr.Amp + 10ml Lsg	6	
	MSUD Analog	18	Duocal	72	
	ILV-AM2	16	LT-AM2	18	
	PT-AM 2 400 g	27	Tetrahydrobiopterin (BH4) 10 mg x 100 tbl.	17	

**Tabela nr III.61.** Najbardziej kosztowne produkty lecznicze sprowadzane w trybie importu docelowego w 2009 roku w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu.

### III.6. Kontrola gospodarki lekami

#### III.6.1. Kontrola aptek

Informacje dotyczące kontroli aptek sporządzono na podstawie danych przekazanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w latach 2007-2008.

W grudniu 2009 roku zgodnie z danymi oddziałów wojewódzkich Funduszu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej działało 13.682 aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych realizujących recepty na produkty lecznicze oraz wyroby medyczne podlegające refundacji. W porównaniu do analogicznego okresu roku 2008 nastąpił blisko 1,56% wzrost łącznej liczby aptek, w tym największy w województwie świętokrzyskim (3,75%), wielkopolskim (2,89%) oraz mazowieckim (2,85%). Liczba działających aptek i punktów aptecznych spadła na terenach województw: warmińsko-mazurskiego (-1,82%), podlaskiego (-1,17%) i opolskiego (-0,6%).



W 2009 r. na terenie całego kraju przeprowadzono 1.365 kontroli aptek, co stanowiło spadek o ponad 23,31% w stosunku do 1.780 kontroli przeprowadzonych w roku 2008.

Przeprowadzone kontrole miały charakter planowy (zgodnie ze sporządzonym w oddziałach planem kontroli na dany rok) i doraźny (wynikający z informacji pozyskanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w trakcie innych czynności kontrolnych lub będące wynikiem skarg lub informacji o nieprawidłowościach).

W skali kraju plany kontroli aptek oddziałów wojewódzkich Funduszu zostały zrealizowane średnio w 83,23% (w 2008 r. plan przekroczone o ponad 4%). W 2009 r. kontrole oddziałów wojewódzkich Funduszu objęły kontrolą blisko 10% działających aptek oraz punktów aptecznych (spadek o ponad 3 pkt procentowe w stosunku do roku poprzedniego) i do dnia 31 grudnia 2009 r. skutkowały przekazaniem do podmiotów kontrolowanych w 1.150 zaleceń pokontrolnych zawierających wezwanie do zwrotu nienależnie wydatkowanej refundacji.

Oddział Wojewódzki	2009					2008	
	Liczba aptek <sup>3</sup>	Kontrole planowane	Kontrole wykonane	Realizacja planu (%)	Wskaźnik skontrolowanych aptek (%)	Realizacja planu (%)	Wskaźnik skontrolowanych aptek (%)
Dolnośląski	1 038	70	69	98,57	6,65	115,71	7,87
Kujawsko-Pomorski	682	94	134	142,55	19,65	106,30	20,24
Lubelski	916	40	39	97,50	4,26	177,14	6,86
Lubuski	358	122	108	88,52	30,17	84,62	25,00
Łódzki	1 025	100	109	109,00	10,63	107,00	10,44
Małopolski	1 217	114	108	94,74	8,87	83,57	14,97
Mazowiecki	1 802	367	275	74,93	15,26	145,38	30,54
Opolski	329	34	29	85,29	8,81	76,67	13,90
Podkarpacki	767	140	85	60,71	11,08	68,13	14,49
Podlaski	424	60	28	46,67	6,60	75,38	11,42
Pomorski	800	96	92	95,83	11,50	102,15	12,15
Śląski	1 594	34	38	111,76	2,38	47,37	1,14
Świętokrzyski	470	38	40	105,26	8,51	54,05	4,42
Warmińsko-Mazurski	432	43	45	104,65	10,42	94,74	8,18
Wielkopolski	1 280	240	151	62,92	11,80	114,00	13,75
Zachodniopomorski	548	48	15	31,25	2,74	104,17	9,28
<b>Łącznie</b>	<b>13 682</b>	<b>1 640</b>	<b>1 365</b>	<b>83,23</b>	<b>9,98</b>	<b>104,34</b>	<b>13,21</b>

**Tabela nr III.62** Rozkład liczby aptek, ilości kontroli planowanych oraz ilości kontroli wykonanych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu w roku 2009 w porównaniu do wskaźników z roku poprzedniego.

<sup>3</sup> Dane na dzień 31 grudnia 2009 r.

W 2009 r. kontroli realizacji poddano łącznie 2.798.755 recept, w wyniku których zakwestionowano refundację o łącznej wartości ponad 8.744 mln zł. (w 2008 r. zakwestionowano refundację w łącznej kwocie ponad 11.215 mln. zł). Wartość odsetek od kwot zakwestionowanej refundacji do dnia 31 grudnia 2009 r. wyniosła 411.618,30 zł.

Oddział	Ilości skontrolowanych recept	Nienależna refundacja	Odsetki
Dolnośląski	15 680	402 412,89	4 395,42
Kujawsko-Pomorski	60 923	1 217 969,49	8 453,62
Lubelski	17 061	186 011,46	37 962,74
Lubuski	506 812	164 703,29	19 167,25
Łódzki	127 501	140 890,54	29 060,35
Małopolski	341 252	719 811,65	17 371,24
Mazowiecki	420 651	1 757 970,13	57 116,06
Opolski	201 110	5 944,17	1 151,67
Podkarpacki	210 400	70 536,56	4 378,29
Podlaski	69 998	514 649,46	42,16
Pomorski	161 673	45 783,68	2 569,33
Śląski	282 858	2 697 649,00	24 393,63
Świętokrzyski	254 293	182 244,22	5 870,35
Warmińsko-Mazurski	90 086	148 557,52	176 494,14
Wielkopolski	15 775	413 723,04	0,00
Zachodniopomorski	22 682	75 611,42	23 192,05
<b>Łącznie</b>	<b>2 798 755</b>	<b>8 744 468,52</b>	<b>411 618,30</b>

**Tabela nr III.63** Liczba skontrolowanych recept oraz skutki finansowe kontroli w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu.

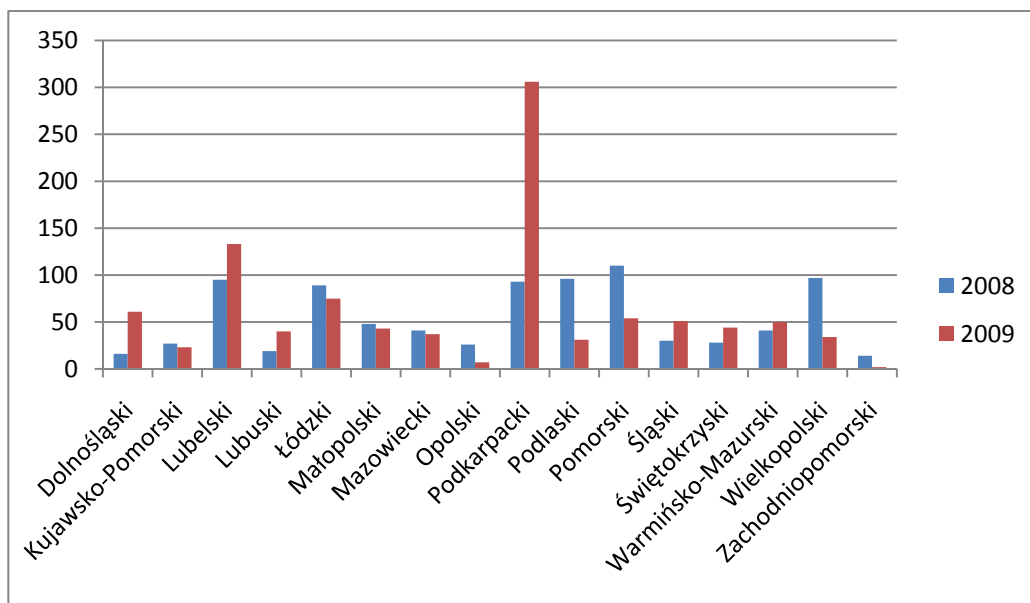
### III.6.2. Kontrola ordynacji lekarskiej

Zgodnie z art. 97 ust.3 pkt 6 ustawy o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych 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 2009 roku oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły kontrolę 991 lekarzy.<sup>4</sup> W porównaniu do roku 2008 liczba postępowań kontrolnych w zakresie ordynacji lekarskiej zwiększyła się o 13,91%.

Oddział	2008	2009	Roczna dynamika zmian
Dolnośląski	16	61	281,25%
Kujawsko-Pomorski	27	23	-14,81%
Lubelski	95	133	40,00%
Lubuski	19	40	110,53%
Łódzki	89	75	-15,73%
Małopolski	48	43	-10,42%
Mazowiecki	41	37	-9,76%
Opolski	26	7	-73,08%
Podkarpacki	93	306	229,03%
Podlaski	96	31	-67,71%
Pomorski	110	54	-50,91%
Śląski	30	51	70,00%
Świętokrzyski	28	44	57,14%
Warmińsko-Mazurski	41	50	21,95%
Wielkopolski	97	34	-64,95%
Zachodniopomorski	14	2	-85,71%
Suma	870	991	13,91%

**Tabela nr III.64.** Rozkład liczby lekarzy skontrolowanych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2009 roku w porównaniu do ilości skontrolowanych lekarzy w roku poprzednim.



**Wykres nr III.20.** Liczba skontrolowanych lekarzy w 2008 i 2009 roku.

Najwięcej lekarzy skontrolowały oddziały: podkarpacki, lubelski, łódzki i dolnośląski.

Przedmiotem wszystkich postępowań kontrolnych przeprowadzonych w 2009 r. była ordynacja lekarska o łącznej wartości 39 011 829,12 zł, z której w konsekwencji stwierdzonych podczas kontroli nieprawidłowości, zakwestionowano 7,63%, tj. 2 976 744,38 zł.

<sup>4</sup> Sprawozdanie przygotowane na podstawie danych przesyłanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu.

Oddziały Wojewódzkie Funduszu	2008			2009		
	Wartość skontrolowanej ordynacji	Wartość zakwestionowanych leków	Udział (%)	Wartość kontrolowanej ordynacji	Wartość zakwestionowanej refundacji	Udział (%)
Dolnośląski	73 990,20	20 937,87	28,30%	152 928,29	116 717,70	76,32%
Kujawsko-Pomorski	363 090,15	174 718,09	48,12%	424 551,97	99 973,86	23,55%
Lubelski	2 127 176,75	93 287,50	4,39%	5 279 072,91	205 375,59	3,89%
Lubuski	414 442,84	6 653,59	1,61%	655 824,97	80 002,94	12,20%
Łódzki	1 475 154,73	430 857,54	29,21%	1 462 357,02	638 455,39	43,66%
Małopolski	7 089 330,34	663 828,71	9,36%	7 955 520,39	325 037,77	4,09%
Mazowiecki	8 737 536,71	1 789 457,81	20,48%	9 877 794,65	585 941,14	5,93%
Opolski	578 479,83	2 099,28	0,36%	7 754,69	7 754,69	100,00%
Podkarpacki	347 892,72	133 120,58	38,26%	1 225 263,01	105 917,21	8,64%
Podlaski	2 143 091,72	27 473,40	1,28%	237 139,79	70 284,30	29,64%
Pomorski	1 208 590,24	178 496,08	14,77%	1 465 812,18	137 342,80	9,37%
Śląski	595 313,93	78 218,44	13,14%	2 892 752,20	397 694,99	13,75%
Świętokrzyski	2 292 167,41	98 807,93	4,31%	736 218,42	11 456,42	1,56%
Warmińsko-Mazurski	1 781 128,00	79 955,43	4,49%	2 368 653,52	60 582,47	2,56%
Wielkopolski	994 834,19	99 782,58	10,03%	4 265 574,70	129 596,70	3,04%
Zachodniopomorski	191 157,42	176 967,74	92,58%	4 610,41	4 610,41	100,00%
Suma	30 413 377,18	4 054 662,57	13,33%	39 011 829,12	2 976 744,38	7,63%

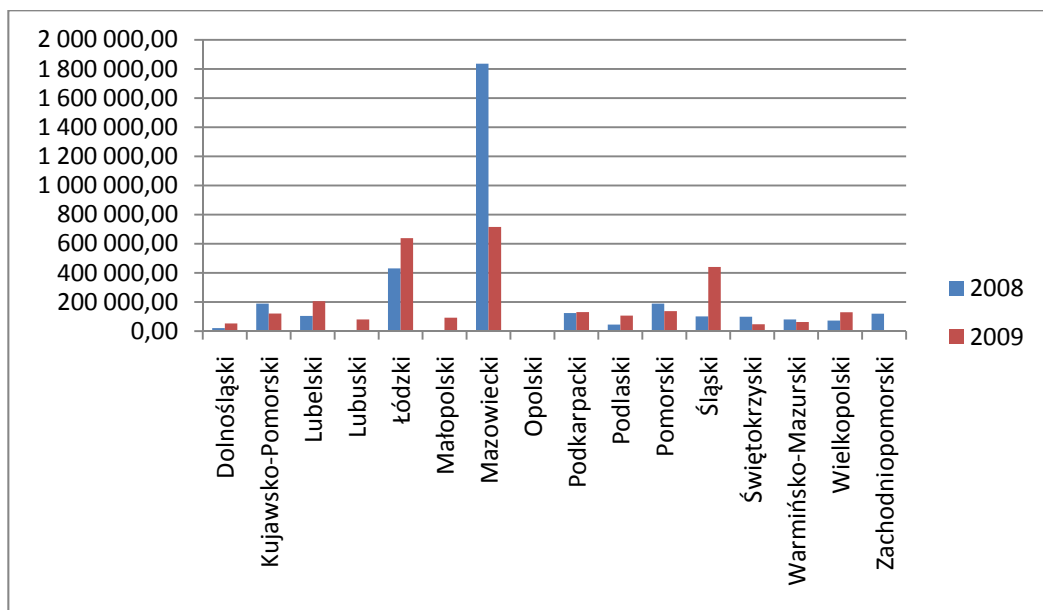
**Tabela nr III.65.** Zestawienie wartości kontrolowanej, zakwestionowanej ordynacji lekarskiej oraz udział wartości zakwestionowanej w skontrolowanej w latach 2008-2009. (w zł).

W porównaniu z rokiem 2008 wartość kontrolowanej ordynacji w 2009 roku zwiększyła się o 8.598.451,94 zł., co stanowi kwotę o 28,27 % wyższą. W 2009 roku w porównaniu z rokiem 2008 wartość zakwestionowanej refundacji zmniejszyła się o 1.077.918,19 zł , co stanowi spadek o 26,58% .

Największe kary finansowe w 2009 roku wystawiły lekarzom oddziały: mazowiecki i łódzki i śląski. W 2009 roku wartość nałożonych kar finansowych w porównaniu z rokiem 2008 była niższa o 445.488,58 zł (spadek o 13,03%).

Oddział	2008	2009	Roczna dynamika zmian
Dolnośląski	20 695,87	53 013,28	156,15%
Kujawsko-Pomorski	188 866,83	120 867,20	-36,00%
Lubelski	104 796,40	205 375,59	95,98%
Lubuski	5 347,27	80 531,51	1406,03%
Łódzki	430 927,54	638 455,39	48,16%
Małopolski	436,35	91 987,74	20981,18%
Mazowiecki	1 835 932,40	715 467,89	-61,03%
Opolski	0,00	6 753,90	-
Podkarpacki	124 465,86	131 151,45	5,37%
Podlaski	45 442,24	106 537,86	134,45%
Pomorski	189 443,92	137 342,80	-27,50%
Śląski	101 398,00	440 349,84	334,28%
Świętokrzyski	98 807,93	47 562,18	-51,86%
Warmińsko-Mazurski	79 955,43	62 720,66	-21,56%
Wielkopolski	72 438,32	130 405,17	80,02%
Zachodniopomorski	120 504,75	5 448,07	-95,48%
suma	3 419 459,11	2 973 970,53	-13,03%

**Tabela nr III.66.** Wartość nałożonych kar finansowych w 2008 i 2009 roku (w zł).



Wykres nr III.21. Wartość nałożonych kar finansowych w 2008 i 2009 roku.

### III.7. Zawieranie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2010 rok

Zgodnie z przepisami ustawy o świadczeniach podstawą udzielania świadczeń opieki zdrowotnej jest umowa zawarta pomiędzy świadczeniodawcą a dyrektorem oddziału wojewódzkiego Funduszu. Umowa może być zawarta wyłącznie ze świadczeniodawcą, który został wybrany na zasadach określonych w ustawie, to jest w wyniku rozstrzygnięcia konkursu ofert lub rokowań.

W roku 2009 poprzez zmianę ww. ustawy wprowadzono regulacje dotyczące koszyka gwarantowanych świadczeń opieki zdrowotnej. Świadczenie gwarantowane, to świadczenia opieki zdrowotnej finansowane w całości lub współfinansowane ze środków publicznych na zasadach i w zakresie określonych w ustawie. Do zadań ministra właściwego do spraw zdrowia należy w szczególności kwalifikowanie świadczeń opieki zdrowotnej jako świadczeń gwarantowanych. Wykazy świadczeń gwarantowanych, wraz z warunkami ich realizacji, zostały określone w rozporządzeniach Ministra Zdrowia i stanowiły podstawę przygotowania przez Prezesa Funduszu zarządzeń dotyczących kontraktowania poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń. Tymczasowo wprowadzono w rozporządzeniach przepisy warunkowo dopuszczające do udzielania świadczeń gwarantowanych podmioty, które nie spełniały wszystkich wymagań, ale posiadały umowy w roku 2008.

Nowe postępowania na rok 2010, z wyjątkiem rokowań na nowe świadczenia opieki zdrowotnej (programy terapeutyczne), były przeprowadzane w niewielkim zakresie, ponieważ dokonana w dniu 25 września 2009 roku nowelizacja ustawy o świadczeniach (Dz. U. 178, poz. 1374) umożliwiła przedłużenie na okres nie dłuższy niż do dnia 31 grudnia 2010 r., na wniosek dyrektora właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu, za zgodą świadczeniodawcy, obowiązywanie umów zawartych na okres do dnia 31 grudnia 2009 r. W przypadku gdy w wyniku przedłużenia łączny okres obowiązywania umowy przekraczał 3 lata, dyrektorzy oddziałów każdorazowo zwracali się o zgodę Prezesa Funduszu na przedłużenie takiej umowy. Prezes Funduszu niezwłocznie udzielał takiej zgody. W części oddziałów wieloletnie umowy ze szpitalami nie wygasły pierwotnie z końcem 2009 r. W takich przypadkach do ustalenia warunków finansowych na rok 2010 stosowano przepisy §32 Ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczące ustalania warunków finansowania na kolejny okres rozliczeniowy. Jednocześnie, ze względu na brak zatwierdzonego planu finansowego NFZ, przedłużono do końca 2009 r. termin zakończenia negocjacji.

Umowy wieloletnie niewygasające pierwotnie z końcem 2009 r. (stan na 04.03.10).

We wszystkich oddziałach wojewódzkich występują umowy niewygasające z dniem 31 grudnia 2009 roku. Udział umów wieloletnich podlegających przedmiotowym ustaleniom jest zbliżony w oddziałach wojewódzkich i kształtuje się na poziomie 58-75% wartości planowanych do wartości planu finansowego.

OW NFZ	plan finansowy (wszystkie rodzaje świadczeń) 2010	wartości planowane na umowy wieloletnie	wartości uzgodnione na umowy wieloletnie	% udział kwot planowanych przez OW NFZ na finansowanie umów wieloletnich w planie finansowym na rok 2010	% udział kwot uzgodnionych przez OW NFZ na finansowanie umów wieloletnich w planie finansowym na rok 2010
Dolnośląski	4 152 186,00	3 029 704,20	3 016 678,50	72,97%	72,65%
Kujawsko-Pomorski	2 850 486,00	2 159 651,11	2 142 079,57	75,76%	75,15%
Lubelski	2 957 928,00	2 191 098,21	2 158 146,03	74,08%	72,96%
Lubuski	1 366 815,00	801 980,62	818 299,15	58,68%	59,87%
Łódzki	3 731 974,00	2 531 873,36	2 445 902,20	67,84%	65,54%
Małopolski	4 467 480,00	2 694 186,16	2 686 643,23	60,31%	60,14%
Mazowiecki	8 430 214,00	6 675 034,31	6 647 849,88	79,18%	78,86%
Opolski	1 355 708,00	970 674,08	968 903,95	71,60%	71,47%
Podkarpacki	2 614 404,00	1 827 675,32	1 805 503,75	69,91%	69,06%
Podlaski	1 621 989,00	1 229 135,00	1 056 783,64	75,78%	65,15%
Pomorski	3 197 563,00	2 005 785,67	1 974 947,03	62,73%	61,76%
Śląski	6 729 973,00	4 659 805,67	4 656 250,60	69,24%	69,19%
Świętokrzyski	1 744 335,00	1 171 286,41	1 170 550,80	67,15%	67,11%
Warmińsko-Mazurski	1 859 565,00	1 251 503,00	1 246 105,11	67,30%	67,01%
Wielkopolski	4 697 063,00	3 391 782,74	3 391 693,06	72,21%	72,21%
Zachodniopomorski	2 403 078,00	1 663 201,25	1 660 580,36	69,21%	69,10%

**Tabela nr III.67.** Umowy wieloletnie niewygasające pierwotnie z dniem 31 grudnia 2009.

Udział umów w stosunku do planu finansowego wynosi 70,61% planowanych wartości. Zawarto umowy o wartości 37.846.92 tys. zł. w wartościach umów uzgodnionych zawarte są umowy na chemioterapię i programy terapeutyczne.

Analizując wyniki uzgodnień warunków finansowych w umowach wieloletnich niewygasających z dniem 31 grudnia 2009 r. należy zauważyć, że w zdecydowanej większości przypadków zakończyły się one skutecznym uzgodnieniem. Według stanu na dzień sprawozdawczy 4 marca 2010 r. uzgodniono warunki finansowe w 98,93% w stosunku do planowanych kwot. Ogółem spośród 43.163 (wraz z POZ i ZSP) umów wieloletnich uczestniczących w negocjacjach uzgodniono 42.317 to jest 98,04 % liczby tych umów. Przypadki zawierania nowych umów w wyniku przeprowadzenia postępowań konkursowych lub rokowań, będących następstwem braku uzgodnienia warunków finansowych na rok 2010 dotyczyły 111 umów. Zawarto umowy o wartości 92.825.06 tys. zł.

Rodzaj świadczeń	Konkursy				Rokowania 1			Rokowania 2				Rokowania 3				Suma końcowa
	G	O	R	U	G	R	U	G	O	R	U	G	O	R	U	
AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA	437	661	99	44	1			5		21	38	1		6	4	1 317
LECZENIE STOMATOLOGICZNE	1	1	76	57		2		1		10		10	8	69	14	249
LECZENIE SZPITALNE	12	6	63	174	2	4	1	6	6	129	107	113	3	60	13	699
LECZNICTWO UZDROWISKOWE		1	1													2
OPIEKA PALIATYWNA I HOSPICYJNA	22		5	11				1						3		42
OPIEKA PSYCHIATRYCZNA I LECZENIE UZALEŻNIEŃ	95	3	10	20		1				21	2	1		22		175
POMOC DORAŻNA I TRASPORT SANITARNY OD 2009													1	2		3
PROFILAKTYCZNE PROGRAMY ZDROWOTNE	5	1	22	11						5						44
RATOWNICTWO MEDYCZNE	3	23	23	4		5								1		59
REHABILITACJA LECZNICZA	50	61	20	7	2				1	9	3	1				154
ŚWIADCZENIA PIELĘGNACYJNE I OPIEKUŃCZE	32		157	25	1	2		8		17				16	1	259
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE KONTRAKTOWANE ODREBNI		1	8	2						1	1			6	10	29
<b>Suma końcowa</b>	<b>657</b>	<b>758</b>	<b>484</b>	<b>355</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>1</b>	<b>21</b>	<b>7</b>	<b>213</b>	<b>151</b>	<b>126</b>	<b>12</b>	<b>185</b>	<b>42</b>	<b>3 032</b>

**Tabela nr III.68.** Liczba postępowań w trybie konkursu ofert i rokowań<sup>5</sup> (wg stanu na dzień 03.05.2010 r.).

Oddziały wojewódzkie Funduszu ogłaszały postępowania uzupełniające. Duża ilość postępowań została odwołana z powodu planowanej nowelizacji aktów prawnych, tzn. ustawy o świadczeniach oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych, a także innych ustaw i rozporządzeń, w tym szczególnie pozostałych tzw. „rozporządzeń koszykowych” (ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne) oraz z powodu braku ofert w przypadku leczenia szpitalnego. Tabela nr III. 70 jest obrazem sytuacji na dany dzień. W przypadku postępowań status ogłoszone, należy traktować je jako będące w trakcie.

Lp.	Rodzaj świadczenia	wartość umów 2009	wartość umów 2010	dynamika
1	podstawowa opieka zdrowotna	-	-	-
2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	4 254 575,81	3 834 814,04	90,13%
3	lecznictwo szpitalne	23 454 307,37	22 552 501,37	96,16%
4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 931 575,99	1 808 055,78	93,61%
5	rehabilitacja lecznicza	1 763 596,25	1 598 794,63	90,66%
6	opieka długoterminowa - świadczenia pielęgnacyjne	775 109,10	821 205,13	105,95%
7	opieka paliatywna i hospicyjna	262 709,67	252 172,11	95,99%
8	leczenie stomatologiczne	1 884 515,83	1 605 288,68	85,18%
9	lecznictwo uzdrowiskowe	667 552,53	540 760,84	81,01%
10	ratownictwo medyczne	1 722 322,90	1 724 372,89	100,12%
11	pomoc doraźna i transport sanitarny	33 387,01	34 981,60	104,78%
12	profilaktyczne programy zdrowotne	135 733,23	108 291,08	79,78%
13	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	1 286 724,91	1 308 111,67	101,66%
14	zaopatrzenie w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze	-	-	-
<b>Razem</b>		<b>38 172 110,60</b>	<b>36 189 349,81</b>	<b>94,81%</b>

**Tabela nr III.69.** Wartość zakontraktowanych umów w latach 2009-2010.

Wszystkie oddziały wojewódzkie zakończyły proces zawierania umów na 2010 rok. Wartość zawartych umów wg stanu na dzień 31 marca 2010 roku wynosiła 36.189.349.81 tys. zł. Wartość umów w leczeniu szpitalnym nie zawiera wartości umów na chemioterapię i programy terapeutyczne, a w części oddziałów ustalono warunki finansowe na 3 lub 6 miesięcy.

<sup>5</sup> Status postępowań: G – ogłoszone, O – odwołane, R – rozstrzygnięte, U – unieważnione

Na 2010 rok w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny we wszystkich oddziałach wojewódzkich Funduszu odbyło się aneksowanie umów wieloletnich niewygasających z dniem 31 grudnia 2009 r. W Dolnośląskim OW NFZ przeprowadzone zostało dodatkowe postępowanie w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny przeprowadzone w trybie konkursu ofert. W związku z powyższym na 2010 r. aneksowanych zostało 31 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, natomiast 1 umowa została podpisana ze świadczeniodawcą wyłonionym w postępowaniu przeprowadzonym w trybie konkursu ofert. W roku 2010 zawarto o jedną umowę więcej niż w roku ubiegłym.

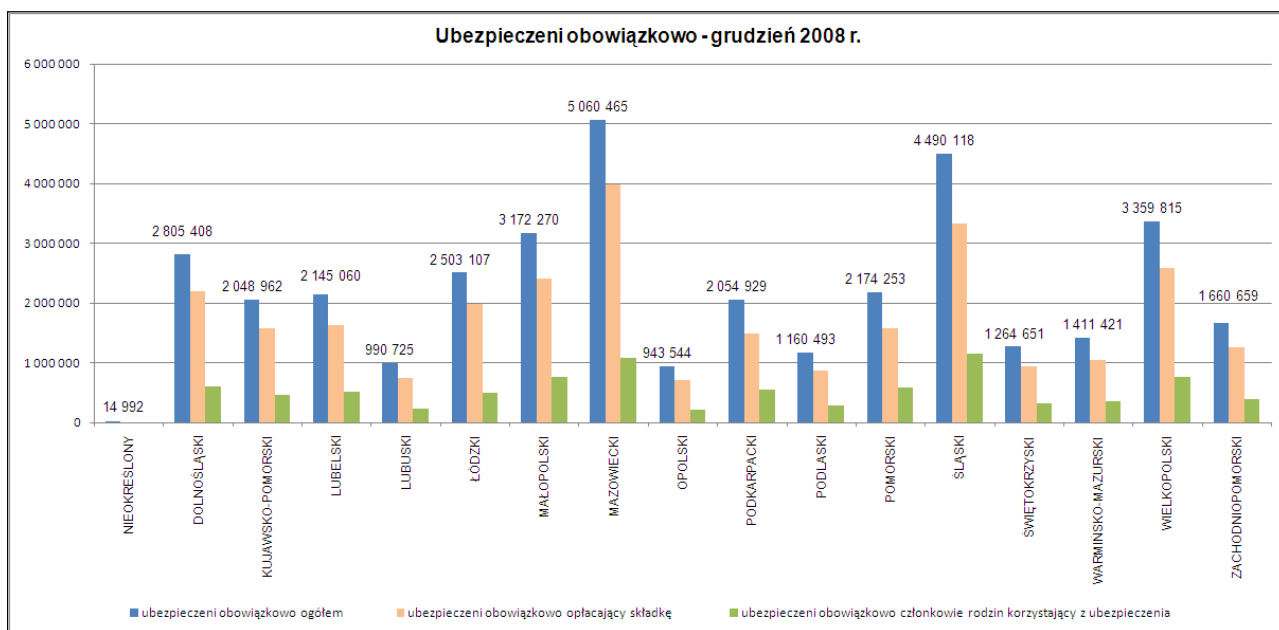
Postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w jednym oddziale wojewódzkim Funduszu przeprowadzone zostało w trybie konkursu ofert, natomiast w pozostałych oddziałach odbyło się aneksowanie umów wieloletnich niewygasających z dniem 31 grudnia 2009 r. W Lubuskim OW NFZ oraz Wielkopolskim OW NFZ przeprowadzono dodatkowo postępowania uzupełniające ilość zespołów ratownictwa medycznego zgodnie z Wojewódzkim Planem Działania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Na 2010 r. zawartych zostało 294 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne, co w porównaniu do roku 2009 stanowi zmniejszenie ilości umów o jedną.

Plan finansowy NFZ na 2010 rok w pozycji leczenie uzdrowiskowe wynosi 564.146.000 zł. Oddziały wojewódzkie Funduszu, w wyniku przeprowadzonych postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki w rodzaju leczenie uzdrowiskowe, zakontraktowały świadczenia na kwotę 540.760.840 zł. Wykorzystano 95,85% środków finansowych.

#### IV. Sprawy świadczeniobiorców

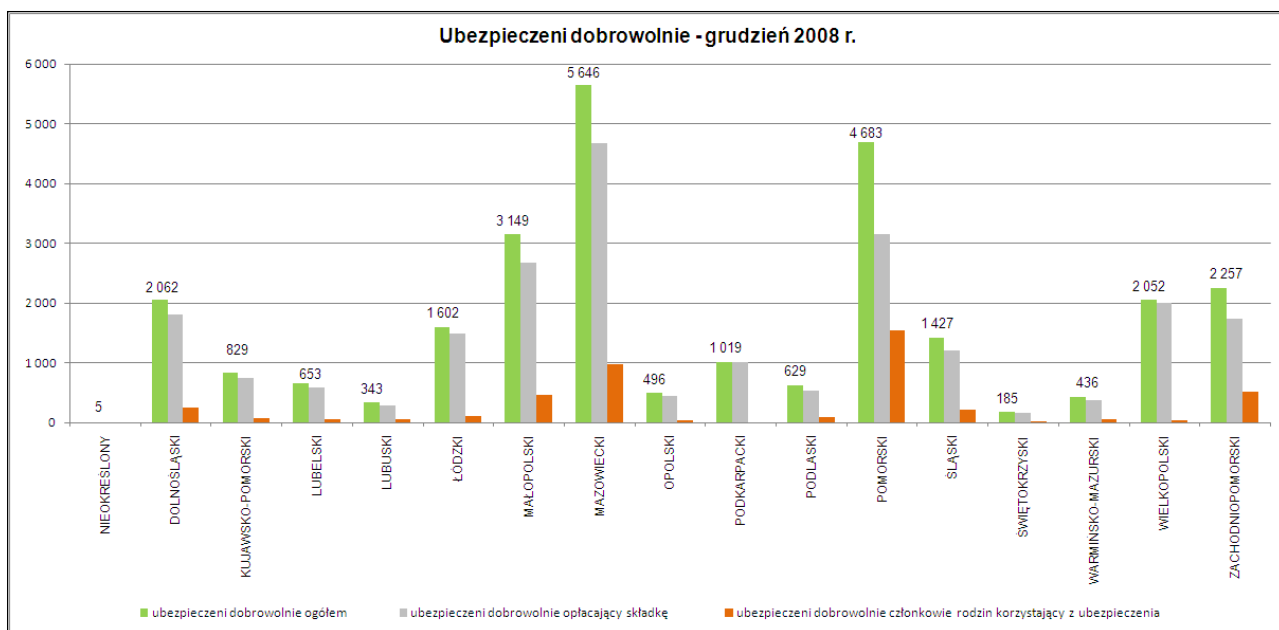
##### IV.1. Centralny Wykaz Ubezpieczonych

W grudniu 2008 r., w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych (CWU) zarejestrowanych było 41 696 383 osoby, w tym 3 199 371 osób z odnotowaną datą zgonu. W grupie 38 479 012 zarejestrowanych osób 28 459 562 wykazywane były jako opłacające składkę w ramach obowiązkowego i dobrowolnego ubezpieczenia a 8 801 310 osób, to członkowie rodzin osób opłacających składkę (wykres nr IV.1). W grupie 27 473 osób ubezpieczonych dobrowolnie, 22.942 to osoby opłacający składkę, a 4.531 to członkowie rodzin opłacających składkę (wykres nr IV.2).



Wykres nr IV.1. Ubezpieczeni obowiązkowo zarejestrowani w CWU – dane wg stanu na 31 grudnia 2008 r.

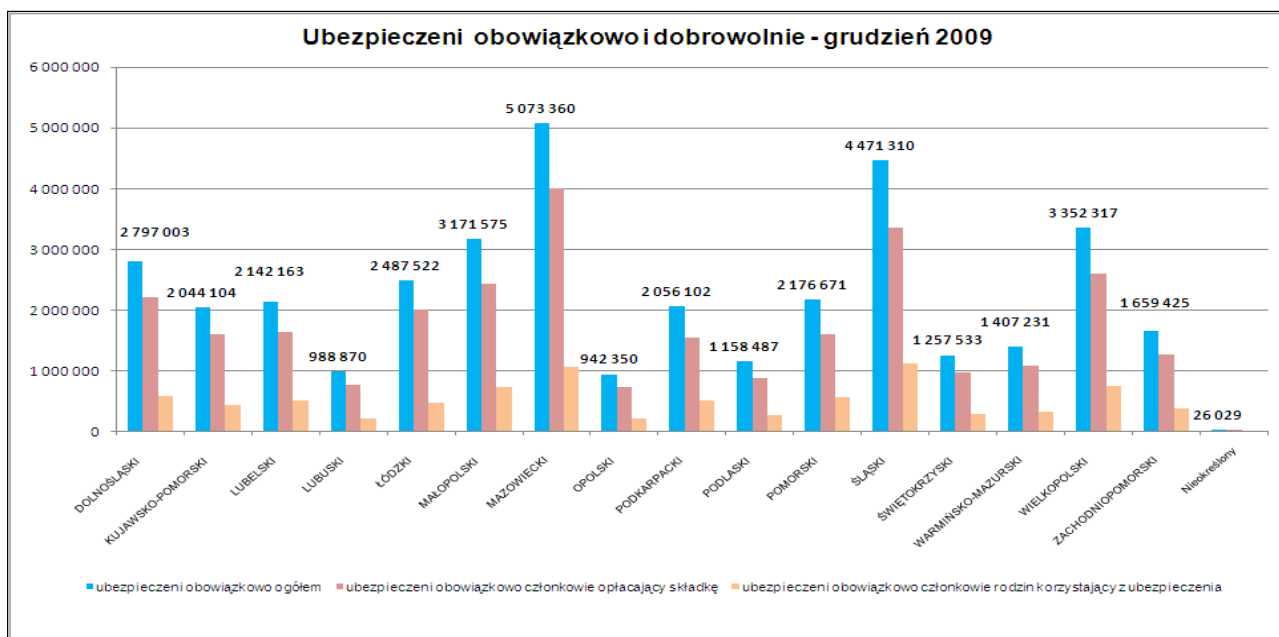




**Wykres nr IV.2.** Ubezpieczeni dobrowolnie zarejestrowani w CWU – dane wg stanu na 31 grudnia 2008 r.

Pozostałe zarejestrowane osoby miały status osoby uprawnionej do świadczeń na podstawie ustawy o świadczeniach. W końcu grudnia 2009 r. zarejestrowano ogółem 42 320 979 osób (w tym 3 633 918 osób z odnotowaną datą zgonu), z których 37 212 052 osoby opłacające składkę w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego i 26 771 osób, które prawo do świadczeń posiadały na podstawie umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (wykres nr IV.3). W grupie ubezpieczonych obowiązkowo 28 738 006 osób to ubezpieczeni opłacający składkę i 8 474 046 osób zarejestrowanych, jako członkowie rodziny (wykres nr IV.4).

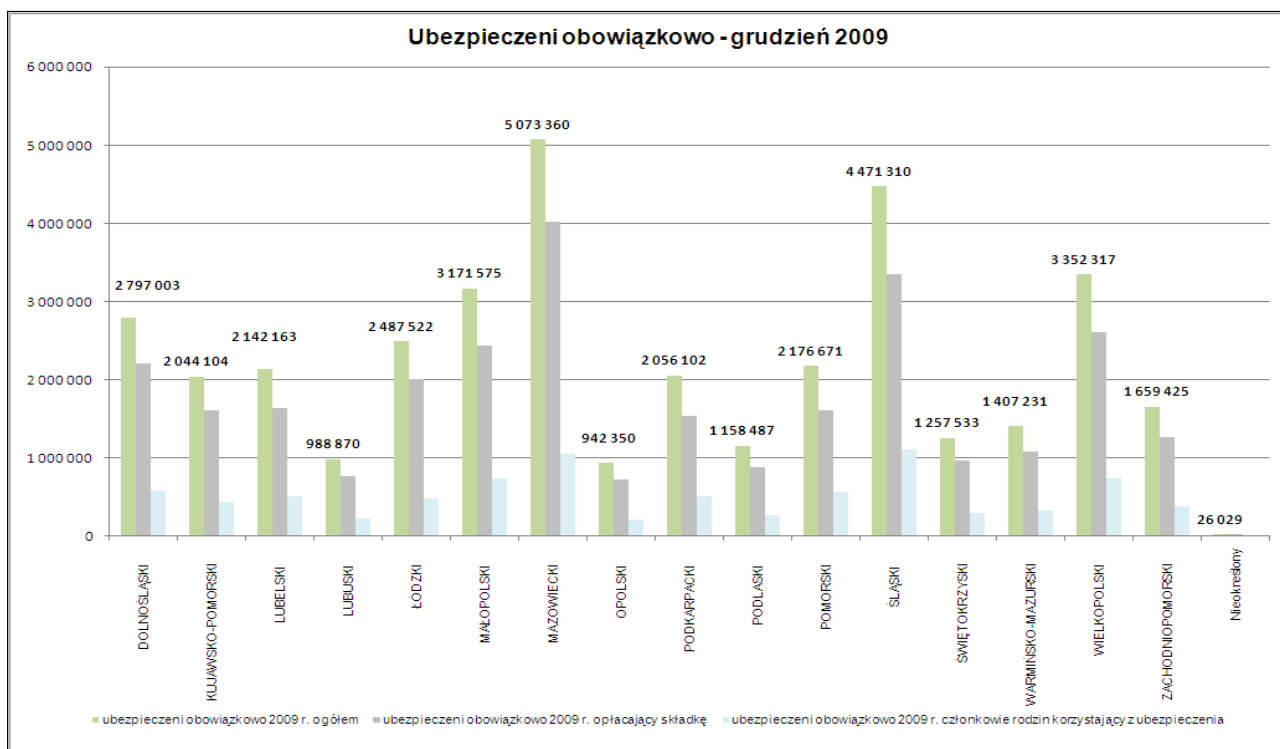
Umowy dobrowolne zawarto z 23 347 osobami, a ze świadczeń w ramach umów dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego mogło korzystać 3 424 członków rodziny (tabela nr IV.1, wykres nr IV.5). Prawo do świadczeń na podstawie art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach miało 1 675 039 osób (tabela nr IV.4).



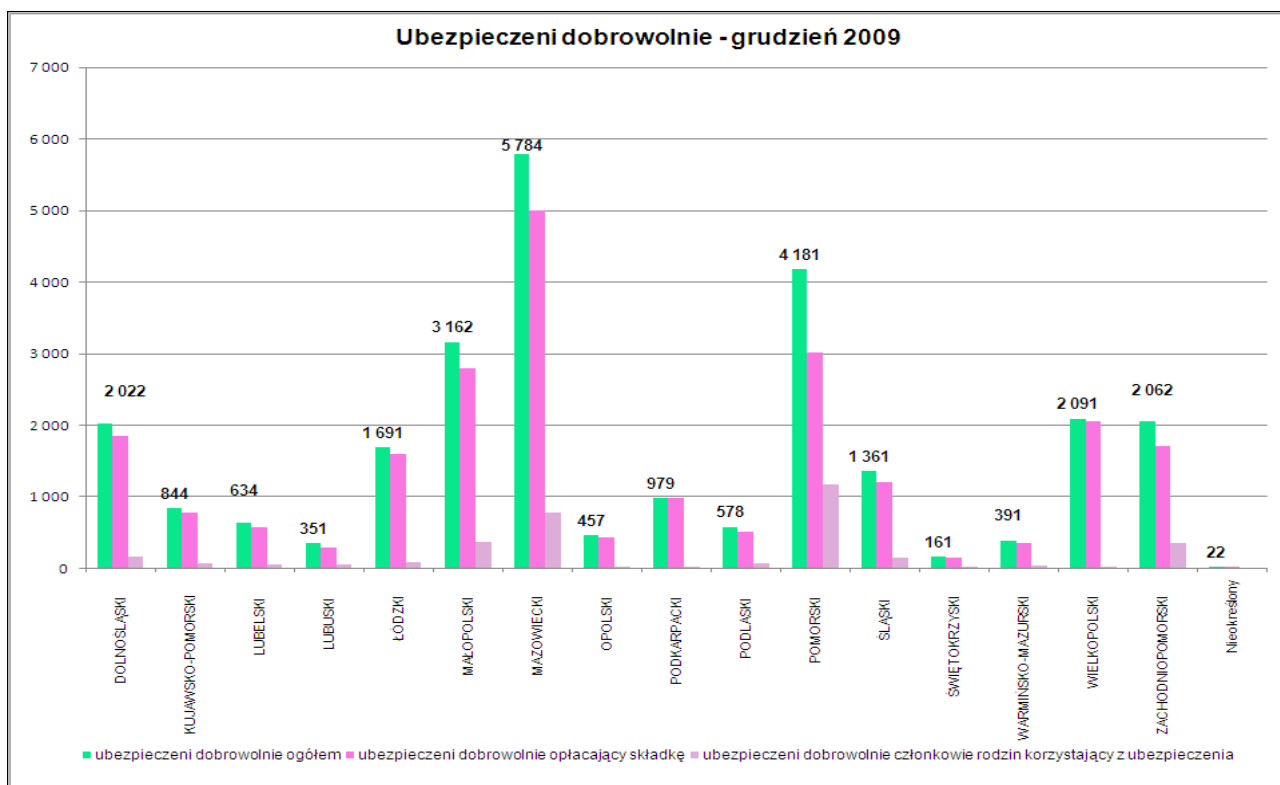
**Wykres nr IV.3.** Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie zarejestrowani w CWU – dane wg stanu na 31 grudnia 2009 r.

Ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia. Stan na koniec II półrocza 2009 (2009-12-31)									
Oddział	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych	liczba zweryfikowanych deklaracji osób na listach lekarzy poz	
	ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia			
DOLNOŚLĄSKI	2 797 003	2 208 074	588 929	2 022	1 852	170	2 799 025	2 786 666	
KUJAWSKO-POMORSKI	2 044 104	1 605 963	438 141	844	778	66	2 044 948	2 040 642	
LUBELSKI	2 142 163	1 631 876	510 287	634	581	53	2 142 797	2 123 709	
LUBUSKI	988 870	767 215	221 655	351	297	54	989 221	978 128	
ŁÓDZKI	2 487 522	2 006 572	480 950	1 691	1 604	87	2 489 213	2 463 554	
MAŁOPOLSKI	3 171 575	2 438 713	732 862	3 162	2 789	373	3 174 737	3 199 805	
MAZOWIECKI	5 073 360	4 015 130	1 058 230	5 784	5 006	778	5 079 144	4 978 557	
OPOLSKI	942 350	730 314	212 036	457	431	26	942 807	930 200	
PODKARPACKI	2 056 102	1 539 578	516 524	979	978	1	2 057 081	2 017 777	
PODLĄSKI	1 158 487	883 157	275 330	578	510	68	1 159 065	1 126 968	
POMORSKI	2 176 671	1 609 531	567 140	4 181	3 010	1 171	2 180 852	2 144 816	
ŚLĄSKI	4 471 310	3 356 218	1 115 092	1 361	1 209	152	4 472 671	4 438 297	
ŚWIĘTOKRZYSKI	1 257 533	963 577	293 956	161	148	13	1 257 694	1 217 540	
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 407 231	1 081 560	325 671	391	353	38	1 407 622	1 387 945	
WIELKOPOLSKI	3 352 317	2 606 320	745 997	2 091	2 063	28	3 354 408	3 365 991	
ZACHODNIOPOMORSKI	1 659 425	1 273 132	386 293	2 062	1 716	346	1 661 487	1 663 953	
Nieokreślony	26 029	21 076	4 953	22	22	0	26 051	0	
<b>SUMA</b>	<b>37 212 052</b>	<b>28 738 006</b>	<b>8 474 046</b>	<b>26 771</b>	<b>23 347</b>	<b>3 424</b>	<b>37 238 823</b>	<b>36 864 548</b>	

Tabela nr IV.1. Ubezpieczeni – wg stanu na 31 grudnia 2009 r.

