

# NFZ

## Narodowy Fundusz Zdrowia

### SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA ZA 2018 ROK

Przewodniczący Rady  
Narodowego Funduszu Zdrowia

  
*Rudolf Borusiewicz*

Prezes

  
PREZES  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
**Narodowego Funduszu Zdrowia**  
*Andrzej Jacyna*

Warszawa, czerwiec 2019 rok



## Spis treści

|  |     |
|--|-----|
| I. Podstawy prawne działalności Funduszu .....   | 5   |
| II. Informacje o zakresach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz .....   | 9   |
| II.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2018 roku .....   | 9   |
| II.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej .....   | 19  |
| III. Opis realizacji przez centralę Funduszu oraz oddziały wojewódzkie Funduszu zadań określonych w ustawie .....  | 65  |
| IV. Informacje o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków NFZ .....   | 96  |
| IV.1. Liczba osób oczekujących.....  | 96  |
| IV.2. Geograficzna dostępność świadczeń opieki zdrowotnej według województw – w podziale na poszczególne zakresy tych świadczeń.....   | 111 |
| V. Opis organizacji Funduszu .....   | 119 |
| V.1. Struktura organizacyjna Funduszu .....  | 119 |
| V.2. Stan zatrudnienia w centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu, w tym informacje o płynności kadr oraz średnim miesięcznym wynagrodzeniu w Centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu – wg stanu na koniec roku sprawozdawczego ..... | 123 |
| V.3. Działania podejmowane w zakresie informatyzacji Funduszu, w tym realizowane projekty ...  | 123 |
| V.3.1. Systemy informatyczne .....   | 124 |
| V.3.2. Infrastruktura .....  | 128 |
| V.4. Projekty unijne realizowane przez Fundusz.....  | 128 |
| V.5. Działania edukacyjne i informacyjne.....  | 129 |
| VI. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących Funduszu.....  | 134 |
| VII. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących świadczeniodawców .....   | 143 |

W 2018 roku, zasady funkcjonowania, organizację oraz zadania Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „NFZ” lub „Funduszem”, zostały określone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.<sup>1</sup>), zwanej dalej „ustawą” lub „ustawą o świadczeniach” oraz wydanego na podstawie art. 96 ust. 8 tej ustawy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. poz. 1840). Wewnętrzna organizacja Funduszu została szczegółowo określona w regulaminach organizacyjnych Centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Niniejsze sprawozdanie zostało przygotowane na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 11 oraz art. 187 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Prezes Funduszu sporządza roczne sprawozdanie z działalności Funduszu, zawierające w szczególności informację o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Sprawozdanie, po uprzednim przyjęciu przez Radę Funduszu, jest przedstawiane ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych w terminie do dnia 30 czerwca roku następnego. Zgodnie z art. 104 ust. 1 ustawy, sprawozdanie roczne z działalności Funduszu jest publikowane, w formie komunikatu, w Dzienniku Urzędowym Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski” oraz na stronie internetowej Funduszu. Zakres danych, jakie powinno zawierać niniejsze sprawozdanie, określony został w obowiązującym od dnia 28 czerwca 2016 r. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw (Dz. U. Poz. 923), zwanym dalej „rozporządzeniem Ministra Zdrowia”.

Szczegółowe dane dotyczące m.in. zarządzeń Prezesa NFZ, zarządzeń Dyrektorów OW NFZ, decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, spraw sądowych, Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, realizacji umów obowiązujących w danych roku sprawozdawczym, kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, liczby osób korzystających ze świadczeń, liczby osób oczekujących na świadczenia, refundacji cen leków, czy realizacji przepisów o koordynacji zawarte są w okresowych sprawozdaniach, sporządzanych zgodnie z zakresem danych, określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia.

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

---

<sup>1</sup> Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669, 1925, 2192 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 60, 303, 399, 447, 730 i 752.

## I. Podstawy prawne działalności Funduszu

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

W 2018 roku ustawa o świadczeniach była nowelizowana następującymi aktami prawnymi:

- 1) ustawą z dnia 24 listopada 2017 r. o zmianie ustawy o cudzoziemcach oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2018 poz. 107) wprowadzone zmiany miały na celu dostosowanie polskiego porządku prawnego do dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/66/UE z dnia 15 maja 2014 r. w sprawie warunków wjazdu i pobytu obywateli państw trzecich w ramach przeniesienia wewnątrz przedsiębiorstwa (Dz. Urz. UE L 157 z 27.05.2014, str. 1), w tym stworzenie ram prawnych pozwalających na świadome zarządzanie migracjami w Polsce oraz w zakresie przyjmowania cudzoziemców, uwzględniając konieczność wprowadzenia szczególnych uregulowań prawnych między innymi dla cudzoziemców podejmujących w Polsce studia, dla absolwentów polskich uczelni oraz dla osób podejmujących w Polsce pracę, w tym w zawodach pożądanym dla polskiej gospodarki. Stąd zmiany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczyły zapewnienia spójności ze zmianami wprowadzanymi w ustawie o cudzoziemcach oraz w przypadku gdy cudzoziemiec umieszczony w strzeżonym ośrodku lub przebywający w areszcie dla cudzoziemców ma prawo do korzystania z opieki medycznej i do pobytu w szpitalu lub podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, jeżeli stan jego zdrowia tego wymaga. Ustawa weszła w życie z dniem 12 lutego 2018 r.;
- 2) ustawą z dnia 8 grudnia 2017 r. o Służbie Ochrony Państwa (Dz. U. 2018 r. poz. 138), która określa zadania i uprawnienia Służby Ochrony Państwa i likwiduje Biuro Ochrony Rządu. Wprowadzone zmiany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych miały charakter dostosowujący do nowej ustawy. Ustawa weszła w życie z dniem 1 lutego 2018 r.;
- 3) ustawą z dnia 26 stycznia 2018 r. – przepisy wprowadzające ustawę o Straży Marszałkowskiej (Dz. U. z 2018 r. poz. 730) w zakresie regulacji statusu prawnego Straży Marszałkowskiej jako specjalistycznej, uzbrojonej i umundurowanej formacji zapewniającej ochronę Sejmu i Senatu. W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w art. 66 w ust. 1 wskazuje się, że funkcjonariusze Straży Marszałkowskiej podlegają obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego. Ustawa weszła w życie z dniem 20 maja 2018 r.
- 4) ustawą z dnia 1 marca 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wprowadzeniem e-recepty (Dz. U. z 2018 r. poz. 697), w następującym przedmiocie:
  - modyfikacji niektórych przepisów regulujących kwestie związane z wystawianiem zapotrzebowań przez podmioty wykonujące działalność leczniczą na produkty lecznicze, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne;
  - modyfikacji albo dodania przepisów regulujących kwestie związane z wystawianiem, realizacją i kontrolą recept (w tym tych wystawianych w postaci elektronicznej) oraz sprawozdawczości aptek do Narodowego Funduszu Zdrowia;
  - umożliwienia wystawiania recepty bez osobistego kontaktu osoby wystawiającej receptę z pacjentem;
  - zmian w zakresie sposobu podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej.

Ustawa weszła w życie z dniem 18 kwietnia 2018 r.;

- 5) ustawą z dnia 6 marca 2018 r. – Przepisy wprowadzające ustawę - Prawo przedsiębiorców oraz inne ustawy dotyczące działalności gospodarczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 650) w zakresie zmian uwzględniających potrzebę wprowadzenia przepisów przejściowych wynikających z zastąpienia obecnie obowiązującej ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej nowym aktem prawnym, tj. przepisami ustawy – Prawo przedsiębiorców. Należy także zauważyć, że przewidziana w tej ustawie „ulga na start” zakłada brak konieczności opłacania składek na ubezpieczenia społeczne, nie zaś na ubezpieczenie zdrowotne. Początkujący przedsiębiorcy będą bowiem nadal objęci tym ostatnim. W konsekwencji, ze względu na specyfikę systemu ubezpieczeń w Polsce, konieczne było wprowadzenie w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych nowego tytułu podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu. W powyższej ustawie wprowadza się natomiast rozwiązania dotyczące m.in. terminów powstania i wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego, zasad zgłaszania do ubezpieczenia zdrowotnego oraz wyliczania podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne takich osób, które to rozwiązania są analogiczne do rozwiązań przewidzianych dla „zwykłych” przedsiębiorców oraz osób z nimi współpracujących. Ustawa weszła w życie z dniem 30 kwietnia 2018 r.;
- 6) ustawą z dnia 22 marca 2018 r. o zmianie ustawy o Służbie Więziennej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r. poz. 912) wprowadzone zostały przepisy dotyczące służby kandydackiej oraz utworzenie nowej szkoły wyższej Służby Więziennej. Zmiany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych miały charakter porządkujący i włączają nowy podmiot, tj. funkcjonariusza Służby Więziennej w służbie kandydackiej. Ustawa weszła w życie z dniem 31 maja 2018 r.;
- 7) ustawą z dnia 22 marca 2018 r. o komornikach sądowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 771) dokonano zmian dotychczasowych nowelizacji, które w konsekwencji naruszyły wewnętrzną spójność ustawy o komornikach sądowych i egzekucji oraz jej przejrzystość. W zakresie ograniczeń w prowadzeniu działalności gospodarczej do komornika stosowane są przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Ustawa weszła w życie 1 stycznia 2019 r.;
- 8) ustawą z dnia 12 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1128) wprowadzono zmiany dotyczące oceny celowości inwestycji i dedykowanego tej ocenie narzędzia w postaci Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Zmiana ma na celu zapewnienie szerszego dostępu do opiniowania celowości inwestycji dla podmiotów leczniczych przez poszerzenie zakresu działalności podmiotów leczniczych, determinującego możliwość ubiegania się o wydanie opinii o celowości inwestycji. Dotychczas obszar ten był ograniczony do wykonywania działalności leczniczej z zakresu leczenia szpitalnego, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz podstawowej opieki zdrowotnej. Ustawa weszła w życie 13 lipca 2018 r.;
- 9) ustawą z dnia 13 kwietnia 2018 r. o zmianie ustawy o ubezpieczeniu społecznym rolników oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r. poz. 858) uregulowana została kwestia związana z zabezpieczeniem społecznym pomocników rolnika przy zbiorach w gospodarstwie rolnym poprzez określenie nowego rodzaju umowy cywilnoprawnej o pomocy przy zbiorach w przepisach o ubezpieczeniu społecznym rolników. Zmiany w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych dotyczyły objęcia obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym pomocnika rolnika opłacania przez rolnika w wysokości takiej, jaka jest przewidziana za domowników rolników prowadzących działalność wyłącznie w zakresie działów specjalnych. Ustawa weszła w życie z dniem 18 maja 2018 r.;
- 10) ustawą z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. z 2018 r. poz. 932) określone zostały szczególne uprawnienia w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, usług farmaceutycznych oraz wyrobów medycznych osób posiadających orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności. Powyższa grupa osób znalazła się w katalogu osób, którym przepisy ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, przyznają prawo dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej i usług farmaceutycznych poza kolejnością, a także

- uprawnienie do wyrobów medycznych bez względu na okresy użytkowania określone w przepisach o refundacji tych wyrobów. Ustawa weszła w życie z dniem 1 lipca 2018 r.;
- 11) ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r. poz. 115), wprowadzone zostały zmiany, które były wynikiem analizy działania systemu PRM w odniesieniu do obszaru dotyczącego funkcjonowania dyspozytorni medycznych, roli dyspozytora medycznego, możliwości zastosowania nowoczesnych technologii teleinformatycznych w obszarze koordynowania działań poszczególnych uczestników akcji medycznej na miejscu zdarzenia i poza nim. W ustawie uwzględniono także zmiany, które zaszły od momentu wejścia w życie ustawy o PRM, w szczególności w zakresie funkcjonowania Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego. Ustawa weszła w życie 26 czerwca 2018 r.;
  - 12) ustawą z dnia 3 lipca 2018 r. – Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz. U. z 2018 poz. 1669) wprowadzono modyfikacje dotyczące terminologii opisującej system szkolnictwa wyższego i nauki. W związku z faktem, iż regulacje dotyczące tego systemu (albo nawiązujące do niego) znajdują się w licznych ustawach, zaszła konieczność nowelizacji przepisów w nich zawartych (odnosi się to między innymi do takich pojęć, jak: „studia doktoranckie”, „minister właściwy do spraw szkolnictwa wyższego”, „minister właściwy do spraw nauki”, „podstawowa jednostka organizacyjna”, „program kształcenia”, „przewód doktorski”, „przepisy o szkolnictwie wyższym”, „profesor zwyczajny”, „jednostka naukowa”, „dziekan”, „prorektor”, „kanclerz”). W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przewidziano wprowadzenie zmian o charakterze dostosowującym. Ustawa wchodzi w życie z dniem 1 października 2018 r.;
  - 13) ustawą z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o usługach zaufania oraz identyfikacji elektronicznej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 poz. 1544) uregulowane zostały kwestie wspierania rozwoju społecznego i gospodarczego poprzez zapewnienie obywatelom, a w tym także przedsiębiorcom, efektywnych e-usług publicznych - jednym z celów strategicznych wskazanych w „Programie Zintegrowanej Informatyzacji Państwa”. W ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych użyte w różnym przypadku wyrazy „podpisem elektronicznym potwierdzonym profilem zaufanym ePUAP” zastąpione zostały wyrazami „podpisem zaufanym”. Ustawa weszła w życie 1 stycznia 2018 r. Ustawa weszła w życie 11 września 2018 r.;
  - 14) ustawą z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r. poz. 1515) wprowadzone zostały przepisy dotyczące Internetowego Konta Pacjenta. Umożliwiono pacjentowi dostęp do części usług oferowanych w ramach tzw. Zintegrowanego Informatora Pacjenta, udostępnionego przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Ustawa weszła w życie 23 sierpnia 2018 r.;
  - 15) ustawą z dnia z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniu pieniężnym przysługującym osobom deportowanym do pracy przymusowej oraz osadzonym w obozach pracy przez III Rzeszę i Związek Socjalistycznych Republik Radzieckich, ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1552), której celem było przyznanie osobom deportowanym do pracy przymusowej dodatkowych uprawnień związanych ze służbą zdrowia oraz opieką społeczną. Uprawnienia nadawane ustawą są analogiczne do tych, które w chwili obecnej posiadają kombatancki, ofiary represji okresu wojennego i powojennego, działacze opozycji antykomunistycznej, osoby represjonowane z powodów politycznych. Ustawą nadaje się dodatkowe uprawnienia osobom deportowanym do pracy przymusowej (nie zmieniając zakresu osób uprawnionych i nie ingerując w dotychczasowe przysługujące im prawo do świadczeń), prawo do korzystania poza kolejnością ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach oraz prawo do uzyskania ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych bez skierowania od lekarza ubezpieczenia zdrowotnego; z powyższym związana była konieczność wprowadzenia do słowniczka ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych definicji pojęcia osoby deportowanej do pracy przymusowej. Ustawa weszła w życie w dniu 30 października 2018 r.;

- 16) ustawą z dnia 25 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r. poz. 1532) wprowadzone zostały rozwiązania będące wynikiem dialogu społecznego, którego zwięźczeniem jest Porozumienie Ministra Zdrowia z przedstawicielami Porozumienia Rezydentów Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy z dnia 8 lutego 2018 r., zwanego dalej „Porozumieniem”. Strony Porozumienia jako podstawowy cel swoich działań określiły zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej oraz poprawę ich jakości, m.in. przez zwiększenie finansowania publicznego systemu ochrony zdrowia oraz zagwarantowanie lepszych warunków pracy kadrom medycznym. Powyższa regulacja realizuje te cele przez zwiększenie nakładów finansowych ze środków publicznych przeznaczanych na ochronę zdrowia oraz uregulowanie kwestii przeznaczenia środków publicznych na podwyższenie wynagrodzeń lekarzy specjalistów oraz lekarzy rezydentów. Ustawa weszła w życie 24 sierpnia 2018 r.;
- 17) ustawą z dnia 13 września 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa, ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1925) – wprowadzono zmiany w zakresie zapewnienia możliwie optymalnego wykorzystania czasu osób wystawiających zaświadczenia lekarskie, zdefiniowanych w art. 54 ust. 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2017 r. poz. 1368, z późn. zm.), tj. lekarzy, lekarzy dentyistów, felczerów lub starszych felczerów. Ustawa weszła w życie z dniem 23 października 2018 r.;
- 18) ustawą z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych (Dz. U. z 2018 r. poz. 2192) wprowadzono do porządku prawnego Solidarnościowy Fundusz Wsparcia Osób Niepełnosprawnych, ukierunkowany na wsparcie społeczne. Przepisy art. 7 precyzują zasady przekazania środków Funduszu między dysponentem Funduszu (ministrem właściwym do spraw zabezpieczenia społecznego) a innym właściwym ministrem lub Narodowym Funduszem Zdrowia, który będzie realizował rządowy program wsparcia osób niepełnosprawnych w zakresie określonym w tym programie, w ramach swoich kompetencji. Ustawa weszła w życie z dniem 11 stycznia 2019 r.;
- 19) ustawą z dnia 6 grudnia 2018 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2429), dokonano zmian dziesięciu ustaw w związku z e-skierowaniem oraz listami oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej, w tym przede wszystkim ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. z 2017 r. poz. 1845, z późn. zm.), w następującym przedmiocie: skierowań w postaci elektronicznej, tzw. e-skierowań oraz modyfikacji rozwiązań dotyczących list oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. Ustawa weszła w życie 11 stycznia 2019 r.

Ponadto, w 2018 r. ogłoszony został tekst jednolity ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510).

W 2018 r. obowiązywał Regulamin organizacyjny Centrali, wprowadzony zarządzeniem nr 15/2015/GPF Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 24 marca 2015 r., został zmieniony zarządzeniami: nr 1/2018/GPF z dnia 16 stycznia 2018 r.; nr 11/2018/GPF z dnia 13 lutego 2018 r.; nr 27/2018/GPF z dnia 21 marca 2018 r.; nr 52/2018/GPF z dnia 15 czerwca 2018 r.; nr 71/2018/GPF z dnia 19 lipca 2018 r. oraz nr 80/2018/GPF z dnia 9 sierpnia 2018 r.



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

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

### II.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2018 roku

#### Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

Umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna, za wyjątkiem umów w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, są umowami przystąpienia, zawieranymi w trybie art. 159 ust. 2 ustawy. Powyższe umowy zawiera się na czas nieoznaczony. Świadczenia niniejsze są udzielane w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie, poradni lub przychodni), a w przypadkach uzasadnionych medycznie, także w domu pacjenta (również w domu pomocy społecznej). Obejmują również profilaktyczną opiekę nad dziećmi i młodzieżą sprawowaną przez pielęgniarkę/higienistkę w środowisku nauczania i wychowania. Przedmiotem umów w podstawowej opiece zdrowotnej są świadczenia gwarantowane określone w odnośnych przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach. Finansowanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej realizowane jest w ponad 99% na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej, w oparciu o zweryfikowane listy świadczeniobiorców objętych opieką. Z uwagi na obciążenia kosztowe wynikające z liczby udzielanych świadczeń pacjentom w grupach wiekowych: do 6 r.ż., 40-65 r.ż., 66-75 r.ż. dokonano wzrostu finansowania świadczeń lekarza poz m.in. celem sfinansowania pochodnych od wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek praktyki lekarza POZ. W związku z poprawą jakości i dostępności do świadczeń lekarza POZ uregulowano rozłożenie w czasie wzrostu bazowej stawki kapitacyjnej w zakresie lekarza poz. W wyniku wejścia w życie §1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1682) dokonano wzrostu stawki kapitacyjnej, którą stosuje się do pielęgniarek POZ, położnych POZ oraz pielęgniarek szkolnych.

#### Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)

Zarządzeniem Nr 22/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna wprowadzono następujące zmiany:

- do finansowania i rozliczania wprowadzono następujące świadczenia: porada specjalistyczna – choroby wewnętrzne oraz porada specjalistyczna – pediatria. Są to, wynikające z nowelizacji rozporządzenia AOS, produkty dedykowane do rozliczania świadczeń kontrolnych realizowanych na rzecz pacjentów, którzy hospitalizowani byli w oddziale o profilu choroby wewnętrzne lub odpowiednio – pediatria. Rozliczanie tych świadczeń oparte zostało o grupy porad specjalistycznych, analogiczne jak w przypadku pozostałych świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
- dokonano korekty rozliczania świadczenia podanie immunoglobuliny anti-RhD pacjentce RhD-ujemnej w 28-30 tygodniu ciąży, poprzez zmianę z wyceny punktowej, w wysokości 268 pkt, na rozliczanie w oparciu o posiadaną przez świadczeniodawcę fakturę zakupową za lek.

Koszt leku wynikający z faktury, dosumowywany jest do wyceny odpowiedniej porady specjalistycznej zrealizowanej w poradni położniczo-ginekologicznej;

- doprecyzowano i uszczegółowiono przepisy zarządzenia, odnoszące się do rozliczania wstępnej i pogłębionej diagnostyki onkologicznej w zależności od terminowości jej realizacji, oraz dotyczące rozliczania świadczeń ASDK w oparciu o skierowania lekarzy realizujących ambulatoryjne porady specjalistyczne, w ramach umów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), w zakres których zostały włączone od dnia rozpoczęcia obowiązywania tych umów świadczenia w rodzaju AOS.

Zarządzeniem nr 64/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna wprowadzone m.in. następujące zmiany:

- wprowadzono dwa współczynniki korygujące 1,5 oraz 1,2 w przypadku udzielania świadczeń w poradniach specjalistycznych na rzecz dzieci w wieku odpowiednio 0-3 r.ż. (od urodzenia do ukończenia 3 r.ż.) oraz 4-18 r.ż.;
- wprowadzono współczynnik korygujący w wysokości 1,4 przy rozliczaniu porad pierwszorazowych udzielanych świadczeniobiorcom powyżej 18. roku życia wykonywanych w poradniach specjalistycznych następujących specjalności: alergologia, endokrynologia, kardiologia i neurologia;
- dokonano zmiany wycen 27 zabiegowych procedur okulistycznych, jeżeli zrealizowane zostały w trybie ambulatoryjnym w ramach umowy AOS, zamiast w trybie stacjonarnym.
- zmieniono wyceny niektórych porad diagnostycznych, oraz rozszerzenie wykazu procedur rozliczanych w katalogu procedur odrębnych;

Zarządzenie nr 94/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 września 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna – wprowadzono rozwiązania mające na celu skrócenie kolejek do wybranych poradni specjalistycznych (dla dorosłych i dla dzieci) takich jak: endokrynologia, gastroenterologia, kardiologia, neurochirurgia i okulistyka.

Zarządzenie nr 30/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2018 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące świadczenia koordynowanej opieki nad kobietą i dzieckiem w związku z przepisami ustawy o wsparciu kobiet w ciąży i rodzin „Za życiem”. Dokonano zmian w katalogu produktów dodatkowych do sumowania w KOC II/III dotyczących krwi i jej składników. Zmiany te wynikały z konieczności dostosowania przepisów zarządzenia Prezesa Funduszu do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2017 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2018 r. (Dz. U. poz. 1516). Utworzono w tym celu nowe produkty rozliczeniowe, które umożliwią również retrospektywne monitorowanie sposobu gospodarowania krwią i jej preparatami. Przepisy zarządzenia, miały zastosowanie do świadczeń sprawozdawanych po dniu wejścia w życie zarządzenia, a udzielonych nie wcześniej niż w dniu 1 kwietnia 2018 r.

#### Profilaktyczne programy zdrowotne

Zarządzenie Nr 78/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 sierpnia 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne:

- zarządzenie stanowi realizację zmian w kryteriach oceny ofert wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2364). W oparciu o ww. wprowadzono dwa nowe zakresy: „10.1450.159.02 – PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH – część położniczo-ginekologiczna” oraz „10.1210.159.02 - PROGRAM BADAŃ PRENATALNYCH - część genetyczna”;

- ponadto, z uwagi na fakt, że procedura „99.111 Wstrzyknięcie globuliny anty D (Rhesus)” w przypadku wykonania u ciężarnej procedur inwazyjnych jest świadczeniem gwarantowanym z zakresu leczenia szpitalnego, wprowadzono do katalogu świadczeń stanowiącego załącznik nr 1 w poz. 5 i 5a z zakresu badań prenatalnych procedurę „PODANIE IMMUNOGLOBULINY ANTY-RhD PACJENTCE RhD-UJEMNEJ zgodnie z aktualnymi zaleceniami konsultantów krajowych w dziedzinie położnictwa i ginekologii, transfuzjologii klinicznej oraz perinatologii.” Świadczenie możliwe jest do rozliczenia pod warunkiem spełnienia warunków realizacji procedury „99.111 Wstrzyknięcie globuliny anty D (Rhesus)” określonych w aktualnie obowiązującym rozporządzeniu w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego. Wysokości nieprzekraczającej urzędowej ceny zbytu dla dawki 50 mcg/ml określonej w załączniku do obowiązującego obwieszczenia Ministra Zdrowia) z uwzględnieniem przepisów art. 9 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.).

Zarządzenie Nr 105/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 października 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne:

- niniejszym zarządzeniem dodano produkt rozliczeniowy – podanie immunoglobuliny anty RhD pacjentce RhD-ujemnej po inwazyjnej diagnostyce prenatalnej, w ramach programu badań prenatalnych w oparciu o rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz.1777) wprowadzające nowe świadczenie gwarantowane pn. „podanie immunoglobuliny anty RhD pacjentce RhD – ujemnej po inwazyjnej diagnostyce prenatalnej”, produkt ten przewidziany został do sumowania z innymi typami porad realizowanych w ramach programu badań prenatalnych, a jego wycena odpowiada urzędowej cenie zbytu określonej w załączniku do obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego, dla których ustalono urzędową cenę zbytu. Ww. świadczenie zastąpiło analogiczną procedurę wprowadzoną zarządzeniem 78/2018/DSOZ, którą mogli wykonywać jedynie świadczeniodawcy spełniający warunki realizacji świadczeń określone dla leczenia szpitalnego.

### Leczenie szpitalne (LSZ)

Zarządzenie Nr 14/2018/DSOZ z dnia 22 lutego 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne

- dokonano systemowej zmiany w zakresie katalogu produktów do sumowania (1c). Zmiany te związane są z koniecznością dostosowania przepisów zarządzenia Prezesa Funduszu do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2017 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2018 r. (Dz. U. poz. 1516) oraz polegają na symetryzacji produktów rozliczeniowych dedykowanych rozliczaniu krwi i jej składników. Utworzono w tym celu nowe produkty rozliczeniowe, które umożliwią również retrospektywne monitorowanie sposobu gospodarowania krwią i jej preparatami. Konsekwentnie dokonano również zmian w zakresie katalogu – pakiet onkologiczny (3b), w zakresie produktów rozliczeniowych dedykowanych rozliczaniu krwi i jej składników;
- dodatkowo, w katalogu produktów do sumowania (1c), utworzono nowy produkt rozliczeniowy: 5.53.01.0001528 Konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania

znieczulenia do zabiegu operacyjnego, diagnostycznego lub leczniczego, będący konsekwencją wprowadzenia nowego świadczenia gwarantowanego: Porada specjalistyczna – anestezjologia, rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2017 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 2423), z zastrzeżeniem, że konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia, o której mowa w rozporządzeniu, odbyła się przed datą hospitalizacji. Produkt dedykowany jest do rozliczenia wyłącznie z grupami zabiegowymi. Przepisy zarządzenia miały zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej sprawozdanych po dniu wejścia w życie zarządzenia, a udzielonych nie wcześniej niż w dniu 1 stycznia 2018 r.

Zarządzenie Nr 15/2018/DSOZ z dnia 23 lutego 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne dokonano symetrycznych zmian w zakresie produktów dedykowanych rozliczaniu krwi i jej składników (analogicznie z zarządzeniem Nr 14/2018/DSOZ).

Zarządzenie Nr 66/2018/DSOZ z dnia 29 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:

- dokonano systemowej zmiany polegającej na połączeniu dwóch zarządzeń: zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz zarządzenia Prezesa NFZ z dnia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne;
- na podstawie opracowanej przez Najwyższą Izbę Kontroli: Informacji o wynikach kontroli Żywienie pacjentów w szpitalach, w treści zarządzenia dookreślono, że żywienie powinno być prowadzone zgodnie z aktualnymi zasadami określonymi w Standardach żywienia pozajelitowego i żywienia dojelitowego publikowanych przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego i Dojelitowego, lub –w przypadku dzieci – zgodnie z zasadami określonymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Klinicznego Dzieci;
- w celu poprawy jakości sprawozdawczości dookreślono w przepisach, że na zakończenie hospitalizacji sprawozdane winno być dokładne rozpoznanie zasadnicze (zgodnie z chorobą zasadniczą), poprzez przypisanie jednoznacznej jednostki chorobowej wg ICD-10;
- w §25 zarządzenia (przepis dotyczący współczynnika korygującego o wartości 1,2 dla świadczeń wysokospecjalistycznych), rozszerzono katalog zakresów uprawniających do wskazywania sprawozdanych produktów, o zakres: Operacje wad wrodzonych serca i naczyń <1 roku;
- z kolei w załącznikach do zarządzenia w wyniku prowadzonych prac, po przeprowadzeniu szczegółowych analiz, w tym po konsultacji z właściwymi w sprawie Konsultantami krajowymi:
  - zmodyfikowano sekcję P (Choroby dzieci) oraz w innych zachowawczych grupach JGP dedykowanych dzieciom realizowanych w innych zakresach poprzez: zniesienie redukcji wartości JGP z uwagi na czas hospitalizacji pacjenta we wszystkich grupach z sekcji P oraz utworzenie nowych grup: P30 Infekcje wirusowe określone, P31 Alergie – ostre stany alergiczne, P32 Alergie – odczulanie, P33 Cukrzyca powikłana śpiączką/kwasica ketonową, P34 Cukrzyca nie powikłana śpiączką / kwasica ketonową, P99 Inne choroby dzieci;
  - zmodyfikowano sekcję B (Choroby narządu wzroku) poprzez: zmiany w produktach związanych z leczeniem zaćmy: zmiana grupy B18 na B18G Usunięcie zaćmy – kategoria I, oraz zmiana grupy B19 na B19G Usunięcie zaćmy – kategoria II, zgodnie z opisem (załącznik nr 10),

- dodanie do katalogu produktów odrębnych (załącznik nr 1b) produktu: Kontrolna porada specjalistyczna po zabiegu związanym z leczeniem zaćmy (dedykowany grupie B18G i B19G),
- dodanie do katalogu produktów odrębnych (załącznik nr 1b) produktu: Wizyta kwalifikacyjna do zabiegu usunięcia zaćmy – w trybie ambulatoryjnym (zgodnie z opublikowanym przez Polskie Towarzystwo Okulistyczne „Standardem kwalifikacji do zabiegu usunięcia zaćmy – nie dotyczy dzieci”,
- dodanie obowiązku sprawozdawania w raporcie statystycznym ostrości wzroku wg skali Snellena oraz powikłań po zabiegu,
- wprowadzenie współczynnika korygującego o wartości 1,25 w sytuacji zastosowania soczewki torycznej lub anirydialnej, przy rozliczaniu grupą B18G,
- podział grupy B98 na dwie nowe grupy: B98A Leczenie zachowawcze okulistyczne >17 r.ż. oraz B98B Leczenie zachowawcze okulistyczne <18 r.ż.,
- zmiana zasad rozliczania grup związanych z przeszczepieniem rogówki (B04, B05, B06), polegająca na wyodrębnieniu kosztu rogówki poprzez utworzenie w katalogu produktów do sumowania (załącznik nr 1c) produktu, umożliwiającego rozliczenie poniesionego kosztu rogówki,
- utworzenie nowych grup: B03 Leczenie werteporfiną przy zastosowaniu terapii fotodynamicznej, B25 Wszczepienie wtórne soczewki, B31 Duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka,
- jednocześnie, w wyniku ww. konsultacji wprowadzono współczynnik korygujący o wartości 1,1 dla świadczeniodawców, którzy w roku poprzedzającym rok, na który obowiązuje współczynnik, zrealizowali co najmniej: - 250 zabiegów związanych z leczeniem jaskry, w sytuacji rozliczania hospitalizacji grupą B11 lub B72, lub- 400 zabiegów wykonanych metodą witrektomii i/lub fakowitrektomii, w sytuacji rozliczania hospitalizacji grupą B16, B16G, B17, B17G.
- w katalogu produktów odrębnych:
  - utworzono produkt: 5.52.01.0001524 Hospitalizacja diagnostyczna, dedykowany do rozliczenia hospitalizacji związanej wyłącznie z wykonaniem kosztochłonnego badania diagnostycznego (tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, gastroskopia, kolonoskopia). Produkt możliwy jest do rozliczenia we wszystkich zakresach zachowawczych z wyłączeniem onkologii klinicznej i hematologii;
  - utworzono produkt rozliczeniowy: 5.52.01.0001525 Produkt leczniczy nie zawarty w kosztach leczenia jawnej postaci porfirii wątrobowej (hemina ludzka), rozliczany na podstawie rachunku/ faktury, w trybie ambulatoryjnym, a w sytuacji hospitalizacji podczas której zaistniała konieczność podania heminy ludzkiej; umożliwiono w katalogu produktów do sumowania (załącznik nr 1c do zarządzenia), sumowanie kosztów heminy dedykowanych grupie K28F Wrodzone wady metaboliczne <66 r.ż.; dodatkowo umożliwiono rozliczanie grupy K28F w zakresie: onkologia i hematologia dziecięca.

Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 lipca 2018 r.

Zarządzenie Nr 87/2018/DSOZ z dnia 23 sierpnia 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wyskospecjalistyczne:

- wprowadzono w życie obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 28 maja 2018 r. w sprawie taryfy świadczeń gwarantowanych z zakresu kompleksowych zabiegów trzustki :
  - modyfikacja dedykowanej grupy G31 Kompleksowe zabiegi trzustki poprzez jej usunięcie, oraz utworzenie dwóch nowych grup: G31G Resekcje trzustki zabiegów

- rekonstrukcyjnych oraz G31H Kompleksowe zabiegi trzustki z rekonstrukcją (pankreatoduodenektomie);
- o modyfikacja dedykowanego produktu z katalogu produktów do sumowania 5.53.01.0000120 Otwarcie jamy otrzewnowej w ostrym zapaleniu trzustki – relaparotomia poprzez jego usunięcie, i utworzenie nowego produktu 5.53.01.0001645 Relaparotomia z powodu powikłań w ostrym zapaleniu trzustki;
- wprowadzenie w życie zalecenia Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2018 r., w zakresie konieczności modyfikacji grupy JGP B84 Małe zabiegi witreoretinalne, polegające na możliwości sprawozdania procedury ICD-9: 99.293 Wstrzyknięcie rekombinowanych białek, bez ograniczania do konkretnego rozpoznania, z zastrzeżeniem jednak, że nie dopuszcza się rozliczania iniekcji doszkliskowych u pacjentów zakwalifikowanych do dedykowanego programu lekowego.

Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 października 2018 r.

Zarządzenie Nr 134/2018/DSOZ z dnia 28 grudnia 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:

- wprowadzono nową sekcję PZ Choroby dzieci – leczenie zabiegowe, która zawiera w jednym miejscu JGP dedykowane wyłącznie chirurgii dziecięcej i innym specjalistycznym dziecięcym dziedzinom zabiegowym. Jednocześnie dla wszystkich JGP zabiegowych w nowopowstałej sekcji katalogu wprowadzono możliwość zastosowania współczynnika 1,2 dla dzieci w wieku od urodzenia do ukończenia 3 r.ż. oraz współczynnika 1,1 dla dzieci w wieku odpowiednio 4 – 9 r.ż. podnoszącego wartość rozliczanej JGP. Uwzględniono również w wycenie katalogowej świadczeń dotychczasowych wskaźników dedykowanych poszczególnym zakresom dziecięcym;
- zmieniono zasady rozliczania zabiegów noworodka realizowanych na oddziale neonatologii poprzez umożliwienie sumowania zrealizowanych zabiegów do grup neonatologicznych N21, N22. Tym samym usunięto z katalogu grupę N26, gdyż rozliczane przez tę JGP procedury ICD-9 będą teraz możliwe do rozliczania produktem z katalogu 1c poprzez dosumowanie do właściwej JGP z zakresu neonatologii właściwej dla stanu klinicznego noworodka. Jednocześnie umożliwiono w ramach ww. produktu z katalogu 1c rozliczenie zabiegów witrektomii;
- w celu wzmocnienia działań Narodowego Funduszu Zdrowia polegających na premiowaniu świadczeniodawców (wolumen jako aproksymacja jakości) specjalizujących się w wykonywaniu określonych grup zabiegów dedykowanych pacjentom onkologicznym (dotyczy karty DiLO) oraz udzielających kompleksowych świadczeń na rzecz pacjentów onkologicznych, umożliwiono zastosowanie współczynnika korygującego o wartości 1,25 oraz dokonano korekty wyceny wybranych świadczeń teleradioterapii. Dodatkowo Fundusz rozszerzając podejmowane działania, po przeprowadzeniu szczegółowych analiz dodał do katalogu produktów dedykowanych dla wybranych rozpoznań onkologicznych (produkty objęte współczynnikiem korygującym) nowotwory złośliwe tarczycy i przytarczyc, nowotwory OUN oraz nowotwory złośliwe gardła i krtani;
- w związku z opublikowaniem w dniu 20 grudnia 2018 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 2376), które wprowadza z dniem 1 stycznia 2019 r. nowe świadczenie gwarantowane „Profilaktyczne usunięcie jajników i jajowodów redukujące ryzyko raka jajników i jajowodów u nosicielek patogennych mutacji w genach BRCA1/BRCA2”, biorąc pod uwagę polecenie Ministra Zdrowia, produktem rozliczeniowym dedykowanym m.in. dla przedmiotowego świadczenia gwarantowanego jest grupa JGP M13 Duże zabiegi górnej części układu rozrodczego. W celu retrospektywnego monitorowania liczby wykonanych profilaktycznych zabiegów usunięcia jajników i jajowodów, koniecznym

będzie sprawozdanie rozpoznania ICD-10: Z40.0 Chirurgia profilaktyczna czynników ryzyka związanych z nowotworami złośliwymi. Odpowiedniej modyfikacji dokonano w załączniku nr 3a do zarządzenia (Produkty rozliczeniowe dedykowane dla świadczeń, dla których w rozporządzeniu określono dodatkowe warunki ich realizacji);

- w katalogu grup (załącznik nr 1a do zarządzenia), dokonano zmiany polegającej na zastąpieniu dotychczas stosowanego znaku „x” liczbą „1”, „2” lub „3”, co oznacza odpowiednio: 1 – możliwość realizacji określonej danej JGP w pierwszym z zakresów wskazanych w kolumnie „zakresy świadczeń”, 2 – możliwość realizacji określonej danej JGP w drugim z zakresów wskazanych w kolumnie „zakresy świadczeń”, 3 – możliwość realizacji określonej JGP we wszystkich zakresach wskazanych w kolumnie „zakresy świadczeń”. Wprowadzona zmiana ma na celu dookreślenia właściwego zakresu realizacji określonej JGP, przy jednoczesnym zachowaniu dotychczasowego jego kształtu bez konieczności rozbudowy o dodatkowe kolumny;
- w katalogu produktów odrębnych (załącznik nr 1b do zarządzenia):
  - dodano produkt: 5.52.01.0000036 Usunięcie portu naczyniowego z hospitalizacją dedykowaną umożliwiającą świadczeniodawcom rozliczenie procedury usunięcia portu naczyniowego,
  - dodano produkt: 5.52.01.0001529 Hospitalizacja do świadczenia wysokospecjalistycznego w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii.
- w katalogu produktów do sumowania (załącznik nr 1c do zarządzenia):
  - na wniosek Ministra Zdrowia, dodano produkt 5.53.01.0001646 Koszt donacji komórek, tkanek lub narządów od dawcy (obywatela obcego kraju) na rzecz polskiego biorcy, umożliwiający rozliczenie kosztów związanych z pobraniem komórek, tkanek lub narządów rzeczywiście poniesionych przez szpital, w którym dokonano czynności związanej z pobraniem. Rozliczenie następuje pomiędzy szpitalem pobierającym, a świadczeniodawcą związanym umową z Narodowym Funduszem Zdrowia,
  - w związku z opublikowanym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przecewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych (Dz. U. poz. 1985), na wniosek Konsultanta Krajowego w dziedzinie neurologii dokonano odpowiedniej modyfikacji w zakresie sposobu rozliczania produktów związanych z leczeniem udarów mózgu w oddziale udarowym. W wyniku tych zmian utworzono produkt 5.53.01.0001647 Koszt leku trombolitycznego nie zawarty w kosztach świadczenia, dedykowany dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Leczenie udaru mózgu w oddziale udarowym, o którym mowa w lp. 2 załącznika nr 4 do rozporządzenia szpitalnego, usuwając jednocześnie koszt leku trombolitycznego zawarty dotychczas w JGP.

Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2019 r.

### Świadczenia Kontraktowane Odrębnie

Zarządzenie Nr 29/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 marca 2018 r. Zmiany w zakresie katalogu produktów dodatkowych do sumowania w KOC I (załącznik nr 1a do zarządzenia). Zmiany te związane były z koniecznością dostosowania przepisów zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2017 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2018 r. (Dz. U. poz. 1516) oraz polegały na symetryzacji produktów rozliczeniowych dedykowanych rozliczaniu krwi i jej składników. Utworzono w tym celu nowe produkty rozliczeniowe, które umożliwiły również retrospektywne monitorowanie sposobu gospodarowania krwią i jej preparatami. Przepisy zarządzenia, miały zastosowanie do świadczeń sprawozdawanych po dniu wejścia w życie zarządzenia, a udzielonych nie wcześniej niż w dniu 1 kwietnia 2018 r.

## Opieka Paliatywna i Hospicyjna

W opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2018 r. wprowadzono do przepisów zarządzenia nr 74/2018/DSOZ z dnia 31 lipca 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna, zmiany które dotyczyły zwłaszcza:

- uszczegółowienia przepisu odnoszącego się do przepisów żywienia dojelitowego i pozajelitowego, które powinny być realizowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną. Rodzaje diet, zasady opieki nad dostępem do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego oraz zasady podaży kompletnej diety przemysłowej, a także zapobieganie, rozpoznawanie i postępowanie w przypadku powikłań powinny być zgodne ze standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu oraz zaleceniami Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego Dzieci;
- dodania w załączniku nr 3 do zarządzenia „Karta wizyt w domu chorego” kolumny „czas trwania wizyty”. Zmiana ta pozwoli na monitorowanie czasu trwania wizyty lub porady personelu medycznego w danym dniu, w domu pacjenta. monitorowanie wyeliminuje zdarzenia realizacji świadczeń w tym samym czasie u dwóch świadczeniodawców lub w dwóch różnych zakresach świadczeń u tego samego świadczeniodawcy. Daje możliwość dokumentowania wizyt i porad, które są realizowane więcej niż 1 raz w ciągu tego samego dnia. Może być również wykorzystywana w przypadku rozpatrywania skarg pacjentów. Dodatkowo uszczegółowiono przepis, że przedmiotową kartę dołącza się do dokumentacji medycznej pacjenta.

## Świadczenia Pielęgnacyjno-Opiekuńcze

W świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w 2018 r., wprowadzona została do przepisów zarządzenia nr 45/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, zmiana polegająca na wprowadzeniu taryfy świadczeń gwarantowanych, określonej przez AOTMiT, udzielanych w warunkach stacjonarnych w zakładzie opiekuńczym dla osób dorosłych oraz w warunkach stacjonarnych w zakładzie opiekuńczym dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia.

W związku z powyższym, w zarządzeniu wprowadzono obowiązujące w poszczególnych latach katalogi świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych w załącznikach nr: 1a – od 01.07.2018 r. do 31.12.2018 r.; 1b – od 01.01.2019 r. do 31.12.2019 r.; 1c – od 01.01.2020 r. do 31.12.2020 r.; 1d – od 01.01.2021 r. do 31.12.2021 r.; 1e – Katalog świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych dla świadczeń gwarantowanych od 01.01.2022 r. do 31.12.2022 r. Z uwagi na fakt, że nie została określona taryfa dla przedmiotowych świadczeń w odniesieniu do pacjentów żywionych dojelitowo i pozajelitowo kompletną dietą przemysłową, ujednolicono zastosowanie jednostki rozliczeniowej we wszystkich zakresach świadczeń. W zarządzeniu wprowadzono wagi punktowe dla produktów rozliczeniowych, dla których nie zostały określone taryfy. Ponadto, uszczegółowiono przepis dotyczący żywienia dojelitowego i pozajelitowego, które winno być realizowane zgodnie z aktualną wiedzą medyczną; rodzaje diet, zasady opieki nad dostępem do żywienia dojelitowego lub pozajelitowego oraz zasady podaży kompletnej diety przemysłowej, a także zapobieganie, rozpoznawanie i postępowanie w przypadku powikłań winny być zgodne ze standardami żywienia pozajelitowego i dojelitowego opracowanymi przez Polskie Towarzystwo Żywienia Pozajelitowego, Dojelitowego i Metabolizmu oraz zaleceniami Polskiego Towarzystwa Żywienia Klinicznego Dzieci. W zarządzeniu wprowadzono zmiany w załączniku nr 3 do zarządzenia – „Karta wizyt w domu chorego wentylowanego mechanicznie” oraz w załączniku nr 5 do zarządzenia - „Karta wizyt pielęgniarki długoterminowej domowej” polegające na dodaniu w tabeli kolumny „czas trwania wizyty”. Zmiana ta pozwoli na monitorowanie czasu trwania wizyty lub porady w danym dniu personelu medycznego,



w domu pacjenta. Monitorowanie wykonanych porad i wizyt w domu pacjenta w określonym czasie, wyeliminuje zdarzenia realizacji świadczeń w tym samym czasie u dwóch świadczeniodawców lub w dwóch różnych zakresach świadczeń u tego samego świadczeniodawcy. Daje możliwość dokumentowania wizyt lub porad, które są realizowane więcej niż 1 raz w ciągu tego samego dnia. Może być również wykorzystywana w przypadku rozpatrywania skarg pacjentów.

W przedmiotowym zakresie świadczeń w lipcu 2018 r. dokonano również zmiany w zarządzeniu nr 45/2018/DSOZ, która polegała na wprowadzeniu taryfy świadczeń opublikowanej w Obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 28 maja 2018 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Taryfa świadczeń dla świadczenia: „Osobodzień pobytu w ZPO/ZOL pacjenta z chorobą AIDS lub zakażonych HIV z liczbą punktów 0-40 w skali Barthel” została określona jako 3,76 pkt. Zgodnie z art. 146 ust. 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm. ), niniejszym zarządzeniem Prezes Funduszu określił przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji taryfę świadczeń, wprowadził do stosowania od 1 września 2018 roku.

#### Zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie

Narodowy Fundusz Zdrowia finansuje świadczenia gwarantowane z zakresu zaopatrzenia w wyroby medyczne wydawane na zlecenie według limitów finansowania określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 784), zwanej dalej „ustawą o refundacji”.

W 2018 r. obowiązywało rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. poz. 1061 oraz z 2018 r. poz. 281). Rozszerzenie wykazu wyrobów medycznych z dniem 3 marca 2018 r. zapewniło pacjentom do ukończenia 26. roku życia z cukrzycą typu I leczonym przy pomocy pompy insulinowej, z nieświadomością hipoglikemii, dostęp do Systemu Ciągłego Monitorowania Glikemii w czasie rzeczywistym (CGM-RT).

Dodatkowo, od 1 lipca 2018 r. zgodnie z art. 47 ust. 1b ustawy o świadczeniach, osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności a także osoby posiadające orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniami: konieczności stałej lub długotrwałej opieki lub pomocy innej osoby w związku ze znacznie ograniczoną możliwością samodzielnej egzystencji oraz konieczności stałego współudziału na co dzień opiekuna dziecka w procesie jego leczenia, rehabilitacji i edukacji, mają prawo do wyrobów medycznych określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, na zlecenie osoby uprawnionej, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych określonego w tych przepisach, według wskazań medycznych bez uwzględnienia okresów użytkowania. O miesięcznym zaopatrzeniu w te wyroby decyduje każdorazowo osoba uprawniona do wystawienia zlecenia, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji.

Powyższe rozwiązania umożliwiły pacjentom szerszy dostęp do finansowanych ze środków publicznych wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie.

#### Stomatologia

Zarządzenie Nr 6/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 stycznia 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne. Wprowadzenie dentobusów, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego

Zarządzenie Nr 8/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 31 stycznia 2018 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne – zmiany porządkowe.

Zarządzenie Nr 47/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 czerwca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne, - przy rozliczaniu świadczeń stomatologicznych wykonywanych w dentobusie współczynnik korygujący wycenę tych świadczeń 1,3; czyli o takiej samej wartości, jak w przypadku leczenia dzieci i młodzieży w ramach zakresów: świadczenia ogólnostomatologiczne oraz świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do 18 r.ż. w stacjonarnych gabinetach stomatologicznych.

### Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

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

- stacjonarnych: oddziałów psychiatrycznych, oddziałów leczenia uzależnień,
- oddziału/ośrodka dziennego: psychiatrycznego, leczenia uzależnień,
- ambulatoryjnych: poradni psychiatrycznych, zespołu leczenia środowiskowego, poradni leczenia uzależnień; oraz w formie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.

Wprowadzone przez NFZ w 2018 roku zmiany w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dotyczyły w szczególności:

- wyodrębniono produkt rozliczeniowy dla turnusu rehabilitacyjnego dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz turnusu rehabilitacyjnego dla osób uzależnionych (w celu umożliwienia prowadzenia klarownej sprawozdawczości). Wykazano także produkty rozliczeniowe z zastosowaniem różnego rodzaju wskaźników korygujących jak: przepustki, pobyt ponad standard czasu, porady w przypadku kobiety w ciąży z wadą letalną płodu w celu jawności i przejrzystości sprawozdawczości oraz rozliczeń;
- w ramach zakresu świadczeń: świadczenia psychiatryczne dla dzieci i młodzieży w ramach leczenia pacjentów z grupy rozpoznań ICD 10: F43 - reakcja na ciężki stres i zaburzenia adaptacyjne został wydłużony czas pobytu z 42 dni do 70 dni, co stanowi realny czas na przeprowadzenie terapii PTSD;
- wydłużono obowiązek utrzymywania przez okres leczenia szpitalnego rezerwacji łóżka w psychiatrycznym zakładzie opiekuńczo-leczniczym lub pielęgnacyjno-opiekuńczym do 30 dni co stanowiło uwzględnienie wniosków świadczeniodawców;
- wprowadzono współczynniki korygujące: o wartości 1,04 dla świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych i 1,06 dla świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w celu pokrycia wzrostu kosztów świadczeń psychiatrycznych ponoszonych przez świadczeniodawców.

Ponadto, w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego z dnia 27 kwietnia 2018 r. (Dz. U. poz. 852), Prezes Funduszu wydał zarządzenie w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, co stanowiło wykonanie upoważnienia określonego w art. 48e ust. 1 i 6 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.) Pilotaż ma na celu przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznego opieki zdrowotnej opartego na centrach zdrowia psychicznego w aspektach organizacji, finansowania, jakości oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. W 2018 roku swoje funkcjonowanie rozpoczęło 27 centrów w czternastu oddziałach wojewódzkich Funduszu, zapewniając dostęp do świadczeń psychiatrycznych osobom w wieku powyżej 18 r.ż., zamieszkującym określony obszar terytorialnego. Do powyższych świadczeń zalicza się: świadczenia psychiatryczne dla dorosłych wraz z pomocą

doraźną, świadczenia dzienne psychiatryczne dla dorosłych, świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dorosłych, leczenie środowiskowe (domowe). Przyjęto sposób finansowania tych świadczeń w formie ryczałtu, przy czym został on zdefiniowany, jako iloczyn liczby osób powyżej 18 r.ż. zamieszkujących obszar działania centrum i stawki rocznej na osobę.

### Rehabilitacja lecznicza

W dniu 23 maja 2019 opublikowano nowe zarządzenie 42/2018/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń-leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, którego opracowanie wynikało z liczbie zmian wprowadzonych do zarządzenia Nr 130/2016/DSOZ Prezesa NFZ z dnia z dnia 30 grudnia 2016 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń-leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

Zarządzeniem 53/2018/DSOZ z dnia 22 czerwca 2018 r., zmieniono zarządzenie Nr 42/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 maja 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. Zmiany w finansowaniu świadczeń w rehabilitacji leczniczej w 2018 r. wynikały z konieczności dostosowania przepisów do aktualnego stanu prawnego, tj. Ustawy z dnia 9 maja 2018 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (Dz. U. 2018, poz. 932). W załączniku nr 1n do zarządzenia wyodrębnione zostały do finansowania świadczeń – zakresy skojarzone dedykowane osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności. Określone zostały zasady sprawozdawania i finansowania świadczeń zrealizowanych w nowych zakresach.

## **II.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej**

### System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej (PSZ)

Na podstawie przepisu art. 2 ust. 4 ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844), dyrektorzy poszczególnych oddziałów NFZ ogłosili do dnia 27 czerwca 2017 r. wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Wykazy obowiązują od dnia 1 października 2017 r. do dnia 30 czerwca 2021. W ramach systemu zabezpieczenia wyróżniono następujące poziomy: szpitale I stopnia, szpitale II stopnia, szpitale III stopnia, szpitale onkologiczne lub pulmonologiczne, szpitale pediatryczne, szpitale ogólnopolskie.

Poziomy systemu zabezpieczenia poszczególnych szpitali były wyznaczane przez rodzaje udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej i określane przez wskazanie profili lub rodzajów komórek organizacyjnych. Szpitale zakwalifikowane do sieci posiadają umowę z Funduszem, a świadczenia opieki zdrowotnej w większości są finansowane ryczałtem, którego wysokość zależy m.in. od liczby, struktury i sprawozdanych świadczeń przez świadczeniodawcę w poprzednich okresach rozliczeniowych. Umowy obejmują udzielanie świadczeń szpitalnych oraz ambulatoryjnych w poradniach przyszpitalnych, a także wybranych świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Aktualnie w ramach systemu PSZ jest odrębnie sklasyfikowanych 592 szpitali – zakładów leczniczych (I stopnia – 281, II stopnia – 96, III stopnia – 62, ogólnopolskich – 91, onkologicznych – 19, pediatrycznych – 12, pulmonologicznych – 31) wymienionych w wykazach.