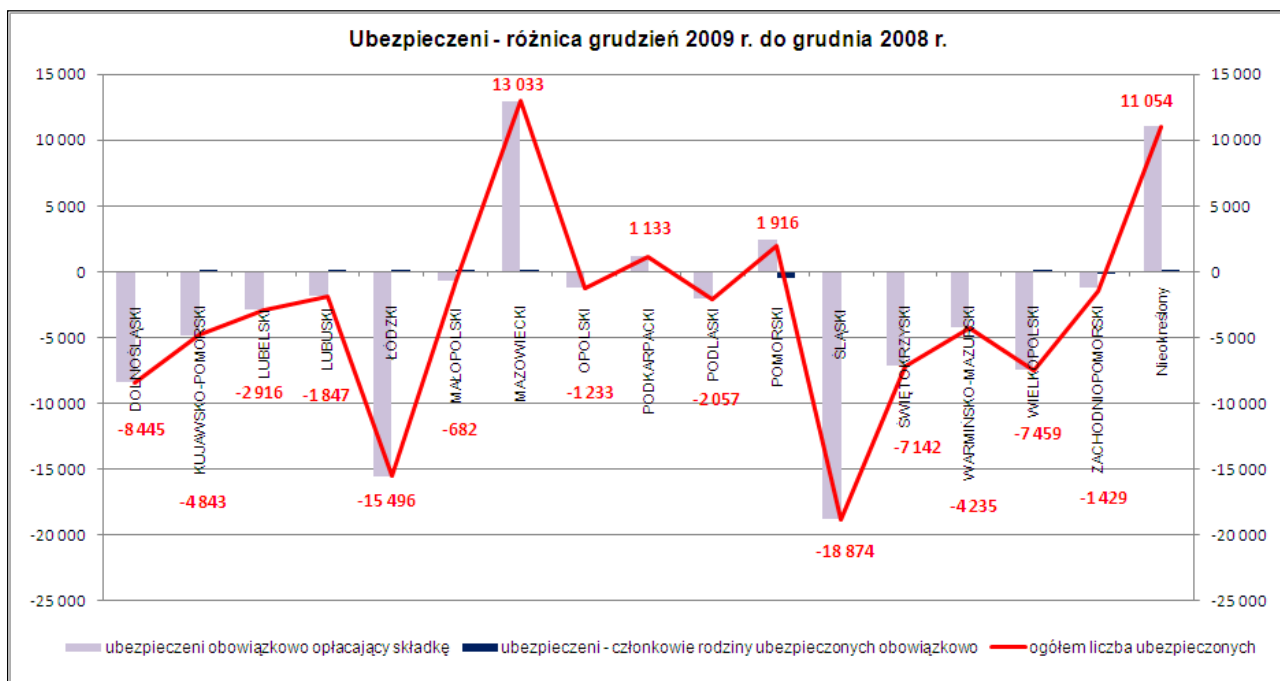


Wykres nr IV.4. Ubezpieczeni obowiązkowo zarejestrowani w CWU – dane wg stanu na 31 grudnia 2009 r.



**Wykres nr IV.5.** Ubezpieczeni dobrowolnie zarejestrowani w CWU – dane wg stanu na 31 grudnia 2009 r.

Porównując dane rok do roku (grudzień 2009 r. do grudnia 2008 r.), o 49 522 osoby zmniejszyła się liczba osób zarejestrowanych jako uprawnione do świadczeń, w tym 48 820 osób w grupie ubezpieczonych obowiązkowo i 702 osoby w grupie ubezpieczonych dobrowolnie (tabela nr IV.2, wykres nr IV.6).



**Wykres nr IV.6.** Ubezpieczeni – różnica grudzień 2009 r. do grudnia 2008 r.

Jak wynika z wykresu nr IV.6, największy spadek w wartościach bezwzględnych odnotowano w oddziałach: śląskim, łódzkim i dolnośląskim. Wzrost liczby ubezpieczonych odnotowano w oddziałach: podkarpackim, pomorskim i mazowieckim.

W omawianym okresie sprawozdawczym liczba osób opłacających składkę wzrosła o 278 849 osoby, natomiast w grupie członków rodziny nastąpił spadek o 328 397 osób (tabela nr IV.2 wartości liczbowe, tabela nr IV.3 wartości procentowe – w oddziałach wojewódzkich Funduszu).

Ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia. Różnica II pół. 2009 do II pół.2008								
Oddział	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych	liczba zweryfikowanych deklaracji osób na listach lekarzy poz
	ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia		
1 - DOLNOŚLĄSKI	-8 405	8 570	-16 975	-40	38	-78	-8 445	37 401
2 - KUJAWSKO-POMORSKI	-4 858	21 967	-26 825	15	30	-15	-4 843	13 004
3 - LUBELSKI	-2 897	3 449	-6 346	-19	-10	-9	-2 916	-4 428
4 - LUBUSKI	-1 855	7 299	-9 154	8	13	-5	-1 847	-4 822
5 - ŁÓDZKI	-15 585	9 311	-24 896	89	109	-20	-15 496	-3 371
6 - MAŁOPOLSKI	-695	26 302	-26 997	13	108	-95	-682	34 681
7 - MAZOWIECKI	12 895	37 409	-24 514	138	328	-190	13 033	40 193
8 - OPOLSKI	-1 194	5 810	-7 004	-39	-24	-15	-1 233	3 803
9 - PODKARPACKI	1 173	35 587	-34 414	-40	-37	-3	1 133	15 942
10 - PODLASKI	-2 006	8 998	-11 004	-51	-18	-33	-2 057	-6 789
11 - POMORSKI	2 418	18 467	-16 049	-502	-138	-364	1 916	26 101
12 - ŚLĄSKI	-18 808	27 306	-46 114	-66	-1	-65	-18 874	32 437
13 - ŚWIĘTOKRZYSKI	-7 118	14 065	-21 183	-24	-11	-13	-7 142	-5 158
14 - WARMIŃSKO-MAZURSKI	-4 190	22 094	-26 284	-45	-26	-19	-4 235	-19 633
15 - WIELKOPOLSKI	-7 498	10 599	-18 097	39	56	-17	-7 459	24 497
16 - ZACHODNIOPOMORSKI	-1 234	12 279	-13 513	-195	-29	-166	-1 429	-4 193
Nieokreślony	11 037	8 932	2 105	17	17	0	11 054	0
<b>SUMA</b>	<b>-48 820</b>	<b>278 444</b>	<b>-327 264</b>	<b>-702</b>	<b>405</b>	<b>-1 107</b>	<b>-49 522</b>	<b>179 665</b>

Tabela nr IV.2. Liczba osób zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego – różnica grudzień 2009 r. do grudnia 2008 r.

Ubezpieczeni w Narodowym Funduszu Zdrowia. Różnica II pół. 2009 do II pół.2008 (odniesienie do wartości spadku w ogólnej liczbie ubezpieczonych tj. 49 522 osób)								
Oddział	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych	liczba zweryfikowanych deklaracji osób na listach lekarzy poz
	ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	członkowie opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia		
1 - DOLNOŚLĄSKI	-16,97%	17,31%	-34,28%	-0,08%	0,08%	-0,16%	-17,05%	20,82%
2 - KUJAWSKO-POMORSKI	-9,81%	44,36%	-54,17%	0,03%	0,06%	-0,03%	-9,78%	7,24%
3 - LUBELSKI	-5,85%	6,96%	-12,81%	-0,04%	-0,02%	-0,02%	-5,89%	-2,46%
4 - LUBUSKI	-3,75%	14,74%	-18,48%	0,02%	0,03%	-0,01%	-3,73%	-2,68%
5 - ŁÓDZKI	-31,47%	18,80%	-50,27%	0,18%	0,22%	-0,04%	-31,29%	-1,88%
6 - MAŁOPOLSKI	-1,40%	53,11%	-54,52%	0,03%	0,22%	-0,19%	-1,38%	19,30%
7 - MAZOWIECKI	26,04%	75,54%	-49,50%	0,28%	0,66%	-0,38%	26,32%	22,37%
8 - OPOLSKI	-2,41%	11,73%	-14,14%	-0,08%	-0,05%	-0,03%	-2,49%	2,12%
9 - PODKARPACKI	2,37%	71,86%	-69,49%	-0,08%	-0,07%	-0,01%	2,29%	8,87%
10 - PODLASKI	-4,05%	18,17%	-22,22%	-0,10%	-0,04%	-0,07%	-4,15%	-3,78%
11 - POMORSKI	4,88%	37,29%	-32,41%	-1,01%	-0,28%	-0,74%	3,87%	14,53%
12 - ŚLĄSKI	-37,98%	55,14%	-93,12%	-0,13%	0,00%	-0,13%	-38,11%	18,05%
13 - ŚWIĘTOKRZYSKI	-14,37%	28,40%	-42,77%	-0,05%	-0,02%	-0,03%	-14,42%	-2,87%
14 - WARMIŃSKO-MAZURSKI	-8,46%	44,61%	-53,08%	-0,09%	-0,05%	-0,04%	-8,55%	-10,93%
15 - WIELKOPOLSKI	-15,14%	21,40%	-36,54%	0,08%	0,11%	-0,03%	-15,06%	13,63%
16 - ZACHODNIOPOMORSKI	-2,49%	24,80%	-27,29%	-0,39%	-0,06%	-0,34%	-2,89%	-2,33%
Nieokreślony	22,29%	18,04%	4,25%	0,03%	0,03%	0,00%	22,32%	0,00%

Tabela nr IV.3. Liczba osób zgłoszonych do ubezpieczenia zdrowotnego – różnica 2009 r. do 2008 r. w wartościach procentowych.

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). Dane liczbowe przedstawiono w tabeli 4 i odpowiednio w wykresie 6 z podaniem różnicy między 2009 a 2008 rokiem (wykres nr IV.7).

Zestawienie liczbowe zarejestrowanych w CWU z podziałem na statusy (wg stanu na dzień 2009-12-26)		XII 2008	XII 2009	Różnica XII 2009 do XII 2008	Spadek/wzrost w poszczególnych statusach w %
1	UBEZPIECZONY	31 289 218	32 031 691	742 473	2,37%
2	UBEZPIECZONY (BRAKI W DOKUMENTACJI)	3 856 631	3 394 767	-461 864	-11,98%
3	NIEUBEZPIECZONY	896 346	810 199	-86 147	-9,61%
4	NIEUBEZPIECZONY Z PRAWEM DO ŚWIADCZEŃ	1 759 794	1 675 039	-84 755	-4,82%
5	NIE ŻYJE	3 199 371	3 633 918	434 547	13,58%
6	NUMER PESEL ANULOWANY (INFORMACJA Z MSW)	14 211	13 519	-692	-4,87%
7	ZGŁOSZONY PRZEZ KCH	296 019	256 505	-39 514	-13,35%
8	REZYDENT - UE	40 349	45 869	5 520	13,68%
9	TYLKO DANE PERSONALNE I ADRESOWE	342 656	456 603	113 947	33,25%
-9	UBEZPIECZONY NA PODSTAWIE ART. 54 USTAWY	1 734	2 669	935	53,92%
-8	UBEZPIECZONY NA PODSTAWIE ART. 67 UST. 6 USTAWY	34	126	92	270,59%
-7	UBEZPIECZONY NA PODSTAWIE ART. 67 UST. 7 USTAWY	20	73	53	265,00%
-6	UBEZPIECZONY NA PODSTAWIE KARTY POLAKA	0	1	1	
<b>RAZEM</b>		<b>41 696 383</b>	<b>42 320 979</b>		

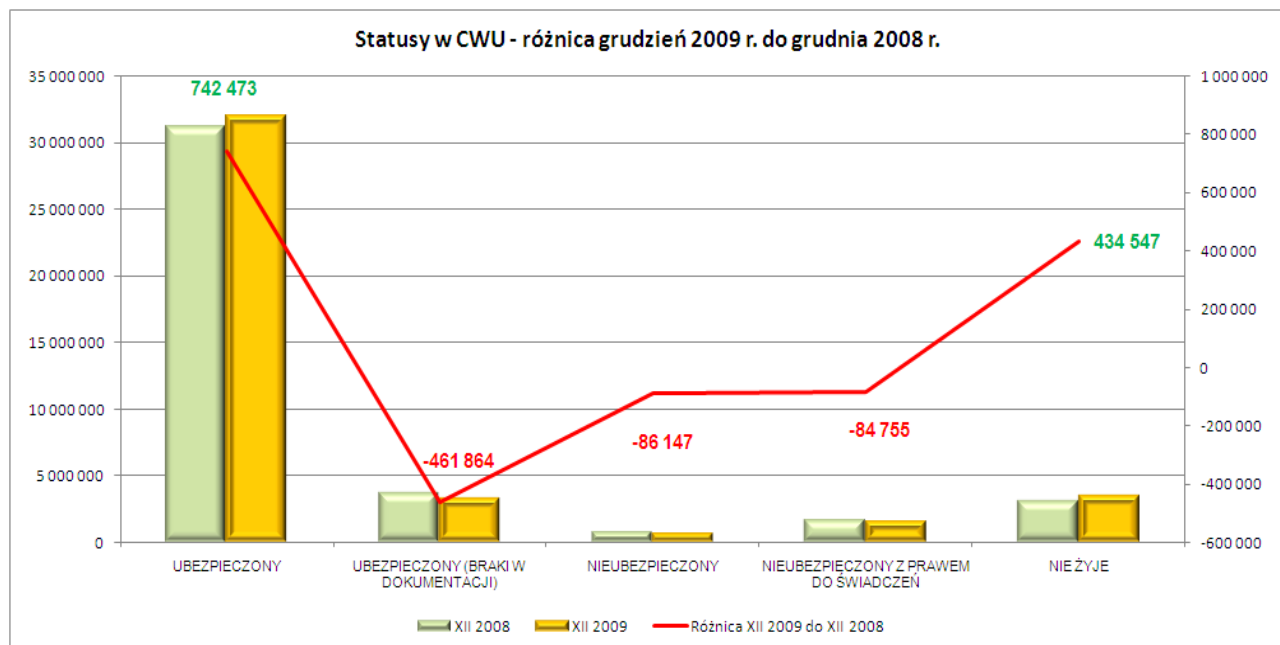
Tabela nr IV.4. Zestawienie liczbowe osób zarejestrowanych w CWU z określeniem statusu – dane za lata 2008-2009.

Na koniec grudnia 2009 r. odnotowano wzrost o 2,37% w grupie osób ze statusem „ubezpieczony” tj. o 742.473 osoby w stosunku do danych z grudnia 2008 r. Zmniejszyła się znacznie grupa osób ze statusem „ubezpieczeni - braki w dokumentacji” o 461.864 osoby (11,98%).

W grupie „nieubezpieczeni” zarejestrowanych było na koniec grudnia 2009 r. 810.199 osób, o 86 147 (9,61%) mniej osób niż w roku poprzednim.

W ramach prowadzonych weryfikacji danych w 2009 r. zmniejszeniu o ponad 39.000 (13,35%) uległa grupa osób, które miały tylko rejestracje z byłych kas chorych.

W grupie osób zarejestrowanych na podstawie przepisów o koordynacji nastąpił wzrost o 5.520 osób (rezydentów), a o ponad 50% (935 osób) zwiększyła się grupa osób zarejestrowanych na podstawie decyzji wójta, burmistrza, prezydenta miasta (art. 54).



Wykres nr IV.7. Statusy osób zarejestrowanych w CWU – dane za lata 2008-2009.

	ogółem liczba ubezpieczonych XII 2008	liczba zweryfikowanych deklaracji osób na listach lekarzy POZ XII 2008	ogółem liczba ubezpieczonych XII 2009	liczba zweryfikowanych deklaracji osób na listach lekarzy POZ XII 2009	liczba zweryfikowanych deklaracji osób na listach lekarzy POZ różnica XII 2009 do XII 2008
DOLNOŚLĄSKI	2 807 470	2 749 265	2 799 025	2 786 666	37 401
KUJAWSKO-POMORSKI	2 049 791	2 027 638	2 044 948	2 040 642	13 004
LUBELSKI	2 145 713	2 128 137	2 142 797	2 123 709	-4 428
LUBUSKI	991 068	982 950	989 221	978 128	-4 822
ŁÓDZKI	2 504 709	2 466 925	2 489 213	2 463 554	-3 371
MAŁOPOLSKI	3 175 419	3 165 124	3 174 737	3 199 805	34 681
MAZOWIECKI	5 066 111	4 938 364	5 079 144	4 978 557	40 193
OPOLSKI	944 040	926 397	942 807	930 200	3 803
PODKARPACKI	2 055 948	2 001 835	2 057 081	2 017 777	15 942
PODLASKI	1 161 122	1 133 757	1 159 065	1 126 968	-6 789
POMORSKI	2 178 936	2 118 715	2 180 852	2 144 816	26 101
ŚLĄSKI	4 491 545	4 405 860	4 472 671	4 438 297	32 437
ŚWIĘTOKRZYSKI	1 264 836	1 222 698	1 257 694	1 217 540	-5 158
WARMIŃSKO-MAZURSKI	1 411 857	1 407 578	1 407 622	1 387 945	-19 633
WIELKOPOLSKI	3 361 867	3 341 494	3 354 408	3 365 991	24 497
ZACHODNIOPOMORSKI	1 662 916	1 668 146	1 661 487	1 663 953	-4 193
Nieokreślony	14 997	0	26 051	0	0
<b>SUMA</b>	<b>37 288 345</b>	<b>36 684 883</b>	<b>37 238 823</b>	<b>36 864 548</b>	<b>179 665</b>

**Tabela nr IV.5.** Zestawienie liczbowe osób zarejestrowanych na listach lekarzy POZ w odniesieniu do rejestracji w CWU i określeniem różnicy za lata 2008-2009.

W ramach centralnej weryfikacji list podstawowej opieki zdrowotnej na koniec miesiąca grudnia 2009 r. zweryfikowano 36.864.548 deklaracje tj. o 179.665 deklaracji więcej niż w analogicznym okresie 2008 roku. Odsetek tych deklaracji był równy 98,91% populacji zarejestrowanej w CWU.

## IV.2. Decyzje indywidualne

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

W 2009 roku w oddziałach wojewódzkich Funduszu wydano łącznie 5.710 decyzji (w roku 2008 w oddziałach wydano łącznie 7.445 decyzji) w tym:

- 2.854 decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, co stanowi wzrost o blisko 38% w stosunku do 2008, w którym wydano 2.070 decyzji,
- 2.856 decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń, co stanowi spadek o nieznacznie ponad 53% w stosunku do 2008, w którym wydano 5.375 decyzji.

W tabeli nr IV.6 zaprezentowano liczbę decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, Prezesa Funduszu – w oparciu o przepisy art. 109 ustawy o świadczeniach oraz liczbę skarg wnoszonych przez świadczeniobiorców do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie w związku z ww. decyzjami, w oparciu o art. 110 ustawy, wg stanu na koniec grudnia 2009 roku.

W sprawach dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, odnotowano prawie 38% wzrost liczby decyzji wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym dotyczyły:

- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących działalność gospodarczą,
- podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu,
- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umowy zlecenia,
- ustalenia ustawodawstwa właściwego,

– posiadania statusu członka rodziny.

W 2009 r. wzrosła liczba wydawanych decyzji przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, dotyczących objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umowy zlecenia. Nadal wydawane były decyzje objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej.

Powyższe sprawy zostają najczęściej zgłoszone przez ZUS, który przesyła do oddziałów wojewódzkich Funduszu również sprawy dotyczące osób, które nie zgłosiły się do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu działalności gospodarczej, zawarły umowy o dzieło, które noszą cechy umowy zlecenia, lub kwestionują okres podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu. Dotyczą one lat ubiegłych, przy czym niektóre obejmują nawet okres od 1 stycznia 1999 r.

Na terenie niektórych województw (lubuskiego, lubelskiego, śląskiego, wielkopolskiego), odnotowano wzmożone kontrole płatników składek dokonywane przez oddziały ZUS-u, kwestionujące charakter szeregu podpisanych umów o dzieło z wnioskami o uznanie ich za umowy zlecenia, podlegające obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. W przypadku, gdy osoba, która podpisała taką umowę, podlega w tym samym okresie obowiązkowemu ubezpieczeniu społecznemu w innym podmiocie np. wykonując umowę o pracę, wówczas z tytułu umowy nazwanej przez strony „umową o dzieło” taka osoba podlega tylko ubezpieczeniu zdrowotnemu i oddział ZUS-u przekazuje wniosek o wydanie decyzji o podleganiu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu takiej umowy do właściwego ze względu na miejsce zamieszkania ubezpieczonego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

L9 Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego						
Sprawozdanie według stanu na koniec 2009 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	291	23	10	6
	Dolnośląski OW	ustalenia prawa do świadczeń	301	5	1	1
2.	Kujawsko-Pomorski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	147	23	8	4
	Kujawsko-Pomorski OW	ustalenia prawa do świadczeń	36	0	0	1
3.	Lubelski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	227	37	37	24
	Lubelski OW	ustalenia prawa do świadczeń	139	9	9	1
4.	Lubuski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	298	110	106	14
	Lubuski OW	ustalenia prawa do świadczeń	141	10	1	3
5.	Łódzki OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	21	7	3	2
	Łódzki OW	ustalenia prawa do świadczeń	193	12	6	3
6.	Małopolski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	155	15	7	2
	Małopolski OW	ustalenia prawa do świadczeń	114	26	6	10
7.	Mazowiecki OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	117	29	16	6
	Mazowiecki OW	ustalenia prawa do świadczeń	600	21	1	2
8.	Opolski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	65	4	1	1
	Opolski OW	ustalenia prawa do świadczeń	182	3	2	0
9.	Podkarpacki OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	175	23	5	17
	Podkarpacki OW	ustalenia prawa do świadczeń	192	13	0	3
10.	Podlaski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	196	19	9	5
	Podlaski OW	ustalenia prawa do świadczeń	108	5	0	0
11.	Pomorski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	113	6	4	3
	Pomorski OW	ustalenia prawa do świadczeń	45	6	2	2
12.	Śląski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	561	68	33	19
	Śląski OW	ustalenia prawa do świadczeń	303	29	6	9
13.	Świętokrzyski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	83	9	3	2
	Świętokrzyski OW	ustalenia prawa do świadczeń	33	0	0	0
14.	Warmińsko-Mazurski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	67	3	2	2
	Warmińsko-Mazurski OW	ustalenia prawa do świadczeń	100	11	3	0
15.	Wielkopolski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	314	14	8	3
	Wielkopolski OW	ustalenia prawa do świadczeń	155	9	9	3
16.	Zachodniopomorski OW	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	24	2	0	0
	Zachodniopomorski OW	ustalenia prawa do świadczeń	214	6	2	3
	<b>Razem</b>	objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym	<b>2854</b>	<b>392</b>	<b>252</b>	<b>110</b>
	<b>Razem</b>	ustalenia prawa do świadczeń	<b>2856</b>	<b>165</b>	<b>48</b>	<b>41</b>
	<b>Ogółem</b>		<b>5710</b>	<b>557</b>	<b>300</b>	<b>151</b>

**Tabela nr IV.6.** Liczba decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, Prezesa Funduszu – w oparciu o przepisy art. 109 ustawy o świadczeniach oraz liczbę skarg wnoszonych przez świadczeniobiorców do WSA w związku z ww. decyzjami, w oparciu o art. 110 ustawy, wg stanu na koniec grudnia 2009 roku.



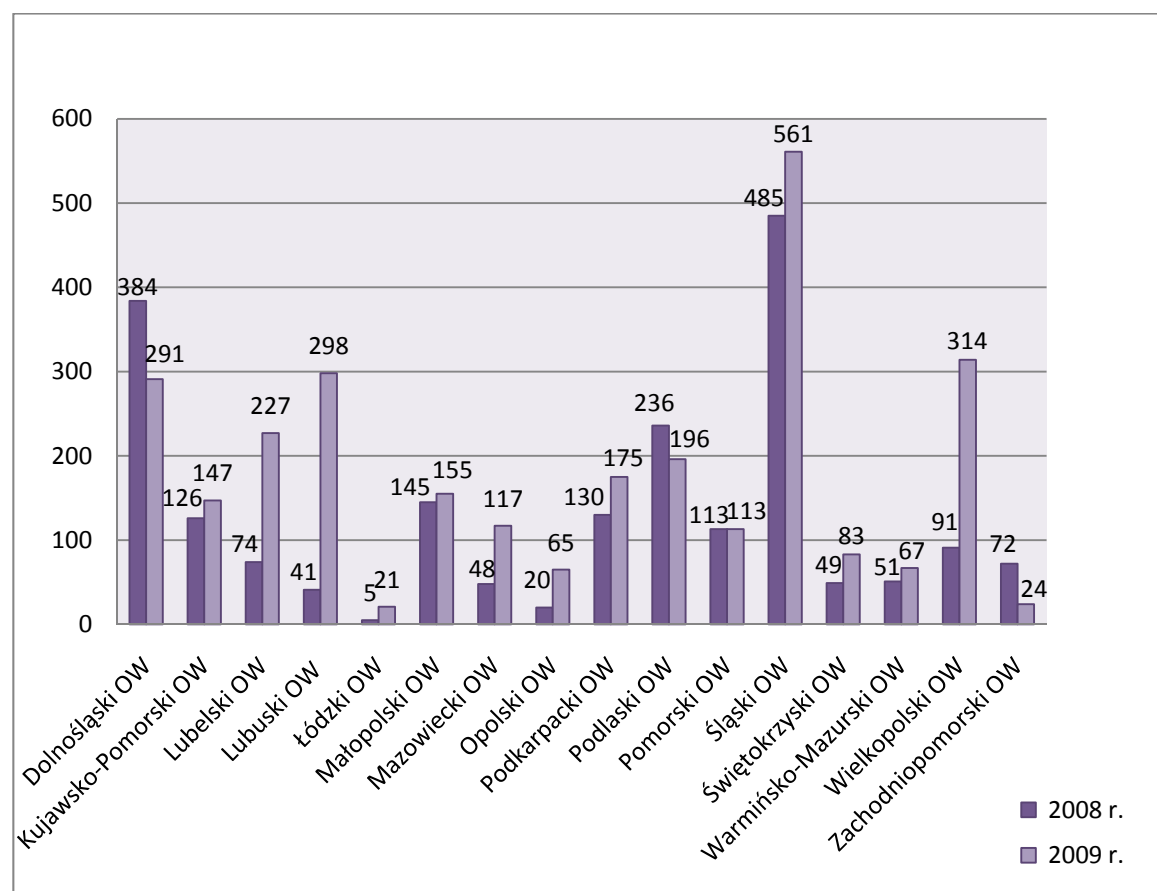
W okresie sprawozdawczym wydawane były również decyzje z zakresu ustalenia ustawodawstwa właściwego, z uwagi na zbieg tytułów do ubezpieczenia zdrowotnego w Polsce oraz w innym Państwie Członkowskim UE/EFTA.

Wydano również decyzje stwierdzające wygaśnięcie uprzednich decyzji w sprawach objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym członków rodzin osób ubezpieczonych. Konieczność stwierdzenia wygaśnięcia decyzji tych spowodowana została wejściem w życie z dniem 1 stycznia 2009 r. zmiany ustawy o świadczeniach, która nałożyła na Powiatowe Urzędy Pracy jako płatnika składek na ubezpieczenie zdrowotne obowiązek zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego, bezrobotnych, którzy nie posiadają innego tytułu do ubezpieczenia zdrowotnego wymienionego w art. 66 ust. 1 ustawy o świadczeniach, tj. z reguły bezrobotnych, którzy do dnia 31 grudnia 2008 r., byli zgłoszeni do ubezpieczenia zdrowotnego jako członkowie rodziny.

Równocześnie w kolejnych kwartałach 2009 r. odnotowano znaczny wzrost ilości odwołań do Prezesa Funduszu na decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz skarg na decyzje Prezesa Funduszu, co wynika z faktu, że są one podstawą egzekwowania przez ZUS składek na ubezpieczenie zdrowotne (tabela nr IV.7.).

	I kwartał 2009 r.	II kwartał 2009 r.	III kwartał 2009 r.	IV kwartał 2009 r.
<b>decyzje OWNFZ</b>	1 563	2 863	4 282	5 710
<b>decyzje zmienione lub uchylone przez Prezesa Funduszu</b>	46	87	165	300
<b>skargi do WSA</b>	29	60	102	151

**Tabela nr IV.7.** Liczba decyzji wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, decyzji zmienionych lub uchylonych przez Prezesa Funduszu oraz skarg do WSA na decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego w 2009 r. (narastająco w kwartałach 2009 r.).



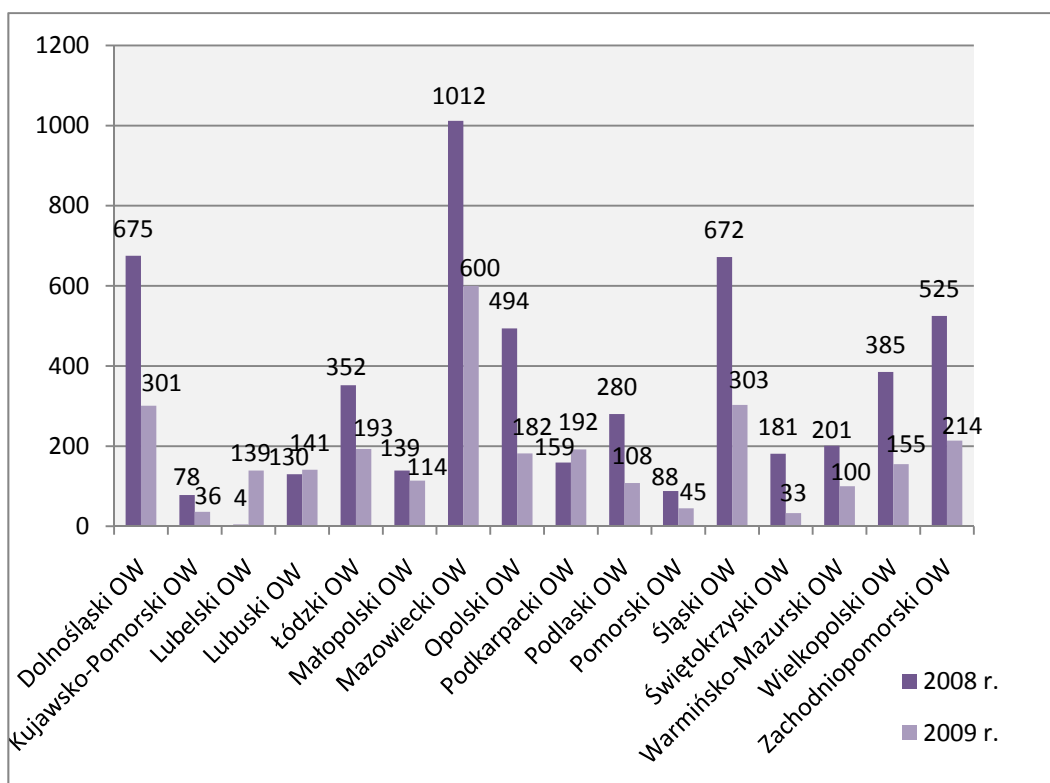
**Wykres nr IV.8.** Liczba wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu decyzji w przedmiocie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w latach 2008/2009.

W zakresie decyzji wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w przedmiocie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na wykresie nr IV.8 przedstawiono liczbę tych decyzji porównując z 2008 rokiem. Największą ilość decyzji wydał dyrektor Śląskiego OW NFZ (561 w 2009 r., 485 w 2008 r.), a najmniejszą dyrektor Łódzkiego OW NFZ (odpowiednio 21 oraz 5 decyzji).

W przypadku decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu z zakresu ustalenia prawa do świadczeń, został odnotowany ponad 53% spadek w porównaniu do 2008 roku, spowodowany najprawdopodobniej wzrostem świadomości świadczeniobiorców w zakresie braku możliwości uzyskania zwrotu kosztów (refundacji) oraz sfinansowania świadczeń poza systemem świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Zakres wniosków o wydanie decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń obejmował najczęściej:

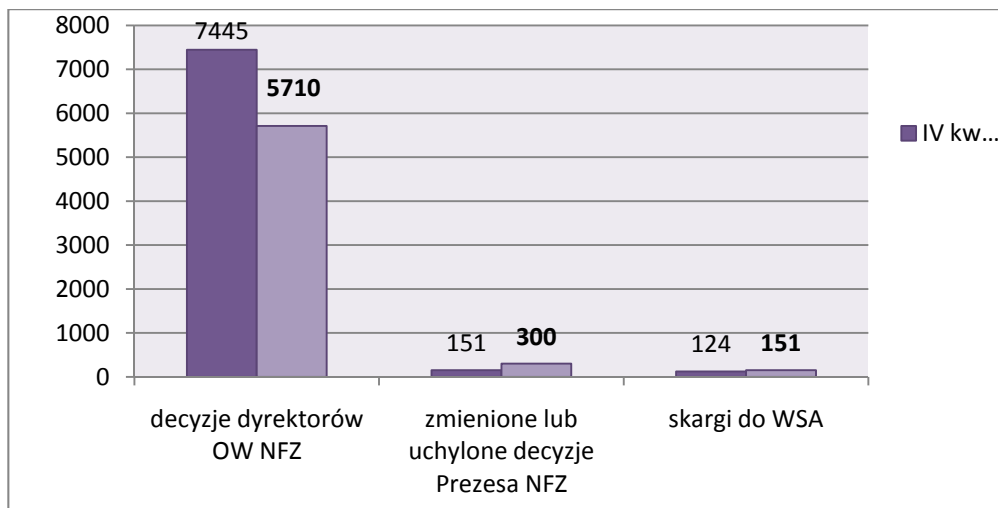
- potwierdzenia uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki,
- sfinansowania, refundacji lub skrócenia okresu używalności aparatów słuchowych, rurek tracheostomijnych,
- sfinansowania lub refundacji kosztów ponadstandardowego leczenia stomatologicznego oraz ortodontycznego,
- sfinansowania lub refundacji kosztów ambulatoryjnego i szpitalnego,
- refundacji kosztów transportu sanitarnego,
- sfinansowania lub refundacji kosztów badań diagnostycznych wykonanych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego,
- pokrycia kosztów lub dofinansowanie zakupu środków pomocniczych nie znajdujących się w wykazach przedmiotów refundowanych,
- zwrot kosztów planowego leczenia wykonanego w krajach UE bez formularza E112.



**Wykres nr IV.9.** Liczba decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wydanych w indywidualnych sprawach z zakresu ustalania prawa do świadczeń w 2008 r. w stosunku do 2009 r.

Od decyzji wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach, świadczeniobiorcom przysługuje prawo wnoszenia odwołań do Prezesa Funduszu.

Do końca 2009 r. Prezes Funduszu wydał 557 decyzji, uchylając lub zmieniając 300 decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, natomiast w 2008 roku Prezes Funduszu rozpatrzył 453 odwołań, uchylając lub zmieniając 151 decyzji.



**Wykres nr IV.10.** Ilość decyzji wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, decyzji Prezesa Funduszu zmieniających decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz ilość skarg na decyzje Prezesa Funduszu skierowanych do WSA.

Najczęstszą przyczyną uchylenia decyzji Prezesa Funduszu oraz poprzedzających ich decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie stwierdzenia podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej było naruszenie przepisów art. 7, art. 77, 80 oraz art. 105 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. KPA (Dz. U. z 2000 r. Nr 98, poz. 1071, z późn. zm.), w szczególności nieodniesienie się do dowodów i twierdzeń przedstawionych przez świadczeniobiorców.

Od decyzji Prezesa Funduszu świadczeniobiorcy przysługuje prawo wniesienia skargi do WSA (art. 110 ustawy o świadczeniach). Według stanu na koniec 2009 r. świadczeniobiorcy wnieśli 151 skarg do WSA. Dla porównania w analogicznym okresie roku ubiegłego świadczeniobiorcy wnieśli 124 skargi do WSA.

Zdecydowana większość skarg na decyzje Prezesa Funduszu, została przez sąd oddalona (co potwierdza prawidłowość rozstrzygnięć dokonywanych przez Prezesa Funduszu) lub odrzucona (przeważnie w przypadku uchybienia terminu do wniesienia odwołania czy też nieopłacenia skargi).

### IV.3. Kolejki oczekujących

W 2009 r. dane statystyczne z zakresu list oczekujących świadczeniodawcy przekazywali do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziałów wojewódzkich Funduszu szczegółowym komunikatem sprawozdawczym XML, który został określony zarządzeniem Nr 107/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 listopada 2008 r. Komunikat obejmował informacje o liczbie oczekujących i średnich czasach oczekiwania: przewidywanym i rzeczywistym do komórek organizacyjnych oraz na wybrane procedury medyczne i terapeutyczne programy zdrowotne w podziale na kategorie medyczne: „przypadek pilny” i „przypadek stabilny”.

Ze względu na fakt, że pozyskiwane przez Fundusz dane statystyczne o liczbie osób oczekujących i średnich czasach oczekiwania na realizację świadczeń opieki zdrowotnej są niewystarczające do prowadzenia rzetelnych analiz medyczno-finansowych oraz podejmowania racjonalnych decyzji dotyczących finansowania świadczeń, umowami o udzielanie świadczeń

opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne na świadczeniodawców został na świadczeniodawców nałożony obowiązek prowadzenia list oczekujących na wybrane świadczenia wysokospecjalistyczne w aplikacji udostępnionej przez oddziały wojewódzkie Funduszu. Wprowadzono również zasady, zgodnie z którym, świadczeniodawcy zostali zobowiązani do prowadzenia list oczekujących na następujące świadczenia wysokospecjalistyczne:

- 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.

W 2009 r. 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). Powyższe świadczenia zostały wybrane ze względu na fakt, iż stanowią istotny problem zdrowotny świadczeniobiorców, a z przekazywanych przez świadczeniodawców do Funduszu danych statystycznych wynika, że procedury te, szczególnie zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) oraz endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, wyróżniają się na tle innych świadczeń długimi średnimi czasami oczekiwania oraz dużą liczbą osób oczekujących.

W tabeli nr IV.8. został przedstawiony odsetek świadczeniodawców, którzy w poddanych analizie okresach sprawozdawczych 2009 r. przekazali do właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących. Na szczególną uwagę zasługuje Lubuski OW NFZ, gdyż w każdym z przedstawionych w tabeli nr IV.8. okresów sprawozdawczych, wszyscy świadczeniodawcy przekazali dane statystyczne z zakresu list oczekujących. Bardzo duży odsetek świadczeniodawców przesyłających komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących, wynoszący w trzech okresach nie mniej niż 99%, występuje również w przypadku następujących oddziałów wojewódzkich Funduszu: lubelskiego, opolskiego, śląskiego i warmińsko-mazurskiego.

W celu zapewnienia pełnego spływu od świadczeniodawców raportów o liczbie osób oczekujących i średnich czasach oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu, w 2009 r. podejmowano szereg działań, do których należało:

- prowadzenie korespondencji (papierowej i elektronicznej) ze świadczeniodawcami nieprzekazującymi danych, nadsyłających raporty zawierające błędy;
- publikowanie na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz za pośrednictwem Systemu Zarządzania Obiegiem Informacji 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 8 przypadkach odsetek świadczeniodawców, którzy przekazali do właściwych oddziałów wojewódzkich Funduszu komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących jest mniejszy niż 90% (tabela nr IV.8.). Na dużą ilość komunikatów XML otrzymywanych od świadczeniodawców miał także wpływ pozostawienie w 2009 r. bez zmian słowników komórek organizacyjnych oraz procedur medycznych podlegających sprawozdawczości z zakresu list oczekujących bez zmian. Każda tego rodzaju zmiana, jak również modyfikacja wzoru komunikatu sprawozdawczego XML, warunków

weryfikacyjnych dotyczących danych z zakresu list oczekujących wprowadzanych do systemów informatycznych, powoduje znaczny spadek liczby komunikatów XML przekazywanych przez świadczeniodawców w okresach sprawozdawczych następujących bezpośrednio po miesiącu, w którym nastąpiła zmiana.

Należy również dodać, że w przypadku niewypełnienia przez świadczeniodawców obowiązku sprawozdawczego oraz braku reakcji na występujące w raportach błędy, oddziały wojewódzkie Funduszu w 2009 r. przeprowadziły kontrole w trybie planowym jak i doraźnym. Do kontroli typowano przede wszystkim świadczeniodawców, którzy nie przekazywali do Funduszu żadnych danych z zakresu list oczekujących, jak również przekazali dane zawierające rażące błędy.

Lp.	Nazwa OW NFZ	Okres sprawozdawczy			
		marzec 2009 r.	czerwiec 2009 r.	wrzesień 2009 r.	grudzień 2009 r.
1	Dolnośląski	59%	94%	96%	92%
2	Kujawsko-Pomorski	90%	94%	95%	87%
3	Lubelski	99%	99%	99%	100%
4	Lubuski	100%	100%	100%	100%
5	Łódzki	91%	95%	96%	88%
6	Małopolski	78%	93%	93%	94%
7	Mazowiecki	90%	95%	97%	95%
8	Opolski	99%	100%	100%	98%
9	Podkarpacki	77%	93%	94%	93%
10	Podlaski	91%	95%	96%	98%
11	Pomorski	94%	91%	95%	90%
12	Śląski	99%	99%	99%	97%
13	Świętokrzyski	92%	90%	94%	89%
14	Warmińsko-Mazurski	99%	99%	99%	99%
15	Wielkopolski	94%	94%	95%	93%
16	Zachodniopomorski	95%	94%	87%	83%

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

**Tabela nr IV.8.** Procent świadczeniodawców, którzy przesłali komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących do oddziałów wojewódzkich Funduszu w wybranych okresach sprawozdawczych.

Przedstawione poniżej tabele prezentują te komórki organizacyjne, które w 2009 roku, realizowały świadczenia opieki zdrowotnej z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny”. Zostały sporządzone w podziale na poszczególne rodzaje świadczeń i przedstawiają dane za okres sprawozdawczy grudzień 2009 r. Obok liczby osób oczekujących ujęto wartość średnią, medianę i trzeci kwartył średniego przewidywanego czasu oczekiwania określonego w dniach. Należy zaznaczyć, że jest to średnia ważona, gdzie każdemu średniemu przewidywanemu czasowi oczekiwania przypisano wagę w postaci liczby osób oczekujących. Przy wyliczaniu tej średniej pomijane są komórki organizacyjne, do których nie ma osób oczekujących, w wyniku czego została

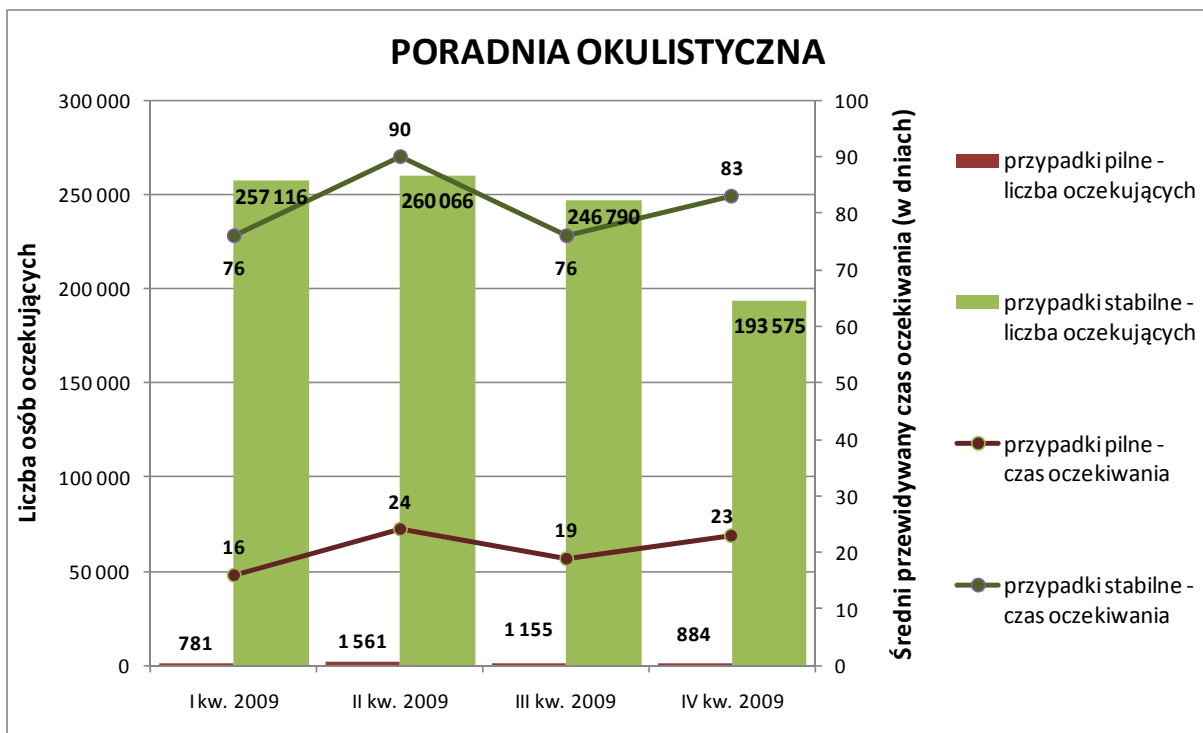
dodana kolumna prezentująca odsetek komórek organizacyjnych, na przyjęcie do których średni przewidywany czas oczekiwania wynosi 0 dni. Zamieszczone poniżej wykresy przedstawiają natomiast zmiany liczby osób oczekujących oraz średniego przewidywanego czasu oczekiwania w dniach, określonych dla kategorii medycznych: „przypadek stabilny” oraz „przypadek pilny”, w 2009 roku.

### Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

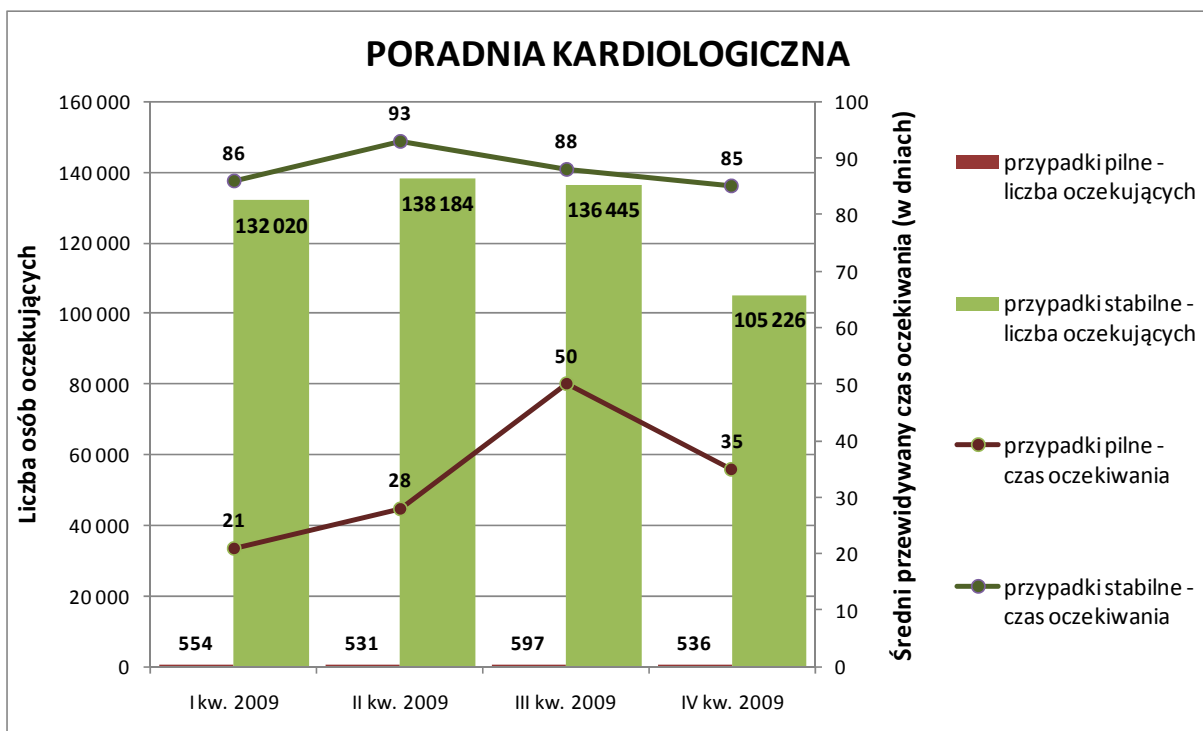
Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców wg stanu na koniec grudnia 2009 r. wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajduje się na listach oczekujących do następujących poradni specjalistycznych: okulistycznych, kardiologicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej, ginekologiczno-położniczych i neurologicznych. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie: kardiologiczna i okulistyczna wyróżniają się najwyższą wartością średnią średniego przewidywanego czasu oczekiwania określoną dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, które kształtującą się na poziomie odpowiednio 85 i 83 dni. Należy jednak dodać, że do 24% poradni kardiologicznych i 36% poradni okulistycznych średni przewidywany czas oczekiwania wynosi 0 dni (tabela nr IV.9.). Do pozostałych z wymienionych poradni specjalistycznych wartość średnia średniego przewidywanego czasu oczekiwania zawiera się w przedziale 29-57 dni i w skali kraju odnotowuje się znaczny odsetek poradni, na przyjęcie do których nie trzeba oczekiwać.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni przewidywany czas oczekiwania (w dniach)			Procent komórek organizacyjnych, do których średni przewidywany czas oczekiwania wynosi 0 dni
			średnia ważona	mediana	kwartyl trzeci	
1	PORADNIA OKULISTYCZNA	193 575	83	14	38	36
2	PORADNIA KARDIOLOGICZNA	105 226	85	35	72	24
3	PORADNIA CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ	93 690	57	17	35	32
4	PORADNIA GINEKOLOGICZNO-POŁOŻNICZA	87 397	29	0	10	65
5	PORADNIA NEUROLOGICZNA	83 604	48	14	35	35

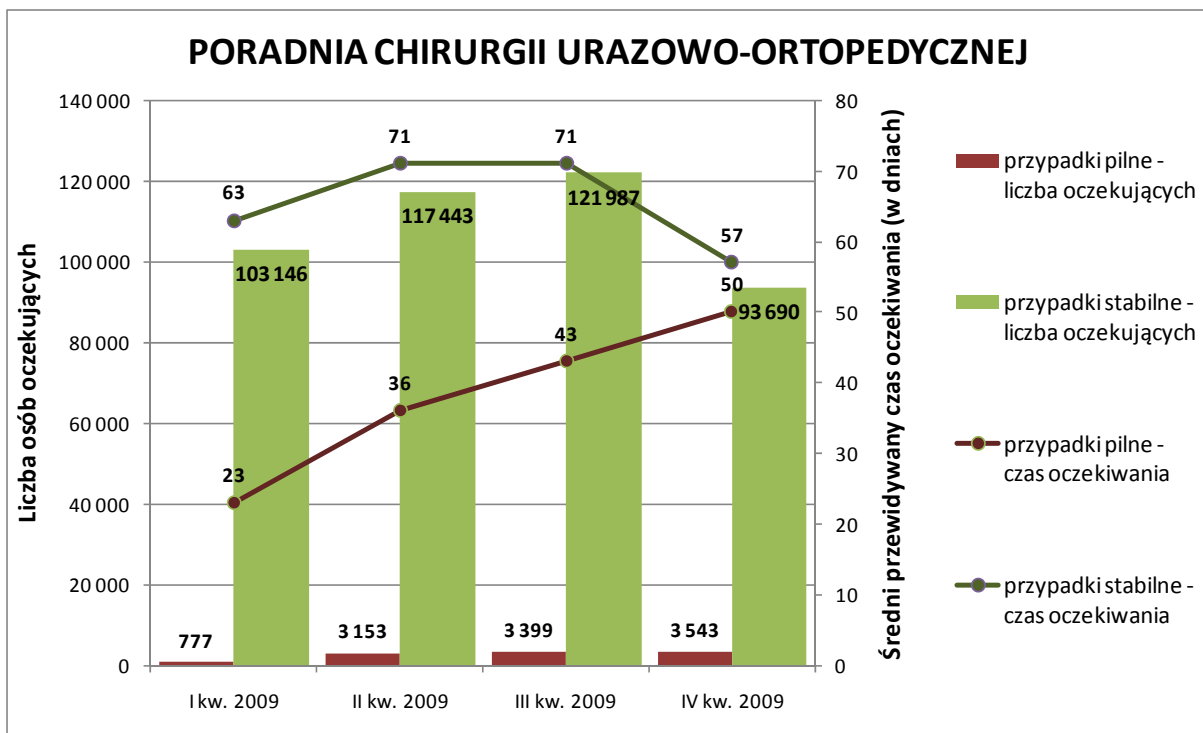
**Tabela nr IV.9.** Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 5 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” wg stanu na koniec grudnia 2009 r.



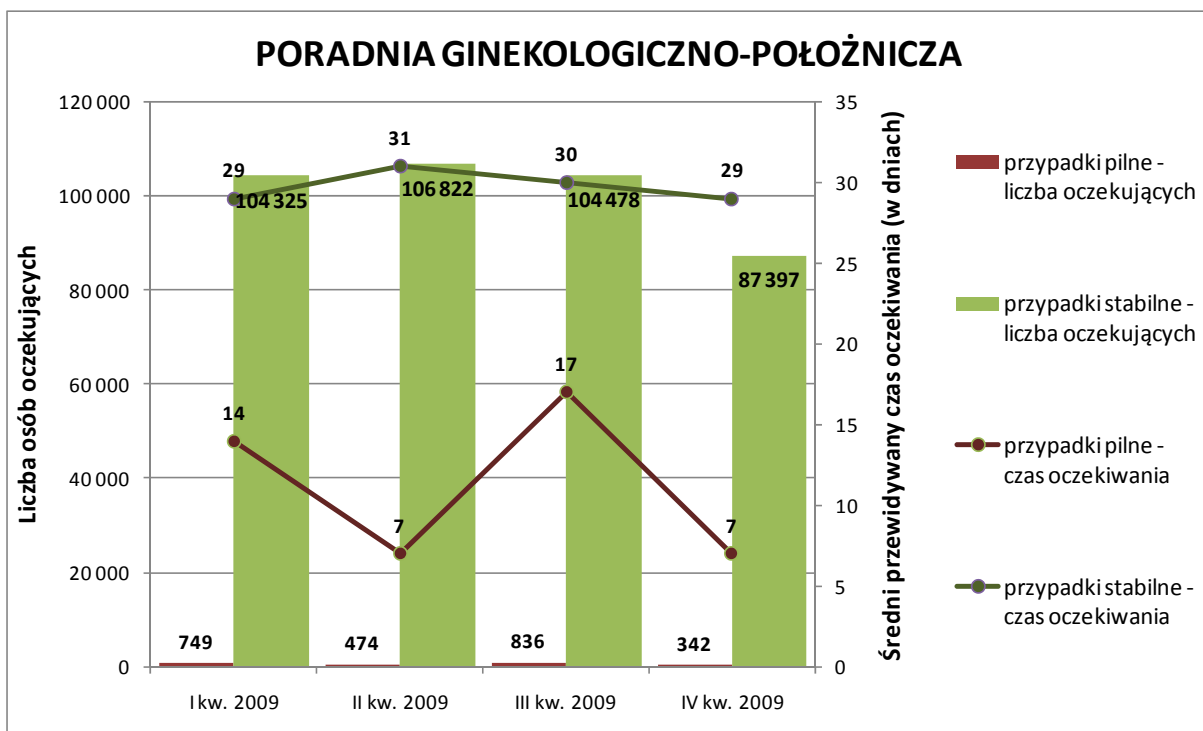
Wykres nr IV. 11. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do poradni okulistycznych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



Wykres nr 12. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do poradni kardiologicznych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.

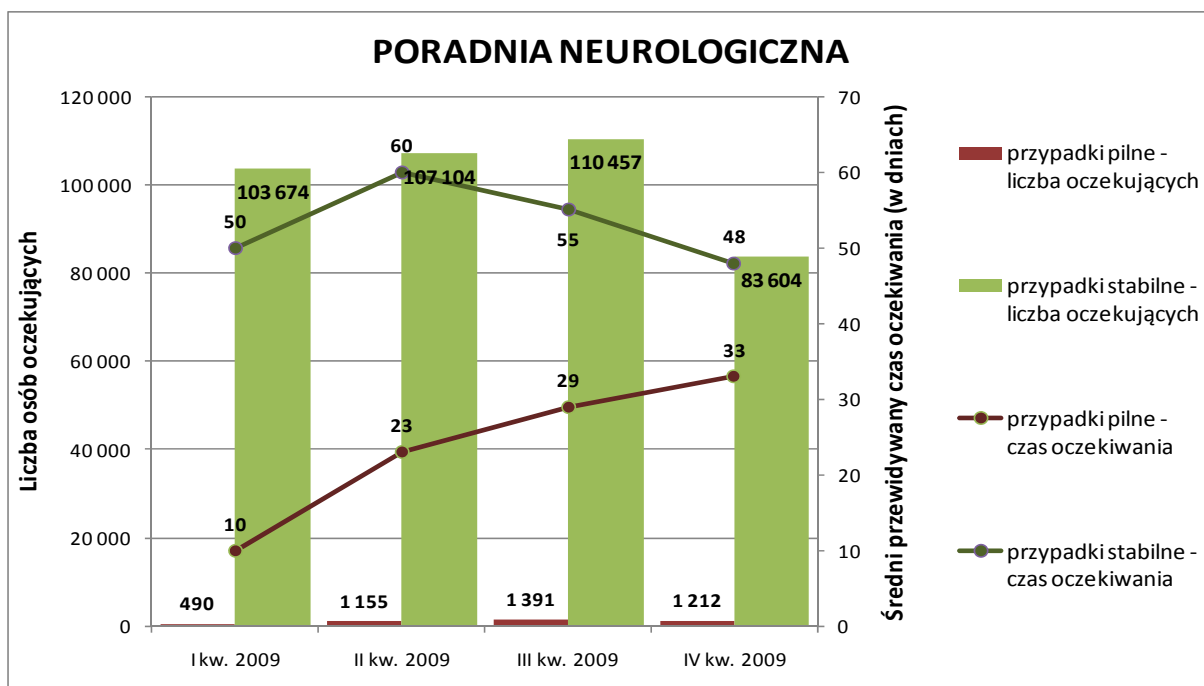


Wykres nr 13. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



Wykres nr 14. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do poradni ginekologiczno-położniczych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.





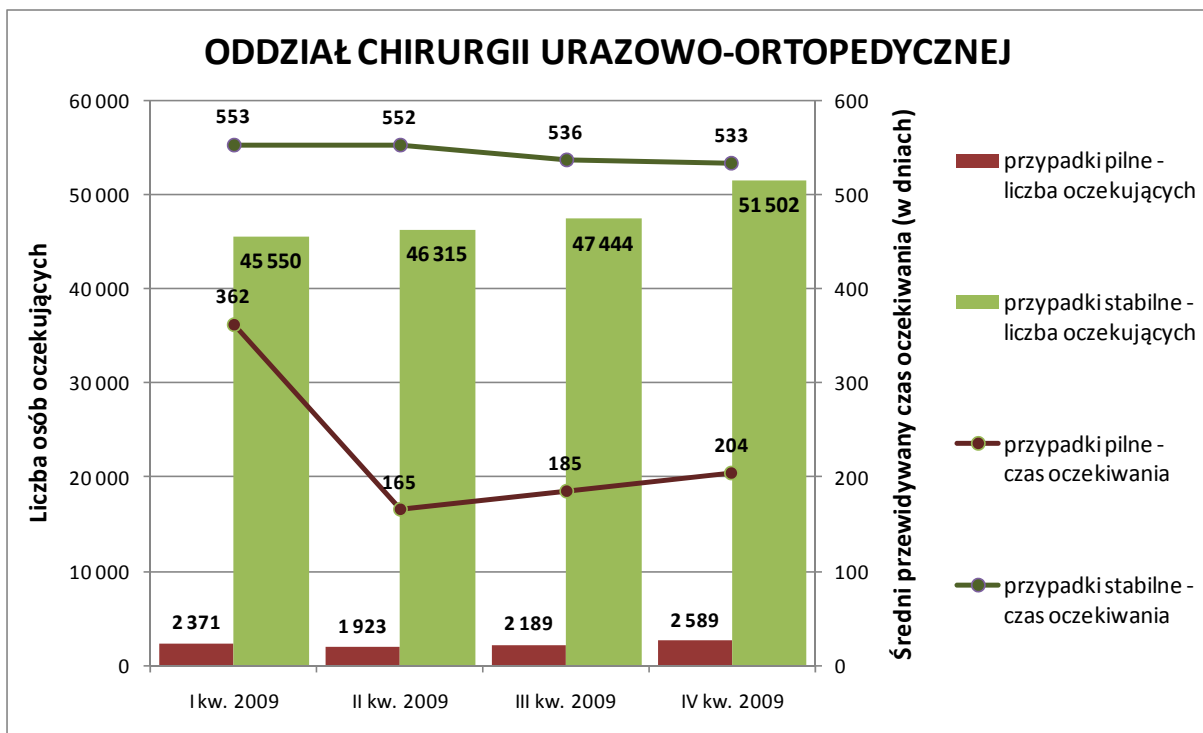
**Wykres nr IV.15.** Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do poradni neurologicznych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.

### Leczenie szpitalne

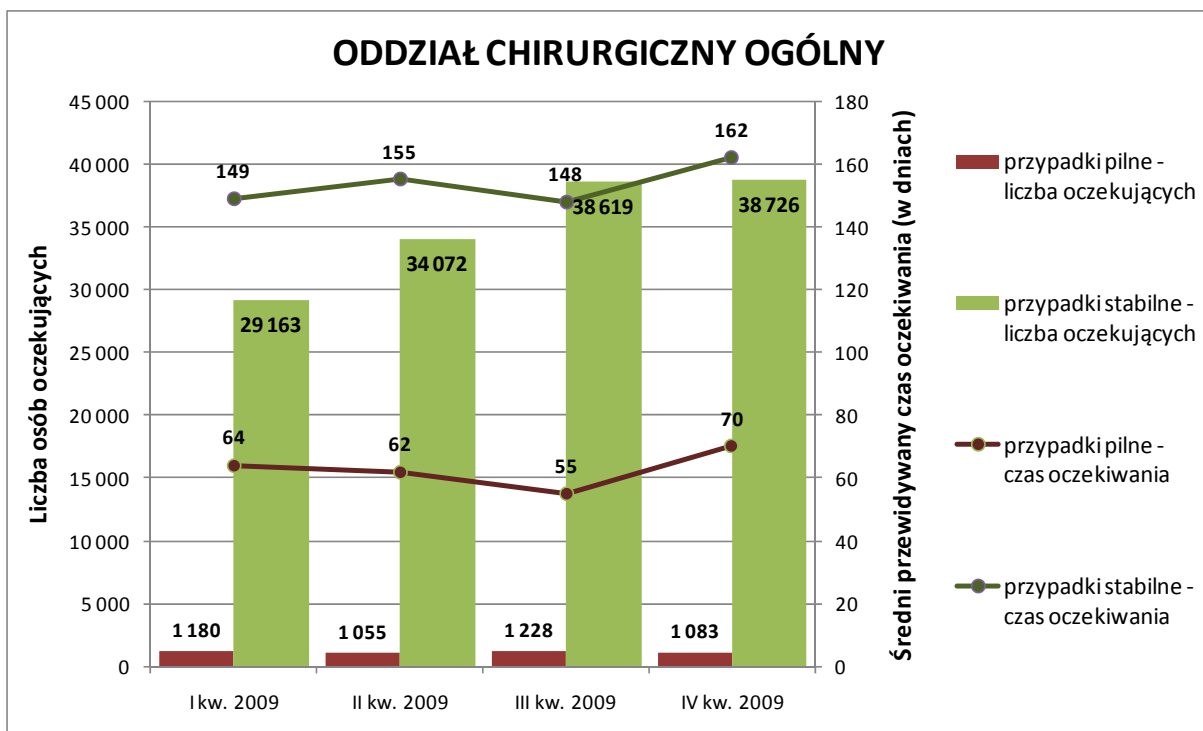
Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2009 r. wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajduje się na listach oczekujących do następujących oddziałów szpitalnych: chirurgii urazowo-ortopedycznej, chirurgicznych ogólnych, otolaryngologicznych, reumatologicznych, urologicznych. Spośród ww. komórek organizacyjnych oddziały: chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz reumatologiczne wyróżniają się najwyższą wartością średnią średniego przewidywanego czasu oczekiwania określoną dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” kształtującą się na poziomie odpowiednio 533 i 531 dni. Należy dodać, że do 31% oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz 15% oddziałów reumatologicznych średni przewidywany czas oczekiwania wynosi 0 dni (tabela nr IV.10.), natomiast w przypadku 50% omawianych oddziałów nie przekracza 69 dni dla oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej i 82 dni dla oddziałów reumatologicznych.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni przewidywany czas oczekiwania (w dniach)			Procent komórek organizacyjnych, do których średni przewidywany czas oczekiwania wynosi 0 dni
			średnia ważona	mediana	kwartył trzeci	
1	ODDZIAŁ CHIRURGII URAZOWO-ORTOPEDYCZNEJ	51 502	533	69	171	31
2	ODDZIAŁ CHIRURGICZNY OGÓLNY	38 726	162	29	68	35
3	ODDZIAŁ OTOLARYNGOLOGICZNY	44 599	299	65	140	22
4	ODDZIAŁ REUMATOLOGICZNY	15 740	531	82	157	15
5	ODDZIAŁ UROLOGICZNY	13 885	109	27	58	34

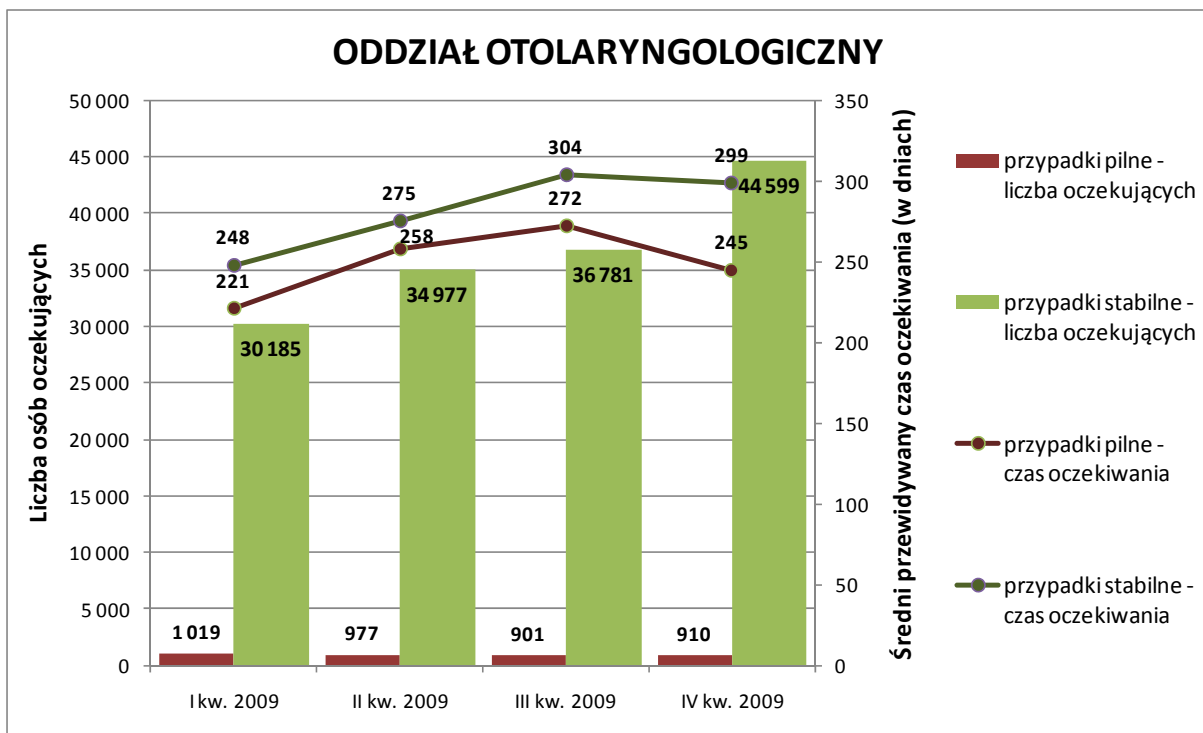
**Tabela nr IV.10.** Leczenie szpitalne – 5 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec grudnia 2009 r.



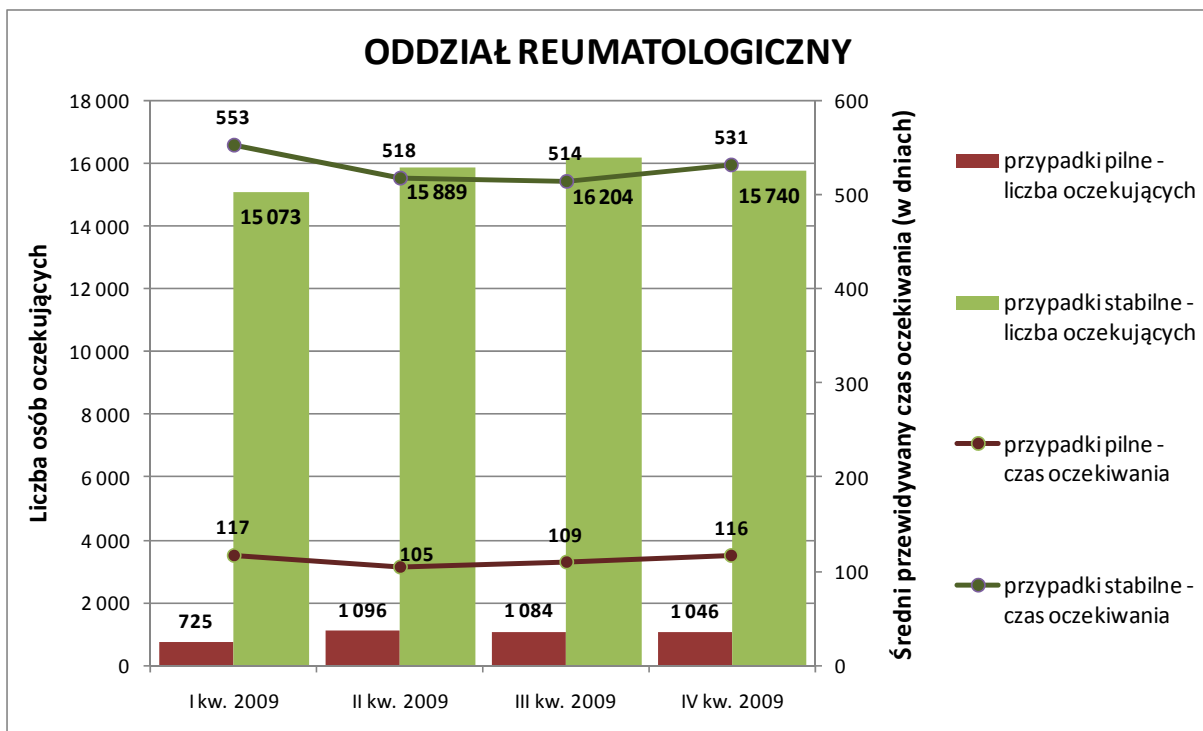
**Wykres nr IV.16.** Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



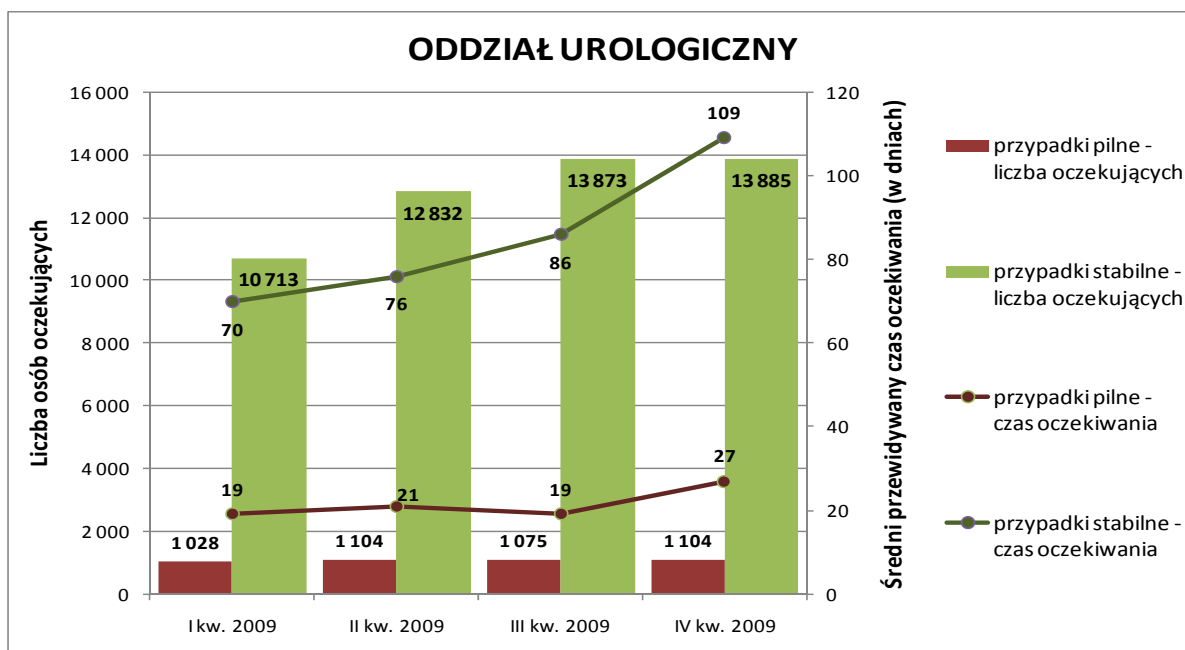
**Wykres nr IV.17.** Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do oddziałów chirurgicznych ogólnych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



Wykres nr IV.18. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do oddziałów otolaryngologicznych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 . w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



Wykres nr IV.19. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do oddziałów reumatologicznych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



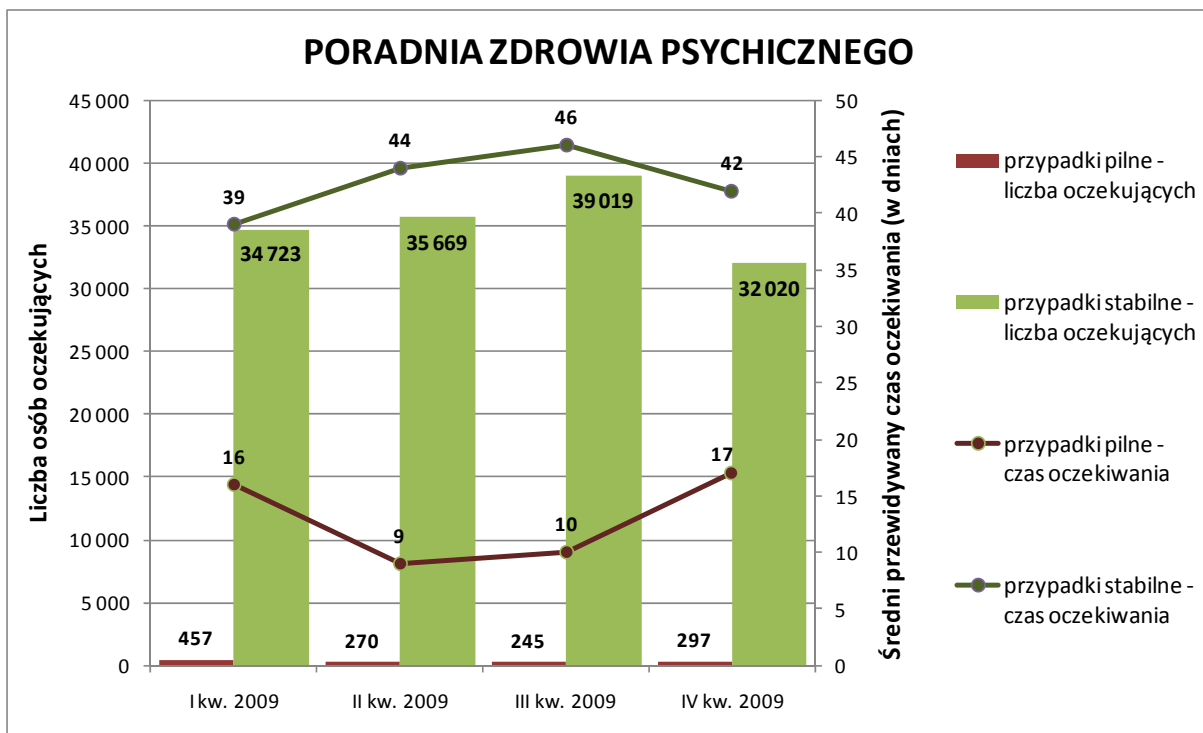
**Wykres nr 20.** Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do oddziałów urologicznych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.

### Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

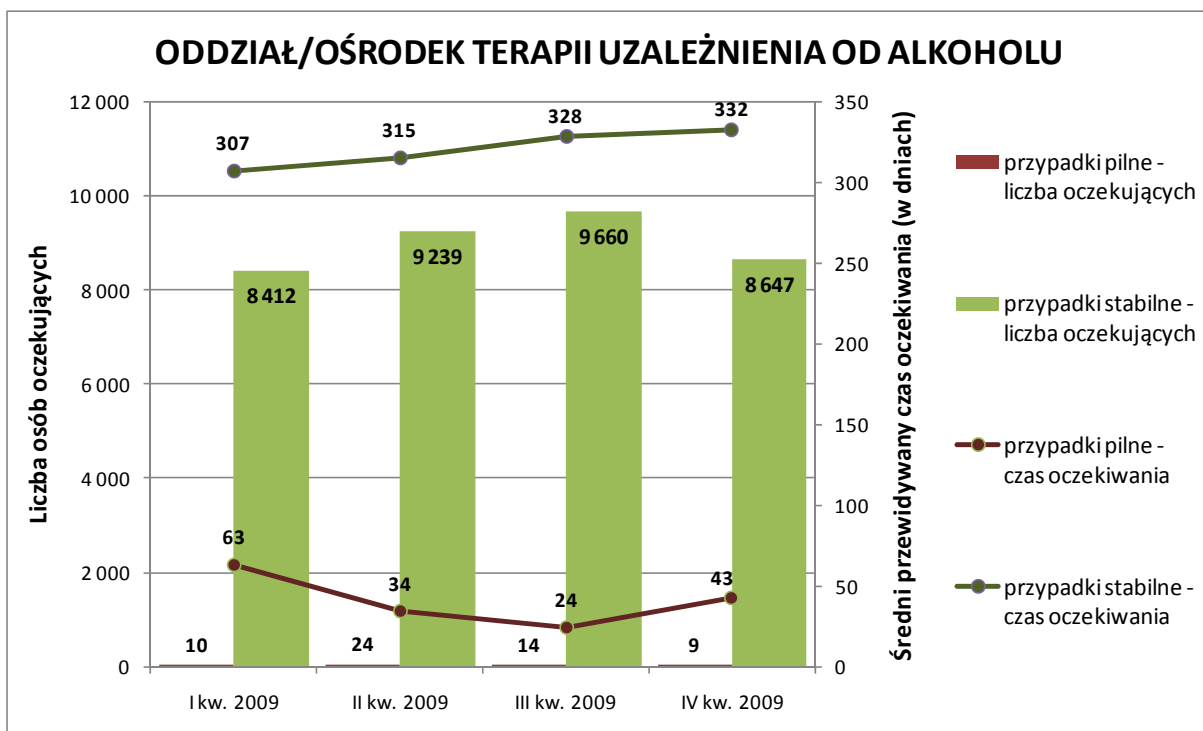
Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców wg stanu na koniec grudnia 2009 r. wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajduje się na listach oczekujących do następujących komórek organizacyjnych związanych z chorobami psychicznymi i uzależnieniami: poradni zdrowia psychicznego, oddziałów/ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży, poradni psychologicznych, oddziałów/ośrodków leczenia uzależnień. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie specjalistyczne odróżniają się zdecydowanie niższymi wartościami średnimi średniego przewidywanego czasu oczekiwania, a także większym odsetkiem komórek organizacyjnych, do których średni przewidywany czas oczekiwania wynosi 0 dni. Najwyższa wartość średnia średniego przewidywanego czasu oczekiwania odnotowywana jest w przypadku oddziałów/ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu, natomiast najmniejszy odsetek komórek organizacyjnych, do których nie trzeba oczekiwać, obserwujemy w przypadku oddziałów/ośrodków leczenia uzależnień.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni przewidywany czas oczekiwania (w dniach)			Procent komórek organizacyjnych, do których średni przewidywany czas oczekiwania wynosi 0 dni
			średnia ważona	mediana	kwartył trzeci	
1	Poradnia Zdrowia Psychicznego	32 020	42	0	25	54
2	Oddział/Ośrodek Terapii Uzależnienia Od Alkoholu	8 647	332	49	185	30
3	Poradnia Zdrowia Psychicznego Dla Dzieci I Młodzieży	5 434	78	10	36	46
4	Poradnia Psychologiczna	2 631	45	0	20	58
5	Oddział/Ośrodek Leczenia Uzależnień	2 242	157	37	104	28

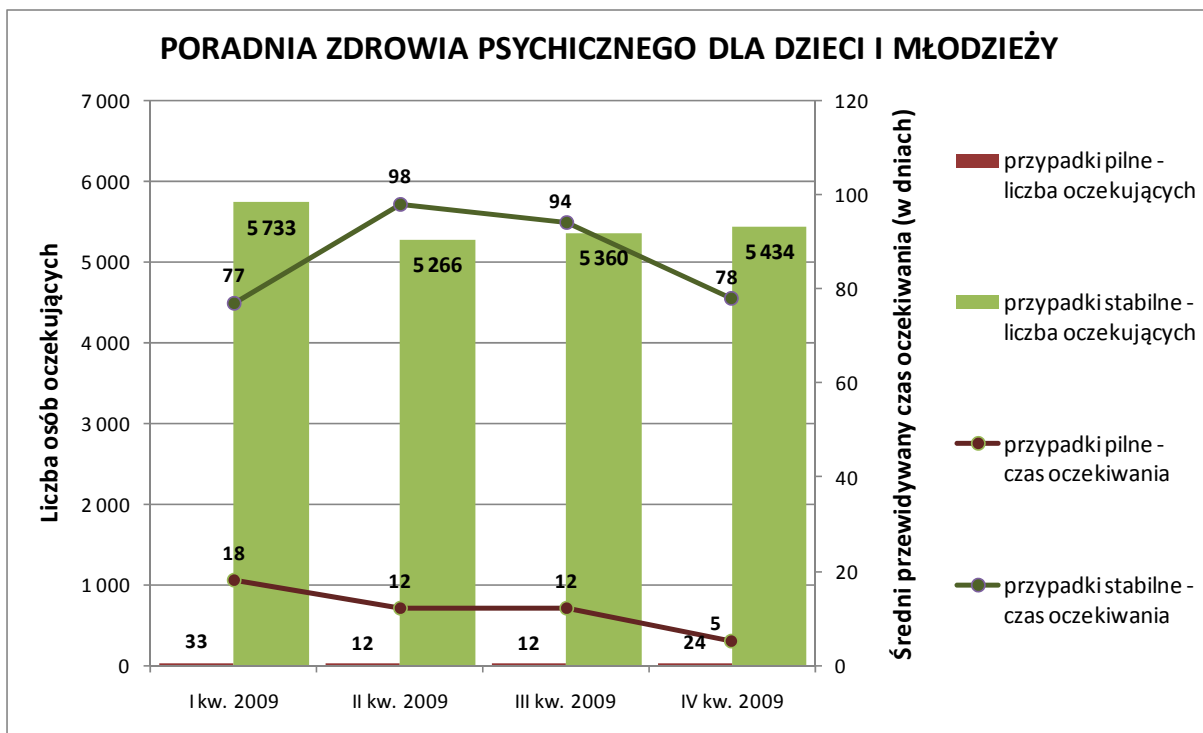
**Tabela nr IV.11.** Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – 5 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec grudnia 2009 r.



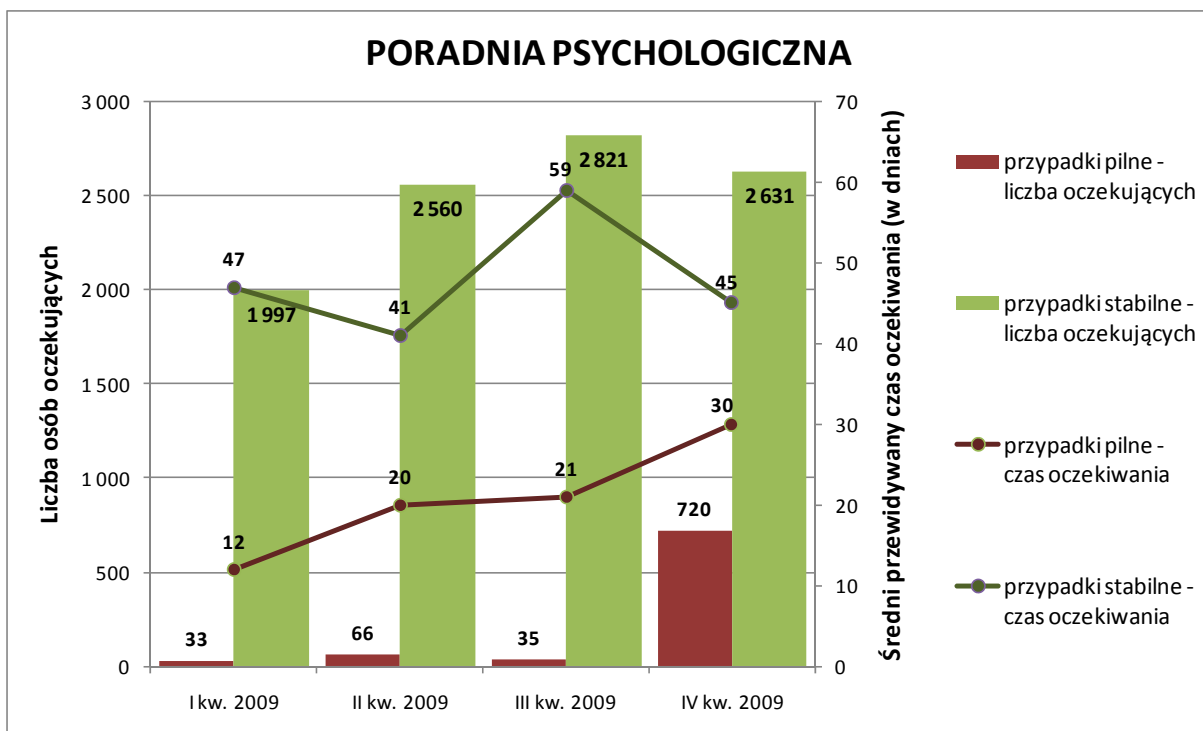
Wykres nr IV. 21. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do poradni zdrowia psychicznego wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



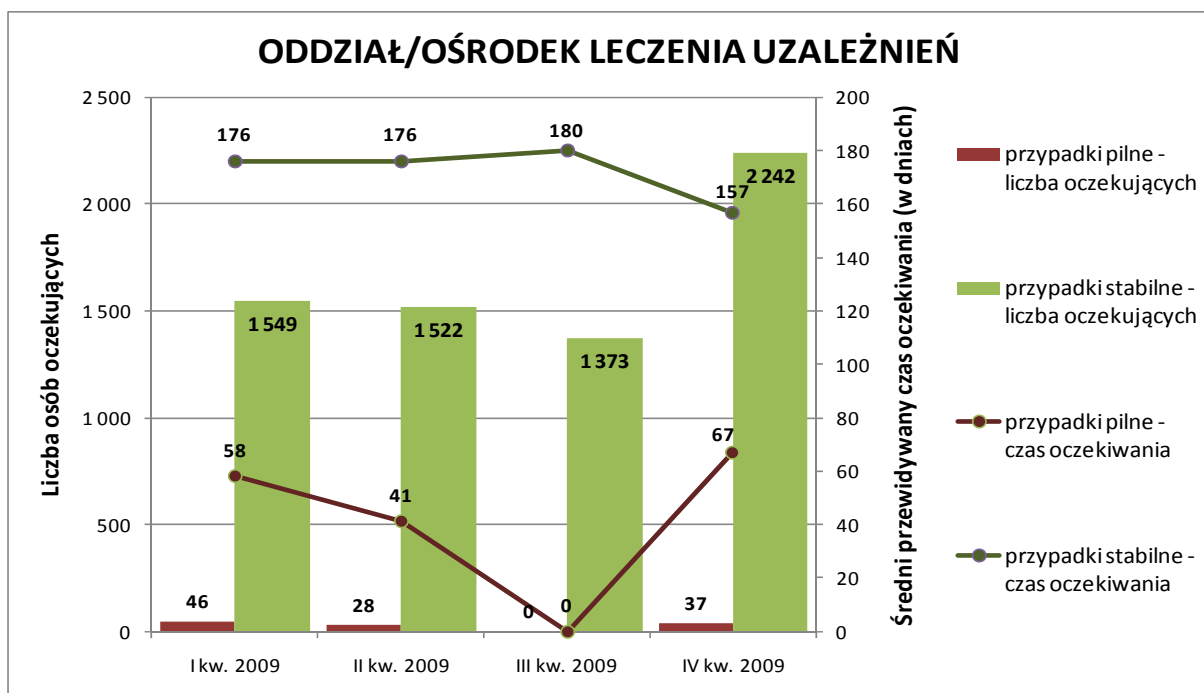
Wykres nr IV.22. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do oddziałów/ ośrodków terapii uzależnienia od alkoholu wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



Wykres nr IV. 23. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do poradni zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



Wykres nr IV.24. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do poradni psychologicznej wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. u w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



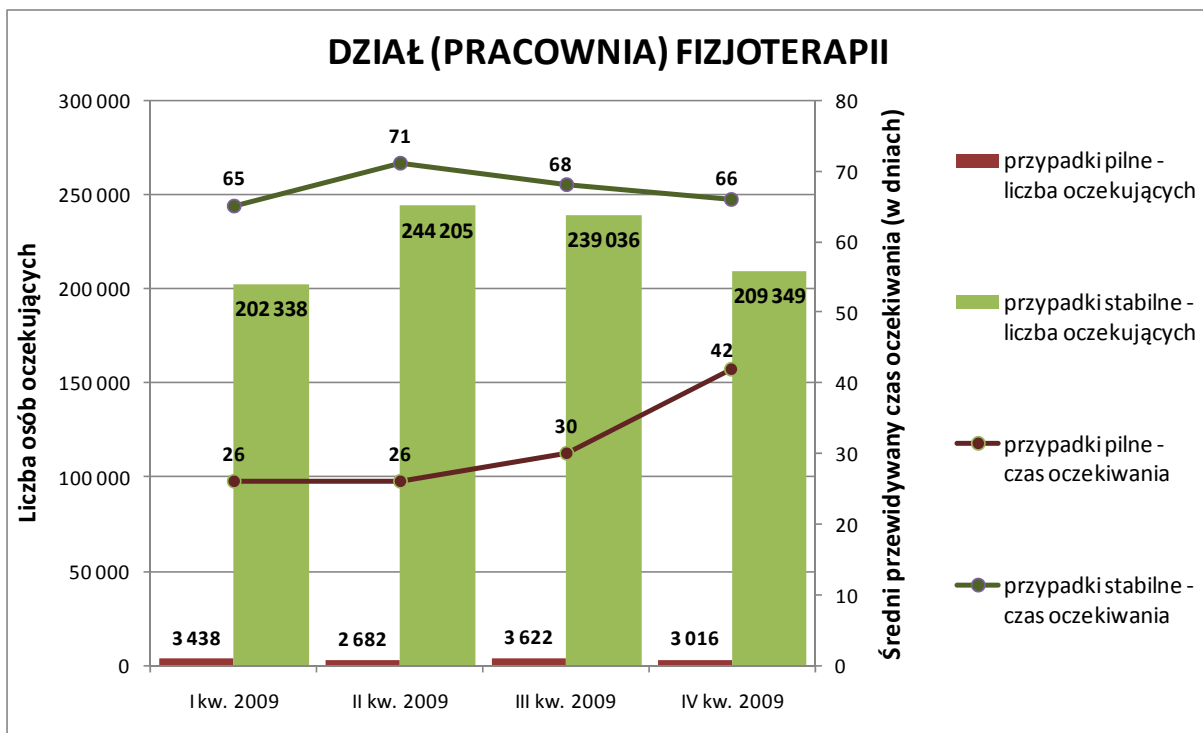
**Wykres nr IV.25.** Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do oddziałów/ośrodków leczenia uzależnień wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.