**Tabela nr II.1.** Realizacja świadczeń w poszczególnych rodzajach świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu PSZ (w zł).

| Rodzaj świadczeń                          | 2017             |                   | 2018             |                   |
|---|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
|   | Liczba świadczeń | Wartość świadczeń | Liczba świadczeń | Wartość świadczeń |
| Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne | 31 304 900       | 2 464 771 688     | 30 651 957       | 2 577 232 614     |
| Leczenie szpitalne                        | 16 614 852       | 31 468 708 356    | 16 863 434       | 34 103 578 884    |
| Rehabilitacja lecznicza                   | 948 128          | 734 518 063       | 911 304          | 754 594 060       |
| Świadczenia odrębnie kontraktowane        | 489 090          | 379 833 004       | 532 611          | 405 089 902       |
| SUMA                                      | 49 356 970       | 35 047 831 110    | 48 959 306       | 37 840 495 460    |

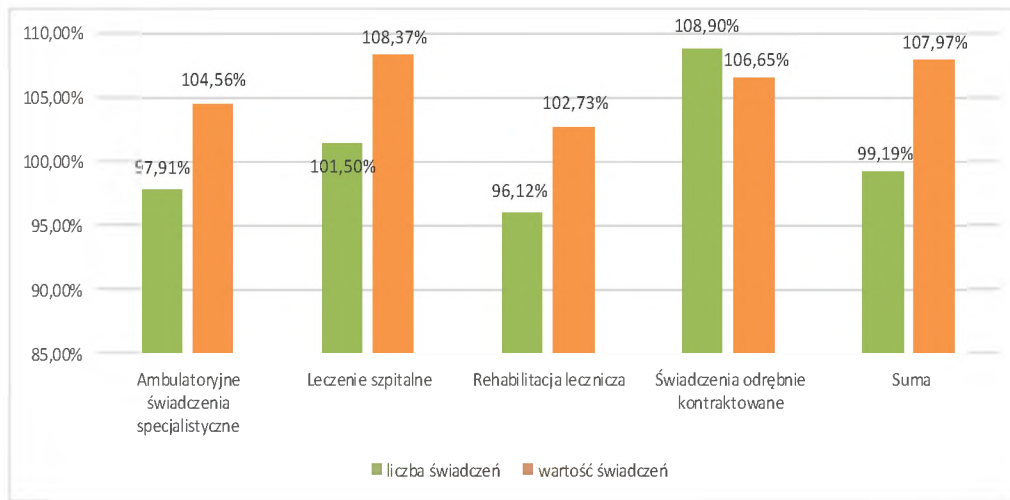
**Tabela nr II.2.** Realizacja świadczeń przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ we wszystkich rodzajach świadczeń w ramach systemu PSZ (świadczenia w ramach ryczałtu PSZ wartość wg umownej ceny za jednostkę rozliczeniową 1 zł) (w zł).

| Oddział Wojewódzki | 2017             |                   | 2018             |                   |
|--------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
|                    | Liczba świadczeń | Wartość świadczeń | Liczba świadczeń | Wartość świadczeń |
| Dolnośląski        | 3 074 479        | 2 700 825 725     | 2 992 888        | 2 892 773 735     |
| Kujawsko-pomorski  | 3 128 957        | 2 053 801 852     | 3 080 310        | 2 198 074 320     |
| Lubelski           | 3 129 646        | 1 974 612 385     | 3 141 045        | 2 102 015 661     |
| Lubuski            | 1 167 309        | 786 422 379       | 1 116 181        | 844 753 419       |
| Łódzki             | 3 474 950        | 2 313 670 575     | 3 404 957        | 2 466 734 205     |
| Małopolski         | 4 451 143        | 2 974 008 088     | 4 322 204        | 3 230 380 124     |
| Mazowiecki         | 8 379 655        | 5 962 418 436     | 8 157 048        | 6 425 195 323     |
| Opolski            | 1 150 257        | 694 384 088       | 1 149 579        | 730 609 058       |
| Podkarpacki        | 2 632 908        | 1 672 615 751     | 2 620 623        | 1 803 371 573     |
| Podlaski           | 1 810 503        | 1 013 131 589     | 1 806 652        | 1 107 798 874     |
| Pomorski           | 2 498 412        | 1 884 430 947     | 2 590 194        | 2 080 587 208     |
| Śląski             | 5 444 363        | 4 129 807 687     | 5 485 518        | 4 496 940 042     |
| Świętokrzyski      | 1 559 562        | 1 130 010 676     | 1 577 952        | 1 232 110 652     |
| Warmińsko-mazurski | 1 668 619        | 1 129 172 131     | 1 665 591        | 1 226 807 631     |
| Wielkopolski       | 3 382 097        | 3 082 766 898     | 3 459 105        | 3 319 057 462     |
| Zachodniopomorski  | 2 404 110        | 1 545 751 906     | 2 389 459        | 1 683 286 172     |
| SUMA               | 49 356 970       | 35 047 831 110    | 48 959 306       | 37 840 495 460    |

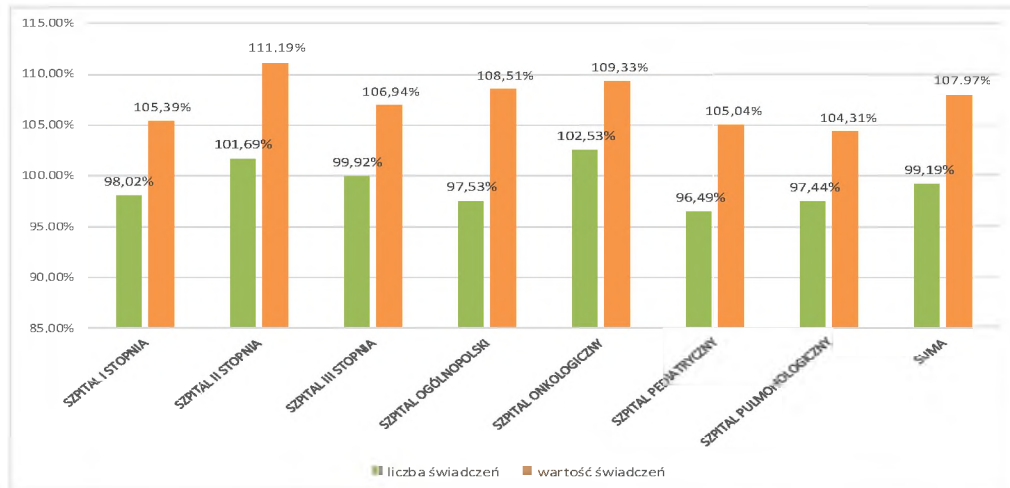
**Tabela nr II.3.** Realizacja świadczeń w ramach systemu PSZ w 2018 roku w porównaniu do realizacji analogicznych świadczeń za 2017 rok wg poziomu PSZ (w zł).

| Poziom zabezpieczenia zdrowotnego | 2017             |                   | 2018             |                   |
|-----------------------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
|                                   | Liczba świadczeń | Wartość świadczeń | Liczba świadczeń | Wartość świadczeń |
| Szpital I stopnia                 | 12 632 936       | 6 276 324 810     | 12 382 442       | 6 614 658 959     |
| Szpital II stopnia                | 9 862 267        | 6 043 136 227     | 10 028 986       | 6 719 134 075     |
| Szpital III stopnia               | 10 208 327       | 8 050 223 976     | 10 200 127       | 8 608 767 078     |
| Szpital ogólnopolski              | 12 564 732       | 11 510 491 077    | 12 254 769       | 12 489 890 547    |
| Szpital onkologiczny              | 2 335 994        | 2 002 800 248     | 2 394 991        | 2 189 609 317     |
| Szpital pediatryczny              | 1 044 796        | 456 493 055       | 1 008 173        | 479 518 841       |
| Szpital pulmonologiczny           | 707 918          | 708 361 717       | 689 818          | 738 916 643       |
| SUMA                              | 49 356 970       | 35 047 831 110    | 48 959 306       | 37 840 495 460    |

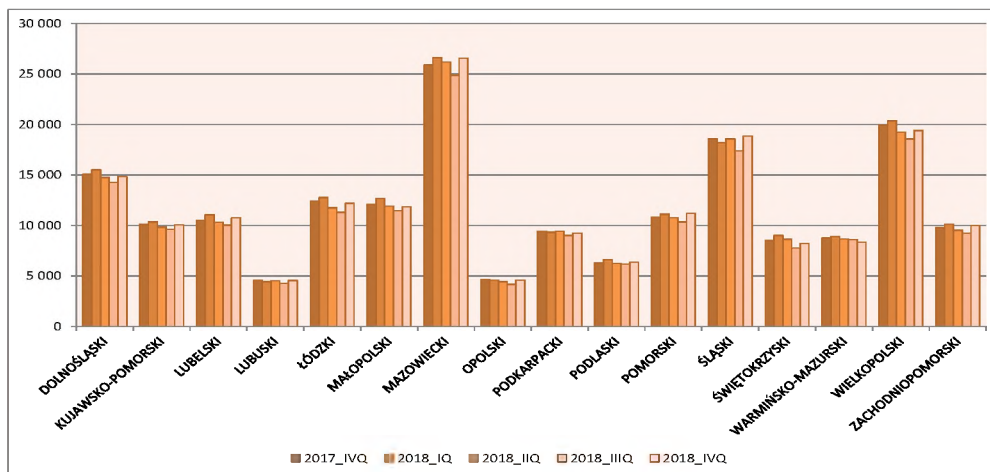
**Wykres nr II.1.** Dynamika wzrostu w ujęciu liczbowym i wartościowym wg rodzaju świadczeń.



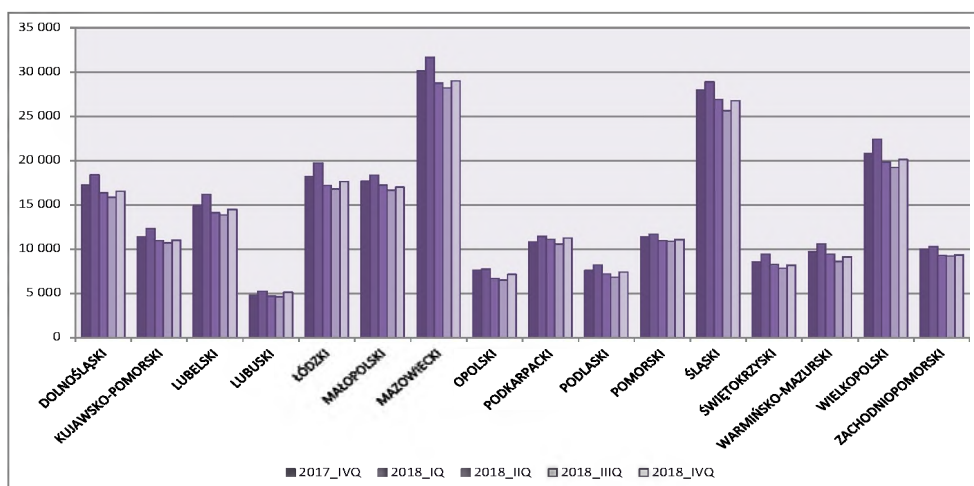
**Wykres nr II.2.** Porównanie dynamiki wzrostu w ujęciu liczbowym i wartościowym wg poziomu szpitali.



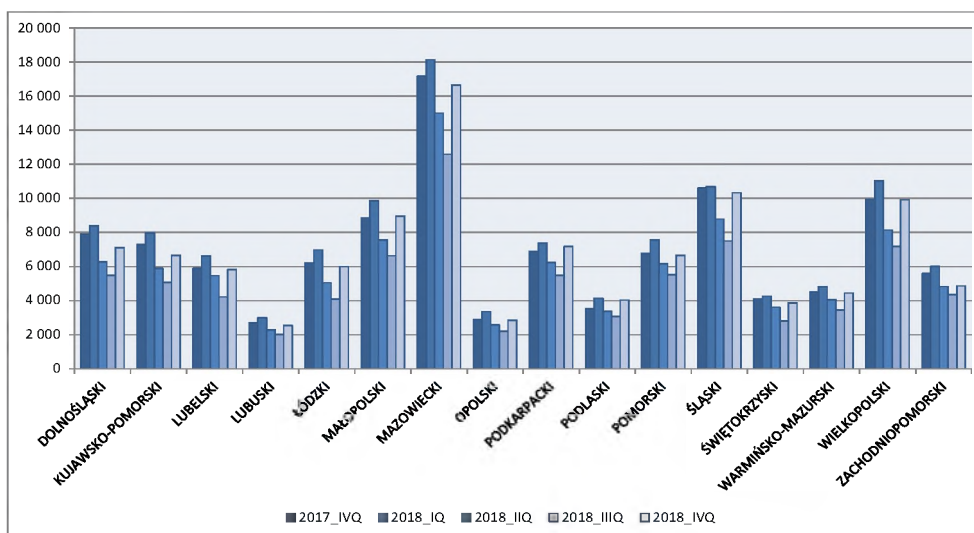
**Wykres nr III.3.** Liczba hospitalizacji w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu w ujęciu kwartalnym – profil chirurgia ogólna.



**Wykres nr II.4.** Liczba hospitalizacji w podziale na OW NFZ w ujęciu kwartalnym – profil choroby wewnętrzne.



**Wykres nr II.5.** Liczba hospitalizacji w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu w ujęciu kwartalnym – profil pediatria.



### Wykonanie Ryczałtów za 2018 rok

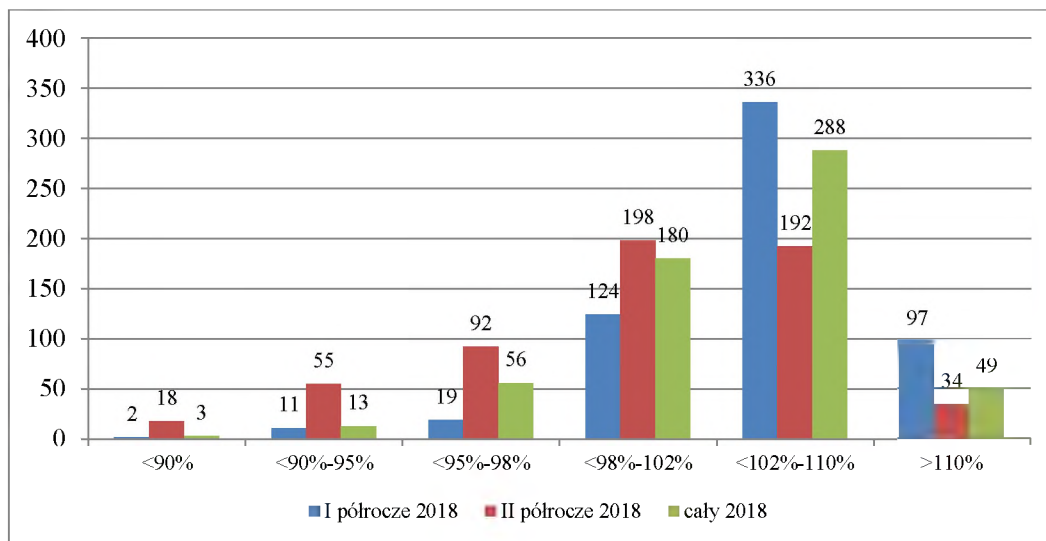
W analizie wykonania ryczałtu PSZ wzięto pod uwagę do wyliczeń wartość JI (skorygowaną liczbę jednostek sprawozdawczych), w stosunku do której rzeczywiście jest wyznaczany współczynnik wykonania ryczałtu delta L zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

**Tabela nr II.4.** Wykonanie ryczałtu PSZ w poszczególnych okresach 2018 r. w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu.

| OW NFZ              | Dynamika I półrocze 2018 r. | Dynamika II półrocze 2018 r. | Dynamika wykonanie/ ryczałt PSZ cały 2018 r. |
|---------------------|-----------------------------|------------------------------|--|
| Dolnośląski         | 104,61%                     | 101,64%                      | 103,12%                                      |
| Kujawsko - pomorski | 107,33%                     | 101,76%                      | 104,53%                                      |
| Lubelski            | 104,74%                     | 101,11%                      | 102,91%                                      |
| Lubuski             | 104,45%                     | 100,67%                      | 102,53%                                      |
| Łódzki              | 103,56%                     | 102,55%                      | 103,06%                                      |
| Małopolski          | 107,50%                     | 102,48%                      | 104,97%                                      |
| Mazowiecki          | 102,94%                     | 101,29%                      | 102,11%                                      |
| Opolski             | 101,87%                     | 98,75%                       | 100,30%                                      |
| Podkarpacki         | 105,65%                     | 100,62%                      | 103,12%                                      |
| Podlaski            | 105,57%                     | 101,41%                      | 103,46%                                      |
| Pomorski            | 104,26%                     | 102,35%                      | 103,30%                                      |
| Śląski              | 105,48%                     | 101,58%                      | 103,52%                                      |
| Świętokrzyski       | 104,17%                     | 99,28%                       | 101,71%                                      |
| Warmińsko-mazurski  | 107,01%                     | 101,79%                      | 104,38%                                      |
| Wielkopolski        | 105,62%                     | 101,59%                      | 103,59%                                      |
| Zachodniopomorski   | 104,89%                     | 100,80%                      | 102,83%                                      |
| Polska              | 104,93%                     | 101,46%                      | 103,18%                                      |

Wykonanie ryczałtu PSZ w poszczególnych okresach 2018 r.

**Wykres nr II.6.** Wykonanie ryczałtu PSZ – liczba podmiotów z wykonaniem w danym przedziale procentowym.



**Tabela nr II.5.** Wartość ryczałtu wg poziomu PSZ dla okresu rozliczeniowego (w zł).

| Nazwa zakresu świadczeń               | IV kwartał 2017 | I półrocze 2018 | II półrocze 2018 |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| Ryczałt PSZ – szpital I stopnia       | 1 234 412 730   | 2 469 975 637   | 2 483 007 861    |
| Ryczałt PSZ – szpital II stopnia      | 1 023 375 384   | 2 095 893 732   | 2 129 422 575    |
| Ryczałt PSZ – szpital III stopnia     | 1 292 860 139   | 2 668 556 896   | 2 716 630 652    |
| Ryczałt PSZ – szpital ogólnopolski    | 1 612 988 865   | 3 350 796 621   | 3 429 012 246    |
| Ryczałt PSZ – szpital onkologiczny    | 57 132 170      | 116 500 799     | 114 654 096      |
| Ryczałt PSZ – szpital pediatryczny    | 92 245 251      | 189 146 406     | 199 680 118      |
| Ryczałt PSZ – szpital pulmonologiczny | 124 381 524     | 256 119 523     | 255 275 063      |
| Suma:                                 | 5 437 396 063   | 11 146 989 614  | 11 327 682 611   |

**Tabela nr II.6.** Wartość ryczałtu wg poziomu PSZ dla okresu rozliczeniowego (średniomiesięczny) (w zł).

| Nazwa zakresu świadczeń               | IV kwartał 2017 | I półrocze 2018 | II półrocze 2018 |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|------------------|
| Ryczałt PSZ – szpital I stopnia       | 411 470 910     | 411 662 606     | 413 834 644      |
| Ryczałt PSZ – szpital II stopnia      | 341 125 128     | 349 315 622     | 354 903 762      |
| Ryczałt PSZ – szpital III stopnia     | 430 953 380     | 444 759 483     | 452 771 775      |
| Ryczałt PSZ – szpital ogólnopolski    | 537 662 955     | 558 466 104     | 571 502 041      |
| Ryczałt PSZ – szpital onkologiczny    | 19 044 057      | 19 416 800      | 19 109 016       |
| Ryczałt PSZ – szpital pediatryczny    | 30 748 417      | 31 524 401      | 33 280 020       |
| Ryczałt PSZ – szpital pulmonologiczny | 41 460 508      | 42 686 587      | 42 545 844       |
| Suma:                                 | 1 812 465 354   | 1 857 831 602   | 1 887 947 102    |

### Postępowania konkursowe

W 2018 roku przeprowadzono postępowania w trybie konkursu ofert i rokowań. Wszystkich postępowań było 5 953, rozstrzygnięto 4 313, unieważniono bądź odwołano 1 629.

**Tabela nr II.7.** Liczba postępowań w 2018 roku stan na 31.12.2018 r. (wszystkie).

| Nazwa Oddziału     | Podstawowa opieka zdrowotna | Specjalistyczne świadczenia | Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne | Leczenie szpitalne | Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień | Rehabilitacja lecznicza | Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze | Opieka paliatywno-hospicyjna | Leczenie stomatologiczne | Leczenie uzdrowiskowe | Profilaktyczne programy zdrowotne | Ratownictwo medyczne | Świadczenia odrębnie kontraktowane | Programy pilotażowe | Liczba postępowań |
|--------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|--------------------|---|-------------------------|--|------------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------------------|----------------------|------------------------------------|---------------------|-------------------|
| Dolnośląski        | 0                           | 43                          | 101                                       | 12                 | 66  | 0                       | 1                                      | 9                            | 0                        | 1                     | 2                                 | 18                   | 0                                  | 253                 |                   |
| Kujawsko-Pomorski  | 4                           | 34                          | 79  | 9                  | 98  | 0                       | 1                                      | 15                           | 0                        | 0                     | 0                                 | 15                   | 1                                  | 256                 |                   |
| Lubelski           | 0                           | 0                           | 69  | 157                | 17  | 0                       | 2                                      | 8                            | 0                        | 0                     | 0                                 | 37                   | 2                                  | 292                 |                   |
| Lubuski            | 1                           | 54                          | 45  | 33                 | 27  | 20                      | 9                                      | 40                           | 0                        | 1                     | 0                                 | 29                   | 0                                  | 259                 |                   |
| Łódzki             | 1                           | 40                          | 85  | 127                | 14  | 8                       | 1                                      | 6                            | 0                        | 0                     | 3                                 | 12                   | 0                                  | 297                 |                   |
| Małopolski         | 0                           | 56                          | 19  | 248                | 37  | 0                       | 1                                      | 488                          | 0                        | 0                     | 0                                 | 35                   | 0                                  | 884                 |                   |
| Mazowiecki         | 1                           | 77                          | 91  | 38                 | 145   | 0                       | 55                                     | 22                           | 0                        | 15                    | 0                                 | 25                   | 2                                  | 471                 |                   |
| Opolski            | 0                           | 48                          | 16  | 103                | 39  | 29                      | 15                                     | 14                           | 0                        | 0                     | 0                                 | 15                   | 0                                  | 279                 |                   |
| Podkarpacki        | 4                           | 72                          | 101                                       | 81                 | 147   | 8                       | 3                                      | 23                           | 0                        | 2                     | 0                                 | 27                   | 0                                  | 468                 |                   |
| Podlaski           | 1                           | 38                          | 55  | 38                 | 18  | 0                       | 1                                      | 11                           | 1                        | 0                     | 0                                 | 18                   | 2                                  | 183                 |                   |
| Pomorski           | 0                           | 12                          | 28  | 167                | 3   | 0                       | 3                                      | 13                           | 0                        | 0                     | 0                                 | 13                   | 0                                  | 239                 |                   |
| Śląski             | 11                          | 22                          | 194                                       | 158                | 0   | 1                       | 5                                      | 50                           | 0                        | 0                     | 0                                 | 39                   | 0                                  | 480                 |                   |
| Świętokrzyski      | 0                           | 45                          | 15  | 73                 | 218   | 0                       | 0                                      | 11                           | 0                        | 0                     | 0                                 | 26                   | 3                                  | 391                 |                   |
| Warmińsko-Mazurski | 1                           | 36                          | 62  | 143                | 152   | 0                       | 42                                     | 12                           | 0                        | 2                     | 0                                 | 5                    | 1                                  | 456                 |                   |
| Wielkopolski       | 1                           | 130                         | 71  | 154                | 145   | 1                       | 10                                     | 2                            | 0                        | 1                     | 0                                 | 22                   | 2                                  | 539                 |                   |
| Zachodniopomorski  | 0                           | 19                          | 9   | 93                 | 5   | 0                       | 5                                      | 28                           | 0                        | 33                    | 0                                 | 13                   | 1                                  | 206                 |                   |
| <b>Razem</b>       | <b>25</b>                   | <b>726</b>                  | <b>1 040</b>                              | <b>1 634</b>       | <b>1 131</b>                                | <b>67</b>               | <b>154</b>                             | <b>752</b>                   | <b>1</b>                 | <b>55</b>             | <b>5</b>                          | <b>349</b>           | <b>14</b>                          | <b>5 953</b>        |                   |



**Tabela nr II.8.** Liczba postępowań w 2018 roku stan na 31.12.2018 r. (status rozstrzygnięte).

| Nazwa Oddziału     | Podstawowa opieka zdrowotna | Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne | Leczenie szpitalne | Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień | Rehabilitacja lecznicza | Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze | Opieka paliatywno-hospicyjna | Leczenie stomatologiczne | Leczenie uzdrowiskowe | Profilaktyczne programy zdrowotne | Ratownictwo medyczne | Świadczenia odrębnie kontraktowane | Programy pilotażowe | liczba postępowań |
|--------------------|-----------------------------|---|--------------------|---|-------------------------|--|------------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------------------|----------------------|------------------------------------|---------------------|-------------------|
| Dolnośląski        |                             | 33  | 63                 | 12  | 34                      |  | 1                            | 6                        |                       | 1                                 | 1                    | 18                                 |                     | 169               |
| Kujawsko-Pomorski  | 4                           | 34  | 75                 | 9   | 78                      |  |                              | 11                       |                       |                                   |                      | 12                                 | 1                   | 224               |
| Lubelski           |                             |   | 67                 | 105   | 13                      |  | 1                            | 7                        |                       |                                   |                      | 30                                 | 1                   | 224               |
| Lubuski            | 1                           | 37  | 32                 | 30  | 9                       | 14                                     | 5                            | 7                        |                       | 1                                 |                      | 19                                 |                     | 155               |
| Łódzki             | 1                           | 34  | 72                 | 115   | 11                      | 7                                      | 1                            | 4                        |                       |                                   | 2                    | 9                                  |                     | 256               |
| Małopolski         |                             | 49  | 18                 | 184   | 30                      |  | 1                            | 457                      |                       |                                   |                      | 26                                 |                     | 765               |
| Mazowiecki         | 1                           | 54  | 67                 | 28  | 91                      |  | 51                           | 8                        |                       | 3                                 |                      | 18                                 | 2                   | 323               |
| Opolski            |                             | 34  | 10                 | 75  | 24                      | 27                                     | 14                           | 6                        |                       |                                   |                      | 8                                  |                     | 198               |
| Podkarpacki        | 2                           | 58  | 86                 | 68  | 82                      | 5                                      | 2                            | 18                       |                       | 2                                 |                      | 19                                 |                     | 342               |
| Podlaski           | 1                           | 27  | 43                 | 23  | 11                      |  | 1                            | 5                        | 1                     |                                   |                      | 12                                 | 2                   | 126               |
| Pomorski           |                             | 8   | 23                 | 134   |                         |  | 3                            | 7                        |                       |                                   |                      | 10                                 |                     | 185               |
| Śląski             | 10                          | 10  | 133                | 20  |                         |  | 3                            | 15                       |                       |                                   |                      | 31                                 |                     | 222               |
| Świętokrzyski      |                             | 30  | 9                  | 62  | 149                     |  |                              | 3                        |                       |                                   |                      | 19                                 | 2                   | 274               |
| Warmińsko-Mazurski | 1                           | 22  | 56                 | 109   | 82                      |  | 42                           | 6                        |                       | 2                                 |                      | 2                                  | 1                   | 323               |
| Wielkopolski       | 1                           | 73  | 57                 | 133   | 120                     | 1                                      | 1                            | 1                        |                       | 1                                 |                      | 18                                 | 2                   | 408               |
| Zachodniopomorski  |                             | 9   | 9                  | 78  | 2                       |  | 3                            | 5                        |                       |                                   |                      | 12                                 | 1                   | 119               |
| Razem              | 22                          | 512                                       | 820                | 1 185                                       | 736                     | 54                                     | 129                          | 566                      | 1                     | 10                                | 3                    | 263                                | 12                  | 4 313             |

W trakcie postępowań zgłoszono 496 protestów, z tego: 82 w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, 146 w leczeniu szpitalnym, 74 w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, 125 w rehabilitacji leczniczej, 10 w leczeniu stomatologicznym, 42 w świadczeniach odrębnie kontraktowanych, 8 w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych, 7 w opiece paliatywno-hospicyjnej, 2 w ratownictwie medycznym. Uwzględniono 110 protestów: 40 w leczeniu szpitalnym, 21 w opiece psychiatrycznej, 26 w rehabilitacji leczniczej, 2 w leczeniu stomatologicznym, 4 w opiece paliatywno-hospicyjnej, 9 ambulatoryjnej opiece specjalistycznej i 8 w świadczeniach odrębnie kontraktowanych. Od rozstrzygnięć postępowań do dyrektorów oddziałów wojewódzkich zgłoszono również 402 odwołania. Z tego: 2 w poz – nocna i świąteczna opieka zdrowotna, 51 w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, 104 w leczeniu szpitalnym, 51 w opiece psychiatrycznej, 140 w rehabilitacji leczniczej, 24 w leczeniu stomatologicznym, 20 w świadczeniach odrębnie kontraktowanych, 6 w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych, 2 w opiece paliatywno-hospicyjnej, 2 w ratownictwie medycznym. Uwzględniono 4 odwołania, po jednym w rehabilitacji leczniczej i leczeniu stomatologicznym oraz 2 w leczeniu szpitalnym.

**Tabela nr II.9.** Liczba postępowań w 2018 roku stan na 31.12.2018 r. (status odwołane).

| Nazwa Oddziału     | Podstawowa opieka zdrowotna | Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne | Leczenie szpitalne | Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień | Rehabilitacja lecznicza | Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze | Opieka paliatywno-hospicyjna | Leczenie stomatologiczne | Leczenie uzdrowiskowe | Profilaktyczne programy zdrowotne | Ratownictwo medyczne | Świadczenia odrębnie kontraktowane | Programy pilotażowe | Liczba postępowań |
|--------------------|-----------------------------|---|--------------------|---|-------------------------|--|------------------------------|--------------------------|-----------------------|-----------------------------------|----------------------|------------------------------------|---------------------|-------------------|
| Dolnośląski        |                             | 10  | 38                 |   | 22                      |  |                              | 3                        |                       |                                   | 1                    |                                    |                     | 74                |
| Kujawsko-Pomorski  |                             |   | 4                  |   | 20                      |  | 1                            | 4                        |                       |                                   |                      | 3                                  |                     | 32                |
| Lubelski           |                             |   | 2                  | 52  | 4                       |  | 1                            | 1                        |                       |                                   |                      | 7                                  | 1                   | 68                |
| Lubuski            |                             | 17  | 13                 | 3   | 18                      | 6                                      | 4                            | 33                       |                       |                                   |                      | 10                                 |                     | 104               |
| Łódzki             |                             | 6   | 13                 | 12  | 3                       | 1                                      |                              | 2                        |                       |                                   | 1                    | 3                                  |                     | 41                |
| Małopolski         |                             | 7   | 1                  | 64  | 7                       |  |                              | 30                       |                       |                                   |                      | 9                                  |                     | 118               |
| Mazowiecki         |                             | 23  | 24                 | 10  | 54                      |  | 4                            | 14                       |                       | 12                                |                      | 7                                  |                     | 148               |
| Opolski            |                             | 14  | 6                  | 28  | 15                      | 2                                      | 1                            | 8                        |                       |                                   |                      | 7                                  |                     | 81                |
| Podkarpacki        | 2                           | 14  | 15                 | 13  | 65                      | 3                                      | 1                            | 5                        |                       |                                   |                      | 8                                  |                     | 126               |
| Podlaski           |                             | 11  | 12                 | 15  | 7                       |  |                              | 6                        |                       |                                   |                      | 6                                  |                     | 57                |
| Pomorski           |                             | 4   | 5                  | 33  | 3                       |  |                              | 6                        |                       |                                   |                      | 3                                  |                     | 54                |
| Śląski             | 1                           | 12  | 61                 | 138   |                         | 1                                      | 2                            | 35                       |                       |                                   |                      | 8                                  |                     | 258               |
| Świętokrzyski      |                             | 15  | 6                  | 11  | 69                      |  |                              | 8                        |                       |                                   |                      | 7                                  | 1                   | 117               |
| Warmińsko-Mazurski |                             | 14  | 6                  | 34  | 70                      |  |                              | 6                        |                       |                                   |                      | 3                                  |                     | 133               |
| Wielkopolski       |                             | 57  | 14                 | 21  | 25                      |  | 9                            | 1                        |                       |                                   |                      | 4                                  |                     | 131               |
| Zachodniopomorski  |                             | 10  |                    | 15  | 3                       |  | 2                            | 23                       |                       | 33                                |                      | 1                                  |                     | 87                |
| Razem              | 3                           | 214                                       | 220                | 449   | 385                     | 13                                     | 25                           | 185                      | 0                     | 45                                | 2                    | 86                                 | 2                   | 1 629             |

### Liczba i wartość umów w 2018 roku

**Tabela nr II.10.** Liczba i wartość umów w 2018 roku w podziale na oddziały wojewódzkie (wartości umów i wartości planu finansowego zawierają migracje).

| OW NFZ             | Liczba umów | Wartość umów (w tys. zł) | Wartość planu (bez POZ, ZSP, UZD, PDR, TS) tys. zł | Realizacja 2018 (bez POZ, ZSP, UZD, PDR, TS) tys. zł | Realizacja planu % |
|--------------------|-------------|--------------------------|--|--|--------------------|
| Dolnośląski        | 1 915       | 4 445 425                | 4 459 559  | 4 426 358  | 99,26%             |
| Kujawsko-Pomorski  | 1 570       | 3 140 931                | 3 152 487  | 3 109 856  | 98,65%             |
| Lubelski           | 1 441       | 3 324 167                | 3 273 838  | 3 386 903  | 103,45%            |
| Lubuski            | 736         | 1 392 190                | 1 414 788  | 1 490 147  | 105,33%            |
| Łódzki             | 1 671       | 3 857 912                | 3 877 745  | 3 978 909  | 102,61%            |
| Małopolski         | 3 710       | 5 246 917                | 5 285 289  | 5 171 019  | 97,84%             |
| Mazowiecki         | 2 616       | 9 432 891                | 9 529 273  | 8 808 494  | 92,44%             |
| Opolski            | 1 039       | 1 325 241                | 1 333 826  | 1 413 896  | 106,00%            |
| Podkarpacki        | 1 817       | 3 034 843                | 3 034 809  | 3 182 936  | 104,88%            |
| Podlaski           | 868         | 1 779 421                | 1 795 490  | 1 805 534  | 100,56%            |
| Pomorski           | 1 065       | 3 285 353                | 3 341 668  | 3 368 162  | 100,79%            |
| Śląski             | 2 797       | 7 426 115                | 7 365 960  | 7 186 796  | 97,57%             |
| Świętokrzyski      | 1 137       | 1 927 332                | 1 940 870  | 1 988 178  | 102,44%            |
| Warmińsko-Mazurski | 1 198       | 1 927 048                | 1 947 366  | 2 044 439  | 104,98%            |
| Wielkopolski       | 2 971       | 5 084 640                | 5 211 354  | 5 103 322  | 97,93%             |
| Zachodniopomorski  | 1 026       | 2 497 312                | 2 517 385  | 2 546 920  | 101,17%            |
| Razem              | 27 577      | 59 127 739               | 59 481 706   | 59 011 868   | 99,21%             |

### Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest częścią systemu opieki zdrowotnej, zapewniającą wszystkim osobom uprawnionym do świadczeń zamieszkałym/przebywającym na terytorium Polski kompleksowe i skoordynowane świadczenia opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania. Świadczenia udzielane są

w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie, poradni lub przychodni), a w przypadkach uzasadnionych medycznie, także w domu pacjenta (również w domu pomocy społecznej). Obejmują także profilaktyczną opiekę nad dziećmi i młodzieżą sprawowaną przez pielęgniarkę/higienistkę w środowisku nauczania i wychowania. Funkcjonowanie POZ (za wyjątkiem świadczeń profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania oraz świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ) oparte jest na prawie do imiennego wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Przedmiotem zawieranych umów w podstawowej opiece zdrowotnej były: świadczenia lekarza POZ, świadczenia pielęgniarki POZ, świadczenia położnej POZ, świadczenia pielęgniarki szkolnej, świadczenia transportu sanitarnego w POZ oraz świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

**Tabela nr II.11.** Liczba świadczeniodawców w podstawowej opiece zdrowotnej 2016-2018.

| Nazwa Oddziału     | liczba świadczeniodawców |              |              |
|--------------------|--------------------------|--------------|--------------|
|                    | 2016                     | 2017         | 2018         |
| Dolnośląski        | 732                      | 726          | 721          |
| Kujawsko-Pomorski  | 421                      | 424          | 427          |
| Lubelski           | 571                      | 575          | 578          |
| Lubuski            | 412                      | 402          | 397          |
| Łódzki             | 506                      | 504          | 498          |
| Małopolski         | 707                      | 713          | 704          |
| Mazowiecki         | 821                      | 828          | 825          |
| Opolski            | 262                      | 259          | 255          |
| Podkarpacki        | 689                      | 684          | 677          |
| Podlaski           | 299                      | 299          | 299          |
| Pomorski           | 506                      | 510          | 512          |
| Śląski             | 999                      | 996          | 990          |
| Świętokrzyski      | 277                      | 278          | 277          |
| Warmińsko-Mazurski | 454                      | 450          | 452          |
| Wielkopolski       | 1 445                    | 1451         | 1 454        |
| Zachodniopomorski  | 456                      | 461          | 444          |
| Razem              | <b>9 557</b>             | <b>9 560</b> | <b>9 510</b> |

**Tabela nr II.12.** Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w latach 2016–2018 i ich wykonanie (w tys. zł).

| Nazwa Oddziału     | 2016         |              | 2017          |               | 2018          |               |
|--------------------|--------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|                    | plan         | realizacja   | plan          | realizacja    | plan          | realizacja    |
| Dolnośląski        | 704 600,00   | 704 043,87   | 762 998,00    | 761 127,76    | 842 335,00    | 841 871,45    |
| Kujawsko-Pomorski  | 513 245,00   | 512 692,68   | 549 600,00    | 549 592,82    | 608 154,00    | 607 943,26    |
| Lubelski           | 529 200,00   | 529 198,15   | 570 216,00    | 569 067,69    | 568 716,00    | 620 539,08    |
| Lubuski            | 246 200,00   | 245 647,65   | 265 273,00    | 264 475,25    | 289 853,00    | 289 555,93    |
| Łódzki             | 628 753,00   | 628 651,36   | 677 950,00    | 676 945,98    | 741 026,00    | 740 774,83    |
| Małopolski         | 834 902,00   | 834 399,33   | 904 000,00    | 902 903,23    | 1 001 110,00  | 1 000 598,09  |
| Mazowiecki         | 1 377 233,00 | 1 375 912,85 | 1 495 323,00  | 1 494 142,37  | 1 651 607,00  | 1 651 451,64  |
| Opolski            | 224 009,00   | 224 137,68   | 242 749,00    | 241 886,47    | 266 246,00    | 265 647,02    |
| Podkarpacki        | 509 250,00   | 509 023,76   | 549 461,00    | 548 886,99    | 604 563,00    | 604 391,69    |
| Podlaski           | 284 750,00   | 284 691,25   | 306 450,00    | 306 219,86    | 333 850,00    | 333 635,68    |
| Pomorski           | 565 637,00   | 565 583,76   | 617 768,00    | 613 866,93    | 676 015,00    | 675 104,04    |
| Śląski             | 1 123 000,00 | 1 121 147,78 | 1 213 388,00  | 1 209 871,39  | 1 332 391,00  | 1 331 168,12  |
| Świętokrzyski      | 299 347,00   | 298 413,19   | 321 973,00    | 321 484,00    | 353 479,00    | 353 406,77    |
| Warmińsko-Mazurski | 343 779,00   | 343 047,22   | 368 678,00    | 368 409,19    | 386 294,00    | 400 705,77    |
| Wielkopolski       | 878 908,00   | 878 331,41   | 942 800,00    | 942 593,85    | 1 029 500,00  | 1 028 879,72  |
| Zachodniopomorski  | 407 236,00   | 406 572,95   | 439 088,00    | 437 768,34    | 480 917,00    | 480 191,08    |
| RAZEM:             | 9 470 049,00 | 9 461 494,89 | 10 227 715,00 | 10 209 242,12 | 11 166 056,00 | 11 225 864,17 |

**Tabela nr II.13.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w POZ w latach 2016-2018 (liczba osób wg unikalnego identyfikatora).

| Nazwa Oddziału     | 2016             |                  | 2017             |                  | 2018             |                  |
|--------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|                    | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń |
| Dolnośląski        | 2 041 040        | 11 941 024       | 2 055 157        | 12 060 604       | 2 051 091        | 11 924 063       |
| Kujawsko-Pomorski  | 1 544 319        | 9 336 273        | 1 543 465        | 9 393 894        | 1 548 333        | 9 407 439        |
| Lubelski           | 1 602 788        | 9 402 573        | 1 597 893        | 9 461 803        | 1 603 526        | 9 658 628        |
| Lubuski            | 741 124          | 4 178 070        | 736 395          | 4 279 325        | 740 676          | 4 340 269        |
| Łódzki             | 1 902 162        | 11 532 959       | 1 908 426        | 11 762 144       | 1 894 466        | 11 583 592       |
| Małopolski         | 2 462 830        | 13 428 292       | 2 464 857        | 13 455 371       | 2 479 315        | 13 640 920       |
| Mazowiecki         | 3 788 740        | 20 286 893       | 3 795 794        | 20 359 765       | 3 826 018        | 20 758 991       |
| Opolski            | 683 878          | 4 010 502        | 686 921          | 4 042 011        | 682 892          | 3 978 463        |
| Podkarpacki        | 1 554 204        | 8 730 622        | 1 553 318        | 8 764 314        | 1 559 608        | 8 949 323        |
| Podlaski           | 857 073          | 5 077 425        | 859 383          | 5 127 255        | 865 025          | 5 272 149        |
| Pomorski           | 1 755 496        | 9 822 167        | 1 760 003        | 9 876 187        | 1 744 434        | 9 642 806        |
| Śląski             | 3 402 238        | 19 425 083       | 3 396 139        | 19 460 100       | 3 361 633        | 18 907 399       |
| Świętokrzyski      | 916 715          | 5 376 278        | 911 069          | 5 345 045        | 915 075          | 5 495 623        |
| Warmińsko-Mazurski | 1 046 220        | 6 248 336        | 1 042 156        | 6 297 219        | 1 046 395        | 6 415 261        |
| Wielkopolski       | 2 639 821        | 15 529 767       | 2 651 739        | 15 745 577       | 2 668 045        | 15 969 545       |
| Zachodniopomorski  | 1 268 865        | 7 655 314        | 1 265 647        | 7 708 601        | 1 275 605        | 7 889 578        |
| RAZEM:             | 28 207 513       | 161 981 578      | 28 228 362       | 163 139 215      | 28 262 137       | 163 834 049      |

#### Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

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

**Tabela nr II.14.** Liczba świadczeniodawców w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej 2016-2018.

| Nazwa OW           | liczba świadczeniodawców |       |       |
|--------------------|--------------------------|-------|-------|
|                    | 2016                     | 2017  | 2018  |
| Dolnośląski        | 510                      | 499   | 491   |
| Kujawsko-Pomorski  | 330                      | 329   | 323   |
| Lubelski           | 259                      | 251   | 248   |
| Lubuski            | 181                      | 176   | 171   |
| Łódzki             | 399                      | 383   | 382   |
| Małopolski         | 423                      | 416   | 416   |
| Mazowiecki         | 555                      | 545   | 537   |
| Opolski            | 181                      | 182   | 184   |
| Podkarpacki        | 352                      | 348   | 340   |
| Podlaski           | 226                      | 217   | 208   |
| Pomorski           | 308                      | 307   | 297   |
| Śląski             | 920                      | 905   | 883   |
| Świętokrzyski      | 273                      | 269   | 266   |
| Warmińsko-Mazurski | 326                      | 321   | 313   |
| Wielkopolski       | 678                      | 657   | 648   |
| Zachodniopomorski  | 260                      | 249   | 248   |
| Razem              | 6 181                    | 6 054 | 5 955 |

**Tabela nr II.15.** Wartość i wykonanie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w latach 2016-2018 (w tys. zł).

| Nazwa Oddziału     | 2016                                |                             | 2017                                |                             | 2018                                |                             |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|                    | Wartość zakontraktowanych świadczeń | Koszty realizacji świadczeń | Wartość zakontraktowanych świadczeń | Koszty realizacji świadczeń | Wartość zakontraktowanych świadczeń | Koszty realizacji świadczeń |
| Dolnośląski        | 434 807                             | 433 032                     | 397 341                             | 418 118                     | 426 742                             | 448 503                     |
| Kujawsko-Pomorski  | 292 891                             | 298 421                     | 263 227                             | 288 336                     | 252 012                             | 321 406                     |
| Lubelski           | 298 619                             | 306 835                     | 273 956                             | 293 566                     | 250 291                             | 317 018                     |
| Lubuski            | 149 687                             | 156 173                     | 142 289                             | 145 654                     | 132 408                             | 157 536                     |
| Łódzki             | 347 787                             | 357 853                     | 334 653                             | 343 039                     | 311 696                             | 385 078                     |
| Małopolski         | 485 732                             | 506 306                     | 480 606                             | 496 674                     | 451 055                             | 548 237                     |
| Mazowiecki         | 810 094                             | 798 356                     | 740 812                             | 782 328                     | 680 204                             | 851 955                     |
| Opolski            | 123 812                             | 130 457                     | 120 481                             | 125 818                     | 117 555                             | 134 856                     |
| Podkarpacki        | 295 097                             | 298 586                     | 275 892                             | 286 918                     | 278 419                             | 321 358                     |
| Podlaski           | 202 571                             | 201 135                     | 188 567                             | 193 104                     | 167 902                             | 217 940                     |
| Pomorski           | 333 152                             | 354 516                     | 317 365                             | 351 277                     | 334 236                             | 379 152                     |
| Śląski             | 796 039                             | 788 139                     | 743 298                             | 762 780                     | 744 036                             | 799 631                     |
| Świętokrzyski      | 177 573                             | 177 124                     | 162 799                             | 171 454                     | 174 083                             | 188 833                     |
| Warmińsko-Mazurski | 199 793                             | 211 154                     | 185 775                             | 204 470                     | 182 281                             | 213 021                     |
| Wielkopolski       | 523 836                             | 521 183                     | 501 909                             | 524 249                     | 517 865                             | 562 134                     |
| Zachodniopomorski  | 259 412                             | 261 354                     | 216 473                             | 247 212                     | 211 928                             | 279 477                     |
| <b>RAZEM:</b>      | <b>5 730 904</b>                    | <b>5 800 623</b>            | <b>5 345 444</b>                    | <b>5 634 998</b>            | <b>5 232 715</b>                    | <b>6 126 137</b>            |

Spadek wartości zakontraktowanych świadczeń w latach 2017 i 2018 spowodowany był tym, że część zakresów finansowana była w ramach ryczału PSZ.

**Tabela nr II.16.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2016-2018.

| Nazwa Oddziału     | 2016              |                   | 2017              |                   | 2018              |                   |
|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
|                    | Liczba pacjentów  | Liczba świadczeń  | Liczba pacjentów  | Liczba świadczeń  | Liczba pacjentów  | Liczba świadczeń  |
| Dolnośląski        | 1 320 814         | 6 143 301         | 1 298 642         | 5 971 911         | 1 276 841         | 5 612 069         |
| Kujawsko-Pomorski  | 1 002 494         | 4 824 655         | 997 473           | 4 748 449         | 978 537           | 4 561 175         |
| Lubelski           | 996 532           | 4 967 304         | 989 834           | 4 897 966         | 982 454           | 4 730 468         |
| Lubuski            | 494 346           | 2 285 595         | 480 867           | 2 150 226         | 465 921           | 2 001 001         |
| Łódzki             | 1 163 126         | 5 726 132         | 1 157 706         | 5 734 123         | 1 144 852         | 5 451 934         |
| Małopolski         | 1 544 157         | 8 074 310         | 1 533 164         | 7 901 751         | 1 514 942         | 7 659 067         |
| Mazowiecki         | 2 460 538         | 11 881 177        | 2 441 402         | 11 570 911        | 2 394 212         | 11 306 033        |
| Opolski            | 445 646           | 1 988 926         | 441 668           | 1 923 357         | 432 030           | 1 884 609         |
| Podkarpacki        | 1 001 929         | 4 991 546         | 995 444           | 4 953 343         | 982 592           | 4 818 617         |
| Podlaski           | 596 352           | 3 056 225         | 593 127           | 3 030 668         | 590 480           | 2 919 460         |
| Pomorski           | 1 083 645         | 5 377 217         | 1 079 444         | 5 309 449         | 1 067 730         | 5 193 377         |
| Śląski             | 2 336 576         | 12 717 248        | 2 299 498         | 12 276 843        | 2 247 341         | 11 468 963        |
| Świętokrzyski      | 583 873           | 2 779 832         | 574 490           | 2 686 873         | 571 290           | 2 493 145         |
| Warmińsko-Mazurski | 692 353           | 3 276 409         | 683 370           | 3 186 354         | 669 324           | 2 929 082         |
| Wielkopolski       | 1 615 874         | 7 504 950         | 1 593 972         | 7 338 506         | 1 566 454         | 6 970 075         |
| Zachodniopomorski  | 797 672           | 3 917 516         | 788 672           | 3 807 718         | 775 159           | 3 569 444         |
| <b>RAZEM:</b>      | <b>18 135 927</b> | <b>89 512 344</b> | <b>17 948 773</b> | <b>87 488 447</b> | <b>17 660 159</b> | <b>83 568 520</b> |

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

## Leczenie szpitalne

**Tabela nr II.17.** Liczba świadczeniodawców w leczeniu szpitalnym 2016-2018.

| Nazwa Oddziału     | Liczba świadczeniodawców |              |             |
|--------------------|--------------------------|--------------|-------------|
|                    | 2 016                    | 2 017        | 2 018       |
| Dolnośląski        | 86                       | 81           | 76          |
| Kujawsko-Pomorski  | 64                       | 64           | 64          |
| Lubelski           | 59                       | 58           | 60          |
| Lubuski            | 29                       | 29           | 30          |
| Łódzki             | 73                       | 70           | 69          |
| Małopolski         | 75                       | 74           | 68          |
| Mazowiecki         | 128                      | 122          | 121         |
| Opolski            | 34                       | 35           | 34          |
| Podkarpacki        | 59                       | 58           | 50          |
| Podlaski           | 35                       | 36           | 36          |
| Pomorski           | 46                       | 44           | 38          |
| Śląski             | 151                      | 151          | 151         |
| Świętokrzyski      | 33                       | 36           | 34          |
| Warmińsko-Mazurski | 52                       | 50           | 49          |
| Wielkopolski       | 94                       | 92           | 94          |
| Zachodniopomorski  | 41                       | 42           | 36          |
| <b>Razem</b>       | <b>1 059</b>             | <b>1 042</b> | <b>1010</b> |

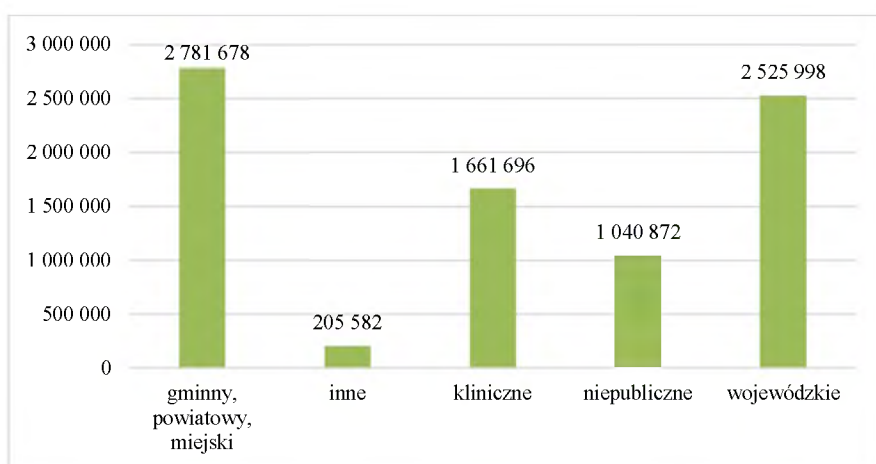
**Tabela nr II.18.** Wartość i wykonanie umów w rodzaju leczenie szpitalne w latach 2016-2018 (w tys. zł).

| Nazwa Oddziału     | 2016                 |                             | 2017                 |                             | 2018                 |                             |
|--------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------------|----------------------|-----------------------------|
|                    | Wartość umów         | Koszty realizacji świadczeń | Wartość umów         | Koszty realizacji świadczeń | Wartość umów         | Koszty realizacji świadczeń |
| Dolnośląski        | 2 627 382,07         | 2 622 852,76                | 2 849 701,89         | 2 963 599,08                | 3 268 006,01         | 3 168 340,40                |
| Kujawsko-Pomorski  | 1 904 679,39         | 1 886 075,55                | 2 106 684,65         | 2 164 821,02                | 2 298 860,63         | 2 269 545,73                |
| Lubelski           | 1 914 581,38         | 2 005 166,56                | 2 126 275,15         | 2 243 732,59                | 2 411 183,94         | 2 463 672,41                |
| Lubuski            | 778 422,22           | 881 802,35                  | 848 450,14           | 924 410,02                  | 933 425,74           | 1 048 946,02                |
| Łódzki             | 2 301 437,57         | 2 416 939,27                | 2 557 845,76         | 2 611 327,25                | 2 877 569,51         | 2 971 339,18                |
| Małopolski         | 2 956 020,64         | 3 004 913,57                | 3 313 053,49         | 3 256 031,59                | 3 660 465,43         | 3 600 128,55                |
| Mazowiecki         | 5 663 461,78         | 5 247 605,02                | 6 287 286,39         | 5 974 289,53                | 7 161 766,65         | 6 578 038,29                |
| Opolski            | 739 941,95           | 828 967,97                  | 836 622,51           | 927 539,65                  | 903 379,13           | 1 004 165,33                |
| Podkarpacki        | 1 631 717,80         | 1 814 197,51                | 1 835 154,06         | 2 029 088,98                | 2 102 913,94         | 2 237 718,29                |
| Podlaski           | 1 064 633,99         | 1 088 434,87                | 1 143 040,62         | 1 159 277,71                | 1 269 788,81         | 1 294 325,27                |
| Pomorski           | 1 832 581,14         | 1 978 775,75                | 2 051 968,73         | 2 150 499,36                | 2 312 101,43         | 2 396 344,72                |
| Śląski             | 4 306 987,93         | 4 180 159,03                | 4 687 268,52         | 4 546 185,96                | 5 231 990,04         | 5 010 373,82                |
| Świętokrzyski      | 1 154 498,76         | 1 208 024,57                | 1 257 937,07         | 1 299 273,20                | 1 378 695,21         | 1 437 372,14                |
| Warmińsko-Mazurski | 1 100 521,82         | 1 205 145,88                | 1 220 708,71         | 1 330 808,49                | 1 380 773,08         | 1 477 048,15                |
| Wielkopolski       | 3 107 223,84         | 3 096 350,99                | 3 358 558,75         | 3 436 321,51                | 3 656 362,38         | 3 670 494,71                |
| Zachodniopomorski  | 1 537 825,61         | 1 571 176,04                | 1 587 351,26         | 1 665 160,75                | 1 805 484,42         | 1 842 265,94                |
| <b>RAZEM</b>       | <b>34 621 917,88</b> | <b>35 036 587,69</b>        | <b>38 067 907,70</b> | <b>38 682 366,69</b>        | <b>42 652 766,35</b> | <b>42 470 118,95</b>        |

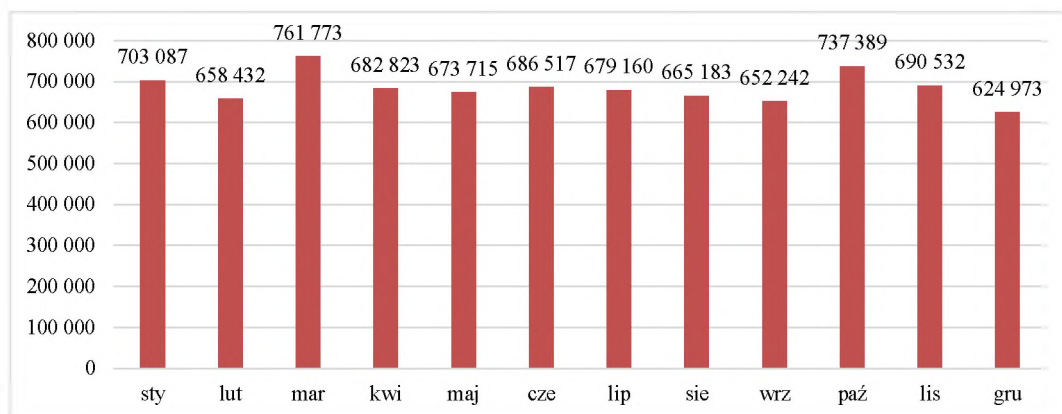
**Tabela nr II.19.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu szpitalnym w latach 2016-2018.

| Nazwa Oddziału     | 2016             |                  | 2017             |                  | 2018             |                  |
|--------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|                    | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń |
| Dolnośląski        | 664 087          | 1 194 324        | 666 186          | 1 206 964        | 732 607          | 1 181 223        |
| Kujawsko-Pomorski  | 513 327          | 919 585          | 523 306          | 943 283          | 573 512          | 927 422          |
| Lubelski           | 509 946          | 890 753          | 510 151          | 901 037          | 569 374          | 886 163          |
| Lubuski            | 198 192          | 322 206          | 200 433          | 328 440          | 209 414          | 317 817          |
| Łódzki             | 602 122          | 1 070 570        | 604 081          | 1 083 047        | 674 370          | 1 064 466        |
| Małopolski         | 787 493          | 1 310 104        | 788 650          | 1 318 847        | 844 594          | 1 280 455        |
| Mazowiecki         | 1 405 704        | 2 562 826        | 1 403 250        | 2 563 446        | 1 553 125        | 2 482 174        |
| Opolski            | 234 116          | 385 435          | 235 590          | 391 972          | 253 280          | 383 141          |
| Podkarpacki        | 507 749          | 856 968          | 509 242          | 863 529          | 562 255          | 869 644          |
| Podlaski           | 268 218          | 455 943          | 267 680          | 456 043          | 309 248          | 455 447          |
| Pomorski           | 550 075          | 938 567          | 552 039          | 947 570          | 607 066          | 957 862          |
| Śląski             | 1 136 380        | 1 944 599        | 1 132 786        | 1 949 109        | 1 267 741        | 1 913 456        |
| Świętokrzyski      | 305 188          | 524 948          | 304 661          | 525 908          | 336 117          | 533 812          |
| Warmińsko-Mazurski | 303 272          | 507 487          | 303 227          | 508 068          | 330 754          | 489 442          |
| Wielkopolski       | 812 465          | 1 394 671        | 816 267          | 1 405 798        | 886 602          | 1 344 614        |
| Zachodniopomorski  | 424 505          | 752 495          | 413 750          | 734 792          | 461 743          | 717 317          |
| RAZEM:             | 9 222 839        | 16 031 481       | 9 231 299        | 16 127 853       | 10 171 802       | 15 804 455       |

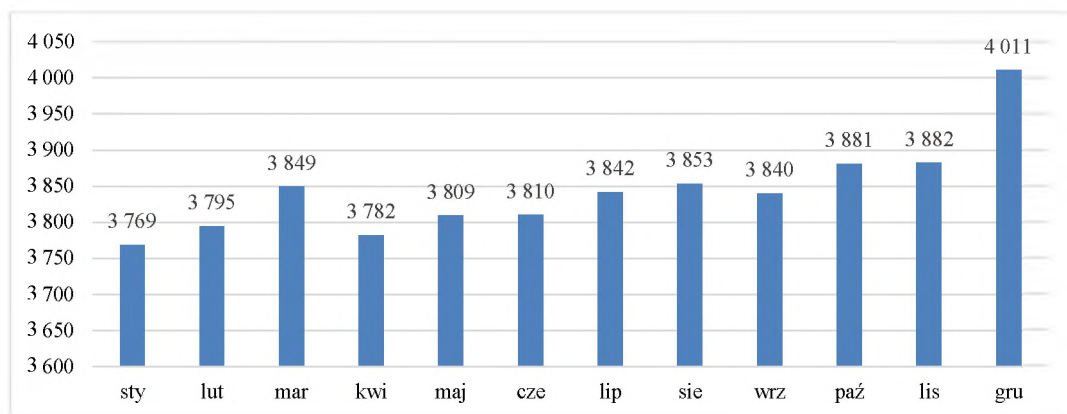
**Wykres nr II.7.** Liczba hospitalizacji zrealizowanych w 2018 r. przez poszczególne typy świadczeniodawców.