### Rehabilitacja lecznicza

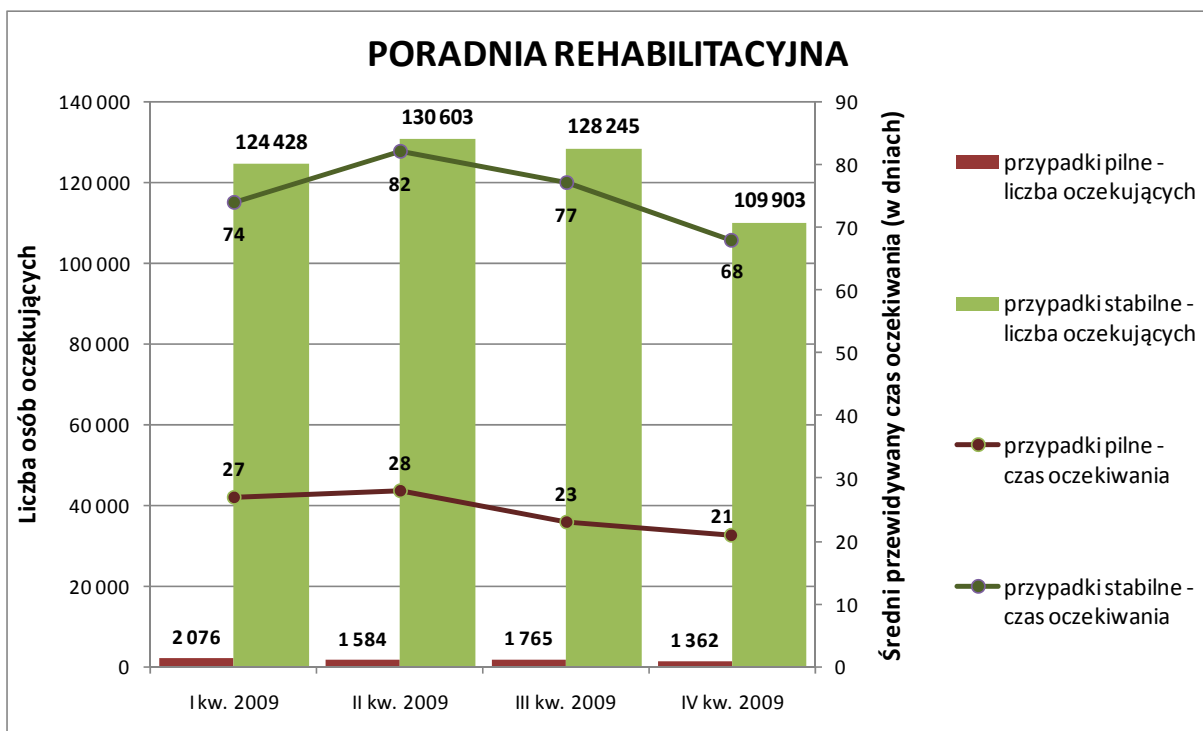
Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców, wg stanu na koniec grudnia 2009 r. wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajduje się na listach oczekujących do następujących komórek organizacyjnych realizujących świadczenia rehabilitacji leczniczej: działów (pracowni) fizjoterapii, poradni rehabilitacyjnych, oddziałów rehabilitacyjnych, ośrodków rehabilitacji dziennej, oddziałów rehabilitacji narządu ruchu. W przypadku oddziałów rehabilitacyjnych oraz rehabilitacji narządu ruchu odnotowujemy bardzo długie okresy oczekiwania. Wartość średnia średniego przewidywanego czasu oczekiwania wynosi w skali kraju odpowiednio 731 i 800 dni. Do pozostałych wymienionych w Tabeli 5. komórek organizacyjnych należy oczekiwać od około 2 miesięcy w przypadku działu (pracowni) fizjoterapii i poradni rehabilitacyjnej do około 6 miesięcy w przypadku ośrodka rehabilitacji dziennej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni przewidywany czas oczekiwania (w dniach)			Procent komórek organizacyjnych, do których średni przewidywany czas oczekiwania wynosi 0 dni
			średnia ważona	mediana	kwartył trzeci	
1	Dział (Pracownia) Fizjoterapii	209 349	66	28	53	29
2	Poradnia Rehabilitacyjna	109 903	68	17	43	35
3	Oddział Rehabilitacyjny	86 927	731	161	370	15
4	Ośrodek Rehabilitacji Diennej	21 028	170	0	41	50
5	Oddział Rehabilitacji Narządu Ruchu	13 620	800	225	396	0

**Tabela nr IV.12.** Rehabilitacja lecznicza – 5 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec grudnia 2009 roku.

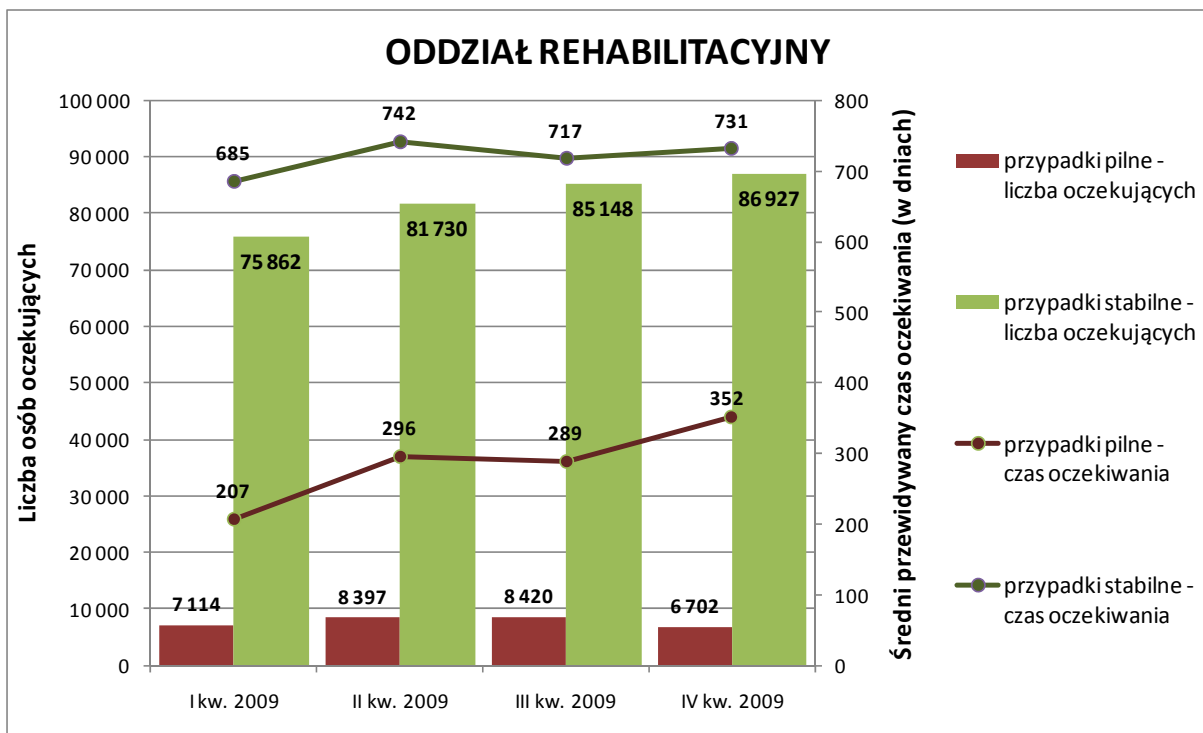


Wykres nr IV.26. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do działów (pracowni) fizjoterapii wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.

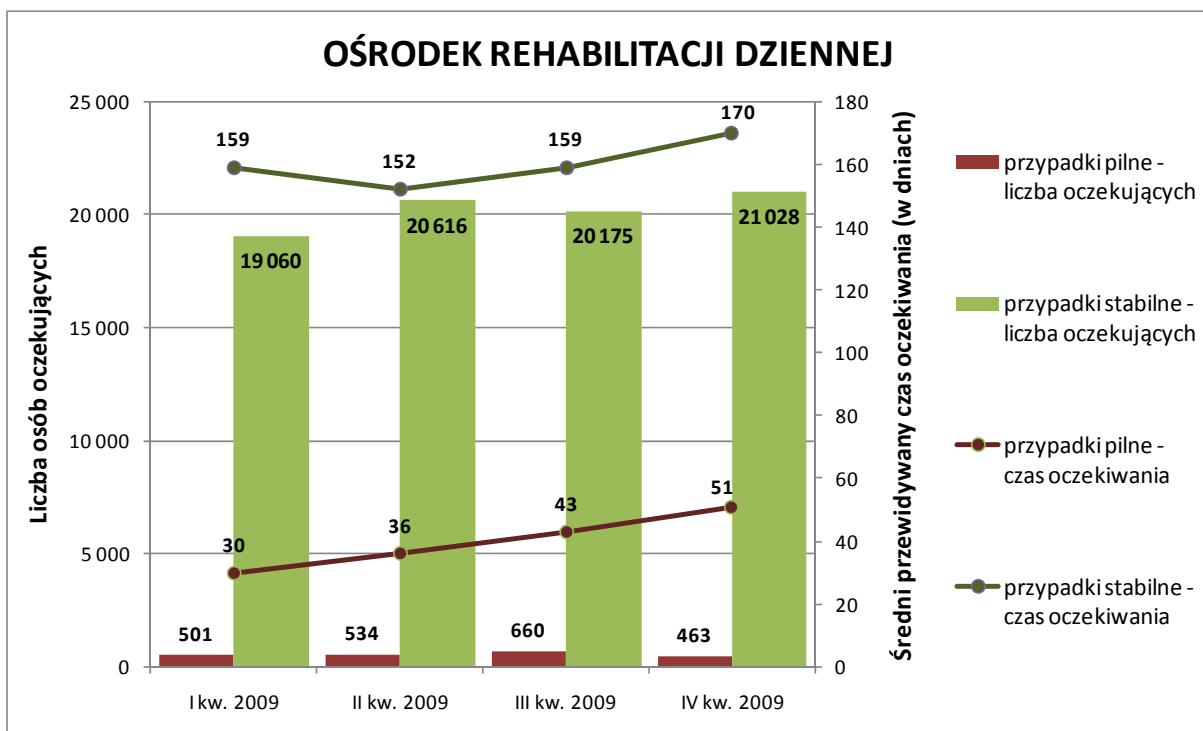


Wykres nr IV. 27. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do poradni rehabilitacyjnych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.

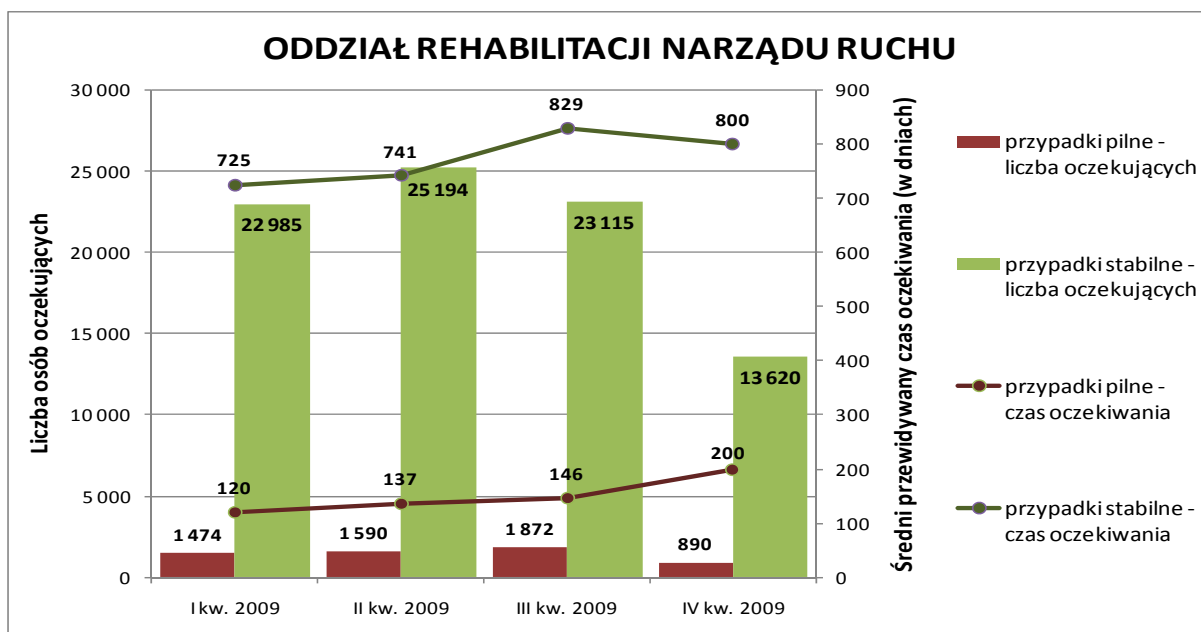




Wykres nr IV. 28. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do oddziałów rehabilitacyjnych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



Wykres nr IV. 29. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do ośrodków rehabilitacji dziennej wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



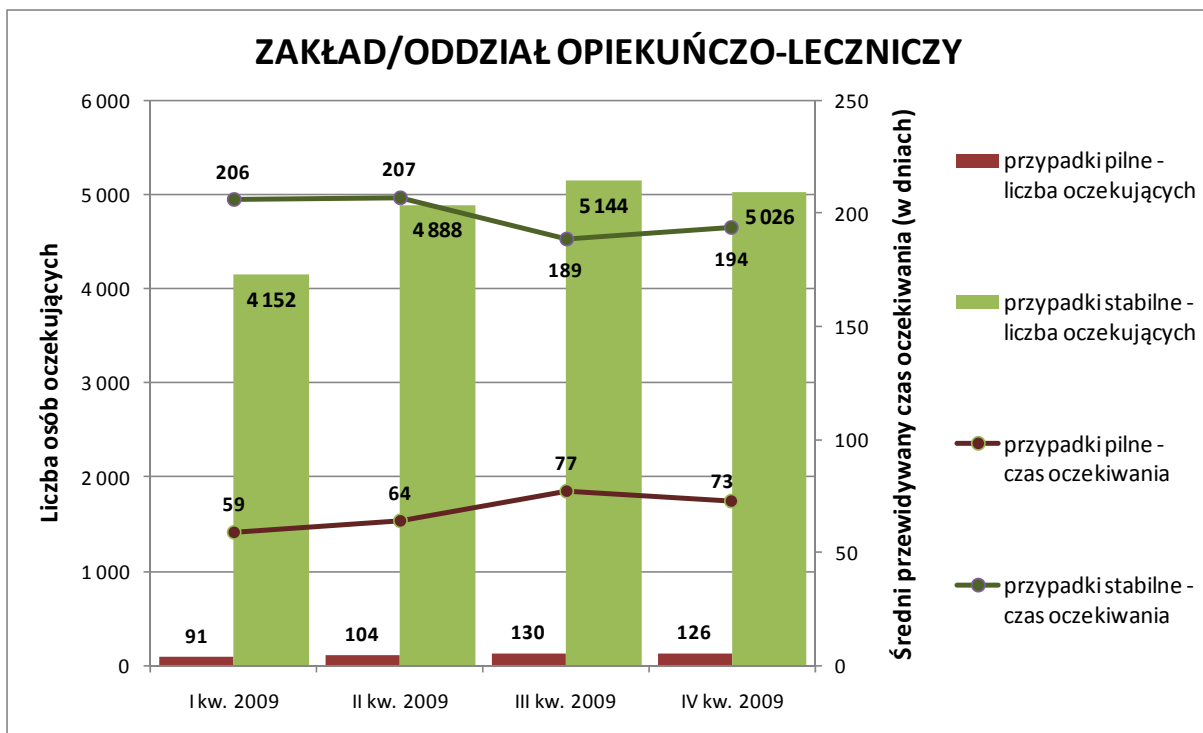
**Wykres nr IV. 30.** Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do oddziałów rehabilitacji narządu ruchu wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.

### Opieka długoterminowa

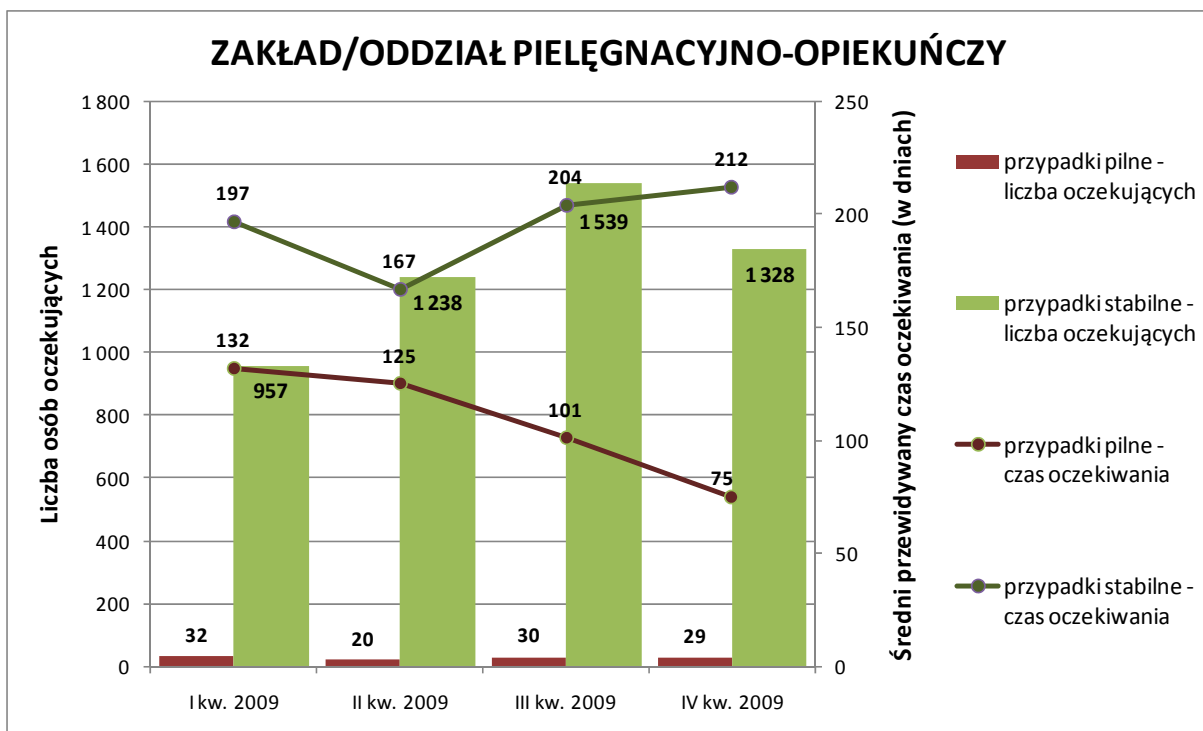
Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców, wg stanu na koniec grudnia 2009 r. wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajduje się na listach oczekujących do następujących komórek organizacyjnych realizujących świadczenia opieki długoterminowej: zakładów/oddziałów opiekuńczo-leczniczych, zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych, pielęgniarstwa długoterminowego, zespołów domowego leczenia tlenem, hospicjów stacjonarnych. Najwyższa wartość średnia średniego przewidywanego czasu oczekiwania, wynosząca 283 dni, została odnotowywana w przypadku zespołów domowego leczenia tlenem. Należy jednak dodać, że do 43% zespołów domowego leczenia tlenem średni przewidywany czas oczekiwania wynosi 0 dni. Jeszcze większy odsetek komórek organizacyjnych, do których nie trzeba oczekiwać, występuje w przypadku hospicjów stacjonarnych (69%) oraz pielęgniarstwa długoterminowego (74%).

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni przewidywany czas oczekiwania (w dniach)			Procent komórek organizacyjnych, do których średni przewidywany czas oczekiwania wynosi 0 dni
			średnia ważona	mediana	kwartył trzeci	
1	Zakład/Oddział Opiekuńczo-Leczniczy	5 026	194	76	175	19
2	Zakład/Oddział Pielęgnacyjno-Opiekuńczy	1 328	212	78	156	21
3	Pielęgniarstwa Opieka Długoterminowa	1 318	103	0	3	74
4	Zespół Domowego Leczenia Tlenem	942	283	32	202	43
5	Hospicja Stacjonarne	300	16	0	7	69

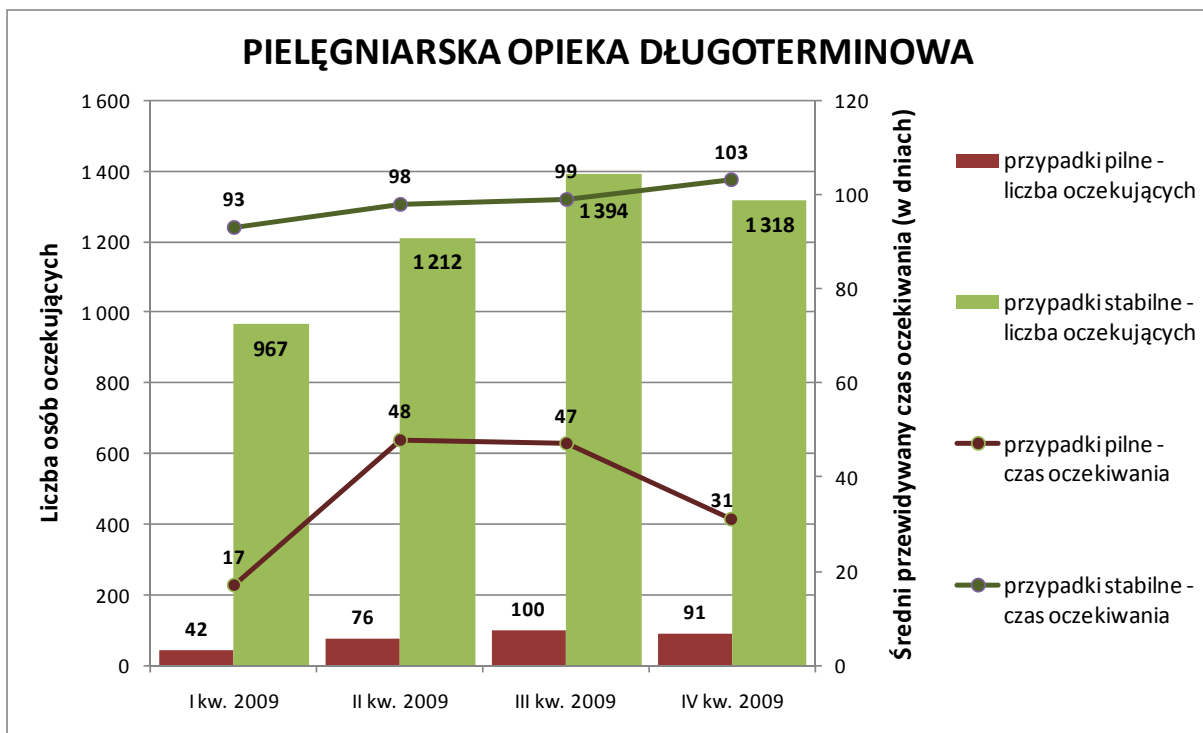
**Tabela nr IV.13.** Opieka długoterminowa – 5 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec grudnia 2009 r.



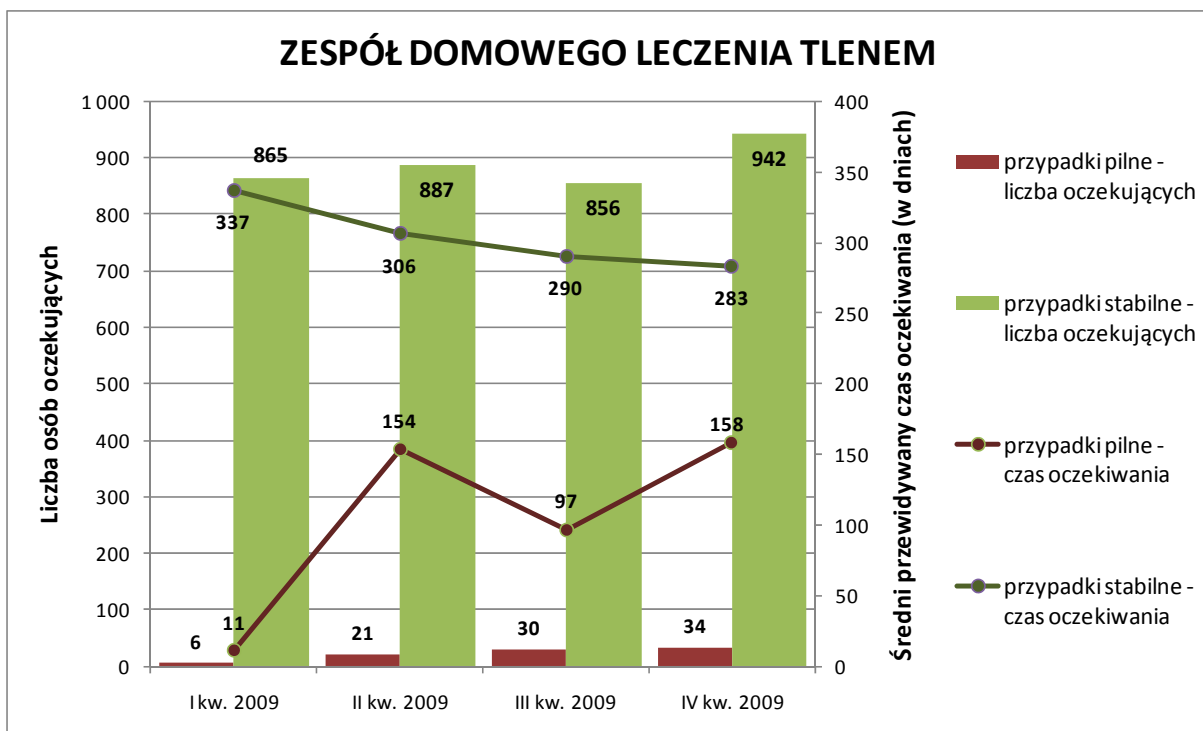
Wykres nr IV. 31. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do zakładów/oddziałów opiekuńczo-leczniczych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



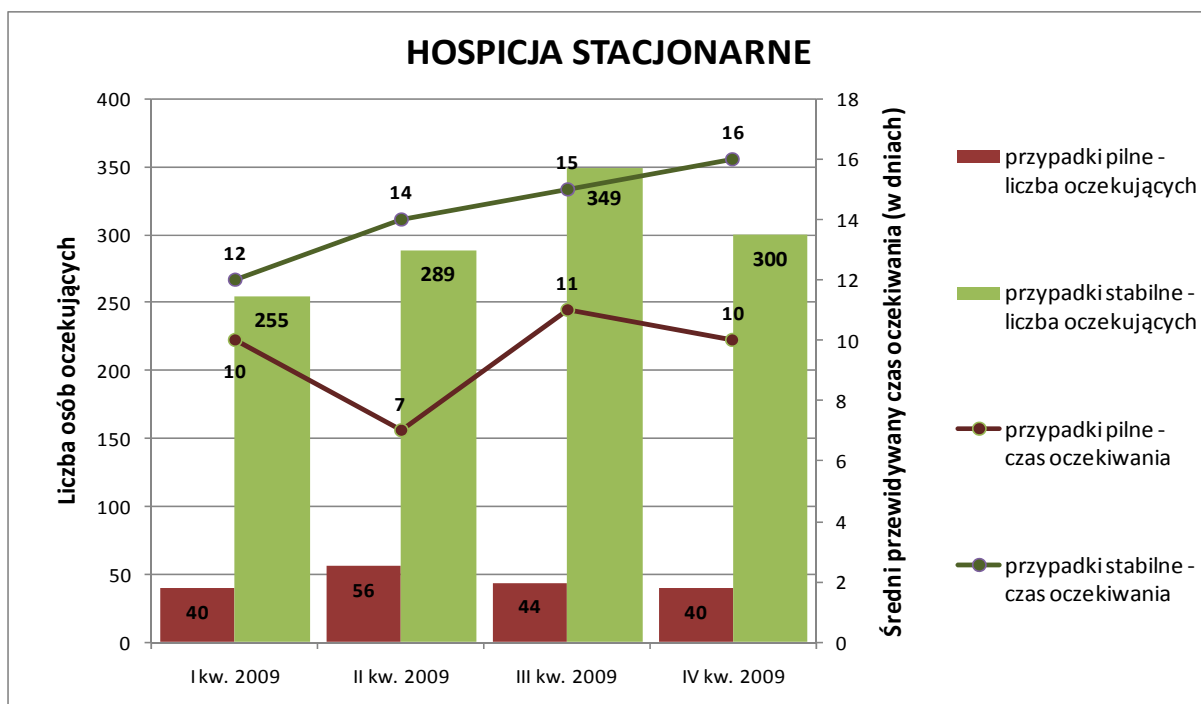
Wykres nr IV. 32. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do zakładów/oddziałów pielęgnacyjno-opiekuńczych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



Wykres nr IV. 33. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do pielęgniarstwa długoterminowego wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



Wykres nr IV. 34. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do zespołów domowego leczenia tlenem wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



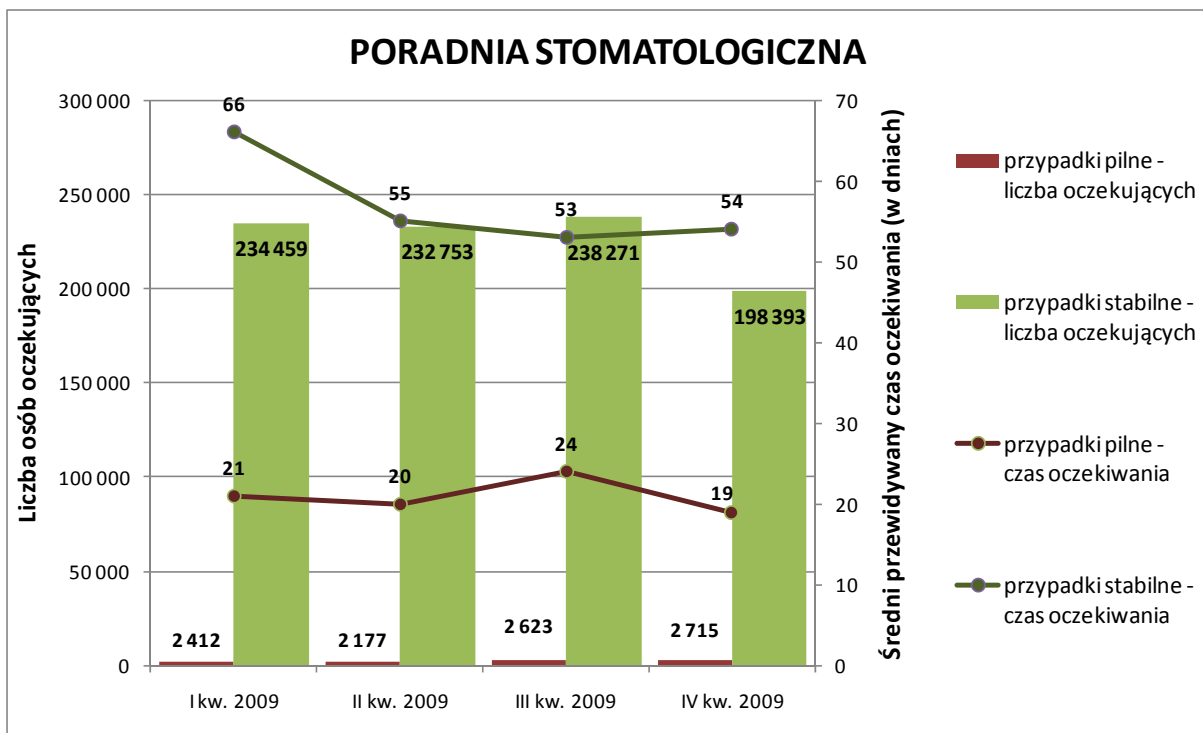
**Wykres nr IV. 35.** Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do hospicjów stacjonarnych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.

### Leczenie stomatologiczne

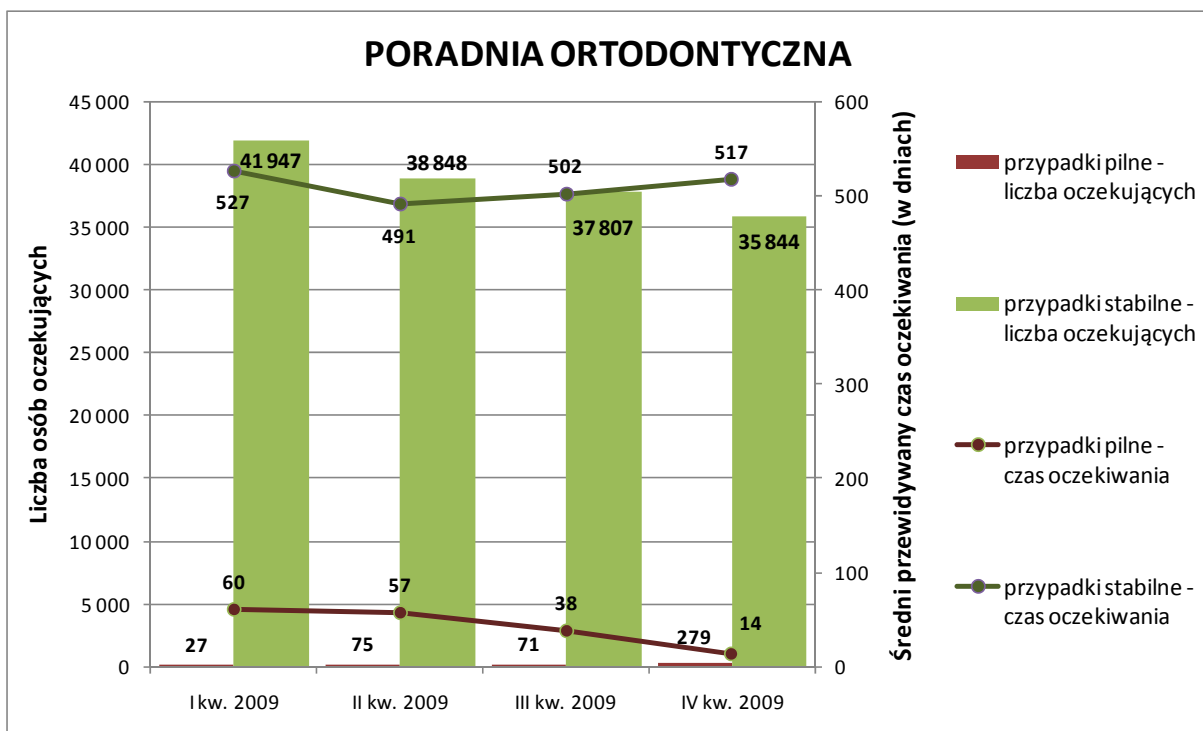
Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców, wg stanu na koniec grudnia 2009 r. wynika, że największa w skali kraju liczba świadczeniobiorców zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” znajduje się na listach oczekujących do następujących komórek organizacyjnych, realizujących świadczenia stomatologiczne: poradni stomatologicznych, poradni ortodontycznych, poradni protetyki stomatologicznej, poradni chirurgii stomatologicznej, poradni stomatologicznych dla dzieci. Poradnie ortodontyczne oraz protetyki stomatologicznej wyróżniają się na tle pozostałych wymienionych w Tabeli 7. poradni wysoką wartością średnią średniego przewidywanego czasu oczekiwania, przekraczającą 500 dni. W przypadku leczenia stomatologicznego zaobserwowano duży odsetek komórek organizacyjnych, do których średni przewidywany czas oczekiwania wynosi 0 dni. Dla każdej ze wskazanych w tabeli nr IV.14 poradni wskaźnik ten przekracza 50%.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Liczba osób oczekujących	Średni przewidywany czas oczekiwania (w dniach)			Procent komórek organizacyjnych, do których średni przewidywany czas oczekiwania wynosi 0 dni
			średnia ważona	mediana	kwartył trzeci	
1	Poradnia Stomatologiczna	198 393	54	0	10	66
2	Poradnia Ortodontyczna	35 844	517	0	80	51
3	Poradnia Protetyki Stomatologicznej	17 634	519	0	51	60
4	Poradnia Chirurgii Stomatologicznej	6 739	35	0	14	55
5	Poradnia Stomatologiczna Dla Dzieci	3 979	20	0	0	78

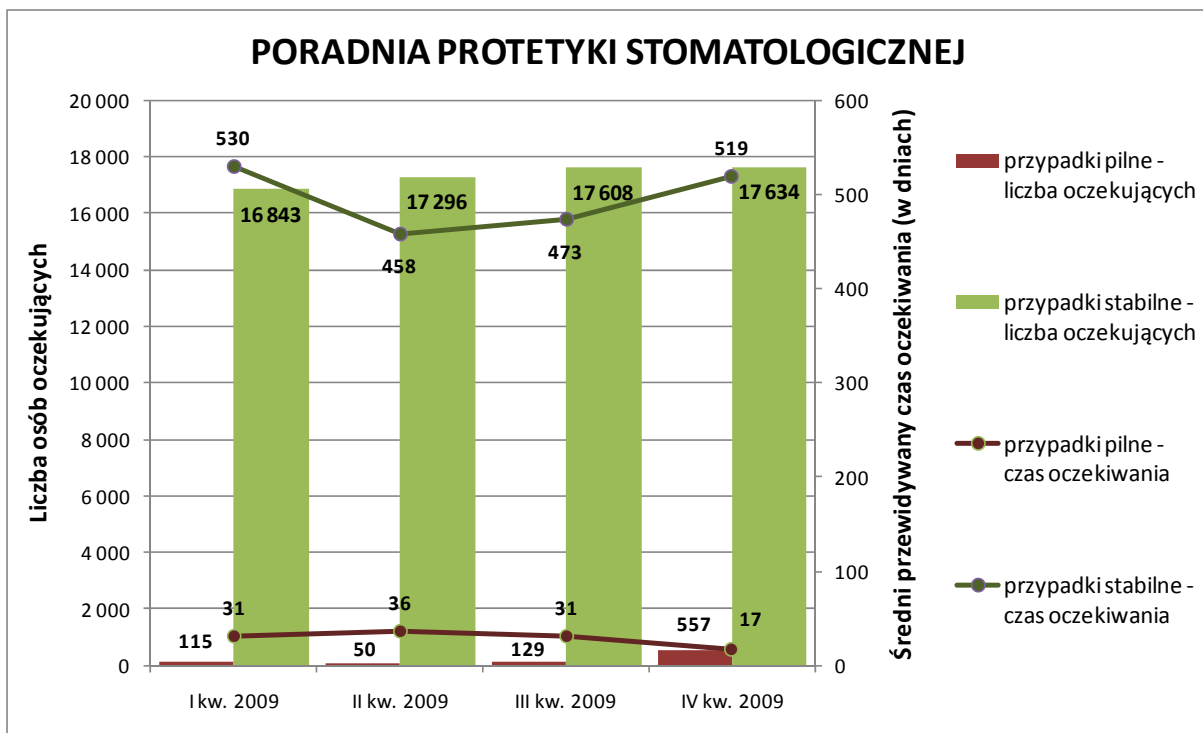
**Tabela nr IV.14.** Leczenie stomatologiczne – 5 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec grudnia 2009 r.



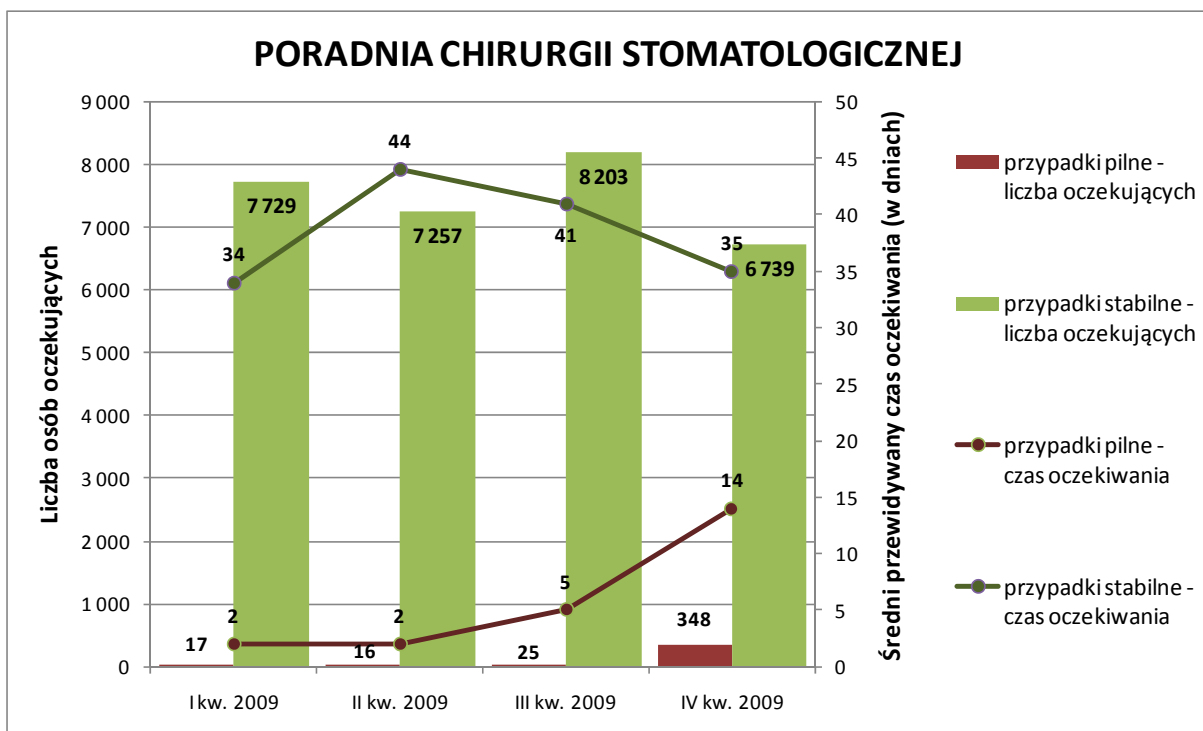
Wykres nr IV. 36. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do poradni stomatologicznych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



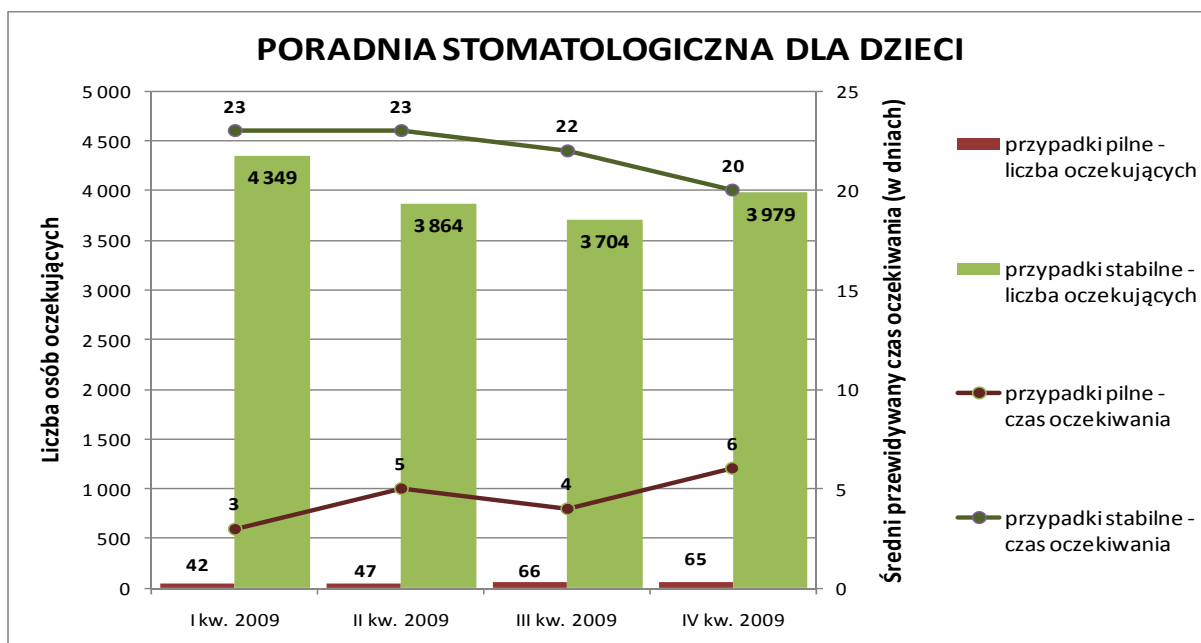
Wykres nr IV. 37. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do poradni ortodontycznych wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



Wykres nr IV.38. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do poradni protetyki stomatologicznej wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



Wykres nr IV.39. Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do poradni chirurgii stomatologicznej wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.



**Wykres nr IV. 40.** Liczba osób oczekujących i średni przewidywany czas oczekiwania do poradni stomatologicznych dla dzieci wg stanu na koniec I, II, III i IV kwartału 2009 r. w podziale na „przypadki pilne” i „przypadki stabilne”.

### Wybrane świadczenia wyspecjalistyczne

Informacje o liczbie osób oczekujących i średnim przewidywanym czasie oczekiwania na wybrane świadczenia wyspecjalistyczne w podziale na kategorie medyczne, przedstawione w tabeli nr IV.15., zostały sporządzone na podstawie danych pochodzących z list oczekujących prowadzonych przez świadczeniodawców w aplikacji udostępnionej przez oddziały wojewódzkie Funduszu i prezentują stan danych na koniec grudnia 2009 r. Ze względu na największą liczbę osób oczekujących należy wyróżnić zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) – 212 104 osoby zakwalifikowane do kategorii medycznej „przypadek stabilny” i 9 521 osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny”, natomiast ze względu na najdłuższe średnie przewidywane czasy oczekiwania endoprotezoplastykę stawu kolanowego oraz endoprotezoplastykę stawu biodrowego. Średni przewidywany czas oczekiwania określony dla osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek stabilny” wynosi w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego 1.330 dni, a w przypadku endoprotezoplastyki stawu biodrowego 1.236 dni.

Lp.	Nazwa świadczenia	Przypadki pilne		Przypadki stabilne	
		Liczba osób oczekujących	Średni przewidywany czas oczekiwania (w dniach)	Liczba osób oczekujących	Średni przewidywany czas oczekiwania (w dniach)
1	Zabiegi W Zakresie Soczewki (Zaćma)	9 521	344	212 104	666
2	Usunięcie Zwężenia Tętnicy Wieńcowej (Angioplastyka)	99	40	1 964	89
3	Endoprotezoplastyka Stawu Biodrowego	4 203	650	51 573	1 236
4	Rewizja Po Endoprotezoplastyce Stawu Biodrowego	491	331	1 418	892
5	Endoprotezoplastyka Stawu Kolanowego	2 672	739	35 101	1 330
6	Rewizja Po Endoprotezoplastyce Stawu Kolanowego	73	299	169	672

**Tabela nr IV. 15.** Liczba osób oczekujących oraz średni przewidywany czas oczekiwania na wybrane świadczenia wyspecjalistyczne w skali kraju w podziale na kategorie medyczne według stanu na koniec grudnia 2009 r.