**Wykres nr II.8.** Liczba hospitalizacji w podziale na miesiące w 2018 r.



**Wykres nr II.9.** Średnia wartość hospitalizacji w podziale na miesiące w 2018 r. (w zł).



### Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

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

**Tabela nr II.20.** Liczba świadczeniodawców w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień 2016-2018.

| Nazwa Oddziału     | liczba świadczeniodawców |       |       |
|--------------------|--------------------------|-------|-------|
|                    | 2016                     | 2017  | 2018  |
| Dolnośląski        | 119                      | 116   | 116   |
| Kujawsko-Pomorski  | 78                       | 78    | 77    |
| Lubelski           | 79                       | 80    | 96    |
| Lubuski            | 43                       | 43    | 43    |
| Łódzki             | 97                       | 95    | 99    |
| Małopolski         | 113                      | 114   | 117   |
| Mazowiecki         | 181                      | 181   | 182   |
| Opolski            | 45                       | 46    | 46    |
| Podkarpacki        | 60                       | 62    | 63    |
| Podlaski           | 49                       | 48    | 48    |
| Pomorski           | 70                       | 71    | 72    |
| Śląski             | 185                      | 183   | 182   |
| Świętokrzyski      | 45                       | 44    | 48    |
| Warmińsko-Mazurski | 50                       | 51    | 53    |
| Wielkopolski       | 150                      | 147   | 151   |
| Zachodniopomorski  | 66                       | 66    | 68    |
| Razem              | 1 430                    | 1 425 | 1 461 |



**Tabela nr II.21.** Wartość i wykonanie umów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2016-2018 (w tys. zł).

| Nazwa Oddziału     | Wartość zakontraktowanych świadczeń w 2016 | Koszty realizacji świadczeń w 2016 | Wartość zakontraktowanych świadczeń w 2017 | Koszty realizacji świadczeń w 2017 | Wartość zakontraktowanych świadczeń w 2018 | Koszty realizacji świadczeń w 2018 |
|--------------------|--|------------------------------------|--|------------------------------------|--|------------------------------------|
| Dolnośląski        | 196 034,48                                 | 196 333,60                         | 212 983,08                                 | 214 718,06                         | 235 567,39                                 | 234 017,15                         |
| Kujawsko-Pomorski  | 124 618,48                                 | 130 397,01                         | 136 726,95                                 | 140 013,68                         | 149 941,36                                 | 151 133,99                         |
| Lubelski           | 137 117,72                                 | 142 902,59                         | 158 758,16                                 | 161 703,80                         | 171 382,01                                 | 173 106,26                         |
| Lubuski            | 107 582,28                                 | 90 137,19                          | 115 018,83                                 | 92 686,39                          | 122 386,67                                 | 101 638,29                         |
| Łódzki             | 152 117,33                                 | 170 376,98                         | 164 816,07                                 | 176 168,58                         | 179 202,01                                 | 185 804,49                         |
| Małopolski         | 176 815,07                                 | 179 071,49                         | 196 667,84                                 | 196 202,69                         | 230 763,55                                 | 214 149,92                         |
| Mazowiecki         | 382 007,48                                 | 363 067,12                         | 396 956,85                                 | 395 239,20                         | 439 023,49                                 | 407 200,85                         |
| Opolski            | 66 415,87                                  | 63 039,53                          | 73 189,15                                  | 66 544,07                          | 81 776,68                                  | 73 128,81                          |
| Podkarpacki        | 114 347,90                                 | 119 238,43                         | 123 285,18                                 | 128 740,24                         | 135 243,64                                 | 134 388,45                         |
| Podlaski           | 90 660,90                                  | 77 515,29                          | 99 546,74                                  | 88 120,13                          | 96 921,99                                  | 84 800,26                          |
| Pomorski           | 152 110,57                                 | 148 248,49                         | 164 875,52                                 | 160 328,53                         | 186 642,46                                 | 175 435,62                         |
| Śląski             | 309 571,36                                 | 306 473,64                         | 336 483,74                                 | 328 464,74                         | 373 532,79                                 | 357 858,53                         |
| Świętokrzyski      | 72 158,28                                  | 77 140,26                          | 77 490,89                                  | 81 642,49                          | 83 626,10                                  | 89 943,63                          |
| Warmińsko-Mazurski | 80 917,10                                  | 93 335,04                          | 87 856,40                                  | 100 853,46                         | 95 950,52                                  | 103 496,88                         |
| Wielkopolski       | 200 772,92                                 | 214 359,28                         | 213 657,24                                 | 228 843,79                         | 228 186,05                                 | 248 792,07                         |
| Zachodniopomorski  | 88 260,06                                  | 97 286,05                          | 91 920,77                                  | 102 006,70                         | 101 162,39                                 | 108 894,37                         |
| <b>RAZEM:</b>      | <b>2 451 507,82</b>                        | <b>2 468 921,99</b>                | <b>2 650 233,42</b>                        | <b>2 662 276,55</b>                | <b>2 911 309,09</b>                        | <b>2 843 789,57</b>                |

**Tabela nr II.22.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2016-2018.

| Nazwa Oddziału     | 2016             |  |                                      | 2017             |  |                                      | 2018             |  |                                      |
|--------------------|------------------|--|--------------------------------------|------------------|--|--------------------------------------|------------------|--|--------------------------------------|
|                    | liczba pacjentów | liczba świadczeń warunki ambulatoryjne | liczba świadczeń warunki stacjonarne | liczba pacjentów | liczba świadczeń warunki ambulatoryjne | liczba świadczeń warunki stacjonarne | liczba pacjentów | liczba świadczeń warunki ambulatoryjne | liczba świadczeń warunki stacjonarne |
| Dolnośląski        | 120 537          | 943 901                                | 993 766                              | 119 448          | 919 526                                | 1 008 170                            | 118 891          | 909 273                                | 1 011 716                            |
| Kujawsko-Pomorski  | 109 393          | 637 067                                | 543 976                              | 110 216          | 633 008                                | 538 572                              | 110 088          | 622 832                                | 536 294                              |
| Lubelski           | 88 041           | 569 971                                | 757 450                              | 87 460           | 575 733                                | 758 932                              | 88 915           | 569 841                                | 741 914                              |
| Lubuski            | 49 637           | 363 778                                | 619 280                              | 48 621           | 342 529                                | 630 870                              | 48 527           | 334 937                                | 620 105                              |
| Łódzki             | 120 554          | 840 537                                | 669 686                              | 119 453          | 811 481                                | 703 678                              | 119 167          | 762 650                                | 675 720                              |
| Małopolski         | 140 807          | 1 036 566                              | 706 303                              | 138 192          | 1 015 034                              | 707 191                              | 136 997          | 993 060                                | 682 501                              |
| Mazowiecki         | 223 481          | 1 954 069                              | 1 536 997                            | 221 320          | 1 930 719                              | 1 485 753                            | 221 686          | 1 889 081                              | 1 480 171                            |
| Opolski            | 40 575           | 281 088                                | 358 269                              | 40 932           | 275 153                                | 357 614                              | 41 066           | 353 260                                | 366 475                              |
| Podkarpacki        | 94 668           | 579 218                                | 506 392                              | 94 055           | 579 182                                | 507 636                              | 92 767           | 570 321                                | 499 154                              |
| Podlaski           | 58 756           | 397 282                                | 429 850                              | 58 463           | 393 255                                | 435 762                              | 58 705           | 356 579                                | 407 875                              |
| Pomorski           | 113 639          | 828 585                                | 729 745                              | 113 957          | 824 856                                | 750 939                              | 115 366          | 807 872                                | 747 376                              |
| Śląski             | 186 812          | 1 426 046                              | 1 438 857                            | 189 089          | 1 446 984                              | 1 449 142                            | 187 367          | 1 330 993                              | 1 427 623                            |
| Świętokrzyski      | 55 413           | 328 247                                | 336 516                              | 55 541           | 299 195                                | 356 538                              | 56 051           | 270 650                                | 341 964                              |
| Warmińsko-Mazurski | 54 598           | 334 099                                | 434 542                              | 54 309           | 325 400                                | 432 181                              | 54 398           | 291 963                                | 411 298                              |
| Wielkopolski       | 163 951          | 1 074 477                              | 925 666                              | 162 307          | 1 050 959                              | 944 327                              | 161 690          | 977 838                                | 978 084                              |
| Zachodniopomorski  | 67 575           | 435 014                                | 441 374                              | 66 958           | 425 540                                | 432 620                              | 67 856           | 421 215                                | 422 352                              |
| <b>RAZEM:</b>      | <b>1 688 437</b> | <b>12 029 945</b>                      | <b>11 428 669</b>                    | <b>1 680 321</b> | <b>11 848 555</b>                      | <b>11 499 925</b>                    | <b>1 679 537</b> | <b>11 462 362</b>                      | <b>11 350 622</b>                    |

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

## Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, udzielane są w warunkach domowych oraz stacjonarnych. W stacjonarnych zakładach opiekuńczych przebywają chorzy, wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych, którzy powinni kontynuować leczenie oraz niewymagający hospitalizacji na oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40 punktów lub mniej.<sup>2</sup>

**Tabela nr II.23.** Liczba świadczeniodawców w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2016-2018.

| Nazwa Oddziału     | liczba świadczeniodawców |          |          |
|--------------------|--------------------------|----------|----------|
|                    | 2016 rok                 | 2017 rok | 2018 rok |
| Dolnośląski        | 152                      | 153      | 139      |
| Kujawsko-Pomorski  | 88                       | 96       | 91       |
| Lubelski           | 77                       | 82       | 77       |
| Lubuski            | 54                       | 56       | 53       |
| Łódzki             | 71                       | 73       | 69       |
| Małopolski         | 124                      | 132      | 124      |
| Mazowiecki         | 200                      | 206      | 185      |
| Opolski            | 58                       | 57       | 56       |
| Podkarpacki        | 150                      | 153      | 153      |
| Podlaski           | 46                       | 49       | 41       |
| Pomorski           | 45                       | 48       | 47       |
| Śląski             | 170                      | 168      | 166      |
| Świętokrzyski      | 50                       | 54       | 50       |
| Warmińsko-Mazurski | 58                       | 57       | 57       |
| Wielkopolski       | 166                      | 166      | 140      |
| Zachodniopomorski  | 49                       | 51       | 50       |
| <b>RAZEM:</b>      | 1 558                    | 1 601    | 1 498    |

**Tabela nr II.24.** Wartość i wykonanie umów w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2016-2018 (w tys. zł).

| Nazwa Oddziału     | 2016 rok                            |                             | 2017 rok                            |                             | 2018 rok                            |                             |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|                    | Wartość zakontraktowanych świadczeń | Koszty realizacji świadczeń | Wartość zakontraktowanych świadczeń | Koszty realizacji świadczeń | Wartość zakontraktowanych świadczeń | Koszty realizacji świadczeń |
| Dolnośląski        | 105 818,84                          | 107 551,32                  | 118 943,06                          | 125 171,33                  | 126 889,47                          | 129 105,97                  |
| Kujawsko-Pomorski  | 62 809,29                           | 62 036,74                   | 65 138,23                           | 68 208,13                   | 75 093,44                           | 74 679,79                   |
| Lubelski           | 65 475,80                           | 71 237,04                   | 78 329,93                           | 80 839,41                   | 106 598,90                          | 92 239,66                   |
| Lubuski            | 25 056,81                           | 26 314,99                   | 30 940,44                           | 31 028,21                   | 37 136,14                           | 37 542,39                   |
| Łódzki             | 54 872,02                           | 61 055,52                   | 62 689,10                           | 67 585,44                   | 75 958,66                           | 80 340,22                   |
| Małopolski         | 135 256,63                          | 135 873,31                  | 164 716,13                          | 162 326,30                  | 178 762,11                          | 176 163,07                  |
| Mazowiecki         | 172 011,36                          | 164 162,76                  | 195 087,10                          | 186 426,76                  | 217 312,08                          | 209 470,01                  |
| Opolski            | 52 049,83                           | 51 369,31                   | 57 247,59                           | 55 779,12                   | 61 609,63                           | 59 672,77                   |
| Podkarpacki        | 105 207,02                          | 101 853,82                  | 119 897,65                          | 117 258,27                  | 128 493,02                          | 128 321,72                  |
| Podlaski           | 30 996,51                           | 31 979,61                   | 34 151,45                           | 35 929,37                   | 38 775,71                           | 40 699,29                   |
| Pomorski           | 49 203,94                           | 48 723,52                   | 52 452,63                           | 52 822,26                   | 61 155,04                           | 59 899,94                   |
| Śląski             | 219 387,26                          | 219 667,88                  | 260 545,01                          | 259 512,22                  | 286 524,99                          | 285 410,43                  |
| Świętokrzyski      | 49 556,54                           | 53 071,64                   | 54 227,75                           | 56 862,57                   | 56 214,79                           | 59 198,58                   |
| Warmińsko-Mazurski | 39 718,11                           | 40 732,90                   | 42 875,19                           | 46 136,52                   | 45 879,42                           | 45 723,02                   |
| Wielkopolski       | 77 748,39                           | 78 350,79                   | 85 580,63                           | 88 434,37                   | 100 234,03                          | 99 720,52                   |
| Zachodniopomorski  | 39 260,60                           | 41 997,64                   | 44 651,80                           | 46 583,15                   | 49 643,37                           | 51 711,68                   |
| <b>RAZEM:</b>      | 1 284 429                           | 1 295 979                   | 1 467 474                           | 1 480 903                   | 1 646 281                           | 1 629 899                   |

<sup>2</sup> Wymóg oceny skalą Barthel nie dotyczy dzieci do ukończenia 3 roku życia.

**Tabela nr II.25.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2016-2018.

| Nazwa Oddziału     | 2016 rok         |                   | 2017 rok         |                   | 2018 rok         |                   |
|--------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|
|                    | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń  | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń  | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń  |
| Dolnośląski        | 7 609            | 1 828 256         | 8 215            | 1 840 679         | 7 904            | 1 684 800         |
| Kujawsko-Pomorski  | 4 269            | 953 751           | 4 627            | 982 907           | 4 725            | 975 263           |
| Lubelski           | 5 247            | 1 216 063         | 5 861            | 1 299 138         | 5 917            | 1 344 222         |
| Lubuski            | 2 107            | 494 610           | 2 213            | 499 165           | 2 401            | 534 295           |
| Łódzki             | 5 389            | 1 071 039         | 5 862            | 1 112 321         | 5 899            | 1 175 060         |
| Małopolski         | 9 644            | 2 344 199         | 10 853           | 2 452 278         | 11 008           | 2 468 412         |
| Mazowiecki         | 12 963           | 3 093 842         | 13 630           | 3 125 825         | 13 471           | 3 176 552         |
| Opolski            | 5 009            | 1 216 087         | 5 059            | 1 199 081         | 4 901            | 1 127 520         |
| Podkarpacki        | 8 782            | 2 153 887         | 9 134            | 2 173 770         | 9 224            | 2 249 906         |
| Podlaski           | 2 391            | 509 875           | 2 616            | 530 480           | 2 500            | 540 482           |
| Pomorski           | 3 631            | 636 196           | 3 777            | 651 017           | 3 738            | 671 049           |
| Śląski             | 19 576           | 4 927 167         | 19 670           | 4 903 521         | 19 552           | 4 858 590         |
| Świętokrzyski      | 4 490            | 1 072 754         | 4 592            | 1 008 034         | 4 255            | 875 686           |
| Warmińsko-Mazurski | 3 162            | 574 890           | 3 288            | 602 035           | 3 228            | 539 872           |
| Wielkopolski       | 7 047            | 1 633 802         | 7 661            | 1 669 835         | 7 604            | 1 650 383         |
| Zachodniopomorski  | 3 995            | 871 087           | 4 000            | 871 066           | 4 114            | 864 988           |
| <b>RAZEM:</b>      | <b>105 311</b>   | <b>24 597 505</b> | <b>111 058</b>   | <b>24 921 152</b> | <b>110 441</b>   | <b>24 737 080</b> |

### Opieka paliatywno-hospicyjna

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

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

**Tabela nr II.26.** Liczba świadczeniodawców w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2016-2018.

| Nazwa Oddziału     | liczba świadczeniodawców |            |            |
|--------------------|--------------------------|------------|------------|
|                    | 2016 rok                 | 2017 rok   | 2018 rok   |
| Dolnośląski        | 34                       | 36         | 32         |
| Kujawsko-Pomorski  | 21                       | 21         | 21         |
| Lubelski           | 25                       | 26         | 26         |
| Lubuski            | 15                       | 15         | 14         |
| Łódzki             | 34                       | 33         | 32         |
| Małopolski         | 36                       | 40         | 40         |
| Mazowiecki         | 64                       | 73         | 77         |
| Opolski            | 11                       | 11         | 11         |
| Podkarpacki        | 43                       | 49         | 46         |
| Podlaski           | 13                       | 15         | 16         |
| Pomorski           | 26                       | 29         | 29         |
| Śląski             | 50                       | 51         | 51         |
| Świętokrzyski      | 23                       | 23         | 19         |
| Warmińsko-Mazurski | 24                       | 24         | 25         |
| Wielkopolski       | 51                       | 56         | 54         |
| Zachodniopomorski  | 23                       | 23         | 24         |
| <b>RAZEM:</b>      | <b>493</b>               | <b>525</b> | <b>517</b> |

**Tabela nr II.27. Wartość i wykonanie umów w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2016-2018 (w tys. zł).**

| Nazwa Oddziału     | 2016 rok                            |                             | 2017 rok                            |                             | 2018 rok                            |                             |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|                    | Wartość zakontraktowanych świadczeń | Koszty realizacji świadczeń | Wartość zakontraktowanych świadczeń | Koszty realizacji świadczeń | Wartość zakontraktowanych świadczeń | Koszty realizacji świadczeń |
| Dolnośląski        | 40 800,13                           | 41 169,83                   | 59 730,08                           | 63 319,74                   | 66 630,79                           | 66 320,57                   |
| Kujawsko-Pomorski  | 30 212,07                           | 32 022,72                   | 41 561,86                           | 47 323,17                   | 46 745,59                           | 47 815,83                   |
| Lubelski           | 18 231,80                           | 18 781,61                   | 29 435,95                           | 29 679,24                   | 33 369,28                           | 31 934,02                   |
| Lubuski            | 12 786,92                           | 12 064,62                   | 16 952,15                           | 16 501,20                   | 19 815,51                           | 19 156,66                   |
| Łódzki             | 22 893,55                           | 25 000,23                   | 32 949,10                           | 35 360,73                   | 35 794,59                           | 38 051,13                   |
| Małopolski         | 38 530,69                           | 40 072,42                   | 69 483,77                           | 68 423,38                   | 78 940,69                           | 72 455,96                   |
| Mazowiecki         | 49 072,79                           | 48 671,08                   | 67 002,98                           | 66 754,57                   | 85 643,19                           | 83 920,74                   |
| Opolski            | 14 009,89                           | 13 622,51                   | 19 402,01                           | 18 859,72                   | 22 313,86                           | 22 064,26                   |
| Podkarpacki        | 32 214,49                           | 31 627,29                   | 47 836,52                           | 47 124,06                   | 49 688,43                           | 48 791,61                   |
| Podlaski           | 13 772,60                           | 13 826,92                   | 18 582,19                           | 18 841,31                   | 22 605,79                           | 22 805,22                   |
| Pomorski           | 24 541,53                           | 26 308,17                   | 39 212,98                           | 42 438,17                   | 48 455,46                           | 47 607,06                   |
| Śląski             | 56 548,37                           | 56 118,18                   | 82 592,00                           | 81 715,52                   | 84 948,23                           | 89 187,74                   |
| Świętokrzyski      | 18 779,74                           | 18 822,48                   | 26 625,45                           | 26 532,05                   | 30 650,19                           | 31 972,20                   |
| Warmińsko-Mazurski | 16 563,15                           | 17 166,75                   | 22 006,71                           | 22 957,51                   | 22 570,94                           | 22 942,90                   |
| Wielkopolski       | 50 692,57                           | 48 856,95                   | 63 476,45                           | 63 517,61                   | 71 467,50                           | 68 767,83                   |
| Zachodniopomorski  | 10 951,15                           | 13 780,10                   | 16 603,23                           | 18 268,12                   | 17 870,44                           | 19 496,03                   |
| RAZEM:             | <b>450 601,44</b>                   | <b>457 911,86</b>           | <b>653 453,42</b>                   | <b>667 616,10</b>           | <b>737 510,49</b>                   | <b>733 289,76</b>           |

**Tabela nr II.28. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2016-2018.**

| Nazwa Oddziału     | 2016             |                  | 2017             |                  | 2018             |                  |
|--------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|                    | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń |
| Dolnośląski        | 8 147            | 559 056          | 8 416            | 598 356          | 8 927            | 687 378          |
| Kujawsko-Pomorski  | 6 441            | 518 039          | 6 582            | 545 215          | 6 522            | 553 946          |
| Lubelski           | 3 589            | 239 811          | 3 838            | 258 363          | 4 071            | 296 147          |
| Lubuski            | 2 843            | 217 355          | 2 900            | 227 588          | 2 951            | 249 611          |
| Łódzki             | 5 641            | 355 509          | 5 962            | 360 193          | 6 082            | 380 523          |
| Małopolski         | 6 502            | 414 630          | 7 073            | 472 925          | 7 428            | 544 435          |
| Mazowiecki         | 9 927            | 722 622          | 10 505           | 758 486          | 11 510           | 838 759          |
| Opolski            | 2 431            | 202 531          | 2 688            | 250 118          | 2 863            | 281 141          |
| Podkarpacki        | 4 606            | 393 448          | 4 900            | 418 410          | 5 187            | 486 387          |
| Podlaski           | 2 240            | 162 446          | 2 396            | 166 084          | 2 431            | 182 809          |
| Pomorski           | 5 561            | 344 672          | 5 695            | 360 865          | 5 905            | 400 999          |
| Śląski             | 12 214           | 806 427          | 12 619           | 834 639          | 12 782           | 865 527          |
| Świętokrzyski      | 3 428            | 233 662          | 3 494            | 237 978          | 3 660            | 250 477          |
| Warmińsko-Mazurski | 3 946            | 279 126          | 3 847            | 277 679          | 3 620            | 261 235          |
| Wielkopolski       | 8 071            | 586 408          | 8 049            | 588 894          | 8 291            | 629 277          |
| Zachodniopomorski  | 3 370            | 216 545          | 3 227            | 219 900          | 3 244            | 216 321          |
| RAZEM:             | 88 957           | 6 252 287        | 92 191           | 6 575 693        | 95 474           | 7 124 972        |

## Rehabilitacja lecznicza

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

**Tabela nr II.29.** Liczba świadczeniodawców w rehabilitacji leczniczej w latach 2016-2018.

| Nazwa Oddziału     | liczba świadczeniodawców |          |          |
|--------------------|--------------------------|----------|----------|
|                    | 2016 rok                 | 2017 rok | 2018 rok |
| Dolnośląski        | 175                      | 184      | 172      |
| Kujawsko-Pomorski  | 169                      | 169      | 189      |
| Lubelski           | 129                      | 147      | 150      |
| Lubuski            | 80                       | 82       | 81       |
| Łódzki             | 206                      | 208      | 188      |
| Małopolski         | 227                      | 266      | 259      |
| Mazowiecki         | 284                      | 325      | 320      |
| Opolski            | 88                       | 92       | 83       |
| Podkarpacki        | 323                      | 341      | 337      |
| Podlaski           | 50                       | 51       | 49       |
| Pomorski           | 116                      | 125      | 112      |
| Śląski             | 318                      | 316      | 312      |
| Świętokrzyski      | 114                      | 111      | 141      |
| Warmińsko-Mazurski | 106                      | 109      | 107      |
| Wielkopolski       | 226                      | 232      | 255      |
| Zachodniopomorski  | 92                       | 91       | 91       |
| <b>RAZEM:</b>      | 2 703                    | 2 849    | 2 846    |

**Tabela nr II.30.** Wartość i wykonanie umów w opiece rehabilitacji leczniczej w latach 2016-2018 (w tys. zł).

| Nazwa Oddziału     | 2016 rok                            |                             | 2017 rok                            |                             | 2018 rok                            |                             |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|                    | Wartość zakontraktowanych świadczeń | Koszty realizacji świadczeń | Wartość zakontraktowanych świadczeń | Koszty realizacji świadczeń | Wartość zakontraktowanych świadczeń | Koszty realizacji świadczeń |
| Dolnośląski        | 168 782,80                          | 174 758,05                  | 158 120,22                          | 183 220,89                  | 178 026,24                          | 173 959,59                  |
| Kujawsko-Pomorski  | 101 285,34                          | 100 823,88                  | 98 355,00                           | 109 474,72                  | 122 180,67                          | 123 580,44                  |
| Lubelski           | 116 259,99                          | 121 059,43                  | 112 062,00                          | 129 144,53                  | 125 783,98                          | 124 125,62                  |
| Lubuski            | 53 764,54                           | 56 645,15                   | 50 063,25                           | 58 270,51                   | 62 094,45                           | 61 655,21                   |
| Łódzki             | 118 541,75                          | 133 578,02                  | 113 145,19                          | 141 063,69                  | 129 195,05                          | 127 417,83                  |
| Małopolski         | 190 950,76                          | 189 611,98                  | 204 454,11                          | 213 347,73                  | 246 678,94                          | 242 343,36                  |
| Mazowiecki         | 408 652,35                          | 402 541,49                  | 390 343,00                          | 444 763,08                  | 451 632,29                          | 457 188,56                  |
| Opolski            | 59 617,62                           | 56 454,51                   | 55 013,13                           | 58 157,96                   | 61 202,78                           | 61 793,38                   |
| Podkarpacki        | 145 793,83                          | 145 794,97                  | 145 663,07                          | 154 473,98                  | 166 284,12                          | 166 641,18                  |
| Podlaski           | 59 399,78                           | 60 639,37                   | 56 686,17                           | 63 711,98                   | 62 135,42                           | 64 192,10                   |
| Pomorski           | 113 599,12                          | 117 726,71                  | 105 036,68                          | 119 045,01                  | 131 827,12                          | 133 336,97                  |
| Śląski             | 272 121,74                          | 271 948,25                  | 270 340,17                          | 283 755,85                  | 301 021,08                          | 284 681,07                  |
| Świętokrzyski      | 84 156,35                           | 76 438,50                   | 81 659,54                           | 80 619,16                   | 95 800,13                           | 94 016,65                   |
| Warmińsko-Mazurski | 73 729,34                           | 74 834,90                   | 66 626,72                           | 79 676,11                   | 78 207,78                           | 77 465,65                   |
| Wielkopolski       | 175 466,99                          | 178 053,19                  | 165 988,18                          | 188 935,50                  | 187 290,25                          | 185 114,02                  |
| Zachodniopomorski  | 76 677,27                           | 74 794,61                   | 65 878,68                           | 76 497,13                   | 85 288,48                           | 83 664,19                   |
| <b>RAZEM:</b>      | 2 218 799,58                        | 2 235 703,01                | 2 139 435,11                        | 2 384 157,83                | 2 484 648,78                        | 2 461 175,82                |

**Tabela nr II.31.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w rehabilitacji leczniczej w latach 2016-2019.

| Nazwa Oddziału     | 2016             |  |                                      | 2017             |  |                                      | 2018             |  |                                      |
|--------------------|------------------|--|--------------------------------------|------------------|--|--------------------------------------|------------------|--|--------------------------------------|
|                    | liczba pacjentów | liczba świadczeń warunki ambulatoryjne | liczba świadczeń warunki stacjonarne | liczba pacjentów | liczba świadczeń warunki ambulatoryjne | liczba świadczeń warunki stacjonarne | liczba pacjentów | liczba świadczeń warunki ambulatoryjne | liczba świadczeń warunki stacjonarne |
| Dolnośląski        | 224 470          | 8 151 529                              | 415 760                              | 219 200          | 8 033 559                              | 51 840                               | 211 582          | 7 998 202                              | 51 648                               |
| Kujawsko-Pomorski  | 200 450          | 8 522 066                              | 119 638                              | 201 899          | 8 630 420                              | 17 024                               | 206 540          | 9 301 333                              | 19 090                               |
| Lubelski           | 191 137          | 8 388 278                              | 166 473                              | 191 046          | 8 362 023                              | 14 891                               | 190 483          | 8 551 701                              | 13 964                               |
| Lubuski            | 87 706           | 3 956 565                              | 109 196                              | 85 190           | 3 859 246                              | 25 291                               | 82 954           | 3 903 499                              | 29 799                               |
| Łódzki             | 242 802          | 9 968 774                              | 209 541                              | 243 167          | 10 065 805                             | 13 877                               | 235 998          | 10 075 153                             | 19 695                               |
| Małopolski         | 307 931          | 11 603 193                             | 366 877                              | 311 851          | 11 864 136                             | 62 830                               | 328 165          | 13 890 633                             | 66 846                               |
| Mazowiecki         | 522 736          | 20 663 153                             | 456 690                              | 523 952          | 20 695 809                             | 46 586                               | 531 662          | 22 776 508                             | 48 364                               |
| Opolski            | 78 102           | 2 918 567                              | 117 744                              | 75 410           | 2 795 174                              | 36 780                               | 72 006           | 2 691 373                              | 37 035                               |
| Podkarpacki        | 246 971          | 11 888 344                             | 133 010                              | 239 626          | 11 469 393                             | 22 342                               | 236 208          | 11 859 731                             | 22 389                               |
| Podlaski           | 93 736           | 3 946 864                              | 79 549                               | 96 814           | 3 975 780                              | 9 620                                | 99 066           | 4 139 974                              | 10 928                               |
| Pomorski           | 222 820          | 8 367 597                              | 224 835                              | 221 306          | 8 299 837                              | 30 100                               | 215 997          | 8 143 799                              | 40 168                               |
| Śląski             | 379 419          | 13 616 582                             | 586 881                              | 377 037          | 13 577 922                             | 121 341                              | 372 037          | 13 534 430                             | 118 270                              |
| Świętokrzyski      | 117 937          | 4 546 399                              | 229 700                              | 116 895          | 4 452 048                              | 24 817                               | 118 594          | 4 665 027                              | 24 674                               |
| Warmińsko-Mazurski | 116 183          | 3 978 228                              | 133 876                              | 114 627          | 3 925 409                              | 21 709                               | 112 409          | 3 907 452                              | 24 295                               |
| Wielkopolski       | 240 902          | 9 645 774                              | 371 135                              | 236 712          | 9 559 673                              | 65 718                               | 240 167          | 10 219 064                             | 64 988                               |
| Zachodniopomorski  | 112 931          | 3 817 806                              | 174 748                              | 109 737          | 3 721 167                              | 11 115                               | 107 199          | 3 726 858                              | 11 042                               |
| RAZEM:             | 3 386 233        | 133 979 719                            | 3 895 653                            | 3 364 469        | 133 287 401                            | 575 881                              | 3 361 067        | 139 384 737                            | 603 195                              |

### Leczenie stomatologiczne

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

**Tabela nr II.32.** Liczba świadczeniodawców w leczeniu stomatologicznym w latach 2016-2018.

| Nazwa Oddziału     | liczba świadczeniodawców |          |          |
|--------------------|--------------------------|----------|----------|
|                    | 2016 rok                 | 2017 rok | 2018 rok |
| Dolnośląski        | 669                      | 667      | 601      |
| Kujawsko-Pomorski  | 462                      | 459      | 432      |
| Lubelski           | 590                      | 610      | 542      |
| Lubuski            | 219                      | 221      | 196      |
| Łódzki             | 436                      | 445      | 389      |
| Małopolski         | 451                      | 449      | 461      |
| Mazowiecki         | 673                      | 705      | 651      |
| Opolski            | 250                      | 252      | 246      |
| Podkarpacki        | 595                      | 617      | 590      |
| Podlaski           | 277                      | 288      | 254      |
| Pomorski           | 301                      | 314      | 298      |
| Śląski             | 931                      | 943      | 712      |
| Świętokrzyski      | 288                      | 301      | 288      |
| Warmińsko-Mazurski | 392                      | 384      | 360      |
| Wielkopolski       | 792                      | 825      | 740      |
| Zachodniopomorski  | 377                      | 371      | 361      |
| RAZEM:             | 7 703                    | 7 851    | 7 121    |

**Tabela nr II.33.** Wartość i wykonanie umów w leczeniu stomatologicznym w latach 2016-2018 (w tys. zł).

| Nazwa Oddziału     | 2016 rok                            |                             | 2017 rok                            |                             | 2018 rok                            |                             |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|                    | Wartość zakontraktowanych świadczeń | Koszty realizacji świadczeń | Wartość zakontraktowanych świadczeń | Koszty realizacji świadczeń | Wartość zakontraktowanych świadczeń | Koszty realizacji świadczeń |
| Dolnośląski        | 121 753,35                          | 120 103,16                  | 119 246,55                          | 113 090,12                  | 120 776,83                          | 117 210,07                  |
| Kujawsko-Pomorski  | 95 516,50                           | 96 932,80                   | 96 922,96                           | 98 421,85                   | 99 285,45                           | 100 370,04                  |
| Lubelski           | 121 640,45                          | 122 751,51                  | 122 771,10                          | 121 719,65                  | 122 826,13                          | 124 123,95                  |
| Lubuski            | 41 944,25                           | 41 854,85                   | 40 493,19                           | 40 224,13                   | 39 049,60                           | 38 770,51                   |
| Łódzki             | 114 109,05                          | 114 563,88                  | 117 938,34                          | 115 001,12                  | 120 904,87                          | 119 610,61                  |
| Małopolski         | 188 770,59                          | 188 051,02                  | 199 585,40                          | 195 066,69                  | 205 655,92                          | 200 182,13                  |
| Mazowiecki         | 206 652,08                          | 203 413,06                  | 213 757,97                          | 210 247,03                  | 218 216,60                          | 215 326,68                  |
| Opolski            | 44 847,34                           | 45 055,05                   | 44 505,39                           | 44 013,31                   | 41 489,39                           | 41 929,82                   |
| Podkarpacki        | 102 447,26                          | 103 795,55                  | 105 590,24                          | 105 839,93                  | 110 530,58                          | 111 622,39                  |
| Podlaski           | 62 981,81                           | 62 599,47                   | 63 766,81                           | 63 003,04                   | 62 828,36                           | 62 650,38                   |
| Pomorski           | 104 539,14                          | 103 499,42                  | 103 554,29                          | 104 524,02                  | 112 044,62                          | 110 909,15                  |
| Śląski             | 193 342,32                          | 193 543,26                  | 191 843,21                          | 191 839,30                  | 195 880,36                          | 195 586,64                  |
| Świętokrzyski      | 60 697,55                           | 62 147,94                   | 62 002,45                           | 62 876,23                   | 64 297,13                           | 65 679,75                   |
| Warmińsko-Mazurski | 82 225,39                           | 83 019,88                   | 81 566,75                           | 82 282,51                   | 78 612,79                           | 79 396,16                   |
| Wielkopolski       | 147 504,23                          | 146 032,44                  | 147 317,70                          | 146 671,01                  | 148 489,42                          | 146 205,05                  |
| Zachodniopomorski  | 82 278,99                           | 81 790,52                   | 81 981,39                           | 81 166,25                   | 83 220,98                           | 82 426,29                   |
| RAZEM:             | 1 771 250,30                        | 1 769 153,81                | 1 792 843,73                        | 1 775 986,19                | 1 824 109,02                        | 1 811 999,62                |

**Tabela nr II.34.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu stomatologicznym w latach 2016-2018.

| Nazwa Oddziału     | 2016             |                  | 2017             |                  | 2018             |                  |
|--------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|                    | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń |
| Dolnośląski        | 467 983          | 3 634 275        | 447 224          | 3 630 683        | 430 494          | 3 467 202        |
| Kujawsko-Pomorski  | 376 433          | 3 209 476        | 368 526          | 3 337 282        | 356 333          | 3 099 743        |
| Lubelski           | 489 624          | 6 091 850        | 474 443          | 6 260 024        | 456 604          | 5 471 714        |
| Lubuski            | 163 434          | 1 277 263        | 150 749          | 1 223 170        | 139 698          | 1 070 158        |
| Łódzki             | 481 078          | 4 509 547        | 458 886          | 4 693 931        | 445 902          | 4 421 907        |
| Małopolski         | 705 223          | 7 849 804        | 695 684          | 8 519 910        | 679 184          | 7 855 469        |
| Mazowiecki         | 742 446          | 11 214 128       | 730 912          | 11 996 566       | 715 929          | 11 786 983       |
| Opolski            | 159 687          | 2 350 914        | 152 621          | 2 305 484        | 143 548          | 1 122 511        |
| Podkarpacki        | 413 753          | 3 459 735        | 404 773          | 3 621 299        | 402 843          | 3 387 708        |
| Podlaski           | 256 959          | 2 736 286        | 249 824          | 2 892 612        | 237 646          | 2 690 401        |
| Pomorski           | 418 556          | 4 515 927        | 404 659          | 4 798 267        | 396 036          | 4 911 195        |
| Śląski             | 837 994          | 5 671 045        | 799 457          | 5 673 389        | 745 220          | 5 402 394        |
| Świętokrzyski      | 238 335          | 2 591 382        | 232 692          | 2 679 103        | 229 349          | 2 511 390        |
| Warmińsko-Mazurski | 317 045          | 2 961 531        | 305 894          | 3 131 659        | 292 465          | 2 856 037        |
| Wielkopolski       | 637 762          | 4 724 528        | 616 440          | 4 890 975        | 588 509          | 4 419 304        |
| Zachodniopomorski  | 316 325          | 2 166 857        | 308 141          | 2 156 126        | 297 424          | 1 958 248        |
| RAZEM:             | 7 022 637        | 68 964 549       | 6 800 925        | 71 810 479       | 6 557 184        | 66 432 364       |

**Tabela nr II.35.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu stomatologicznym dla pacjentów poniżej 18 r.ż. w latach 2016-2018.

| Nazwa Oddziału     | 2016             |                  | 2017             |                  | 2018             |                  |
|--------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|                    | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń |
| Dolnośląski        | 129 432          | 1 081 314        | 123 447          | 1 002 624        | 119 550          | 1 023 680        |
| Kujawsko-Pomorski  | 122 636          | 1 380 263        | 121 240          | 1 338 287        | 120 794          | 1 384 283        |
| Lubelski           | 179 810          | 3 140 938        | 176 920          | 2 957 147        | 176 076          | 3 039 691        |
| Lubuski            | 45 591           | 424 580          | 42 288           | 385 291          | 40 394           | 361 808          |
| Łódzki             | 130 090          | 1 496 971        | 125 613          | 1 483 084        | 126 237          | 1 522 230        |
| Małopolski         | 235 877          | 3 306 740        | 233 611          | 3 354 261        | 229 720          | 3 283 280        |
| Mazowiecki         | 225 891          | 3 610 939        | 228 089          | 3 572 983        | 228 274          | 3 648 564        |
| Opolski            | 47 162           | 484 700          | 44 929           | 442 460          | 43 123           | 429 200          |
| Podkarpacki        | 128 472          | 1 351 575        | 127 828          | 1 345 326        | 127 375          | 1 374 324        |
| Podlaski           | 75 409           | 969 064          | 73 961           | 905 295          | 72 038           | 908 486          |
| Pomorski           | 126 896          | 1 328 176        | 122 332          | 1 339 711        | 120 979          | 1 455 442        |
| Śląski             | 206 661          | 1 548 294        | 200 123          | 1 490 907        | 200 574          | 1 664 602        |
| Świętokrzyski      | 72 785           | 1 019 170        | 72 086           | 971 779          | 72 654           | 1 030 277        |
| Warmińsko-Mazurski | 86 876           | 930 877          | 83 621           | 900 454          | 81 421           | 888 184          |
| Wielkopolski       | 189 705          | 1 831 781        | 184 794          | 1 787 569        | 178 255          | 1 787 494        |
| Zachodniopomorski  | 84 711           | 701 072          | 81 680           | 650 887          | 78 776           | 619 680          |
| RAZEM:             | 2 088 004        | 24 606 455       | 2 042 562        | 23 928 064       | 2 016 240        | 24 421 225       |

**Tabela nr II.36.** Liczba świadczeniodawców, liczba pacjentów, liczba wykonanych świadczeń oraz wartość rozliczonych świadczeń w zakresie „świadczenia udzielane w dentobusie” za 2018 rok.

| Nazwa Oddziału     | Liczba świadczeniodawców | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń | Wartość rozliczonych świadczeń |
|--------------------|--------------------------|------------------|------------------|--------------------------------|
| Dolnośląski        | 1                        | 751              | 4 287            | 51 506,86                      |
| Kujawsko-pomorski  | 1                        | 2 488            | 10 817           | 171 487,43                     |
| Lubelski           | 1                        | 1 010            | 12 383           | 131 394,80                     |
| Lubuski            | 1                        | 2 599            | 19 033           | 267 004,54                     |
| Łódzki             | 1                        | 4 811            | 37 938           | 307 837,80                     |
| Małopolski         | 1                        | 1 526            | 325              | 6 245,59                       |
| Mazowiecki         | 1                        | 3 929            | 41 757           | 372 304,39                     |
| Opolski            | 1                        | 897              | 4 797            | 90 840,75                      |
| Podkarpacki        | 1                        | 2 503            | 3 579            | 127 385,64                     |
| Podlaski           | 1                        | 3 117            | 43 394           | 462 177,73                     |
| Pomorski           | 1                        | 1 321            | 2 400            | 64 645,03                      |
| Śląski             | 1                        | 2 285            | 2 975            | 139 154,16                     |
| Świętokrzyski      | 1                        | 2 156            | 5 525            | 65 999,34                      |
| Warmińsko-mazurski | 1                        | 2 380            | 5 956            | 151 195,84                     |
| Wielkopolski       | 1                        | 581              | 6 696            | 141 983,49                     |
| Zachodniopomorski  | 1                        | 1 583            | 8 518            | 163 152,62                     |
| <b>Razem:</b>      | <b>16</b>                | <b>33 937</b>    | <b>210 378</b>   | <b>2 714 316,01</b>            |

### Świadczenia odrębnie kontraktowane

W świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie wyodrębnia się następujące zakresy: dializoterapia otrzewnowa, hemodializoterapia, terapia hiperbaryczna, tlenoterapia domowa, żywienie pozajelitowe w warunkach domowych, żywienie dojelitowe w warunkach domowych, badania zgodności tkankowej, badania genetyczne, badania izotopowe, izotopowa, zaopatrzenie protetyczne, pozytonowa tomografia emisyjna, cukrzyca z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci, leczenie



cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych, leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej, spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej, teleradioterapia protonowa, domowa antybiotykoterapia dożylna, kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1), telekonsylium kardiologiczne, telekonsylium geriatryczne, koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC),

**Tabela nr II.37.** Liczba świadczeniodawców w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2016-2018.

| Nazwa Oddziału     | liczba świadczeniodawców |            |            |
|--------------------|--------------------------|------------|------------|
|                    | 2016 rok                 | 2017 rok   | 2018 rok   |
| Dolnośląski        | 32                       | 32         | 31         |
| Kujawsko-Pomorski  | 31                       | 31         | 33         |
| Lubelski           | 27                       | 29         | 28         |
| Lubuski            | 14                       | 14         | 15         |
| Łódzki             | 27                       | 28         | 28         |
| Małopolski         | 34                       | 33         | 33         |
| Mazowiecki         | 56                       | 52         | 53         |
| Opolski            | 14                       | 15         | 16         |
| Podkarpacki        | 24                       | 26         | 27         |
| Podlaski           | 21                       | 23         | 23         |
| Pomorski           | 21                       | 19         | 19         |
| Śląski             | 39                       | 40         | 42         |
| Świętokrzyski      | 23                       | 23         | 22         |
| Warmińsko-Mazurski | 19                       | 19         | 18         |
| Wielkopolski       | 34                       | 37         | 35         |
| Zachodniopomorski  | 23                       | 25         | 22         |
| <b>RAZEM:</b>      | <b>439</b>               | <b>446</b> | <b>445</b> |

**Tabela nr II.38.** Wartość i wykonanie umów w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2016-2018 (w tys. zł).

| Nazwa Oddziału     | 2016 rok                            |                             | 2017 rok                            |                             | 2018 rok                            |                             |
|--------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
|                    | Wartość zakontraktowanych świadczeń | Koszty realizacji świadczeń | Wartość zakontraktowanych świadczeń | Koszty realizacji świadczeń | Wartość zakontraktowanych świadczeń | Koszty realizacji świadczeń |
| Dolnośląski        | 140 995,06                          | 143 080,01                  | 130 992,10                          | 139 913,62                  | 132 954,15                          | 137 244,11                  |
| Kujawsko-Pomorski  | 114 086,94                          | 114 462,31                  | 105 850,64                          | 112 973,69                  | 111 102,44                          | 109 014,36                  |
| Lubelski           | 100 781,54                          | 109 885,06                  | 134 468,84                          | 141 603,80                  | 140 220,28                          | 124 945,66                  |
| Lubuski            | 49 102,26                           | 53 864,11                   | 51 986,76                           | 58 063,97                   | 52 363,42                           | 57 367,64                   |
| Łódzki             | 127 310,17                          | 133 631,94                  | 143 933,72                          | 150 393,21                  | 146 066,76                          | 147 955,43                  |
| Małopolski         | 159 960,45                          | 158 990,80                  | 194 274,34                          | 178 199,98                  | 259 572,18                          | 238 211,94                  |
| Mazowiecki         | 299 342,40                          | 263 014,09                  | 263 524,91                          | 261 828,91                  | 242 732,73                          | 240 293,36                  |
| Opolski            | 36 595,38                           | 44 058,15                   | 43 255,47                           | 48 758,31                   | 48 614,71                           | 52 532,74                   |
| Podkarpacki        | 89 838,85                           | 99 405,05                   | 93 962,67                           | 101 157,71                  | 94 419,65                           | 100 562,16                  |
| Podlaski           | 42 215,94                           | 46 380,96                   | 61 928,24                           | 63 833,75                   | 70 325,57                           | 69 647,05                   |
| Pomorski           | 119 351,59                          | 129 421,02                  | 118 785,55                          | 134 538,41                  | 118 375,80                          | 122 829,94                  |
| Śląski             | 235 637,54                          | 236 170,29                  | 235 286,72                          | 240 859,44                  | 245 564,65                          | 244 354,94                  |
| Świętokrzyski      | 63 123,27                           | 63 770,45                   | 60 870,07                           | 63 799,11                   | 57 385,25                           | 58 028,18                   |
| Warmińsko-Mazurski | 67 005,07                           | 72 491,14                   | 67 291,86                           | 74 729,20                   | 61 284,17                           | 65 464,98                   |
| Wielkopolski       | 194 545,03                          | 192 627,33                  | 208 468,20                          | 225 497,71                  | 206 536,44                          | 204 398,41                  |
| Zachodniopomorski  | 75 076,10                           | 86 648,45                   | 131 024,46                          | 138 633,23                  | 155 586,86                          | 153 945,96                  |
| <b>RAZEM:</b>      | <b>1 914 967,59</b>                 | <b>1 947 901,16</b>         | <b>2 045 904,55</b>                 | <b>2 134 784,05</b>         | <b>2 143 105,05</b>                 | <b>2 126 796,86</b>         |

**Tabela nr II.39.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2016-2018.

| Nazwa Oddziału     | 2016             |                  | 2017             |                  | 2018             |                  |
|--------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|                    | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń |
| Dolnośląski        | 14 912           | 551 749          | 15 379           | 582 085          | 15 680           | 619 086          |
| Kujawsko-Pomorski  | 13 519           | 471 545          | 14 111           | 574 847          | 14 955           | 482 241          |
| Lubelski           | 7 540            | 460 683          | 8 460            | 468 083          | 8 610            | 476 928          |
| Lubuski            | 3 247            | 218 511          | 3 272            | 226 323          | 3 445            | 232 148          |
| Łódzki             | 11 483           | 557 028          | 12 975           | 614 276          | 15 524           | 588 957          |
| Małopolski         | 14 963           | 700 913          | 16 059           | 967 607          | 16 410           | 790 437          |
| Mazowiecki         | 34 769           | 1 318 587        | 34 600           | 1 489 926        | 35 499           | 1 393 516        |
| Opolski            | 3 180            | 209 366          | 3 497            | 222 329          | 3 719            | 229 227          |
| Podkarpacki        | 8 161            | 536 261          | 8 326            | 595 390          | 8 194            | 571 737          |
| Podlaski           | 6 046            | 242 441          | 6 546            | 247 840          | 6 608            | 260 222          |
| Pomorski           | 9 763            | 472 065          | 9 474            | 625 994          | 10 932           | 459 178          |
| Śląski             | 23 197           | 1 133 932        | 24 686           | 1 259 011        | 25 156           | 1 198 489        |
| Świętokrzyski      | 8 322            | 395 662          | 8 434            | 402 892          | 8 059            | 402 012          |
| Warmińsko-Mazurski | 6 708            | 345 964          | 6 817            | 348 664          | 6 802            | 346 814          |
| Wielkopolski       | 17 282           | 795 073          | 18 179           | 888 048          | 19 274           | 965 232          |
| Zachodniopomorski  | 11 189           | 369 196          | 12 554           | 453 171          | 12 029           | 348 350          |
| <b>RAZEM:</b>      | <b>194 281</b>   | <b>8 778 976</b> | <b>203 369</b>   | <b>9 966 486</b> | <b>210 896</b>   | <b>9 364 574</b> |

#### Profilaktyczne programy zdrowotne

**Tabela nr II.40.** Liczba świadczeniodawców w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2016-2018.

| Nazwa Oddziału     | liczba świadczeniodawców |            |            |
|--------------------|--------------------------|------------|------------|
|                    | 2016 rok                 | 2017 rok   | 2018 rok   |
| Dolnośląski        | 52                       | 55         | 47         |
| Kujawsko-Pomorski  | 41                       | 48         | 42         |
| Lubelski           | 36                       | 39         | 35         |
| Lubuski            | 21                       | 21         | 17         |
| Łódzki             | 33                       | 36         | 26         |
| Małopolski         | 52                       | 52         | 52         |
| Mazowiecki         | 71                       | 94         | 85         |
| Opolski            | 19                       | 20         | 20         |
| Podkarpacki        | 41                       | 41         | 34         |
| Podlaski           | 17                       | 17         | 14         |
| Pomorski           | 39                       | 38         | 37         |
| Śląski             | 108                      | 123        | 103        |
| Świętokrzyski      | 19                       | 28         | 23         |
| Warmińsko-Mazurski | 25                       | 24         | 22         |
| Wielkopolski       | 56                       | 59         | 47         |
| Zachodniopomorski  | 27                       | 27         | 25         |
| <b>RAZEM:</b>      | <b>657</b>               | <b>722</b> | <b>629</b> |

**Tabela nr II.41.** Wartość i wykonanie umów w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2016-2018 (w tys. zł).

| Nazwa Oddziału     | Wartość zakontraktowanych świadczeń 2016 | Koszty realizacji świadczeń 2016 | Wartość zakontraktowanych świadczeń 2017 | Koszty realizacji świadczeń 2017 | Wartość zakontraktowanych świadczeń 2018 | Koszty realizacji świadczeń 2018 |
|--------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|--|----------------------------------|
| Dolnośląski        | 14 181,36                                | 14 113,10                        | 14 511,57                                | 12 804,38                        | 14 294,90                                | 14 002,04                        |
| Kujawsko-Pomorski  | 9 706,35                                 | 9 160,51                         | 11 387,88                                | 11 150,18                        | 11 273,48                                | 10 979,18                        |
| Lubelski           | 7 343,36                                 | 7 537,79                         | 7 866,82                                 | 7 491,41                         | 8 090,01                                 | 8 322,64                         |
| Lubuski            | 4 685,88                                 | 6 276,14                         | 6 440,75                                 | 6 312,23                         | 6 071,56                                 | 5 984,49                         |
| Łódzki             | 10 541,56                                | 11 894,25                        | 12 175,33                                | 10 984,97                        | 10 876,08                                | 10 586,11                        |
| Małopolski         | 10 709,12                                | 11 894,25                        | 12 221,74                                | 13 087,21                        | 12 830,47                                | 13 272,93                        |
| Mazowiecki         | 19 541,89                                | 19 023,96                        | 19 939,26                                | 19 265,38                        | 23 250,16                                | 22 110,38                        |
| Opolski            | 3 956,35                                 | 3 992,14                         | 4 313,88                                 | 4 494,84                         | 3 718,21                                 | 3 929,23                         |
| Podkarpacki        | 7 263,87                                 | 7 428,36                         | 7 308,14                                 | 7 472,42                         | 7 386,34                                 | 7 659,61                         |
| Podlaski           | 4 351,28                                 | 4 202,96                         | 4 666,35                                 | 4 337,27                         | 4 893,20                                 | 4 655,76                         |
| Pomorski           | 9 038,99                                 | 9 279,98                         | 8 972,20                                 | 9 415,07                         | 10 178,36                                | 10 208,66                        |
| Śląski             | 28 262,86                                | 26 341,31                        | 32 294,80                                | 29 491,90                        | 30 002,64                                | 27 885,43                        |
| Świętokrzyski      | 4 581,99                                 | 4 678,83                         | 5 735,67                                 | 5 261,02                         | 5 355,23                                 | 5 260,65                         |
| Warmińsko-Mazurski | 5 126,00                                 | 5 455,57                         | 5 405,73                                 | 5 744,65                         | 5 319,03                                 | 5 618,28                         |
| Wielkopolski       | 16 063,98                                | 15 317,92                        | 16 685,04                                | 18 284,74                        | 15 501,08                                | 13 048,07                        |
| Zachodniopomorski  | 7 436,82                                 | 7 275,15                         | 7 482,56                                 | 7 340,06                         | 7 649,94                                 | 7 590,63                         |
| <b>RAZEM:</b>      | <b>162 791,68</b>                        | <b>163 872,22</b>                | <b>177 407,71</b>                        | <b>172 937,73</b>                | <b>176 690,68</b>                        | <b>171 114,09</b>                |

**Tabela nr II.42.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2016-2018- pozostałe programy.

| Nazwa Oddziału      | 2016             |                  | 2017             |                  | 2018             |                  |
|---------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
|                     | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń |
| Dolnośląski         | 5 495            | 23 135           | 6 768            | 23 745           | 6 953            | 24 425           |
| Kujawsko-Pomorski   | 6 773            | 35 411           | 7 370            | 37 853           | 8 263            | 41 528           |
| Lubelski            | 1 998            | 7 676            | 2 784            | 8 747            | 2 989            | 10 165           |
| Lubuski             | 3 442            | 15 924           | 4 514            | 14 467           | 4 230            | 13 353           |
| Łódzki              | 4 819            | 19 953           | 5 430            | 20 889           | 5 315            | 21 622           |
| Małopolski          | 5 633            | 22 165           | 7 329            | 24 571           | 8 150            | 27 463           |
| Mazowiecki          | 8 330            | 26 312           | 9 827            | 28 262           | 11 431           | 34 478           |
| Opolski             | 1 956            | 8 833            | 2 476            | 8 931            | 2 482            | 8 227            |
| Podkarpacki         | 2 830            | 11 081           | 4 074            | 12 538           | 4 493            | 13 987           |
| Podlaski            | 1 934            | 7 693            | 2 432            | 9 539            | 2 527            | 10 655           |
| Pomorski            | 5 236            | 17 539           | 5 564            | 18 196           | 6 065            | 20 285           |
| Śląski              | 25 634           | 98 389           | 30 342           | 104 761          | 29 519           | 103 897          |
| Świętokrzyski       | 3 688            | 12 271           | 3 950            | 12 622           | 4 559            | 14 510           |
| Warmińsko-Mazurski  | 2 314            | 8 616            | 2 630            | 9 281            | 2 577            | 9 110            |
| Wielkopolski        | 9 414            | 27 766           | 10 498           | 31 220           | 10 812           | 31 970           |
| Zachodniopomorski   | 3 297            | 12 995           | 4 186            | 13 638           | 4 024            | 13 903           |
| <b>Suma końcowa</b> | <b>103 090</b>   | <b>355 759</b>   | <b>110 174</b>   | <b>379 260</b>   | <b>114 389</b>   | <b>399 578</b>   |

Powyżej przedstawiono realizacje świadczeń w pozostałych programach profilaktycznych realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Są to: program profilaktyki chorób odtytoniowych (W TYM POCHP) – etap podstawowy, program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP)-etap specjalistyczny i program badań prenatalnych.

**Tabela nr II.43.** Liczba pacjentów i liczba wykonanych świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych w 2018 r.

| Nazwa Oddziału      | 2018             |                  |
|---------------------|------------------|------------------|
|                     | Liczba pacjentów | Liczba świadczeń |
| Dolnośląski         | 503 020          | 508 941          |
| Kujawsko-Pomorski   | 3 679            | 3 703            |
| Lubelski            | 506 973          | 512 902          |
| Lubuski             | 2 492            | 2 493            |
| Łódzki              | 447 900          | 447 900          |
| Małopolski          | 569 165          | 569 165          |
| Mazowiecki          | 31 893           | 82 394           |
| Opolski             | 80 598           | 80 598           |
| Podkarpacki         | 4 493            | 13 987           |
| Podlaski            | 2 527            | 10 655           |
| Pomorski            | 6 065            | 20 285           |
| Śląski              | 29 519           | 103 897          |
| Świętokrzyski       | 4 559            | 14 510           |
| Warmińsko-Mazurski  | 2 577            | 9 110            |
| Wielkopolski        | 10 812           | 31 970           |
| Zachodniopomorski   | 4 024            | 13 903           |
| <b>Suma końcowa</b> | <b>2 210 296</b> | <b>2 426 413</b> |

Powyżej przedstawiono realizacje świadczeń w programach profilaktycznych realizowanych przez Fundusz. Są to: pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego – zakres skojarzony z 02.1450.001.02, świadczenia położnej poz w programie profilaktyki raka szyjki macicy, program profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny, program profilaktyki raka szyjki macicy – etap pogłębionej diagnostyki, program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni stacjonarnej, program profilaktyki raka piersi – etap podstawowy – w pracowni mobilnej, program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki, świadczenia lekarza w poz w ramach realizacji profilaktyki CHUK.

#### Zaopatrzenie w wyroby medyczne

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

**Tabela nr II.44.** Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju wyroby medyczne w latach 2016-2018 i ich wykonanie (w tys. zł).

| Nazwa Oddziału     | ZSP 2016   |            | ZSP 2017     |              | ZSP 2018     |              |
|--------------------|------------|------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                    | plan       | realizacja | plan         | realizacja   | plan         | realizacja   |
| Dolnośląski        | 74 300,00  | 74 289,41  | 82 450,84    | 82 450,84    | 87 800,00    | 87 684,66    |
| Kujawsko-Pomorski  | 51 573,00  | 51 569,84  | 58 346,00    | 58 329,23    | 62 020,00    | 62 017,32    |
| Lubelski           | 51 200,00  | 51 198,09  | 57 613,00    | 55 278,11    | 59 277,00    | 58 986,03    |
| Lubuski            | 26 000,00  | 25 360,76  | 27 600,00    | 27 122,03    | 29 354,00    | 28 684,17    |
| Łódzki             | 64 291,00  | 64 127,01  | 68 921,00    | 68 293,71    | 73 554,00    | 73 190,63    |
| Małopolski         | 80 400,00  | 80 029,35  | 87 000,00    | 86 196,15    | 93 495,00    | 93 121,83    |
| Mazowiecki         | 123 000,00 | 121 965,49 | 134 000,00   | 131 647,74   | 139 000,00   | 138 226,51   |
| Opolski            | 25 000,00  | 24 582,72  | 26 575,00    | 25 903,50    | 29 100,00    | 28 613,19    |
| Podkarpacki        | 51 850,00  | 51 519,32  | 55 297,00    | 54 964,29    | 59 654,00    | 59 440,70    |
| Podlaski           | 28 200,00  | 27 950,18  | 31 400,00    | 30 057,74    | 33 425,00    | 33 059,34    |
| Pomorski           | 52 600,00  | 52 559,57  | 56 500,00    | 56 079,35    | 60 700,00    | 60 343,27    |
| Śląski             | 132 410,00 | 130 685,30 | 141 437,00   | 139 474,92   | 150 034,00   | 149 858,62   |
| Świętokrzyski      | 33 240,00  | 33 189,37  | 35 540,00    | 34 728,97    | 37 940,00    | 37 863,69    |
| Warmińsko-Mazurski | 33 590,00  | 33 348,61  | 35 308,00    | 35 290,95    | 38 086,00    | 38 051,04    |
| Wielkopolski       | 85 500,00  | 83 517,60  | 92 000,00    | 91 676,38    | 99 500,00    | 98 748,44    |
| Zachodniopomorski  | 40 100,00  | 40 450,00  | 44 500,00    | 43 933,84    | 46 662,00    | 45 924,56    |
| RAZEM:             | 953 254,00 | 946 342,62 | 1 034 487,84 | 1 021 427,75 | 1 099 601,00 | 1 093 814,00 |

#### Lecznictwo uzdrowiskowe

Zajmuje się leczeniem, profilaktyką i rehabilitacją chorób przewlekłych. Z leczenia uzdrowiskowego w Polsce w 2018 roku skorzystało ponad 400 tys. ubezpieczonych, przede wszystkim chorzy z chorobami przewlekłymi w zakresie chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego, ortopedii, reumatologii i neurologii.

Polskie obiekty sanatoryjne wraz z niezbędną infrastrukturą uzdrowiskową znajdują się w 45 miejscowościach o statusie uzdrowiska. Na rok 2018 Fundusz zawarł kontrakty na szerokie spektrum świadczeń uzdrowiskowych ze 138 zakładami lecznictwa uzdrowiskowego. Kontrakty te zapewniają świadczeniobiorcom szeroki wachlarz usług uzdrowiskowych, w tym. leczenie ambulatoryjne, szpitalne dla dzieci i dorosłych, sanatoryjne dla dzieci i dorosłych oraz uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych.

Na 2018 rok, wszystkie oddziały wojewódzkie NFZ, z uwagi na niewygasające z dniem 31 grudnia 2017 roku umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dokonały aneksowania umów. Ponadto, oddział podlaski, przeprowadził uzupełniające postępowanie w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2018 rok i lata następne w trybie konkursu ofert, w zakresie uzdrowiskowe leczenie szpitalne dorosłych.

**Tabela nr II.45.** Tryb zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe oraz liczbie zawartych umów na 2018 r. w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ, kontraktujące przedmiotowe świadczenia.

| Nazwa OW NFZ        | 2018 rok          |             |
|---------------------|-------------------|-------------|
|                     | tryb postępowania | liczba umów |
| Dolnośląski         | aneksowanie       | 13          |
| Kujawsko-Pomorski   | aneksowanie       | 26          |
| Lubelski            | aneksowanie       | 6           |
| Łódzki              | konkurs ofert     | 1           |
| Małopolski          | aneksowanie       | 30          |
| Mazowiecki          | aneksowanie       | 2           |
| Podkarpacki         | aneksowanie       | 14          |
| Podlaski            | aneksowanie       | 2           |
| Pomorski            | konkurs ofert     | 3           |
| Śląski              | aneksowanie       | 7           |
| Świętokrzyski       | aneksowanie       | 8           |
| Warmińsko- Mazurski | konkurs ofert     | 2           |
| Zachodniopomorski   | konkurs ofert     | 24          |
| <b>RAZEM</b>        |                   | <b>138</b>  |

**Tabela nr II.46.** Liczba świadczeniodawców, z którymi NFZ zawarł umowy oraz liczba zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe (kontraktowanie świadczeń leczenia uzdrowiskowego jest prowadzone przez 13 oddziałów wojewódzkich NFZ, na terenie których swoje siedziby posiadają świadczeniodawcy, udzielający tych świadczeń).

| Nazwa OW NFZ        | Liczba świadczeniodawców w latach |            |            | Liczba zawartych umów w latach |            |            | Liczba umów w 2018 r. w stosunku do liczby umów w 2017 r. |
|---------------------|-----------------------------------|------------|------------|--------------------------------|------------|------------|---|
|                     | 2016                              | 2017       | 2018       | 2016                           | 2017       | 2018       |   |
| Dolnośląski         | 15                                | 13         | 13         | 15                             | 13         | 13         | 100,00%   |
| Kujawsko-Pomorski   | 27                                | 28         | 26         | 27                             | 28         | 26         | 92,86%  |
| Lubelski            | 6                                 | 6          | 6          | 6                              | 6          | 6          | 100,00%   |
| Łódzki              | 1                                 | 1          | 1          | 1                              | 1          | 1          | 100,00%   |
| Małopolski          | 30                                | 30         | 30         | 30                             | 30         | 30         | 100,00%   |
| Mazowiecki          | 2                                 | 2          | 2          | 2                              | 4          | 2          | 50,00%  |
| Podkarpacki         | 14                                | 15         | 14         | 14                             | 15         | 14         | 93,33%  |
| Podlaski            | 1                                 | 1          | 2          | 1                              | 2          | 2          | 100,00%   |
| Pomorski            | 4                                 | 4          | 3          | 4                              | 4          | 3          | 75,00%  |
| Śląski              | 7                                 | 8          | 7          | 7                              | 18         | 7          | 38,89%  |
| Świętokrzyski       | 9                                 | 8          | 8          | 9                              | 8          | 8          | 100,00%   |
| Warmińsko- Mazurski | 2                                 | 3          | 2          | 2                              | 3          | 2          | 66,67%  |
| Zachodniopomorski   | 26                                | 24         | 24         | 26                             | 24         | 24         | 100,00%   |
| <b>RAZEM</b>        | <b>144</b>                        | <b>143</b> | <b>138</b> | <b>144</b>                     | <b>156</b> | <b>138</b> | <b>88,46%</b>   |

Fundusz w 2018 r. zawarł łącznie 138 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe ze 138 świadczeniodawcami. W porównaniu do lat poprzednich, w 2017 r. NFZ zawarł o 18 umów więcej ze 143 świadczeniodawcami, natomiast w 2016 r. zawarto 144 umowy ze 144 świadczeniodawcami.

**Tabela nr II.47.** Porównanie wartości (w tys. zł) i stopnia realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w latach 2016-2018.

| Nazwa OW NFZ       | 2016                                 |   |                                 | 2017                                 |   |                                 | 2018                                 |   |                                 | Dynamika wartości kontraktów 2018/2017 |
|--------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------|--------------------------------------|---|---------------------------------|--|
|                    | Wartość zakontraktowanych świadczeń* | Realizacja zawartych umów - wartość końcowa** | % realizacja/wartość kontraktów | Wartość zakontraktowanych świadczeń* | Realizacja zawartych umów - wartość końcowa** | % realizacja/wartość kontraktów | Wartość zakontraktowanych świadczeń* | Realizacja zawartych umów - wartość końcowa** | % realizacja/wartość kontraktów |  |
| Dolnośląski        | 58 588,09                            | 58 364,84                                     | 99,62%                          | 57 076,78                            | 56 711,35                                     | 99,36%                          | 58 602,96                            | 58 190,27                                     | 99,30%                          | 102,67%                                |
| Kujawsko-Pomorski  | 31 523,11                            | 31 355,95                                     | 99,47%                          | 31 692,98                            | 31 563,41                                     | 99,59%                          | 32 336,81                            | 32 168,17                                     | 99,48%                          | 102,03%                                |
| Lubelski           | 40 364,74                            | 40 080,86                                     | 99,30%                          | 40 893,48                            | 40 663,53                                     | 99,44%                          | 41 759,89                            | 41 572,71                                     | 99,55%                          | 102,12%                                |
| Lubuski            | 14 047,52                            | 13 955,02                                     | 99,34%                          | 14 000,25                            | 13 909,95                                     | 99,35%                          | 14 056,66                            | 13 963,27                                     | 99,34%                          | 100,40%                                |
| Łódzki             | 42 570,78                            | 42 346,58                                     | 99,47%                          | 42 849,86                            | 42 624,88                                     | 99,47%                          | 43 077,92                            | 42 875,58                                     | 99,53%                          | 100,53%                                |
| Małopolski         | 48 078,04                            | 47 644,19                                     | 99,10%                          | 47 421,89                            | 47 016,91                                     | 99,15%                          | 47 426,17                            | 47 089,45                                     | 99,29%                          | 100,01%                                |
| Mazowiecki         | 97 270,56                            | 96 617,15                                     | 99,33%                          | 97 954,11                            | 97 375,52                                     | 99,41%                          | 95 697,05                            | 95 109,80                                     | 99,39%                          | 97,70%                                 |
| Opolski            | 12 406,65                            | 12 293,50                                     | 99,09%                          | 12 518,76                            | 12 421,32                                     | 99,22%                          | 12 663,56                            | 12 584,81                                     | 99,38%                          | 101,16%                                |
| Podkarpacki        | 31 422,42                            | 31 124,32                                     | 99,05%                          | 31 424,99                            | 31 242,42                                     | 99,42%                          | 32 511,68                            | 32 238,34                                     | 99,16%                          | 103,46%                                |
| Podlaski           | 19 729,42                            | 19 617,20                                     | 99,43%                          | 19 694,16                            | 19 489,96                                     | 98,96%                          | 19 356,27                            | 19 198,27                                     | 99,18%                          | 98,28%                                 |
| Pomorski           | 26 527,03                            | 26 402,39                                     | 99,53%                          | 26 832,14                            | 26 686,98                                     | 99,46%                          | 30 613,18                            | 30 469,05                                     | 99,53%                          | 114,09%                                |
| Śląski             | 69 613,38                            | 69 236,83                                     | 99,46%                          | 69 615,72                            | 69 205,83                                     | 99,41%                          | 68 815,53                            | 68 521,43                                     | 99,57%                          | 98,85%                                 |
| Świętokrzyski      | 24 216,46                            | 24 107,67                                     | 99,55%                          | 23 715,07                            | 23 580,91                                     | 99,43%                          | 23 709,18                            | 23 577,52                                     | 99,44%                          | 99,98%                                 |
| Warmińsko-Mazurski | 20 467,27                            | 20 319,45                                     | 99,28%                          | 20 693,46                            | 20 550,88                                     | 99,31%                          | 20 517,64                            | 20 394,52                                     | 99,40%                          | 99,15%                                 |
| Wielkopolski       | 61 513,63                            | 61 265,17                                     | 99,60%                          | 59 951,33                            | 59 714,83                                     | 99,61%                          | 65 635,83                            | 65 362,90                                     | 99,58%                          | 109,48%                                |
| Zachodniopomorski  | 21 582,49                            | 21 549,02                                     | 99,84%                          | 23 213,54                            | 23 171,05                                     | 99,82%                          | 23 565,54                            | 23 441,54                                     | 99,47%                          | 101,52%                                |
| <b>RAZEM</b>       | <b>619 921,57</b>                    | <b>616 280,13</b>                             | <b>99,41%</b>                   | <b>619 548,52</b>                    | <b>615 929,73</b>                             | <b>99,42%</b>                   | <b>630 345,86</b>                    | <b>626 757,63</b>                             | <b>99,43%</b>                   | <b>101,74%</b>                         |

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

\*\* wartość zrealizowanych świadczeń przez świadczeniobiorców z terenu danego województwa oraz dopłaty poniesione z tytułu art. 33. ust 4 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - kolumna nie zawiera wartości dopłat ponoszonych z tytułu ustawy z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest, z uwagi na fakt, iż na podstawie kwartalnych zestawień z OW NFZ, Ministerstwo Zdrowia zwraca przedmiotowe wartości.

Wartość zrealizowanych świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego w 2018 r. wyniosła 626 757,63 tys. zł, co stanowi 99,43 % wartości zakontraktowanych świadczeń, wynoszących 630 345,86 tys. zł. W porównaniu do 2018 r. zwiększyła się zarówno wartość zakontraktowanych świadczeń (wzrost o 1,74%), jak i wartość zrealizowanych świadczeń (wzrost o 1,76%).

**Tabela nr II.48.** Liczba zrealizowanych skierowań na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową oraz liczba osób, którym udzielono przedmiotowych świadczeń w latach 2016-2018

| OW NFZ, który kieruje świadczeniobiorców z terenu swojego województwa na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową. | 2016 r.          |                | 2017 r.          |                | 2018 r.          |                |
|---|------------------|----------------|------------------|----------------|------------------|----------------|
|   | Liczba skierowań | Liczba osób    | Liczba skierowań | Liczba osób    | Liczba skierowań | Liczba osób    |
| Dolnośląski   | 38 048           | 37 971         | 36 620           | 36 595         | 37 155           | 37 070         |
| Kujawsko-Pomorski   | 21 827           | 21 681         | 21 863           | 21 765         | 21 704           | 21 542         |
| Lubelski  | 25 929           | 25 756         | 25 964           | 25 841         | 26 529           | 26 343         |
| Lubuski   | 9 357            | 9 340          | 9 202            | 9 190          | 9 134            | 9 113          |
| Łódzki  | 28 491           | 28 475         | 28 305           | 28 266         | 28 020           | 27 948         |
| Małopolski  | 34 828           | 34 730         | 33 506           | 33 452         | 33 216           | 33 144         |
| Mazowiecki  | 63 547           | 63 003         | 63 100           | 62 882         | 60 839           | 60 428         |
| Opolski   | 8 261            | 8 260          | 8 194            | 8 194          | 8 264            | 8 263          |
| Podkarpacki   | 20 792           | 20 708         | 20 375           | 20 322         | 20 985           | 20 860         |
| Podlaski  | 12 855           | 12 853         | 12 676           | 12 670         | 12 353           | 12 344         |
| Pomorski  | 18 014           | 18 008         | 17 905           | 17 898         | 20 397           | 20 373         |
| Śląski  | 46 566           | 46 408         | 45 551           | 45 420         | 44 568           | 44 407         |
| Świętokrzyski   | 15 667           | 15 644         | 14 838           | 14 835         | 14 835           | 14 825         |
| Warmińsko-Mazurski  | 12 634           | 12 628         | 12 613           | 12 595         | 12 289           | 12 266         |
| Wielkopolski  | 39 729           | 39 703         | 38 224           | 38 217         | 41 619           | 41 604         |
| Zachodniopomorski   | 12 756           | 12 729         | 13 608           | 13 580         | 13 595           | 13 546         |
| <b>RAZEM</b>  | <b>409 301</b>   | <b>407 897</b> | <b>402 544</b>   | <b>401 722</b> | <b>405 502</b>   | <b>404 076</b> |

W 2018 roku zrealizowano 405 502 skierowania na leczenie uzdrowiskowe, dla 404 076 osób. W porównaniu do 2017 r. zwiększyła się liczba zrealizowanych skierowań oraz liczba osób, którzy skorzystali ze świadczeń, odpowiednio nastąpił wzrost o 0,73% oraz 0,59%.

#### Pomoc doraźna i transport sanitarny

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

Świadczeniodawcy realizujący umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2018 r. zapewniali dobową gotowość do udzielania świadczeń przez zespoły transportu sanitarnego typu „N”, utrzymując w stałej dyspozycji środki transportu sanitarnego wraz z niezbędnymi elementami wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, kompletny zestaw leków i wyrobów medycznych oraz obsadę kadrową, zgodnie z treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r., poz. 2295 z późn. zm.).

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

W 2018 r. we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ przeprowadzony został proces aneksowania niewygasających z końcem 2017 r. umów o udzielanie świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny. Wskazać należy również, iż świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” zostały uznane za jeden z profili systemu zabezpieczenia, w związku z powyższym łącznie 16 zespołów transportu sanitarnego typu „N” (w 10 oddziałach wojewódzkich NFZ) zostało objętych umową zawartą w ramach PSZ.

W 2018 r. świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny zabezpieczone zostały przez działanie 33 zespołów sanitarnych typu „N”, w tym: 32 zespołów funkcjonujących całodobowo oraz 1 zespół funkcjonujący 12 godzin na dobę, w godzinach 8-20 (w woj. łódzkim).



**Tabela nr II.49.** Liczba świadczeniodawców, z którymi Fundusz zawarł umowy oraz liczba umów zawartych w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny. Dane obejmują okres 2016-2018 r.

| Nazwa OW NFZ        | Liczba świadczeniodawców w latach |           |           | Liczba umów zawartych w latach |           |           | Liczba umów w 2018 r. w stosunku do liczby umów w 2017 r. |
|---------------------|-----------------------------------|-----------|-----------|--------------------------------|-----------|-----------|---|
|                     | 2016                              | 2017      | 2018      | 2016                           | 2017      | 2018      |   |
| Dolnośląski         | 3                                 | 3         | 3         | 3                              | 3         | 3         | 100,00%   |
| Kujawsko-Pomorski   | 2                                 | 2         | 2         | 2                              | 2         | 2         | 100,00%   |
| Lubelski            | 2                                 | 2         | 2         | 2                              | 2         | 2         | 100,00%   |
| Lubuski             | 1                                 | 1         | 1         | 1                              | 1         | 1         | 100,00%   |
| Łódzki              | 1                                 | 1         | 1         | 2                              | 2         | 2         | 100,00%   |
| Małopolski          | 1                                 | 1         | 1         | 1                              | 1         | 1         | 100,00%   |
| Mazowiecki          | 5                                 | 5         | 5         | 5                              | 5         | 5         | 100,00%   |
| Opolski             | 1                                 | 1         | 1         | 1                              | 1         | 1         | 100,00%   |
| Podkarpacki         | 2                                 | 2         | 2         | 2                              | 2         | 2         | 100,00%   |
| Podlaski            | 1                                 | 1         | 1         | 1                              | 1         | 1         | 100,00%   |
| Pomorski            | 1                                 | 1         | 1         | 1                              | 1         | 1         | 100,00%   |
| Śląski              | 3                                 | 3         | 5         | 3                              | 3         | 5         | 166,67%   |
| Świętokrzyski       | 1                                 | 1         | 1         | 1                              | 1         | 1         | 100,00%   |
| Warmińsko- Mazurski | 2                                 | 2         | 2         | 2                              | 2         | 2         | 100,00%   |
| Wielkopolski        | 2                                 | 2         | 2         | 2                              | 2         | 2         | 100,00%   |
| Zachodniopomorski   | 2                                 | 2         | 2         | 2                              | 2         | 2         | 100,00%   |
| <b>RAZEM</b>        | <b>30</b>                         | <b>30</b> | <b>32</b> | <b>31</b>                      | <b>31</b> | <b>33</b> | <b>106,45%</b>  |

Wartość świadczeń opieki zdrowotnej w niniejszym rodzaju, zakontraktowanych na 2018 r., wyniosła łącznie 47 176,53 tys. zł i była wyższa od wartości świadczeń zakontraktowanych w 2017 roku o 5,51%. Koszt realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2018 r. wyniósł 47 097,17 tys. zł, co stanowi 99,83 % wykorzystania zakontraktowanych środków finansowych. Zaznaczyć należy, że zarówno wartość zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, jak i koszty działalności zespołów sanitarnych typu „N” uwzględniają koszty świadczeń wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia wynikających z §2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400), z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie OWU (Dz. U. poz.1628, z późn. zm.), jak również koszty świadczeń wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie OWU (Dz. U. z 2018 r. poz. 1373).

**Tabela nr II.50.** Porównanie wartości (w tys. zł) i stopnia realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w latach 2016-2018.

| OW NFZ             | 2016 r.  |   |   |                         | 2017 r.  |   |   |                         | 2018 r.  |   |   |                         | 2018/2017      |
|--------------------|--|---|---|-------------------------|--|---|---|-------------------------|--|---|---|-------------------------|----------------|
|                    | Wartość świadczeń zakontraktowanych na 2016 r.** | Koszty działalności zespołów sanitarnych typu „N” w 2016 r.** | Całkowite koszty realizacji świadczeń w rodzaju PDiTS w 2016 r.** | % realizacji kontraktów | Wartość świadczeń zakontraktowanych na 2017 r.** | Koszty działalności zespołów sanitarnych typu „N” w 2017 r.** | Całkowite koszty realizacji świadczeń w rodzaju PDiTS w 2017 r.** | % realizacji kontraktów | Wartość świadczeń zakontraktowanych na 2018 r.** | Koszty działalności zespołów sanitarnych typu „N” w 2018 r.** | Całkowite koszty realizacji świadczeń w rodzaju PDiTS w 2018 r.** | % realizacji kontraktów |                |
| Dolnośląski        | 4 365,52   | 4 352,28  | 4 494,03  | 99,70%                  | 4 455,41   | 4 447,62  | 4 474,61  | 99,83%                  | 4 480,74   | 4 468,46  | 4 726,94  | 99,73%                  | 100,57%        |
| Kujawsko-Pomorski  | 2 605,00   | 2 605,00  | 2 616,94  | 100,00%                 | 2 713,10   | 2 713,10  | 2 770,16  | 100,00%                 | 2 885,07   | 2 885,07  | 2 889,32  | 100,00%                 | 106,34%        |
| Lubelski           | 2 880,09   | 2 878,20  | 2 878,20  | 99,93%                  | 2 952,35   | 2 951,12  | 2 951,12  | 99,96%                  | 3 108,89   | 3 108,04  | 3 035,17  | 99,97%                  | 105,30%        |
| Lubuski            | 1 573,80   | 1 573,80  | 1 573,80  | 100,00%                 | 1 596,53   | 1 589,90  | 1 596,53  | 99,59%                  | 1 789,80   | 1 789,80  | 1 789,80  | 100,00%                 | 112,11%        |
| Łódzki             | 2 276,46   | 2 276,46  | 2 276,46  | 100,00%                 | 2 314,05   | 2 306,22  | 2 306,22  | 99,66%                  | 2 350,85   | 2 339,80  | 2 222,85  | 99,53%                  | 101,59%        |
| Małopolski         | 1 534,75   | 1 531,47  | 1 577,19  | 99,79%                  | 1 564,13   | 1 557,11  | 1 583,12  | 99,55%                  | 1 687,37   | 1 677,21  | 1 686,77  | 99,40%                  | 107,88%        |
| Mazowiecki         | 7 637,02   | 7 636,10  | 7 800,64  | 99,99%                  | 7 837,70   | 7 819,58  | 8 015,13  | 99,77%                  | 8 135,34   | 8 124,14  | 8 431,38  | 99,80%                  | 103,80%        |
| Opolski            | 1 284,66   | 1 284,66  | 1 288,61  | 100,00%                 | 1 281,15   | 1 281,15  | 1 337,41  | 100,00%                 | 1 281,15   | 1 281,15  | 1 287,09  | 100,00%                 | 100,00%        |
| Podkarpacki        | 3 103,94   | 3 103,64  | 3 103,94  | 99,99%                  | 3 122,00   | 3 122,00  | 3 122,00  | 100,00%                 | 3 148,28   | 3 148,28  | 3 167,48  | 100,00%                 | 100,84%        |
| Podlaski           | 1 433,89   | 1 428,61  | 1 437,06  | 99,63%                  | 1 488,71   | 1 485,56  | 1 490,56  | 99,79%                  | 1 651,06   | 1 650,62  | 1 876,03  | 99,97%                  | 110,91%        |
| Pomorski           | 1 372,50   | 1 372,50  | 1 385,99  | 100,00%                 | 1 377,95   | 1 377,95  | 1 390,11  | 100,00%                 | 1 387,00   | 1 387,00  | 1 592,35  | 100,00%                 | 100,66%        |
| Śląski             | 4 206,53   | 4 206,53  | 4 323,48  | 100,00%                 | 4 206,87   | 4 198,01  | 4 270,95  | 99,79%                  | 5 413,56   | 5 392,32  | 5 481,82  | 99,61%                  | 128,68%        |
| Świętokrzyski      | 1 466,46   | 1 465,54  | 1 585,34  | 99,94%                  | 1 514,20   | 1 508,21  | 1 527,83  | 99,60%                  | 1 575,16   | 1 563,06  | 1 589,65  | 99,23%                  | 104,02%        |
| Warmińsko-Mazurski | 2 784,59   | 2 784,55  | 2 826,38  | 100,00%                 | 2 847,81   | 2 847,73  | 2 847,73  | 100,00%                 | 2 884,26   | 2 884,22  | 2 973,85  | 100,00%                 | 101,28%        |
| Wielkopolski       | 3 010,00   | 3 009,92  | 3 071,38  | 100,00%                 | 3 017,00   | 3 017,00  | 3 107,00  | 100,00%                 | 2 920,00   | 2 920,00  | 3 066,19  | 100,00%                 | 96,78%         |
| Zachodniopomorski  | 2 390,00   | 2 390,00  | 2 438,80  | 100,00%                 | 2 421,99   | 2 421,99  | 2 421,99  | 100,00%                 | 2 478,00   | 2 478,00  | 2 572,66  | 100,00%                 | 102,31%        |
| <b>RAZEM</b>       | <b>43 925,20</b>                                 | <b>43 899,25</b>  | <b>44 678,23</b>  | <b>99,94%</b>           | <b>44 710,96</b>                                 | <b>44 644,27</b>  | <b>45 212,47</b>  | <b>99,85%</b>           | <b>47 176,53</b>                                 | <b>47 097,17</b>  | <b>48 389,34</b>  | <b>99,83%</b>           | <b>105,51%</b> |

\*) Wartość zakontraktowanych świadczeń oraz koszty działalności zespołów sanitarnych typu „N” uwzględniają koszty świadczeń wynikających z § 2 rozporządzenia MZ z 08.09.2015 r. w sprawie OWU (Dz. U. poz. 1400), z rozporządzenia MZ z 15.10.2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie OWU (Dz. U. poz. 1628, z późn. zm.), jak również - w odniesieniu do 2018 r. - koszty świadczeń wynikających z rozporządzenia MZ z 12 lipca 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie OWU (Dz. U. z 2018 r. poz. 1373).

\*\*) Całkowite koszty realizacji świadczeń w rodzaju PDiTS zawierają koszty działalności zespołów sanitarnych typu „N”, koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji oraz koszty świadczeń udzielonych na podstawie art. 42i oraz 42j ustawy o świadczeniach.

W 2018 roku zespoły sanitarne typu „N” wykonały łącznie 9 773 transporty, udzielając świadczeń 8 443 osobom. Zarówno liczba wyjazdów zespołów sanitarnych typu „N” jak i liczba osób, którym zespoły udzieliły świadczeń w 2018 r., zmniejszyła się w stosunku do roku poprzedniego.

**Tabela nr II.51.** Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba osób, którym udzielono świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w latach 2016-2018.

| Oddział Wojewódzki   | 2016 r.         |  | 2017 r.         |  | 2018 r.         |  |
|----------------------|-----------------|--|-----------------|--|-----------------|--|
|                      | Liczba wyjazdów | Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń | Liczba wyjazdów | Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń | Liczba wyjazdów | Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń |
| Dolnośląski          | 908             | 646  | 923             | 665  | 938             | 750  |
| Kujawsko-Pomorski    | 552             | 475  | 607             | 529  | 639             | 551  |
| Lubelski             | 506             | 502  | 542             | 533  | 500             | 495  |
| Lubuski              | 175             | 148  | 161             | 140  | 127             | 115  |
| Łódzki               | 535             | 499  | 525             | 501  | 526             | 491  |
| Małopolski           | 602             | 574  | 573             | 547  | 592             | 538  |
| Mazowiecki           | 1 500           | 1 258  | 1 540           | 1 289  | 1 475           | 1 245  |
| Opolski              | 380             | 266  | 424             | 258  | 401             | 289  |
| Podkarpacki          | 568             | 508  | 582             | 524  | 513             | 473  |
| Podlaski             | 373             | 331  | 336             | 322  | 392             | 380  |
| Pomorski             | 752             | 600  | 675             | 546  | 726             | 578  |
| Śląski               | 1 534           | 1 530  | 1 527           | 1 344  | 1 368           | 1 227  |
| Świętokrzyski        | 183             | 140  | 214             | 166  | 191             | 167  |
| Warmińsko - Mazurski | 410             | 366  | 315             | 285  | 255             | 231  |
| Wielkopolski         | 846             | 654  | 1 042           | 790  | 891             | 707  |
| Zachodniopomorski    | 251             | 190  | 305             | 254  | 239             | 206  |
| <b>RAZEM</b>         | <b>10 075</b>   | <b>8 687</b>                                       | <b>10 291</b>   | <b>8 693</b>                                       | <b>9 773</b>    | <b>8 443</b>                                       |

## Ratownictwo medyczne

Zespoły ratownictwa medycznego są mobilnymi jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, których zadaniem jest podejmowanie akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, czyli świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach pozaszpitalnych w celu ratowania osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2017 r., poz. 2195, z późn. zm.) zadania zespołów ratownictwa medycznego są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentami są poszczególni wojewodowie. Wojewoda powierza przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, zawieranie, rozliczanie i kontrolę wykonywania tych umów dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu zawiera umowy na rejon operacyjny, na podstawie planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz w ramach środków przewidzianych w budżecie państwa, w części, której dysponentem jest wojewoda, ujętych w planie finansowym Funduszu. Środki na finansowanie umów wojewoda przekazuje Funduszowi w formie dotacji celowej w trybie i na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych w celu zapewnienia finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego na terenie właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu.

W 2018 r. we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ zostało przeprowadzone aneksowanie umów wieloletnich o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne. W 2018 r. oddziały NFZ posiadały łącznie 203 umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne. Liczba umów w przedmiotowym rodzaju świadczeń nie uległa zmianie w stosunku do 2017 roku. Należy podkreślić, że informacji o liczbie zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne nie można utożsamiać z dostępnością do świadczeń w powyższym rodzaju, ponieważ liczba ta jest bezpośrednio związana z liczbą rejonów operacyjnych, wynikającą z wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

**Tabela nr II.52.** Tryb zawarcia i liczba umów w rodzaju ratownictwo medyczne w 2018 roku

| Nazwa OW NFZ       | 2018              |             |
|--------------------|-------------------|-------------|
|                    | tryb postępowania | liczba umów |
| Dolnośląski        | aneksowanie       | 12          |
| Kujawsko-Pomorski  | aneksowanie       | 21          |
| Lubelski           | aneksowanie       | 14          |
| Lubuski            | aneksowanie       | 14          |
| Łódzki             | aneksowanie       | 20          |
| Małopolski         | aneksowanie       | 2           |
| Mazowiecki         | aneksowanie       | 6           |
| Opolski            | aneksowanie       | 5           |
| Podkarpacki        | aneksowanie       | 22          |
| Podlaski           | aneksowanie       | 4           |
| Pomorski           | aneksowanie       | 20          |
| Śląski             | aneksowanie       | 4           |
| Świętokrzyski      | aneksowanie       | 1           |
| Warmińsko-Mazurski | aneksowanie       | 21          |
| Wielkopolski       | aneksowanie       | 31          |
| Zachodniopomorski  | aneksowanie       | 6           |
| <b>RAZEM</b>       |                   | <b>203</b>  |

**Tabela nr II.53.** Liczba świadczeniodawców oraz umów zawartych w latach 2016-2018 w rodzaju ratownictwo medyczne.

| Nazwa OW NFZ        | Liczba świadczeniodawców w latach |      |      | Liczba umów zawartych w latach |      |      | Liczba umów w 2018 r. w stosunku do liczby umów w 2017 r. |
|---------------------|-----------------------------------|------|------|--------------------------------|------|------|---|
|                     | 2016                              | 2017 | 2018 | 2016                           | 2017 | 2018 |   |
| Dolnośląski         | 12                                | 12   | 12   | 12                             | 12   | 12   | 100,00%   |
| Kujawsko-Pomorski   | 21                                | 21   | 21   | 21                             | 21   | 21   | 100,00%   |
| Lubelski            | 14                                | 14   | 14   | 14                             | 14   | 14   | 100,00%   |
| Lubuski             | 13                                | 13   | 13   | 14                             | 14   | 14   | 100,00%   |
| Łódzki              | 11                                | 11   | 11   | 20                             | 20   | 20   | 100,00%   |
| Małopolski          | 2                                 | 2    | 2    | 2                              | 2    | 2    | 100,00%   |
| Mazowiecki          | 6                                 | 6    | 6    | 6                              | 6    | 6    | 100,00%   |
| Opolski             | 5                                 | 5    | 5    | 5                              | 5    | 5    | 100,00%   |
| Podkarpacki         | 22                                | 22   | 22   | 22                             | 22   | 22   | 100,00%   |
| Podlaski            | 4                                 | 4    | 4    | 4                              | 4    | 4    | 100,00%   |
| Pomorski            | 20                                | 19   | 19   | 20                             | 20   | 20   | 100,00%   |
| Śląski              | 4                                 | 4    | 4    | 4                              | 4    | 4    | 100,00%   |
| Świętokrzyski       | 1                                 | 1    | 1    | 1                              | 1    | 1    | 100,00%   |
| Warmińsko- Mazurski | 21                                | 21   | 21   | 21                             | 21   | 21   | 100,00%   |
| Wielkopolski        | 29                                | 29   | 29   | 31                             | 31   | 31   | 100,00%   |
| Zachodniopomorski   | 6                                 | 6    | 6    | 6                              | 6    | 6    | 100,00%   |
| RAZEM               | 191                               | 190  | 190  | 203                            | 203  | 203  | 100,00%   |

Wartość świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne, zakontraktowanych w 2018 roku, wyniosła łącznie 2 045 499,91 tys. zł i była wyższa od wartości świadczeń zakontraktowanych w 2017 roku o 6,36%. Koszt realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w niniejszym rodzaju w 2018 r. wyniósł 2 034 754,15 tys. zł, co stanowi 99,47 % wykorzystania zakontraktowanych środków finansowych. Wartość zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne, oraz koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego uwzględniają koszty świadczeń wynikających z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1400), z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie OWU (Dz. U. poz. 1628, z późn. zm.), jak również wartość kosztów świadczeń wynikających z Porozumienia zawartego pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Komitetem Protestacyjnym Ratowników Medycznych oraz Sekcją Krajową Pogotowia Ratunkowego i Ratownictwa Medycznego NSZZ „Solidarność” w dniu 18 lipca 2017 r.

**Tabela nr II.54.** Porównanie wartości (w tys. zł) i stopnia realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w latach 2016-2018.

| Nazwa OW NFZ        | 2016 r.  |  |   |                         | 2017 r.  |  |   |                         | 2018 r.  |  |   |                         | 2018/2017 |
|---------------------|--|--|---|-------------------------|--|--|---|-------------------------|--|--|---|-------------------------|-----------|
|                     | Wartość świadczeń zakontraktowanych w 2016 r.*** | Koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego w 2016 r.*** | Całkowity koszt realizacji świadczeń w 2016 r.*** | % realizacji kontraktów | Wartość świadczeń zakontraktowanych w 2017 r.*** | Koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego w 2017 r.*** | Całkowity koszt realizacji świadczeń w 2017 r.*** | % realizacji kontraktów | Wartość świadczeń zakontraktowanych w 2018 r.*** | Koszty działalności zespołów ratownictwa medycznego w 2018 r.*** | Całkowity koszt realizacji świadczeń w 2018 r.*** | % realizacji kontraktów |           |
| Dolnośląski         | 141 317,56                                       | 141 215,11   | 141 215,11  | 99,93%                  | 144 028,20                                       | 143 666,08   | 143 553,95  | 99,75%                  | 152 812,75                                       | 152 200,50   | 152 200,50  | 99,60%                  | 106,10%   |
| Kujawsko-Pomorski   | 110 860,00                                       | 110 842,03   | 110 628,19  | 99,98%                  | 112 601,22                                       | 112 251,50   | 112 238,71  | 99,71%                  | 118 803,55                                       | 118 303,39   | 118 288,78  | 99,58%                  | 105,51%   |
| Lubelski            | 114 568,97                                       | 114 450,69   | 114 448,17  | 99,90%                  | 116 646,72                                       | 116 250,24   | 116 252,38  | 99,66%                  | 124 840,66                                       | 124 009,99   | 124 014,95  | 99,33%                  | 107,02%   |
| Lubuski             | 66 343,46  | 66 310,56  | 66 306,70   | 99,95%                  | 65 745,31  | 65 163,37  | 64 800,41   | 99,65%                  | 71 040,20  | 70 661,49  | 70 661,49   | 99,47%                  | 108,05%   |
| Łódzki              | 122 158,66                                       | 122 112,68   | 122 112,68  | 99,96%                  | 125 201,13                                       | 124 784,43   | 124 791,08  | 99,67%                  | 132 841,92                                       | 132 147,91   | 132 147,91  | 99,48%                  | 106,10%   |
| Małopolski          | 146 113,98                                       | 146 090,05   | 146 090,05  | 99,98%                  | 158 147,10                                       | 157 929,99   | 157 930,00  | 99,86%                  | 164 620,60                                       | 162 513,73   | 162 196,40  | 98,72%                  | 104,09%   |
| Mazowiecki          | 231 435,07                                       | 231 330,53   | 231 330,53  | 99,95%                  | 238 292,12                                       | 237 992,02   | 237 992,02  | 99,87%                  | 254 304,58                                       | 253 778,27   | 253 778,27  | 99,79%                  | 106,72%   |
| Opolski             | 52 549,28  | 52 534,40  | 52 113,28   | 99,97%                  | 54 175,45  | 54 087,98  | 52 463,92   | 99,84%                  | 57 874,52  | 57 565,53  | 52 944,48   | 99,47%                  | 106,83%   |
| Podkarpacki         | 108 000,75                                       | 107 982,48   | 107 973,41  | 99,98%                  | 111 483,12                                       | 111 226,79   | 111 133,00  | 99,77%                  | 119 076,43                                       | 118 880,75   | 118 880,75  | 99,84%                  | 106,81%   |
| Podlaski            | 70 234,00  | 70 199,07  | 70 199,07   | 99,95%                  | 71 863,25  | 71 789,32  | 71 788,29   | 99,90%                  | 76 052,37  | 75 852,28  | 75 825,70   | 99,74%                  | 105,83%   |
| Pomorski            | 105 476,19                                       | 105 445,91   | 105 337,63  | 99,97%                  | 108 263,99                                       | 107 864,69   | 107 864,69  | 99,67%                  | 115 218,63                                       | 114 655,22   | 114 792,89  | 99,51%                  | 106,42%   |
| Śląski              | 201 184,71                                       | 201 104,86   | 201 104,86  | 99,96%                  | 206 943,75                                       | 206 446,09   | 206 446,09  | 99,76%                  | 221 738,23                                       | 219 194,82   | 219 194,82  | 98,85%                  | 107,15%   |
| Świętokrzyski       | 57 073,58  | 56 980,01  | 56 980,01   | 99,84%                  | 59 031,22  | 58 874,07  | 58 874,07   | 99,73%                  | 62 811,70  | 61 938,35  | 61 938,35   | 98,61%                  | 106,40%   |
| Warmińsko- Mazurski | 92 790,39  | 92 730,63  | 92 711,52   | 99,94%                  | 95 130,90  | 94 879,33  | 94 856,66   | 99,74%                  | 102 235,39                                       | 102 225,35   | 101 985,75  | 99,99%                  | 107,47%   |
| Wielkopolski        | 147 650,37                                       | 147 613,23   | 146 474,00  | 99,97%                  | 151 367,00                                       | 151 082,69   | 146 379,00  | 99,81%                  | 160 560,09                                       | 160 133,77   | 160 133,77  | 99,73%                  | 106,07%   |
| Zachodniopomorski   | 101 294,31                                       | 101 280,46   | 101 251,24  | 99,99%                  | 104 252,21                                       | 104 181,44   | 104 091,00  | 99,93%                  | 110 668,28                                       | 110 555,12   | 110 549,29  | 99,90%                  | 106,15%   |
| RAZEM               | 1 869 051,28                                     | 1 868 222,70   | 1 866 276,45                                      | 99,96%                  | 1 923 172,68                                     | 1 918 470,03   | 1 911 455,27                                      | 99,78%                  | 2 045 499,91                                     | 2 034 616,47   | 2 029 314,55                                      | 99,47%                  | 106,36%   |

W 2018 r. zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 3 004 848 wyjazdów, udzielając świadczeń 2 521 505 różnym osobom. Zarówno liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego jak i liczba osób, którym te zespoły udzieliły świadczeń w 2018 r. wzrosła w porównaniu do roku poprzedniego.

**Tabela nr II.55.** Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w latach 2016-2018 oraz liczba osób, wg unikalnych nr PESEL, którym udzielono przedmiotowych świadczeń w poszczególnych latach.

| Oddział Wojewódzki NFZ | 2016 r.          |  | 2017 r.          |  | 2018 r.          |  |
|------------------------|------------------|--|------------------|--|------------------|--|
|                        | Liczba wyjazdów  | Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń | Liczba wyjazdów  | Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń | Liczba wyjazdów  | Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń |
| Dolnośląski            | 277 505          | 218 839  | 275 492          | 216 779  | 259 308          | 240 587  |
| Kujawsko-Pomorski      | 168 598          | 129 212  | 169 858          | 133 044  | 171 376          | 131 343  |
| Lubelski               | 164 883          | 131 024  | 163 382          | 130 895  | 173 778          | 138 010  |
| Lubuski                | 77 587           | 57 634   | 75 981           | 62 446   | 78 781           | 61 524   |
| Łódzki                 | 201 389          | 186 201  | 200 870          | 188 238  | 198 741          | 186 894  |
| Małopolski             | 240 641          | 227 874  | 193 110          | 183 403  | 231 559          | 213 002  |
| Mazowiecki             | 450 734          | 369 114  | 427 621          | 350 140  | 435 689          | 356 063  |
| Opolski                | 66 338           | 60 451   | 67 835           | 52 749   | 72 733           | 66 455   |
| Podkarpacki            | 137 259          | 131 419  | 140 922          | 134 692  | 144 294          | 137 592  |
| Podlaski               | 84 319           | 67 241   | 79 606           | 64 346   | 79 806           | 64 283   |
| Pomorski               | 147 037          | 120 917  | 153 802          | 128 021  | 159 674          | 153 322  |
| Śląski                 | 622 842          | 622 530  | 396 372          | 293 632  | 383 865          | 295 489  |
| Świętokrzyski          | 108 590          | 84 249   | 106 676          | 81 830   | 113 170          | 84 717   |
| Warmińsko- Mazurski    | 123 942          | 94 794   | 122 599          | 94 070   | 123 444          | 93 870   |
| Wielkopolski           | 197 590          | 159 502  | 197 441          | 159 497  | 200 902          | 163 274  |
| Zachodniopomorski      | 168 420          | 129 943  | 174 085          | 135 154  | 177 728          | 135 080  |
| <b>RAZEM</b>           | <b>3 237 674</b> | <b>2 790 944</b>                                   | <b>2 945 652</b> | <b>2 408 936</b>                                   | <b>3 004 848</b> | <b>2 521 505</b>                                   |

**Chemioterapia** – w 2018 roku Fundusz sfinansował świadczenia w zakresach chemioterapii na kwotę 1 496 536 tys. zł. Wartość umów podpisanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu na te świadczenia została zagwarantowana w planie finansowym na kwotę 1 533 479 tys. zł. Faktyczne wykonanie stanowiło 97,59% kwoty planowanej. Różnice w wartościach dotyczących wykonania, mogą wynikać z różnych dat generowania raportów w systemach NFZ oraz możliwych zmian danych sprawozdawczych, wynikających m.in. z korekt świadczeniodawców czy migracji.

**Tabela nr II.56.** Wartość wykonanych świadczeń w ramach poszczególnych zakresów chemioterapii (w tys. zł) wg stanu na dzień 17 maja 2019 r.

| Nazwa zakresu świadczeń   | 2018              |  |
|---|-------------------|--|
|   | Suma z kontraktów | Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych w zakresach w umowie 03/3 |
| 03.0000.111.02 chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym                     | 51 618            | 51 702   |
| 03.0000.112.02 chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym                           | 183 102           | 184 350  |
| 03.0000.113.02 chemioterapia - hospitalizacja z zakresem skojarzonym                                | 546 490           | 548 962  |
| 03.0000.115.02 chemioterapia  | 12 865            | 12 850   |
| 03.0001.111.02 substancje czynne w chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym | 158 511           | 158 066  |
| 03.0001.112.02 substancje czynne w chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym       | 221 310           | 221 227  |
| 03.0001.113.02 substancje czynne w chemioterapii - hospitalizacji z zakresem skojarzonym            | 308 839           | 309 205  |
| 03.0001.115.02 substancje czynne w chemioterapii  | 10 208            | 10 173   |
| Suma:   | 1 492 943         | 1 496 536  |

**Tabela nr II.57.** Podział populacji pacjentów leczonych w chemioterapię w odniesieniu do rozpoznania zasadniczego sprawozdanego jako główny powód wykonania świadczeń dla których NFZ finansował terapie w 2018, wg stanu na dzień 17 maja 2019 r.

| Kod rozpoznania głównego ICD10 | Nazwa rozpoznania głównego                               | Liczba pacjentów |
|--------------------------------|--|------------------|
| Z51.1                          | cykle chemioterapii nowotworów                           | 105 039          |
| C50.9                          | sutek, nie określony                                     | 6 011            |
| Z51.0                          | seanse radioterapii                                      | 3 357            |
| C90.0                          | szpiczak mnogi   | 3 211            |
| C56                            | nowotwór złośliwy jajnika                                | 2 792            |
| C20                            | nowotwór złośliwy odbytnicy                              | 2 466            |
| C50                            | nowotwór złośliwy sutka                                  | 2 333            |
| C61                            | nowotwór złośliwy gruczołu krokowego                     | 2 137            |
| C34.9                          | oskrzele lub płuco, nie określone                        | 2 084            |
| D75.2                          | nadpłytkowość samoistna                                  | 1 839            |
| C91.1                          | przewlekła białaczka limfocytowa                         | 1 713            |
| C34.8                          | zmiana przekraczająca granice oskrzela i płuca (uwaga 5) | 1 661            |
| C92.1                          | przewlekła białaczka szpikowa                            | 1 625            |
| C18.9                          | okrężnica, nie określona                                 | 1 524            |
| C92.0                          | ostra białaczka szpikowa                                 | 1 341            |
| C85.7                          | inne określone postacie chłoniaka nieziarniczego         | 1 316            |
| D70                            | agranulocytoza   | 1 231            |
| C18.7                          | esica  | 1 080            |
| C18                            | nowotwór złośliwy jelita grubego                         | 1 031            |
| C50.4                          | ćwiartka górna zewnętrzna sutka                          | 1 026            |

**Tabela nr II.58.** Struktura populacji leczonych z uwzględnieniem płci w ramach chemioterapii w 2018 roku wg stanu na dzień 17 maja 2019 r.

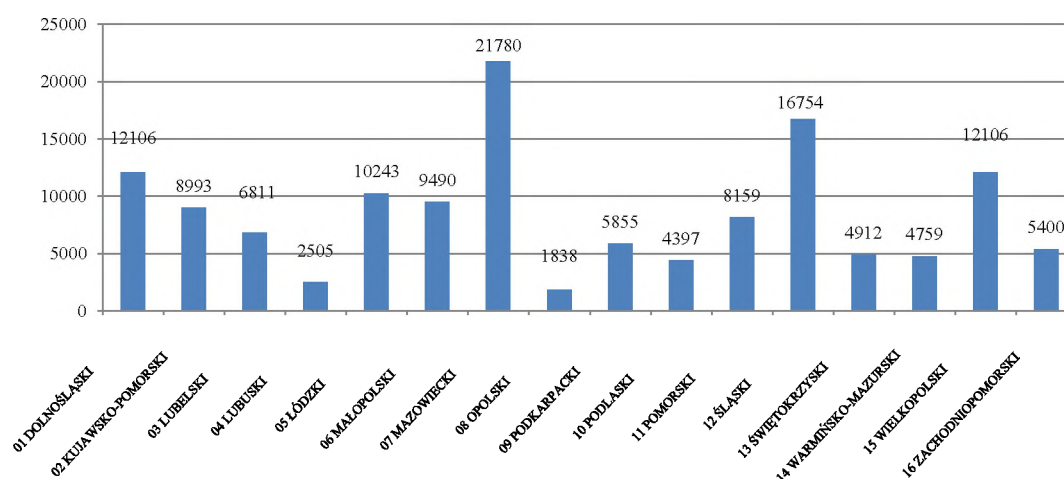
| Płeć      | Liczba świadczeniobiorców | Średni wiek świadczeniobiorcy |
|-----------|---------------------------|-------------------------------|
| Mężczyzna | 60 765                    | 63,3                          |
| Kobieta   | 73 997                    | 61,8                          |

W zakresach związanych z realizacją chemioterapii również jak w programach lekowych zauważa się większy udział kobiet niż mężczyzn (54,91 % kobiet, 45,09 % mężczyzn) ze średnim wiekiem 61,8 lat. Najwyższą wartość środków wydatkowano na chemioterapię w województwie mazowieckim z kwotą 289 mln zł. Następnymi z kolei województwami, w których wydatkowano najwyższe środki pieniężne jest województwo śląskie (188 mln zł) oraz wielkopolskie (134 mln zł).

**Tabela nr II.59.** Wartość zrealizowanych i rozliczonych jednostek rozliczeniowych (w tys. zł) w chemioterapii w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ w 2018 r., wg stanu na dzień 17 maja 2019 r.

| OW NFZ             | wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych | wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych |
|--------------------|--|--|
| Dolnośląski        | 122 958  | 122 884  |
| Kujawsko-Pomorski  | 79 693   | 79 364   |
| Lubelski           | 94 739   | 92 268   |
| Lubuski            | 27 896   | 27 847   |
| Łódzki             | 88 904   | 88 773   |
| Małopolski         | 101 210  | 99 413   |
| Mazowiecki         | 289 737  | 289 483  |
| Opolski            | 21 718   | 21 681   |
| Podkarpacki        | 69 103   | 69 003   |
| Podlaski           | 49 911   | 48 848   |
| Pomorski           | 81 878   | 81 848   |
| Śląski             | 189 808  | 187 987  |
| Świętokrzyski      | 51 816   | 51 586   |
| Warmińsko-Mazurski | 43 748   | 42 656   |
| Wielkopolski       | 134 009  | 133 972  |
| Zachodniopomorski  | 59 292   | 58 924   |
| Suma:              | 1 506 419  | 1 496 536                                      |

**Wykres nr II.10.** Liczba świadczeniobiorców w ramach finansowania chemioterapii w 2018 r.



### Programy lekowe

W 2018 roku wartość świadczeń udzielonych w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe wyniosła 3 846 651 tys. zł, liczba pacjentów objętych leczeniem w zakresie programów lekowych wyniosła 136 090 osób. Różnice w wartościach dotyczących wykonania, mogą wynikać z różnych dat generowania raportów w systemach NFZ oraz możliwych zmian danych sprawozdawczych, wynikających m.in. z korekt świadczeniodawców czy migracji. Plan Finansowy NFZ na 2018 r. na refundację programów lekowych przewidywał kwotę 3 873 729 tys. zł. Faktyczne wykonanie stanowiło zatem 99,3 % kwoty planowanej. W 2018 roku Fundusz finansował 93 programów lekowych, w tym 31 programów onkologicznych. W 2018 roku objęto finansowaniem następujące programy lekowe: B.95 Leczenie atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego (aHUS), B.96 Leczenie nocnej napadowej hemoglobinurii (PNH), B.97 Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną, B.98 Leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną, B.99 Leczenie akromegalii pasyreotydem, B.100 Leczenie opornej i nawrotowej postaci klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu, B.101 Leczenie hipercholesterolemii rodzinnej.