Należy dodać, że przeprowadzane w 2009 r. analizy danych z zakresu list oczekujących na świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz kolanowego, zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), rewizje po endoprotezoplastyce stawu biodrowego oraz kolanowego wykazały, iż większość świadczeniodawców nie przestrzega „Zasad prowadzenia listy oczekujących na świadczenia wysokospecjalistyczne z wykorzystaniem aplikacji udostępnionej przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia”. Stwierdzono, że świadczeniodawcy nie skreślają osób z list oczekujących, pomimo iż upłynął planowany termin udzielenia świadczenia, nie dokonują oceny listy oczekujących tj. nie realizują zadania wynikającego z art. 21 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach, a także w sposób nieprawidłowy wyznaczają planowane terminy udzielenia świadczenia (rozkład osób wpisanych na listę oczekujących przeczy temu, że świadczeniobiorcom wyznaczane są kolejne wolne terminy udzielenia świadczenia). W stosunku do tych świadczeniodawców oddziały wojewódzkie Funduszu podejmowały w 2009 r. działania wyjaśniające oraz dyscyplinujące, których głównym celem było dokonanie przez świadczeniodawców niezbędnych korekt danych na listach oczekujących oraz rozpoczęcie prowadzenia przez świadczeniodawców list oczekujących na bieżąco i zgodnie z zasadami wynikającymi z aktualnie obowiązującego prawa.

#### **IV.4. Decyzje Prezesa Funduszu dotyczące zgód na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych oraz pokrycie kosztów transportu na podstawie art. 25, 26 i 26a ustawy o świadczeniach**

Od dnia 1 stycznia 2008 r. Prezes Funduszu, realizując ustawowy obowiązek wydawania decyzji dotyczących planowego leczenia poza granicami kraju, rozpatruje wnioski osób uprawnionych w zakresie:

- finansowania świadczeń, które mogą być wykonane na terenie kraju, ale długi czas oczekiwania na ich realizację u świadczeniodawców przekracza dopuszczalny czas oczekiwania świadczeniobiorcy (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 świadczeń poza granicami kraju.

W 2009 r. Prezes Funduszu rozpatrzył 210 wniosków o przeprowadzenie leczenia poza granicami kraju, z czego:

- 7 wniosków dotyczyło leczenia, które może być przeprowadzone w na terenie kraju, ale z powodu długiego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia świadczeniobiorca wnioskował o skierowanie na leczenie za granicą,
- 203 wnioski dotyczyły leczenia, które nie może być przeprowadzone na terenie kraju.

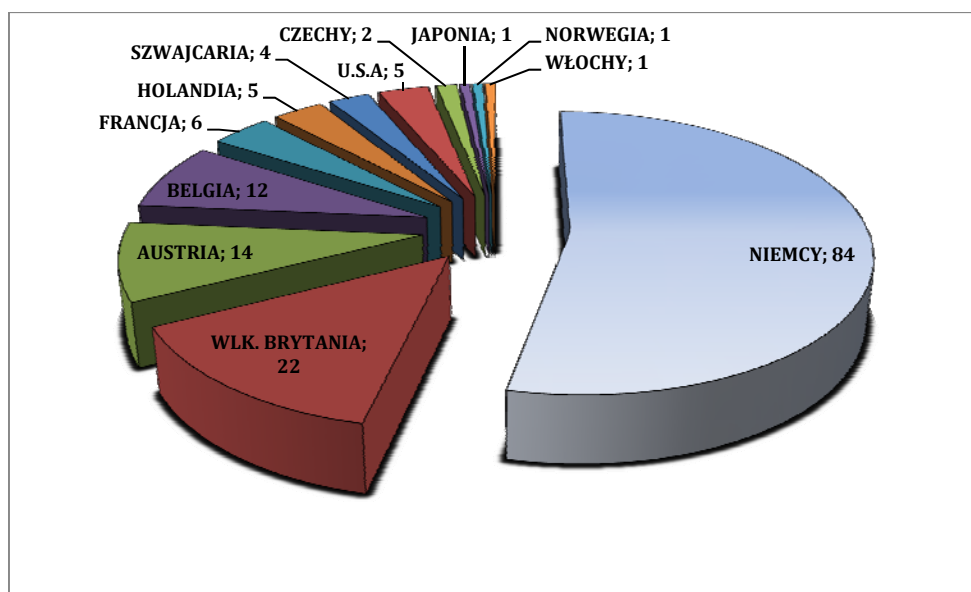
Po rozpatrzeniu wniosków na podstawie przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wniosku o leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu (Dz. U. Nr 249, poz. 1867 z późn. zm.), kierując się opiniami konsultantów wojewódzkich 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 210 decyzji dotyczących leczenia poza granicami kraju, w tym: 157 (75%) decyzji pozytywnych, 44 (21%) decyzje odmowne i 9 (4%) decyzji umarzających postępowanie.

Przedmiot wniosku	Decyzje Prezesa NFZ			
	Ogółem	Zgody	Odmowy	Umorzenia
Art. 25 - świadczenia, które przeprowadza się w Polsce (czas oczekiwania)	7	1	5	1
Art. 26 - świadczenia, których nie przeprowadza się w Polsce	203	156	39	8
Razem	210	157	44	9

**Tabela nr IV.16.** Liczba i rozkład decyzji Prezesa Funduszu wydanych w 2009 r. w podziale na przedmiot składanych wniosków.

W liczbie 157 pozytywnych decyzji, jedynie 1 zgoda dotyczyła świadczenia, które przeprowadza się w kraju, a czas oczekiwania na wykonanie wnioskowanego świadczenia na terenie kraju był dłuższy niż dopuszczalny czas oczekiwania na wykonanie świadczenia wskazany przez lekarza wnioskującego, natomiast 156 zgód dotyczyło świadczeń, których nie przeprowadza się na terenie kraju. Powyższe decyzje odnoszą się do świadczeń dotyczących dziedzin medycyny: genetyka (34), okulistyka (26), ortopedia (21), radioterapia (16), ginekologia/położnictwo/perinatologia (11), transplantologia (10), chirurgia naczyniowa (9), kardiochirurgia (6), chirurgia onkologiczna (3), neurochirurgia (3), ortopedia/traumatologia narządu ruchu (3), chirurgia plastyczna (3), urologia (2), rehabilitacja (2), neurologia (2), otolaryngologia (1), chirurgia twarzowo-szczękowa (1), stomatologia (1), chemioterapia (1), kardiochirurgia dziecięca (1), chirurgia dziecięca (1).

W odniesieniu do państw wykonania świadczeń, krajem, do którego na podstawie pozytywnych decyzji Prezesa Funduszu najczęściej kierowano świadczeniobiorców w 2009 r. były Niemcy (84), oraz Wielka Brytania (22).



**Wykres nr IV. 41.** Zgody Prezesa Funduszu w 2009 r. z podziałem na państwa, w których zrealizowano świadczenia wykonane poza granicami kraju.

W 2009 r. Prezes Funduszu wydał 44 decyzje odmowne dotyczące przeprowadzenia leczenia poza granicami kraju, w tym:

- 5 decyzji odmownych dotyczyło sytuacji, w której wnioskodawca zwrócił się z prośbą do Prezesa Funduszu o wydanie zgody na leczenie poza granicami kraju ze względu na zbyt długi czas oczekiwania na wykonanie świadczenia w Polsce. W trakcie procedowania wniosku stwierdzono, iż nie istnieje możliwość wykonania świadczenia poza granicami kraju w ośrodku wskazanym we wniosku w terminie wcześniejszym, niż termin określony przez świadczeniodawcę w kraju;

- 1 decyzja odmowna dotyczyła sytuacji, w której wnioskodawca zwrócił się z prośbą do Prezesa Funduszu o wydanie zgody na leczenie poza granicami kraju ze względu na brak możliwości jego przeprowadzenia na terenie kraju. Jednakże w trakcie procedowania wniosku ustalono, że świadczenie, o którym mowa we wniosku należy do świadczeń z zakresu „leczenie eksperymentalne”;
- 38 decyzji odmownych Prezesa Funduszu dotyczyło leczenia poza granicami kraju w przypadkach, gdy wniosek przewidywał brak możliwości wykonania świadczeń w kraju, natomiast postępowanie wyjaśniające wykazało możliwość ich wykonania w placówkach krajowych.

W roku sprawozdawczym Prezes Funduszu wydał 9 decyzji o umorzeniu postępowania w sprawie leczenia zagranicznego ze względu na brak przedmiotu wniosku w przypadkach, gdy wnioskowane świadczenia zostały przeprowadzone przed wydaniem decyzji przez Prezesa Funduszu.

Ogółem wartość świadczeń, na realizację których Prezes Funduszu wyraził zgodę w 2009 r. oszacowano na kwotę 13 122 332, 10 zł, w tym:

- 13 100 220, 00 zł – kwota dotycząca świadczeń, które powinny być wykonane poza granicami kraju z powodu braku możliwości ich wykonania w placówkach krajowych,
- 22 112, 10 zł – kwota dotycząca świadczeń, które powinny być wykonane poza granicami kraju z powodu długiego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia na terenie kraju.

W 2009 roku Prezes Funduszu rozpatrzył 62 wnioski o pokrycie kosztów transportu związanego z wydaniem zgody na leczenie poza granicami kraju, z czego: 51 wniosków dotyczyło pokrycia kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń poza granice kraju, a 11 wniosków dotyczyło pokrycia kosztów transportu powrotnego tj. do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju. Świadczeniobiorcy wnioskowali o pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia składając wnioski „o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych albo kontynuację leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju oraz pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczeń”, natomiast w przypadku pokrycia kosztów transportu powrotnego składano odrębne wnioski „o pokrycie kosztów transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju”. Po rozpatrzeniu tych wniosków, w oparciu o przepisy *rozporządzenia Ministra Zdrowia dnia 27 grudnia 2007 r.*, kierując się opiniami konsultantów wojewódzkich i konsultantów krajowych we właściwych dla przedmiotu wniosku dziedzinach medycyny oraz opiniami innych lekarzy specjalistów, a także opiniami lekarzy specjalistów z zagranicznych placówek opieki zdrowotnej (dot. transportu powrotnego), Prezes Funduszu wydał 62 decyzje, z czego:

- 51 (81,66%) – decyzje pozytywne (w tym 10 decyzji do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju, tzw. transport powrotny)
- 11 (18,44%) – decyzje odmowne (w tym 1 do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju)

Ogółem wartość transportu, na sfinansowanie którego zgodę wyraził Prezes Funduszu w 2009 r. oszacowana została na kwotę 311 552 zł, w tym: koszty transportu do miejsca udzielenia świadczeń oszacowano na 243 541,84 zł. oraz koszty transportu do miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju oszacowano na 68 010,16 zł.

#### IV.5. Skargi i wnioski składane przez świadczeniobiorców

Na podstawie regulaminu rozpatrywania skarg i wniosków w Funduszu, skargi i wnioski świadczeniobiorców były rozpatrywane:

- w oddziałach wojewódzkich Funduszu przez komórki organizacyjne właściwe do spraw skarg i wniosków wskazane w regulaminach organizacyjnych oddziałów wojewódzkich,
- w Centrali Funduszu przez Departament Spraw Świadczeniobiorców, Departament ds. Służb Mundurowych oraz przez Rzecznika Praw Pacjenta.

Świadczeniobiorcy wnoszą skargi i wnioski do Funduszu w formie pisemnej oraz ustnej do protokołu skargi/wniosku.

Oddziały wojewódzkie rozpatrują skargi i wnioski:

- wniesione bezpośrednio przez świadczeniobiorców do oddziałów wojewódzkich Funduszu,
- przekazane do rozpatrzenia przez Centralę Funduszu,
- skargi i wnioski przesyłane przez inne instytucje przekazujące sprawę do rozpatrzenia zgodnie z właściwościami (np. Ministerstwo Zdrowia, organy Sejmu, Senatu oraz członków Parlamentu Rzeczypospolitej Polskiej, tj. Parlamentarzystów i inne organy). W oddziałach wojewódzkich rozpatrywane są skargi i wnioski dotyczące świadczeniodawców oraz skargi na działalność oddziału wojewódzkiego Funduszu.

W Centrali Funduszu rozpatrywane są skargi i wnioski wniesione w trybie odwoławczym bezpośrednio przez Świadczeniobiorców, przekazane do rozpatrzenia przez inne instytucje oraz skargi składane na dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu.

W 2009 r. w Funduszu rozpatrzono 5.055 skarg i wniosków, z czego w oddziałach wojewódzkich Funduszu 4.542, a w Centrali Funduszu 146. Liczba skarg i wniosków rozpatrzonych w Funduszu w 2009 r. w stosunku do 2008 r. zmniejszyła się o 7,2%.

Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba skarg i wniosków rozpatrzonych w oddziałach wojewódzkich i Centrali Funduszu			
	Ogółem	z tego:		
		Liczba skarg i wniosków przekazanych bezpośrednio przez świadczeniobiorcę	Liczba skarg i wniosków przekazanych przez Centralę Funduszu	Liczba skarg i wniosków przekazanych przez inny podmiot
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>
Dolnośląski	555	516	5	34
Kujawsko-pomorski	141	130	5	6
Lubelski	159	131	8	20
Lubuski	180	169	1	10
Łódzki	444	426	4	14
Małopolski	436	426	4	6
Mazowiecki	312	233	40	39
Opolski	66	62	0	4
Podkarpacki	225	220	1	4
Podlaski	259	251	4	4
Pomorski	586	548	18	20
Śląski	548	519	6	23
Świętokrzyski	150	133	4	13
Warmińsko-mazurski	158	149	4	5
Wielkopolski	447	403	11	33
Zachodniopomorski	243	226	2	15
<b>SUMA</b>	<b>4 909</b>	<b>4 542</b>	<b>117</b>	<b>250</b>
Centrala	146	94	0	52
<b>RAZEM</b>	<b>5 055</b>	<b>4 636</b>	<b>117</b>	<b>302</b>

**Tabela nr IV.17.** Liczbę skarg i wniosków rozpatrzonych przez poszczególne oddziały wojewódzkie i Centralę Funduszu w 2009 r. z uwzględnieniem podmiotu przekazującego skargę/wniosek do rozpatrzenia.

Z powyższego zestawienia wynika, że najwięcej skarg i wniosków rozpatrzyły następujące oddziały wojewódzkie Funduszu: pomorski – 586, dolnośląski – 555, śląski – 548, wielkopolski – 447, łódzki – 444, małopolski – 436. Łącznie w tych pięciu oddziałach wojewódzkich rozpatrzono 3 016 skarg i wniosków, co stanowi 59,7% wszystkich skarg i wniosków rozpatrzonych w Funduszu.

W ogólnej liczbie 5.055 skarg i wniosków rozpatrzonych w 2009 r. największy odsetek, tj. 91,7% wszystkich skarg i wniosków rozpatrzonych przez oddziały wojewódzkie i Centralę Funduszu stanowią skargi i wnioski złożone bezpośrednio przez świadczeniobiorców (4.636). Najwięcej skarg i wniosków przekazanych do rozpatrzenia przez inne podmioty niż świadczeniobiorcy, wpłynęło do: Centrali Funduszu – 52 i oddziałów wojewódzkich: mazowieckiego – 39, dolnośląskiego – 34, wielkopolskiego – 33 skargi.

Mając na względzie realizację § 11. ust. 1. *Regulaminu rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia*, o konieczności rozpatrywania skarg bez zbędnej zwłoki w okresie miesiąca od dnia złożenia lub wpływu skargi do kancelarii oddziału wojewódzkiego lub Centrali Funduszu należy stwierdzić, że skargi i wnioski rozpatrywane są w większości, w terminie nieprzekraczającym jednego miesiąca od dnia wpływu skargi/wniosku do kancelarii oddziału wojewódzkiego lub Centrali Funduszu.

Do oddziałów wojewódzkich Funduszu, które najbardziej terminowo rozpatrują skargi i wnioski należą: wielkopolski – 93,5%, podkarpacki – 93,3%, kujawsko-pomorski – 92,2%, zachodniopomorski – 91%, warmińsko-mazurski – 84,2%, podlaski – 83,8%, dolnośląski – 82,5% i lubuski – 81,7%.

Łącznie, w Funduszu, miesięcznego terminu rozpatrywania skarg i wniosków dotrzymano w stosunku do 68,1% wszystkich skarg i wniosków rozpatrzonych w 2009 r. Pozostałe 31,9% skarg i wniosków rozpatrzono w terminie dłuższym niż jeden miesiąc. W 2008 r. miesięcznego terminu rozpatrywania skarg i wniosków dotrzymano natomiast w stosunku do 71,6% skarg i wniosków.

Postępowania wyjaśniające wnoszonych do Funduszu spraw wraz z analizą niezbędnej dokumentacji w tych sprawach pozwalają ocenić zasadność wnoszonych przez świadczeniobiorców skarg i wniosków.

W ogólnej liczbie 5.016 skarg rozpatrzonych w Funduszu w 2009 r.: 49,2% stanowią skargi niezasadne, 35,3% stanowią skargi zasadne, 15,5% stanowią skargi częściowo zasadne.

#### **Analiza przedmiotu skarg i wniosków.**

Ze względu na przedmiot skargi/wniosku należy wyróżnić dwie grupy skarg i wniosków rozpatrywanych w Funduszu:

- skargi i wnioski dotyczące świadczeniodawców
- skargi i wnioski związane z obsługą świadczeniobiorców w Funduszu.

#### **Skargi dotyczące świadczeniodawców – wpływające w 2009 roku**

W 2009 r. wpłynęło łącznie 4 832 skarg i wniosków na świadczeniodawców, co stanowi 91,4% skarg i wniosków wniesionych do Funduszu. Spośród nich rozpatrzono 4.691 skarg i 24 wnioski. Ogólna liczba skarg i wniosków składanych na świadczeniodawców w 2009 r. zmniejszyła się o 8,6% w stosunku do analogicznego okresu 2008 r., w którym rozpatrzono 5.290 skarg i wniosków.

Lp.	rodzaj świadczenia	liczba skarg i wniosków na świadczeniodawców, które wpłynęły do Funduszu w 2009 r.
1	2	3
1.	podstawowa opieka zdrowotna	1 014
2.	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	1 267
3.	lecznictwo szpitalne (z wyłączeniem programów terapeutycznych – lekowych i chemioterapii)	812
4.	gospodarka lekiem	34
5.	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	84
6.	rehabilitacja lecznicza	290
7.	opieka długoterminowa	70
8.	leczenie stomatologiczne	476
9.	leczenie uzdrowiskowe	294
10.	pomoc doraźna i transport sanitarny – ratownictwo medyczne	163
11.	profilaktyczny program zdrowotny	45
12.	świadczenia odrębnie kontraktowane	6
13.	sprzęt ortopedyczny i środki pomocnicze	50
	SUMA	1 049
14.	inne	201
15	wnioski	26
X	<b>RAZEM</b>	<b>4 832</b>

**Tabela nr IV.18.** obrazuje liczbę skarg dotyczących świadczeniodawców w podziale na rodzaje świadczeń.

Z ww. zestawienia wynika, że najwięcej złożonych skarg dotyczy świadczeniodawców realizujących: ambulatoryjną opiekę specjalistyczną 1.267 skarg, podstawową opiekę zdrowotną 1.014 skarg, lecznictwo szpitalne 812 skarg, leczenie stomatologiczne 476 skarg, leczenie uzdrowiskowe 294 skargi.

Największy odsetek stanowią skargi dotyczące ambulatoryjnej opieki specjalistycznej 26,2%, podstawowej opieki zdrowotnej 21,0%, lecznictwa szpitalnego 16,8%, leczenia stomatologicznego 9,9% oraz leczenia uzdrowiskowego 6,1%.

Tematyka skarg i wniosków składanych na świadczeniodawców w podziale na poszczególne rodzaje świadczeń dotyczyła najczęściej zakresów:

#### **W podstawowej opiece zdrowotnej:**

- niewłaściwej organizacji pracy, trudności w telefonicznym zarejestrowaniu się do lekarza,
- ograniczonej dostępności do świadczeń lekarza, odmowa objęcia opieką położnej z powodu zbyt odległego miejsca zamieszkania, odmowy objęcia opieką świadczeniobiorców w podeszłym wieku,
- odmowy udzielenia świadczeń studentom i rezydentom z krajów Unii Europejskiej,
- niewłaściwej opieki pielęgniarskiej oraz zachowanie lekarza,
- braku możliwości zrealizowania wizyty w ramach nocnej ambulatoryjnej opieki lekarskiej z powodu braku lekarza sprawującego tę opiekę,
- odmowy udzielenia wizyty oraz długi czas oczekiwania na udzielenie wizyty domowej przez lekarza w ramach wyjazdowej nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej domowej,
- odmowy wykonania zlecenia lekarskiego przez pielęgniarkę, odmowa wykonania zmiany opatrunku w gabinecie zabiegowym,
- trudności z uzyskaniem kopii dokumentacji medycznej,
- trudności w zgłoszeniu noworodka do lekarza, odmowa przyjęcia deklaracji do lekarza i pielęgniarki,
- wprowadzania przez świadczeniodawców dziennych limitów przyjęć przez lekarza,
- odmowy wydania skierowania na badania laboratoryjne oraz do lekarza specjalisty,

- żądania przez świadczeniodawcę opłaty za gwarantowane badania diagnostyczne i laboratoryjne,
- pobrania opłaty za wypisanie recepty, wystawienia zaświadczenia lekarskiego, porady lekarskiej z powodu braku dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, wykonania szczepienia, świadczenia udzielone dziecku,
- odmowy wydania świadczeniobiorcy zaświadczenia lekarskiego dla celów pomocy społecznej,
- obciążenia kosztami transportu sanitarnego zleconego przez lekarza,
- odmowy udzielenia wizyty lekarskiej w domu,
- odmowy wykonania iniekcji w ramach nocnej i świątecznej opieki lekarskiej i pielęgniarstwa,
- odmowy wykonania czynności pielęgnacyjnych przez pielęgniarkę, do której świadczeniobiorca był zadeklarowany,
- odmowy wystawienia zlecenia na transport sanitarny,
- pobranie opłaty za wypisanie przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej skierowania na leczenie uzdrowiskowe,
- nieprzebranie przez lekarza harmonogramu pracy,
- niepowiadomienie o odwołaniu wizyty domowej,
- nieprawidłowe wystawienie zlecenia na środki pomocnicze,
- odmowa udostępnienia dokumentacji medycznej osoby zmarłej,
- odmowa wystawienia karty zgonu,
- odmowa udostępnienia świadczeniobiorcy oryginałów dokumentacji medycznej prowadzonej w zlikwidowanym zakładzie opieki zdrowotnej,
- nierespektowanie uprawnień honorowych dawców krwi do świadczeń poza kolejnością.

#### **W ambulatoryjnej opiece specjalistycznej:**

- długiego okresu oczekiwania na wizytę w poradni,
- odmowy wyznaczenia terminu badania specjalistycznego, odmowy zarejestrowania na wizytę kontrolną,
- trudności w zarejestrowaniu się do lekarza specjalisty, nieprzyjazny sposób rejestracji – tylko osobiście i tylko w określone dni,
- niewłaściwej organizacji pracy placówek realizujących świadczenia opieki zdrowotnej,
- nieprawidłowości w prowadzeniu rejestracji oraz odmowy wpisania na listę oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej,
- odmowy wystawienia zlecenia na transport sanitarny,
- odmowy wykonania badania diagnostycznego w ramach ubezpieczenia zdrowotnego,
- odmowy udzielenia porady z powodu braku dokumentu lub z powodu niewłaściwego dokumentu potwierdzającego prawo do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej,
- odmowy wystawienia zaświadczenia o stanie zdrowia,
- nieuprzejmego zachowanie lekarza udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej oraz innego personelu medycznego pracującego w placówce służby zdrowia,
- kierowania przez lekarza specjalistę do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w celu przeprowadzenia badań kontrolnych,
- obciążania kosztami diagnostyki,
- żądania opłaty za badanie diagnostyczne gwarantowane w ramach ubezpieczenia zdrowotnego,
- żądania opłaty za wydanie zaświadczenia o stanie zdrowia,
- niepoinformowania o zmianie terminu lub miejsca udzielania specjalistycznych świadczeń opieki zdrowotnej,
- nieprawidłowego rozliczania przez świadczeniodawcę przeprowadzonej hospitalizacji,

## W lecznictwie szpitalnym:

- trudności z wyznaczeniem terminu hospitalizacji listownie i telefonicznie,
- trudności z uzyskaniem świadczenia z powodu kwestionowania dokumentu potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych w ramach środków publicznych,
- nieuprzejmego zachowanie lekarza, niewłaściwego zachowania położnych na oddziale noworodkowym,
- braku kompetencji personelu medycznego,
- odmowy wystawienia przez lekarza specjalistę skierowania do poradni specjalistycznej,
- odmowy udzielenia świadczenia w stanie nagłym w szpitalnej izbie przyjęć,
- odmowy zakwalifikowania przez lekarza specjalistę świadczeniobiorcy do świadczenia w trybie pilnym,
- odmowy realizacji zabiegu w wyznaczonym przez świadczeniodawcę terminie,
- odmowy hospitalizacji w oddziale chirurgicznym, odmowa przyjęcia na planowe leczenie w oddziale neurochirurgicznym, odmowa udzielenia świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym,
- trudności w dostępie do badań kontrolnych zleconych po hospitalizacji w oddziale chorób wewnętrznych,
- odmowy wystawienia zlecenia na transport sanitarny oraz bezzasadne pobranie opłaty,
- niezapewnienia transportu sanitarnego po zakończonej hospitalizacji, w ramach ciągłości leczenia,
- obciążenia kosztami transportu sanitarnego ze szpitala do innej placówki,
- pobranie opłaty za hospitalizację od osoby ubezpieczonej,
- nieuzasadnionej zmiany terminu zabiegu operacyjnego,
- zastrzeżeń do jakości świadczenia udzielonego w ramach pomocy doraźnej w izbie przyjęć,

Rodzaj świadczenia	liczba skarg na świadczeniodawcę w	liczba skarg:		
		dostępność do świadczeń	jakość świadczenia	pozostałe
1	2	3	4	5
podstawowa opieka zdrowotna	1 014	502	284	228
ambulatoryjne opieka specjalistyczna	1267	718	285	264
lecznictwo szpitalne	812	327	338	147
gospodarka lekiami	34	25	3	6
opieka psychiatryczna i leczenie uzależni.	84	24	32	28
rehabilitacja lecznicza	290	176	66	48
opieka długoterminowa	70	37	23	10
leczenie stomatologiczne	476	113	260	103
leczenie uzdrowiskowe	294	46	196	52
pomoc doraźna i transport sanitarny	163	49	80	34
profilaktyczny program zdrowotny	45	19	10	16
świadczenia odrębnie kontraktowane	6	1	3	2
sprzęt ortopedyczny	50	10	33	7
inne skargi	201	48	52	101
wnioski	26	3	4	19
<b>RAZEM</b>	<b>4 832</b>	<b>2 098</b>	<b>1 669</b>	<b>1 065</b>

**Tabela nr IV.19.** Liczba skarg, które wpłynęły do Funduszu w 2009 r. w podziale na skargi dotyczące dostępności do świadczeń oraz ich jakości.

Uwzględniając liczbę skarg w zakresie dostępności oraz jakości świadczeń należy podkreślić, że 43,4% wszystkich skarg wpływających w 2009 r. dotyczyło dostępności do świadczeń, a 34,5% jakości udzielanych świadczeń.

W trakcie postępowania wyjaśniającego podejmowano decyzje o skierowaniu wniosków do właściwych komórek organizacyjnych oddziałów wojewódzkich Funduszu o przeprowadzenie postępowań kontrolnych u świadczeniodawców.



Oddział wojewódzki Funduszu	liczba wniosków o przeprowadzenie kontroli	przeprowadzone kontrole u świadczeniodawców
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
Dolnośląski	3	3
Kujawsko - Pomorski	3	0
Lubelski	2	0
Lubuski	1	0
Łódzki	19	19
Małopolski	3	4
Mazowiecki	3	2
Opolski	0	0
Podkarpacki	8	4
Podlaski	2	1
Pomorski	4	2
Śląski	27	7
Świętokrzyski	1	0
Warmińsko - Mazurski	1	0
Wielkopolski	0	0
Zachodniopomorski	1	0
<b>RAZEM</b>	<b>78</b>	<b>42</b>

**Tabela nr IV.20.** Dane o kontrolach przeprowadzonych u świadczeniodawców przez oddziały wojewódzkie Funduszu w 2009 r., których bezpośrednią przyczyną były skargi świadczeniobiorców.

Do końca 2009 r. w oddziałach wojewódzkich Funduszu zakończono 42 postępowania kontrolne u świadczeniodawców. Z ogólnej liczby 78 wniosków o przeprowadzenie kontroli zrealizowano 42, co stanowi 53,8% ilości wniosków o przeprowadzenie kontroli. Taki odsetek realizacji postępowań kontrolnych wynika z faktu, że to komórka właściwa do spraw kontroli podejmuje decyzję o zasadności jej przeprowadzenia. Ponadto część postępowań kontrolnych rozpoczętych w roku 2009 zakończono w 2010 r.

#### **Skargi i wnioski związane z obsługą świadczeniobiorców w Funduszu.**

Skargi i wnioski w zakresie działalności Funduszu dotyczą przede wszystkim realizacji skierowań na leczenie uzdrowiskowe oraz pracy komórek organizacyjnych oddziałów wojewódzkich Funduszu. Łączna liczba skarg i wniosków złożonych na działalność Funduszu w 2009 r. wyniosła 341 (325 skarg i 16 wniosków) i zmalała o 17,8% w stosunku do 2008 r.

Oddział wojewódzki Funduszu	liczba skarg złożona na działalność Funduszu
Dolnośląski	14
Kujawsko-Pomorski	10
Lubelski	16
Lubuski	12
Łódzki	22
Małopolski	13
Mazowiecki	12
Opolski	4
Podkarpacki	15
Podlaski	15
Pomorski	29
Śląski	10
Świętokrzyski	15
Warmińsko – Mazurski	5
Wielkopolski	9
Zachodniopomorski	7
<b>RAZEM</b>	<b>208</b>

**Tabela nr IV.21.** Liczba skarg rozpatrzonych w oddziałach wojewódzkich Funduszu dotyczących działalności Funduszu w 2009 r.

Liczba skarg rozpatrzonych w oddziałach wojewódzkich, które dotyczyły działalności Funduszu, spadła o 22,4% w stosunku do 2008 r.

Najwięcej skarg dotyczących działalności Funduszu rozpatrzono w oddziałach wojewódzkich: pomorskim 29 skarg, łódzkim 22 skargi, lubelskim 16 skarg, podkarpackim, podlaskim i świętokrzyskim po 15 skarg, dolnośląskim 14 skarg, małopolskim 13 skarg, lubuskim i mazowieckim – po 12 skarg i kujawsko-pomorskim i śląskim po 10 skarg. Najmniej w oddziale opolskim – 4 skargi.

Skargi na działalność oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczyły:

- zastrzeżeń do odpowiedzi udzielanych na skargi, a zwłaszcza do prowadzonego postępowania wyjaśniającego, do udzielenia błędnej informacji na temat systemu opieki zdrowotnej, do zachowania pracowników komórek organizacyjnych rozpatrujących skargi,
- zastrzeżeń do funkcjonowania delegatury, opieszałości urzędników, niejasnych zasad podejmowania decyzji i lekceważącego traktowania wnoszących skargi,
- zastrzeżeń do sposobu rozpatrzenia sprawy przez Rzecznika Praw Pacjenta,
- zastrzeżeń do sposobu kwalifikacji i trybu rozpatrywania skierowań na leczenie uzdrowiskowe, sposobu rejestracji zlecenia na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze,
- zastrzeżeń do sposobu rozpatrywania wniosku o import docelowy leku przez oddział wojewódzki, opieszałości i zbyt długiego okresu rozpatrywania wniosku o leczenie poza granicami kraju,
- weryfikacji uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- zasad kontraktowania świadczeń zdrowotnych przez Fundusz.

W Centrali Funduszu w 2009 roku rozpatrzono 114 skarg i wniosków dotyczących działalności oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz 3 skargi i wnioski na działalność Centrali. Liczba skarg i wniosków dotyczących działalności Funduszu rozpatrzonych w Centrali odpowiadała ilości skarg i wniosków rozpatrzonych w 2008 r.

Oddział wojewódzki	liczba skarg i wniosków dotyczących pracy oddziałów wojewódzkich rozpatrzonych w Centrali Funduszu	odsetek
1	2	3
Dolnośląski	9	7,9
Kujawsko - Pomorski	7	6,1
Lubelski	6	5,3
Lubuski	1	0,9
Łódzki	6	5,3
Małopolski	7	6,1
Mazowiecki	15	13,2
Opolski	6	5,3
Podkarpacki	3	2,6
Podlaski	5	4,4
Pomorski	15	13,2
Śląski	16	14
Świętokrzyski	2	1,7
Warmińsko - Mazurski	3	2,6
Wielkopolski	5	4,4
Zachodniopomorski	8	7
<b>RAZEM</b>	<b>114</b>	<b>100</b>

**Tabela nr IV.22.** Rozkład oraz udział procentowy skarg i wniosków rozpatrzonych w Centrali Funduszu w podziale na oddziały wojewódzkie w 2009 r.

Największa liczba skarg złożonych na pracę oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczyła oddziałów: śląskiego – 16, mazowieckiego – 15, pomorskiego – 15, dolnośląskiego – 9, zachodniopomorskiego – 8.

Skargi złożone w Centrali Funduszu na pracę oddziałów wojewódzkich dotyczyły w szczególności:

- potwierdzania skierowań na leczenie uzdrowiskowe w oddziałach wojewódzkich Funduszu – 72 skargi, co stanowi 63,1% wszystkich skarg,
- pracy poszczególnych komórek organizacyjnych – 24 skargi, co stanowi 21,1% wszystkich skarg,
- innej działalności oddziałów wojewódzkich – 15 skarg, co stanowi 13,2% wszystkich skarg,
- realizacji wniosków na przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze – 2 skargi, co stanowi 1,8% wszystkich skarg,
- gospodarki lekiem – 1 skarga, co stanowi 0,8% wszystkich skarg.

Z analizy wynika, że odsetek skarg dotyczących realizacji skierowań na leczenie uzdrowiskowe przez oddziały wojewódzkie w 2009 r. wzrósł o 2,8% w stosunku do 2008 r. Skargi na ten rodzaj świadczeń dotyczyły:

- braku nadzoru nad jakością opieki medycznej w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego,
- długiego okresu oczekiwania na rozpatrzenie potwierdzenia skierowania, zbyt późne nadsyłanie informacji o potwierdzonym skierowaniu,
- niewłaściwego sposobu kwalifikowania skierowań na leczenie uzdrowiskowe przez lekarza balneoklimatologa, zatrudnionego w Funduszu,
- wezwania świadczeniobiorcy do pokrycia kosztów wcześniejszego opuszczenia zakładu lecznictwa uzdrowiskowego,
- niepotwierdzania skierowań na leczenie uzdrowiskowe z powodu zbyt wczesnego złożenia kolejnego skierowania po odbytych leczeniu,
- niepotwierdzania skierowań dla opiekunów na leczenie dzieci do osiągnięcia przez nie 6. Roku życia,
- braku szczegółowej informacji przekazywanej świadczeniobiorcom w przypadkach odsyłania skierowań do lekarza wystawiającego,
- braku przejrzystości w prowadzeniu list oczekujących na leczenie uzdrowiskowe, braku możliwości uzyskania informacji o miejscu na liście, braku szczegółowej informacji o czasie oczekiwania na leczenie uzdrowiskowe.

#### IV.6. Interwencje podjęte przez Rzecznika Praw Pacjenta

Najczęściej zgłaszane problemy wymagające podjęcia interwencji ze strony Rzecznika Praw Pacjenta, dotyczyły: pobierania opłat za świadczenia objęte umową z Funduszem, odmowy udzielenia świadczenia, ograniczania dostępu do świadczeń, trudności w zakresie uzyskania zaświadczeń, w tym także zaświadczeń o czasowej niezdolności do pracy, naruszenia praw pacjenta. Większość spraw zgłoszonych stanowiły sprawy związane z dostępnością do świadczeń opieki zdrowotnej. W dużej mierze skargi pacjentów są wynikiem złej organizacji udzielania świadczeń. Przeprowadzone postępowania wyjaśniające wykazały, iż większość skarg wynika z braku znajomości zapisów umów z Funduszem, ze strony świadczeniodawców, do których należą:

- uchylenie się świadczeniodawców od obowiązków ustawowych i wynikających z zawartych umów,
- brak informacji dla pacjentów zarówno o przysługujących im uprawnieniach, jak i informacji medycznej,
- niezadowolająca pacjentów i świadczeniodawców ilości zakontraktowanych świadczeń, zwłaszcza w zakresie świadczeń ambulatoryjnych o charakterze specjalistycznym.

Analizowanie spraw zgłaszanych przez pacjentów i reagowanie na nieprawidłowości jest procesem ciągłym, zmierzającym do poprawy sytuacji świadczeniobiorców. Monitorowanie jakości świadczeń obejmuje szeroki zakres problemów o bardzo ważnym znaczeniu praktycznym i ukierunkowane jest na zjawiska na poziomie placówek medycznych, poszczególnych rodzajów i zakresów świadczeń oraz działania systemowe. Obejmuje między innymi analizę dostępności do świadczeń, satysfakcji interweniujących pacjentów, ocenę postaw pracowników ochrony zdrowia, błędy medyczne oraz warunki udzielania świadczeń.

Bardzo istotne przy rozpatrywaniu spraw pacjentów jest wskazywanie na powinność określonego zachowania się świadczeniodawcy z powołaniem się na konkretne regulacje wiążące świadczeniodawcę, oczekując zmiany postawy, nie tylko w zgłoszonym przez pacjenta przypadku, lecz we wszystkich analogicznych sytuacjach.

W trakcie 2009 roku Rzecznicy Praw Pacjenta podejmowali działania o charakterze informacyjnym i poradniczym poprzez:

- prowadzenie infolinii,
- dyżury w delegaturach oddziałów wojewódzkich Funduszu,
- udział w posiedzeniach Rad Funduszu w oddziałach wojewódzkich Funduszu,
- udział w kampaniach informacyjnych,
- udział w spotkaniach z władzami lokalnymi, samorządami, radami miast, oddziałami ZUS, przedstawicielami Policji, świadczeniodawcami,
- udział w spotkaniach z mieszkańcami, organizacjami samorządowymi i pozarządowymi, organizacjami kombatanckimi, emeryckimi, osób niepełnosprawnych,
- współpracę ze stowarzyszeniami, federacjami i fundacjami reprezentującymi pacjentów, w tym również grupami wsparcia dla pacjentów i ich rodzin,
- prowadzenie wykładów, udział w konferencjach szkoleniowych, warsztatach,
- współpracę z uczelnianymi poradniami prawa medycznego,
- udział w kampaniach informujących za pośrednictwem prasy, radia i stacji telewizyjnych.

Działania te były wysoko oceniane przez pacjentów zadowolonych z możliwości bezpośredniego przedstawienia sprawy, działań interwencyjnych, a także przez świadczeniodawców.

Zwiększenie ilości spraw o ok. 35% do 140 tys. zgłoszeń w stosunku do roku 2008, pokazuje ciągle aktualną potrzebę społeczną. Zestawienie ilościowe i porównawcze zawarte zostało w tabeli nr IV.23 oraz tabeli nr IV.24.

Lp.	Oddział wojewódzki Funduszu	Ilość pism	Ilość zgłoszeń osobistych	Ilość zgłoszeń telefonicznych	Ogółem sprawy
1	Dolnośląski	1 294	2 387	4 235	7 916
2	Kujawsko-Pomorski	245	1 020	3 800	5 065
3	Lubelski	160	1 671	3 945	5 776
4	Lubuski	900	7 081	7 620	15 601
5	Łódzki	393	350	3 699	4 442
6	Małopolski	590	770	5 634	6 994
7	Mazowiecki	1 312	2 000	7 200	10 512
8	Opolski	56	170	7 154	7 380
9	Podkarpacki	232	1 010	2 750	3 992
10	Podlaski	134	735	1 211	2 080
11	Pomorski	-	-	-	-
12	Śląski	916	300	5 000	6 216
13	Świętokrzyski	336	2 021	2 430	4 787
14	Warmińsko-Mazurski	330	1 095	7 757	9 182
15	Wielkopolski	690	480	5 300	6 470
16	Zachodniopomorski	1 505	2 453	8 405	12 363
17	CENTRALA	2 611	184	29 109	31 904
<b>SUMA</b>		<b>11 704</b>	<b>23 727</b>	<b>105 249</b>	<b>140 680</b>

\*brak danych w Pomorskim OW NFZ w związku z niepowołaniem Rzecznika Praw Pacjenta w oddziale.

Tabela nr IV.23. Sprawy wpływające do Rzeczników Praw Pacjenta w 2009 roku.

Rok	Ilość pism	Ilość zgłoszeń osobistych	Ilość zgłoszeń telefonicznych	Ogółem sprawy
<b>2003</b> (trzy kwartały)	5 052	5 000	30 000	40 052
<b>2004</b>	6 726	14 692	53 283	74 701
<b>2005</b>	8 355	22 902	64 846	96 103
<b>2006</b>	9 430	20 359	55 312	85 101
<b>2007</b>	7 754	16 511	52 423	76 688
<b>2008</b>	8 486	15 263	81 027	104 776
<b>2009*</b>	<b>11 704</b>	<b>23 727</b>	<b>105 249</b>	<b>140 680</b>

\* Dane nie uwzględniają Pomorskiego OW NFZ.

Tabela nr IV.24. Sprawy wpływające do Rzeczników Praw Pacjenta w od 2003 roku do 2009 roku.

## **V. Realizacja zadań wynikających z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego**

### **V.1. Charakterystyka ogólna**

Od 2004 roku Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje, na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz regulacji krajowych, zadania instytucji właściwej (instytucji miejsca zamieszkania oraz instytucji miejsca pobytu) poprzez oddziały wojewódzkie Funduszu oraz zadania instytucji łącznikowej – poprzez Departament Współpracy Międzynarodowej w Centrali Funduszu.

Do najważniejszych zadań realizowanych przez Fundusz w roli instytucji właściwej (miejsca pobytu, zamieszkania) w ramach przepisów o koordynacji należy:

- zapewnienie dostępu do rzeczowych świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych i uprawnionych,
- prowadzenie ewidencji osób ubezpieczonych oraz uprawnionych,
- potwierdzanie faktu oraz okresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym,
- wydawanie zaświadczeń oraz poświadczeń potwierdzających prawo do rzeczowych świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji,
- wydawanie zgody na przeprowadzenie leczenia planowanego lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim UE/EFTA.

Obszary działań Departamentu Współpracy Międzynarodowej Centrali Funduszu jako komórki pełniącej rolę instytucji łącznikowej wskazane są w regulaminie organizacyjnym Centrali Funduszu. Wśród nich do najważniejszych zadań należą:

- utrzymywanie wzajemnych, bezpośrednich kontaktów z innymi instytucjami łącznikowymi i właściwymi państw członkowskich UE/EFTA,
- opracowywanie wytycznych dotyczących stosowania przepisów wspólnotowych oraz przekazywanie 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 Obrachunkowej Unii Europejskiej oraz Komisji Administracyjnej ds. Zabezpieczenia Społecznego Pracowników Migrujących,
- analiza spraw i problemów merytorycznych zgłaszanych w związku z obsługą osób ubezpieczonych i uprawnionych w ramach koordynacji.

Na podstawie wyników analizy porównawczej danych dotyczących realizacji przez Fundusz zadań wynikających z przepisów o koordynacji w roku 2009 oraz w latach poprzednich, zaobserwować można następujące najważniejsze zjawiska charakterystyczne dla rozwoju tego obszaru działalności w 2009 roku:

- wzrost liczby formularzy rozliczeniowych E 125, które wpłynęły do Centrali Funduszu przy notach obciążeniowych wystawionych przez inne państwa członkowskie o 9,86% w roku 2009 w stosunku do roku 2008 (w roku 2009 było to 75.462 formularzy, zaś w roku poprzednim 68.677). Na formularzach tych przedstawione zostały przez 27 państw członkowskich roszczenia w wysokości łącznej 175.790.211,74 PLN (przeliczenie

roszczenia na walutę polską dokonano zgodnie z tabelą kursów NBP nr 255/A/NBP/2009 z dnia 31 grudnia 2009 roku). Średni koszt świadczeń rozliczonych na 1 formularzu rozliczeniowym spadł przy tym o około 329,28 PLN (z 2.658,49 PLN w roku 2008 do 2.329,21 PLN w roku 2009);

- 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 roku 2009 do innych państw członkowskich wzrosła o 46,99 % w porównaniu do roku poprzedniego (wzrost z 63.574 w roku 2008 do 93.393 w roku 2009). Formularze te objęły rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym w roku 2009. Całkowite koszty świadczeń wykazane na tych formularzach wzrosły przy tym o 90,92% w porównaniu do roku poprzedniego i wyniosły 59.927.610,89 PLN (kwota obejmuje powstałe w 2009 roszczenia i korekty do not za lata poprzednie). Średnia wysokość kosztu świadczeń rozliczonych na 1 formularzu wzrosła o około 29,89% (z 494,02 PLN za rok 2008 do 641,67 PLN w roku 2009);
- wzrost liczby osób uprawnionych korzystających na terenie Polski ze świadczeń rozliczanych wg kwot ryczałtowych. Liczba formularzy rozliczeniowych E 127 wzrosła w stosunku do roku poprzedniego o 17,00% (z 1.211 w roku 2008 do 1.035 w roku 2009), natomiast liczba osobomiesięcy wskazanych na tych formularzach wzrosła o 20,11% (w roku 2009 było to 12.195 osobomiesięcy, zaś w roku poprzednim 10.053);
- 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;
- rozpoczęcie procesu dostosowań wynikających ze zmiany w ustawodawstwie Unii Europejskiej 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 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. dotyczące wykonywania rozporządzenia (WE) nr 883/2004 w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego;
- rozpoczęcie procesu rozliczania roszczeń przedstawionych na formularzach E 127.