Szczegółowy zakres zmian wynikający z dostosowania do aktualnego stanu faktycznego w zakresie refundacji leków stosowanych w programach lekowych, tj. do obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych:

1) na dzień 1 stycznia 2018 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 129):

- a) wykreślenie substancji czynnej pemetreksedu z programu lekowego leczenia raka płuca w związku z przeniesieniem leczenia raka płuca pemetreksedem do katalogu chemioterapii;
- b) dodanie technicznych oznaczeń B.32.a i B.94 do odpowiednich, zakontraktowanych już zakresów świadczeń tj. do programu lekowego Leczenie choroby Leśniowskiego – Crohna oraz Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B. Lek Flixabi (infliximab) został objęty refundacją w ramach programu lekowego leczenia choroby Leśniowskiego-Crohna – załącznik 32.a do obwieszczenia, lek Elocta (efmorocetocog alfa) został objęty refundacją w ramach programu lekowego zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B – załącznik 94 do obwieszczenia.

Programy lekowe w ramach których zostały objęte refundacją ww. leki nie stanowią nowych świadczeń gwarantowanych w rozumieniu ustawy o świadczeniach ani nowych programów lekowych w rozumieniu ustawy o refundacji. Są to te same świadczenia gwarantowane i te same programy lekowe jak odpowiednio zawarte w załącznikach B.32 dla infliksimabu i B.15 dla efmorocetocogu alfa;

- c) dodanie dwóch nowych programów lekowych: leczenie atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego (aHUS) oraz leczenie napadowej nocnej hemoglobinurii (PNH);

2) na dzień 1 marca 2018 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 13):

- a) dodanie substancji czynnej nintedanibu do programu lekowego leczenia idiopatycznego włóknienia płuc;
- b) dodanie dwóch nowych programów lekowych: leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną oraz leczenie pediatrycznych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną;

3) na dzień 1 maja 2018 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 32):

- a) dodanie substancji czynnych: niwolumabu oraz pembrolizumabu do programu lekowego leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca;
- b) dodanie substancji czynnych kabozantinibu oraz niwolumabu do programu lekowego leczenia raka nerki;
- c) dodanie substancji czynnej wedolizumabu do programu lekowego leczenia pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego;
- d) dodanie substancji czynnej apomorfina do programu lekowego leczenia zaburzeń motorycznych w przebiegu zaawansowanej choroby Parkinsona;
- e) dodanie dwóch nowych programów lekowych: leczenie akromegalii pasyreotydem oraz leczenie odpornej i nawrotowej postaci klasycznego chłoniaka Hodgkina z zastosowaniem niwolumabu;



- 4) na dzień 1 lipca 2018 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 51):
- a) usunięcie programu lekowego leczenia wczesnodziecięcej postaci cystynozy nefropatycznej;
  - b) dodanie substancji czynnej nintedanib do programu lekowego leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca z zastosowaniem afatynibu i nintedanibu;
  - c) dodanie substancji czynnej sofosbuvir + welpataswir do programu lekowego leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową;
- 5) na dzień 1 września 2018 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 67):
- a) dodanie substancji czynnej glecaprewir + pibrentaswir do programu lekowego leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową;
- 6) na dzień 1 listopada 2018 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 105):
- a) przeniesienie substancji czynnych: sildenafil, epoprostenol, macytentan oraz dodaniu substancji czynnej riociguat do programu lekowego leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego;
  - b) dodanie substancji czynnej sekukinumab do programu lekowego leczenia łuszczykowego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym (ŁZS);
  - c) dodanie substancji czynnej sekukinumab oraz zmianie nazwy programu lekowego leczenia ciężkiej, aktywnej postaci zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK);
  - d) dodanie substancji czynnych sekukinumab oraz iksekizumab do programu lekowego leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej;
  - e) dodanie substancji czynnej pomalidomid oraz zmianie nazwy programu lekowego leczenia chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka mnogiego;
  - f) usunięcie programu lekowego leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego sildenafilem, epoprostenolem i macytentanem (TNP), w związku z przeniesieniem substancji czynnych do programu leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego;
  - g) dodanie nowego programu lekowego leczenia hipercholesterolemii rodzinnej.

**Tabela nr II.60.** Wartość wykonanych świadczeń w ramach finansowania programów lekowych (w tys. zł.) w 2018 roku, wg stanu na dzień 17 maja 2019 r.

| OW NFZ rozliczający | wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych |
|---------------------|--|
| Dolnośląski         | 324 039  |
| Kujawsko-Pomorski   | 190 347  |
| Lubelski            | 200 489  |
| Lubuski             | 60 767   |
| Łódzki              | 261 432  |
| Małopolski          | 363 446  |
| Mazowiecki          | 714 732  |
| Opolski             | 58 531   |
| Podkarpacki         | 169 357  |
| Podlaski            | 103 768  |
| Pomorski            | 227 425  |
| Śląski              | 466 039  |
| Świętokrzyski       | 109 090  |
| Warmińsko-Mazurski  | 111 613  |
| Wielkopolski        | 346 404  |
| Zachodniopomorski   | 139 173  |
| Suma:               | 3 846 651                                      |

Najwyższą wartość środków wydatkowano na programy lekowe w województwie mazowieckim z kwotą blisko 715 mln zł. Następnymi z kolei województwami, w których wydatkowano najwyższe środki pieniężne jest województwo śląskie (466 mln zł) oraz małopolskie (363 mln zł). Największe środki zostały wydatkowane w programie leczenia raka piersi 491,6 mln zł, co stanowi 12,78% kosztu

wszystkich wykonanych świadczeń związanych z programami lekowymi, następnie kolejny to program leczenia stwardnienia rozsianego (308,6 mln zł), program lekowy leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową (243,4 mln zł), oraz leczenia zaawansowanego raka jelita grubego (211, 9 mln zł) odpowiednio 8,02%, 6,33%, 5,51%.

**Tabela nr II.61 .Top 7 substancji czynnych wg kwoty refundacji w 2018 r. (w tys. zł) wg stanu na dzień 17 maja 2019 r.**

| nazwa produktu rozliczeniowego                             | wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych |
|--|--|
| Trastuzumabum - Sc - Podskórnice - 1 Mg                    | 267 750  |
| Lenalidomidum - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg      | 177 920  |
| Adalimumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg        | 136 841  |
| Nivolumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg         | 89 690   |
| Bevacizumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg       | 88 664   |
| Trastuzumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg       | 87 798   |
| Dimethylis Fumaras - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg | 84 149   |
| Pertuzumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg        | 82 766   |
| Treprostynilum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg      | 80 523   |
| Imatinibum - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg         | 73 953   |

W programach onkologicznych i nieonkologicznych zauważa się większy udział kobiet niż mężczyzn, gdzie leczonych jest ponad 57,6% kobiet, nieonkologicznych 54,9% kobiet. W 2018 roku w związku z leczeniem 28,9 tys. pacjentów w ramach programów lekowych onkologicznych (z wyłączeniem chemioterapii niestandardowej) wydatkowano 1 957 846 tys. zł, natomiast w programach lekowych nieonkologicznych wydatkowano 1 888 805 tys. zł na leczenie 107,4 tys. pacjentów. Środki wydatkowane na terapię kobiet w ramach programów lekowych stanowią 55,5 % całości. Wydatki na terapię kobiet w podziale na programy onkologiczne oraz nieonkologiczne stanowią odpowiednio 57,1% i 53,9%. Większy odsetek leczonych kobiet niż mężczyzn może być spowodowany większą dbałością kobiet o zdrowie, rozpoznaniem choroby w jej wcześniejszym stadium oraz wcześniej rozpoczynanym leczeniem. Natomiast struktura kosztów programów onkologicznych, w której koszt leczenia kobiet jest znacznie wyższy niż mężczyzn jest spowodowany wysoką wartością wydatkowanych środków, np. na program leczenia raka piersi.

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

**Tabela nr II.62.** Wartość zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych w ujęciu miesięcznym w okresie od 1 stycznia 2018 do 31 grudnia 2018 r. (data generacji danych 20 maja 2019 r.).

| miesiąc realizacji | wartość refundacji leków (w tys. zł) |
|--------------------|--------------------------------------|
| Styczeń            | 772 584,19                           |
| Luty               | 735 311,78                           |
| Marzec             | 824 460,42                           |
| Kwiecień           | 755 478,09                           |
| Maj                | 733 749,44                           |
| Czerwiec           | 774 047,55                           |
| Lipiec             | 740 462,58                           |
| Sierpień           | 736 832,76                           |
| Wrzesień           | 727 808,09                           |
| Październik        | 840 130,9                            |
| Listopad           | 781 647,52                           |
| Grudzień           | 771 316,57                           |

|       |              |
|-------|--------------|
| suma: | 9 193 829,88 |
|-------|--------------|

W 2018 roku płatnik na refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych wydatkował łącznie kwotę 9 193 829,88 złotych. Powyższe zestawienie kosztów zostało opracowane na podstawie danych szczegółowych przekazanych przez oddziały wojewódzkie NFZ. Część z tej kwoty została sfinansowana z części budżetu państwa pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia.

**Tabela nr II.63.** Liczba zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych w 2018 r. z podziałem na poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ w ujęciu miesięcznym (data generacji danych 20 maja 2019 r.).

| OW NFZ rozliczający | styczeń       | luty          | marzec        | kwiecień      | maj           | czerwiec      | lipiec        | sierpień      | wrzesień      | październik   | listopad      | grudzień      | Suma końcowa   |
|---------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Dolnośląski         | 2 738         | 2 660         | 2 931         | 2 667         | 2 606         | 2 709         | 2 581         | 2 592         | 2 518         | 2 894         | 2 712         | 2 666         | 32 276         |
| Kujawsko-pomorski   | 2 141         | 2 004         | 2 229         | 2 027         | 1 961         | 2 056         | 1 969         | 1 986         | 1 946         | 2 200         | 2 085         | 2 035         | 24 638         |
| Lubelski            | 2 154         | 1 933         | 2 159         | 1 999         | 1 948         | 2 027         | 1 927         | 1 963         | 1 904         | 2 174         | 2 077         | 2 018         | 24 285         |
| Lubuski             | 919           | 855           | 958           | 866           | 848           | 882           | 840           | 856           | 824           | 940           | 893           | 872           | 10 553         |
| Łódzki              | 2 765         | 2 613         | 2 924         | 2 638         | 2 547         | 2 683         | 2 523         | 2 506         | 2 492         | 2 858         | 2 708         | 2 630         | 31 887         |
| Małopolski          | 3 155         | 2 880         | 3 174         | 2 954         | 2 877         | 3 002         | 2 881         | 2 811         | 2 820         | 3 225         | 3 037         | 2 964         | 35 781         |
| Mazowiecki          | 5 163         | 5 028         | 5 510         | 5 082         | 4 912         | 5 168         | 4 859         | 4 775         | 4 809         | 5 520         | 5 166         | 5 062         | 61 056         |
| Opolski             | 920           | 890           | 970           | 889           | 867           | 904           | 871           | 875           | 849           | 973           | 921           | 887           | 10 816         |
| Podkarpacki         | 1 814         | 1 640         | 1 839         | 1 695         | 1 640         | 1 718         | 1 641         | 1 645         | 1 615         | 1 872         | 1 753         | 1 709         | 20 580         |
| Podlaski            | 995           | 940           | 1 046         | 948           | 931           | 970           | 923           | 941           | 915           | 1 044         | 984           | 957           | 11 593         |
| Pomorski            | 2 259         | 2 089         | 2 360         | 2 149         | 2 091         | 2 201         | 2 088         | 2 087         | 2 057         | 2 319         | 2 194         | 2 129         | 26 023         |
| Śląski              | 4 612         | 4 341         | 4 872         | 4 455         | 4 296         | 4 476         | 4 267         | 4 225         | 4 172         | 4 839         | 4 563         | 4 389         | 53 507         |
| Świętokrzyski       | 1 214         | 1 127         | 1 239         | 1 146         | 1 112         | 1 150         | 1 121         | 1 121         | 1 092         | 1 240         | 1 193         | 1 132         | 13 890         |
| Warmińsko-Mazurski  | 1 314         | 1 236         | 1 381         | 1 250         | 1 224         | 1 278         | 1 232         | 1 260         | 1 203         | 1 370         | 1 277         | 1 252         | 15 277         |
| Wielkopolski        | 3 548         | 3 356         | 3 737         | 3 345         | 3 222         | 3 372         | 3 207         | 3 243         | 3 153         | 3 614         | 3 430         | 3 392         | 40 618         |
| Zachodniopomorski   | 1 671         | 1 589         | 1 773         | 1 598         | 1 574         | 1 639         | 1 570         | 1 601         | 1 530         | 1 731         | 1 639         | 1 584         | 19 499         |
| <b>Suma końcowa</b> | <b>37 382</b> | <b>35 182</b> | <b>39 102</b> | <b>35 708</b> | <b>34 657</b> | <b>36 236</b> | <b>34 500</b> | <b>34 489</b> | <b>33 900</b> | <b>38 812</b> | <b>36 632</b> | <b>35 677</b> | <b>432 279</b> |

### Wielkość refundacji

Analiza wydatków na refundację leków w 2018 roku w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu wykazała, że największy udział procentowy w ogólnej kwocie refundacji miał oddział mazowiecki z wynikiem 13,79% oraz oddział śląski z wynikiem 12,59%. Dane wartościowe dotyczące wszystkich oddziałów wojewódzkich NFZ przedstawiono w tabeli poniżej.

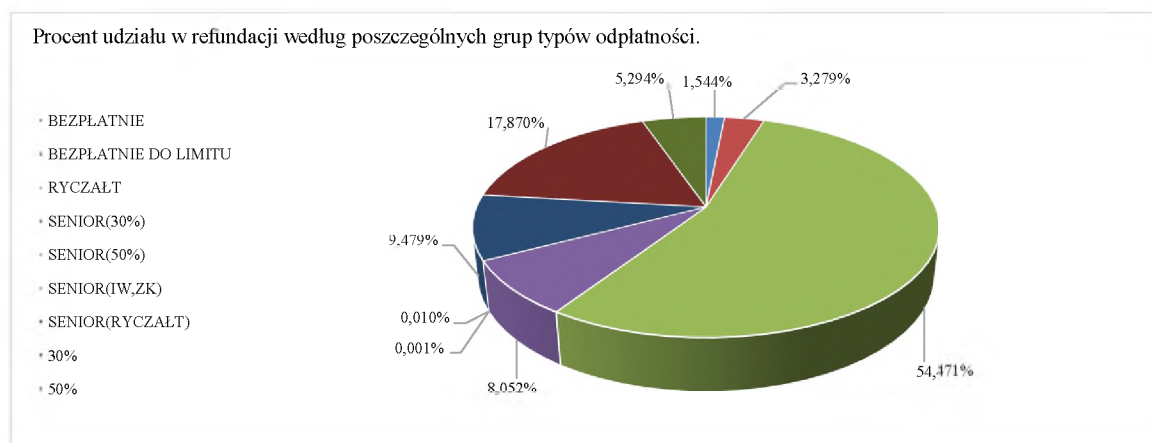
**Tabela nr II.64.** Struktura wydatków na leki w 2018 roku w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ, data generacji danych 20 maj 2019 r. (kwoty wyrażone w tys. zł i zawierają dotację Ministerstwa Zdrowia przeznaczoną na refundację leków).

| Wartość refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych z podziałem na oddziały wojewódzkie w 2018 r. |                  |                   |
|---|------------------|-------------------|
| oddział wojewódzki  | kwota refundacji | udział procentowy |
| Mazowiecki  | 1 267 394,83     | 13,79%            |
| Śląski  | 1 157 043,49     | 12,59%            |
| Wielkopolski  | 854 774,1        | 9,30%             |
| Małopolski  | 812 129,51       | 8,83%             |
| Łódzki  | 689 257,47       | 7,50%             |
| Dolnośląski   | 681 439,93       | 7,41%             |
| Pomorski  | 574 619,28       | 6,25%             |
| Kujawsko-Pomorski   | 530 861,59       | 5,77%             |
| Lubelski  | 504 101,1        | 5,48%             |
| Podkarpacki   | 427 872,08       | 4,65%             |
| Zachodniopomorski   | 407 299,78       | 4,43%             |
| Warmińsko-Mazurski  | 319 944,32       | 3,48%             |
| Świętokrzyski   | 283 070,34       | 3,08%             |
| Podlaski  | 247 525,75       | 2,69%             |
| Opolski   | 219 160,92       | 2,38%             |
| Lubuski   | 217 335,38       | 2,36%             |

### Rodzaje odpłatności

Analiza struktury wydatków na refundację leków w 2018 roku w podziale na rodzaje odpłatności (bezpłatne, 30%, 50% ryczałt) wykazała, że ponad połowa (54,47%) ogólnej kwoty refundacji wydatkowano dla pacjentów wnoszących opłatę ryczałtową, przeznaczono na ten cel 5 007 994 tys. zł.

**Wykres nr II.11** Analiza struktury wydatków na refundację leków w 2018 roku w podziale na odpłatności, data generacji danych 20 maj 2019 r. (dane zawierają dotację Ministerstwa Zdrowia przeznaczoną na refundację leków).



Kolejne grupy co do wartości wydatkowanych środków stanowią:

- leki wydawane za 30% odpłatnością – 17,87 % – kwota refundacji 1 642 917 tys. zł,
- leki wydawane za 50% odpłatnością – 5,29 % – kwota refundacji 486 751 tys. zł,
- leki wydawane bezpłatnie do limitu refundacji – 3,28% - kwota refundacji 301 437 tys. zł.

### Typy uprawnień

Poniżej przedstawiono analizę struktury wydatków na refundacje leków w podziale na uprawnienia dodatkowe pacjenta w 2018 r.

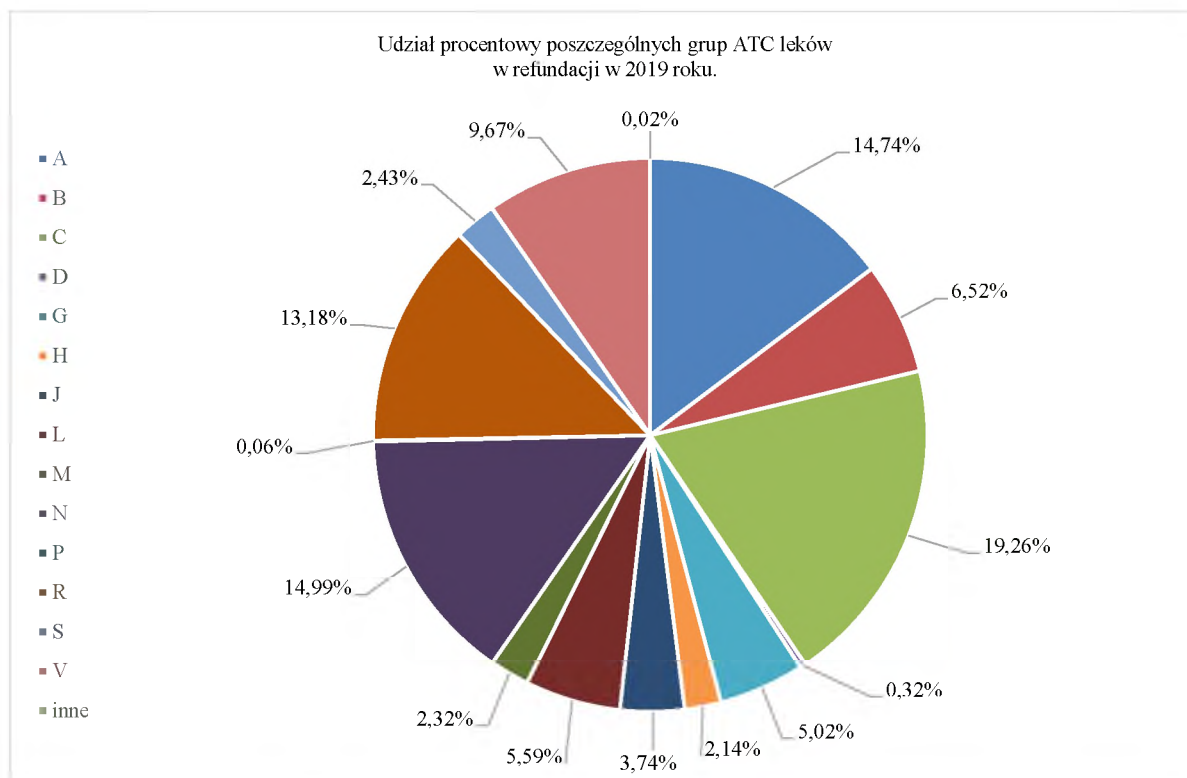
**Tabela nr II.65.** Przedstawienie typów uprawnień dodatkowych pacjentów w podziale na odpłatności, data generacji danych 20 maj 2019 r. (kwoty wyrażone w tys. zł i zawierają dotację Ministerstwa Zdrowia przeznaczoną na refundację leków).

| Typ uprawnień dodatkowych | Kwota refundacji    | Udział procentowy |
|---------------------------|---------------------|-------------------|
| AZ                        | 15,49               | 0,0002%           |
| BW                        | 107,97              | 0,0012%           |
| CN                        | 19,18               | 0,0002%           |
| DN                        | 35 627,53           | 0,3875%           |
| IB                        | 141 877,2           | 1,5432%           |
| IN                        | 1 567,21            | 0,0170%           |
| IW                        | 904,34              | 0,0098%           |
| PO                        | 102,61              | 0,0011%           |
| S                         | 1 612 797,2         | 17,5422%          |
| WP                        | 8,69                | 0,0001%           |
| X                         | 7 355 303,75        | 80,0026%          |
| ZK                        | 45 498,71           | 0,4949%           |
| <b>Suma końcowa</b>       | <b>9 193 829,88</b> |                   |

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

## Grupy ATC

**Wykres nr II.12.** Udział procentowy wydatków z tytułu refundacji leków w podziale na poszczególne grupy ATC, data generacji danych 20 maj 2019 r. (kwoty wyrażone w tys. zł i zawierają dotację Ministerstwa Zdrowia przeznaczoną na refundację leków).



Największe wydatki związane były z refundacją leków w grupach:

- stosowanych w leczeniu schorzeń układu sercowo-naczyniowego stanowiących 19,26% ogólnej kwoty refundacji,
- stosowanych w leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego i metabolicznych stanowiących 14,99% ogólnej kwoty refundacji,
- stosowanych w leczeniu schorzeń ośrodkowego układu nerwowego stanowiących 14,74% ogólnej kwoty refundacji,
- stosowanych w leczeniu schorzeń układu oddechowego stanowiących 13,18% ogólnej kwoty refundacji.

Wymienione wyżej 4 grupy ATC generowały 62,17% ogółu wszystkich kosztów refundacji leków w 2018 roku.

**Tabela nr II.66.** Struktura wydatków na leki w 2018 roku w podziale na Grupy ATC, data generacji danych 20 maj 2019 r. (kwoty wyrażone w tys. zł i zawierają dotację Ministerstwa Zdrowia przeznaczoną na refundację leków).

| Grupa ATC   | kwota refundacji |
|---|------------------|
| (C) Układ Sercowo Naczyniowy                          | 1 689 744,72     |
| (N) Ośrodkowy Układ Nerwowy                           | 1 314 895,94     |
| (A) Przewód Pokarm.I Metabolizm                       | 1 293 152,98     |
| (R) Układ Oddechowy                                   | 1 156 363,28     |
| (V) Varia   | 848 147,64       |
| (B) Krew I Układ Krwiotwórczy                         | 572 178,57       |
| (L) Leki Przeciwnowotworowe I Immunomodulatoryjne     | 490 067,44       |
| (G) Układ Moczowo-Płciowy I Hormony Płciowe           | 440 520,35       |
| (J) Leki Stosowane W Zakażeniach                      | 328 139,21       |
| (S) Narządy Wzroku I Słuchu                           | 212 969,84       |
| (M) Układ Mięśniowo-Szkieletowy                       | 203 435,55       |
| (H) Leki Hormonalne Do Stosowania Wewnętrzne          | 187 324,83       |
| (D) Dermatologia                                      | 28 320,23        |
| (P) Leki Przeciwpasożytnicze, Owadobójcze I Repelenty | 5 281,13         |
| Inne  | 1 952,47         |

### Najczęstsze substancje czynne leków refundowanych

**Tabela nr II.67.** 20 substancji czynnych generujących najwyższe koszty w 2018 roku (wg nazw międzynarodowych). Analiza sporządzona na podstawie danych szczegółowych przekazanych przez oddziały wojewódzkie NFZ, data generacji danych 20 maj 2019 r. (kwoty wyrażone w tys. zł i zawierają dotację Ministerstwa Zdrowia przeznaczoną na refundację leków).

| Lp. | Substancje czynne w lekach                 | kwota refundacji    |
|-----|--|---------------------|
| 1   | Enoxaparinum Natriicum                     | 291 240,43          |
| 2   | Metformini Hydrochloridum                  | 176 533,91          |
| 3   | Fluticasoni Propionas, Salmeterolum        | 172 244,99          |
| 4   | Olanzapinum                                | 172 004,83          |
| 5   | Atorvastatinum                             | 171 634,48          |
| 6   | Tamsulosini Hydrochloridum                 | 168 068,24          |
| 7   | Budesonidum                                | 165 683,39          |
| 8   | Ramiprilum                                 | 164 722,55          |
| 9   | Ins.Injectio Neutralis, Ins.Isophanum      | 162 880,64          |
| 10  | Insulinum Aspartum                         | 161 226,37          |
| 11  | Rosuvastatinum                             | 132 247,54          |
| 12  | Finasteridum                               | 126 959,11          |
| 13  | Risperidonum                               | 125 540,84          |
| 14  | Rivaroxabanum                              | 123 785,14          |
| 15  | Beclometasoni Dipropionas, Formoteroli Fum | 111 076,08          |
| 16  | Amlodipinum                                | 94 232,55           |
| 17  | Mesalazinum                                | 93 800,86           |
| 18  | Indapamidum                                | 90 271,3            |
| 19  | Telmisartanum                              | 89 548,35           |
| 20  | Nebivololum                                | 88 213,81           |
|     | <b>suma</b>                                | <b>2 881 915,41</b> |

Struktura wydatków Funduszu z tytułu refundacji leków pokazuje, że refundacja 20 pierwszych substancji pociąga za sobą 31,35% ogólnej kwoty refundacji.

Wśród tych 20 substancji, znajdują się leki stosowane w leczeniu między innymi: choroby zakrzepowozatorowej (*Enoxaparinum Natriicum*, *Rivaroxabanum*), cukrzycy (*Metformini Hydrochloridum*, *Insulinum Aspartum*), choroby psychiczne, schizofrenii (*Olanzapinum*, *Risperidonum*), astmy

oskrzelowej (*Budesonidum, Fluticasoni Propionas, Salmeterolum, Beclometasoni Dipropionas, Formoteroli Fum, Formoteroli Fumaras*), hipercholesterolemii (*Atorvastatinum, Rosuvastatinum*), chorób układu krążenia i nadciśnienia tętniczego (*Ramiprilum, Amlodipinum, Indapamidum, Valsartanum, Hydrochlorothiazidum, Valsartanum*), przerostu gruczołu krokowego (*Tamsulosini Hydrochloridum, Finasteridum*), zapaleniu jelita grubego oraz choroby Leśniowskiego-Crohna (*Mesalazinum*)

### Produkty handlowe

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

**Tabela nr II.68.** Przedstawienie 5 produktów generujących największy koszt refundacji leków w 2018 roku, data generacji danych 20 maj 2019 r. (kwoty wyrażone w tys. zł i zawierają dotację Ministerstwa Zdrowia przeznaczoną na refundację leków).

| Lp. | Nazwy handlowe leków               | kwota refundacji |
|-----|------------------------------------|------------------|
| 1   | Neoparin                           | 223 982,65       |
| 2   | Fostex                             | 111 076,08       |
| 3   | Contour Plus                       | 110 812,21       |
| 4   | Rispolept Consta                   | 110 198,68       |
| 5   | Accu-Chek Performa Test Paskowy 50 | 97 932,86        |
| 6   | Alvesco 160                        | 80 726,64        |
| 7   | Ins. Novorapid Penfill             | 78 854,95        |
| 8   | Salmex                             | 72 340,31        |
| 9   | Nebbud                             | 69 215,58        |
| 10  | Ins. Novomix 30 Penfill            | 66 472,79        |
| 11  | Xarelto 20                         | 64 324,89        |
| 12  | Clexane                            | 63 723,31        |
| 13  | Atoris                             | 60 852,92        |
| 14  | Xarelto 15                         | 58 340,55        |
| 15  | Asamax 500                         | 57 075,02        |
| 16  | Metex                              | 53 641,57        |
| 17  | Asaris                             | 53 599,43        |
| 18  | Symbicort Turbuhaler               | 53 577,76        |
| 19  | Milurit                            | 50 055,73        |
| 20  | Zafiron                            | 48 663,56        |
|     | <b>suma:</b>                       | 1 585 467,51     |



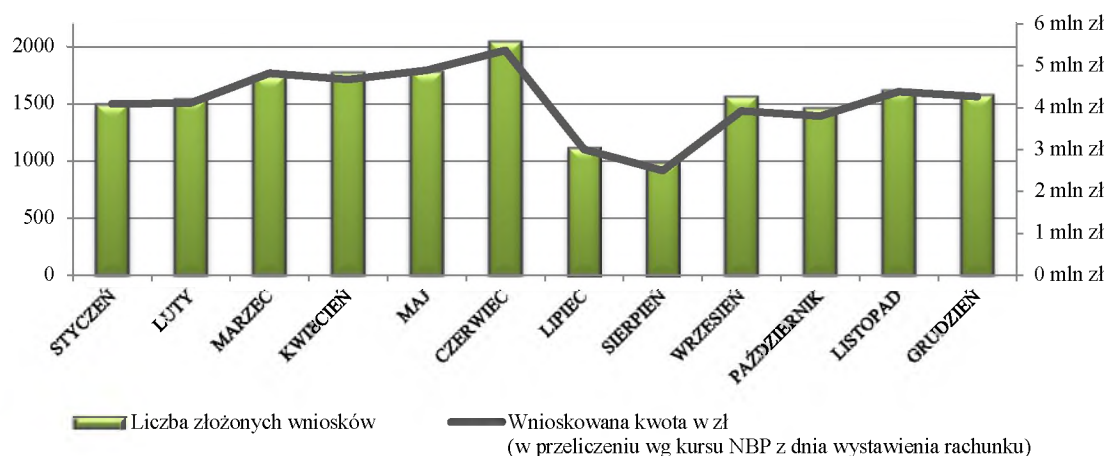
### **III. Opis realizacji przez centralę Funduszu oraz oddziały wojewódzkie Funduszu zadań określonych w ustawie**

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

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

W 2018 r. w oddziałach wojewódzkich Funduszu złożonych zostało łącznie 18 666 wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach. Kwota wynikająca ze złożonych wniosków, w przeliczeniu według kursu NBP obowiązującego w dniu wystawienia rachunku, wyniosła 49 800,98 tys. zł. W 2018 r., w porównaniu do 2017 r., liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach była niższa o 1,62%, natomiast łączna wartość kwot wynikająca ze złożonych wniosków była niższa o 4,66%. Wnioski o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach, złożone w oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2018 r., dotyczyły świadczeń udzielonych łącznie w 22 państwach członkowskich UE. W 2018 r. ogółem złożono w Funduszu 82,73% wniosków oraz 83,46% wnioskowanej kwoty zwrotu ogółem dotyczyło leczenia na terenie Czech.

**Wykres III.1.** Liczba wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach złożonych w 2018 r. w poszczególnych miesiącach oraz kwota wnioskowana do zwrotu.



W 2018 r. zakończonych zostało 17 005 postępowań w sprawie zwrotu kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach, dotyczących wniosków złożonych zarówno w 2018 r., jak i w latach wcześniejszych. Ponad 90% wszystkich postępowań w sprawie zwrotu kosztów zostało przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu rozpatrzonych pozytywnie poprzez przyznanie w decyzji zwrotu kosztów.

**Tabela nr III.1.** Liczba spraw dotyczących zwrotu kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach zakończonych w 2018 r. w podziale na sposób zakończenia postępowania.

| Sposób zakończenia postępowania   | Liczba wniosków | Udział %    |
|---|-----------------|-------------|
| Decyzja w sprawie zwrotu kosztów (art. 42d ust. 1 ustawy o świadczeniach) | 15 751          | 92,63%      |
| Decyzja o odmowie zwrotu kosztów (art. 42d ust. 2 ustawy o świadczeniach) | 808             | 4,75%       |
| Decyzja o umorzeniu postępowania  | 59              | 0,35%       |
| Pozostawienie sprawy bez rozpoznania                                      | 349             | 2,05%       |
| Odmowa wszczęcia postępowania   | 38              | 0,22%       |
| <b>ŁĄCZNIE</b>  | <b>17 005</b>   | <b>100%</b> |

Zaprezentowane powyżej dane wskazują, że decyzje o odmowie zwrotu kosztów stanowią zaledwie niecałe 5% zakończonych postępowań w 2018 r. Najczęstszą przyczyną odmowy, wskazaną w 46,29% wniosków o zwrot kosztów rozpatrzonych negatywnie, było niespełnienie wymagań określonych w art. 42d ust. 2 pkt 6 ustawy o świadczeniach, tj. brak przedstawienia przez wnioskodawcę dokumentów zawierających wystarczające dane pozwalające na zidentyfikowanie świadczeń opieki zdrowotnej, których dotyczy wniosek. W przypadku 42,45% wniosków przesłanką do odmowy zwrotu kosztów był art. 42d ust. 2 pkt 1 ustawy o świadczeniach z uwagi na skorzystanie w innym państwie członkowskim UE ze świadczeń niegwarantowanych, tj. ze świadczeń, które nie zostały objęte jednym z wykazów świadczeń gwarantowanych zawartych w rozporządzeniach Ministra Zdrowia wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach lub nie zostały wymienione w załączniku do obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych – wydanym na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, z późn.zm.).

W 2018 r. do Prezesa Funduszu jako organu II instancji wpłynęło 527 odwołań świadczeniobiorców od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, co łącznie stanowi 3,10% wszystkich zakończonych w 2018 r. postępowań. Odwołania dotyczyły zarówno decyzji o odmowie zwrotu kosztów, jak i decyzji pozytywnych w sprawie zwrotu kosztów.

W 2018 r. Prezes Funduszu wydał 161 decyzji w ramach rozpatrywania odwołań złożonych od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wydanych na podstawie art. 42d ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach. Wydane w 2018 r. decyzje dotyczyły zarówno odwołań złożonych w 2018 r., jak i w roku wcześniejszym. W przypadku 115 odwołań Prezes Funduszu podtrzymał decyzje wydane przez organy I instancji. W 24,22% postępowań odwoławczych Prezes Funduszu uchylił decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu i orzekł co do istoty sprawy.

W 2018 r. Prezes Funduszu wydał ponadto 45 decyzji o stwierdzeniu nieważności decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz 47 postanowień, związanych przeważnie ze stwierdzeniem uchybienia terminu do złożenia odwołania (16 postanowień) oraz ponagleniami na przewlekłość postępowań o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE prowadzonych w oddziałach wojewódzkich Funduszu.

Zgodnie z art. 42d ust. 17 ustawy o świadczeniach, zwrot kosztów dokonywany jest w terminie 7 dni od dnia powzięcia przez oddział wojewódzki Funduszu wiadomości o tym, że decyzja w sprawie zwrotu kosztów stała się ostateczna. W 2018 r. Fundusz dokonał zwrotu w odniesieniu do 16 082 wniosków o zwrot kosztów złożonych przez świadczeniobiorców, którzy skorzystali ze świadczeń zdrowotnych podczas pobytu na terenie 14 państw członkowskich UE. Dokonane wypłaty dotyczyły w 75,31% wniosków złożonych w 2018 r., w 24,51% wniosków złożonych w 2017 r., w 0,17% wniosków złożonych w 2016 r. i w 0,01% wniosków złożonych w 2015 r. Łączna wartość dokonanych zwrotów z tytułu świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach wyniosła 33 641,26 tys. zł. W 2018 r., w porównaniu do 2017 r., liczba wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty z tytułu zwrotu kosztów udzielonych świadczeń oraz kwota dokonanych wypłat były niższe odpowiednio o 5,30% i 7,06%.

Średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń, w przeliczeniu na jeden wniosek złożony w oddziale wojewódzkim Funduszu w okresie sprawozdawczym, wyniosła 2,09 tys. zł.

W 2018 r. Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 34 719 świadczeń opieki zdrowotnej, wykazanych łącznie na 16 082 wnioskach o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach. Łączna liczba świadczeń, w stosunku do których został dokonany zwrot jest wyższa niż liczba wniosków z dokonaną wypłatą, ponieważ na jednym wniosku o zwrot kosztów świadczeniobiorca może wnioskować o zwrot za więcej niż jedno świadczenie.

Fundusz dokonał w 2018 r. zwrotu kosztów za 17 425 świadczeń w łącznej kwocie w wysokości 32 074,00 tys. zł, które zostały zakwalifikowane zgodnie z podziałem przyjętym w planie finansowym Funduszu, do rodzaju *leczenie szpitalne – oddziały*. Świadczenia szpitalne stanowiły 50,19% łącznej liczby świadczeń, w przypadku których dokonano wypłaty i 95,34% wartości wypłaconych kwot ogółem. 47,14% w łącznej liczbie świadczeń, dla których dokonano wypłaty stanowiły świadczenia opieki stomatologicznej. Zwrot kosztów za świadczenia w tym rodzaju stanowił przy tym jedynie 3,01% całkowitej kwoty wydatkowanej przez Fundusz z tytułu zwrotu kosztów, ponieważ w przypadku jednego wniosku o zwrot kosztów oddziały wojewódzkie Funduszu dokonywały wypłaty przeważnie za kilkadziesiąt świadczeń stomatologicznych.

**Tabela nr III.2.** Liczba i wartość świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty w 2018 r.

| Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej   | Liczba świadczeń | Łączna kwota zwrotów w tys. zł |
|--|------------------|--------------------------------|
| podstawowa opieka zdrowotna  | 6                | 0,46                           |
| ambulatoryjna opieka specjalistyczna   | 683              | 398,26                         |
| leczenie szpitalne, w tym:   | 17 425           | 32 074,00                      |
| leczenie szpitalne - oddziały  | 17 425           | 32 074,00                      |
| leczenie szpitalne - programy terapeutyczne (lekowe)   | 0                | 0                              |
| leczenie szpitalne - programy terapeutyczne: leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego   | 0                | 0                              |
| leczenie szpitalne - chemioterapia   | 0                | 0                              |
| leczenie szpitalne - chemioterapia: leki   | 0                | 0                              |
| opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień  | 0                | 0                              |
| rehabilitacja lecznicza  | 56               | 0,56                           |
| świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej   | 0                | 0                              |
| leczenie stomatologiczne   | 16 365           | 1 011,11                       |
| lecznictwo uzdrowiskowe  | 60               | 4,37                           |
| pomoc doraźna i transport sanitarny  | 0                | 0                              |
| koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych  | 1                | 0,08                           |
| świadczenia opieki zdrowotnej kontraktowane odrębnie   | 0                | 0                              |
| zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy   | 107              | 150,68                         |
| refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę  | 14               | 0,33                           |
| opieka paliatywna i hospicyjna   | 0                | 0                              |
| refundacja leków nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu na terytorium RP sprowadzonych z zagranicy, na podstawie decyzji o objęciu refundacją, o której mowa w ustawie o refundacji | 0                | 0                              |
| refundacja środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego sprowadzonych z zagranicy, na podstawie decyzji o objęciu refundacją, o której mowa w ustawie o refundacji                   | 0                | 0                              |
| świadczenia wysokospecjalistyczne  | 0                | 0                              |
| usługi pozostałe   | 0                | 0                              |
| ratownictwo medyczne   | 2                | 1,41                           |
| medyczne czynności ratunkowe wykonywane przez lotnicze zespoły ratownictwa medycznego  | 0                | 0                              |
| inne świadczenia opieki zdrowotnej finansowane z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia  | 0                | 0                              |
| <b>ŁĄCZNIE</b>   | <b>34 719</b>    | <b>33 641,26</b>               |

Największy udział w liczbie świadczeń w 2018 r. stanowiły świadczenia związane z zabiegami usunięcia zaćmy, za które zwrot został dokonany w odniesieniu do 15 894 świadczeń, wykazanych łącznie na 13 989 wnioskach o zwrot kosztów, na kwotę 30 577,21 tys. zł, co stanowiło 86,99% liczby wszystkich wniosków z dokonaną wypłatą oraz 90,89% łącznej wypłaconej kwoty zwrotu. Średnia wysokość wypłaconego w 2018 r. zwrotu kosztów w stosunku do jednego złożonego wniosku o zwrot kosztów świadczeń związanych z usunięciem zaćmy wyniosła 2,19 tys. zł. Na uwadze należy mieć, że od dnia 1 lipca 2018 r. ww. świadczenia rozliczane są przez Fundusz oddzielnie, tj. osobnej wycenie podlega wizyta kwalifikacyjna do zabiegu usunięcia zaćmy, operacja usunięcia zaćmy oraz kontrolna porada specjalistyczna po 14 dniach od zabiegu, dlatego jeden wniosek o zwrot kosztów w drugiej połowie roku niejednokrotnie dotyczył więcej niż jednego świadczenia związanego z zabiegiem usunięcia zaćmy.

Zdecydowana większość (85,72%) łącznej liczby wniosków, w stosunku do których w 2018 r. Fundusz dokonał zwrotu poniesionych kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach dotyczyło leczenia na terenie Czech. W strukturze kosztowej udział zwrotów odnoszących się do 13 785 wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie Czech stanowił 89,30% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz w 2018 r.

W przypadku jednego wniosku zwrot kosztów został dokonany za zakup leku na terenie Polski na podstawie recepty wystawionej w innym państwie członkowskim UE, zgodnie z art. 42b ust. 10 pkt 1 ustawy o świadczeniach.

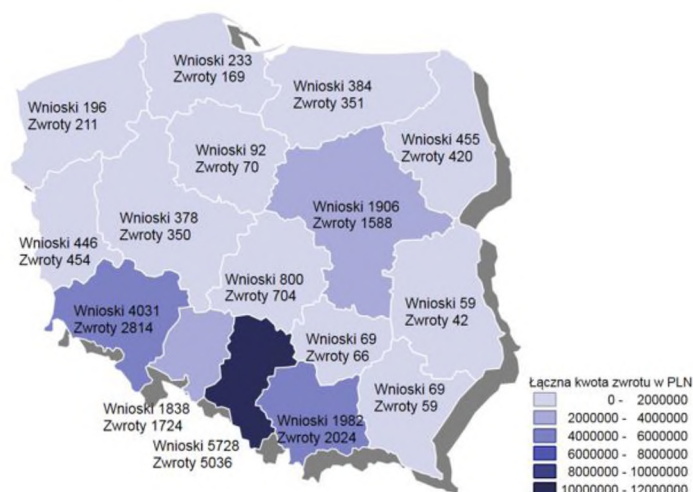
**Tabela nr III.3.** Liczba dokonanych zwrotów oraz kwoty zwrotu wypłacone w 2018 r. za świadczenia udzielone na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach – wg państw członkowskich.

| Państwo UE      | Liczba zwrotów | Udział %    | Łączna kwota zwrotów<br>w tys. zł | Udział %    |
|-----------------|----------------|-------------|-----------------------------------|-------------|
| Austria         | 19             | 0,12%       | 41,48                             | 0,12%       |
| Belgia          | 0              | 0,00%       | 0                                 | 0,00%       |
| Bułgaria        | 0              | 0,00%       | 0                                 | 0,00%       |
| Chorwacja       | 5              | 0,03%       | 0,96                              | 0,00%       |
| Cypr            | 1              | 0,01%       | 0,21                              | 0,00%       |
| Czechy          | 13 785         | 85,72%      | 30 040,62                         | 89,30%      |
| Dania           | 0              | 0,00%       | 0                                 | 0,00%       |
| Estonia         | 0              | 0,00%       | 0                                 | 0,00%       |
| Finlandia       | 1              | 0,01%       | 0,07                              | 0,00%       |
| Francja         | 3              | 0,02%       | 1,74                              | 0,01%       |
| Grecja          | 0              | 0,00%       | 0                                 | 0,00%       |
| Hiszpania       | 75             | 0,47%       | 118,86                            | 0,35%       |
| Holandia        | 0              | 0,00%       | 0                                 | 0,00%       |
| Irlandia        | 0              | 0,00%       | 0                                 | 0,00%       |
| Litwa           | 709            | 4,41%       | 1 454,92                          | 4,32%       |
| Luksemburg      | 0              | 0,00%       | 0                                 | 0,00%       |
| Łotwa           | 0              | 0,00%       | 0                                 | 0,00%       |
| Malta           | 0              | 0,00%       | 0                                 | 0,00%       |
| Niemcy          | 1 317          | 8,19%       | 1 631,34                          | 4,85%       |
| Portugalia      | 0              | 0,00%       | 0                                 | 0,00%       |
| Rumunia         | 0              | 0,00%       | 0                                 | 0,00%       |
| Słowacja        | 140            | 0,87%       | 319,74                            | 0,95%       |
| Słowenia        | 0              | 0,00%       | 0                                 | 0,00%       |
| Szwecja         | 0              | 0,00%       | 0                                 | 0,00%       |
| Węgry           | 1              | 0,01%       | 0,26                              | 0,00%       |
| Wielka Brytania | 7              | 0,04%       | 4,92                              | 0,01%       |
| Włochy          | 18             | 0,11%       | 26,13                             | 0,08%       |
| Polska          | 1              | 0,01%       | 0,05                              | 0,00%       |
| <b>ŁĄCZNIE</b>  | <b>16 082</b>  | <b>100%</b> | <b>33 641,26</b>                  | <b>100%</b> |

Największa liczba wypłat w 2018 r. została dokonana przez oddział śląski, który dokonał zwrotu w stosunku do 5 036 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę 11 081,73 tys. zł. Kwota ta stanowiła 32,94% całkowitej wysokości kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz.

Drugim oddziałem pod względem liczby dokonanych wypłat był oddział dolnośląski, który dokonał zwrotu w stosunku do 2 814 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę w wysokości 5 313,65 tys. zł (15,80% łącznej kwoty zwrotu). Następnymi w kolejności oddziałami były: małopolski (12,69% łącznej kwoty zwrotu) i opolski (11,14% łącznej kwoty zwrotu).

**Wykres nr III.2.** Liczba złożonych wniosków i dokonanych zwrotów oraz kwoty zwrotu wypłacone w 2018 r. za świadczenia udzielone na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach – wg oddziałów wojewódzkich Funduszu.



W 16 082 wnioskach o zwrot kosztów, w stosunku do których Fundusz dokonał w 2018 r. wypłaty, świadczeniobiorcy wnioskowali o zwrot na łączną kwotę w wysokości 42 511,28 tys. zł. Dokonane zwroty kosztów stanowiły 79,13% kosztów wnioskowanych. Różnica między kwotami wnioskowanymi a kwotami, które zostały zwrócone świadczeniobiorcom, wynikają przede wszystkim z:

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

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

W 2018 r. do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ wpłynęło 9 wniosków o przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Z informacji przekazanych centrali Funduszu wg stanu na kwiecień 2019 r. w przypadku 4 wniosków wnioskodawcy zostali wezwani do usunięcia braków formalno-prawnych, 2 pozostawały nadal w procedowaniu, a na podstawie 3 wniosków wydano decyzje.

W analogicznym okresie 2017 r. do dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ wpłynęły 4 wnioski w powyższym zakresie. W przypadku każdego z nich wnioskodawcy zostali wezwani do usunięcia braków formalno-prawnych.

W porównaniu do 2017 r., w 2018 r. ponad dwukrotnie wzrosła liczba wniosków, w których wskazano jako podstawę prawną przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. Liczba wniosków, w przypadku których wnioskodawcy zostali wezwani do usunięcia braków formalnych w powyższym okresie nie zmieniła się, przy czym wskazać należy, że w 2018 r. procedowanych było 5 wniosków, w odróżnieniu do 2017 r., w którym – ze względu na fakt, że wszystkie wnioski zostały odesłane wnioskodawcom wraz z wezwaniem do usunięcia braków formalno-prawnych, a braki te nie zostały usunięte – nie był procedowany żaden wniosek.

W 2018 r. na podstawie 3 wniosków złożonych w oparciu o przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wydali 3 decyzje, na które składały się 2 decyzje odmowne oraz 1 decyzja umarzająca postępowanie. W 2017 r. natomiast, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego wydali 2 decyzje umarzające postępowanie w sprawie przeprowadzenia leczenia planowanego poza granicami kraju, na podstawie wniosków złożonych w trybie przepisów dyrektywy transgranicznej.

Zauważyć należy, że zarówno w 2018 r., jak i w 2017 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wydali marginalną liczbę decyzji na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, co wynika z niewielkiej liczby wniosków składanych w trybie ww. przepisów oraz licznych braków formalnych, które te wnioski zawierają, co uniemożliwia ich procedowanie.

W 2018 r. do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wpłynęło 90 wniosków o zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju złożonych w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach, z czego 11 spraw (12,50%) zostało zakończonych bez rozstrzygnięcia merytorycznego. Oznacza to zwiększenie liczby złożonych wniosków w stosunku do 2017 roku o 27,78%.

W 2018 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu wydali 75 decyzji merytorycznych w sprawie wniosków o zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju złożonych w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach, w tym 74 pozytywne (98,67%) oraz 1 odmowę (1,33%). Oznacza to zwiększenie liczby wydanych decyzji w stosunku do roku 2017 o 28%.

W 2018 r. zostało zrealizowanych 72 transporty do miejsca leczenia w kraju na podstawie decyzji wydanych w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach. Koszt transportu wynikający z przedmiotowych zgód dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wyniósł 1 302,40 tys. zł. Oznacza to zwiększenie liczby zrealizowanych transportów w stosunku do roku 2017 o 33,33% z jednoczesnym wzrostem ich kosztu o 25,87%.

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

W 2018 r. Prezes NFZ wydał 144 decyzje dotyczące skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych (art. 42j ustawy o świadczeniach), w tym: 119 zgód, co stanowi 82,64% wszystkich wydanych decyzji, 23 odmowy, co stanowi 15,97% wszystkich wydanych decyzji, 2 umorzenia, co stanowi 1,39% wszystkich wydanych decyzji. W 2017 r. Prezes NFZ wydał 178 decyzji w ww. zakresie, w tym: 114 zgód, co stanowi 64,04% wszystkich wydanych decyzji, 59 odmów, co stanowi 33,15% wszystkich wydanych decyzji, 5 umorzeń, co stanowi 2,81% wszystkich wydanych decyzji.

Porównując powyższe dane można zaobserwować: wzrost liczby zgód wydanych w 2018 r. w stosunku do 2017 r. o 4,39%, spadek liczby odmów wydanych w 2018 r. w stosunku do 2017 r. o 61,02%, spadek liczby umorzeń wydanych w 2018 r. w stosunku do 2017 r. o 60,00%.

Największa liczba zgód Prezesa NFZ wydanych w 2018 r. dotyczyła przeprowadzenia leczenia oraz badań diagnostycznych w Niemczech (55,46%) i Wielkiej Brytanii (10,08%). Powyższa kolejność nie uległa zmianie, gdyż w 2017 r. największa liczba zgód Prezesa NFZ dotyczyła przeprowadzenia leczenia oraz badań diagnostycznych w Niemczech (66,66%) i w Wielkiej Brytanii (8,77%).

Największa liczba zgód Prezesa NFZ wydanych w 2018 r. dotyczyła przeprowadzenia świadczeń z zakresu: genetyki klinicznej – 52,10%, chirurgii dziecięcej – 9,24%, ortopedii i traumatologii narządu ruchu – 7,56%. Największa liczba zgód Prezesa NFZ wydanych w 2017 r. dotyczyła przeprowadzenia świadczeń z zakresu: genetyki klinicznej – 48,24%, chirurgii dziecięcej – 7,89%. Zauważyć należy, że

zarówno w 2017, jak i w 2018 r. około połowy zgód Prezesa NFZ stanowiły decyzje dotyczące przeprowadzenia świadczeń z dziedziny genetyki klinicznej.

Całkowity roczny szacunkowy koszt świadczeń opieki zdrowotnej, na realizację których Prezes NFZ wyraził zgodę w 2018 r. wyniósł 5 683,06 tys. zł i stanowił około 79,08% analogicznych kosztów 2017 r. (7 186,13 tys. zł).

W 2018 r. Prezes NFZ wydał 83 decyzje dotyczące pokrycia kosztów transportu, na podstawie art. 42j ustawy o świadczeniach, co oznacza spadek liczby decyzji o pokrycie kosztów transportu w stosunku do 2017 r. o 3,49%.

Z ogólnej liczby 83 decyzji dotyczących sfinansowania kosztów transportu w oparciu o art. 42j ustawy o świadczeniach w 2018 r., Prezes NFZ wydał 72 decyzje pozytywne, 10 odmów i jedno umorzenie w odniesieniu do wniosków o pokrycie kosztów transportu, co oznacza wzrost liczby decyzji pozytywnych w stosunku do 2017 r. o 4,35% oraz spadek liczby decyzji negatywnych o 41,18% w tym okresie.

Całkowita roczna wartość kosztów transportu, na którego sfinansowanie w oparciu o art. 42j ustawy o świadczeniach Prezes NFZ wyraził zgodę w 2018 r. szacowana jest na kwotę 187,01 tys. zł, co oznacza wzrost wartości całkowitych szacunkowych kosztów transportu w stosunku do 2017 r. o 5,65%.

#### Wprowadzone w roku sprawozdawczym istotne zmiany mające wpływ na realizację powyższych zadań.

Od 1 lipca 2018 r. nastąpiła zmiana w finansowaniu na terenie Polski zabiegów usunięcia zaćmy, które stanowią ponad 90% wartości świadczeń, w stosunku do których w 2018 r. dokonany został przez Fundusz zwrot kosztów, o którym mowa w art. 42b ustawy o świadczeniach. Wprowadzono nowe produkty dotyczące samej operacji, jak też dokonano odrębnej wyceny dla kwalifikacji do zabiegu i kontrolnej porady specjalistycznej po 14 dniach od zabiegu. Na stronie Polskiego Towarzystwa Okulistycznego zostały ponadto opublikowane nowe *Standardy kwalifikacji do zabiegu usunięcia zaćmy – nie dotyczy dzieci*. Powyższe miało istotny wpływ na procedurę zwrotu kosztów z uwagi na konieczność dostosowania się do nowych przepisów oraz ograniczenie liczby osób uprawnionych do otrzymania zwrotu kosztów za zabiegi związane z usunięciem zaćmy. Z powodu braku możliwości zastosowania dla nowych produktów art. 42c ust. 6 ustawy o świadczeniach, należny zwrot kosztów za ww. świadczenia udzielone w okresie od 1 lipca do 31 grudnia 2018 r. obliczano zgodnie z art. 42c ust. 7 ww. ustawy, czyli na dzień, w którym zakończono udzielanie świadczenia objętego wnioskiem o zwrot kosztów, co wymagało dokonania odpowiednich dostosowań w systemie informatycznym.

W 2018 r. nie zostały wprowadzone istotne zmiany mające wpływ na realizację zadań prowadzonych przez Fundusz w zakresie czynności związanych z procedowaniem wniosków do Prezesa Funduszu/dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu na podstawie art. 42i oraz 42j ustawy o świadczeniach.

#### Najważniejsze trudności, które powstały w trakcie realizacji powyższych zadań oraz podjęte działania mające na celu rozwiązanie tych trudności.

Najczęstsze trudności, które powstały w trakcie procedowania wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w 2018 r. wynikały z funkcjonowania na rynku firm pośredniczących, organizujących dla polskich świadczeniobiorców wyjazdy na leczenie do placówek medycznych działających na terenie innych państw członkowskich UE. Wątpliwości budziła kwestia zasadności kierowania pacjentów do zabiegów przez pośredników, dla których prowadzona działalność miała głównie charakter zarobkowy. W 2018 r. do Funduszu ze strony firm pośredniczących przesyłane były prośby o wytyczne oraz wzory dokumentów z prośbą o ich weryfikację. Powyżej opisane obserwacje budzą wątpliwości ze względu na fakt, że zgodnie



z dyrektywą nr 2011/24/UE do zadań państw członkowskich UE nie należy zachęcanie pacjentów do korzystania ze świadczeń poza granicami kraju. Tymczasem podstawą działania firm pośredniczących jest zachęcanie pacjentów do korzystania z ich usług, czyli również do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w innych państwach członkowskich UE. Udzielanie odpowiedzi na zapytania pośredników pośrednio sprawia, że Fundusz staje się współodpowiedzialny za ten proces. Fundusz nie ma jednak możliwości odmówić udzielenia odpowiedzi, ponieważ realizacja obowiązku informacyjnego należy do jednego z głównych jego zadań.

Zaobserwowano także, że nie wszyscy pacjenci, którzy otrzymali zwrot kosztów za świadczenia usunięcia zaćmy na terenie innego państwa członkowskiego UE na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach dokonali wykreślenia z listy oczekujących na zabieg w kraju. Dlatego też pracownicy Funduszu na bieżąco prowadzili weryfikację listy oczekujących, co pozwoliło skrócić czas oczekiwania na zabieg dla pozostałych pacjentów. W 2018 r. dokonano skreślenia z listy oczekujących na w sumie 1 063 świadczenia usunięcia zaćmy, za które zwrot kosztów został przyznany na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach.

W 2018 r. pojawiły się także trudności interpretacyjne w rozumieniu nowych *Standardów kwalifikacji do zabiegu usunięcia zaćmy – nie dotyczy dzieci*. W celu ich wyjaśnienia prowadzono korespondencję z konsultantem krajowym w dziedzinie okulistyki oraz z Ministerstwem Zdrowia.

W trakcie realizacji działań prowadzonych przez Fundusz w 2018 r. wynikających z art. 42i oraz 42j ustawy o świadczeniach nie zaobserwowano trudności, które wymagałyby podejmowania specjalnych działań mających na celu ich rozwiązywanie.

#### Ocena stopnia realizacji powyższych zadań.

Zadania, które zostały nałożone na Fundusz wraz z wejściem w życie przepisów implementujących dyrektywę Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE, tj. rozpatrywanie wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach oraz wydawanie decyzji administracyjnych zgodnie z art. 42d ww. ustawy, realizowane były w 2018 r. przez Fundusz na bieżąco. Ponad 90% zakończonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu postępowań w sprawie zwrotu kosztów zakończyło się w 2018 r. wydaniem decyzji pozytywnych w sprawie zwrotu kosztów. Fundusz dokonał zwrotu w odniesieniu do 16 082 złożonych wniosków o zwrot kosztów na łączną wartość 33 641,26 tys. zł.

Realizacja zadań prowadzonych przez Fundusz na podstawie art. 42i oraz art. 42j ustawy o świadczeniach w 2018 r. prowadzona była na bieżąco.

W 2018 r. Prezes Funduszu wydał 144 decyzje w sprawie przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, z czego 82,64% stanowiły zgody, dla których szacunkowy koszt świadczeń opieki zdrowotnej wyniósł 5 683 tys. zł.

W 2018 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu nie wydali żadnej zgody na przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

W 2018 r. Prezes NFZ wydał 83 decyzje dotyczące pokrycia kosztów transportu na podstawie art. 42j ustawy o świadczeniach. Wśród wszystkich wydanych w 2018 r. decyzji 86,74% dotyczyło zgody na pokrycie kosztów transportu, którego łączny koszt wyniósł 187,01 tys. zł.

W 2018 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu wydali 75 decyzji w sprawie wniosków o zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju złożonych w oparciu

o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach. Odsetek zgód wyniósł 98,76%, a wynikający z tych decyzji koszt transportu kształtował się na poziomie 1 302,40 tys. zł.

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

- potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego;
- przetwarzania danych o ubezpieczonych w Funduszu, o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, o osobach innych niż ubezpieczeni uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustawy,
- wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności,
- rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.

Na koniec 2018 r., w CWU zarejestrowanych było 33 938 793 osób, które określa się mianem ubezpieczonych, tj. mają w CWU status: 1 (ubezpieczony), 8 (rezydent UE), 21 (zgłoszony z ZUS, brak składek), 22 (zgłoszony z KRUS, brak składek). W ogólnej liczbie osób ubezpieczonych, 33 913 677 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 25 116 osób posiadających uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, po zawarciu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 054 256 osób, to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 859 421 osób to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 17 838 osób, ze zgłoszonymi 7 278 członkami rodziny.

**Tabela nr III.4.** Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – wg stanu na koniec 2018 roku.

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

Na koniec 2017 r., w CWU zarejestrowanych było 33 876 567 osób, które określa się mianem ubezpieczonych, tj. mają w CWU status: 1 (ubezpieczony), 8 (rezydent UE), 21 (zgłoszony z ZUS, brak składek), 22 (zgłoszony z KRUS, brak składek). W ogólnej liczbie osób ubezpieczonych, 33 851 777 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 24 790 osób posiadających uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, po zawarciu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wśród ubezpieczonych

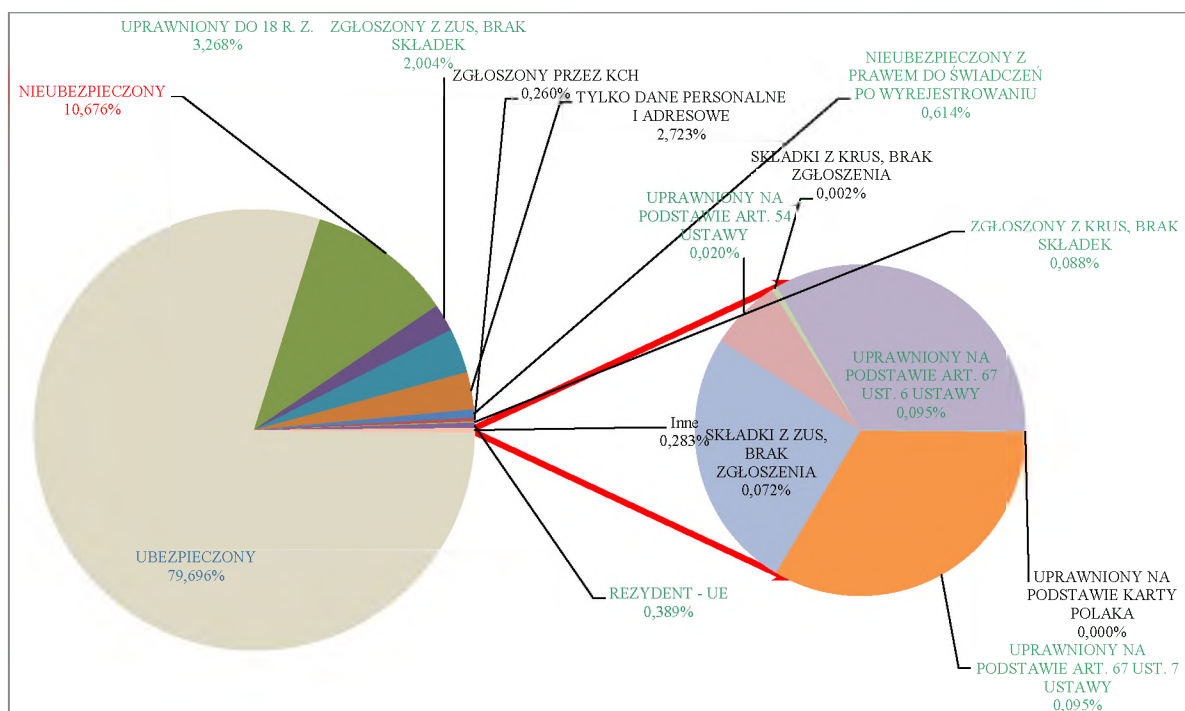
obowiązkowo 25 952 773 osoby, to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 899 004 osoby, to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 17 377 osób, ze zgłoszonymi 7 413 członkami rodziny.

**Tabela nr III.5.** Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – wg stanu na koniec 2017 r.

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

Porównując dane między okresami, w ogólnej liczbie osób zarejestrowanych w CWU, wykazywanych jako ubezpieczeni, zauważalny jest wzrost liczby ubezpieczonych obowiązkowo o ponad 62 tysiące.

**Wykres nr III.3.** Statusy osób zarejestrowanych w CWU wg stanu na koniec 2018 r. udział procentowy w ogólnej liczbie osób zarejestrowanych z wyłączeniem statusu „NIE ŻYJE” oraz „NUMER PESEL ANULOWANY” (informacja z rejestru PESEL).



Dla prawidłowej interpretacji danych konieczne jest uwzględnienie informacji, że statusy w CWU to opis umożliwiający sprawne odczytanie danych na podstawie przetwarzanych informacji<sup>3</sup>. Uprawnienia z tytułu członka rodziny mają charakter pochodny w stosunku do prawa głównego ubezpieczonego, który zgodnie z art. 67 ust. 3 ustawy o świadczeniach, podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego i ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny.

Należy zaznaczyć, że dane w CWU są przetwarzane w trybie ciągłym, jest to baza dynamiczna, w której każda implementacja danych (z ZUS, KRUS, MC<sup>4</sup>), czy też aktualizacja z wykorzystaniem dostępnych narzędzi i funkcji lub rejestracja decyzji z art. 54 ustawy o świadczeniach oraz umów dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, aktualizuje dane statystyczne.

W poniższej tabeli przedstawione zostały dane dotyczące obowiązujących w okresie sprawozdawczym uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji wydawanych zgodnie z art. 54 ustawy o świadczeniach. Należy zaznaczyć, że CWU został dostosowany do rejestrowania danych wymaganych w sprawozdaniu, tak, aby można było przekazać dane szczegółowe. Dane są wprowadzane do systemu, jeżeli w decyzjach, które wpływają do Funduszu, są one wpisane przez organy upoważnione do wydania

---

<sup>3</sup> UBEZPIECZONY; ID statusu 1 – przypisany do danych osób, które zostały zgłoszone do ubezpieczenia (tzw. aktywne zgłoszenie) oraz mają opłaconą składkę na ubezpieczenie zdrowotne za ostatnie 3 miesiące, a także zgłoszeni do systemu ubezpieczeń zdrowotnych członkowie ich rodzin.

NIEUBEZPIECZONY; ID statusu 3 – przypisany do danych osób powyżej 18 r. życia, które nie mają aktywnego zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz brak jest informacji o opłaconej składce na ubezpieczenie tj. osób wyrejestrowanych z ubezpieczenia zdrowotnego przez ZUS lub KRUS; przypisany do danych osób, które ukończyły 18 r. życia, a które były zgłoszone jako członkowie rodziny i nie wpłynęło dla nich wyrejestrowanie wraz z wyrejestrowaniem osoby zgłaszającej (głównego ubezpieczonego); status ten mają również osoby powyżej 18 r. życia, które zgłoszone były z tytułem „członek rodziny – dziecko”, bez określonego stopnia niepełnosprawności, które ukończyły 26 rok życia. UPRAWNIONY DO 18 R.Ż.; ID statusu 4 - inne niż wymienione w art. 2 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o świadczeniach, osoby, które nie ukończyły 18. roku życia posiadające obywatelstwo polskie (niezgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego).

NIE ŻYJE; ID statusu 5 – przypisany do danych osób, dla których do Funduszu wpłynęła informacja z organu prowadzącego centralną ewidencję PESEL o dacie zgonu – art. 87 ust. 10 a ustawy o świadczeniach.

NUMER PESEL ANULOWANY (INFORMACJA Z MSWiA); ID statusu 6 – przypisany do danych osób, dla których do Funduszu wpłynęła informacja z organu prowadzącego centralną ewidencję PESEL o anulowaniu numeru PESEL – art. 87 ust. 10a ustawy o świadczeniach. ZGŁOSZONY Z KCH; ID statusu 7 – przypisany do danych osób, których dane pochodzą z rejestrów byłych Kas Chorych, a nie ma żadnych okresów ubezpieczenia z ZUS lub KRUS i informacji o opłaconej składce.

REZYDENT UE; ID statusu 8 – status ten otrzymują osoby, będące obywatelami państw członkowskich UE lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji. TYLKO DANE PERSONALNE I ADRESOWE; ID statusu 9 – taki status otrzymują osoby powyżej 18 roku życia, dla których do Funduszu wpłynęła informacja z organu prowadzącego centralną ewidencję PESEL o nadaniu numeru PESEL – art. 87 ust. 10a ustawy o świadczeniach a nie ma żadnych okresów ubezpieczenia z ZUS lub KRUS i informacji o opłaconej składce.

UPRAWNIONY NA PODSTAWIE ART. 54 USTAWY; ID statusu -9 (minus 9) – przypisany do danych osób, dla których dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, rejestrowana w systemie przez Fundusz.

UPRAWNIONY NA PODSTAWIE ART. 67 UST. 6 USTAWY o świadczeniach; ID statusu -8 (minus 8) – status przypisany do danych osób pobierających zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, którego nie zalicza się do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz członków ich rodzin, zgłaszanych do systemu przez ZUS, które pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia mają wraz z członkami rodziny prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w okresie pobierania przez tę osobę. UPRAWNIONY NA PODSTAWIE ART. 67 UST. 7 USTAWY ; ID statusu -7 (minus 7) – status przypisany do danych osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty, które pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia mają wraz z członkami rodziny prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.

UPRAWNIONY NA PODSTAWIE KARTY POLAKA; ID statusu -6 (minus 6) – dotyczy osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie Karty Polaka wydanej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. z 2017 poz.1459), rejestrowanych w systemie przez Fundusz.

ZGŁOSZONY Z ZUS, BRAK SKŁADEK; ID statusu 21 – przypisany do danych osób, które zostały zgłoszone do ubezpieczenia (tzw. aktywne zgłoszenie) ale brak jest informacji o opłaconej składce a także zgłoszeni do systemu ubezpieczeń zdrowotnych członkowie ich rodzin. ZGŁOSZONY Z KRUS, BRAK SKŁADEK; ID statusu 22 – przypisany do danych osób, które zostały zgłoszone do ubezpieczenia (tzw. aktywne zgłoszenie) ale brak jest informacji o opłaconej składce a także zgłoszeni do systemu ubezpieczeń zdrowotnych członkowie ich rodzin.

SKŁADKI Z ZUS, BRAK ZGŁOSZENIA; ID statusu 23 – przypisany do danych osób, dla których wpłynęła z ZUS informacja o opłaconej składce a brak jest zgłoszenia do ubezpieczenia, a także zgłoszeni do systemu ubezpieczeń zdrowotnych członkowie ich rodzin. SKŁADKI Z KRUS, BRAK ZGŁOSZENIA; ID statusu 24 – przypisany do danych osób, dla których wpłynęła z KRUS informacja o opłaconej składce a brak jest zgłoszenia do ubezpieczenia, a także zgłoszeni do systemu ubezpieczeń zdrowotnych członkowie ich rodzin.

NIEUBEZPIECZONY Z PRAWEM DO ŚWIADCZEŃ PO WYREJESTROWANIU; ID statusu 41 – przypisany do danych osób, które mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego (art. 67 ust. 4 ustawy o świadczeniach).

<sup>4</sup> Ministerstwo Cyfryzacji jest organem prowadzącym centralną ewidencję PESEL – do grudnia 2015 r. organem prowadzącym centralną ewidencję PESEL było MSWiA.

decyzji (wójt, burmistrz, prezydent gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy).

**Tabela nr III.6.** Centralny Wykaz Ubezpieczonych – decyzje z art. 54 – stan na koniec 2018 r.

| L.p. | Oddział wojewódzki Funduszu | Liczba wydanych decyzji |                   |                  |                                   |  | Liczba osób, którym wydano decyzje |                      |                 |
|------|-----------------------------|-------------------------|-------------------|------------------|-----------------------------------|--|------------------------------------|----------------------|-----------------|
|      |                             | ogółem                  | na wniosek        |                  | przez burmistrza/wójta/prezydenta |  | ogółem                             | posiadających        |                 |
|      |                             |                         | świadczeniobiorcy | świadczeniodawcy | z urzędu                          | na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu |                                    | obywatelstwo polskie | status uchodźcy |
| 1    | 2                           | 3                       | 4                 | 5                | 6                                 | 7  | 8                                  | 9                    | 10              |
| 0.   | Ogółem                      | 10 106                  | 5 340             | 1 573            | 1 159                             | 5  | 10 111                             | 10 077               | 21              |
| 1.   | Dolnośląski                 | 912                     | 518               | 175              | 5                                 | 2  | 914                                | 913                  | 0               |
| 2.   | Kujawsko-Pomorski           | 577                     | 159               | 58               | 360                               | 0  | 577                                | 577                  | 1               |
| 3.   | Lubelski                    | 331                     | 169               | 81               | 5                                 | 0  | 331                                | 330                  | 0               |
| 4.   | Lubuski                     | 553                     | 423               | 91               | 0                                 | 0  | 553                                | 546                  | 0               |
| 5.   | Lódzki                      | 3                       | 3                 | 0                | 0                                 | 0  | 3                                  | 3                    | 0               |
| 6.   | Małopolski                  | 637                     | 502               | 127              | 3                                 | 0  | 637                                | 636                  | 4               |
| 7.   | Mazowiecki                  | 1 439                   | 537               | 198              | 653                               | 1  | 1 440                              | 1 435                | 4               |
| 8.   | Opolski                     | 322                     | 17                | 1                | 0                                 | 0  | 322                                | 321                  | 0               |
| 9.   | Podkarpacki                 | 315                     | 226               | 88               | 0                                 | 0  | 315                                | 315                  | 0               |
| 10.  | Podlaski                    | 272                     | 164               | 91               | 0                                 | 0  | 272                                | 272                  | 2               |
| 11.  | Pomorski                    | 698                     | 556               | 60               | 15                                | 0  | 698                                | 689                  | 2               |
| 12.  | Śląski                      | 910                     | 313               | 106              | 0                                 | 0  | 910                                | 909                  | 0               |
| 13.  | Świętokrzyski               | 300                     | 165               | 135              | 0                                 | 0  | 300                                | 300                  | 1               |
| 14.  | Warmińsko-Mazurski          | 607                     | 435               | 165              | 7                                 | 0  | 607                                | 605                  | 0               |
| 15.  | Wielkopolski                | 1 403                   | 411               | 127              | 107                               | 2  | 1 405                              | 1 401                | 5               |
| 16.  | ZACHODNIOPOMORSKI           | 827                     | 742               | 70               | 4                                 | 0  | 827                                | 825                  | 2               |

Plany zakupu są przygotowywane przez poszczególnych Dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, z uwzględnieniem priorytetów regionalnych i ogólnopolskich, w oparciu o plan finansowy przyjęty na rok następny. Tworzenie planu i zakres zawartych w nim danych (wzory tabel) określa: „Procedura definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń”. W związku ze znacznymi zmianami w sposobie kontraktowania świadczeń wynikającymi z wprowadzenia systemu PSZ, zestawienia zostały przygotowane na podstawie nowej wersji „procedury” (4.1), która została przyjęta 12 września 2018r. i na jej bazie przygotowane zostały plany zakupów na 2019. Wstępna wersja planów zakupów zebrana została 25 października 2018 r. We wskazanych powyżej terminach Centrala Funduszu przygotowała zestawienie zbiorcze przesłanych przez oddziały planów. O ewentualnych zmianach planów oddziały informują raz na kwartał.

#### Zadania z zakresu monitorowania i kontroli

W 2018 roku, oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły łącznie 1 951 kontroli<sup>5</sup> w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach których skontrolowały 2047 umów<sup>6</sup> - 929 umów w ramach kontroli planowych oraz 1 118 umów w ramach kontroli doraźnych. Realizowane kontrole doraźne miały charakter interwencyjny, wynikający z potrzeby pilnego zbadania nagłych zdarzeń (priorytety kierownictwa, bieżące analizy danych o zrealizowanych świadczeniach, doniesienia prasowe, skargi itp.). Kontrolom poddawano zarówno prawidłowość wykonania umów zawartych na rok bieżący, jak i umów z lat poprzednich.

<sup>5</sup> O przypisaniu kontroli do okresu sprawozdawczego decydowała data przekazania wystąpienia pokontrolnego.

<sup>6</sup> Czyt. liczba kontroli w poszczególnych rodzajach świadczeń (jedno postępowanie kontrolne może obejmować kilka rodzajów świadczeń).

W wyniku prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu kontroli umów w 2018 roku skutki finansowe wyniosły 65 147,9 tys. zł w tym: wartość niezależnie wypłaconych środków finansowych 49 519,25 tys. zł oraz nałożone kary umowne w kwocie 15 628,65 tys. zł.

Dodatkowo przeprowadzono 2 kontrole podmiotów, które nie posiadają zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej tj. 1 kontrolę w związku ze złożonym wnioskiem o zapłatę za świadczenia udzielone na podstawie art. 19 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej<sup>7</sup> oraz 1 kontrolę osoby uprawnionej, o której mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji<sup>8</sup> w zakresie zasadności wystawienia zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych przysługujące świadczeniobiorcom.

**Tabela nr III.7.** Liczba kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu w latach 2017-2018.

| OW NFZ             | 2017 | 2018 | Zmiana 2018/2017 |
|--------------------|------|------|------------------|
| Dolnośląski        | 156  | 178  | 22               |
| Kujawsko-Pomorski  | 96   | 113  | 17               |
| Lubelski           | 145  | 117  | -28              |
| Lubuski            | 51   | 43   | -8               |
| Łódzki             | 189  | 247  | 58               |
| Małopolski         | 187  | 146  | -41              |
| Mazowiecki         | 227  | 210  | -17              |
| Opolski            | 46   | 46   | 0                |
| Podkarpacki        | 100  | 93   | -7               |
| Podlaski           | 74   | 62   | -12              |
| Pomorski           | 110  | 114  | 4                |
| Śląski             | 145  | 166  | 21               |
| Świętokrzyski      | 84   | 103  | 19               |
| Warmińsko-Mazurski | 150  | 125  | -25              |
| Wielkopolski       | 118  | 147  | 29               |
| Zachodniopomorski  | 51   | 41   | -10              |
| RAZEM              | 1929 | 1951 | 22               |

<sup>7</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510).

<sup>8</sup> Ustawa o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844).

**Tabela nr III.8.** Liczba skontrolowanych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2017-2018 r.<sup>9</sup>

| Rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej | 2017 | 2018 | Zmiana 2018/2017 |
|-------------------------------------|------|------|------------------|
| AOS                                 | 359  | 258  | -101             |
| OPH                                 | 26   | 19   | -7               |
| PDT                                 | 1    | 0    | -1               |
| POZ                                 | 228  | 78   | -150             |
| PRO                                 | 6    | 8    | 2                |
| PSY                                 | 51   | 41   | -10              |
| REH                                 | 87   | 208  | 121              |
| RTM                                 | 42   | 48   | 6                |
| SOK                                 | 4    | 12   | 8                |
| SPO                                 | 87   | 73   | -14              |
| STM                                 | 269  | 348  | 79               |
| SZP                                 | 818  | 869  | 51               |
| UZD                                 | 22   | 9    | -13              |
| ZPO                                 | 49   | 76   | 27               |
| RAZEM                               | 2049 | 2047 | -2               |

Po przeprowadzeniu analizy liczby skontrolowanych umów stwierdzono, że w 2018 roku skontrolowano o 2 umowy mniej (0,1%), niż w roku ubiegłym. Liczba kontroli wzrosła w sześciu oddziałach wojewódzkich Funduszu, a w dziesięciu spadła. Największy względny wzrost w liczbie kontroli odnotowano w oddziale łódzkim o 28,6%, zaś największy względny spadek liczby kontroli wystąpił w oddziale małopolskim o 22,5%.

Najczęstszym przedmiotem kontroli dotyczących świadczeniodawców realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu była ocena prawidłowości realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Najczęstsze nieprawidłowości stwierdzone w toku kontroli to:

- niezasadne lub nieprawidłowe rozliczanie świadczeń, niezgodnie ze stanem faktycznym,
- sprawozdanie i rozliczenie świadczeń nie znajdujących potwierdzenia w dokumentacji medycznej (procedury/porady/inne),
- realizacja świadczeń w warunkach leczenia szpitalnego, które powinny zostać zrealizowane w trybie ambulatoryjnym,
- udzielanie świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie,
- niewykonywanie wszystkich wymaganych badań i konsultacji specjalistycznych,
- brak spełnienia warunków realizacji świadczeń w zakresie personelu udzielającego świadczeń (brak wymaganego personelu, udzielanie świadczeń przez osoby nieuprawnione lub nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny),
- brak bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym (personel, aparatura i sprzęt medyczny, harmonogram udzielania świadczeń),
- brak lub ograniczenie dostępności do świadczeń, nieudzielanie świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie, udzielanie świadczeń niezgodnie z harmonogramem,
- brak wymaganego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną,
- brak wymaganych certyfikatów, atestów lub innych dokumentów potwierdzających dopuszczenie aparatury i sprzętu medycznego do użytku,

<sup>9</sup> Kontrole wielorodzajowe zostały wykazane w wszystkich rodzajach, których dotyczyły.

- gromadzenie informacji lub prowadzenie dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej w sposób naruszający przepisy prawa,
- prowadzenie list oczekujących w sposób naruszający przepisy prawa (nieprowadzenie list oczekujących, przekazanie danych z zakresu listy oczekujących niezgodnych ze stanem rzeczywistym, nieprawidłowy zakres danych gromadzonych na liście oczekujących).

W wyniku prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu kontroli umów w 2018 roku skutki finansowe wyniosły 65 148 tys. zł w tym: wartość niezależnie wypłaconych środków finansowych 49 519 tys. zł oraz nałożone kary umowne w kwocie 15 629 tys. zł.

**Tabela nr III.9.** Wartości zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych i nałożonych kar określone w wystąpieniach pokontrolnych, w podziale na poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu w latach 2017-2018 (w tys. zł).

| OW NFZ             | Wartość zakwestionowanych środków |                  | Wartość nałożonych kar |                  | Razem skutki finansowe kontroli |                 |                  |
|--------------------|-----------------------------------|------------------|------------------------|------------------|---------------------------------|-----------------|------------------|
|                    | 2017                              | 2018             | 2017                   | 2018             | 2017                            | 2018            | Zmiana 2018/2017 |
| Dolnośląski        | 697,07                            | 534,54           | 672,09                 | 524,67           | 1 369,16                        | 1 059,2         | -309,96          |
| Kujawsko-Pomorski  | 2 597,39                          | 4 382,22         | 491,41                 | 741,32           | 3 088,8                         | 5 123,54        | 2 034,74         |
| Lubelski           | 3 884,84                          | 5 201,68         | 357,45                 | 376,26           | 4 242,29                        | 5 577,93        | 1 335,65         |
| Lubuski            | 360,36                            | 4 940,4          | 779,81                 | 469,43           | 1 140,17                        | 5 409,84        | 4 269,67         |
| Łódzki             | 3 016,74                          | 1 017,35         | 1 494,46               | 956,17           | 4 511,2                         | 1 973,51        | -2 537,69        |
| Małopolski         | 1 761,82                          | 2 460,11         | 661,34                 | 2 789,42         | 2 423,16                        | 5 249,53        | 2 826,37         |
| Mazowiecki         | 7 288,28                          | 1 785,95         | 1 420,43               | 1 130,67         | 8 708,71                        | 2 916,62        | -5 792,09        |
| Opolski            | 1 474,1                           | 903,37           | 643,57                 | 304,46           | 2 117,67                        | 1 207,83        | -909,84          |
| Podkarpacki        | 7 477,48                          | 3 352,1          | 783,98                 | 628,63           | 8 261,46                        | 3 980,73        | -4 280,72        |
| Podlaski           | 484,89                            | 1 333,16         | 919,16                 | 2 300,47         | 1 404,05                        | 3 633,63        | 2 229,58         |
| Pomorski           | 1 324,28                          | 3 472,88         | 1 484,99               | 1 325,5          | 2 809,27                        | 4 798,38        | 1 989,11         |
| Śląski             | 1 557,25                          | 3 476,69         | 2 270,45               | 1 507,75         | 3 827,69                        | 4 984,43        | 1 156,74         |
| Świętokrzyski      | 393,91                            | 313,91           | 458,64                 | 810,14           | 852,55                          | 1 124,05        | 271,5            |
| Warmińsko-Mazurski | 948,67                            | 2 021,88         | 160,                   | 503,4            | 1 108,67                        | 2 525,28        | 1 416,6          |
| Wielkopolski       | 1 217,62                          | 12 530,75        | 566,19                 | 1 013,47         | 1 783,81                        | 13 544,22       | 11 760,41        |
| Zachodniopomorski  | 5 729,19                          | 1 792,26         | 407,83                 | 246,91           | 6 137,02                        | 2 039,17        | -4 097,85        |
| <b>Razem</b>       | <b>40 213,89</b>                  | <b>49 519,25</b> | <b>13 571,8</b>        | <b>15 628,65</b> | <b>53 785,69</b>                | <b>65 147,9</b> | <b>11 362,21</b> |

Ponadto, Departament Kontroli w 2018 r. przeprowadził 4 kontrole dotyczące świadczeniodawców dotyczących następujących tematów:

- realizacja i rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie: chirurgia ogólna – hospitalizacja oraz sposób prowadzenia listy oczekujących na świadczenia w zakresie wpisywania i skreślenia z listy oczekujących świadczeniobiorców poddanych kontroli, z uwzględnieniem kategorii medycznej (1 świadczeniodawca),
- realizacja umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie wybranych produktów do sumowania – preparatów krwiopochodnych (3 świadczeniodawców).

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



W 2018 roku oddziały wojewódzkie NFZ łącznie przeprowadziły 920 postępowań kontrolnych<sup>10</sup> w aptekach, z czego 862 kontrole zakończyło się przekazaniem zaleceń pokontrolnych.

#### Kontrole niekoordynowane (planowe i doraźne)

Kontrole niekoordynowane planowe i doraźne dotyczyły głównie:

- sprawdzenia wytypowanych recept pod względem spełniania wymogów formalnych i merytorycznych oraz weryfikacji poprawności wykonywania umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego,
- sprawdzenia terminowości i poprawności przekazywania danych o obrocie lekami, środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobami medycznymi, objętymi refundacją, wynikające ze zrealizowanych recept, w formie komunikatu elektronicznego, o którym mowa w art. 45 ust. 2 ustawy, a także sporządzania zestawień zbiorczych w formie pisemnej stanowiących podstawę refundacji, w terminach określonych w art. 45 ust. 6 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych,
- potwierdzenia posiadania recept, na podstawie których została wypłacona refundacja,
- sprawdzenia przychodu i rozchodu wybranych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych,
- sprawdzenia ewidencji osób zatrudnionych w aptece na dzień kontroli oraz terminowości przekazywania informacji o zmianach na stanowisku kierownika apteki,
- prawidłowości naliczania marży aptecznej,
- realizacji recept refundowanych:
  - na leki zawierające substancję czynną leflunomidum, rivaroxabanum, dabigatran etexilate, denosumab, megestrol i fentanyl,
  - na leki psychotropowe i narkotyczne,
  - na leki zawierające substancje bardzo silnie działające,
  - na leki, które nie podlegają dzieleniu,
  - na leki recepturowe,
  - na niedozwolone leki z wykazów: A, P1-P3, N1-N2,
  - na bezpłatne leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne dla pacjentów po 75 r. ż.,
  - na leki o cenie detalicznej niezgodnej z ceną detaliczną opublikowaną w obowiązującym, w dacie realizacji recept, Obwieszczeniu Ministra Zdrowia,
  - na leki niedopuszczone do obrotu w Punktach Aptecznych,
  - dla pacjentów z uprawnieniami IB, IW, ZK,
  - w aptekach posiadających wysoki poziom refundacji oraz realizację recept na leki o wysokiej wartości refundacji,
  - wystawionych przez osoby uprawnione (felczerzy medycyny),
  - w aptekach w miejscowościach poniżej 10 000 mieszkańców,
- aptek, dla których system weryfikacji wykazał dużo błędów i ostrzeżeń, a które nie zostały poprawione,
- aptek realizujących recepty z dużymi ilościami leków, wyrobów medycznych lub środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego.

---

<sup>10</sup> O przypisaniu do okresu sprawozdawczego decydowała data przekazania zaleceń pokontrolnych, jeśli kontrola nie zakończyła się wydaniem zaleceń pokontrolnych, decydująca była data przekazania protokołu kontroli.

### Kontrole koordynowane

1. Kontrola koordynowana zlecona przez Centralę Funduszu do realizacji w oddziałach wojewódzkich NFZ na IV kwartał 2017 r. dotyczyła „Realizacji recept wystawionych na wybrane leki dla pacjentów z uprawnieniami IB ze szczególnym uwzględnieniem leków posiadających status RPZ.” Zgodę na przedłużenie kontroli na I kwartał 2018 r. otrzymał oddział wielkopolski.
2. Realizacja recept wystawionych na leki Nebbud (budesonidum) i Pulmicort (budesonidum) - 2 kontrole w oddziale świętokrzyskim zostały zrealizowane w oparciu o pierwotną wersję programu kontroli koordynowanej. Kontrole zostały rozpoczęte przed modyfikacją programu. Z uwagi na fakt, że dokumentacja z przedmiotowych kontroli została już pobrana z aptek i przeanalizowana przez zespoły kontrolne, a postępowania były na etapie sporządzania protokołów kontroli, brak było możliwości anulowania tych kontroli.
3. Kontrola koordynowana zlecona przez Centralę Funduszu do realizacji w oddziałach wojewódzkich NFZ na II/III kwartał 2018 r. dotyczyła „Realizacja recept wystawionych na leki Nebbud (budesonidum) i Pulmicort (budesonidum).” – (3 oddziały zakończyły 7 wskazanych kontroli w IV kwartale 2018 r.). Z 341 935 recept skontrolowanych w 2018 r. zakwestionowano łącznie 60 512 o wartości 4 043 tys. zł oraz nałożono kary umowne w kwocie 1 163 tys. zł razem skutki finansowe wyniosły 5 205 tys. zł.

**Tabela nr III.10.** Zestawienie danych dotyczących skutków finansowych kontroli aptek za lata 2017-2018 (w tys. zł).

| OW NFZ             | Wartość zakwestionowanych środków |                 | Wartość nałożonych kar |                 | Razem skutki finansowe kontroli |                 | Zmiana 2018/2017 |
|--------------------|-----------------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|---------------------------------|-----------------|------------------|
|                    | 2 017                             | 2 018           | 2 017                  | 2 018           | 2 017                           | 2 018           |                  |
| Dolnośląski        | 99,07                             | 1 428,42        | 45,86                  | 83,28           | 144,93                          | 1 511,7         | 1 366,77         |
| Kujawsko-Pomorski  | 18,82                             | 20,14           | 16,84                  | 16,23           | 35,66                           | 36,38           | ,71              |
| Lubelski           | 52,12                             | 60,65           | 29,05                  | 35,82           | 81,17                           | 96,48           | 15,31            |
| Lubuski            | 56,38                             | 36,63           | 22,06                  | 37,17           | 78,43                           | 73,81           | -4,63            |
| Łódzki             | 20,91                             | 331,98          | 35,89                  | 184,57          | 56,8                            | 516,55          | 459,75           |
| Małopolski         | 74,33                             | 150,04          | 49,93                  | 128,62          | 124,27                          | 278,65          | 154,39           |
| Mazowiecki         | 204,66                            | 80,57           | 97,35                  | 368,5           | 302,01                          | 449,07          | 147,07           |
| Opolski            | 4,38                              | 58,46           | 6,13                   | 19,31           | 10,51                           | 77,77           | 67,26            |
| Podkarpacki        | 89,                               | 788,51          | 24,82                  | 11,11           | 113,82                          | 799,63          | 685,81           |
| Podlaski           | 94,46                             | 54,93           | 47,79                  | 50,85           | 142,25                          | 105,78          | -36,47           |
| Pomorski           | 67,55                             | 46,68           | 25,45                  | 14,55           | 93,                             | 61,23           | -31,77           |
| Śląski             | 93,85                             | 716,05          | 79,39                  | 67,47           | 173,23                          | 783,52          | 610,29           |
| Świętokrzyski      | 31,8                              | 26,89           | 49,75                  | 47,39           | 81,55                           | 74,28           | -7,27            |
| Warmińsko-Mazurski | 47,53                             | 156,61          | 14,85                  | 45,86           | 62,38                           | 202,47          | 140,09           |
| Wielkopolski       | 1 363,52                          | 25,43           | 58,22                  | 15,67           | 1 421,74                        | 41,1            | -1 380,64        |
| Zachodniopomorski  | 176,28                            | 60,67           | 7,45                   | 36,31           | 183,72                          | 96,98           | -86,75           |
| <b>RAZEM</b>       | <b>2 494,66</b>                   | <b>4 042,66</b> | <b>610,81</b>          | <b>1 162,71</b> | <b>3 105,47</b>                 | <b>5 205,38</b> | <b>2 099,91</b>  |

Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 6 ustawy o świadczeniach do zakresu działania NFZ należy monitorowanie ordynacji lekarskich. W ramach kontroli zespoły kontrolujące w oddziałach wojewódzkich NFZ zwróciły uwagę na podstawowe elementy: sposób prowadzenia dokumentacji medycznej i zasadność ordynowania leków. W 2018 r. oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły 397 kontroli ordynacji lekarskiej z czego 54 kontroli dotyczyło osób uprawnionych wystawiających recepty w oparciu o umowy indywidualne na wystawianie recept na leki i wyroby medyczne objęte refundacją, 13 kontroli dotyczyło osób uprawnionych do wystawiania recept bez podpisanej umowy a 330 kontroli obejmowało realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ordynacji lekarskiej. W porównaniu z 2017 rokiem liczba kontroli spadła o 12,75%. Skontrolowano 1 620 osób uprawnionych do wystawiania recept.

**Tabela nr III.11.** Liczba kontroli ordynacji lekarskiej przeprowadzonych w latach 2017-2018.

| OW NFZ             | Liczba kontroli |            |                  |
|--------------------|-----------------|------------|------------------|
|                    | 2017            | 2018       | Zmiana 2018/2017 |
| Dolnośląski        | 33              | 35         | 2                |
| Kujawsko-Pomorski  | 10              | 13         | 3                |
| Lubelski           | 39              | 27         | -12              |
| Lubuski            | 24              | 20         | -4               |
| Łódzki             | 26              | 37         | 11               |
| Małopolski         | 41              | 27         | -14              |
| Mazowiecki         | 89              | 82         | -7               |
| Opolski            | 11              | 12         | 1                |
| Podkarpacki        | 15              | 9          | -6               |
| Podlaski           | 25              | 20         | -5               |
| Pomorski           | 20              | 30         | 10               |
| Śląski             | 36              | 18         | -18              |
| Świętokrzyski      | 30              | 29         | -1               |
| Warmińsko-Mazurski | 26              | 13         | -13              |
| Wielkopolski       | 17              | 13         | -4               |
| Zachodniopomorski  | 13              | 12         | -1               |
| <b>RAZEM</b>       | <b>455</b>      | <b>397</b> | <b>-58</b>       |

**Tabela nr III.12.** Wartość kontrolowanej ordynacji w latach 2017-2018 (w tys. zł.).

| OW NFZ             | Wartość kontrolowanej ordynacji umowy indywidualne |                 | Wartość kontrolowanej ordynacji umowy ze świadczeniodawcami |                  | Wartość kontrolowanej ordynacji brak umowy |                 | Razem wartość kontrolowanej ordynacji |                  |                  |
|--------------------|--|-----------------|---|------------------|--|-----------------|---------------------------------------|------------------|------------------|
|                    | 2017   | 2018            | 2017  | 2018             | 2017                                       | 2018            | 2017                                  | 2018             | Zmiana 2018/2017 |
| Dolnośląski        | 2,24   | 64,5            | 1 393,69  | 581,34           | 0  | 0               | 1 395,93                              | 645,84           | -750,1           |
| Kujawsko-Pomorski  | 3,98   | 0               | 3 782,75  | 870,73           | 0  | 0               | 3 786,73                              | 870,73           | -2 916,01        |
| Lubelski           | 389,22   | 127,1           | 3 826,42  | 4 288,01         | 0  | 5,35            | 4 215,64                              | 4 420,46         | 204,82           |
| Lubuski            | 17,14  | 0               | 1 665,77  | 415,68           | 0  | ,23             | 1 682,91                              | 415,92           | -1 267,          |
| Łódzki             | 115,14   | 107,62          | 325,63  | 635,16           | 0  | 205,52          | 440,76                                | 948,3            | 507,54           |
| Małopolski         | 1 042,69   | 1 526,84        | 2 202,84  | 3 006,19         | 0  | 0               | 3 245,53                              | 4 533,03         | 1 287,51         |
| Mazowiecki         | 310,78   | 19,74           | 1 078,63  | 2 611,14         | 0  | 21,64           | 1 389,41                              | 2 652,51         | 1 263,1          |
| Opolski            | 0  | 7,68            | 355,59  | 87,84            | 0  | 0               | 355,59                                | 95,52            | -260,07          |
| Podkarpacki        | 20,93  | 0               | 296,72  | 2 495,85         | 0  | 0               | 317,64                                | 2 495,85         | 2 178,21         |
| Podlaski           | 19,2   | 12,03           | 291,92  | 240,71           | 0  | 0               | 311,12                                | 252,74           | -58,38           |
| Pomorski           | 119,52   | 14,81           | 849,04  | 892,7            | 0  | 0               | 968,56                                | 907,51           | -61,05           |
| Śląski             | 90,47  | 0,62            | 1 322,73  | 4 052,04         | 0  | 1 787,79        | 1 413,21                              | 5 840,45         | 4 427,24         |
| Świętokrzyski      | 422,6  | 1,19            | 1 818,5   | 1 390,91         | 0  | 0               | 2 241,1                               | 1 392,1          | -849,            |
| Warmińsko-Mazurski | 94,05  | 0               | 949,68  | 489,95           | 0  | 0               | 1 043,72                              | 489,95           | -553,77          |
| Wielkopolski       | 58,89  | 211,67          | 244,13  | 283,24           | 0  | 0               | 303,01                                | 494,91           | 191,89           |
| Zachodniopomorski  | 167,61   | 0,54            | 153,2   | 1 009,5          | 0  | 33,59           | 320,81                                | 1 043,63         | 722,81           |
| <b>RAZEM</b>       | <b>2 874,45</b>                                    | <b>2 094,35</b> | <b>20 557,23</b>  | <b>23 350,99</b> | <b>0</b>                                   | <b>2 054,11</b> | <b>23 431,68</b>                      | <b>27 499,44</b> | <b>4 067,77</b>  |

Łącznie w wyniku przeprowadzonych kontroli ordynacji lekarskiej w 2018 roku wartość zakwestionowanej ordynacji (11 648 tys. zł) oraz kar umownych 540 tys. zł). Po rozpatrzeniu środków odwoławczych kwota do zwrotu wyniosła 12 188 tys. zł, co stanowiło 44% wartości kontrolowanej ordynacji.

**Tabela nr III.13.** Wartość zakwestionowanej ordynacji oraz kar umownych w latach 2017-2018 (w tys. zł.).

| Oddział<br>Wojewódzki NFZ | Wartość<br>zakwestionowanej<br>ordynacji |                  | Wartość<br>nałożonych kar |               | Razem skutki finansowe kontroli |                  |                  |
|---------------------------|--|------------------|---------------------------|---------------|---------------------------------|------------------|------------------|
|                           | 2017                                     | 2018             | 2017                      | 2018          | 2017                            | 2018             | Zmiana 2018/2017 |
| Dolnośląski               | 26,76                                    | 268,57           | 75,31                     | 46,41         | 102,07                          | 314,98           | 212,92           |
| Kujawsko-Pomorski         | 127,45                                   | 610,54           | 20,27                     | 16,93         | 147,72                          | 627,47           | 479,75           |
| Lubelski                  | 326,96                                   | 2 240,02         | 36,03                     | 35,62         | 362,99                          | 2 275,65         | 1 912,66         |
| Lubuski                   | 93,09                                    | 85,47            | 4,                        | ,25           | 97,09                           | 85,72            | -11,37           |
| Łódzki                    | 26,98                                    | 152,18           | 48,84                     | 37,69         | 75,82                           | 189,87           | 114,05           |
| Małopolski                | 117,86                                   | 14,              | 31,38                     | 89,66         | 149,24                          | 103,66           | -45,58           |
| Mazowiecki                | 273,02                                   | 410,24           | 45,88                     | 47,18         | 318,89                          | 457,41           | 138,52           |
| Opolski                   | 15,5                                     | 10,92            | 6,05                      | 6,92          | 21,55                           | 17,84            | -3,71            |
| Podkarpacki               | 12,58                                    | 1 662,61         | 35,9                      | 14,84         | 48,48                           | 1 677,45         | 1 628,97         |
| Podlaski                  | 37,45                                    | 13,95            | 31,57                     | 16,66         | 69,02                           | 30,6             | -38,42           |
| Pomorski                  | 228,48                                   | 295,33           | 83,37                     | 52,46         | 311,86                          | 347,79           | 35,93            |
| Śląski                    | 14,31                                    | 5 469,94         | 93,38                     | 98,7          | 107,68                          | 5 568,64         | 5 460,96         |
| Świętokrzyski             | 11,4                                     | 20,46            | 66,75                     | 49,37         | 78,15                           | 69,83            | -8,32            |
| Warmińsko-Mazurski        | 100,27                                   | 17,94            | 13,26                     | 5,99          | 113,53                          | 23,93            | -89,59           |
| Wielkopolski              | 92,24                                    | 120,26           | 16,94                     | 17,98         | 109,18                          | 138,25           | 29,07            |
| Zachodniopomorski         | 53,34                                    | 255,73           | 26,                       | 3,74          | 79,34                           | 259,47           | 180,13           |
| <b>RAZEM</b>              | <b>1 557,69</b>                          | <b>11 648,16</b> | <b>634,91</b>             | <b>540,39</b> | <b>2 192,6</b>                  | <b>12 188,55</b> | <b>9 995,96</b>  |

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

- 1) wystawiania recept niezgodnie z przepisami obowiązującymi w okresie kontroli:
  - oznaczania poziomu odpłatności niezgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
  - przepisywania leków refundowanych niezgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi i/lub w ilości przewyższającej wskazania dotyczące dawkowania oraz niezgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego,
  - ordynacja leków zawierających środki odurzające oraz substancje psychotropowe w ilości niezgodnej z zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje,
  - wystawiania recept o zakresie numerycznym przypisanym innemu podmiotowi,
  - wystawiania recept osobom nieuprawnionym w nieuzasadnionych przypadkach,
- 2) prowadzenia dokumentacji medycznej:
  - nieczytelne i niechronologiczne prowadzenie dokumentacji,
  - brak/nieczytelne wpisy w dokumentacji medycznej dotyczące porad ambulatoryjnych, wywiadu lekarskiego, badania przedmiotowego, zaordynowanych leków i dawkowania oraz wystawionych recept,
  - brak daty porady oraz brak adnotacji o liczbie opakowań zleconego leku,
  - brak rozpoznania choroby/problemu medycznego,
  - brak medycznego uzasadnienia preskrypcji leków oraz ilości opakowań przepisanych na receptach,
  - brak zgodności treści wpisów dotyczących ordynacji lekarskiej w kartach wizyt z treścią wystawianych recept,
  - brak numeracji stron,
  - rozbieżności danych w dokumentacji medycznej z danymi na receptach,
- 3) braku dokumentacji medycznej.

Realizacja kontroli w zakresie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ordynacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, a także w zakresie realizacji recept w 2018 r.

Przeciętny poziom realizacji planów kontroli na koniec 2018 r. w zakresie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ordynacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, a także w zakresie realizacji recept wyniósł 98%. Wskazać należy, że 15 oddziałów wojewódzkich NFZ realizowało plan na poziomie 100%, zaś 1 oddział zrealizował plan w 68%. Przedstawione dane uwzględniają wszelkie zmiany do pierwotnego planu złożonego na 1 stycznia 2018 r. zgłoszone w ciągu całego 2018 r.

Kontrola umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Przeciętny poziom realizacji planów kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przez oddziały wojewódzkie NFZ na koniec 2018 r. wyniósł 99%, przy czym 15 oddziałów wojewódzkich NFZ zrealizowało plan na poziomie 100%. Przedstawione dane uwzględniają wszelkie zgłoszone w ciągu całego 2018 r. zmiany w odniesieniu do pierwotnych planów przekazanych przez oddział wojewódzkie Funduszu do Departamentu Kontroli Centrali NFZ na 1 stycznia 2018 r. Przepiętny poziom realizacji planów kontroli aptek przez oddziały wojewódzkie Funduszu na koniec 2017 r. wyniósł 99%, przy czym 15 oddziałów wojewódzkich Funduszu zrealizowało plan na poziomie 100%. Przedstawione dane uwzględniają wszelkie zmiany do pierwotnego planu złożonego na 1 stycznia 2017 r. zgłoszone w ciągu 2017 r.

Kontrola aptek

Przeciętny poziom realizacji planów kontroli aptek przez Oddziały Wojewódzkie NFZ na koniec 2018 r. wyniósł 97%, przy czym 15 oddziałów wojewódzkich NFZ zrealizowało plan na poziomie 100%. Przedstawione dane uwzględniają wszelkie zmiany do pierwotnego planu złożonego na 1 stycznia 2018 roku zgłoszone w ciągu całego 2018 roku.

Kontrola ordynacji lekarskiej

Przeciętny poziom realizacji planów kontroli ordynacji lekarskiej przez Oddziały Wojewódzkie NFZ na koniec 2018 r. wyniósł 94%. Wskazać należy, iż 15 Oddziałów Wojewódzkich NFZ zrealizowało plan na poziomie 100%, zaś 1 Oddział Wojewódzki NFZ zrealizował plan jedynie w 8%. Przedstawione dane uwzględniają wszelkie zmiany do pierwotnego planu złożonego na 1 stycznia 2018 r. zgłoszone w ciągu całego 2018 r.

Monitorowanie celowości, udzielanych w ramach umów, świadczeń opieki zdrowotnej (zadania wskazane w art. 107 ust. 5 pkt 14 ustawy o świadczeniach) oddziały wojewódzkie Funduszu realizują przede wszystkim poprzez kontrole realizacji umów zawartych ze świadczeniodawcami oraz bieżącą weryfikację udzielanych świadczeń. Kontrole prowadzone są w oparciu o kryteria legalności, rzetelności i celowości. W ramach monitorowania celowości udzielanych świadczeń zdrowotnych kontroli podlega przede wszystkim: potwierdzenie uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej, zasadność wyboru leków i wyrobów medycznych, zgodność zrealizowanych procedur medycznych z profilem danego zakresu świadczeń, zasadność przedłużających się hospitalizacji, zasadność wyboru leczenia w trybie hospitalizacji zamiast pobytów jednodniowych i świadczeń ambulatoryjnych, realizacja świadczeń zabiegowych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, w tym badań diagnostycznych, np. endoskopii przewodu pokarmowego, zgodność realizacji porad pierwszorazowych z warunkami określonymi w przepisach, przypadki odmów przyjęć pacjentów przywiezionych przez ZRM i kierowania ich do innych placówek. Bardzo istotnym działaniem podejmowanym w tym zakresie jest również weryfikacja i walidacja danych zawartych w raportach statystycznych świadczeniodawców. W trakcie tych czynności badana jest częstotliwość udzielania

świadczeń, tryb przyjęcia, zrealizowane procedury medyczne, potencjał świadczeniodawcy, dane o skierowaniu, czy przyczyna główna udzielenia świadczeń. Monitorowanie celowości zakłada również tworzenie statystyk dotyczących rozpoznań ICD-10 lub wykonanych procedur ICD-9 zawartych w charakterystyce sprawozdanych świadczeń oraz porównania ich ze wskaźnikami epidemiologicznymi i opracowaniami z innych źródeł (np. z GUS, PZH). Wnikliwej analizie podlega również zjawisko powtórnych hospitalizacji, czy ruchu międzyoddziałowego. Celowość udzielanych świadczeń zdrowotnych jest również badana w trakcie opiniowania wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń (Baza Zgód Indywidualnych), wniosków o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych poza granicami kraju, oraz wniosków za leczenie pacjentów w stanach nagłych przez podmioty które nie zawarły umowy o udzielanie świadczeń. W ramach tego działania analizuje się dokumentację medyczną oraz kosztorysy zawierające szczegółowe zestawienie wykonanych czynności medycznych. Ponadto oddziały wojewódzkie Funduszu monitorują skutki wprowadzenia „sieci szpitali”, refundację leków z uwzględnieniem programu „Lek dla seniora 75+” oraz realizację świadczeń w zakresie pakietu onkologicznego (karty DILO). Informacji dotyczących celowości udzielania świadczeń dostarczają także badania ankietowe pacjentów realizowane przez niektóre oddziały:

#### Monitorowanie i koordynowanie realizacji uprawnień dla szczególnych grup świadczeniobiorców

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

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

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

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

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

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

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

Oddziały wojewódzkie NFZ, kwartalnie dokonują analizy kosztów dofinansowania zaopatrzenia w produkty lecznicze stosowane u uprawnionego żołnierza i pracownika. Na podstawie dokonanych analiz, dyrektor właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ przekazuje do Ministerstwa Obrony Narodowej zestawienie o wysokości należnej kwoty refundacji. Zestawienia przekazywane są przez oddziały wojewódzkie NFZ kwartalnie. Ministerstwo Obrony Narodowej wystawia właściwemu oddziałowi, dokument potwierdzający wysokość przyznanego dofinansowania oraz zobowiązanie do przekazania środków finansowych na konto NFZ, a w konsekwencji dokonuje zwrotu tych środków. W 2018 r. status uprawnionego żołnierza lub pracownika wojska posiadało 166 osób.

Oddziały wojewódzkie NFZ przekazują do Centrali NFZ, dane dotyczące weteranów poszkodowanych żołnierzy i funkcjonariuszy w zakresie list aktywnych POZ, wartości świadczeń POZ oraz informacje o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej co do zakresu, rodzaju, miejsca udzielania i wartości udzielonego świadczenia. Na podstawie przedmiotowych danych, Centrala NFZ opracowuje kwartalne sprawozdania z realizacji świadczeń udzielonych weteranom poszkodowanym odpowiednio do Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. W 2018 r. status weterana poszkodowanego żołnierza posiadało 761 osób, natomiast status weterana poszkodowanego funkcjonariusza – 75 osób. W 2018 r. udzielono łącznie 1 773 świadczeń weteranom poszkodowanym żołnierzom oraz 238 świadczeń weteranom poszkodowanym funkcjonariuszom.

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

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

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

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

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

Według stanu na koniec 2018 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu wydali łącznie 6 201 decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach, co stanowi spadek o 5,20% względem 2017 r., kiedy wydano łącznie 6 545 decyzji. Na decyzje wydane w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego w 2018 r. przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu składa się:

- 5 715 decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, co stanowi spadek o 5,10% w stosunku do liczby decyzji wydanych do końca 2017 r., kiedy wydano 6 022 rozstrzygnięcia,
- 486 decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń, co stanowi spadek o 7,07% w stosunku do liczby decyzji wydanych w 2017 r., kiedy wydano 523 decyzje.

Łącznie w 2018 roku dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu wydali 5 715 decyzji w zakresie ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego. W sprawach dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym decyzje wydawane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczyły najczęściej:

- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umów zlecenia (2719 decyzji, co stanowi 47,58% wszystkich rozstrzygnięć),
- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących działalność gospodarczą (1506 decyzji, co stanowi 26,35% wszystkich rozstrzygnięć),
- podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (739 decyzji, co stanowi 12,93% wszystkich rozstrzygnięć).