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**

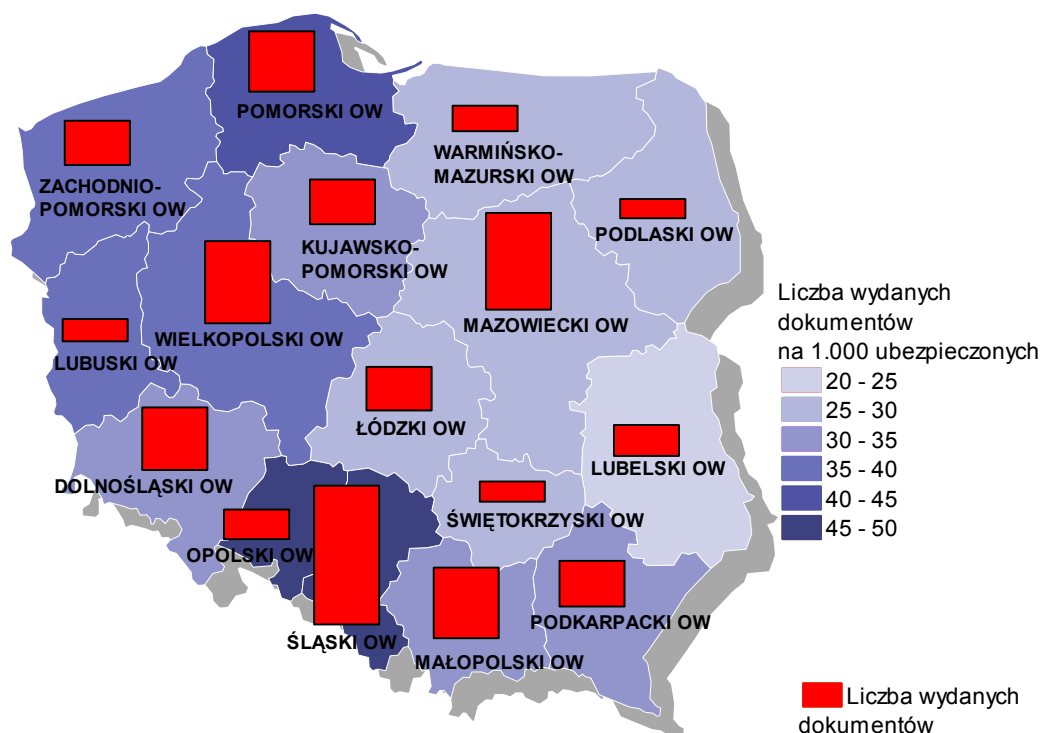
### **V.2.1. Zaświadczenia wydane osobom ubezpieczonym**

W roku 2009 oddziały wojewódzkie Funduszu wystawiły łącznie 1.256.747 dokumentów uprawniających osoby ubezpieczone w Funduszu do korzystania z rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA, co oznacza utrzymanie poziomu z roku poprzedniego. Z całkowitej liczby wydanych zaświadczeń 99,49% dokumentów potwierdzało uprawnienia do świadczeń w zakresie niezbędnym podczas pobytu czasowego na terenie innego państwa. Udział ten nie uległ istotnej zmianie w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego. Pozostałe dokumenty związane były z przeniesieniem miejsca zamieszkania poza granicę RP.

Oddziałem, który wydał największą liczbę dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń, tak jak w poprzednim okresie sprawozdawczym, był Śląski OW NFZ (16,22%), który jednocześnie odnotował największy spadek wydanych zaświadczeń w stosunku do roku poprzedniego (o 15,29%). Udział kolejnych 5 oddziałów kształtował się na poziomie od: 11,36% w przypadku Mazowieckiego OW NFZ do 7,17% w przypadku Pomorskiego OW NFZ. Pozostałych 10 oddziałów wojewódzkich wystawiło łącznie 39,77 % całkowitej liczby dokumentów wydanych przez Fundusz. Oddziałami wojewódzkimi Funduszu, które wydały więcej dokumentów niż w roku 2008 były: małopolski (wzrost o 7,45%), wielkopolski (wzrost o 6,71%) oraz mazowiecki (wzrost o 5,09%).

Biorąc pod uwagę liczbę ubezpieczonych na terenie poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, najwięcej zaświadczeń przypadających na 1.000 osób ubezpieczonych zostało wydanych w Opolskim OW NFZ. W Oddziale tym na każde 1.000 osób ubezpieczonych wydanych zostało 48 dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń, przy średniej dla Polski na poziomie 34 dokumentów. Wskaźnik odchylenia od średniej liczby wydanych zaświadczeń na 1.000 osób ubezpieczonych wynosił w przypadku Opolskiego OW NFZ 1,43. Wskaźnik ten plasował się widocznie powyżej średniej w przypadku oddziałów przygranicznych, położonych przede wszystkim w południowej i zachodniej części kraju: Opolskiego, Śląskiego, Pomorskiego oraz Zachodniopomorskiego OW NFZ.

Najniższe zainteresowanie ubezpieczonych dokumentami potwierdzającymi prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terenie innego państwa członkowskiego zostało odnotowane w przypadku oddziałów położonych we wschodniej i południowo-wschodniej oraz centralnej części kraju: lubelskim, świętokrzyskim, łódzkim, podlaskim, warmińsko-mazurskim oraz mazowieckim (wykres nr V.1).



Liczba wydanych zaświadczeń w 2009 roku w przeliczeniu na 1.000 ubezpieczonych wg oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Zgodnie z deklaracją ubezpieczonych wskazaną na wniosku o wydanie dokumentu, w strukturze kierunków wyjazdów, tak jak w poprzednim okresie sprawozdawczym, największy udział miały Niemcy (21,82%), natomiast największej zmianie w stosunku do roku 2008 uległ w 2009 roku udział Włoch (wzrost z 8,92% do 10,54%).

Wśród kolejnych, pod względem liczby wydanych dokumentów, państw stanowiących kierunek wyjazdów znalazły się: Włochy (10,54%), Wielka Brytania (6,35%), Francja (5,05%),



Austria (5,01%) oraz Hiszpania (4,22%). W związku z wyjazdem osób ubezpieczonych do jednego z sześciu ww. państw wydano łącznie 53,02% całkowitej liczby zaświadczeń wystawionych przez Fundusz w 2009 roku.

W przypadku 20,06% wniosków ubezpieczeni nie wskazali kierunku wyjazdu. Dane dotyczące liczby zaświadczeń wydanych w związku z pobytem na terenie poszczególnych państw członkowskich wg rodzaju dokumentu przedstawione zostały w tabeli nr V.1.

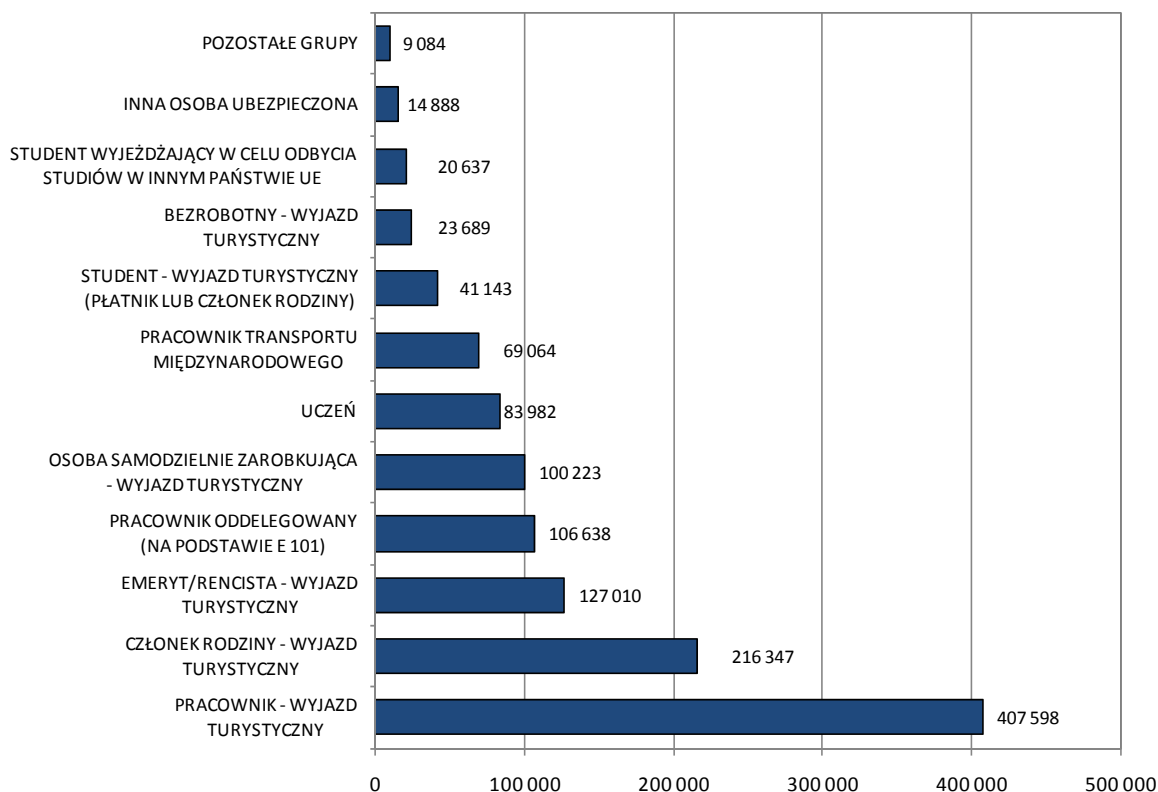
Państwo UE/EFTA	EKUZ	Certyfikat	E 104	E 106	E 109	E 120	E 121	E 123	Łącznie
AUSTRIA	61 761	1 051	61	68	3	0	42	1	62 987
BELGIA	22 326	952	121	244	8	0	10	9	23 670
BULGARIA	29 874	109	110	8	0	0	2	0	30 103
CYPR	2 546	16	0	3	0	0	0	0	2 565
CZECHY	29 479	567	100	170	8	0	17	1	30 342
DANIA	12 726	152	11	12	0	0	1	0	12 902
ESTONIA	606	34	0	7	0	0	0	0	647
FINLANDIA	4 981	198	35	5	0	0	1	15	5 235
FRANCJA	61 821	1 346	83	118	6	1	48	30	63 453
GRECJA	47 318	161	4	18	2	0	6	0	47 509
HISZPANIA	52 610	363	7	31	2	0	15	0	53 028
HOLANDIA	27 710	651	30	51	0	0	10	1	28 453
IRLANDIA	15 476	77	38	14	0	0	2	0	15 607
ISLANDIA	923	2	100	1	0	0	0	0	1 026
LIECHTENSTEIN	77	0	0	0	0	0	0	0	77
LITWA	10 516	83	0	15	0	0	2	0	10 616
LUKSEMBURG	1 389	61	3	10	4	0	4	5	1 476
ŁOTWA	778	7	1	8	0	0	0	0	794
MALTA	1 812	36	2	1	0	0	4	0	1 855
NIEMCY	259 977	10 465	1 455	547	63	0	576	1 371	274 454
NORWEGIA	15 636	217	48	13	0	0	1	1	15 916
PORTUGALIA	8 280	44	2	12	0	0	0	0	8 338
RUMUNIA	2 996	21	0	19	0	0	1	0	3 037
SŁOWACJA	28 504	269	18	57	0	0	1	0	28 849
SŁOWENIA	5 720	35	2	5	0	0	0	0	5 762
SZWAJCARIA	7 020	109	4	23	2	0	5	0	7 163
SZWECJA	24 469	583	27	7	0	0	18	1	25 105
WĘGRY	30 747	110	12	81	1	0	2	0	30 953
WIELKA BRYTANIA	79 365	388	8	38	1	0	20	0	79 820
WŁOCHY	131 450	983	9	110	13	0	44	1	132 610
PAŃSTWO NIEOKREŚLONE	251 930	465	0	0	0	0	0	0	252 395
<b>ŁĄCZNIE</b>	<b>1 230 823</b>	<b>19 555</b>	<b>2 291</b>	<b>1 696</b>	<b>113</b>	<b>1</b>	<b>832</b>	<b>1 436</b>	<b>1 256 747</b>

**Tabela nr V.1.** Liczba zaświadczeń wydanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w roku 2009 wg deklarowanego państwa pobytu/państwa miejsca zamieszkania oraz rodzaju dokumentu.

Oddziały wojewódzkie Funduszu wydały w 2009 roku 1.230.823 karty EKUZ, będące podstawowym dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń w ramach przepisów o koordynacji. Stan ważnych EKUZ na dzień 31 grudnia 2009 r. wynosił 779.176 kart.

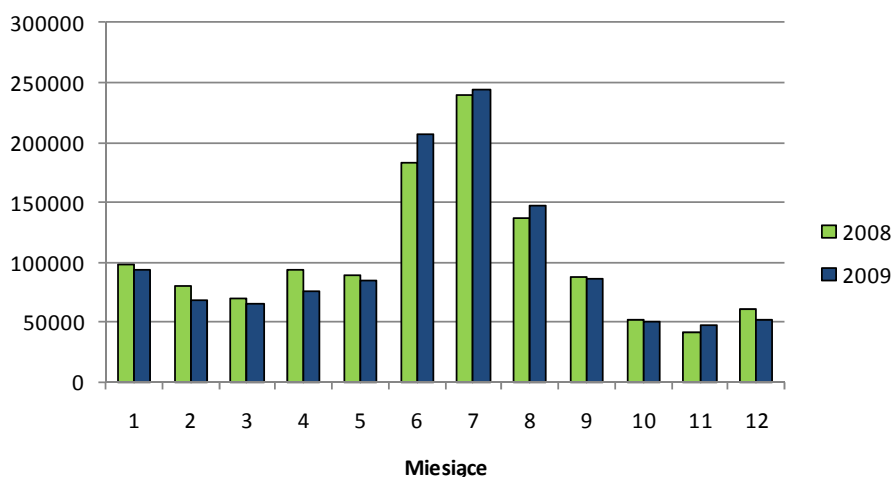
Analizując strukturę Europejskich Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego pod kątem grup osób ubezpieczonych, które wnioskowały o wydanie dokumentu, najwięcej osób deklarowało jako cel wyjazd turystyczny (75,06%). Dla osób delegowanych do pracy na terenie innego państwa członkowskiego oddziały wojewódzkie Funduszu wydały 113.115 dokumentów, tj. 9,27 % łącznej liczby wydanych kart EKUZ.

Największą grupę osób wnioskujących o kartę EKUZ stanowili pracownicy wyjeżdżający turystycznie na teren innego państwa członkowskiego UE/EFTA (33,40%). Wśród kolejnych grup pod względem liczby wydanych kart znalazły się osoby ubezpieczone jako członkowie rodzin wyjeżdżający turystycznie (17,73%) oraz emeryci i renciści wyjeżdżający turystycznie (10,41%). Powyższe dane przedstawia wykres nr V.2.



**Wykres nr V.1.** Struktura wydanych w 2009 roku Europejskich Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) wg grup uprawnień.

W strukturze wydanych w 2009 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. Szczególnie widoczne jest to w przypadku liczby składanych wniosków w miesiącach wakacyjnych (wykres nr V.3).



**Wykres nr V.2.** Struktura wydanych w 2009 roku Europejskich Kart Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) wg miesięcy wydania.

### V.2.2. Poświadczenia wydane na podstawie zarejestrowanych formularzy przedstawionych przez osoby uprawnione

W roku 2009 Fundusz wydał osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji ogółem 38.420 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 roku 2008 oddziały wojewódzkie Funduszu wydały łącznie 38.477 poświadczenia do zarejestrowanych formularzy wystawionych przez instytucje właściwe państw członkowskich UE/EFTA. W 2009 roku liczba wydanych poświadczeń nie uległa istotnej zmianie w stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego (spadek o 0,15%). Nie oznacza to spadku liczby osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń na podstawie zarejestrowanych formularzy E 106, E 109, E 120, E 121 oraz E 123. Poświadczenia wydane powyższej grupie osób zarejestrowane w latach poprzednich obowiązują w większości bezterminowo.

Łączna liczba osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń na terenie Polski w roku 2009 na podstawie ważnych w okresie sprawozdawczym poświadczeń wynosiła 90.717 osób i była większa o 33,92% niż w 2008 roku.

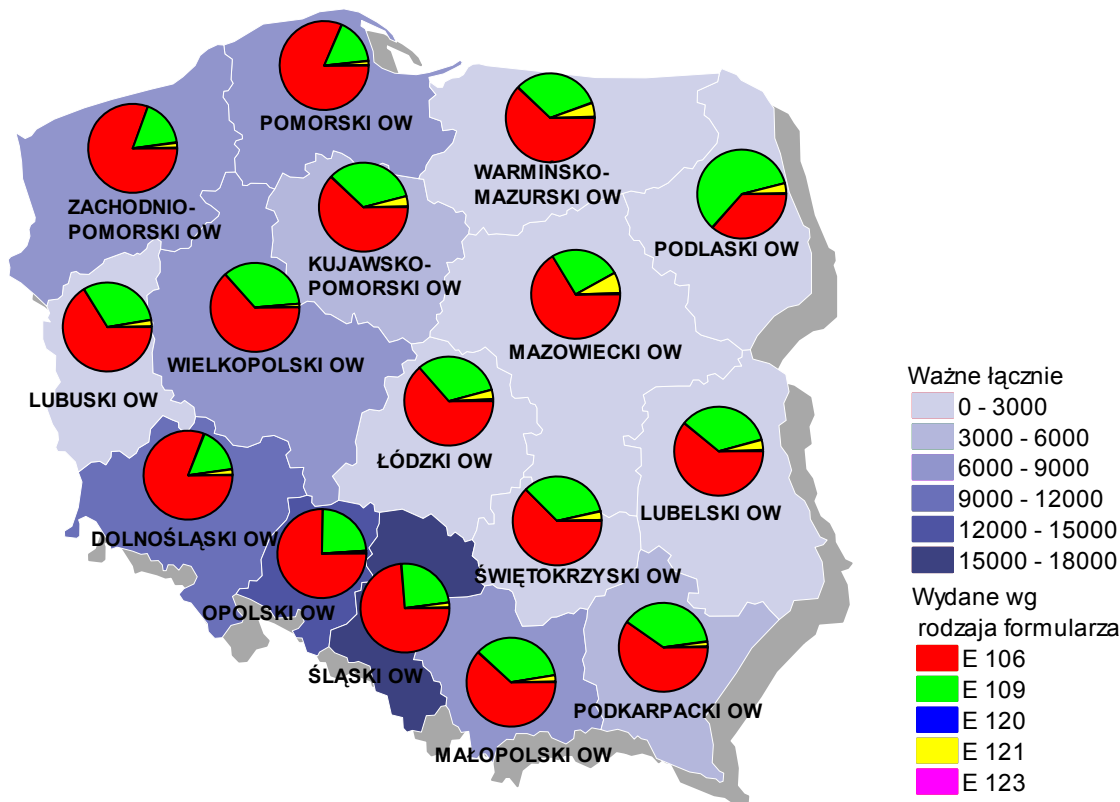
Dane szczegółowe dotyczące struktury wydanych/ważnych w roku 2009 poświadczeń wg rodzaju zarejestrowanego dokumentu i oddziału rejestrującego zostały przedstawione w tabeli nr V.2.

Lp.	Oddział	Liczba poświadczeń według dokumentów, na podstawie których zostały wydane											
		wydanych w roku 2009						ważnych w w roku 2009					
		E 106	E 109	E 120	E 121	E 123	ŁĄCZNIE	E 106	E 109	E 120	E 121	E 123	ŁĄCZNIE
1	DOLNOŚLĄSKI	2 353	488	1	57	2	2 901	8 055	1 117	2	496	14	9 684
2	KUJAWSKO-POMORSKI	950	519	0	59	1	1 529	2 088	1 016	1	247	5	3 357
3	LUBELSKI	408	234	0	26	1	669	807	426	0	109	6	1 348
4	LUBUSKI	813	383	1	29	1	1 227	1 762	811	1	142	3	2 719
5	ŁÓDZKI	439	223	0	24	4	690	850	403	1	241	6	1 501
6	MAŁOPOLSKI	1 606	925	0	63	1	2 595	3 734	1 980	0	357	4	6 075
7	MAZOWIECKI	700	270	0	80	4	1 054	1 304	521	0	491	9	2 325
8	OPOLSKI	4 600	1 441	1	49	10	6 101	10 322	3 293	3	178	15	13 811
9	PODKARPACKI	1 109	710	0	35	2	1 856	2 333	1 468	0	212	3	4 016
10	PODLASKI	178	289	0	18	1	486	411	567	0	87	4	1 069
11	POMORSKI	3 446	710	0	61	5	4 222	6 494	1 493	2	325	6	8 320
12	ŚLĄSKI	4 671	1 534	1	123	0	6 329	13 668	3 681	3	517	1	17 870
13	ŚWIĘTOKRZYSKI	446	242	1	22	2	713	975	515	1	104	5	1 600
14	WARMIŃSKO-MAZURSKI	582	304	0	49	1	936	1 217	696	0	213	5	2 131
15	WIELKOPOLSKI	1 883	1 049	0	33	4	2 969	3 917	1 837	0	317	9	6 080
16	ZACHODNIOPOMORSKI	3 338	723	2	79	1	4 143	6 898	1 613	3	294	3	8 811
	<b>ŁĄCZNIE</b>	<b>27 522</b>	<b>10 044</b>	<b>7</b>	<b>807</b>	<b>40</b>	<b>38 420</b>	<b>64 835</b>	<b>21 437</b>	<b>17</b>	<b>4 330</b>	<b>98</b>	<b>90 717</b>

**Tabela V.2.** Struktura poświadczeń wydanych przez Fundusz w roku 2009/ważnych w roku 2009 wg rodzaju formularza, dla którego wydano poświadczenie oraz oddziału wojewódzkiego Funduszu.

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 (17.870), opolski (13.811), dolnośląski (9.684), zachodniopomorski (8.811), pomorski (8.320), wielkopolski (6.080) i małopolski (6.075), w których osoby uprawnione otrzymały w sumie 77,88% wszystkich ważnych w 2009 roku poświadczeń.

W strukturze poświadczeń wydanych w okresie sprawozdawczym największy udział mają poświadczenia na podstawie formularza E 106 (71,63%) oraz formularza E 109 (26,14%), 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 2,10% poświadczeń. Na podstawie pozostałych formularzy wydano łącznie 47 poświadczenia. Struktura terytorialna została przedstawiona na poniższej mapce.



Liczba ważnych oraz struktura wydanych poświadczeń w 2009 roku wg oddziału wojewódzkiego Funduszu.

### V.3. Świadczenia zrealizowane na podstawie przepisów o koordynacji

#### 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 31.12.2009 r.

Od 1 stycznia do 31 grudnia 2009 roku do Centrali Funduszu wpłynęło 316 zbiorczych dokumentów rozliczeniowych, w tym: 101 not rozliczeniowych, 103 noty korygujące oraz 112 odstępień od wcześniej zgłoszonych roszczeń wystawionych przez 27 państw członkowskich UE/EFTA, do których instytucje załączyły łącznie 75.472 formularze E 125 dotyczące rozliczeń prowadzonych w oparciu o koszt rzeczywisty. Na formularzach tych dokonano rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym w łącznej wysokości 175.790.211,74 PLN.<sup>6</sup>

W porównaniu do roku poprzedniego wartość zgłoszonych roszczeń zmniejszyła się o 3,91%, przy jednoczesnym wzroście liczby załączonych do not formularzy o 9,86%.

Struktura rozliczeń przedstawionych przez poszczególne państwa członkowskie kształtuje się w sposób podobny do obserwowanej w latach poprzednich: 51,13% łącznej wartości świadczeń dotyczyła roszczeń przedstawionych przez instytucje niemieckie, 10,33% przez instytucje francuskie, 9,98% przez instytucje belgijskie, 5,86% przez instytucje włoskie oraz 5,49% przez instytucje szwedzkie (tabela nr V.3). Roszczenia przedstawione przez pozostałe 22 państwa członkowskie, które przedstawiły formularze rozliczeniowe w roku 2009, stanowiły 17,22% całkowitej kwoty roszczeń.

<sup>6</sup> Przeliczenie na walutę polską dokonane zgodnie z tabelą kursów średnich NBP nr 255/A/NBP/2009 z dnia 31 grudnia 2009 r.

Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (PLN)
Niemcy	53 826	89 875 288,52
Belgia	4 494	17 536 899,86
Austria	3 328	8 582 761,78
Hiszpania	2 181	2 205 776,55
Francja	2 062	18 154 530,74
Czechy	1 755	2 191 626,34
Szwecja	1 350	9 650 670,56
Włochy	1 671	10 298 367,85
Holandia	167	117 185,67
Słowacja	840	665 400,80
Szwajcaria	926	4 169 638,78
Finlandia	992	1 310 821,99
Dania	333	353 688,79
Słowenia	230	587 189,75
Estonia	230	85 189,34
Norwegia	327	8 093 477,12
Luksemburg	82	480 017,00
Węgry	166	527 379,40
Portugalia	229	148 819,01
Litwa	95	274 505,27
Bulgaria	57	43 931,58
Grecja	32	92 836,82
Cypr	41	44 064,15
Wielka Brytania	20	244 500,89
Malta	9	1 943,18
Łotwa	11	24 813,83
Rumunia	18	28 886,17
<b>ŁĄCZNIE</b>	<b>75 472</b>	<b>175 790 211,74</b>

**Tabela nr V.3.** Struktura roszczeń zgłoszonych w roku 2009 przez poszczególne państwa członkowskie

Średni koszt świadczeń rozliczonych na 1 formularzu rozliczeniowym spadł o około 329,28 PLN (z 2.658,49 PLN w roku 2008 do 2.329,21 PLN w roku 2009)<sup>7</sup>.

W zależności od państwa przedstawiającego roszczenie wysokości kosztu średniego w PLN przypadającego na 1 formularz w roku 2009 cechowały przy tym dość znaczne odchylenia – analogicznie jak w latach poprzednich.

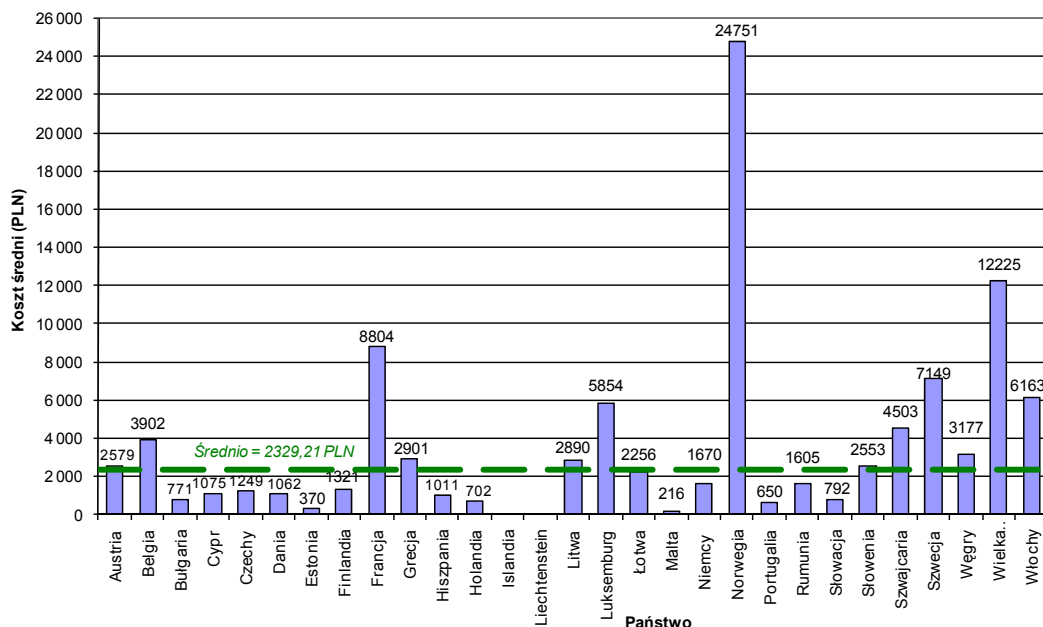
Najwyższy koszt średni świadczeń przypadający na 1 formularz w wysokości 24.750,69 PLN odnotowany został w przypadku dokumentów wystawionych przez instytucje norweskie. Należy jednak zaznaczyć, iż rozliczenia te obejmowały wyłącznie przypadki świadczeń udzielonych w ramach leczenia szpitalnego.

Koszt średni w widoczny sposób przewyższający wartość średniej dla wszystkich państw został odnotowany w przypadku roszczeń: brytyjskich (12.225,04 PLN), francuskich (8.804,33 PLN), szwedzkich (7.148,64 PLN), włoskich (6.163,00 PLN) oraz dla roszczeń przedstawionych przez Luksemburg (5.853,87 PLN).

Najniższą wysokość kosztów średnich przypadających na 1 formularz rozliczeniowy odnotowano w przypadku roszczeń przedstawionych przez Malte, Estonię, Portugalię, Holandię, Bułgarię i Słowację. Zaznaczyć należy jednakże, iż wartości w stosunku do wybranych państw nie powinny stanowić punktu odniesienia dla dokonywania porównań w zakresie kosztu średniego z uwagi na niewielką liczbę formularzy załączonych w ramach roszczenia. Na ogólną tendencję spadku wartości średniej 1 formularza rozliczeniowego znaczący wpływ miał spadek wartości

<sup>7</sup> Przeliczenie na walutę polską dokonane zgodnie z tabelą kursów średnich NBP nr 255/A/NBP/2009 z dnia 31 grudnia 2009 dla roszczeń z 2008 i 2009 roku.

średniej w przypadku Niemiec o 28,93 % w stosunku do roku poprzedniego (z 2.349,43 PLN w roku 2008 do 1.669,74 PLN w roku 2009). Warto także odnotować, iż w przypadku 3 państw: Łotwy, Litwy i Węgier, których roszczenia w ubiegłym roku charakteryzował stosunkowo niski koszt średni przypadający na 1 formularz rozliczeniowy (poniżej połowy wartości średniej obliczonej ze wszystkich roszczeń), w roku bieżącym charakteryzował wyższy koszt średni, tj. około 2,5-krotnie w przypadku Łotwy, Litwy i ponad pięciokrotnie w przypadku Węgier. Porównanie wysokości kosztów średnich ilustruje wykres nr V.5.



**Wykres nr V.3.** Porównanie kosztów średnich świadczeń rozliczonych na 1 formularzu E 125 przedstawionych przez państwa członkowskie w roku 2009 (w PLN).

W 2009 roku Fundusz uregulował, zgodnie z przyjętym harmonogramem rozliczeń, zobowiązania w stosunku do 25 państw członkowskich: Austrii, Belgii, Bułgarii, Czech, Danii, Estonii, Finlandii, Francji, Grecji, Hiszpanii, Holandii, Islandii, Liechtensteinu, Litwy, Luksemburga, Łotwy, Malty, Niemiec, Portugalii, Słowacji, Słowenii, Szwajcarii, Szwecji, Węgier i Włoch. Spłata zobowiązań została przeprowadzona w odniesieniu do przedstawionych przez ww. państwa formularzy E 125, załączonych do not obciążeniowych, w stosunku do których oddziały wojewódzkie NFZ zakończyły proces weryfikacji zasadności zwrotu instytucji miejsca pobytu kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym. Łączna wysokość kwot uregulowanych od 1 stycznia do 31 grudnia 2009 roku wyniosła 207.249.467,31 PLN (przeliczenie na walutę polską przeprowadzone zostało zgodnie z kursem określonym przez bank i obowiązującym w dniu dokonania zapłaty). Wartość ta była blisko 2,5-krotnie (wzrost o 144,96%) wyższa niż w analogicznym okresie roku poprzedniego.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2009 roku, w latach 2004-2009 do Centrali Funduszu wpłynęło w sumie 820 not rozliczeniowych (w tym: 400 not rozliczeniowych, 214 not korygujących oraz 206 odstępień od wcześniej zgłoszonych roszczeń) na łączną kwotę 659.075.588,03 PLN, obejmujących 235.913 formularze E 125.<sup>8</sup>

Stan zobowiązań Funduszu na dzień 31 grudnia 2009 z tytułu świadczeń rozliczanych wg 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).

<sup>8</sup> Przeliczenie na walutę polską dokonane zgodnie z tabelą kursów średnich NBP nr 255/A/NBP/2009 z dnia 31 grudnia 2009 r.

Państwo	Waluta	Stan rozliczeń na dzień 31.12.2009			
		Liczba formularzy rozliczeniowych otrzymanych w latach 2004-2009	Kwota roszczeń otrzymanych w latach 2004-2009 w walucie obcej	Kwota zapłacona w walucie obcej	Pozostała kwota do zapłaty w walucie obcej - stan zobowiązań NFZ
Austria	EUR	11 825	7 128 174,69	3 704 204,11	3 423 970,58
Belgia	EUR	11 362	9 523 620,07	4 199 418,34	5 324 201,73
Bułgaria	BGN	75	26 542,72	5 627,90	20 914,82
Cypr	EUR	68	44 951,17	27 471,43	17 479,74
Czechy	CZK	6 910	56 986 867,97	35 218 224,70	21 768 643,27
Dania	DKK	719	1 784 678,76	977 990,16	806 688,60
Estonia	EEK	608	683 821,42	582 209,22	101 612,20
Finlandia	EUR	1 581	560 157,14	228 553,52	331 603,62
Francja	EUR	7 917	14 826 843,05	9 803 135,24	5 023 707,81
Grecja	EUR	48	35 012,50	35 012,50	0,00
Hiszpania	EUR	7 399	2 218 355,07	1 412 384,63	805 970,44
Holandia	EUR	4 175	4 318 581,51	3 999 810,48	318 771,03
Islandia	ISK	52	5 705 003,00	4 092 183,00	1 612 820,00
Liechtenstein	CHF	7	2 602,65	2 265,65	337,00
Litwa	LTL	261	414 242,33	181 768,16	232 474,17
Luksemburg	EUR	609	592 023,08	419 047,53	172 975,55
Łotwa	LVL	30	6 445,51	2 140,83	4 304,68
Malta	EUR	41	72 921,81	25 125,03	47 796,78
Niemcy	EUR	164 074	95 252 734,17	63 580 195,78	31 672 538,39
Norwegia	NOK	475	23 271 843,30	5 405 917,30	17 865 926,00
Portugalia	EUR	276	38 764,57	38 208,73	555,84
Rumunia	RON	18	29 785,70	0,00	29 785,70
Słowacja	EUR	3 349	750 542,69	567 159,77	183 382,92
Słowenia	EUR	717	318 735,95	199 252,03	119 483,92
Szwajcaria	CHF	1 860	2 537 030,60	938 865,55	1 598 165,05
Szwecja	SEK	6 457	98 259 138,18	46 344 820,00	51 914 318,18
Węgry	HUF	387	42 969 040,00	8 074 413,00	34 894 627,00
Wielka Brytania	GBP	20	53 168,55	0,00	53 168,55
Włochy	EUR	4 593	8 058 567,84	4 020 189,68	4 038 378,16
<b>ŁĄCZNIE</b>		<b>235 913</b>			

**Tabela V.4.** Stan rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym na dzień 31 grudnia 2009 roku (rozliczenia wg kosztów rzeczywistych) – wartości świadczeń w walutach obcych.

Państwo	Stan rozliczeń na dzień 31.12.2009		
	Liczba formularzy rozliczeniowych otrzymanych w latach 2004-2009	Kwota roszczeń otrzymanych w latach 2004-2009 w PLN *	Kwota zapłacona w PLN w latach 2004-2009 **
Austria	11 825	29 283 967,26	14 399 372,95
Belgia	11 362	39 122 346,62	16 211 386,27
Bułgaria	75	55 752,98	11 812,96
Cypr	68	184 668,41	100 506,25
Czechy	6 910	8 338 854,39	5 205 069,11
Dania	719	985 142,68	534 433,21
Estonia	608	179 571,50	145 697,00
Finlandia	1 581	2 301 237,56	911 690,52
Francja	7 917	60 911 636,63	39 292 288,04
Grecja	48	143 838,36	141 642,23
Hiszpania	7 399	9 113 446,31	5 580 960,61
Holandia	4 175	17 741 596,56	16 175 761,10
Islandia	52	104 125,77	84 979,68
Liechtenstein	7	7 199,19	5 412,77
Litwa	261	492 865,53	202 228,00
Luksemburg	609	2 220 873,32	1 691 926,92
Łotwa	30	37 331,76	12 158,91
Malta	41	103 218,65	98 110,53
Niemcy	164 074	391 332 912,31	253 555 587,54
Norwegia	475	11 510 253,70	2 174 259,94
Portugalia	276	159 252,61	159 096,32
Rumunia	18	28 886,17	0,00
Słowacja	3 349	3 083 379,46	2 057 516,66
Słowenia	717	1 309 431,02	823 632,98
Szwajcaria	1 860	7 017 680,33	2 491 509,47
Szwecja	6 457	39 303 655,27	18 284 684,89
Węgry	387	651 754,39	117 637,74
Wielka Brytania	20	244 500,89	0,00
Włochy	4 593	33 106 208,40	15 060 214,13
<b>ŁĄCZNIE</b>	<b>235 913</b>	<b>659 075 588,03</b>	<b>395 529 576,73</b>

\* kwoty roszczeń w PLN przeliczono zgodnie z tabelami kursów średnich NBP nr 255/A/NBP/2009 z dnia 2009-12-31

\*\* kwoty zapłacone przeliczono zgodnie z kursem w alut obowiazującym na dzień dokonania zapłaty ustalonym przez bank

**Tabela nr V.5.** Stan rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym na dzień 31 grudnia 2009 roku (rozliczenia wg kosztów rzeczywistych) – wartości świadczeń przeliczone na PLN.

Ponadto w roku 2009 Fundusz uruchomił proces weryfikacji roszczeń w odniesieniu do rozliczeń prowadzonych w oparciu o koszt zryczałtowany niezwłocznie po oddaniu funkcjonalności wspierającej w systemie SOFU, które nastąpiło w październiku 2009 roku. Pierwsza płatność na rzecz instytucji innych państw członkowskich dokonana została za 202 formularze E 127 na łączną kwotę 814.432,87 PLN w grudniu 2009 roku. Przeliczenia na walutę polską dokonano wg kursu ustalonego przez bank, obowiązującego na dzień dokonania płatności. Blisko połowa płatności została zrealizowana na rzecz instytucji niemieckich (49,06%), pozostała kwota została wypłacona instytucjom czeskim (26,56%) oraz austriackim (24,38%). Dalsze rozliczenia realizowane będą na podstawie półrocznych harmonogramów rozliczeń zaakceptowanych przez Prezesa Funduszu.

Łącznie w latach 2005-2009 do Funduszu wpłynęło 200 not rozliczeniowych dotyczących kosztów zryczałtowanych na łączną kwotę 30.119.919,58<sup>9</sup> przedstawionych na 3.637 formularzach E 127, z czego w roku 2009 roku do Centrali Funduszu wpłynęło łącznie 1.211 formularzy E 127

<sup>9</sup> Przeliczenie na walutę polską dokonane zgodnie z tabelą kursów średnich NBP nr 255/A/NBP/2009 z dnia 31 grudnia 2009 r.



na łączną kwotę 7.867.396,51 PLN. W porównaniu do roku 2008 liczba formularzy E 127 wzrosła w 2009 roku o 17,00%, natomiast liczba not wzrosła o 59,62%.

Stan roszczeń przedstawionych przez państw członkowskie UE/EFTA na dzień 31 grudnia 2009 z tytułu świadczeń rozliczanych wg kosztu ryczałtowego (oszacowanie wysokości zobowiązań w przeliczeniu na PLN<sup>4</sup>) w podziale na państwa przedstawia tabela V.6. Należy zaznaczyć, że przedstawiona w tabeli wysokość roszczeń nie obejmuje kosztów związanych z rozliczeniem formularzy E 127, dla których na dzień 31 grudnia 2009 r. nie została opublikowana kwota obowiązująca ryczałtu związanego z rozliczaniem na formularzu rokiem. Roszczenia takie zawierają jedynie liczbę osobomiesięcy, za które powinna nastąpić płatność po publikacji obowiązującej wysokości kwoty ryczałtowej za dany rok (m.in. dotyczy to wskazanych w tabeli nr V.6 wartości dla Cypru i Malty).

Państwo	Kwota przedstawionych roszczeń w PLN wg NBP	Liczba otrzymanych formularzy E 127	Kwota zatwierdzona do zapłaty w PLN wg NBP	Wartość dokonanych przelewów w PLN wg kursu ustalonego przez bank na dzień dokonania płatności
Austria	3 028 752,04	279	194 293,87	198 588,17
Belgia	1 001 788,38	137	0,00	0,00
Cypr	0,00	3	0,00	0,00
Czechy	1 621 132,89	536	208 797,83	216 322,07
Finlandia	1 248,89	1	0,00	0,00
Francja	5 402 725,58	558	0,00	0,00
Grecja	142 534,37	41	0,00	0,00
Hiszpania	638 627,88	114	0,00	0,00
Holandia	306 977,15	23	0,00	0,00
Litwa	22 926,88	17	0,00	0,00
Luksemburg	103 079,66	9	0,00	0,00
Malta	0,00	2	0,00	0,00
Niemcy	17 191 783,97	1708	390 883,28	399 522,63
Portugalia	5 849,75	1	0,00	0,00
Słowacja	14 548,82	11	0,00	0,00
Słowenia	35 510,30	8	0,00	0,00
Szwajcaria	67 601,32	12	0,00	0,00
Szwecja	160 223,06	22	0,00	0,00
Węgry	143 895,71	89	0,00	0,00
Wielka Brytania	66 959,67	42	0,00	0,00
Włochy	163 753,26	24	0,00	0,00
<b>ŁĄCZNIE</b>	<b>30 119 919,58</b>	<b>3637</b>	<b>793 974,98</b>	<b>814 432,87</b>

Tabela nr V.6. Stan roszczeń przedstawionych przez państw członkowskie UE/EFTA na dzień 31 grudnia 2009 z tytułu świadczeń rozliczanych wg kosztu ryczałtowego – wartości świadczeń przeliczone na PLN.<sup>4</sup>

### 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 31.12.2009 r.

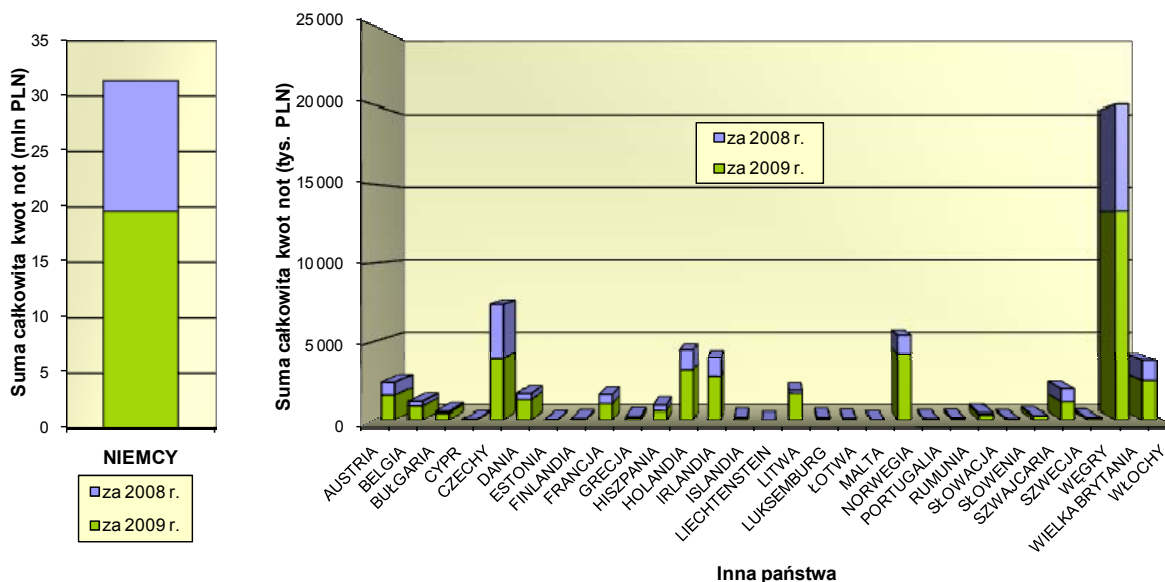
Narodowy Fundusz Zdrowia wystawił 127 not rozliczeniowych (w tym 15 not korygujących) związanych z rozliczeniem kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym w roku 2009, które zostały przekazane do 30 państw członkowskich UE i EFTA odpowiednio: po zakończeniu I półrocza – w sierpniu 2009 roku oraz po zakończeniu II półrocza – w lutym 2010 roku. Do not tych załączonych zostało łącznie 93.452 formularzy E 125 (w tym 78 formularzy korygujących), rozliczając koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym w łącznej wysokości 59.845.397,55 PLN.

W porównaniu z rokiem poprzednim całkowita kwota przedstawionych roszczeń była wyższa o 46,70 %, natomiast liczba wystawionych formularzy rozliczeniowych E 125, jakie zostały przesłane do innych państw członkowskich wzrosła o 46,70 % (wzrost z 63.704 w roku 2008 do 93.452 w roku 2009). W roku 2009 po raz pierwszy Fundusz skierował roszczenia do instytucji łącznikowej Liechtensteinu.

Średnia wysokość kosztu świadczeń rozliczonych na 1 formularzu rozliczeniowym spadła przy tym o ok. 148,97 PLN (z 640,39 PLN za rok 2008 do 491,42 PLN w roku 2009).

Z kwoty całkowitej roszczeń przedstawionych za rok 2009 innym państwom członkowskim 32,75 % stanowiły roszczenia powstałe w związku z kosztami świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z Niemiec. Formularze przekazane do tego państwa stanowiły 28,55% łącznej liczby formularzy E 125 wystawionych przez Fundusz za rok 2009. W porównaniu z rokiem 2008 wzrósł o 0,83 % udział Niemiec w łącznej strukturze liczby wystawionych formularzy, natomiast spadł udział tego państwa o 5,02 % w łącznej kwocie wszystkich przedstawionych roszczeń (wykres nr V.6). Spadek udziału kwotowego Niemiec związany jest ze wzrostem roszczeń przedstawionych instytucjom pozostałych państw członkowskich, w szczególności Wielkiej Brytanii, Norwegii, Holandii.

Pod względem liczby przekazanych przez Fundusz formularzy rozliczeniowych związanych z leczeniem osób uprawnionych na terenie Polski kolejne miejsce zajęły następujące państwa: Wielka Brytania (16,14%), Norwegia (12,30%), Czechy (11,97%), Holandia (7,42%), Dania (3,84%), Austria (3,70%), Irlandia (3,15%) i Włochy (3,11%). W sumie do 9 wymienionych powyżej państw zostało przekazane 90,69% wystawionych przez Fundusz formularzy. Dane dotyczące roszczeń przekazanych do poszczególnych państw członkowskich w 2009 roku przedstawione zostały w tabeli nr V.7.



**Wykres nr V.4.** Porównanie struktury roszczeń przedstawionych przez Fundusz za lata 2008 i 2009 instytucjom niemieckim (w mln PLN) oraz pozostałym państwom członkowskim (w tys. PLN).