Ponadto, w analizowanym okresie sprawozdawczym wśród innych spraw rozpatrywanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego znaczącą liczbę stanowiły sprawy dotyczące podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu pobierania świadczeń alimentacyjnych, zagranicznych, pozostawania studentem/doktorantem, osobą duchowną, bezrobotną oraz objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie rozstrzygnięcia sądowego (234). W dalszej kolejności należy wymienić sprawy dotyczące wykonywania umów zlecenia (75) oraz posiadania statusu członka rodziny (11). Struktura decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, wydanych w 2018 r. w odniesieniu do rodzaju zagadnienia, którego dotyczyły decyzje kształtuje się w sposób zbliżony do struktury obserwowanej w 2017 r. Największy spadek liczby wydanych decyzji w wysokości 17,21% w 2018 r. w stosunku do roku poprzedniego odnotowany został w przypadku decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących działalność pozarolniczą, w tym osób współpracujących (w 2018 r. wydanych 1 506 decyzji, w 2017 r. – 1 819). W 2018 r. nadal utrzymuje się tendencja spadkowa liczby decyzji wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie wykonywania umów o dzieło, które noszą znamiona umów zlecenia. Spadek liczby takich decyzji po raz pierwszy zaobserwowano w 2016 r., gdy wydanych zostało łącznie 3 349 decyzji. W kolejnym roku wydanych zostało 2 976 decyzji, co stanowiło spadek o 11,10 % w stosunku do 2016 r. W analizowanym okresie sprawozdawczym względem 2017 r. spraw tych rozpatrzono w oddziałach wojewódzkich Funduszu o 257 mniej (w 2018 r. – 2 719 wydanych decyzji), co stanowi spadek o 8,64% w porównaniu do 2017 r. Spadek liczby rozpatrywanych spraw w ww. zakresie może wynikać m.in. z faktu, że w związku ze zmianą ustawy z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 300, z późn. zm.) zmniejszyła się liczba wniosków ZUS kierowanych do oddziałów wojewódzkich Funduszu dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w przypadku zawarcia wielu umów cywilnoprawnych z jednym ubezpieczonym, w przypadku gdy osoba ta nie była nigdzie zatrudniona i nie była emerytem/rencistą. Aktualnie jeżeli osoba pracuje na podstawie kilku umów cywilnoprawnych np. umów zlecenia, to spełnia warunki do objęcia obowiązkowo ubezpieczeniami społecznymi z każdej umowy. Zasady tej nie stosuje się, jeżeli łączna



podstawa wymiaru składek z tytułu wykonywania pracy na podstawie umowy agencyjnej, umowy zlecenia, innej umowy o świadczenie usług lub łącznie z innych tytułów osiągnię kwotę minimalnego wynagrodzenia za pracę, obowiązującego w danym czasie. Spadek rozpatrzonych w 2018 r. spraw w porównaniu do 2017 r. zauważono także w zakresie podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (mniej w 2018 r. o 11 decyzji) oraz posiadania statusu członka rodziny (mniej w 2018 r. o 16 decyzji). Wzrost liczby wydanych decyzji w 2018 r. w stosunku do roku poprzedniego odnotowany został w odniesieniu do decyzji dotyczących:

- nieobjęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu wykonywania umów cywilnoprawnych pomimo wniosku ZUS – wzrost o 86,21% (w 2018 r. wydanych zostało 108 decyzji, w 2017 r. - 58),
- ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu pobierania świadczeń alimentacyjnych, zagranicznych, pozostawania studentem/ doktorantem, osobą duchowną, bezrobotną oraz objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie rozstrzygnięcia sądowego – wzrost o 50% (w 2018 r. wydanych 234 decyzji, w 2017 r. - 156).

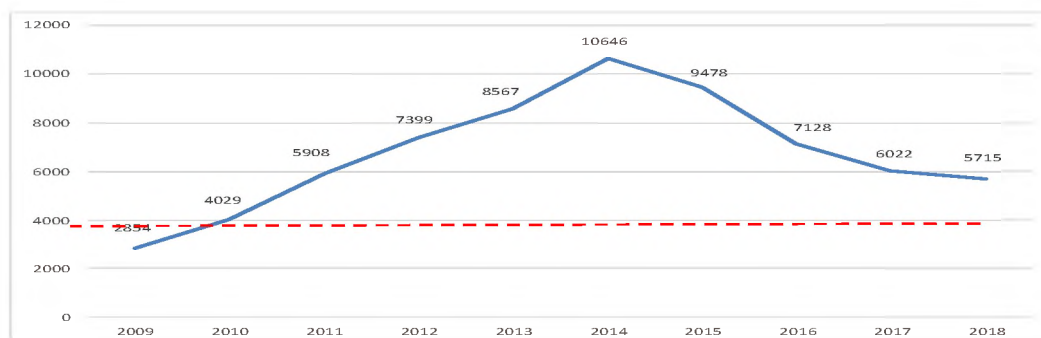
Na uwagę zasługuje również wzrost w 2018 r. liczby umorzonych postępowań administracyjnych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym o 123,02% w porównaniu do roku poprzedniego (w 2018 r. wydanych 310 decyzji, w 2017 r. - 139 decyzji).

Analogicznie do lat ubiegłych, w 2018 r. na terenie kilku województw odbywały się wzmożone kontrole płatników składek, dokonywane przez komórki terenowe ZUS, które m. in. kwestionowały kwalifikację podpisanych umów o dzieło i wносиły o uznanie powyższych umów jako noszących charakter umów zlecenia, podlegających tym samym obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. W wyniku ww. kontroli, na podstawie wniosków kierowanych przez ZUS, najwyższa liczba decyzji z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wydana została przez Dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu: śląskiego – 434 wydanych decyzji, dolnośląskiego – 311, ale również warmińsko-mazurskiego – 284, kujawsko-pomorskiego – 247, małopolskiego – 246, wielkopolskiego – 242 oraz mazowieckiego – 214). Warty uwagi jest fakt, że łączna liczba decyzji wydanych przez sześć ww. oddziałów wojewódzkich Funduszu stanowiła 72,75 % wszystkich decyzji wydanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umowy zlecenia.

Nadal wiodącym tematem wniosków inicjujących postępowania zakończone wydaniem decyzji przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu jest objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umów zlecenia. Udział decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umowy zlecenia stanowił przy tym w 2018 r. 47,58% wszystkich decyzji z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. Warty uwagi jest fakt, że wydawane decyzje z tego zakresu wymagają z biegiem czasu zdecydowanie większych nakładów pracy oraz zawierają znacznie bardziej rozbudowane uzasadnienie faktyczne i prawne. Wynika to z faktu, że w sprawach o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym osób zatrudnionych na podstawie umowy o dzieło noszącej znamiona umowy zlecenia znacząco wzbogaciło się orzecznictwo sądów administracyjnych. Ponadto, na podstawie tego orzecznictwa w każdej takiej sprawie występuje więcej niż jedna strona postępowania, co również ma wpływ na pracochłonność i czasochłonność postępowania. Nie bez znaczenia jest również okoliczność, że strony są zazwyczaj reprezentowane przez wyspecjalizowane kancelarie prawne. Drugą najliczniejszą grupę (26,58%) decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydanych w 2018 r. przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu stanowiły decyzje w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, na podstawie wniosków kierowanych przez ZUS w sprawach dotyczących osób nie zgłaszających się do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności lub kwestionujących okres podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Z reguły sprawy te dotyczą lat poprzednich, również okresów od 1 stycznia 1999 r. Obejmując wskazane we wnioskach organu emerytalno-

rentowego osoby obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym ww. decyzje stanowią podstawę dla ZUS do korygowania zarejestrowanych okresów podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz, w przypadku braku przedawnienia, do wystawiania decyzji co do wymiaru składek dla płatników składek na ubezpieczenie zdrowotne i ich ewentualnej egzekucji.

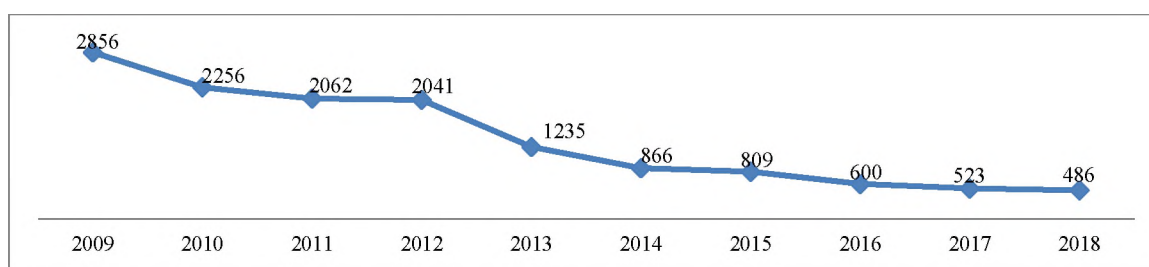
**Wykres nr III.4.** Liczba decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ wydawanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w latach 2009-2018.



W przypadku decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu z zakresu ustalenia prawa do świadczeń, najczęściej występującą tematyką wniosków było potwierdzenie uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki (349 decyzji, co stanowi 5,63% wszystkich decyzji wydanych na podstawie art. 109 ustawy o świadczeniach) oraz refundacja kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego (105 decyzji, co stanowi 1,69% wszystkich decyzji wydanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego).

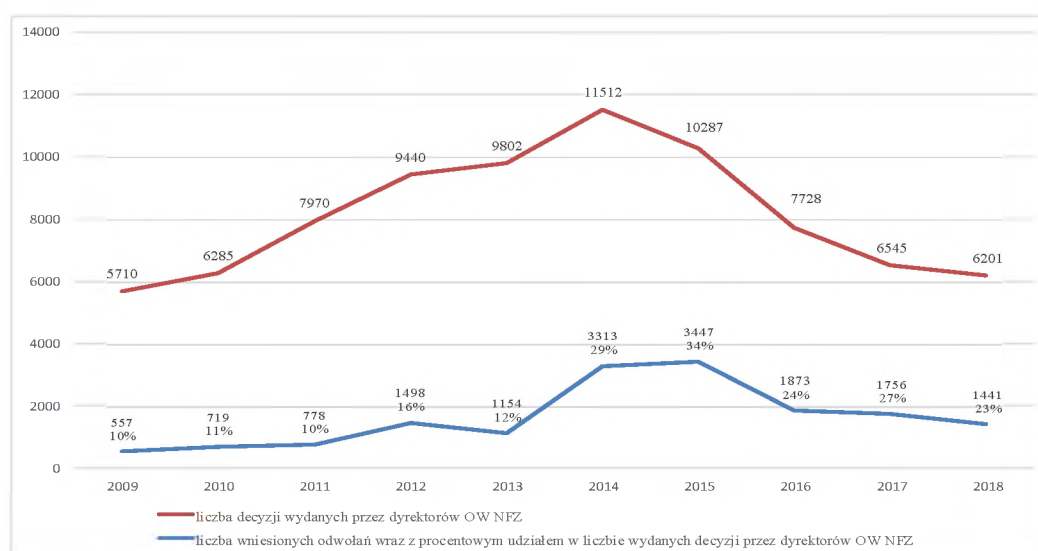
Liczba decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w 2018 r. była niższa o 37 względem 2017 r., co stanowi spadek o 7% (486 wydanych decyzji w 2018 r. przy 523 wydanych w 2017 r.). Analizując dynamikę zmian liczby decyzji wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie ustalenia prawa do świadczeń należy zauważyć, że nastąpił spadek o 3,86 % (z 363 decyzji w 2017 r. do 349 decyzji w 2018 r.) liczby decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu z zakresu potwierdzenia uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki. Również liczba decyzji umarzających postępowanie z wniosku o refundację kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zmniejszyła się o 17,32% (z 127 w 2017 r. do 105 w 2018 r.) oraz sfinansowania kosztów leków niegwarantowanych w danym schorzeniu o 36,36 % (z 11 w 2017 r. do 4 w 2018 r.) . Nieznaczny wzrost wydanych rozstrzygnięć w 2018 r. w porównaniu do roku 2017 r. odnotowano w zakresie spraw z zakresu ustalenia prawa do świadczeń w przypadku refundacji kosztów transportu sanitarnego (o 2 decyzje), sfinansowania lub refundacji kosztów ponadstandardowego leczenia stomatologicznego (o 2 decyzje), sfinansowania lub refundacji kosztów badań diagnostycznych wykonywanych poza systemem ubezpieczenia zdrowotnego (o 2 decyzje).

**Wykres nr III.5.** Liczba decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ wydawanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego dotyczących ustalenia prawa do świadczeń w latach 2009-2018.



Od decyzji wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach, stronom postępowania przysługuje prawo wnoszenia odwołania do Prezesa NFZ. W 2018 r. do Prezesa NFZ wpłynęło 1 441 odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wydawanych w powyższym zakresie. 1 413 odwołań stanowiły odwołania od decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym a 28 odwołań wniesiono w sprawach z zakresu ustalenia prawa do świadczeń. W 2018 r. w porównaniu do roku 2017 r. liczba wniesionych odwołań była niższa o 17,90 % (1441 odwołań w 2018 r.), a zatem dynamika spadku liczby wniesionych odwołań była wyższa w porównaniu do dynamiki spadku liczby rozpatrzonych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, odnotowanym, jak wskazano powyżej, na poziomie 5,20 %. Analizując procentowy udział liczby wniesionych odwołań w stosunku do liczby decyzji wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w 2018 r. zaobserwowany został spadek o 3,59% względem 2017 r., przy jednoczesnym zmniejszeniu się liczby wydanych decyzji ogółem.

**Wykres nr III.6.** Liczba wydanych decyzji przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego z liczbą wniesionych odwołań i udziałem procentowym względem liczby wydanych decyzji w latach 2009-2018.



W 2018 r. Prezes NFZ rozpatrzył łącznie 1 920 odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego (wydając 1 777 decyzje oraz 143 postanowienia), co stanowi wzrost o 45,5% w stosunku do analogicznego okresu ubiegłego roku, w którym rozpatrzono 1 320 odwołań. Ponadto w 2018 r. pozostawiono bez rozpoznania 82 odwołania od decyzji w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, w tym 1 sprawę dotyczącą dobrowolnego ubezpieczenia w związku z nieuzupełnieniem braków formalnych przez strony postępowania. W strukturze rozpatrzonych w 2018 r. przez Prezesa NFZ odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego 52,97 % stanowiły odwołania od decyzji wydanych przez dyrektorów trzech oddziałów wojewódzkich Funduszu: dolnośląskiego (399 spraw, 20,78% łącznej liczby rozpatrzonych odwołań), mazowieckiego (380 spraw, 19,79% łącznej liczby rozpatrzonych odwołań) oraz oddziału śląskiego (238 spraw, 12,40% łącznej liczby rozpatrzonych odwołań).

Zwiększenie się liczby rozpatrzonych odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego w 2018 r. częściowo związane było ze spadkiem w porównaniu do lat poprzednich liczby rozpatrzonych odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów

udzielonych świadczeń na podstawie art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach. W odniesieniu do spraw z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń w 2018 r. Prezes NFZ rozpatrzył 564 odwołania, wydając 506 decyzji, 58 postanowień oraz 10 spraw pozostawił bez rozpoznania ze względu na nieuzupełnienie braków formalnych odwołania. W związku z wniesionymi odwołaniami Prezes NFZ w 2018 r. wydał 1 777 decyzji, utrzymując w mocy 1 675 decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz uchylając lub zmieniając decyzję dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w 102 przypadkach. Dla porównania w analogicznym okresie ubiegłego roku Prezes NFZ rozpatrzył 1 085 odwołań, uchylając lub zmieniając 46 decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu. Udział decyzji zmienionych lub uchylonych we wszystkich rozpatrzonych odwołaniach stanowił w 2018 r. 5,4% i jest wyższy o 1,9% od udziału takich rozstrzygnięć w łącznej liczbie odwołań rozpatrzonych w roku poprzednim, kiedy to wynosił 3,5%. Należy wskazać, że na przestrzeni lat udział decyzji uchylonych i zmienionych nie przekraczał 6%, co należy uznać za pozytywne zjawisko, wyrażające dobrą ocenę pracy oddziałów wojewódzkich Funduszu w zakresie wydawania decyzji administracyjnych. Warto wyjaśnić, że uchylanie i zmienianie decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu następuje w zdecydowanej części na podstawie nowych dowodów i dokumentów dostarczanych przez strony postępowania na etapie postępowania odwoławczego. Ponadto, Prezes NFZ w 2018 r. wydał 143 postanowienia, w tym w jednym przypadku stwierdzając nieważność wydanego przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu postanowienia odmawiającego zmiany decyzji ostatecznej. Od decyzji Prezesa NFZ stronom postępowania przysługuje prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie (art. 110 ustawy o świadczeniach). Według stanu na koniec 2018 r. strony wniosły 394 skargi do WSA w Warszawie, co stanowi wzrost o ponad 75,90% w porównaniu do roku poprzedniego, w którym wniesione zostały 224 skargi do WSA w Warszawie.

Reasumując, zauważyć należy, że łącznie w 2018 r. Prezes NFZ rozpatrzył 2 484 odwołania od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego i ustalenia obowiązku poniesienia kosztów świadczeń, co stanowi wzrost łącznej liczby rozpatrzonych odwołań o ponad 13,74% w porównaniu do 2017 r., w którym Prezes NFZ rozpatrzył 2 185 odwołań w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. W 2018 r. tendencja spadkowa liczby odwołań pozostających do rozpatrzenia przez Prezesa NFZ utrzymywała się.

Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń, ich wysokości oraz terminu płatności wydawane są przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, na podstawie art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wydali 19 069 decyzji ustalających obowiązek poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, co stanowi wzrost do analogicznego okresu 2017 r. o 146,18% (7 746 decyzji na koniec 2017 r.).

Wśród wydanych decyzji przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu 17 774 dotyczyło świadczeń udzielonych na podstawie oświadczenia, 586 decyzji dotyczyło świadczeń udzielonych na podstawie okazanego dokumentu, natomiast 709 wydanych decyzji dotyczyło świadczeń udzielonych zarówno na podstawie oświadczenia, jak i okazanego dokumentu.

**Tabela nr III.14.** Liczba decyzji wydanych przez poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu oraz liczba wniesionych odwołań na koniec 2018 r.

| Oddział Wojewódzki NFZ | Liczba wydanych ogółem decyzji na podstawie art. 50 | w tym:                                |                                    |   | Liczba wniesionych odwołań |
|------------------------|---|---------------------------------------|------------------------------------|---|----------------------------|
|                        |   | udzielonych na podstawie oświadczenia | udzielonych na podstawie dokumentu | udzielonych na podstawie oświadczenia i dokumentu |                            |
| Dolnośląski            | 623   | 591                                   | 27                                 | 5   | 28                         |
| Kujawsko-Pomorski      | 417   | 342                                   | 17                                 | 58  | 16                         |
| Lubelski               | 863   | 853                                   | 3                                  | 7   | 8                          |
| Lubuski                | 923   | 758                                   | 46                                 | 119   | 8                          |
| Łódzki                 | 3300  | 3265                                  | 21                                 | 14  | 123                        |
| Małopolski             | 1591  | 1567                                  | 12                                 | 12  | 54                         |
| Mazowiecki             | 2095  | 1757                                  | 173                                | 165   | 31                         |
| Opolski                | 502   | 487                                   | 6                                  | 9   | 7                          |
| Podkarpacki            | 840   | 837                                   | 1                                  | 2   | 16                         |
| Podlaski               | 398   | 381                                   | 6                                  | 11  | 9                          |
| Pomorski               | 1799  | 1655                                  | 32                                 | 112   | 12                         |
| Śląski                 | 1828  | 1710                                  | 51                                 | 67  | 27                         |
| Świętokrzyski          | 902   | 901                                   | 0                                  | 1   | 8                          |
| Warmińsko-Mazurski     | 500   | 465                                   | 21                                 | 14  | 18                         |
| Wielkopolski           | 1909  | 1740                                  | 138                                | 31  | 41                         |
| Zachodniopomorski      | 579   | 465                                   | 32                                 | 82  | 2                          |

Według stanu na koniec 2018 r. do Prezesa NFZ wpłynęło 408 odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, co stanowi wzrost w porównaniu do 2017 r. o 113,61% (191 odwołań na koniec 2017 r.). Prezes NFZ wydał 564 rozstrzygnięcia na skutek wniesionych odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, w tym 506 decyzji, 58 postanowień oraz 10 spraw pozostawił bez rozpoznania ze względu na nieuzupełnienie braków formalnych odwołania. Liczba rozpatrzonych przez Prezesa NFZ odwołań od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w stosunku do liczby wniesionych w 2018 r. odwołań jest wyższa, bowiem wynika to z faktu, że w liczbie rozpatrzonych odwołań w 2018 r. są również uwzględnione te odwołania, które wpłynęły w latach poprzednich. Powyższe wynika z faktu, iż procedowane były zmiany przepisów, które umożliwiałyby zgłaszanie członków rodzin do ubezpieczenia zdrowotnego z datą wsteczną. Wobec powyższego odwołania od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, które wpłynęły do Prezesa NFZ w latach poprzednich były rozpatrywane w ograniczonym zakresie.

W 2017 r. do Centrali NFZ wpłynęło 11 skarg kierowanych do WSA w Warszawie, natomiast w 2018 r. wpłynęło 38 skarg. Wzrost liczby wniesionych skarg do sądu wynika z faktu, że w 2017 r. głównie były rozpatrywane przez Prezesa NFZ sprawy, gdzie dokonano „wstecznego” zgłoszenia do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego i stan faktyczny nie budził wątpliwości, zatem wydane przez Prezesa NFZ rozstrzygnięcia były korzystne dla stron postępowania. Natomiast podjęte przez Prezesa NFZ rozstrzygnięcia w 2018 r., dotyczyły zarówno uchylecia decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu i umorzenia postępowania I instancji, jak i utrzymania w mocy decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu obciążających świadczeniobiorców kosztami.

Prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych przysługuje również osobie, która wymaga leczenia, a nie jest objęta obowiązkowym, bądź dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym, pod warunkiem spełnienia warunków określonych w art. 54 ustawy o świadczeniach i uzyskania decyzji potwierdzającej to prawo. Na mocy art. 54 ustawy o świadczeniach, osobami nieposiadającymi ubezpieczenia zdrowotnego, a pomimo to uprawnionymi do uzyskania bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących w ramach ubezpieczenia zdrowotnego są osoby posiadające miejsce zamieszkania na terytorium RP, które posiadają obywatelstwo polskie lub uzyskały w Rzeczypospolitej Polskiej status uchodźcy lub ochronę uzupełniającą, lub zezwolenie na pobyt

czasowy udzielone, spełniające kryterium dochodowe określone w ustawie z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1508, z późn. zm.).

Podstawą do uzyskania bezpłatnego leczenia przez takie osoby jest otrzymanie przez nie decyzji potwierdzającej to prawo, wydanej przez wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej dla ich miejsca zamieszkania. Po spełnieniu przesłanek określonych w ww. art. wójt (burmistrz, prezydent) wydaje decyzję na wniosek świadczeniobiorcy ubiegającego się o świadczenie (jego przedstawiciela ustawowego), a w przypadku stanu nagłego - także na wniosek świadczeniodawcy (np. szpitala) udzielającego świadczenia opieki zdrowotnej, złożony niezwłocznie po udzieleniu świadczenia bądź jeszcze w trakcie jego udzielania (np. w trakcie hospitalizacji). Ponadto w celu wydania wspomnianej decyzji wójt (burmistrz, prezydent) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania wspomnianego wyżej świadczeniobiorcy może wszcząć postępowanie z własnej inicjatywy lub na wniosek właściwego (np. dla miejsca udzielania świadczeń lub dla miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy) oddziału wojewódzkiego Funduszu.

Należy zaznaczyć, że z uwagi na okoliczności wskazane w odwołaniu dotyczące trudnej sytuacji finansowej strony postępowania, bądź wynikające ze zgromadzonej w sprawie dokumentacji, Prezes NFZ skorzystał z powyższej możliwości i wystąpił do wójtów/burmistrzów/prezydentów miast z 36 wnioskami o ewentualne wydanie na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach decyzji potwierdzających prawo świadczeniobiorcy do świadczeń opieki zdrowotnej. W wyniku przeprowadzonych postępowań podmioty uprawnione do wydania decyzji na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach w 2018 r. wydały 17 decyzji potwierdzających, iż w okresie udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych osoba, która skorzystała z tych świadczeń miała do nich prawo. Na tej podstawie Prezes NFZ w 2018 r. wydał 19 decyzji uchylających w całości i umarzających postępowanie I instancji w całości. Różnica w liczbie wydanych rozstrzygnięć przez Prezesa NFZ na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach wynika z faktu, iż wśród tych rozstrzygnięć Prezesa NFZ znajdują się również takie, które zostały wydane w oparciu o pozytywne decyzje z art. 54 ustawy o świadczeniach wydane przez właściwy organ w poprzednim okresie sprawozdawczym, tj. na koniec 2017 r.

Artykuł 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach, nakazuje NFZ ściąganie od osób nieubezpieczonych, które okazały dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub oświadczyły o prawie do tych świadczeń, a nie znalazło to potwierdzenia w danych posiadanych przez NFZ, kwoty zapłaconej przez NFZ za te świadczenia. Należy wskazać, że od dnia 12 stycznia 2017 r. wprowadzono nowelizację do ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2173). Dzięki zapisom tej ustawy osoba, która w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych spełniała przesłanki do bycia osobą ubezpieczoną (np. żona/mąż osoby ubezpieczonej, uczące się dziecko osoby ubezpieczonej do 26 roku życia), ale nią nie była (w momencie korzystania ze świadczeń złożyła pisemne oświadczenie o prawie do świadczeń lub dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń), może dokonać „wstecznego” zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Warunkiem nieobciążania kosztami leczenia jest dokonanie przez płatnika składek, np. w przypadku pracownika poprzez pracodawcę, zleceniodawcę w przypadku zleceniobiorcy, organu emerytalno-rentowego w przypadku emeryta-rencisty „wstecznego” (prawidłowego) zgłoszenia członka rodziny. Zgodnie bowiem z art. 50 ust. 18 a ustawy o świadczeniach osoba, która w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych spełniała przesłanki do bycia osobą ubezpieczoną, ale nią nie była, może w terminie 30 dni od dnia udzielenia świadczenia albo 30 dni od dnia poinformowania przez Fundusz o wszczęciu postępowania administracyjnego, jeżeli przyczyną braku prawa do świadczeń opieki zdrowotnej było niezgłoszenie do ubezpieczenia zdrowotnego mimo podlegania takiemu zgłoszeniu, takiego zgłoszenia dokonać. W przypadku dokonania powyższej czynności nie wszczyna się lub umarza już wszczęte postępowanie administracyjne ustalające obowiązek poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy zauważyć, że w 2018 r. NFZ nie wysyłał tak dużej liczby pism informujących o zmianach przepisów ustawy o świadczeniach jak miało to miejsce w 2017 r., co przelożyło się bezpośrednio

na wzrost rozstrzygnięć wydanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego. W 2017 r. w oddziałach wojewódzkich Funduszu wydano łącznie 7 746 wszystkich decyzji w sprawie ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń, w tym 5 654 decyzji obciążających świadczeniobiorców kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej. Natomiast w analogicznym okresie 2018 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu wydali 19 069 decyzji, w tym 12 904 decyzji obciążających świadczeniobiorców kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej.

W 2018 r. Prezes NFZ wydał łącznie 564 rozstrzygnięcia na podstawie art. 50 ustawy o świadczeniach. Oznacza to, że w porównaniu do roku poprzedniego zmniejszyła się liczba wydanych przez Prezesa NFZ rozstrzygnięć z art. 50 ustawy o świadczeniach (865 rozstrzygnięć na koniec 2017 r.).

Przyczynę takiego spadku można upatrywać, we wprowadzonej w 2017 r. nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, która poza zmianami wskazanymi powyżej wprowadziła również możliwość dokonania „wstecznego zgłoszenia” do ubezpieczenia zdrowotnego w terminie do 90. dni od wejścia ustawy w życie. Z możliwości tej skorzystało bardzo wielu świadczeniobiorców, na skutek czego w analogicznym okresie 2017 r. Prezes NFZ wydał bardzo dużo rozstrzygnięć uchylających decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu i umarzających postępowania organu I instancji.

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

##### IV.1. Liczba osób oczekujących

Dane statystyczne z zakresu list oczekujących świadczeniodawcy w 2018 r. przekazywali co miesiąc do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziałów wojewódzkich NFZ szczegółowymi komunikatami sprawozdawczymi XML określonymi zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Dane za okresy sprawozdawcze styczeń-grudzień 2018 r. były przekazywane komunikatem XML określonym w zarządzeniu Nr 13/2015/DI Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 marca 2015 r. Przesyłane co miesiąc przez świadczeniodawców komunikaty XML obejmowały sporządzane dla komórek organizacyjnych w podziale na kategorie medyczne „przypadek pilny” i „przypadek stabilny” informacje o:

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

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

W poniższej tabeli przedstawiono odsetek świadczeniodawców, którzy w poddanych analizie okresach sprawozdawczych 2018 r. przekazali do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziałów wojewódzkich Funduszu komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących. Na szczególną uwagę zasługują: kujawsko-pomorski, małopolski i pomorski, gdyż w każdym z przedstawionych okresów sprawozdawczych 100% świadczeniodawców przekazało dane statystyczne z zakresu list oczekujących. W pozostałych oddziałach wojewódzkich Funduszu występują okresy sprawozdawcze, w których nie wszyscy świadczeniodawcy przesłali komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących, ale stanowili oni nie więcej niż 3%.

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

| Lp. | Nazwa OW NFZ       | Okres sprawozdawczy |                  |                  |                  |
|-----|--------------------|---------------------|------------------|------------------|------------------|
|     |                    | marzec 2018 r.      | czerwiec 2018 r. | wrzesień 2018 r. | grudzień 2018 r. |
| 1   | Dolnośląski        | 99,4%               | 99,0%            | 98,6%            | 98,7%            |
| 2   | Kujawsko-Pomorski  | 100,0%              | 100,0%           | 99,9%            | 100,0%           |
| 3   | Lubelski           | 100 %               | 100 %            | 100 %            | 100 %            |
| 4   | Lubuski            | 99,8%               | 99,3%            | 99,8%            | 99,8%            |
| 5   | Łódzki             | 99,6%               | 99,6%            | 99,9%            | 99,1%            |
| 6   | Małopolski         | 100,0%              | 100,0%           | 100,0%           | 100,0%           |
| 7   | Mazowiecki         | 98,0%               | 98,6%            | 98,8%            | 99,7%            |
| 8   | Opolski            | 98,9%               | 99,1%            | 98,7%            | 99,1%            |
| 9   | Podkarpacki        | 99,9%               | 99,6%            | 98,4%            | 98,9%            |
| 10  | Podlaski           | 99,8%               | 100,0%           | 99,8%            | 99,8%            |
| 11  | Pomorski           | 100,0%              | 100,0%           | 100,0%           | 100,0%           |
| 12  | Śląski             | 99,9%               | 99,9%            | 99,9%            | 99,8%            |
| 13  | Świętokrzyski      | 98,0%               | 99,0%            | 99,0%            | 98,0%            |
| 14  | Warmińsko-Mazurski | 99,4%               | 99,6%            | 99,3%            | 99,4%            |
| 15  | Wielkopolski       | 99,1%               | 98,9%            | 98,7%            | 98,3%            |
| 16  | Zachodniopomorski  | 99,5%               | 99,4%            | 99,5%            | 99,7%            |

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



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

W ramach sprawozdawczości z zakresu list oczekujących świadczeniodawcy udzielający świadczeń wymienionych w załączniku nr 12 do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia byli zobowiązani do przekazywania w 2018 r. za pośrednictwem udostępnionej przez Fundusz aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE) list oczekujących na te świadczenia. Listy oczekujących świadczeniodawcy mieli obowiązek prowadzenia w aplikacji w czasie rzeczywistym, tj. każdy nowy wpis na listę oczekujących, skreślenie z listy czy zmiana planowanego terminu udzielenia świadczenia powinny być od razu wprowadzone do aplikacji i dzięki temu, że aplikacja działa w trybie on-line, w tej samej chwili widoczne również po stronie Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

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

W celu zapewnienia kompletności, terminowości oraz poprawności sprawozdawczości z zakresu list oczekujących w oddziałach wojewódzkich Funduszu był w 2018 r. podejmowany szereg działań:

- monitorowanie terminów splotu komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przekazywanych przez świadczeniodawców, wysyłanie do świadczeniodawców komunikatów o zbliżających się terminach sprawozdawczych;
- sprawdzanie kompletności i poprawności nadsyłanych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia;
- monitorowanie poprawności prowadzenia przez świadczeniodawców list oczekujących w aplikacji udostępnionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia Kolejki Centralne (AP-KOLCE), w tym określania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, aktualizacji daty oceny kolejki, prowadzenia list oczekujących w czasie rzeczywistym;
- publikowanie m.in. na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia komunikatów dla świadczeniodawców przypominających o obowiązkach sprawozdawczych i zasadach sporządzania sprawozdań dla Funduszu, informujących o brakach w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących;
- telefoniczne monitorowanie świadczeniodawców nieprzekazujących danych z zakresu list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, przekazujących je nieterminowo lub z błędami;
- prowadzenie korespondencji (papierowej i elektronicznej) ze świadczeniodawcami nieprzekazującymi danych w terminie lub przekazującymi błędne dane;

- rozpatrywanie zgłoszeń dotyczących nieprawidłowych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przekazywanych przez pacjentów poprzez funkcjonalność „zgłoś nieprawidłowość” w Ogólnopolskim Informatorze o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne;
- weryfikacja poprawności działania rejestracji świadczeniodawców w zakresie dokonywania wpisów na listy oczekujących oraz udzielania informacji zgodnych z obowiązującymi przepisami poprzez przeprowadzanie ankiet;
- prowadzenie szkoleń dla świadczeniodawców dotyczących zasad prowadzenia list oczekujących oraz przygotowywania sprawozdań dla Narodowego Funduszu Zdrowia;
- nakładanie kar umownych na świadczeniodawców niewywiązujących się z obowiązków sprawozdawczych z zakresu list oczekujących oraz nieprzestrzegających zasad prowadzenia list oczekujących.

W 2018 r. oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły 5 szkoleń dla świadczeniodawców dotyczących prowadzenia list oczekujących oraz przygotowywania sprawozdawczości dla Funduszu. Dodatkowo pracownicy oddziałów wojewódzkich Funduszu służyli poradą, prowadzili 185 rozmów telefonicznych doszkalających świadczeniodawców w przedmiotowym zakresie.

W ramach przeprowadzonych kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacji danych z zakresu list oczekujących w 2018 r. oddziały wojewódzkie Funduszu nałożyły kary umowne na ponad 313 świadczeniodawców za niewywiązywanie się z obowiązków sprawozdawczych z zakresu list oczekujących, nieprowadzenie list oczekujących lub prowadzenie ich w sposób naruszający przepisy prawa.

Ponadto, oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły w 2018 r. prawie 1 829 ankiet sprawdzających działanie rejestracji świadczeniodawców w zakresie dokonywania wpisów na listy oczekujących oraz udzielania informacji zgodnych z obowiązującymi przepisami.

Przedstawione dalej tabele prezentują komórki organizacyjne z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określonego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybrane w ramach poszczególnych zakresów świadczeń objętych przedmiotową sprawozdawczością spośród 15 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec 2018 r. Obok liczby osób oczekujących zawierają one medianę oraz trzeci kwartył średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określonego w dniach.

Sprawozdanie zawiera również sporządzoną dla każdego zakresu świadczeń tabelę prezentującą liczbę osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w okresie od 2016 r. do 2018 r. z list oczekujących do ww. komórek organizacyjnych z największą według stanu na koniec 2018 r. wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określonego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

Informacje o liczbie osób oczekujących, medianie oraz trzecim kwartylu średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, a także liczbie osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia zostały zaprezentowane również w odniesieniu do 10 świadczeń objętych sprawozdawczością z zakresu list oczekujących, z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określonego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród 30 świadczeń z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec 2018 r.

W sprawozdaniu ww. dane zostały również przedstawione w odniesieniu do komórek organizacyjnych oraz świadczeń, w przypadku których nastąpiło, porównując stan na koniec 2017 r. i 2018 r., zwiększenie lub zmniejszenie liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób w skali kraju.

## Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2018 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, poradni specjalistycznych: endokrynologicznych, neurochirurgicznych, kardiologicznych, gastroenterologicznych i okulistycznych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni endokrynologicznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 233 dni, a do 25% poradni przekroczyła 347 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie okulistyczne i kardiologiczne wyróżniły się dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą odpowiednio: 269 623 i 127 133 osób. Na przestrzeni prezentowanych lat mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wzrosła dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” z wyjątkiem poradni kardiologicznej gdzie ten wskaźnik nie uległ zmianie, a liczba osób oczekujących zmniejszyła się w przypadku poradni: neurochirurgicznej, kardiologicznej i okulistycznej. Poradnie okulistyczne wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w 2018 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 815 013 osób. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2018 r. uległa spadkowi w porównaniu z 2017 r. w przypadku wszystkich poradni. Wśród osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w przypadku wszystkich wykazanych poradni zaobserwowano wzrost udziału w kolejnych latach osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny”.

**Tabela nr IV.2.** Ambulatoryjna opieka specjalistyczna – 5 komórek organizacyjnych z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród 15 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2018 r.

| Lp. | Nazwa komórki organizacyjnej  | Kategoria medyczna | 2016 r.                  |                                    |                | 2017 r.                  |                                    |                | 2018 r.                  |                                    |                |
|-----|-------------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|
|     |                               |                    | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                |
|     |                               |                    |                          | mediana                            | kwartył trzeci |                          | mediana                            | kwartył trzeci |                          | mediana                            | kwartył trzeci |
| 1   | Poradnie endokrynologiczne    | Przypadek pilny    | 5 341                    | 13                                 | 42             | 5 961                    | 18                                 | 64             | 7 182                    | 21                                 | 72             |
|     |                               | Przypadek stabilny | 97 224                   | 211                                | 290            | 92 140                   | 230                                | 339            | 96 256                   | 233                                | 347            |
| 3   | Poradnie neurochirurgiczne    | Przypadek pilny    | 1 605                    | 10                                 | 46             | 2 757                    | 27                                 | 79             | 3 891                    | 31                                 | 142            |
|     |                               | Przypadek stabilny | 27 164                   | 140                                | 224            | 28 024                   | 156                                | 254            | 27 661                   | 177                                | 302            |
| 2   | Poradnie kardiologiczne       | Przypadek pilny    | 6 462                    | 9                                  | 27             | 8 746                    | 11                                 | 33             | 10 290                   | 11                                 | 37             |
|     |                               | Przypadek stabilny | 119 868                  | 106                                | 188            | 118 075                  | 115                                | 199            | 116 843                  | 115                                | 196            |
| 4   | Poradnie gastroenterologiczne | Przypadek pilny    | 1 631                    | 5                                  | 21             | 2 255                    | 7                                  | 31             | 2 873                    | 8                                  | 31             |
|     |                               | Przypadek stabilny | 39 455                   | 81                                 | 147            | 41 196                   | 85                                 | 158            | 41 756                   | 88                                 | 167            |
| 5   | Poradnie okulistyczne         | Przypadek pilny    | 3 634                    | 0                                  | 5              | 4 938                    | 0                                  | 6              | 6 244                    | 0                                  | 7              |
|     |                               | Przypadek stabilny | 268 292                  | 65                                 | 131            | 265 506                  | 67                                 | 138            | 263 379                  | 71                                 | 147            |

**Tabela nr IV.3.** Informacje o osobach skreślonych w okresie od styczeń-grudzień 2016 r., 2017 r. i 2018r. z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

| Lp. | Nazwa komórki organizacyjnej  | Kategoria medyczna | Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia |                               |           |                               |           |                               |
|-----|-------------------------------|--------------------|--|-------------------------------|-----------|-------------------------------|-----------|-------------------------------|
|     |                               |                    | w 2016 r.  | średnio miesięcznie w 2016 r. | w 2017 r. | średnio miesięcznie w 2016 r. | w 2018 r. | średnio miesięcznie w 2018 r. |
| 1   | Poradnie endokrynologiczne    | Przypadek pilny    | 29 336   | 2 445                         | 27 632    | 2 303                         | 25 949    | 2 162                         |
|     |                               | Przypadek stabilny | 122 986  | 10 249                        | 110 103   | 9 175                         | 101 183   | 8 432                         |
| 2   | Poradnie neurochirurgiczne    | Przypadek pilny    | 7 540  | 628                           | 7 836     | 653                           | 8 060     | 672                           |
|     |                               | Przypadek stabilny | 51 933   | 4 328                         | 46 383    | 3 865                         | 39 776    | 3 315                         |
| 3   | Poradnie kardiologiczne       | Przypadek pilny    | 60 207   | 5 017                         | 62 068    | 5 172                         | 65 528    | 5 461                         |
|     |                               | Przypadek stabilny | 307 940  | 25 662                        | 295 166   | 24 597                        | 281 251   | 23 437                        |
| 4   | Poradnie gastroenterologiczne | Przypadek pilny    | 11 833   | 986                           | 12 538    | 1 045                         | 12 627    | 1 052                         |
|     |                               | Przypadek stabilny | 107 844  | 8 987                         | 96 994    | 8 083                         | 90 942    | 7 579                         |
| 5   | Poradnie okulistyczne         | Przypadek pilny    | 43 020   | 3 585                         | 44 814    | 3 735                         | 45 281    | 3 773                         |
|     |                               | Przypadek stabilny | 961 960  | 80 163                        | 825 147   | 68 762                        | 769 732   | 64 144                        |

### Leczenie szpitalne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2018 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, oddziałów szpitalnych: chirurgii urazowo-ortopedycznej, otorynolaryngologicznych dla dzieci, otorynolaryngologicznych, neurochirurgicznych i reumatologicznych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 170 dni, a do 25% oddziałów przekroczyła 326 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych oddziały: chirurgii urazowo-ortopedycznej i otorynolaryngologiczne wyróżniły się dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą odpowiednio 160 487 i 106 428 osoby. W 2018 r. mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” uległa spadkowi w przypadku oddziałów: neurochirurgicznych, reumatologicznych i otorynolaryngologicznych, dla pozostałych oddziałów obserwuje się jej wzrost. W przypadku wszystkich oddziałów szpitalnych zaobserwowano, porównując stan na koniec grudnia 2018 r. i grudnia 2017 r., wzrost liczby osób oczekujących z wyjątkiem oddziałów neurochirurgicznych oraz reumatologicznych, dla których liczba oczekujących uległa zmniejszeniu. Oddziały otorynolaryngologiczne, a następnie oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w 2018 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła odpowiednio: 112 909 i 109 698 osób. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2018 r. zwiększyła się w porównaniu z 2017 r. w przypadku oddziałów: otorynolaryngologicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz reumatologicznych. W przypadku oddziału reumatologicznego i otorynolaryngologicznych zaobserwowano wzrost wśród osób skreślonych udziału osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny”.

**Tabela nr IV.4.** Leczenie szpitalne – 5 komórek organizacyjnych z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wybranych spośród 15 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2018 r.

| Lp. | Nazwa komórki organizacyjnej               | Kategoria medyczna | 2016 r.                  |                                    |                | 2017 r.                  |                                    |                | 2018 r.                  |                                    |                |
|-----|--|--------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|
|     |  |                    | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                |
|     |  |                    |                          | mediana                            | kwartył trzeci |                          | mediana                            | kwartył trzeci |                          | mediana                            | kwartył trzeci |
| 1   | Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej   | Przypadek pilny    | 22 414                   | 19                                 | 65             | 25 657                   | 22                                 | 64             | 28 475                   | 26                                 | 64             |
|     |  | Przypadek stabilny | 128 227                  | 151                                | 340            | 133 768                  | 166                                | 335            | 132 012                  | 170                                | 326            |
| 2   | Oddziały otorynolaryngologiczne dla dzieci | Przypadek pilny    | 779                      | 18                                 | 97             | 812                      | 23                                 | 46             | 1 360                    | 33                                 | 89             |
|     |  | Przypadek stabilny | 10 636                   | 149                                | 212            | 12 372                   | 160                                | 219            | 12 213                   | 164                                | 245            |
| 3   | Oddziały otorynolaryngologiczne            | Przypadek pilny    | 3 200                    | 8                                  | 31             | 3 548                    | 7                                  | 38             | 3 898                    | 9                                  | 31             |
|     |  | Przypadek stabilny | 101 591                  | 146                                | 234            | 102 105                  | 152                                | 252            | 102 530                  | 144                                | 245            |
| 4   | Oddziały neurochirurgiczne                 | Przypadek pilny    | 5 932                    | 16                                 | 59             | 6 489                    | 29                                 | 62             | 7 168                    | 17                                 | 60             |
|     |  | Przypadek stabilny | 28 900                   | 122                                | 205            | 31 043                   | 117                                | 268            | 28 297                   | 91                                 | 255            |
| 5   | Oddziały reumatologiczne                   | Przypadek pilny    | 3 283                    | 17                                 | 41             | 2 873                    | 18                                 | 38             | 2 898                    | 16                                 | 40             |
|     |  | Przypadek stabilny | 13 170                   | 74                                 | 169            | 14 234                   | 68                                 | 189            | 12 621                   | 66                                 | 169            |

**Tabela nr IV.5.** Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2016 r. do 2018 r. z list oczekujących do 5 wybranych komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego.

| Lp. | Nazwa komórki organizacyjnej               | Kategoria medyczna | Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia |                               |           |                               |           |                               |
|-----|--|--------------------|--|-------------------------------|-----------|-------------------------------|-----------|-------------------------------|
|     |  |                    | w 2016 r.  | średnio miesięcznie w 2016 r. | w 2017 r. | średnio miesięcznie w 2017 r. | w 2018 r. | średnio miesięcznie w 2018 r. |
| 1   | Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej   | Przypadek pilny    | 34 240   | 2 853                         | 37 431    | 3 119                         | 40 217    | 3 351                         |
|     |  | Przypadek stabilny | 76 579   | 6 382                         | 72 695    | 6 058                         | 69 481    | 5 790                         |
| 2   | Oddziały otorynolaryngologiczne dla dzieci | Przypadek pilny    | 2 899  | 242                           | 3 451     | 288                           | 3 882     | 324                           |
|     |  | Przypadek stabilny | 14 003   | 1 167                         | 13 840    | 1 153                         | 13 459    | 1 122                         |
| 3   | Oddziały otorynolaryngologiczne            | Przypadek pilny    | 15 141   | 1 262                         | 15 399    | 1 283                         | 14 521    | 1 210                         |
|     |  | Przypadek stabilny | 100 541  | 8 378                         | 101 572   | 8 464                         | 98 388    | 8 199                         |
| 4   | Oddziały neurochirurgiczne                 | Przypadek pilny    | 3 451  | 288                           | 3 322     | 277                           | 10 551    | 879                           |
|     |  | Przypadek stabilny | 22 369   | 1 864                         | 21 816    | 1 818                         | 16 569    | 1 381                         |
| 5   | Oddziały reumatologiczne                   | Przypadek pilny    | 14 360   | 1 197                         | 14 045    | 1 170                         | 12 661    | 1 055                         |
|     |  | Przypadek stabilny | 26 574   | 2 215                         | 26 451    | 2 204                         | 27 051    | 2 254                         |

### Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2018 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, komórek organizacyjnych związanych z chorobami psychicznymi i uzależnieniami: poradni psychogeriatrycznych, poradni dla osób z autyzmem dziecięcym, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych i oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni psychogeriatrycznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 55 dni, a do 75% poradni nie przekroczyła 131 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci wyróżniły się stosunkowo dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą 8 543 osób. Na przestrzeni 2018 r. mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” zmalała w przypadku komórek: poradni dla osób z autyzmem

dziecięcym oraz oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu, a liczba osób oczekujących zmniejszyła się do poradni psychogeriatrycznych i oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu. Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2018 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 26 778 osoby. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2018 r. nieznacznie wzrosła w porównaniu z 2017 r. w przypadku poradni psychogeriatrycznych, poradni dla osób z autyzmem dziecięcym oraz oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych.

**Tabela nr IV.6.** Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – 5 komórek organizacyjnych z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród 15 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2018 r.

| Lp. | Nazwa komórki organizacyjnej              | Kategoria medyczna | 2016 r.                  |                                    |                | 2017 r.                  |                                    |                | 2018 r.                  |                                    |                |
|-----|---|--------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|
|     |   |                    | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                |
|     |   |                    |                          | mediana                            | kwartył trzeci |                          | mediana                            | kwartył trzeci |                          | mediana                            | kwartył trzeci |
| 1   | Poradnie psychogeriatryczne               | Przypadek pilny    | 2                        | 0                                  | 0              | 1                        | 0                                  | 0              | 4                        | 3                                  | 10             |
|     |   | Przypadek stabilny | 746                      | 59                                 | 87             | 697                      | 48                                 | 93             | 680                      | 55                                 | 131            |
| 2   | Poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym   | Przypadek pilny    | 314                      | 0                                  | 0              | 465                      | 0                                  | 3              | 410                      | 0                                  | 5              |
|     |   | Przypadek stabilny | 2 821                    | 51                                 | 130            | 3 176                    | 34                                 | 161            | 3 433                    | 24                                 | 163            |
| 3   | Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci  | Przypadek pilny    | 94                       | 0                                  | 0              | 120                      | 0                                  | 0              | 211                      | 0                                  | 0              |
|     |   | Przypadek stabilny | 6 887                    | 32                                 | 59             | 7 439                    | 28                                 | 60             | 8 332                    | 31                                 | 73             |
| 4   | Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych    | Przypadek pilny    | 37                       | 0                                  | 3              | 101                      | 0                                  | 1              | 92                       | 0                                  | 10             |
|     |   | Przypadek stabilny | 4 102                    | 32                                 | 73             | 5 098                    | 24                                 | 161            | 5 810                    | 35                                 | 204            |
| 5   | Oddziały terapii uzależnienia od alkoholu | Przypadek pilny    | 5                        | 0                                  | 0              | 8                        | 0                                  | 0              | 3                        | 0                                  | 0              |
|     |   | Przypadek stabilny | 3 435                    | 24                                 | 48             | 3 187                    | 21                                 | 44             | 2 595                    | 15                                 | 30             |

**Tabela nr IV.7.** Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2016 r. do 2018 r. z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

| Lp. | Nazwa komórki organizacyjnej              | Kategoria medyczna | Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia |                               |           |                               |           |                               |
|-----|---|--------------------|--|-------------------------------|-----------|-------------------------------|-----------|-------------------------------|
|     |   |                    | w 2016 r.  | średnio miesięcznie w 2016 r. | w 2017 r. | średnio miesięcznie w 2017 r. | w 2018 r. | średnio miesięcznie w 2018 r. |
| 1   | Poradnie psychogeriatryczne               | Przypadek pilny    | 54   | 5                             | 66        | 6                             | 53        | 4                             |
|     |   | Przypadek stabilny | 1 761  | 147                           | 1 827     | 152                           | 1 861     | 155                           |
| 2   | Poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym   | Przypadek pilny    | 498  | 42                            | 639       | 53                            | 899       | 75                            |
|     |   | Przypadek stabilny | 6 338  | 528                           | 6 122     | 510                           | 6 232     | 519                           |
| 3   | Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci  | Przypadek pilny    | 792  | 66                            | 879       | 73                            | 970       | 81                            |
|     |   | Przypadek stabilny | 29 076   | 2 423                         | 27 654    | 2 305                         | 25 808    | 2 151                         |
| 4   | Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych    | Przypadek pilny    | 553  | 46                            | 630       | 53                            | 790       | 66                            |
|     |   | Przypadek stabilny | 3 712  | 309                           | 3 752     | 313                           | 4 079     | 340                           |
| 5   | Oddziały terapii uzależnienia od alkoholu | Przypadek pilny    | 47   | 4                             | 27        | 2                             | 10        | 1                             |
|     |   | Przypadek stabilny | 7 051  | 588                           | 6 587     | 549                           | 6 141     | 512                           |

## Rehabilitacja lecznicza

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec 2018 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, do komórek organizacyjnych realizujących świadczenia rehabilitacji leczniczej: oddziałów rehabilitacyjnych, oddziałów rehabilitacji narządu ruchu, oddziałów rehabilitacji neurologicznej, oddziałów rehabilitacji pulmonologicznej oraz zespołów rehabilitacji domowej. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów rehabilitacyjnych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 481 dni, a do 75% oddziałów nie przekroczyła 765 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych oddziały rehabilitacyjne wyróżniły się dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą 235 101 osoby. W 2018 roku mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” zmniejszyła się w przypadku: oddziałów: rehabilitacji neurologicznej, rehabilitacji pulmonologicznej oraz zespołów rehabilitacji domowej. Dla pozostałych komórek wskaźnik ten zwiększył się, natomiast liczba osób oczekujących uległa spadkowi tylko w przypadku zespołów rehabilitacji domowej i oddziałów rehabilitacji pulmonologicznej. Oddziały rehabilitacyjne wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w 2018 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 99 369 osób. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2018 w porównaniu z rokiem ubiegłym uległa wzrostowi we wszystkich komórkach organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.

**Tabela nr IV.8.** Rehabilitacja lecznicza – 5 komórek organizacyjnych z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określoną dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród 15 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących wg stanu na koniec 2018 r.

| Lp. | Nazwa komórki organizacyjnej           | Kategoria medyczna | 2016 r.                  |                                    |                | 2017 r.                  |                                    |                | 2018 r.                  |                                    |                |
|-----|--|--------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|
|     |  |                    | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                |
|     |  |                    |                          | mediana                            | kwartył trzeci |                          | mediana                            | kwartył trzeci |                          | mediana                            | kwartył trzeci |
| 1   | Oddziały rehabilitacyjne               | Przypadek pilny    | 32 682                   | 50                                 | 124            | 34 719                   | 51                                 | 114            | 35 796                   | 49                                 | 108            |
|     |  | Przypadek stabilny | 178 745                  | 404                                | 683            | 195 964                  | 464                                | 749            | 199 305                  | 481                                | 765            |
| 2   | Oddziały rehabilitacji narządu ruchu   | Przypadek pilny    | 4 041                    | 83                                 | 189            | 3 667                    | 81                                 | 140            | 3 983                    | 72                                 | 100            |
|     |  | Przypadek stabilny | 13 014                   | 403                                | 794            | 17 530                   | 392                                | 578            | 17 409                   | 475                                | 778            |
| 3   | Oddział rehabilitacji neurologicznej   | Przypadek pilny    | 1 522                    | 6                                  | 11             | 1 755                    | 6                                  | 16             | 2 023                    | 6                                  | 15             |
|     |  | Przypadek stabilny | 15 880                   | 131                                | 442            | 17 119                   | 204                                | 429            | 16 888                   | 173                                | 473            |
| 4   | Oddział rehabilitacji pulmonologicznej | Przypadek pilny    | 329                      | 0                                  | 26             | 533                      | 0                                  | 33             | 728                      | 0                                  | 34             |
|     |  | Przypadek stabilny | 6 019                    | 122                                | 290            | 7 116                    | 191                                | 310            | 6 888                    | 187                                | 332            |
| 5   | Zespół rehabilitacji domowej           | Przypadek pilny    | 418                      | 59                                 | 170            | 641                      | 0                                  | 118            | 847                      | 0                                  | 23             |
|     |  | Przypadek stabilny | 11 016                   | 218                                | 541            | 10 428                   | 139                                | 755            | 5 289                    | 31                                 | 107            |

**Tabela nr IV.9.** Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2016 r. do 2018 r. z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.

| Lp. | Nazwa komórki organizacyjnej           | Kategoria medyczna | Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia |                               |           |                               |           |                               |
|-----|--|--------------------|--|-------------------------------|-----------|-------------------------------|-----------|-------------------------------|
|     |  |                    | w 2016 r.  | średnio miesięcznie w 2016 r. | w 2017 r. | średnio miesięcznie w 2017 r. | w 2018 r. | średnio miesięcznie w 2018 r. |
| 1   | Oddziały rehabilitacyjne               | Przypadek pilny    | 43 756   | 3 646                         | 46 829    | 3 902                         | 50 487    | 4 207                         |
|     |  | Przypadek stabilny | 60 235   | 5 020                         | 50 861    | 4 238                         | 48 882    | 4 074                         |
| 2   | Oddziały rehabilitacji narządu ruchu   | Przypadek pilny    | 5 300  | 442                           | 5 164     | 430                           | 5 995     | 500                           |
|     |  | Przypadek stabilny | 4 186  | 349                           | 3 233     | 269                           | 2 773     | 231                           |
| 3   | Oddział rehabilitacji neurologicznej   | Przypadek pilny    | 12 085   | 1 007                         | 12 109    | 1 009                         | 12 160    | 1 013                         |
|     |  | Przypadek stabilny | 7 763  | 647                           | 6 813     | 568                           | 6 810     | 568                           |
| 4   | Oddział rehabilitacji pulmonologicznej | Przypadek pilny    | 970  | 81                            | 1 127     | 94                            | 1 120     | 93                            |
|     |  | Przypadek stabilny | 5 299  | 442                           | 5 641     | 470                           | 5 907     | 492                           |
| 5   | Zespół rehabilitacji domowej           | Przypadek pilny    | 541  | 45                            | 924       | 77                            | 3 375     | 281                           |
|     |  | Przypadek stabilny | 7 889  | 657                           | 7 960     | 663                           | 15 544    | 1 295                         |

### Opieka paliatywna i hospicyjna

Od okresu sprawozdawczego kwiecień 2015 r. Fundusz pozyskuje od świadczeniodawców realizujących świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej dane dotyczące poradni medycyny paliatywnej, natomiast od okresu sprawozdawczego lipiec 2017 r. również dane dotyczące oddziałów medycyny paliatywnej. Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec 2018 r. wynika, że do poradni medycyny paliatywnej oczekiwało 150 osób, a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wyniosła 0 dni. Jak wynika z przedstawionych danych, liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia była 9 razy większa od liczby osób oczekujących odnotowanej na koniec 2017 r. w przypadku oddziałów medycyny paliatywnej. W przypadku poradni medycyny paliatywnej wskaźnik ten wyniósł odpowiednio: 24. Liczba osób oczekujących do oddziału medycyny paliatywnej wyniosła 150 osób, a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania 0 dni. Liczba osób oczekujących do poradni medycyny paliatywnej wyniosła 38 osób, a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania tak że 0 dni.