PAŃSTWO	LICZBA WYSTAWIONYCH DOKUMENTÓW	WARTOŚĆ ŚWIADCZEN UDZIELONYCH W ROKU 2009
NIEMCY	26 680	19 601 687,72
WIELKA BRYTANIA	15 554	13 264 312,19
NORWEGIA	11 497	4 199 600,67
CZECHY	11 183	3 945 216,65
HOLANDIA	6 935	3 209 733,98
DANIA	3 585	1 303 456,94
AUSTRIA	3 462	1 589 167,86
IRLANDIA	2 948	2 786 057,37
WŁOCHY	2 909	2 538 808,64
SZWECJA	2 082	1 159 237,71
BELGIA	1 676	885 615,20
FRANCJA	1 324	1 046 326,86
HISZPANIA	874	602 424,55
SŁOWACJA	644	360 532,77
LUKSEMBURG	379	120 102,86
LITWA	313	1 705 165,69
ISLANDIA	278	143 281,82
BULGARIA	214	458 772,40
GRECJA	207	165 910,08
SZWAJCARIA	152	256 475,85
WĘGRY	125	128 133,21
FINLANDIA	117	57 143,45
PORTUGALIA	103	47 460,58
SŁOWENIA	65	55 056,42
RUMUNIA	51	78 148,48
ESTONIA	33	14 464,29
ŁOTWA	28	66 580,08
CYPR	26	55 842,79
MALTA	7	565,60
LIECHTENSTEIN	1	114,84
<b>ŁĄCZNIE</b>	<b>93 452</b>	<b>59 845 397,55</b>

Tabela nr V.7. Struktura roszczeń przedstawionych przez Fundusz za rok 2009 wg państw członkowskich.

W okresie od 1 stycznia do 31 grudnia 2009 r. państwa członkowskie dokonały płatności na łączną kwotę 35.295.646,57 PLN za świadczenia udzielone osobom uprawnionym na terenie Polski w latach 2004-2009, które zostały rozliczone na formularzach E 125.

W 2009 roku w kwocie dokonanych płatności największy udział stanowią płatności niemieckie (40,15%), tj. w kwocie 14.172.583,68 PLN. Z uwagi na skalę rozliczeń Niemcy równocześnie pozostają największym dłużnikiem Polski. Pozostałe zobowiązania Niemiec wobec Polski za świadczenia udzielone w Polsce w latach 2004-2009 wynoszą 25.108.973,94 PLN tj. 36,92% łącznej kwoty nieuregulowanych zobowiązań.

Państwem, które na koniec 2009 r. nie dokonały żadnej płatności za roszczenia przedstawione przez Fundusz w roku 2009 lub w latach poprzednich był Cypr. W przypadku Liechtensteinu nie zostało wyłącznie uregulowane roszczenie dotyczące II połowy 2009 r., przekazane do tego państwa w marcu 2010 roku.

Natomiast w przypadku Estonii, Finlandii, Luksemburga oraz Malty państwa członkowskie uregulowały 100 % kwoty zobowiązań powstałych do końca I połowy 2009 r.

Wierzytelności Polski wg stanu na dzień 31 grudnia 2009 r. wynosiły 68.015.601,17 PLN, przy czym kwota ta stanowi wartość nieuregulowanych przez inne państwa członkowskie UE/EFTA roszczeń, wystawionych przez Fundusz za świadczenia udzielone za lata 2004-2009 w łącznej wysokości 143.865.590,02 PLN. Z płatności uregulowanych przez państwa członkowskie UE/EFTA za lata 2004-2009, opiewających na łączną kwotę 75.849.988,85 PLN, płatności dokonane w roku 2009 wyniosły 35.295.646,57 PLN. Strukturę płatności dokonanych w 2009 roku za roszczenia przekazane do innych państw członkowskich w latach 2004-2009 wg okresu przedstawienia roszczenia przedstawia tabela nr V.8.

Z łącznej kwoty roszczeń Funduszu za świadczenia udzielone w latach 2004-2009 w wysokości 143.865.590,02 PLN, roszczenia przekazane do innych państw członkowskich za rok 2009 r. stanowiły 41,60% i opiewały na kwotę 59.845.397,55 PLN.

Okres rozliczeniowy		Wartość dokonanych płatności w 2009 r. (PLN)	Kwota nieuregulowanych płatności wg stanu na dzień 31.12.2009 r.
Rok	Półrocze		
2004	1	0,00	29 453,43
	2	7 030,39	9 106,82
razem 2004		7 030,39	38 560,25
2005	1	78 018,42	168 681,68
	2	62 567,30	10 692,63
razem 2005		140 585,72	179 374,31
2006	1	204 312,25	93 776,08
	2	491 820,39	109 780,03
razem 2006		696 132,64	203 556,11
2007	1	1 055 681,56	165 480,11
	2	1 483 289,60	1 101 123,14
razem 2007		2 538 971,16	1 266 603,25
2008	1	7 232 746,02	3 767 146,81
	2	8 620 458,94	9 406 701,43
razem 2008		15 853 204,96	13 173 848,24
2009	1	9 367 983,16	18 361 124,99
	2	6 691 738,54	34 792 534,02
razem 2009		16 059 721,70	53 153 659,01
<b>Łącznie</b>		<b>35 295 646,57</b>	<b>68 015 601,17</b>

**Tabela nr V.8.** Płatności dokonane w roku 2009 na rzecz Funduszu wg okresu przedstawienia roszczenia.

Stan rozliczeń na dzień 31 grudnia 2009 roku kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym dla formularzy rozliczeniowych E 125 przedstawionych przez Fundusz za lata 2004-2009 innym państwom członkowskim UE/EFTA przedstawia tabela nr V.9.

Państwo	Stan rozliczeń na dzień 31.12.2009				
	Liczba formularzy rozliczeniowych przekazanych w latach 2004-2009	Kwota roszczeń przekazanych w latach 2004-2009	Kwota zapłacona	Pozostała kwota do zapłaty - stan wierzytelności NFZ	Struktura wierzytelności
AUSTRIA	7 691	4 123 193,94	2 491 951,85	1 631 242,09	2,40%
BELGIA	3 171	1 688 463,77	789 217,66	899 246,11	1,32%
BULGARIA	298	599 431,73	37 832,63	561 599,10	0,83%
CYPR	36	77 216,03	0,00	77 216,03	0,11%
CZECHY	34 357	9 353 590,50	1 820 334,46	7 533 256,04	11,08%
DANIA	5 502	1 891 357,34	558 986,75	1 332 370,59	1,96%
ESTONIA	102	141 376,35	128 919,70	12 456,65	0,02%
FINLANDIA	262	189 482,91	162 220,88	27 262,03	0,04%
FRANCJA	4 032	3 269 968,65	2 224 835,38	1 045 133,27	1,54%
GRECJA	594	446 281,50	98 751,87	347 529,63	0,51%
HISZPANIA	2 209	1 555 152,94	424 895,47	1 130 257,47	1,66%
HOLANDIA	12 445	5 580 728,10	592 323,48	4 988 404,62	7,33%
IRLANDIA	5 315	4 780 411,84	473 176,96	4 307 234,88	6,33%
ISLANDIA	563	313 336,98	130 345,66	182 991,32	0,27%
LIECHTENSTEIN	1	114,84	0,00	114,84	0,00%
LITWA	729	2 215 715,36	1 414 125,69	801 589,67	1,18%
LUKSEMBURG	781	309 055,85	245 668,61	63 387,24	0,09%
ŁOTWA	90	207 171,32	182 697,11	24 474,21	0,04%
MALTA	13	19 098,47	18 879,33	219,14	0,00%
NIEMCY	73 486	62 753 662,06	37 644 688,12	25 108 973,94	36,92%
NORWEGIA	18 072	6 140 796,00	1 778 307,70	4 362 488,30	6,41%
PORTUGALIA	280	137 282,54	56 939,71	80 342,83	0,12%
RUMUNIA	85	137 024,61	32 343,26	104 681,35	0,15%
SŁOWACJA	1 217	937 224,32	556 768,89	380 455,43	0,56%
SŁOWENIA	153	127 338,44	72 282,02	55 056,42	0,08%
SZWAJCARIA	251	356 811,67	78 802,64	278 009,03	0,41%
SZWECJA	5 275	3 640 742,73	2 026 938,50	1 613 804,23	2,37%
WĘGRY	381	384 129,33	289 267,88	94 861,45	0,14%
WIELKA BRYTANIA	30 460	26 093 075,97	18 458 644,37	7 634 431,60	11,22%
WŁOCHY	7 206	6 396 353,93	3 059 842,27	3 336 511,66	4,91%
<b>ŁĄCZNE</b>	<b>215 057</b>	<b>143 865 590,02</b>	<b>75 849 988,85</b>	<b>68 015 601,17</b>	<b>100,00%</b>

**Tabela nr V.9.** Stan rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom uprawnionym na dzień 31 grudnia 2009 roku (rozliczenia wg kosztów rzeczywistych).

### **V.3.3. Refundacja kosztów świadczeń osobom ubezpieczonym w Funduszu na podstawie art. 34 rozporządzenia Rady (EWG) 574/72**

W roku 2009 osoby ubezpieczone złożyły w oddziałach wojewódzkich Funduszu 4.764 wnioski o refundację kosztów świadczeń poniesionych podczas czasowego pobytu na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA.

W roku 2009, na podstawie kwot wskazanych na formularzach E 126 przez instytucje państw członkowskich UE/EFTA, Narodowy Fundusz Zdrowia dokonał zwrotu kosztów leczenia 4.179 osobom ubezpieczonym, które skorzystały ze świadczeń zdrowotnych podczas czasowego pobytu na terenie 28 innych państw członkowskich UE/EFTA. Łączna wysokość zwrotów dokonanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu wyniosła 2.634.271,67 PLN. Podana wysokość zwrotów obejmuje kwoty wypłacone przez oddziały wojewódzkie Funduszu osobom ubezpieczonym pomiędzy 1 stycznia a 31 grudnia 2008 roku (ujęcie kasowe) – zgodnie z informacjami o wypłatach wprowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu do systemu informatycznego.

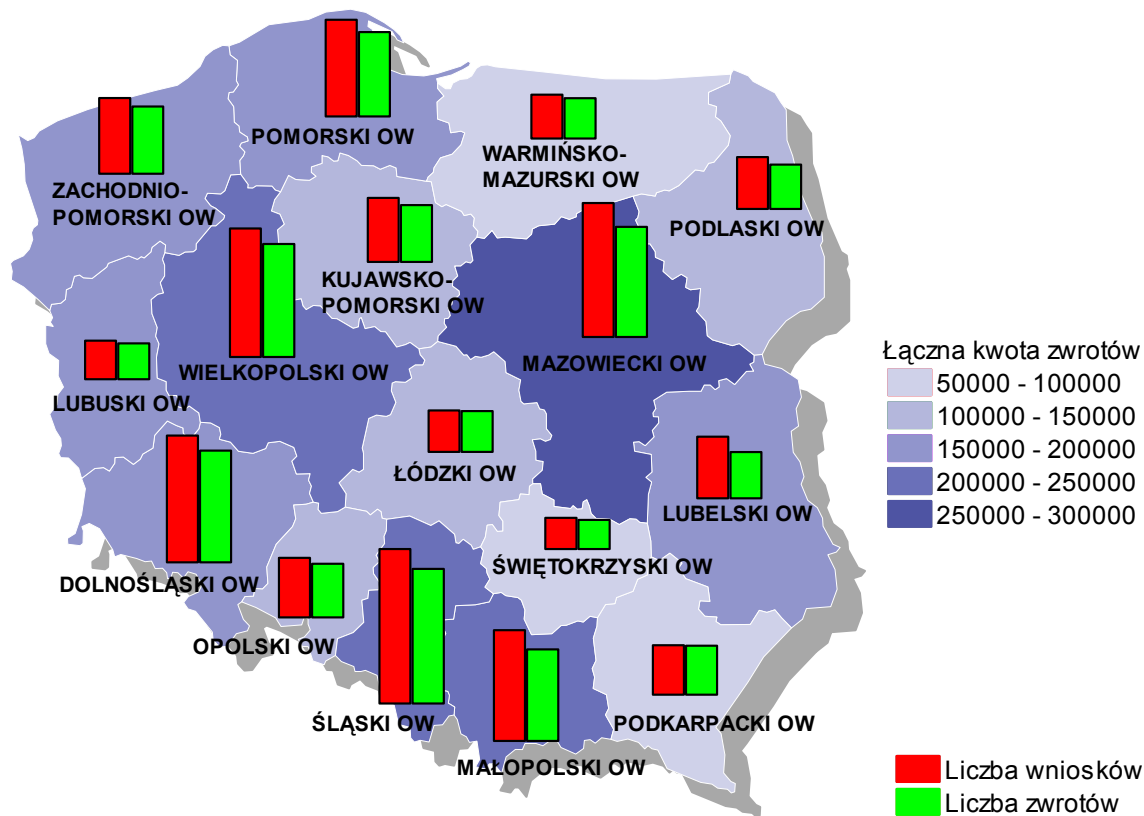
Średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń w przeliczeniu na 1 osobę ubezpieczoną wyniosła 630,36 PLN i była wyższa o 15,47% od wartości z roku poprzedniego.

Niespełna połowa (42,62%) łącznej liczby osób ubezpieczonych, które otrzymały w roku 2009 zwrot poniesionych kosztów świadczeń korzystało z leczenia na terenie Niemiec (dla porównania w roku 2008 było to 44,25%). W strukturze kosztowej udział refundacji kosztów świadczeń związanych z leczeniem na terenie Niemiec 1.781 osób stanowił 44,31% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz w roku 2009. Średnia wysokość zwrotu wypłaconego osobie ubezpieczonej wyniosła w odniesieniu do tego państwa 655,45 PLN. Rozkład liczby dokonanych zwrotów oraz ich łącznego kosztu był zbliżony do roku poprzedniego.

Na pierwszym miejscu pod względem łącznej kwoty dokonanych refundacji znajdował się Mazowiecki OW NFZ, który w 2009 roku dokonał wypłat na łączną kwotę 272.442,03 PLN.

Największa liczba wypłat na podstawie zatwierdzonych zwrotów poniesionych kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA w roku 2009 została dokonana przez Śląski OW NFZ, który wypłacił 500 osobom ubezpieczonym kwotę w łącznej wysokości 234.380,86 PLN, co stanowiło 8,90% całkowitej wysokości kosztów poniesionych na ten cel przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Drugim oddziałem pod względem liczby dokonanych zwrotów był Wielkopolski OW NFZ, który wypłacił 421 osobom ubezpieczonym łączną kwotę w wysokości 228.650,96 PLN (8,68% łącznych kosztów refundacji). Następnymi w kolejności oddziałami były: dolnośląski (7,58% łącznych kosztów refundacji), mazowiecki (10,34% łącznych kosztów refundacji) i małopolski (9,37% łącznych kosztów refundacji). Struktura liczby dokonanych zwrotów oraz kwot wypłaconych przez poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu została zaprezentowana na poniższej mapce.



Liczba złożonych wniosków i dokonanych zwrotów oraz kwoty zwrotu wypłacone w roku 2009 osobom ubezpieczonym na podstawie kwot autoryzowanych przez instytucje innych państw członkowskich UE/EFTA formularzy E 126 – wg oddziału wojewódzkiego Funduszu.

## VI. Gospodarka finansowa

### VI.1. Plan finansowy Funduszu na 2009 r. i jego zmiany

Plan finansowy Narodowego Funduszu Zdrowia, na 2009 rok został sporządzony zgodnie z uregulowaniami art. 120 i 121 ustawy o świadczeniach, w oparciu o prognozę przychodów na lata 2009-2011, prognozę kosztów na lata 2009-2011 oraz projekty planów finansowych przekazanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, a następnie zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 18 września 2008 roku.

W niniejszym planie finansowym NFZ na 2009 r. (zwanym w dalszej części planem pierwotnym) założono wzrost planowanych przychodów z tytułu składki należnej brutto w roku planowania równej przypisowi składki, przekazywanej do Funduszu przez ZUS i KRUS, o 12,8% w odniesieniu do planowanej wartości przychodów ze składek w 2008 roku, wyznaczonej w planie finansowym NFZ zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 20 czerwca 2008 r. z uwzględnieniem późniejszych przesunięć kosztów (tj. planu wg stanu na dzień 30 lipca 2008 r.). Powyższy wzrost planowanych przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne pozwolił na wyznaczenie planowanej dynamiki w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie 105,5%, w tym w oddziałach wojewódzkich na poziomie 105,8%.

Planowane na 2009 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 Unii Europejskiej,

- kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w następstwie zdarzeń związanych z ruchem pojazdów mechanicznych (tj. świadczeń o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy o świadczeniach),
- kosztów leczenia lub badań diagnostycznych wykonywanych poza granicami kraju, których nie przeprowadza się w kraju oraz kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej lub państwem członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju.

W związku z tym w planie finansowym NFZ na 2009 r., w części dotyczącej Centrali Funduszu, zabezpieczono środki na finansowanie:

- kosztów realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w Unii Europejskiej i Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA),
- kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w następstwie zdarzeń związanych z ruchem pojazdów mechanicznych,
- kosztów leczenia lub badań diagnostycznych wykonywanych poza granicami kraju, których nie przeprowadza się w kraju oraz kosztów transportu do miejsca udzielania świadczeń w państwie niebędącym państwem członkowskim Unii Europejskiej lub państwem członkowskim Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) lub miejsca leczenia lub zamieszkania w kraju.

Podziału planowanych na 2009 rok środków przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy Centralę i poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu dokonano zgodnie z uregulowaniami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu i kryteriów podziału środków pomiędzy Centralę i oddziały wojewódzkie Funduszu z przeznaczeniem na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla ubezpieczonych (Dz. U. Nr 171, poz. 1210), uwzględniającego zasady określone w art. 118 ustawy o świadczeniach.

Wartość planowanych na 2009 r. kosztów administracyjnych Funduszu, podobnie jak w roku poprzednim, ustalono na poziomie 1,09% łącznych planowanych kosztów NFZ. W planie kosztów administracyjnych uwzględniono m.in. skutki finansowe realizacji nałożonych na Fundusz nowych 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), a także ustawą z dnia 29 czerwca 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych (Dz. U. Nr 133, poz. 922), w tym w szczególności wprowadzenia rozliczeń:

- międzyoddziałowych z tytułu migracji ubezpieczonych,
- z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w następstwie zdarzeń związanych z ruchem pojazdów mechanicznych,
- świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom, o których mowa w art. 12 ust. 2-4, 6 i 9 oraz w art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach,
- świadczeń opieki zdrowotnej oraz kosztów transportu, o których mowa w art. 26 ustawy o świadczeniach.

Ponadto w planie finansowym Funduszu na 2009 rok zabezpieczono środki finansowe w pozycjach pozostałe koszty oraz koszty finansowe.

Zatwierdzony przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 18 września 2008 roku plan finansowy NFZ na 2009 rok podlegał w ciągu roku zmianom przeprowadzanym w trybie:

- art. 124 ust. 1-2 ustawy o świadczeniach, zatwierdzonym przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniach: 6 stycznia 2009 r., 9 lutego 2009 r., 27 marca 2009 r., 6 maja 2009 r., 3 sierpnia 2009 r., 17 grudnia 2009 r.;
- art. 129 ust. 3 ustawy o świadczeniach, przyjętych zarządzeniami nr: 37/2009/DEF z dnia 4 sierpnia 2009 r., nr 48/2009/DEF z dnia 15 października 2009 r., nr 49/2009/DEF z dnia 19 października 2009 r., nr 55/2009/DEF z dnia 28 października 2009 r., nr 64/2009/DEF z dnia 2 listopada 2009 r.;
- art. 124 ust. 4 i 9 ustawy o świadczeniach, o których Prezes Funduszu poinformował Ministra Zdrowia oraz Ministra Finansów przy pismach z dnia 19 listopada 2008 r., 26 stycznia 2009 r. i 31 grudnia 2009 r.;
- art. 124 ust. 6 ustawy o świadczeniach i przyjętej zarządzeniem nr 38/2009/DEF z dnia 7 sierpnia 2009 r.

Źródłem finansowania powyższych zmian planu finansowego Funduszu na 2009 r. były w szczególności środki pochodzące:

- z niewykorzystanych w latach 2007 i 2008 środków przekazanych do Funduszu przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych,
- z uruchomienia rezerwy ogólnej,
- z uzyskanych w trakcie roku ponadplanowych przychodów finansowych,
- z niewykorzystanych w 2008 roku części środków finansowych ujętych w funduszu zapasowym NFZ, związanych z rozdysponowaniem zysku NFZ za lata 2005-2007,
- z rozdysponowania wyniku finansowego NFZ za 2008 rok,
- z dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego,
- z dotacji z budżetu państwa na realizację zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy.

W wyniku dokonanych zmian planu finansowego łączny budżet kosztów świadczeń zdrowotnych Narodowego Funduszu Zdrowia (poz. B2 planu) został zwiększony o 1.875.091 tys. zł, tj. o 3,50%, w tym w oddziałach wojewódzkich Funduszu o 2.639.395 tys. zł, tj. o 5,01%, i w ostatecznym planie finansowym Funduszu na 2009 r., tj. wg stanu na dzień 31 grudnia 2009 r., osiągnął wartość 55.523.114 tys. zł.

W tabeli nr VI.1 zaprezentowano porównanie planów finansowych NFZ na 2009 rok, w tym pierwotnego – zatwierdzonego przez Ministra Zdrowia w porozumieniu z Ministrem Finansów w dniu 18 września 2008 roku i ostatecznego – wg stanu na dzień 31 grudnia 2009 roku, z uwzględnieniem przesunięć środków pomiędzy pozycjami planu kosztów świadczeń zdrowotnych oraz kosztów administracyjnych dokonanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz Prezesa Funduszu.

Z uwagi na wprowadzoną rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 23 lutego 2009 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia gospodarki finansowej Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. Nr 36, poz. 279) zmianę wzoru planu finansowego Funduszu, w celu zachowania porównywalności danych plan pierwotny zaprezentowano na wzorze planu ostatecznego dokonując dla potrzeb niniejszego zestawienia stosownej zmiany prezentacji tych danych, które ujęte były we wzorze pierwotnego planu finansowego Funduszu a usunięte ze wzoru planu ostatecznego. Powyższa zmiana prezentacji dotyczy następujących pozycji planu pierwotnego:

- rezerwy na koszty świadczeń, o których mowa w art. 117 ust. 1 pkt 1a ustawy o świadczeniach w wysokości 579.200 tys. zł, którą w niniejszym zestawieniu zaprezentowano w kolumnie dotyczącej planu pierwotnego w pozycji B2.16 wzoru planu



- (pn. rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków) wraz z wartością rezerwy na koszty świadczeń zdrowotnych w kwocie 11.000 tys. zł;
- środków przekazanych przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych w wysokości 579.200 tys. zł, którą w niniejszym zestawieniu zaprezentowano w kolumnie dotyczącej planu pierwotnego w pozycji E2 wzoru planu (pn. inne przychody) wraz z wartością innych przychodów w kwocie 2.200 tys. zł;
  - opieki długoterminowej, w miejsce której wprowadzono we wzorze planu dwa nowe rodzaje świadczeń zdrowotnych, w tym: świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej, a którą w niniejszym zestawieniu zaprezentowano w kolumnie dotyczącej planu pierwotnego w pozycji B2.6 wzoru planu (pn. świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej).

[w tys. zł]

LP.	Wyszczególnienie	Plan pierwotny 2009 r.	Plan ostateczny 2009 r.	Różnica	Dynamika
1	2	3	4	5=4-3	6=4/3
1.	Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki, w tym:	54 272 847	53 513 449	-759 398	98,60%
1.1	od ZUS	49 721 038	49 505 456	-215 582	99,57%
1.2	od KRUS	4 551 809	4 007 993	-543 816	88,05%
2.	Planowany odpis aktualizujący składkę należną (2.1+2.2), w tym:	0	0	0	-
2.1	w stosunku do ZUS	0	0	0	-
2.2	w stosunku do KRUS	0	0	0	-
3.	Przychody ze składek z lat ubiegłych, w tym:	200 000	200 000	0	100,00%
3.1	od ZUS	200 000	200 000	0	100,00%
3.2	od KRUS	0	0	0	-
4.	Koszty poboru i ewidencjonowania składek, w tym:	107 552	106 037	-1 515	98,59%
4.1	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS	98 448	98 021	-427	99,57%
4.2	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez KRUS	9 104	8 016	-1 088	88,05%
A.	Przychody netto z działalności (1-2+3-4) + A1 + A2 + A3 + A4	55 814 478	55 560 509	-253 969	99,54%
A1	przychody wynikające z przepisów o koordynacji	28 000	39 888	11 888	142,46%
A2	przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	0	629	629	-
A3	dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy, uwzględniające koszty administracyjne	79 900	182 080	102 180	227,88%
A4	dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 341 283	1 730 500	389 217	129,02%
B.	Koszty realizacji zadań (B1 + B2 + B3 + B4)	55 532 034	57 254 243	1 722 209	103,10%
B1	Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	542 728	0	-542 728	0,00%
B2	Koszty świadczeń zdrowotnych (B2.1+...+B2.18), w tym:	53 648 023	55 523 114	1 875 091	103,50%
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	6 082 383	7 359 377	1 276 994	120,99%
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	4 299 987	4 304 915	4 928	100,11%
B2.3	leczenie szpitalne	23 901 270	26 053 618	2 152 348	109,01%
B2.3.3	programy terapeutyczne (lekowe)	1 261 637	1 184 795	-76 842	93,91%
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 886 994	1 962 078	75 084	103,98%
B2.5	rehabilitacja lecznicza	1 682 055	1 783 334	101 279	106,02%
B2.6	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	1 005 639	787 094	-218 545	78,27%
B2.7	opieka paliatywna i hospicyjna		268 842		
B2.8	leczenie stomatologiczne	1 965 694	1 901 844	-63 850	96,75%
B2.9	lecznictwo uzdrowiskowe	736 980	669 572	-67 408	90,85%
B2.10	pomoc doraźna i transport sanitarny	37 999	35 386	-2 613	93,12%
B2.11	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	134 411	132 349	-2 062	98,47%
B2.12	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	1 212 592	1 305 486	92 894	107,66%
B2.13	zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	587 421	595 750	8 329	101,42%
B2.14	refundacja cen leków	7 375 889	8 047 442	671 553	109,10%
B2.14.1	refundacja cen leków, o których mowa w art. 36 ust. 4 ustawy	23 557	25 738	2 181	109,26%
B2.15	rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji	416 230	240 851	-175 379	57,86%
B2.16	rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków	590 200	1 275	-588 925	0,22%
B2.17	rezerwa na koszty świadczeń zdrowotnych w ramach migracji ubezpieczonych	1 674 758	0	-1 674 758	0,00%
B2.18	koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych	57 521	73 901	16 380	128,48%
B.3	Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	0	629	629	-
B4	Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 341 283	1 730 500	389 217	129,02%
C.	Wynik na działalności (A - B)	282 444	-1 693 734	-1 976 178	-599,67%
D.	Koszty administracyjne, w tym:	617 908	609 182	-8 726	98,59%
D1	zużycie materiałów i energii	19 422	19 994	572	102,95%
D2	usługi obce	115 355	122 805	7 450	106,46%
D3	podatki i opłaty, w tym:	3 669	3 767	98	102,67%
D3.1	podatki stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego, w tym:	490	471	-19	96,12%
D3.1.1	podatek od nieruchomości	458	449	-9	98,03%
D3.2	opłaty stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego	106	130	24	122,64%
D3.3	VAT	22	22	0	100,00%
D3.4	podatek akcyzowy	0	0	0	-
D3.5	wpłaty na PFRON	2 856	2 929	73	102,56%
D3.6	inne	195	215	20	110,26%
D4	wynagrodzenia	291 996	292 482	486	100,17%
D5	ubezpieczenie społeczne i inne świadczenia, w tym:	59 834	59 919	85	100,14%
D5.1	składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych	44 237	44 061	-176	99,60%
D5.2	składki na Fundusz Pracy	7 154	7 157	3	100,04%
D5.3	składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	0	0	0	-
D5.4	pozostałe świadczenia	8 443	8 701	258	103,06%
D6	koszty funkcjonowania Rady Funduszu	200	200	0	100,00%
D7	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych zakupionych ze środków własnych Funduszu	117 073	100 313	-16 760	85,68%
D8	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych otrzymanych nieodpłatnie	4 356	4 628	272	106,24%
D9	pozostałe koszty administracyjne	6 003	5 074	-929	84,52%

[w tys. zł]

LP.	Wyszczególnienie	Plan pierwotny 2009 r.	Plan ostateczny 2009 r.	Różnica	Dynamika
1	2	3	4	5=4-3	6=4/3
E.	Pozostałe przychody (E1 + E2 + E3), w tym:	581 400	936 449	355 049	161,07%
E1	darowizny i zapisy otrzymane, w tym kwota umorzenia majątku otrzymanego nieodpłatnie wynikająca z rozliczeń międzyokresowych przypadająca na rok planowania	0	206	206	-
E2	inne przychody	581 400	936 243	354 843	161,03%
F.	Pozostałe koszty (F1 + ... + F4), w tym:	256 500	352 105	95 605	137,27%
F1	wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia (w tym części stałych i zmiennych książeczek usług medycznych) oraz recept	13 254	7 222	-6 032	54,49%
F2	rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych	224 461	257 866	33 405	114,88%
F3	inne rezerwy	0	0	0	-
F4	inne koszty	18 785	87 017	68 232	463,23%
G.	Przychody finansowe, w tym:	40 564	208 496	167 932	513,99%
G1	odsetki uzyskane z lokat	40 564	187 012	146 448	461,03%
G2	inne przychody finansowe	0	21 484	21 484	-
H.	Koszty finansowe	30 000	158 923	128 923	529,74%
I.	Wynik brutto na całokształcie działalności (C-D+E-F+G-H)	0	-1 668 999	-1 668 999	-
J.	Zyski i straty nadzwyczajne (J1-J2)	0	0	0	-
J1	zyski nadzwyczajne - wielkość dodatnia	0	0	0	-
J2	straty nadzwyczajne - wielkość ujemna	0	0	0	-
K.	Wynik finansowy ogółem brutto	0	-1 668 999	-1 668 999	-
L.	Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego (w tym CIT)	0	0	0	-
M.	Wynik finansowy ogółem netto	0	-1 668 999	-1 668 999	-
N.	PRZYCHODY - OGÓLEM	56 543 994	56 811 491	267 497	100,47%
O.	KOSZTY - OGÓLEM	56 543 994	58 480 490	1 936 496	103,42%

Tabela nr VI.1. Zestawienie planów finansowych NFZ na 2009 r.: pierwotnego i ostatecznego.

Realizację łącznego planu finansowego NFZ za 2009 r., zgodną ze sprawozdaniem z wykonania planu finansowego Funduszu, przedstawiono w tabeli nr IV.2.

[w tys. zł]

LP.	Wyszczególnienie	Plan 2009 r.	Wykonanie 2009 r.	Różnica	% realizacji planu
1	2	3	4	5=3-4	6=4/3
1.	Składka należna brutto w roku planowania równa przypisowi składki, w tym:	53 513 449,00	53 732 016,33	-218 567,33	100,41%
1.1	od ZUS	49 505 456,00	49 879 081,29	-373 625,29	100,75%
1.2	od KRUS	4 007 993,00	3 852 935,04	155 057,96	96,13%
2.	Planowany odpis aktualizujący składkę należną (2.1+2.2), w tym:	0,00	0,00	0,00	-
2.1	w stosunku do ZUS	0,00	0,00	0,00	-
2.2	w stosunku do KRUS	0,00	0,00	0,00	-
3.	Przychody ze składek z lat ubiegłych, w tym:	200 000,00	124 301,71	75 698,29	62,15%
3.1	od ZUS	200 000,00	124 301,71	75 698,29	62,15%
3.2	od KRUS	0,00	0,00	0,00	-
4.	Koszty poboru i ewidencjonowania składek, w tym:	106 037,00	106 264,33	-227,33	100,21%
4.1	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez ZUS	98 021,00	98 558,57	-537,57	100,55%
4.2	koszty poboru i ewidencjonowania składek przez KRUS	8 016,00	7 705,76	310,24	96,13%
A.	Przychody netto z działalności (1-2+3-4) + A1 + A2 + A3 + A4	55 560 509,00	55 698 682,49	-138 173,49	100,25%
A1	przychody wynikające z przepisów o koordynacji	39 888,00	58 251,37	-18 363,37	146,04%
A2	przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	629,00	626,98	2,02	99,68%
A3	dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy, uwzględniające koszty administracyjne	182 080,00	167 258,29	14 821,71	91,86%
A4	dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 730 500,00	1 722 492,14	8 007,86	99,54%
B.	Koszty realizacji zadań (B1 + B2 + B3 + B4)	57 254 243,00	56 761 724,69	492 518,31	99,14%
B1	Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	0,00	0,00	0,00	-
B2	Koszty świadczeń zdrowotnych (B2.1+...+B2.18), w tym:	55 523 114,00	55 038 582,01	484 531,99	99,13%
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	7 359 377,00	7 385 970,20	-26 593,20	100,36%
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	4 304 915,00	4 218 779,31	86 135,69	98,00%
B2.3	leczenie szpitalne	26 053 618,00	25 775 384,96	278 233,04	98,93%
B2.3.3	programy terapeutyczne (lekowe)	1 184 795,00	1 083 572,71	101 222,29	91,46%
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 962 078,00	1 926 549,65	35 528,35	98,19%
B2.5	rehabilitacja lecznicza	1 783 334,00	1 754 050,72	29 283,28	98,36%
B2.6	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	787 094,00	769 005,81	18 088,19	97,70%
B2.7	opieka paliatywna i hospicyjna	268 842,00	259 995,71	8 846,29	96,71%
B2.8	leczenie stomatologiczne	1 901 844,00	1 849 402,79	52 441,21	97,24%
B2.9	lecnictwo uzdrowiskowe	669 572,00	636 473,11	33 098,89	95,06%
B2.10	pomoc doraźna i transport sanitarny	35 386,00	34 045,62	1 340,38	96,21%
B2.11	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	132 349,00	119 164,85	13 184,15	90,04%
B2.12	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	1 305 486,00	1 285 902,73	19 583,27	98,50%
B2.13	zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	595 750,00	587 479,54	8 270,46	98,61%
B2.14	refundacja cen leków	8 047 442,00	8 238 156,82	-190 714,82	102,37%
B2.14.1	refundacja cen leków, o których mowa w art. 36 ust. 4 ustawy	25 738,00	15 448,73	10 289,27	60,02%

[w tys. zł]

LP.	Wyszczególnienie	Plan 2009 r.	Wykonanie 2009 r.	Różnica	% realizacji planu
1	2	3	4	5=3-4	6=4/3
B2.15	rezerwa na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji	240 851,00	173 963,90	66 887,10	72,23%
B2.16	rezerwa na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków	1 275,00	0,00	1 275,00	0,00%
B2.17	rezerwa na koszty świadczeń zdrowotnych w ramach migracji ubezpieczonych	0,00	0,00	0,00	-
B2.18	koszty świadczeń opieki zdrowotnej z lat ubiegłych	73 901,00	24 256,29	49 644,71	32,82%
B.3	Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	<b>629,00</b>	<b>626,98</b>	<b>2,02</b>	<b>99,68%</b>
B4	Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	<b>1 730 500,00</b>	<b>1 722 515,70</b>	<b>7 984,30</b>	<b>99,54%</b>
C.	Wynik na działalności (A - B)	<b>-1 693 734,00</b>	<b>-1 063 042,20</b>	<b>-630 691,80</b>	-
D.	Koszty administracyjne, w tym:	<b>609 182,00</b>	<b>543 572,54</b>	<b>65 609,46</b>	<b>89,23%</b>
D1	zużycie materiałów i energii	19 994,00	16 621,79	3 372,21	83,13%
D2	usługi obce	122 805,00	113 462,92	9 342,08	92,39%
D3	podatki i opłaty, w tym:	3 767,00	2 688,84	1 078,16	71,38%
D3.1	podatki stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego, w tym:	471,00	385,12	85,88	81,77%
D3.1.1	podatek od nieruchomości	449,00	385,12	63,88	85,77%
D3.2	opłaty stanowiące dochody własne jednostek samorządu terytorialnego	130,00	70,51	59,49	54,24%
D3.3	VAT	22,00	4,06	17,94	18,45%
D3.4	podatek akcyzowy	0,00	0,00	0,00	-
D3.5	wpłaty na PFRON	2 929,00	2 112,64	816,36	72,13%
D3.6	inne	215,00	116,51	98,49	54,19%
D4	wynagrodzenia	292 482,00	288 654,76	3 827,24	98,69%
D5	ubezpieczenie społeczne i inne świadczenia, w tym:	59 919,00	54 040,11	5 878,89	90,19%
D5.1	składki na Fundusz Ubezpieczeń Społecznych	44 061,00	40 807,92	3 253,08	92,62%
D5.2	składki na Fundusz Pracy	7 157,00	6 313,85	843,15	88,22%
D5.3	składki na Fundusz Gwarantowanych Świadczeń Pracowniczych	0,00	0,00	0,00	-
D5.4	pozostałe świadczenia	8 701,00	6 918,34	1 782,66	79,51%
D6	koszty funkcjonowania Rady Funduszu	200,00	107,03	92,97	53,52%
D7	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych zakupionych ze środków własnych Funduszu	100 313,00	60 257,52	40 055,48	60,07%
D8	amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych otrzymanych nieodpłatnie	4 628,00	4 545,18	82,82	98,21%
D9	pozostałe koszty administracyjne	5 074,00	3 194,39	1 879,61	62,96%
E.	Pozostałe przychody (E1 + E2 + E3), w tym:	<b>936 449,00</b>	<b>901 192,19</b>	<b>35 256,81</b>	<b>96,24%</b>
E1	darowizny i zapisy otrzymane, w tym kwota umorzenia majątku otrzymanego nieodpłatnie wynikająca z rozliczeń międzykresowych przypadająca na rok planowania	206,00	215,68	-9,68	104,70%
E2	inne przychody	936 243,00	900 976,51	35 266,49	96,23%
F.	Pozostałe koszty (F1 + ... + F4), w tym:	<b>352 105,00</b>	<b>166 399,23</b>	<b>185 705,77</b>	<b>47,26%</b>
F1	wydanie i utrzymanie kart ubezpieczenia (w tym części stałych i zamiennych książeczek usług medycznych) oraz recept	7 222,00	6 475,63	746,37	89,67%
F2	rezerwa na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych	257 866,00	79 633,88	178 232,12	30,88%
F3	inne rezerwy	0,00	0,00	0,00	-
F4	inne koszty	87 017,00	80 289,72	6 727,28	92,27%
G.	Przychody finansowe, w tym:	<b>208 496,00</b>	<b>232 031,93</b>	<b>-23 535,93</b>	<b>111,29%</b>
G1	odsetki uzyskane z lokat	187 012,00	203 654,12	-16 642,12	108,90%
G2	inne przychody finansowe	21 484,00	28 377,81	-6 893,81	132,09%
H.	Koszty finansowe	<b>158 923,00</b>	<b>54 701,91</b>	<b>104 221,09</b>	<b>34,42%</b>
I.	Wynik brutto na całokształcie działalności (C-D+E-F+G-H)	<b>-1 668 999,00</b>	<b>-694 491,76</b>	<b>-974 507,24</b>	-
J.	Zyski i straty nadzwyczajne (J1-J2)	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	-
J1	zyski nadzwyczajne - wielkość dodatnia	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	-
J2	straty nadzwyczajne - wielkość ujemna	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	-
K.	Wynik finansowy ogółem brutto	<b>-1 668 999,00</b>	<b>-694 491,76</b>	<b>-974 507,24</b>	-
L.	Inne obowiązkowe obciążenia wyniku finansowego (w tym CIT)	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	-
M.	Wynik finansowy ogółem netto	<b>-1 668 999,00</b>	<b>-694 491,76</b>	<b>-974 507,24</b>	-
N	PRZYCHODY - OGÓLEM	<b>56 811 491,00</b>	<b>56 938 170,94</b>	<b>-126 679,94</b>	<b>100,22%</b>
O	KOSZTY - OGÓLEM	<b>58 480 490,00</b>	<b>57 632 662,70</b>	<b>847 827,30</b>	<b>98,55%</b>

Tabela nr VI.2. Wykonanie planu finansowego NFZ za 2009 r.

### VI.1.1. Przychody Funduszu – informacje ogólne

W roku 2009 przychody Funduszu obejmowały: składki na ubezpieczenie zdrowotne (bieżące i z lat ubiegłych), przychody wynikające z przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dotyczące rzeczowych świadczeń leczniczych wykonanych dla obywateli UE/EFTA na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, przychody z tytułu realizacji zadań zleconych, dotacje z budżetu państwa na realizację zadań, o którym mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach, uwzględniające koszty administracyjne, dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego, środki przekazane przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach

obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych, pozostałe przychody oraz przychody finansowe.

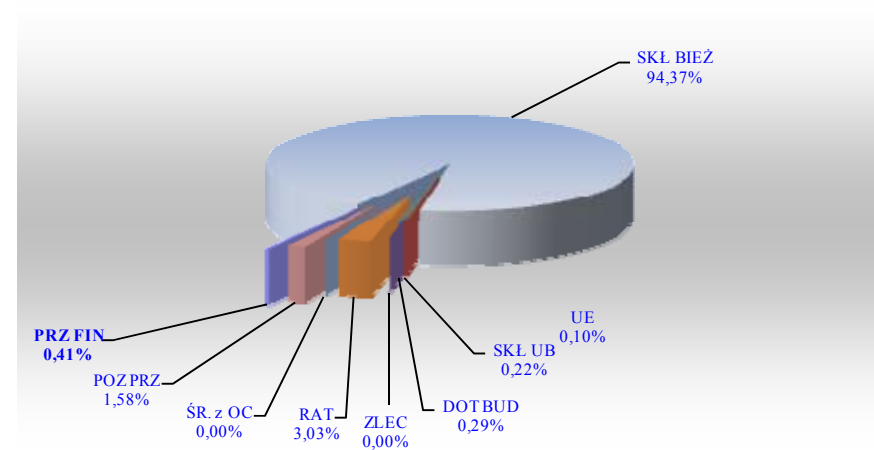
Wartość zrealizowanych przez Fundusz w roku 2009 przychodów ogółem wyniosła 56.938.170,94 tys. zł i stanowiła 100,22% wartości planowanej, a uzyskana dynamika przychodów w odniesieniu do ich wartości w roku 2008 r. wyniosła 107,82%.

[w tys. zł]

Wyszczególnienie:	Wykonanie 2008 r.	Plan 2009 r.	Wykonanie 2009 r.	% realizacji planu	Dynamika 2009/2008 r.
1	2	3	4	5=4/3	6=4/2
Składka należna brutto roku planowania równa przypisowi składki	50 459 586,32	53 513 449,00	53 732 016,33	100,41%	106,49%
Przychody ze składek z lat ubiegłych	224 500,18	200 000,00	124 301,71	62,15%	55,37%
Przychody wynikające z przepisów o koordynacji	31 160,38	39 888,00	58 251,37	146,04%	186,94%
Przychody z tytułu realizacji zadań zleconych	10 132,26	629,00	626,98	99,68%	6,19%
Dotacje z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy, uwzględniające koszty administracyjne	72 811,05	182 080,00	167 258,29	91,86%	229,72%
Dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 468 872,96	1 730 500,00	1 722 492,14	99,54%	117,27%
Środki przekazane przez zakłady ubezpieczeń i Ubezpieczeniowy Fundusz Gwarancyjny na podstawie przepisów o ubezpieczeniach obowiązkowych, Ubezpieczeniowym Funduszu Gwarancyjnym i Polskim Biurze Ubezpieczycieli Komunikacyjnych	34 238,73	0,00	0,00	-	0,00%
Pozostałe przychody	126 121,37	936 449,00	901 192,19	96,24%	714,54%
Przychody finansowe	382 492,29	208 496,00	232 031,93	111,29%	60,66%
<b>Przychody ogółem</b>	<b>52 809 915,54</b>	<b>56 811 491,00</b>	<b>56 938 170,94</b>	<b>100,22%</b>	<b>107,82%</b>

Tabela nr VI.3. Przychody NFZ w 2009 r.

Udział poszczególnych elementów przychodów w przychodach ogółem NFZ w 2009 r. ukształtował się w sposób następujący:



Wykres nr VI.1. Struktura przychodów ogółem NFZ w roku 2009.

#### VI.1.1.1. Przychody ze składek na ubezpieczenie zdrowotne

Zgodnie z informacją przekazaną przez ZUS i KRUS w 2009 roku przychody brutto z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne zrealizowane zostały w łącznej wysokości 53.856.318,04 tys. zł i objęły:

- przychody ze składek dotyczących roku bieżącego w wysokości 53.732.016,33 tys. zł,
- przychody ze składek z lat ubiegłych w wysokości 124.301,71 tys. zł.

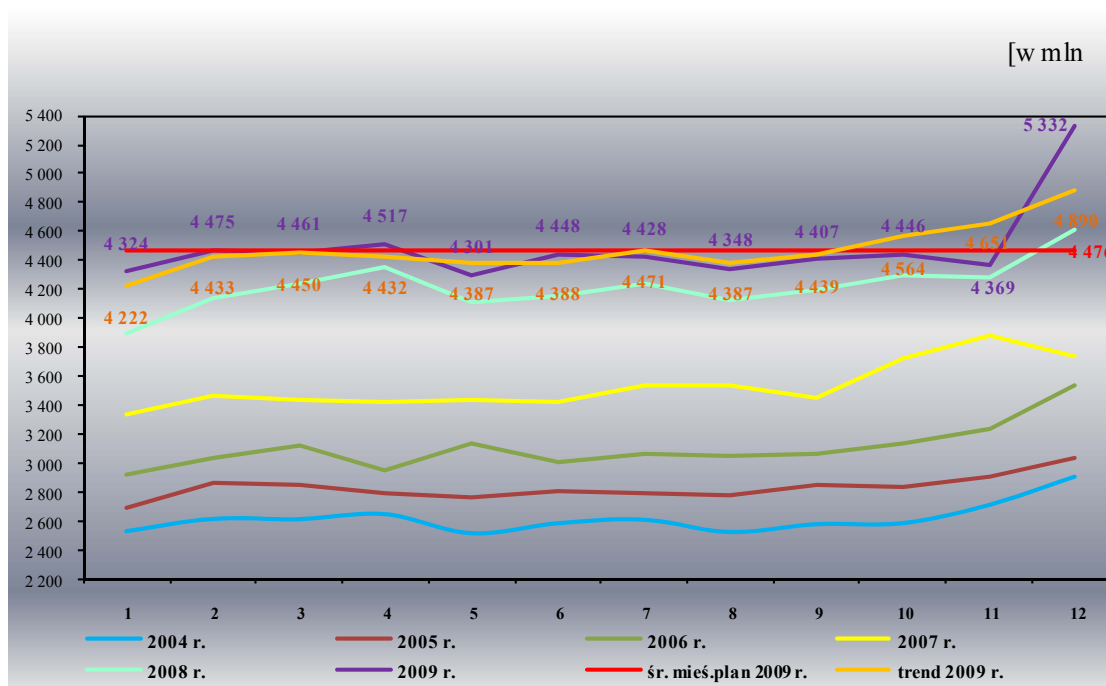
Zrealizowane przychody brutto z tytułu składki na ubezpieczenie zdrowotne były wyższe od wielkości planowanej o 142.869,04 tys. zł (tj. o 0,27%), a uzyskana dynamika przychodów w odniesieniu do ich wartości w roku 2008 r. wyniosła 106,26%.

[w tys. zł]

Wyszczególnienie	Wykonanie 2008 r.	Plan 2009 r.	Wykonanie 2009 r.	Różnica (wyk.-plan)	% realizacji planu	Dynamika 2009/2008
1	2	3	4	5=4-3	6=4/3	7=4/2
Składki z ZUS	46 676 954,02	49 705 456,00	50 003 383,00	297 927,00	100,60%	107,13%
Składki z KRUS	4 007 132,48	4 007 993,00	3 852 935,04	-155 057,96	96,13%	96,15%
Razem	50 684 086,50	53 713 449,00	53 856 318,04	142 869,04	100,27%	106,26%

**Tabela nr VI.4.** Przychody brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w roku 2009 w podziale na ZUS i KRUS.

Tempo splotu składki brutto z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego, podobnie jak w latach poprzednich, było w ciągu 2009 roku nierównomierne i kształtowało się w sposób następujący.



**Wykres nr VI.2.** Przychody brutto ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w kolejnych miesiącach 2009 r. na tle wykonania w latach 2003-2008.

### VI.1.1.2. Pozostałe przychody

Pozostałe elementy przychodów Funduszu w roku 2009 obejmowały: przychody wynikające z przepisów o koordynacji, przychody z tytułu realizacji zadań zleconych, dotacje z budżetu państwa na realizację zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach, uwzględniające koszty administracyjne, dotację z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego, pozostałe przychody oraz przychody finansowe. Łącznie w roku 2009 przychody ze wskazanych powyżej tytułów wyniosły 3.081.852,90 tys. zł i stanowiły 5,41% ogółu przychodów NFZ.

#### Przychody wynikające z przepisów o koordynacji

Zgodnie z informacją zawartą w sprawozdaniu z wykonania planu finansowego NFZ za 2009 rok Fundusz dokonał obciążenia instytucji łącznikowych za świadczenia zdrowotne zrealizowane na rzecz osób uprawnionych na kwotę 58.251,37 tys. zł, co stanowiło 146,04% wielkości planowanej.

## **Przychody z tytułu realizacji zadań zleconych**

W roku 2009 roku Fundusz realizował druk i wysyłkę imiennych zaproszeń na badania mammograficzne oraz cytologiczne realizowane w ramach zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia programów zdrowotnych, w tym:

- „Populacyjnego programu profilaktyki wczesnego wykrywania raka szyjki macicy”,
- „Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka piersi”

będących elementami „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”.

Wartość uzyskanych przez Fundusz przychodów z tytułu realizacji zadań zleconych ukształtowała się na poziomie 626,98 tys. zł i stanowiła 99,68% wielkości planowanej.

## **Dotacje z budżetu państwa na realizację zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach, uwzględniające koszty administracyjne**

Uzyskane w roku 2009 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, wynikającą z poziomu finansowania ww. świadczeń określonego w umowach zawartych z Ministrem Zdrowia i w planie finansowym Funduszu na 2009 r. wyniosły łącznie 167.258,29 tys. zł, z tego:

- z tyt. art. 97 ust. 3 pkt 2a ustawy: 93.577,41 tys. zł,
- z tyt. art. 97 ust. 3 pkt 3 ustawy: 71.235,16 tys. zł,
- z tyt. art. 97 ust. 3 pkt 3b ustawy: 2.445,72 tys. zł

i były niższe od wartości planowanej o 14.821,71 tys. zł.

## **Dotacja z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego**

Przekazane do Funduszu przez wojewodów środki z dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego, stanowiące zwrot poniesionych kosztów, wyniosły 1.722.492,14 tys. zł i stanowiły 99,54% wartości planowanej.

## **Pozostałe przychody**

Wartość zrealizowanych w roku 2009 pozostałych przychodów wyniosła 901.192,19 tys. zł, co stanowiło 96,24% wartości planowanej i objęła:

- darowizny i zapisy otrzymane, w tym kwota umorzenia majątku otrzymanego nieodpłatnie wynikająca z rozliczeń międzyokresowych przypadająca na okres planowania w kwocie 215,68 tys. zł,
- inne przychody w kwocie 900.976,51 tys. zł, w tym:
  - o przychody ze zbycia niefinansowych aktywów trwałych: 64,89 tys. zł,
  - o odpisane zobowiązania: 2.253,31 tys. zł,
  - o otrzymane odszkodowania, kary i grzywny: 17.839,33 tys. zł,
  - o rozwiązane rezerwy: 10.589,82 tys. zł,
  - o przychody z tytułu korekt lat ubiegłych: 4.742,77 tys. zł,
  - o środki pozostające po wykonaniu zadania, o którym mowa w art. 5 ust. 2 ustawy z dnia 21 listopada 2008 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw: 856.557,19 tys. zł,
  - o pozostałe: 8.929,20 tys. zł.

## **Przychody finansowe**

Wartość uzyskanych w roku 2009 przez Fundusz przychodów finansowych wyniosła 232.031,93 tys. zł i przewyższyła wartość planowaną o 23.535,93 tys. zł, tj. o 11,29%.

## VI.1.2. Koszty Funduszu – informacje ogólne

Koszty Narodowego Funduszu Zdrowia obejmowały: planowany odpis aktualizujący składkę należną, koszty poboru i ewidencjonowania składek, obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną, koszty świadczeń opieki zdrowotnej, koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie, koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego, koszty administracyjne, pozostałe koszty i koszty finansowe.

Wartość zrealizowanych przez Fundusz w roku 2009 kosztów ogółem wyniosła 57.632.662,70 tys. zł i stanowiła 98,55% wartości planowanej, a uzyskana dynamika kosztów w odniesieniu do ich wartości w roku 2008 r. wyniosła 111,57%.

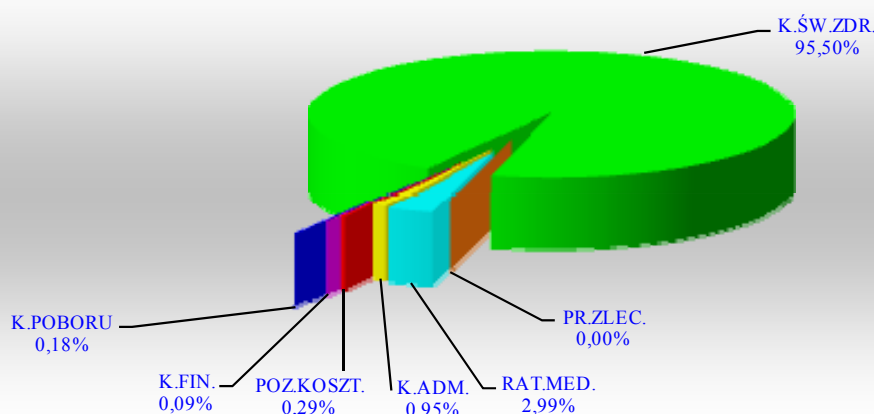
W tabeli nr VI.5 przedstawiono informację odnośnie planowanej i zrealizowanej wysokości poszczególnych pozycji kosztów ujętych w sprawozdaniu z wykonania planu finansowego NFZ za 2009 r. na tle ich wykonania w roku 2008.

[w tys. zł]

Wyszczególnienie:	Wykonanie 2008 r.	Plan 2009 r.	Wykonanie 2009 r.	% realizacji planu	Dynamika 2009/2008 r.
1	2	3	4	5=4/3	6=4/2
Planowany odpis aktualizujący składkę należną	0,00	0,00	0,00	-	-
Koszty poboru i ewidencjonowania składek	98 278,43	106 037,00	106 264,33	100,21%	108,13%
Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną	0,00	0,00	0,00	-	-
Koszty świadczeń zdrowotnych	49 348 745,56	55 523 114,00	55 038 582,01	99,13%	111,53%
Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie	10 066,99	629,00	626,98	99,68%	6,23%
Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego	1 468 760,69	1 730 500,00	1 722 515,70	99,54%	117,28%
Koszty administracyjne	477 548,93	609 182,00	543 572,54	89,23%	113,83%
Pozostałe koszty	175 536,17	352 105,00	166 399,23	47,26%	94,79%
Koszty finansowe	78 861,71	158 923,00	54 701,91	34,42%	69,36%
<b>Razem</b>	<b>51 657 798,48</b>	<b>58 480 490,00</b>	<b>57 632 662,70</b>	<b>98,55%</b>	<b>111,57%</b>

Tabela nr IV.5. Koszty ogółem NFZ w roku 2009.

Udział poszczególnych elementów kosztów w kosztach ogółem NFZ w 2009 r. ukształtował się w sposób następujący:



Wykres nr 3. Struktura kosztów ogółem NFZ w roku 2009.



### VI.1.2.1. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej

W wyniku dokonanych w trakcie 2009 r. zmian planu finansowego NFZ ustalona pierwotnie wartość kosztów świadczeń zdrowotnych Funduszu (poz. B2 planu finansowego) została zwiększona łącznie o 1.875.091 tys. zł, w tym w oddziałach wojewódzkich Funduszu o 2.639.395 tys. zł i w planie ostatecznym Funduszu, osiągnęła wartość 55.523.114 tys. zł, w tym w oddziałach wojewódzkich Funduszu 55.280.988 tys. zł.

Poniesione przez Fundusz w 2009 r. koszty świadczeń zdrowotnych wyniosły 55.038.582,01 tys. zł i były niższe od wielkości planowanej o 484.531,99 tys. zł, a uzyskana dynamika kosztów w odniesieniu do ich wartości w roku 2008 r. wyniosła 111,53%. Realizację planu kosztów świadczeń zdrowotnych w 2009 r. w poszczególnych rodzajach świadczeń przedstawiono w tabeli nr VI.6.

[w tys. zł]

Wyszczególnienie		Wykonanie 2008 r.	Plan 2009 r.	Wykonanie 2009 r.	% realizacji planu	Dynamika 2009/2008
1		2	3	4	5=4/3	6=4/2
B2.1	podstawowa opieka zdrowotna	5 833 901,48	7 359 377,00	7 385 970,20	100,36%	126,60%
B2.2	ambulatoryjna opieka specjalistyczna	3 940 396,10	4 304 915,00	4 218 779,31	98,00%	107,06%
B2.3	leczenie szpitalne	23 802 148,63	26 053 618,00	25 775 384,96	98,93%	108,29%
B2.4	opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	1 677 905,48	1 962 078,00	1 926 549,65	98,19%	114,82%
B2.5	rehabilitacja lecznicza	1 561 334,87	1 783 334,00	1 754 050,72	98,36%	112,34%
B2.6	świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	911 956,07	787 094,00	769 005,81	97,70%	84,32%
B2.7	opieka paliatywna i hospicyjna		268 842,00	259 995,71	96,71%	
B2.8	leczenie stomatologiczne	1 738 769,70	1 901 844,00	1 849 402,79	97,24%	106,36%
B2.9	lecznictwo uzdrowiskowe	475 407,51	669 572,00	636 473,11	95,06%	133,88%
B2.10	pomoc doraźna i transport sanitarny	30 542,58	35 386,00	34 045,62	96,21%	111,47%
B2.11	koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych Funduszu	94 941,53	132 349,00	119 164,85	90,04%	125,51%
B2.12	świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	1 156 046,65	1 305 486,00	1 285 902,73	98,50%	111,23%
B2.13	zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny, środki pomocnicze i lecznicze środki techniczne	577 033,22	595 750,00	587 479,54	98,61%	101,81%
B2.14	refundacja cen leków	7 367 045,33	8 047 442,00	8 238 156,82	102,37%	111,82%
B2.15	rezerva na koszty realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji	154 634,46	240 851,00	173 963,90	72,23%	112,50%
B2.16	rezerva na pokrycie kosztów świadczeń zdrowotnych oraz refundacji cen leków	0,00	1 275,00	0,00	0,00%	-
B2.17	rezrwa na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji	0,00	0,00	0,00	-	-
B2.19	koszty świadczeń zdrowotnych z lat ubiegłych	26 681,95	73 901,00	24 256,29	32,82%	90,91%
<b>Razem</b>		<b>49 348 745,56</b>	<b>55 523 114,00</b>	<b>55 038 582,01</b>	<b>99,13%</b>	<b>111,53%</b>

Tabela nr IV.6. Koszty świadczeń zdrowotnych NFZ w roku 2009 na tle wykonania w roku 2008.

Pomimo, że przed zakończeniem 2009 roku, podobnie jak w latach poprzednich, we wszystkich oddziałach wojewódzkich Funduszu przewidywane wykonanie kosztów świadczeń zdrowotnych poprzedzono aneksowaniem umów, to w wielu przypadkach odbiegało ono od wykonania rzeczywistego przedstawionego przez świadczeniodawców do rozliczeń. W związku z tym dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu po rozliczeniu zawartych umów, potwierdzeniu sald rozliczeń i zbilansowaniu środków, których nie wykorzystali świadczeniodawcy realizujący kontrakty w 2009 roku poniżej planu, zostali upoważnieni do rozliczenia tzw. nadwykonań poprzez:

- dokonanie zmiany warunków finansowych umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w sytuacji gdy umowa obowiązuje po 31 grudnia 2009 r., w postaci aneksu rozliczającego zamknięty okres rozliczeniowy podpisanego nie później niż w ciągu 45 dni od zamknięcia tego okresu,

- zawarcie ze świadczeniodawcą umowy pozasadowej, w sytuacji gdy umowa wygasła z uwagi na upływ terminu, na który była zawarta.

Postępowanie w sprawach o rozliczenie tzw. nadwykonań prowadzone było w oddziałach wojewódzkich Funduszu według jednolitych zasad, zgodnie z przekazanymi dyrektorom oddziałów wojewódzkich Funduszu w tym zakresie wytycznymi. Procesowi aneksowania i zawierania umów mogły podlegać świadczenia zdrowotne kontraktowane przez oddziały wojewódzkie w ramach wybranych rodzajów świadczeń, a wartość wszystkich środków faktycznie przekazanych świadczeniodawcom w roku 2009 za zrealizowane świadczenia zdrowotne (w tym na podstawie umów) w danym rodzaju świadczeń, nie mogła przekroczyć ogólnej wartości środków przewidzianej w planie finansowym oddziału wojewódzkiego NFZ na 2009 rok na świadczenia zdrowotne w tym rodzaju świadczeń.

W wyniku ww. negocjacji, oddziały wojewódzkie Funduszu zwiększyły wartości umów i zawarły umowy do wysokości maksymalnego poziomu finansowania świadczeń, wyznaczonego przez ich plany, w zamian za zrzeczenie się przez świadczeniodawców prawa do dochodzenia dodatkowych roszczeń, zarówno istniejących, jak i mogących powstać w przyszłości.

Poziom realizacji planu kosztów świadczeń zdrowotnych w roku 2009 w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu przedstawiono w tabeli nr VI.7.

[w tys. zł]

Oddział Wojewódzki		2008 r.	2009 r.		% realizacji planu	Dynamika 2009/2008
		wykonanie	plan	wykonanie		
<i>1</i>		<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5=4/3</i>	<i>6=4/2</i>
1	Dolnośląski	3 713 795,98	4 254 882,00	4 237 339,20	99,59%	114,10%
2	Kujawsko-Pomorski	2 708 516,32	2 948 260,00	2 993 632,92	101,54%	110,53%
3	Lubelski	2 778 029,93	3 039 348,00	3 039 279,74	100,00%	109,40%
4	Lubuski	1 243 763,78	1 387 723,00	1 378 761,47	99,35%	110,85%
5	Łódzki	3 344 181,82	3 773 730,00	3 748 404,53	99,33%	112,09%
6	Małopolski	4 138 613,93	4 546 076,00	4 507 140,14	99,14%	108,90%
7	Mazowiecki	7 147 982,08	8 520 883,00	8 270 348,40	97,06%	115,70%
8	Opolski	1 262 685,15	1 383 784,00	1 375 633,98	99,41%	108,95%
9	Podkarpacki	2 444 463,07	2 696 658,00	2 728 764,95	101,19%	111,63%
10	Podlaski	1 518 617,85	1 661 249,00	1 655 081,50	99,63%	108,99%
11	Pomorski	2 807 623,73	3 270 612,00	3 231 220,27	98,80%	115,09%
12	Śląski	6 239 617,92	6 881 398,00	6 827 581,20	99,22%	109,42%
13	Świętokrzyski	1 618 168,00	1 771 531,00	1 765 141,31	99,64%	109,08%
14	Warmińsko-Mazurski	1 746 727,34	1 927 969,00	1 924 414,95	99,82%	110,17%
15	Wielkopolski	4 349 373,82	4 769 967,00	4 769 821,63	100,00%	109,67%
16	Zachodniopomorski	2 131 950,38	2 446 918,00	2 412 051,92	98,58%	113,14%
<b>OW NFZ</b>		<b>49 194 111,10</b>	<b>55 280 988,00</b>	<b>54 864 618,11</b>	<b>99,25%</b>	<b>111,53%</b>

Tabela nr VI.7. Koszty świadczeń zdrowotnych wg oddziałów wojewódzkich Funduszu w roku 2009 na tle wykonania w roku 2008.

Odnotowane w roku 2009 w oddziałach wojewódzkich Funduszu, z wyjątkiem Kujawsko-Pomorskiego i Podkarpackiego, wartości łącznych kosztów świadczeń zdrowotnych mieściły się w ich planowanych budżetach.

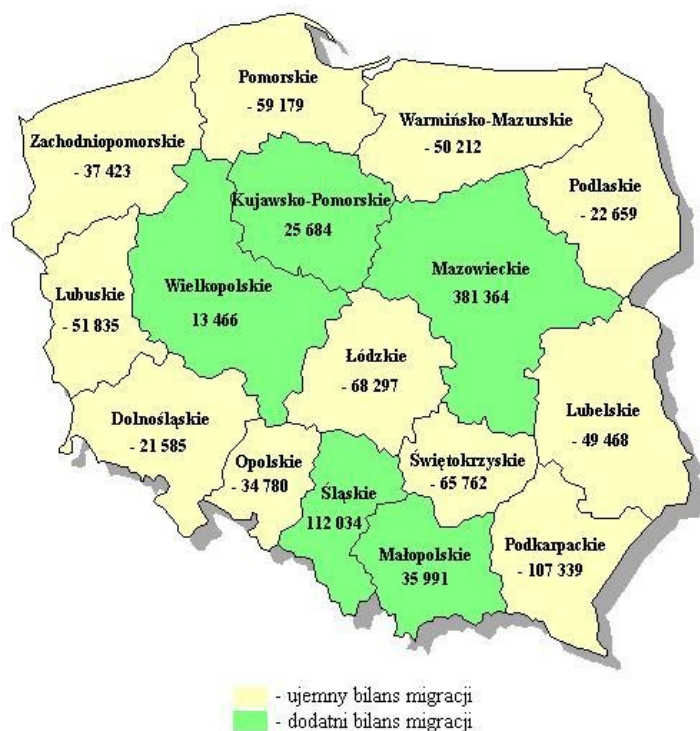
#### VI.1.2.1.1. Koszty świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach migracji ubezpieczonych

W związku z wprowadzoną w ustawie z dnia 24 sierpnia 2007 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166, poz. 1172) zmianą zapisów art. 118, regulujących zasady podziału pomiędzy centralę i oddziały wojewódzkie Funduszu planowanych środków finansowych przeznaczonych na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, w planach finansowych oddziałów wojewódzkich Funduszu na 2009 r. uwzględniono środki umożliwiające sfinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej jedynie dla ubezpieczonych zarejestrowanych w danym oddziale wojewódzkim Funduszu. Łączna wartość utworzonej w planach oddziałów wojewódzkich Funduszu rezerwy na koszty świadczeń opieki zdrowotnej w ramach migracji ubezpieczonych wyniosła pierwotnie 1.674.758 tys. zł.

W trakcie roku dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu dokonywali, w trybie art. 124 ust. 5 i 9 ustawy o świadczeniach, stopniowego uruchamiania środków z rezerwy, o której mowa w art. 118 ust. 2 pkt 2 lit b ustawy i zwiększania poszczególnych pozycji planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej o ww. środki. Rozliczeń kosztów świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach migracji ubezpieczonych oddziały wojewódzkie dokonywały zgodnie z uregulowaniami, umożliwiającymi poprawne planowanie, analizę, monitorowanie i rozliczanie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej zrealizowanych dla ubezpieczonych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu na terenie całego kraju, wprowadzonymi zarządzeniem Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 22/2009/DEF w sprawie wprowadzenia „Instrukcji przeprowadzania rozliczeń międzyoddziałowych z tytułu migracji ubezpieczonych w 2009 r.”, z dnia 15 kwietnia 2009 r. Łączna wartość rozrachunków wewnętrznych z tytułu migracji ubezpieczonych w roku 2009 wyniosła 2.682.352,76 tys. zł i była wyższa od pierwotnie planowanej o 1.007.594,76 tys. zł, tj. o 60,16%.

Saldo rozliczeń migracji ubezpieczonych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich Funduszu ukształtowało się w sposób następujący.

Saldo migracji ubezpieczonych w roku 2009 wg oddziałów wojewódzkich NFZ [w tys. zł]



Saldo migracji ubezpieczonych w roku 2009.

Wyniki dokonanych rozliczeń międzyoddziałowych z tytułu migracji ubezpieczonych wskazały, że w oddziałach wojewódzkich: Kujawsko-Pomorskim, Małopolskim, Mazowieckim, Śląskim i Wielkopolskim odnotowano dodatni bilans rozliczeń z tytułu migracji, co oznacza, że napływ pacjentów do tych oddziałów wojewódzkich z pozostałych oddziałów wojewódzkich (tj. oddziałów do których przypisany jest pacjent) w celu realizacji świadczeń zdrowotnych jest wyższy niż odpływ pacjentów z tych oddziałów. Pozostałe oddziały wojewódzkie odnotowały ujemny bilans rozliczeń z tytułu migracji ubezpieczonych, co oznacza, że więcej pacjentów tych oddziałów udaje się w inne regiony Polski w celu realizacji świadczeń zdrowotnych, niż pacjentów z innych regionów przyjeżdżających do tych oddziałów wojewódzkich.

#### VI.1.2.1.2. Koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy

W związku z nowelizacją brzmienia art. 97 ust. 8 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wprowadzoną ustawą z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw, w roku 2009 Narodowy Fundusz Zdrowia kontynuował finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy o świadczeniach, w tym finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej:

- udzielanych osobom, o których mowa w art. 12 pkt 2-4, 6 i 9 oraz w art. 2 ust. 1 pkt 3 ustawy o świadczeniach;
- udzielanych świadczeniobiorcom innym niż ubezpieczeni spełniającym kryterium dochodowe, o którym mowa w art. 8 ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej, co do których nie stwierdzono okoliczności, o której mowa w art. 12 tej ustawy;
- określonych w art. 26 ustawy o świadczeniach.

Na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy Fundusz, zgodnie z treścią art. 97 ust. 8 ustawy o świadczeniach, otrzymywał dotację z budżetu państwa.

Wartość poniesionych przez Fundusz w roku 2009 kosztów realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy, uwzględniających koszty administracyjne wyniosła łącznie 162.550,88 tys. zł i stanowiła 89,27% wartości planowanej. Koszty realizacji poszczególnych zadań ukształtowały się w sposób następujący.

[w tys. zł]

Wyszczególnienie	2008 r. wykonanie	2009 r.		% realizacji planu	Dynamika 2009/2008
		plan	wykonanie		
1	2	3	4	5=4/3	6=4/2
Koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 2a, 3 i 3b ustawy, uwzględniające koszty administracyjne, w tym:	95 014,41	182 080,00	162 550,88	89,27%	171,08%
- koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 2a, ustawy	58 143,27	174 475,00	90 266,39	91,91%	155,25%
- koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 ustawy	33 818,41		70 101,99		207,29%
- koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3b ustawy	3 052,73	6 567,00	1 404,10	21,38%	45,99%
- koszty administracyjne	0,00	1 038,00	778,40	74,99%	-

**Tabela nr VI.8.** Koszty realizacji zadań, o których mowa w art. 97 ust. 2a, 3 i 3b ustawy, uwzględniające koszty administracyjne w roku 2009 na tle wykonania w roku 2008.

### **VI.1.2.2. Pozostałe elementy kosztów**

Łącznie wartość pozostałych grup kosztów Funduszu obejmująca: odpis aktualizujący składkę należną, koszty poboru i ewidencjonowania składek, rezerwę ogólną, koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie, koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego, koszty administracyjne, pozostałe koszty i koszty finansowe wyniosła 2.594.080,69 tys. zł i stanowiła 4,50% ogółu poniesionych w roku 2009 kosztów NFZ.

#### **Odpis aktualizujący składkę należną**

W oparciu o wyniki analizy wykonania planu przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne w latach poprzednich, wskazujących na ich realizację na poziomie wyższym niż planowano oraz Prognozę przychodów na lata 2009-2011 podjęto decyzję o nieuwzględnieniu w planie finansowym Funduszu na 2009 r. odpisu aktualizującego składkę należną zarówno w odniesieniu do składek przekazywanych za pośrednictwem ZUS, jak i KRUS.

#### **Koszty poboru i ewidencjonowania składek**

Poniesione przez Fundusz w 2009 r. koszty poboru i ewidencjonowania składek wyniosły 106.264,33 tys. zł i były wyższe od wielkości planowanej o kwotę 227,33 tys. zł.

#### **Obowiązkowy odpis na rezerwę ogólną**

W pierwotnym planie finansowym NFZ na 2009 r. 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, w oparciu o wyniki analizy wykonania przychodów z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazywanych przez KRUS w okresie I-VI 2009 r. wskazujące na ich realizację na poziomie niższym niż planowano o 671 mln zł, uznano, iż istnieje konieczność rozwiązania rezerwy ogólnej w planie finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia na 2009 rok z przeznaczeniem na pokrycie niedoboru przychodów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne przekazywanych za pośrednictwem KRUS. Po uzyskaniu pozytywnych opinii Ministra Zdrowia i Ministra Finansów stosowna zmiana planu finansowego Funduszu na 2009 r. w tym zakresie została przyjęta zarządzeniem Nr 38/2009/DEF Prezesa Funduszu z dnia 7 sierpnia 2009 r.

#### **Koszty programów polityki zdrowotnej realizowanych na zlecenie**

W roku 2009 Fundusz realizował druk i wysyłkę imiennych zaproszeń na badania:

- cytologiczne dla wskazanej populacji kobiet w wieku 25-59 lat w ramach „Populacyjnego programu profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy”,
- mammograficzne dla wskazanej populacji kobiet w wieku 50-69 lat w ramach „Populacyjnego programu wczesnego wykrywania raka piersi”, będących elementami „Narodowego programu zwalczania chorób nowotworowych”. Źródłem finansowania ww. zadania były środki zabezpieczone na ten cel w planie finansowym Funduszu, stanowiące równowartość, ujętych w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 2008 r. w sprawie wydatków budżetu państwa, środków które w 2008 r. nie wygasają z upływem roku budżetowego (Dz. U. Nr 224, poz. 1478), środków niewygasających z końcem 2008 r. w wysokości 629 tys. zł.

Wartość poniesionych kosztów druku i wysyłki imiennych zaproszeń do uczestnictwa w ww. programach polityki zdrowotnej wyniosła 626,98 tys. zł i stanowiła 99,68% wartości planowanej.

#### **Koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego**

Poniesione w roku 2009 przez oddziały wojewódzkie Funduszu koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego wyniosły 1.722.515,70 tys. zł i były niższe od wielkości

planowanej o 7.984,30 tys. zł. Uzyskana dynamika kosztów w odniesieniu do ich realizacji w roku 2008 wyniosła 117,28%.

### Koszty administracyjne

Poniesione w roku 2009 koszty administracyjne w łącznej wysokości 543.572,54 tys. zł nie przekroczyły wartości planowanej i stanowiły 0,94 % łącznych poniesionych kosztów Funduszu. Uzyskana dynamika kosztów administracyjnych w odniesieniu do ich wartości odnotowanej w roku 2008 wyniosła 113,83%.

[wtys. zł]

Koszty administracyjne	Wykonanie 2008r.	Plan 2009r.	Wykonanie 2009r.	Różnica (wyk.-plan)	% wyk. planu	Dynamika 2009/2008
1	2	3	4	5=4-3	6=4/3	7=4/2
D1 zużycie materiałów i energii	14 612,93	19 994,00	16 621,79	-3 372,21	83,13%	113,75%
D2 usługi obce	93 260,57	122 805,00	113 462,92	-9 342,08	92,39%	121,66%
D3 podatki i opłaty	2 735,91	3 767,00	2 688,84	-1 078,16	71,38%	98,28%
D4 wynagrodzenia	263 983,77	292 482,00	288 654,76	-3 827,24	98,69%	109,35%
D5 ubezpieczenie społeczne i inne świadczenia	49 886,29	59 919,00	54 040,11	-5 878,89	90,19%	108,33%
D6 koszty funkcjonowania Rady Funduszu	144,78	200,00	107,03	-92,97	53,52%	73,93%
D7 amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych zakupionych ze środków własnych Funduszu	44 733,60	100 313,00	60 257,52	-40 055,48	60,07%	134,70%
D8 amortyzacja środków trwałych oraz wartości niematerialnych i prawnych otrzymanych nieodpłatnie	5 066,60	4 628,00	4 545,18	-82,82	98,21%	89,71%
D9 pozostałe koszty	3 124,48	5 074,00	3 194,39	-1 879,61	62,96%	102,24%
<b>Razem</b>	<b>477 548,93</b>	<b>609 182,00</b>	<b>543 572,54</b>	<b>-65 609,46</b>	<b>89,23%</b>	<b>113,83%</b>

Tabela nr VI.9. Koszty administracyjne w roku 2009 na tle wykonania 2008 roku.

### Pozostałe koszty

Pozostałe koszty Funduszu obejmują: koszty wydania i utrzymania kart ubezpieczenia (w tym części stałych i zamiennych książeczek usług medycznych) oraz recept, rezerwy na zobowiązania wynikające z postępowań sądowych, inne rezerwy, inne koszty.

Wartość planu finansowego Funduszu na 2009 rok w tym rodzaju kosztów ustalono pierwotnie na poziomie 256.500 tys. zł, a następnie zwiększono o 95.605 tys. zł, tj. o 37,27%.

Poniesione w roku 2009 pozostałe koszty w wysokości 166.399,23 tys. zł nie przekroczyły wartości planowanej, a uzyskana dynamika w odniesieniu do ich wartości odnotowanej w roku 2008 wyniosła 94,79%.

### Koszty finansowe

Wartość poniesionych przez Fundusz w roku 2009 kosztów finansowych w wysokości 54.701,91 tys. zł nie przekroczyła wartości planowanej i objęła:

- odsetki za zwłokę w zapłacie zobowiązań: 31,10 tys. zł;
- pozostałe koszty finansowe: 54.670,81 tys. zł, w tym:
  - o utworzone rezerwy na odsetki: 23.551,23 tys. zł,
  - o ujemne różnice kursowe: 17.392,05 tys. zł,
  - o pozostałe: 13.727,53 tys. zł.

### VI.1.3. Wynik finansowy Funduszu za 2009 r.

Odnotowany na koniec 2009 r. ujemny wynik finansowy NFZ w łącznej wysokości - 694.491,76 tys. zł objął:

- wyniki finansowe oddziałów wojewódzkich Funduszu, których łączna wartość wyniosła -909.920,97 tys. zł,

– wynik finansowy Centrali Funduszu w wysokości 215.429,21 tys. zł.

[w tys. zł]

Jednostki organizacyjne NFZ:	Wynik finansowy netto za 2008 r.	Wynik finansowy netto za 2009 r.
Dolnośląski	48 226,20	-98 715,21
Kujawsko-Pomorski	-117 165,61	-85 753,81
Lubelski	-129 156,94	-116 941,17
Lubuski	-33 890,89	-22 369,19
Łódzki	-127,02	-46 677,29
Małopolski	-91 032,58	-81 447,44
Mazowiecki	482 641,43	183 187,37
Opolski	-25 748,26	-31 040,58
Podkarpacki	-104 755,22	-170 348,46
Podlaski	-42 856,16	-50 667,48
Pomorski	17 965,75	-53 843,19
Śląski	-87 867,82	-124 951,66
Świętokrzyski	-66 195,63	-42 321,84
Warmińsko-Mazurski	-55 081,37	-71 403,25
Wielkopolski	-115 855,50	-81 872,58
Zachodniopomorski	46 123,27	-14 755,19
<b>O W NFZ</b>	<b>-274 776,35</b>	<b>-909 920,97</b>
<b>Centrala</b>	<b>1 426 893,41</b>	<b>215 429,21</b>
<b>Razem NFZ</b>	<b>1 152 117,06</b>	<b>-694 491,76</b>

**Tabela nr VI.10.** Wyniki finansowe oddziałów wojewódzkich i Centrali Funduszu w roku 2009 na tle wyników w roku 2008.

Odnotowany na koniec 2009 r. ujemny wynik finansowy Funduszu w łącznej wysokości -694.491,76 tys. zł był m.in. konsekwencją przeznaczenia, w trybie art. 129 ustawy o świadczeniach, środków finansowych pochodzących z funduszu zapasowego w łącznej wysokości 1.668.999 tys. zł, na zwiększenie w roku 2009 planu kosztów świadczeń zdrowotnych oddziałów wojewódzkich Funduszu, poprzez dokonanie zmiany planu finansowego jedynie po stronie kosztów świadczeń Funduszu. Tym samym dopuszczono możliwość niezbilansowania poniesionych kosztów z uzyskanymi przychodami w kwocie nie większej niż środki zgromadzone na funduszu zapasowym.

Nie bez znaczenia dla poziomu uzyskanego na koniec 2009 r. wyniku finansowego Funduszu była także realizacja łącznego planu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej na poziomie 99,13% wartości planu rocznego, przy jednoczesnej wyższej niż planowano realizacji świadczeń w rodzajach: podstawowa opieka zdrowotna oraz refundacja cen leków.

Pozostałe czynniki kształtujące poziom wyniku finansowego Funduszu w roku 2009 to m.in.:

- niższe niż planowano przychody, w tym:
  - o ze składek z lat ubiegłych,
  - o z dotacji z budżetu państwa na finansowanie zadań, o których mowa w art. 97 ust. 3 pkt 2a, 3 i 3b ustawy, uwzględniające koszty administracyjne,
- z dotacji z budżetu państwa na realizację zadań zespołów ratownictwa medycznego,
- niepełna realizacja planu kosztów administracyjnych,
- wyższy niż planowano wynik na pozostałej działalności oraz działalności finansowej.

## VI.2. Sprawozdanie finansowe Funduszu za 2009 r. na podstawie ustawy o rachunkowości

### VI.2.1. Aktywa i ich struktura

w zł i gr.

31.12.2008 r.	31.12.2009 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
11 502 299 424,79	9 823 792 407,29	-14,59%	Biuro Księgowości

Tabela nr VI.11. Aktywa łącznie.

w zł i gr.

31.12.2008 r.	31.12.2009 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
268 637 825,62	291 452 654,31	8,49%	Biuro Księgowości

Tabela nr VI.12. Aktywa trwałe.

w zł i gr.

31.12.2008 r.	31.12.2009 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
11 233 661 599,17	9 532 339 752,98	-15,14%	Biuro Księgowości

Tabela nr VI.13. Aktywa obrotowe.

w zł i gr.

AKTYWA	31.12.2008 r.		31.12.2009 r.		Zmiana
	KWOTA	STRUKTURA	KWOTA	STRUKTURA	(+) wzrost, (-) spadek
<b>A. AKTYWA TRWAŁE</b>	<b>268 637 825,62</b>	<b>2,3%</b>	<b>291 452 654,31</b>	<b>3,0%</b>	<b>22 814 828,69</b>
I. Wartości niematerialne i prawne	10 906 986,90	0,1%	21 540 926,24	0,2%	10 633 939,34
II. Rzeczowe aktywa trwałe, w tym	257 632 211,87	2,2%	269 822 234,29	2,7%	12 190 022,42
1. Środki trwałe:	247 236 601,22	2,1%	262 132 082,23	2,7%	14 895 481,01
- grunty ( w tym prawo użytkowania wieczystego gruntów)	9 461 087,67	0,1%	9 320 299,37	0,1%	-140 788,30
- budynki, budowle	153 064 525,99	1,3%	153 705 951,18	1,6%	641 425,19
- urządzenia techniczne i maszyny	78 997 518,53	0,7%	93 573 402,26	1,0%	14 575 883,73
- środki transportu	3 503 958,71	0,0%	3 079 969,20	0,0%	-423 989,51
- inne środki trwałe	2 209 510,32	0,0%	2 452 460,22	0,0%	242 949,90
2. Środki trwałe w budowie	10 395 610,65	0,1%	7 690 152,06	0,1%	-2 705 458,59
III. Należności długoterminowe	98 626,85	0,0%	89 493,78	0,0%	-9 133,07
<b>AKTYWA OBROTOWE</b>	<b>11 233 661 599,17</b>	<b>97,7%</b>	<b>9 532 339 752,98</b>	<b>97,0%</b>	<b>-1 701 321 846,19</b>
I. Zapasy	1 076 916,35	0,0%	1 106 259,06	0,0%	29 342,71
II. Należności krótkoterminowe	4 614 467 068,37	40,1%	4 953 446 576,94	50,4%	338 979 508,57
IV. Inwestycje krótkoterminowe, w tym	6 616 314 471,33	57,5%	4 576 009 824,92	46,6%	-2 040 304 646,41
- bieżące środki pieniężne	6 616 305 423,04	57,5%	4 576 009 824,92	46,6%	-2 040 295 598,12
V. Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe	1 803 143,12	0,0%	1 777 092,06	0,0%	-26 051,06
<b>RAZEM AKTYWA</b>	<b>11 502 299 424,79</b>	<b>100,0%</b>	<b>9 823 792 407,29</b>	<b>100,0%</b>	<b>-1 678 507 017,50</b>

Tabela nr VI.14. Struktura aktywów.



Struktura majątku na dzień 31.12.2009 r. w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2008 r. nie uległa istotnym zmianom. Nastąpił nieznaczny wzrost udziału aktywów trwałych z 2,3% do 3,0% oraz spadek udziału aktywów obrotowych z 97,7% do 97,0%. W grupie aktywów obrotowych nastąpił wzrost wartości zapasów o 2,72%, wzrost należności krótkoterminowych o 7,35% przy jednoczesnym wzroście ich udziału o 10,3 pkt. Zmniejszeniu uległa wartość i udział pozostałych składników, w tym głównie inwestycji krótkoterminowych o 30,8%, a udział o 10,9 pkt.

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 31.12.2008 r. 40,1% i 57,5% oraz na 31.12.2009 r. 50,4% i 46,6%.

### Porównanie danych – analiza trendów

Aktywa Funduszu na dzień 31.12.2009 r. obejmują następujące podstawowe składniki:

- wartości niematerialne i prawne 21.540.926,24 zł (wartości niematerialne i prawne stanowią 0,2% majątku Funduszu i obejmują w szczególności licencje na użytkowe programy komputerowe);
- rzeczowe aktywa trwałe 69.822.234,29 zł (rzeczowe aktywa trwałe stanowią 2,7% sumy bilansowej. Wartość rzeczowych aktywów trwałych na dzień bilansowy w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2008 r. uległa zwiększeniu o 4,7%, co stanowi kwotę 12.190,02 tys. zł.);
- należności długoterminowe 89.493,78 zł (należności długoterminowe stanowią należności z wyroków sądowych, z terminem ich spłaty określonym na lata późniejsze);
- zapasy 1.106.259,06 zł (zapasy wykazane w bilansie stanowią 0,01% sumy bilansowej i obejmują materiały, towary oraz zaliczki na dostawy);
- należności krótkoterminowe 4.953.446.576,94 zł Należności krótkoterminowe stanowią 50,4% sumy bilansowej i obejmują należności z tytułu dostaw robót i usług wymagalne w okresie 12 miesięcy od dnia bilansowego. Według stanu na dzień bilansowy należności krótkoterminowe wzrosły w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2008 r. o 7,35% tj. o 338.979,51 tys. zł. Na dzień bilansowy należności od ZUS wynosiły 4.499.487,07 tys. zł, a należności od KRUS stanowiły kwotę 252.520,45 tys. zł);
- inwestycje krótkoterminowe 4.576.009.824,92 zł (inwestycje krótkoterminowe, na które w większości składają się bieżące środki pieniężne stanowią 46,6% sumy bilansowej i wycenione zostały w wartości nominalnej łącznie z wymagalnymi na dzień bilansowy odsetkami. Stan inwestycji krótkoterminowych na dzień 31.12.2009 r. w porównaniu do stanu na dzień 31.12.2008 r. uległ zmniejszeniu o kwotę 2.040.304,65 tys. zł);
- krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe 1.777.092,06 zł (krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe obejmują nakłady przewidziane do rozliczenia w następnych okresach sprawozdawczych po dniu bilansowym).

### VI.2.2. Pasywa i ich struktura

w zł i gr.

31.12.2008 r.	31.12.2009 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
11 502 299 424,79	9 823 792 407,29	-14,59%	Biuro Księgowości

Tabela nr VI.15. Pasywa łącznie.

w zł i gr.

31.12.2008 r.	31.12.2009 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)

4 240 538 932,85	3 546 047 155,70	-16,38%	Biuro Księgowości
------------------	------------------	---------	-------------------

Tabela nr VI.16. Kapitał własny.

w zł i gr.

31.12.2008 r.	31.12.2009 r.	Dynamika zmian	Źródło (komórka organizacyjna)
7 261 760 491,94	6 277 745 251,59	-13,55%	Biuro Księgowości

Tabela nr VI.17. Zobowiązania i rezerwy.

w zł i gr.

PASywa	31.12.2008 r.		31.12.2009 r.		Zmiana
	KWOTA	STRUKTURA	KWOTA	STRUKTURA	(+) wzrost, (-) spadek
<b>A. KAPITAŁ (FUNDUSZ) WŁASNY</b>	<b>4 240 538 932,85</b>	<b>36,9%</b>	<b>3 546 047 155,70</b>	<b>36,1%</b>	<b>-694 491 777,15</b>
I. Kapitał (fundusz) podstawowy	141 549 868,09	1,2%	141 549 868,09	1,4%	0,00
II. Kapitał (fundusz) zapasowy	2 733 245 984,46	23,8%	3 885 363 040,10	39,6%	1 152 117 055,64
III. Fundusz rezerwowy (CFI)	153 626 024,66	1,3%	153 626 024,66	1,6%	0,00
IV. Zysk (strata) z lat ubiegłych	60 000 000,00	0,5%	60 000 000,00	0,6%	0,00
V. Zysk (strata) netto	1 152 117 055,64	10,0%	-694 491 777,15	-7,1%	-1 846 608 832,79
<b>B. ZOBOWIĄZANIA I REZERWY</b>	<b>7 261 760 491,94</b>	<b>63,1%</b>	<b>6 277 745 251,59</b>	<b>63,9%</b>	<b>-984 015 240,35</b>
I. Rezerwy na zobowiązania	1 102 752 755,60	9,6%	1 113 956 557,43	11,3%	11 203 801,83
II. Zobowiązania długoterminowe	147 659,51	0,0%	332 078,27	0,0%	184 418,76
III. Zobowiązania krótkoterminowe	5 305 918 607,39	46,1%	5 148 913 304,83	52,4%	-157 005 302,56
IV. Rozliczenia międzyokresowe	852 941 469,44	7,4%	14 543 311,06	0,1%	-838 398 158,38
<b>RAZEM PASywa</b>	<b>11 502 299 424,79</b>	<b>100,0%</b>	<b>9 823 792 407,29</b>	<b>100,0%</b>	<b>-1 678 507 017,50</b>

Tabela nr VI.18. Struktura pasywów.

Majątek Funduszu w 63,9% pokrywają zobowiązania i rezerwy na zobowiązania, wykazane w łącznej kwocie 6.277.745,25 tys. zł, stanowią one kwotę niższą niż stan majątku ogółem o 3.546.047,16 tys. zł.

W badanym okresie nastąpiły niekorzystne zmiany w strukturze źródeł finansowania majątku, co wynika przede wszystkim z osiągnięcia straty netto w wysokości 694.491,78 tys. zł, która znacząco wpłynęła na stan funduszy własnych.

### Porównanie danych – analiza trendów

Pasywa Funduszu na dzień 31.12.2009 r. obejmują następujące podstawowe składniki:

- fundusz własny 3.546.047.155,70 zł (fundusz własny obejmuje:
  - o kapitał podstawowy w wysokości 141.549.868,09 zł stanowiący równowartość majątku trwałego netto otrzymanego od Skarbu Państwa,
  - o kapitał zapasowy w wysokości 3.885.363.040,10 zł,
  - o fundusz rezerwowy (centralny fundusz inwestycyjny) w kwocie 153.626.024,66 zł,
  - o zysk (strata) z lat ubiegłych 60.000.000,00 zł,
  - o strata okresu badanego w kwocie (-) 694.491.777,15 zł, która zaprezentowana została w porównawczym rachunku zysków i strat rachunku zysków i strat.)

- rezerwy na zobowiązania 1.113.956.557,43 zł (rezerwy na zobowiązania stanowią 11,3% sumy bilansowej i obejmują:
  - rezerwy na pewne lub prawdopodobne przyszłe zobowiązania w kwocie 99.978,78 tys. zł, z czego kwota 34.034,91 tys. zł przypada na rezerwy na postępowania sądowe za ponadumowne świadczenia zdrowotne,
  - bierne rozliczenia międzyokresowe kosztów działalności operacyjnej i kosztów finansowych w wysokości 1.013.977,77 tys. zł.);
- zobowiązania długoterminowe 332.078,27 zł (zobowiązania długoterminowe obejmują 0,003% sumy bilansowej i dotyczą wpłaconych przez dostawców zabezpieczeń należytego wykonania umów;
- zobowiązania krótkoterminowe 5.148.913.304,83 zł zobowiązania krótkoterminowe obejmują 52,4% sumy bilansowej, w tym zobowiązania z tytułu dostaw i usług wymagalne w okresie 12 miesięcy po dniu bilansowym stanowią kwotę 5.080.378,70 tys. zł;
- rozliczenia międzyokresowe 14.543.311,06 zł rozliczenia międzyokresowe stanowią 0,1% sumy bilansowej. Stan rozliczeń międzyokresowych zaprezentowano w nocie 1.11 do sprawozdania finansowego.