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

| Lp. | Nazwa komórki organizacyjnej  | Kategoria medyczna | Grudzień 2016 r.         |                                    |                | Grudzień 2017 r.         |                                    |                | Grudzień 2018 r.         |                                    |                |
|-----|-------------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|
|     |                               |                    | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                |
|     |                               |                    |                          | mediana                            | kwartył trzeci |                          | mediana                            | kwartył trzeci |                          | mediana                            | kwartył trzeci |
| 1   | Oddziały medycyny paliatywnej | Przypadek pilny    | bd                       | bd                                 | bd             | 3                        | 0                                  | 2              | 14                       | 0                                  | 0              |
|     |                               | Przypadek stabilny | bd                       | bd                                 | bd             | 42                       | 0                                  | 6              | 136                      | 0                                  | 2              |
| 2   | Poradnie medycyny paliatywnej | Przypadek pilny    | 1                        | 0                                  | 0              | 0                        | 0                                  | 0              | 1                        | 0                                  | 0              |
|     |                               | Przypadek stabilny | 25                       | 0                                  | 0              | 35                       | 0                                  | 0              | 37                       | 0                                  | 0              |



**Tabela nr IV.11.** Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2016 r. do 2018 r. z list oczekujących do poradni medycyny paliatywnej.

| Lp. | Nazwa komórki organizacyjnej  | Kategoria medyczna | Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia |                               |           |                               |           |                               |
|-----|-------------------------------|--------------------|--|-------------------------------|-----------|-------------------------------|-----------|-------------------------------|
|     |                               |                    | w 2016 r.  | średnio miesięcznie w 2016 r. | w 2017 r. | średnio miesięcznie w 2017 r. | w 2018 r. | średnio miesięcznie w 2018 r. |
| 1   | Oddziały medycyny paliatywnej | Przypadek pilny    | bd   | bd                            | 79        | 13                            | 334       | 28                            |
|     |                               | Przypadek stabilny | bd   | bd                            | 248       | 41                            | 1065      | 89                            |
| 2   | Poradnie medycyny paliatywnej | Przypadek pilny    | 30   | 3                             | 4         | 0                             | 13        | 1                             |
|     |                               | Przypadek stabilny | 902  | 75                            | 801       | 67                            | 890       | 74                            |

### Leczenie stomatologiczne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec 2018 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, komórek organizacyjnych realizujących świadczenia stomatologiczne: poradni ortodontycznych, poradni ortodontycznych dla dzieci, poradni chirurgii stomatologicznej, poradni periodontologicznych oraz chorób błon śluzowych przyzębia i poradni stomatologicznych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni ortodontycznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 60 dni, a do 75% poradni nie przekroczyła 220 dni. W przypadku poradni stomatologicznych mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wyniosła 0 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie stomatologiczne wyróżniły się pod względem dużej liczby osób oczekujących, wynoszącej 100 131 osób. Pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w okresie od stycznia do grudnia 2018 r. z powodu wykonania świadczenia wyróżniły się poradnie stomatologiczne. Liczba ta wynosiła 801 731 osoby. W przypadku wszystkich 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu leczenia stomatologicznego, liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia zmniejszyła się w 2018 r. w porównaniu z 2017 r.

**Tabela nr IV.12.** Leczenie stomatologiczne – 5 komórek organizacyjnych z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określoną dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród 15 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących wg stanu na koniec 2018 r.

| Lp. | Nazwa komórki organizacyjnej                                     | Kategoria medyczna | Grudzień 2016 r.         |                                    |                | Grudzień 2017 r.         |                                    |                | Grudzień 2018 r.         |                                    |                |
|-----|--|--------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|
|     |  |                    | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                |
|     |  |                    |                          | mediana                            | kwartył trzeci |                          | mediana                            | kwartył trzeci |                          | mediana                            | kwartył trzeci |
| 1   | Poradnie ortodontyczne   | Przypadek pilny    | 223                      | 0                                  | 0              | 201                      | 0                                  | 0              | 287                      | 0                                  | 0              |
|     |  | Przypadek stabilny | 50 012                   | 40                                 | 169            | 53 263                   | 49                                 | 168            | 56 022                   | 60                                 | 220            |
| 2   | Poradnie ortodontyczne dla dzieci                                | Przypadek pilny    | 57                       | 0                                  | 0              | 30                       | 0                                  | 0              | 31                       | 0                                  | 0              |
|     |  | Przypadek stabilny | 3 249                    | 55                                 | 120            | 3 702                    | 47                                 | 157            | 3 553                    | 80                                 | 256            |
| 3   | Poradnie chirurgii stomatologicznej                              | Przypadek pilny    | 88                       | 0                                  | 0              | 66                       | 0                                  | 0              | 137                      | 0                                  | 0              |
|     |  | Przypadek stabilny | 19 045                   | 9                                  | 36             | 17 770                   | 9                                  | 30             | 18 785                   | 5                                  | 32             |
| 4   | Poradnie periodontologiczne oraz chorób błon śluzowych przyzębia | Przypadek pilny    | 1                        | 0                                  | 0              | 9                        | 0                                  | 0              | 5                        | 0                                  | 0              |
|     |  | Przypadek stabilny | 1 416                    | 0                                  | 25             | 1 720                    | 7                                  | 44             | 1 590                    | 14                                 | 46             |
| 5   | Poradnie stomatologiczne   | Przypadek pilny    | 455                      | 0                                  | 0              | 280                      | 0                                  | 0              | 376                      | 0                                  | 0              |
|     |  | Przypadek stabilny | 116 952                  | 0                                  | 12             | 103 167                  | 0                                  | 10             | 99 755                   | 0                                  | 9              |

**Tabela nr IV.13.** Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2016 r. do 2018 r. z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu leczenia stomatologicznego.

| Lp. | Nazwa komórki organizacyjnej                                     | Kategoria medyczna | Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia |                               |           |                               |           |                               |
|-----|--|--------------------|--|-------------------------------|-----------|-------------------------------|-----------|-------------------------------|
|     |  |                    | w 2016 r.  | średnio miesięcznie w 2016 r. | w 2017 r. | średnio miesięcznie w 2017 r. | w 2018 r. | średnio miesięcznie w 2018 r. |
| 1   | Poradnie ortodontyczne   | Przypadek pilny    | 900  | 75                            | 1 027     | 86                            | 984       | 82                            |
|     |  | Przypadek stabilny | 71 159   | 5 930                         | 72 527    | 6 044                         | 65 238    | 5 437                         |
| 2   | Poradnie ortodontyczne dla dzieci                                | Przypadek pilny    | 56   | 5                             | 58        | 5                             | 124       | 10                            |
|     |  | Przypadek stabilny | 3 830  | 319                           | 4 092     | 341                           | 3 869     | 322                           |
| 3   | Poradnie chirurgii stomatologicznej                              | Przypadek pilny    | 2 082  | 174                           | 2 404     | 200                           | 2 324     | 194                           |
|     |  | Przypadek stabilny | 82 335   | 6 861                         | 75 704    | 6 309                         | 66 404    | 5 534                         |
| 4   | Poradnie periodontologiczne oraz chorób błon śluzowych przyzębia | Przypadek pilny    | 77   | 6                             | 231       | 19                            | 169       | 14                            |
|     |  | Przypadek stabilny | 7 731  | 644                           | 8 213     | 684                           | 6 299     | 525                           |
| 5   | Poradnie stomatologiczne   | Przypadek pilny    | 14 865   | 1 239                         | 12 351    | 1 029                         | 10 075    | 840                           |
|     |  | Przypadek stabilny | 990 932  | 82 578                        | 872 153   | 72 679                        | 791 656   | 65 971                        |

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

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec 2018 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano na listach oczekujących na następujące, świadczenia: zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), endoprotezoplastykę stawu kolanowego, endoprotezoplastykę stawu biodrowego, świadczenia rezonansu magnetycznego, świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, świadczenia tomografii komputerowej, koronarografię, leczenie aparatem ortodontycznym, świadczenia z zakresu kardiologii i świadczenia z zakresu endokrynologii.

Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla endoprotezoplastyki stawu kolanowego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wynosiła według stanu na koniec grudnia 2018 r. 581 dni, a do 75% oddziałów nie przekroczyła 982 dni. Kolejnym świadczeniem z dużą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania są zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), dla których dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 345 dni, a do 75% oddziałów nie przekroczyła 647 dni. Bardzo duża mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, wynosząca 456 dni, zaobserwowana została również dla endoprotezoplastyki stawu biodrowego. Dla powyższych procedur odnotowano także duże liczby osób oczekujących, które według stanu na koniec 2018 r. wyniosły odpowiednio: 116 442, 373 568 i 97 340 osób. Duże liczby osób oczekujących odnotowano również na świadczenia rezonansu magnetycznego (297 624 osób) i świadczenia tomografii komputerowej (137 442 osoby).

W 2018 r. w przypadku zabiegów w zakresie soczewki (zaćma), endoprotezoplastyki stawu biodrowego, świadczenia rezonansu magnetycznego, świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, świadczeń tomografii komputerowej, świadczeń z zakresu kardiologii zaobserwowano spadek mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” w porównaniu do 2017 r. W przypadku liczby osób oczekujących na koniec 2018 r. zmniejszyła się ona w porównaniu do grudnia 2017 r. prawie we wszystkich komórkach z wyjątkiem koronarografii i świadczeń z zakresu endokrynologii, gdzie odnotowano wzrost liczby osób oczekujących.

Świadczenia tomografii komputerowej wyróżniły się pod względem największej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w 2018 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 971 832 osób. W większości świadczeń liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2018 r. uległa wzrostowi w porównaniu z 2016 r. i 2017 r. Jedynie w przypadku leczenia aparatem ortodontycznym, świadczeń z zakresu endokrynologii oraz świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu uległa spadkowi w porównaniu do 2017 r.

**Tabela IV.14.** Świadczenia opieki zdrowotnej z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybrane spośród 30 świadczeń z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec 2018 r.

| Lp. | Nazwa komórki organizacyjnej                                  | Kategoria medyczna | 2016 r.                  |                                    |                | 2017 r.                  |                                    |                | 2018 r.                  |                                    |                |
|-----|---|--------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|
|     |   |                    | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                |
|     |   |                    |                          | mediana                            | kwartyl trzeci |                          | mediana                            | kwartyl trzeci |                          | mediana                            | kwartyl trzeci |
| 1   | Endoprotezoplastyka stawu kolanowego                          | Przypadek pilny    | 14 455                   | 136                                | 355            | 17 657                   | 126                                | 292            | 19 450                   | 109                                | 279            |
|     |   | Przypadek stabilny | 98 489                   | 535                                | 977            | 100 241                  | 532                                | 967            | 96 992                   | 581                                | 982            |
| 2   | Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)                           | Przypadek pilny    | 25 095                   | 110                                | 184            | 23 125                   | 88                                 | 139            | 19 924                   | 62                                 | 118            |
|     |   | Przypadek stabilny | 518 849                  | 585                                | 795            | 471 929                  | 484                                | 718            | 353 644                  | 345                                | 647            |
| 3   | Endoprotezoplastyka stawu biodrowego                          | Przypadek pilny    | 13 890                   | 132                                | 285            | 14 837                   | 106                                | 253            | 15 392                   | 113                                | 224            |
|     |   | Przypadek stabilny | 91 106                   | 462                                | 860            | 87 674                   | 480                                | 838            | 81 948                   | 456                                | 883            |
| 4   | Świadczenia rezonansu magnetycznego                           | Przypadek pilny    | 77 699                   | 91                                 | 122            | 63 913                   | 68                                 | 98             | 74 197                   | 56                                 | 91             |
|     |   | Przypadek stabilny | 254 938                  | 193                                | 230            | 237 153                  | 171                                | 227            | 223 427                  | 137                                | 185            |
| 5   | Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu | Przypadek pilny    | 9 586                    | 4                                  | 16             | 10 424                   | 5                                  | 17             | 8 598                    | 6                                  | 21             |
|     |   | Przypadek stabilny | 120 824                  | 42                                 | 83             | 112 173                  | 44                                 | 87             | 105 728                  | 44                                 | 89             |
| 6   | Świadczenia tomografii komputerowej                           | Przypadek pilny    | 28 776                   | 21                                 | 41             | 21 532                   | 21                                 | 36             | 22 814                   | 13                                 | 25             |
|     |   | Przypadek stabilny | 150 232                  | 70                                 | 106            | 119 570                  | 59                                 | 87             | 114 628                  | 40                                 | 75             |
| 7   | Koronarografia  | Przypadek pilny    | 2 327                    | 2                                  | 15             | 2 323                    | 3                                  | 17             | 2 725                    | 5                                  | 20             |
|     |   | Przypadek stabilny | 11 338                   | 38                                 | 70             | 10 868                   | 38                                 | 78             | 12 790                   | 38                                 | 81             |
| 8   | Leczenie aparatem ortodontycznym                              | Przypadek pilny    | 488                      | 0                                  | 0              | 400                      | 0                                  | 0              | 408                      | 0                                  | 0              |
|     |   | Przypadek stabilny | 76 690                   | 45                                 | 313            | 75 451                   | 36                                 | 311            | 73 768                   | 45                                 | 344            |
| 9   | Świadczenia z zakresu kardiologii                             | Przypadek pilny    | 9 664                    | 9                                  | 26             | 12 864                   | 10                                 | 33             | 11 996                   | 11                                 | 37             |
|     |   | Przypadek stabilny | 140 733                  | 103                                | 184            | 137 158                  | 113                                | 198            | 133 149                  | 110                                | 194            |
| 10  | Świadczenia z zakresu endokrynologii                          | Przypadek pilny    | 6 927                    | 12                                 | 42             | 7 889                    | 18                                 | 63             | 8 279                    | 19                                 | 71             |
|     |   | Przypadek stabilny | 108 619                  | 198                                | 284            | 105 732                  | 218                                | 332            | 109 271                  | 222                                | 340            |

**Tabela IV.15.** Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2016 r. do 2018 r. z list oczekujących na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej.

| Lp. | Nazwa komórki organizacyjnej   | Kategoria medyczna | Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia |                               |           |                               |           |                               |
|-----|--|--------------------|--|-------------------------------|-----------|-------------------------------|-----------|-------------------------------|
|     |  |                    | w 2016 r.  | średnio miesięcznie w 2016 r. | w 2017 r. | średnio miesięcznie w 2017 r. | w 2018 r. | średnio miesięcznie w 2018 r. |
| 1   | Endoprotezoplastyka stawu kolanowego   | Przypadek pilny    | 8 096  | 675                           | 11 425    | 952                           | 12 921    | 1 051                         |
|     |  | Przypadek stabilny | 10 622   | 885                           | 13 015    | 1 085                         | 14 230    | 1 174                         |
| 2   | Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)  | Przypadek pilny    | 61 480   | 5 123                         | 76 561    | 6 380                         | 76 516    | 6 420                         |
|     |  | Przypadek stabilny | 177 504  | 14 792                        | 216 349   | 18 029                        | 224 916   | 18 875                        |
| 3   | Endoprotezoplastyka stawu biodrowego   | Przypadek pilny    | 15 496   | 1 291                         | 19 233    | 1 603                         | 20 407    | 1 656                         |
|     |  | Przypadek stabilny | 16 048   | 1 337                         | 19 219    | 1 602                         | 19 017    | 1 560                         |
| 4   | Świadczenia rezonansu magnetycznego  | Przypadek pilny    | 215 880  | 17 990                        | 311 907   | 25 992                        | 333 548   | 27 796                        |
|     |  | Przypadek stabilny | 424 684  | 35 390                        | 465 935   | 38 828                        | 518 884   | 43 240                        |
| 5   | Leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową | Przypadek pilny    | 3 085  | 257                           | 2 923     | 244                           | 1 522     | 127                           |
|     |  | Przypadek stabilny | 2 439  | 203                           | 6 044     | 504                           | 4 955     | 413                           |
| 6   | Świadczenia tomografii komputerowej  | Przypadek pilny    | 204 160  | 17 013                        | 252 212   | 21 018                        | 252 190   | 21 016                        |
|     |  | Przypadek stabilny | 645 421  | 53 785                        | 683 775   | 56 981                        | 719 642   | 59 970                        |
| 7   | Koronarografia   | Przypadek pilny    | 13 706   | 1 142                         | 13 793    | 1 149                         | 14 326    | 1 194                         |
|     |  | Przypadek stabilny | 44 715   | 3 726                         | 47 625    | 3 969                         | 47 976    | 3 998                         |
| 8   | Leczenie aparatem ortodontycznym   | Przypadek pilny    | 1 100  | 92                            | 1 083     | 90                            | 1 139     | 95                            |
|     |  | Przypadek stabilny | 52 851   | 4 404                         | 51 262    | 4 272                         | 48 433    | 4 036                         |
| 9   | Operacje wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym                    | Przypadek pilny    | 1 373  | 114                           | 1 805     | 150                           | 1 925     | 157                           |
|     |  | Przypadek stabilny | 3 042  | 254                           | 3 034     | 253                           | 3 130     | 252                           |
| 10  | Badania medycyny nuklearnej  | Przypadek pilny    | 4 175  | 348                           | 5 096     | 425                           | 5 834     | 486                           |
|     |  | Przypadek stabilny | 45 338   | 3 778                         | 41 759    | 3 480                         | 39 555    | 3 296                         |

Komórki organizacyjne oraz świadczenia, w przypadku których nastąpiła w okresie od grudnia 2017 r. do grudnia 2018 r. zmiana liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób

W poniższej tabeli przedstawiono dane dotyczące komórek organizacyjnych i świadczeń, w przypadku których nastąpił od grudnia 2017 r. do grudnia 2018 r. wzrost lub spadek liczby osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” i „przypadek stabilny” o co najmniej 10 tys. osób. Zgodnie z przedstawionymi w tabeli danymi w przypadku zabiegów w zakresie soczewki (zaćma) zaobserwowano spadek liczby osób oczekujących odpowiednio o: 123 221 osób. W przypadku pozostałych dwóch komórek organizacyjnych odnotowano wzrost liczby osób oczekujących. Wzrost liczby osób oczekujących nastąpił w przypadku działów (pracowni) fizjoterapii (61 805 osób), pracowni endoskopii (16 995 osób). Należy zauważyć, że w wykazie komórek organizacyjnych, świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których w ciągu roku, porównując dane za 2017 r. i 2018 r. nastąpiła zmiana

w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób – spadek mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wykazano w jednym świadczeniu. Zmiana ww. wskaźnika dotyczyła zabiegów w zakresie soczewki (zaćma).

**Tabela IV.16.** Wykaz komórek organizacyjnych, świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których w ciągu roku, porównując dane za grudzień 2017 r. i grudzień 2018 r., nastąpiła zmiana w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób.

| Lp. | Nazwa komórki organizacyjnej        | Kategoria medyczna | Grudzień 2016 r.         |                                    |                | Grudzień 2017 r.         |                                    |                | Grudzień 2018 r.         |                                    |                | Zmiana liczby osób oczekujących ogółem w grudniu 2018 r. w stosunku do grudnia 2017 r. |
|-----|-------------------------------------|--------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|--------------------------|------------------------------------|----------------|--|
|     |                                     |                    | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                | liczba osób oczekujących | średni czas oczekiwania (w dniach) |                |  |
|     |                                     |                    |                          | mediana                            | kwartył trzeci |                          | mediana                            | kwartył trzeci |                          | mediana                            | kwartył trzeci |  |
| 1   | Działy (pracownie) fizjoterapii     | Przypadek pilny    | 79 626                   | 22                                 | 58             | 94 437                   | 23                                 | 65             | 118 373                  | 32                                 | 73             | 61 805   |
|     |                                     | Przypadek stabilny | 947 113                  | 113                                | 171            | 955 765                  | 107                                | 176            | 993 507                  | 117                                | 188            |  |
| 2   | Pracownia endoskopii                | Przypadek pilny    | 4 248                    | 4                                  | 17             | 5 256                    | 5                                  | 19             | 6 754                    | 5                                  | 22             | 16 995   |
|     |                                     | Przypadek stabilny | 91 700                   | 47                                 | 84             | 93 493                   | 46                                 | 86             | 108 990                  | 47                                 | 92             |  |
|     |                                     | Przypadek stabilny | 120 824                  | 42                                 | 83             | 112 173                  | 44                                 | 87             | 105 728                  | 44                                 | 89             |  |
| 3   | Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) | Przypadek pilny    | 25 095                   | 110                                | 184            | 23 125                   | 88                                 | 139            | 19 924                   | 62                                 | 118            | -123 221   |
|     |                                     | Przypadek stabilny | 518 849                  | 585                                | 795            | 471 929                  | 484                                | 718            | 353 644                  | 345                                | 647            |  |

Zgodnie z prezentowanymi informacjami dotyczącymi komórek organizacyjnych oraz świadczeń, w przypadku których nastąpiła duża zmiana liczby osób oczekujących, najwięcej osób zostało w 2018 r. skreślonych z powodu wykonania świadczenia z listy oczekujących do działów (pracowni) fizjoterapii (2 469 503 osoby). Wzrost liczby osób skreślonych w 2018 r. z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w porównaniu z latami 2016-2017 zaobserwowano w przypadku: pracowni endoskopii oraz zabiegów w zakresie soczewki (zaćmy).

**Tabela nr IV.17.** Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń – grudzień 2016 r., 2017 r. i 2018 r. z list oczekujących do komórek organizacyjnych, świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których, porównując dane za grudzień 2017 r. i grudzień 2018 r., nastąpiła zmiana w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób.

| Lp. | Nazwa komórki organizacyjnej        | Kategoria medyczna | Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia |                               |           |                               |           |                               |
|-----|-------------------------------------|--------------------|--|-------------------------------|-----------|-------------------------------|-----------|-------------------------------|
|     |                                     |                    | w 2016 r.  | średnio miesięcznie w 2016 r. | w 2017 r. | średnio miesięcznie w 2017 r. | w 2018 r. | średnio miesięcznie w 2018 r. |
| 1   | Działy (pracownie) fizjoterapii     | Przypadek pilny    | 307 762  | 25 647                        | 337 541   | 28 128                        | 386 684   | 32 224                        |
|     |                                     | Przypadek stabilny | 2 178 531  | 181 544                       | 2 079 820 | 173 318                       | 2 082 819 | 173 568                       |
| 2   | Pracownia endoskopii                | Przypadek pilny    | 38 309   | 3 192                         | 42 938    | 3 578                         | 49 974    | 4 165                         |
|     |                                     | Przypadek stabilny | 361 697  | 30 141                        | 365 373   | 30 448                        | 380 747   | 31 729                        |
|     |                                     | Przypadek stabilny | 605 407  | 50 451                        | 560 921   | 46 743                        | 550 862   | 45 905                        |
| 3   | Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) | Przypadek pilny    | 61 480   | 5 123                         | 76 561    | 6 380                         | 77 040    | 6 420                         |
|     |                                     | Przypadek stabilny | 177 504  | 14 792                        | 216 349   | 18 029                        | 226 505   | 18 875                        |

#### Przyczyny ograniczonej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej.

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

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu endokrynologii, neurochirurgii, kardiologii, gastroenterologii, okulistyki oraz świadczenia rezonansu magnetycznego i świadczenia tomografii komputerowej;

- szpitalne realizowane w oddziałach: chirurgii urazowo-ortopedycznej, otorynolaryngologicznych, otorynolaryngologicznych dla dzieci, neurochirurgicznych, reumatologicznych oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego, endoprotezoplastyki stawu biodrowego i zabiegi w zakresie soczewki (zaćma);
- rehabilitacji leczniczej realizowane w: oddziałach rehabilitacyjnych, oddziałach rehabilitacji narządu ruchu, oddziałach rehabilitacji neurologicznej, oddziałach rehabilitacji pulmonologicznej;
- realizowane w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w: poradniach psychogeriatrycznych, poradniach dla osób z autyzmem dziecięcym, oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych, poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci, oddziałach terapii uzależnienia od alkoholu;
- stomatologiczne realizowane w poradniach ortodontycznych dla dzieci, poradniach ortodontycznych oraz wykonywane w ramach leczenia aparatem ortodontycznym;
- realizowane w ramach leczenia przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową.

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

Wśród przyczyn ograniczonej dostępności do ww. świadczeń można wyróżnić:

1. Zwiększające się zapotrzebowanie na niektóre rodzaje świadczeń, co powoduje bardzo duże przyrosty liczby osób oczekujących np. na świadczenia rehabilitacyjne;
2. Procesy demograficzne, tj. starzejące się społeczeństwo oraz wydłużająca się przeciętna długość życia, czemu towarzyszy podwyższona zgłaszalność podyktowana wzrostem zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne.
3. Niewielka liczba świadczeniodawców udzielających określonych świadczeń np. wyspecjalizowanych ośrodków neurochirurgicznych;
4. Niewystarczające nakłady finansowe płatnika świadczeń opieki zdrowotnej, niepozwalające na zrównoważenie popytu na świadczenia;
5. Preferowanie przez pacjentów placówek z określoną renomą lub też największych (najlepiej znanych) w rejonie/województwie, prowadzące do znacznych różnic między najdłuższymi a najkrótszymi kolejkami w danym zakresie świadczeń, obserwowane np. w przypadku endoprotezoplastyk stawowych, zabiegów w zakresie soczewki (zaćma);
6. Niewystarczająca liczba lekarzy określonej specjalności (np. neurochirurgii, ortodoncji, psychiatrii dziecięcej, gastroenterologii, endokrynologii, okulistyki zabiegowej) w skali kraju lub danego regionu powoduje, że wydłuża się czas oczekiwania na świadczenia z danego zakresu. Występują też sytuacje, że lekarze nie są zainteresowani zawieraniem umów z Narodowym Funduszem Zdrowia z uwagi na fakt, że na rynku prywatnym są znacznie lepiej wynagradzani;
7. Duża liczba pozostających pod opieką poradni specjalistycznych dłużej niż wskazywałby na to postęp choroby lub dynamika procesu chorobowego, przez co osoby kontynuujące leczenie „blokują” miejsca dla kolejnych pacjentów. Długoletnie przebywanie pod opieką specjalisty zdiagnozowanych pacjentów widoczne jest m.in. na przykładzie świadczeń z zakresu endokrynologii, kardiologii. Pacjenci niechętnie oddają się pod opiekę lekarza POZ. Wielu pacjentów chorych przewlekle wybiera stale wizyty u specjalisty, pomimo iż stan zdrowia nie wskazuje na taką konieczność. Kontrola stanu zdrowia mogłaby być realizowana przez lekarza POZ. Przy rosnącej liczbie pacjentów chorych przewlekle, pozostawanie ich pod stałą opieką specjalisty powoduje, że czasy oczekiwania ulegają wydłużeniu. Zwraca się uwagę na brak standardów kontynuowania leczenia przez lekarzy POZ. Występuje niewystarczająca współpraca pomiędzy POZ a specjalistyką;

8. Zbyt pochopne lub niezasadne kierowanie pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do poradni specjalistycznych w sytuacjach, gdy dane schorzenie może być leczone w POZ;
9. Brak możliwości zakontraktowania świadczeń, które mogłyby być realizowane w mniejszych miejscowościach, co utrudnia dostęp do lekarzy;
10. Upowszechnienie badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, które stają się jednym z podstawowych badań diagnostycznych, co powoduje ciągły wzrost zapotrzebowania na świadczenia i zwiększenie liczby oczekujących oraz czasu oczekiwania;
11. Zwiększona liczba wskazań do wykonania badań diagnostycznych, kierowanie pacjenta na badania kosztochłonne bez wcześniejszego wykorzystania innych metod diagnostycznych;
12. Zwiększenie wyceny procedur JGP dla pacjentów objętych kontynuacją leczenia po leczeniu operacyjnym, co powoduje szybszą realizację kontraktu i wydłużenie czasu oczekiwania dla pacjentów z chorobami przewlekłymi;
13. Brak uszczegółowienia standardów postępowania w przypadku świadczeń z ograniczoną dostępnością np. postępowania w przypadku leczenia zaćmy. Pacjenci są wpisywani w niektórych przypadkach zbyt wcześnie na listę oczekujących z powodu długiego czasu oczekiwania, mają wielokrotnie potem przesuwane terminy udzielenia świadczenia, blokując miejsca innym pacjentom;
14. Znaczący i nagły wzrost liczby pacjentów kwalifikowanych przez lekarzy kierujących do kategorii medycznej „przypadek pilny”. Część skierowania z adnotacją „pilny” nie znajduje medycznego potwierdzenia.;
15. Brak informowania świadczeniodawców przez pacjentów o rezygnacji z udzielenia świadczenia lub braku możliwości stawienia się w ustalonym terminie. Powstają przerwy w udzielaniu świadczeń, brak takiej informacji dezorganizuje pracę świadczeniodawców;
16. Wyznaczanie odległych terminów udzielenia świadczenia na życzenie pacjenta w oderwaniu od kolejności zgłoszeń, co przekłada się na wydłużenie sprawozdawanych średnich rzeczywistych czasów oczekiwania;
17. Brak skutecznego dostępu pacjentów do informacji o miejscach udzielania świadczeń. Często pacjenci kierują się do znanych sobie placówek medycznych, nie wiedząc, że mogą uzyskać dane świadczenie w krótszym terminie u innego świadczeniodawcy;
18. Błędy w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących powodujące, że niekiedy wykazywane są dłuższe czasy oczekiwania i większe liczby osób oczekujących w związku przede wszystkim z wykazywaniem osób wpisanych na wyodrębnioną kolejkę np. endoprotezoplastykę stawu biodrowego lub kolanowego także w kolejce do oddziału chirurgii urazowo-ortopedycznej (podwójne wpisywanie tego samego pacjenta do kilku kolejek). Błędy w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących są na bieżąco wyjaśniane przez oddziały wojewódzkie Funduszu.

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

W poniższej tabeli przedstawiono dane dotyczące liczby zrealizowanych skierowań na leczenie uzdrowskowe albo rehabilitację uzdrowskową, w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ w 2018 r. oraz wskaźnik dostępności niniejszych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Tabela IV.18.** Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w 2018 r. w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ

| Nazwa OW NFZ        | Ogółem liczba ubezpieczonych | Liczba zrealizowanych skierowań w roku 2018 | Wskaźnik na 10 tys. Osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej |
|---------------------|------------------------------|---|--|
| Dolnośląski         | 2 517 730                    | 37 155                                      | 148  |
| Kujawsko-Pomorski   | 1 804 393                    | 21 704                                      | 120  |
| Lubelski            | 1 877 907                    | 26 529                                      | 141  |
| Lubuski             | 873 850                      | 9 134                                       | 105  |
| Łódzki              | 2 243 481                    | 28 020                                      | 125  |
| Małopolski          | 3 028 836                    | 33 216                                      | 110  |
| Mazowiecki          | 4 985 810                    | 60 839                                      | 122  |
| Opolski             | 810 260                      | 8 264                                       | 102  |
| Podkarpacki         | 1 837 651                    | 20 985                                      | 114  |
| Podlaski            | 1 018 310                    | 12 353                                      | 121  |
| Pomorski            | 2 026 532                    | 20 397                                      | 101  |
| Śląski              | 4 026 038                    | 44 568                                      | 111  |
| Świętokrzyski       | 1 086 974                    | 14 835                                      | 136  |
| Warmińsko- Mazurski | 1 195 829                    | 12 289                                      | 103  |
| Wielkopolski        | 3 178 345                    | 41 619                                      | 131  |
| Zachodniopomorski   | 1 426 845                    | 13 595                                      | 95   |
| <b>Ogółem</b>       | <b>33 938 791</b>            | <b>405 502</b>                              | <b>119</b>   |

\* dane wg Centralnego Wykazu Ubezpieczonych wg stanu na koniec 2018 r.

W poniższej tabeli przedstawiono dane dotyczące liczby osób, które skorzystały ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ w 2018 r. oraz wskaźnik dostępności niniejszych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Tabela IV.19.** Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2018 r. w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ.

| Nazwa OW NFZ        | ogółem liczba ubezpieczonych | Liczba osób, którym udzielono świadczeń w roku 2018 | Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej |
|---------------------|------------------------------|---|--|
| Dolnośląski         | 2 517 730                    | 750   | 2,98   |
| Kujawsko-Pomorski   | 1 804 393                    | 551   | 3,05   |
| Lubelski            | 1 877 907                    | 495   | 2,64   |
| Lubuski             | 873 850                      | 115   | 1,32   |
| Łódzki              | 2 243 481                    | 491   | 2,19   |
| Małopolski          | 3 028 836                    | 538   | 1,78   |
| Mazowiecki          | 4 985 810                    | 1 245   | 2,50   |
| Opolski             | 810 260                      | 289   | 3,57   |
| Podkarpacki         | 1 837 651                    | 473   | 2,57   |
| Podlaski            | 1 018 310                    | 380   | 3,73   |
| Pomorski            | 2 026 532                    | 578   | 2,85   |
| Śląski              | 4 026 038                    | 1 227   | 3,05   |
| Świętokrzyski       | 1 086 974                    | 167   | 1,54   |
| Warmińsko- Mazurski | 1 195 829                    | 231   | 1,93   |
| Wielkopolski        | 3 178 345                    | 707   | 2,22   |
| Zachodniopomorski   | 1 426 845                    | 206   | 1,44   |
| <b>Ogółem</b>       | <b>33 938 791</b>            | <b>8 443</b>  | <b>2,49</b>  |



Zgodnie z danymi przedstawionymi w poniższej tabeli, w ramach ratownictwa medycznego na 2018 rok zakontraktowanych zostało łącznie 1 559 zespołów ratownictwa medycznego, w tym: 1 143 podstawowe zespoły ratownictwa medycznego (w tym 11 wodnych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego); 416 specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego.

Ogólna liczba zespołów ratownictwa medycznego wzrosła w 2018 r. względem roku poprzedniego o 12 (0,78%), przy czym liczba specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 74, natomiast liczba podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 86. Wskazane powyżej zmiany w liczbie zespołów ratownictwa medycznego wynikają z modyfikacji treści wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz konieczności przekwalifikowywania specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego na zespoły podstawowe, z uwagi na brak personelu medycznego (lekarzy) niezbędnego do zapewnienia odpowiedniego ich funkcjonowania.

**Tabela IV.20.** Liczba zakontraktowanych na rok 2018 zespołów ratownictwa medycznego w podziale na rodzaj zespołów oraz informacje, dotyczące ich dostępności w latach 2017-2018.

| <b>Liczba zespołów ratownictwa medycznego *</b>  |                           |                           |  |
|--|---------------------------|---------------------------|--|
| Rodzaj zespołu   | Liczba zespołów w 2017 r. | Liczba zespołów w 2018 r. | Liczba zespołów w 2018 r. w stosunku do liczby zespołów w 2017 r.          |
| Zespół ratownictwa medycznego <b>podstawowy</b>  | 1 057                     | 1 143                     | 108,14%  |
| Zespół ratownictwa medycznego <b>specjalistyczny</b>   | 490                       | 416                       | 84,90%   |
| <b>RAZEM</b>   | <b>1 547</b>              | <b>1 559</b>              | <b>100,78%</b>   |
| <b>Dostępność zespołów ratownictwa medycznego**</b>  |                           |                           |  |
| Rodzaj zespołu   | 2017 r.                   | 2018 r.                   | Dostępność zespołów w 2018 r. w stosunku do dostępności zespołów w 2017 r. |
| Zespół ratownictwa medycznego <b>podstawowy</b>  | 998,86                    | 1 084,27                  | 108,55%  |
| Zespół ratownictwa medycznego <b>specjalistyczny</b>   | 488,67                    | 413,07                    | 84,53%   |
| <b>RAZEM</b>   | <b>1 487,53</b>           | <b>1 497,34</b>           | <b>100,66%</b>   |
| *) Liczba zespołów ratownictwa medycznego nie uwzględnia informacji na temat rzeczywistego czasu funkcjonowania zespołów. Oznacza to, że zespoły funkcjonujące całodobowo przez cały rok powiększają tę liczbę w ten sam sposób co zespoły funkcjonujące czasowo lub okresowo. |                           |                           |  |
| **) Dane dotyczące dostępności zespołów ratownictwa medycznego uwzględniają zarówno całkowitą liczbę zespołów ratownictwa medycznego jak i faktyczny czas ich funkcjonowania w skali roku.   |                           |                           |  |

W powyższej tabeli przedstawiono także dane dotyczące dostępności zespołów ratownictwa medycznego w latach 2017-2018, która oprócz informacji na temat zespołów ratownictwa medycznego funkcjonujących całodobowo przez cały rok, uwzględnia również te, które funkcjonują czasowo, tj. przez cały rok ale krócej niż przez 24 godziny na dobę (zwykle przez 12 godzin na dobę), okresowo, tj. przez 24 godziny na dobę ale tylko w pewnym okresie roku (np. od czerwca do sierpnia) lub czasowo – okresowo, czyli krócej niż przez 24 godziny na dobę w pewnym okresie roku.

Z powyższych danych wynika, że ogólna dostępność zespołów ratownictwa medycznego była w roku 2018 o 0,66% większa niż w 2017 roku, przy czym dostępność podstawowych zespołów wzrosła o 8,55%, natomiast dostępność specjalistycznych zespołów zmniejszyła się o 15,47%.

Drugi z wymienionych powyższej wskaźników przyjmuje:

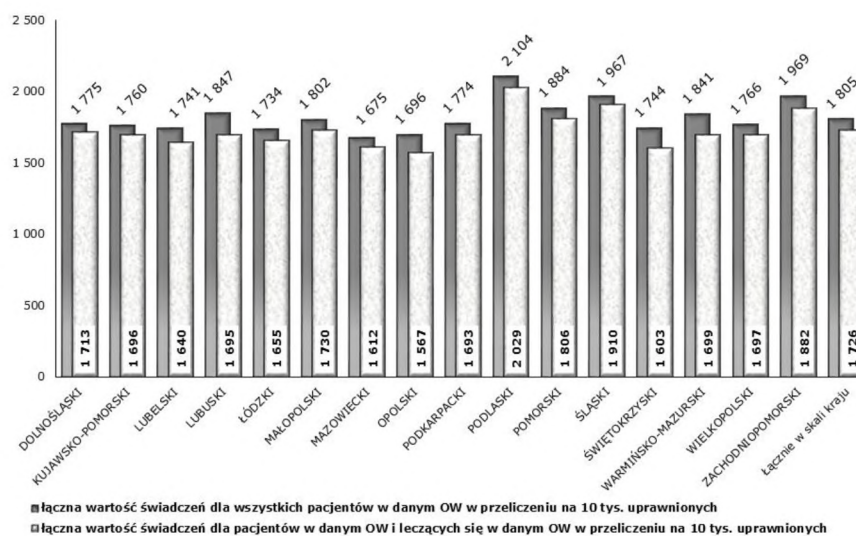
- najwyższe wartości w województwach: warmińsko – mazurskim (0,54), lubuskim (0,51), oraz zachodniopomorskim (0,49);
- najniższe wartości w województwach: małopolskim (0,33) oraz wielkopolskim (0,34).

**Tabela nr IV.21.** Liczbę osób (w tys.) przypadającą na jeden zespół ratownictwa medycznego w poszczególnych województwach oraz liczbę zespołów ratownictwa medycznego przypadających na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach w 2018 roku.

| OW NFZ              | Ludność w tys. os. (wg GUS stan na 31.12.2018 r.) | Liczba ZRM w 2018 r. (z uwzględnieniem dostępności) | Liczba osób (w tys.) przypadająca na jeden ZRM w 2018 r. | Liczba ZRM w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w 2018 r. |
|---------------------|---|---|--|--|
| Dolnośląski         | 2 901,23  | 111,00  | 26,14  | 0,38   |
| Kujawsko-Pomorski   | 2 077,78  | 90,01   | 23,08  | 0,43   |
| Lubelski            | 2 117,62  | 89,00   | 23,79  | 0,42   |
| Lubuski             | 1 014,55  | 52,00   | 19,51  | 0,51   |
| Łódzki              | 2 466,32  | 99,75   | 24,72  | 0,40   |
| Małopolski          | 3 400,58  | 113,92  | 29,85  | 0,33   |
| Mazowiecki          | 5 403,41  | 187,25  | 28,86  | 0,35   |
| Opolski             | 986,51  | 41,50   | 23,77  | 0,42   |
| Podkarpacki         | 2 129,02  | 86,17   | 24,71  | 0,40   |
| Podlaski            | 1 181,53  | 55,00   | 21,48  | 0,47   |
| Pomorski            | 2 333,52  | 84,60   | 27,58  | 0,36   |
| Śląski              | 4 533,57  | 162,00  | 27,98  | 0,36   |
| Świętokrzyski       | 1 241,55  | 47,00   | 26,42  | 0,38   |
| Warmińsko- Mazurski | 1 428,98  | 76,67   | 18,64  | 0,54   |
| Wielkopolski        | 3 493,97  | 118,00  | 29,61  | 0,34   |
| Zachodniopomorski   | 1 701,03  | 83,47   | 20,38  | 0,49   |
| <b>RAZEM</b>        | <b>38 411,15</b>                                  | <b>1 497,34</b>                                     | <b>25,65</b>   | <b>0,39</b>  |

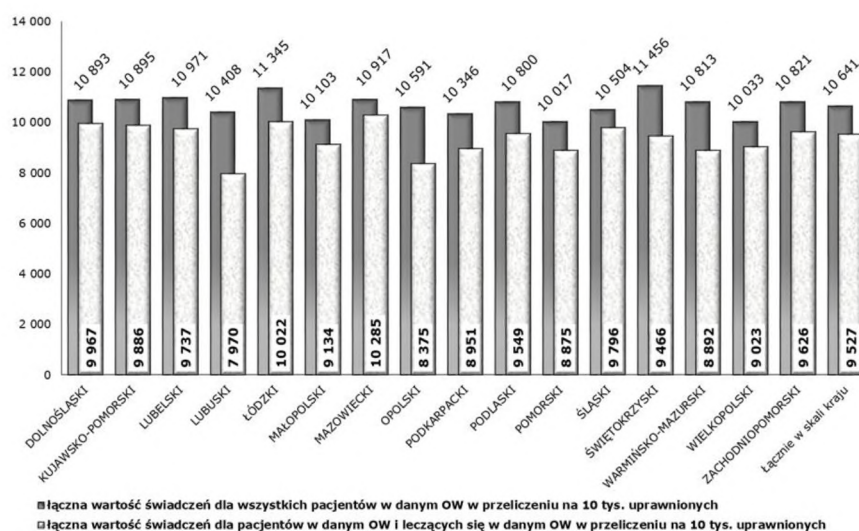
Poniżej na wykresach przedstawiono pozostałe koszty świadczeń w pozostałych rodzajach świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych.

**Wykres nr IV.1.** Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały wojewódzkie Funduszu na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.).



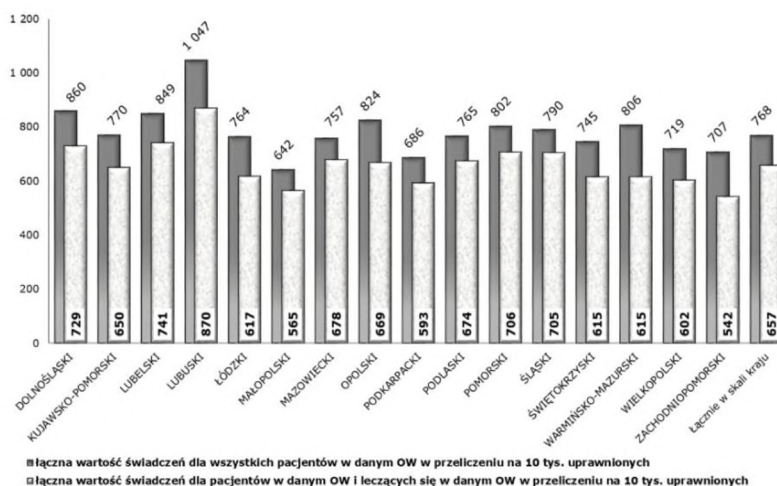
Największy wskaźnik wydatków w AOS w przeliczeniu na 10 tys. „swoich” uprawnionych na terenie całego kraju w 2018 r. osiągnął oddział podlaski (2 104 tys. zł).

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



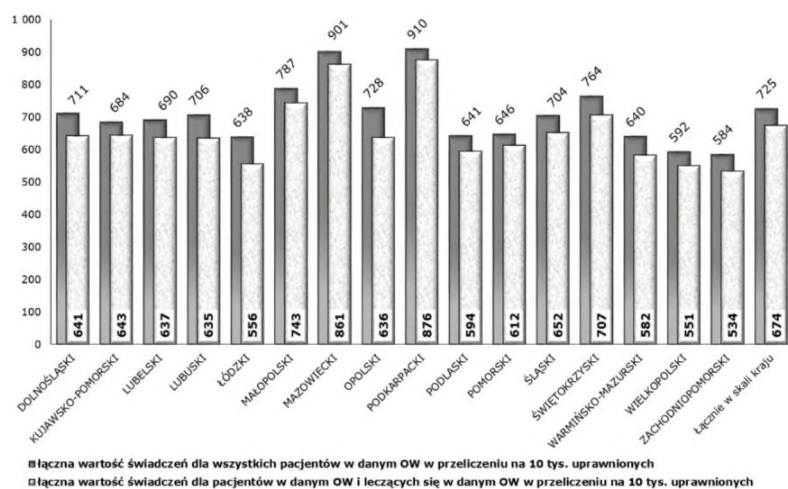
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono w 2018 roku na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu szpitalnym na 10 tys. mieszkańców poniosły oddziały świętokrzyski (11 456 tys. zł) i łódzki (11 345 tys. zł).

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



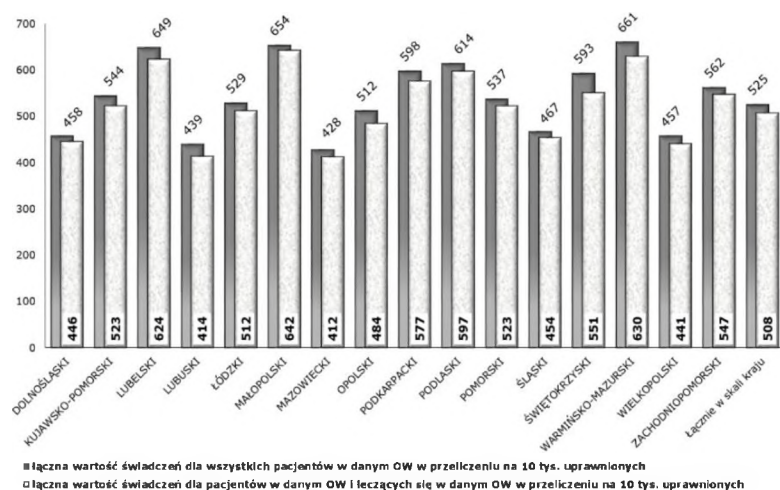
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poszczególne oddziały poniosły na leczenie uprawnionych w danym oddziale łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale wojewódzkim Funduszu. Wszystko w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu psychiatrycznym i leczeniu uzależnień w 2018 r. osiągnął lubuski oddział wojewódzki Funduszu 1 047 tys. zł.

**Wykres nr IV.4.** Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju rehabilitacja lecznicza (REH) w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.).



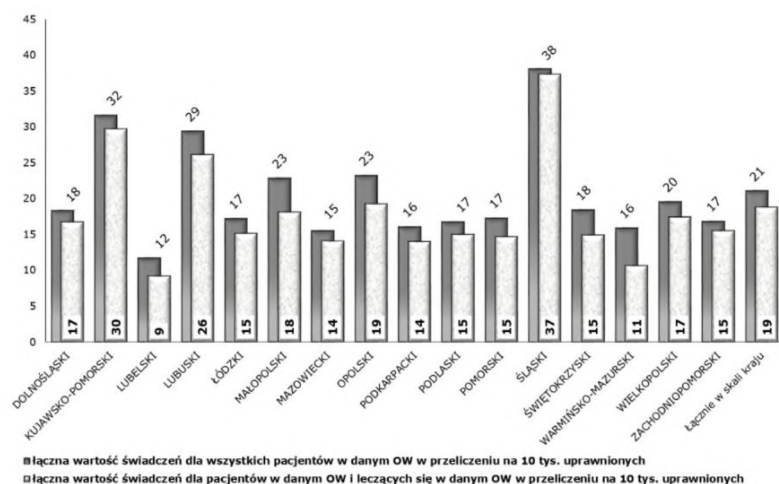
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w rodzaju rehabilitacja lecznicza na 10 tys. ubezpieczonych w 2018 r. osiągnęły oddziały: podkarpacki (910 tys. zł) i mazowiecki (901 tys. zł).

**Wykres nr IV.5.** Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju leczenie stomatologiczne w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.).



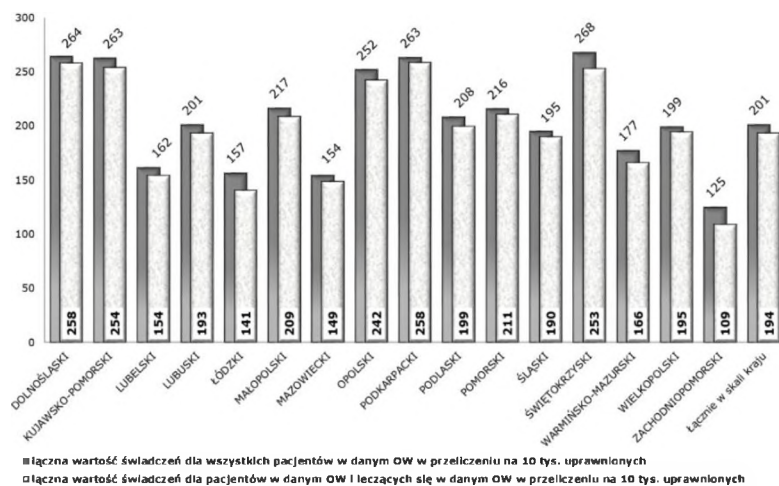
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największe koszty w leczeniu stomatologicznym na 10 tys. uprawnionych w 2018 r. osiągnęły oddziały: warmińsko-mazurski 661 tys. zł, małopolski (654 tys. zł) i lubelski (649 tys. zł).

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



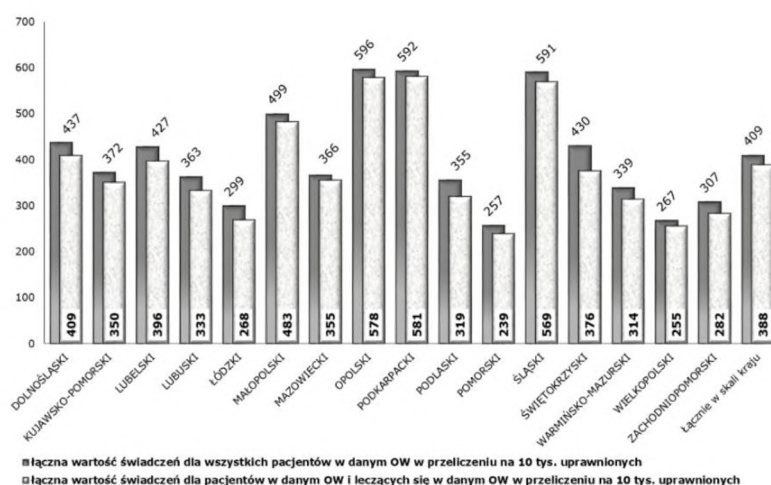
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największe koszty profilaktycznych programach zdrowotnych w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2018 r. osiągnął oddział śląski (38 tys. zł) a najmniej oddział lubelski (12 tys. zł).

**Wykres nr IV.7.** Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.).



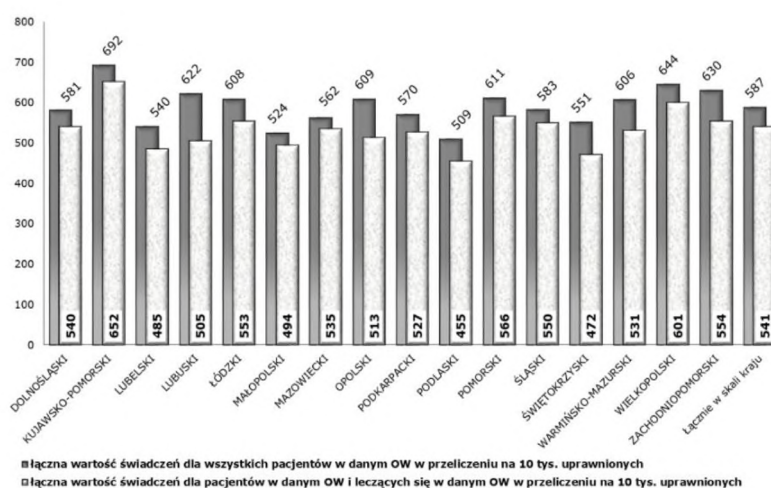
Powyższy wykres przedstawia koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w opiece paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w 2018 r. osiągnęły oddziały: świętokrzyski 268 tys. zł, dolnośląski 264 tys. zł oraz kujawsko-pomorski i podkarpacki po 263 tys. zł.

**Wykres nr IV.8.** Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.).



Na wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych), które poniesiono na rzecz uprawnionych w danym oddziale łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla wszystkich uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w opiece długoterminowej na 10 tys. uprawnionych w 2018 r. osiągnęły oddziały: opolski 596 tys. zł, podkarpacki 592 tys. zł oraz śląski 591 tys. zł.

**Wykres nr IV.9.** Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.).



Powyżej przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczeń) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie na 10 tys. uprawnionych w skali 2018 r. osiągnął oddział kujawsko- pomorski (692 tys. zł).

## V. Opis organizacji Funduszu

### V.1. Struktura organizacyjna Funduszu

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

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

Skład komórek organizacyjnych w Centrali Funduszu w 2018 roku zgodny był ze Statutem Narodowego Funduszu Zdrowia nadanym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. z 2014 r. poz. 1840). Powyższy akt prawny reguluje również skład komórek organizacyjnych w oddziałach wojewódzkich Funduszu, zezwalając jednocześnie Dyrektorom na łączenie komórek organizacyjnych w przypadkach uzasadnionych liczbą świadczeniobiorców zarejestrowanych w danym oddziale i zakresem wykonywanych zadań.

#### Rada Funduszu

Rada NFZ działa na podstawie ustawy o świadczeniach, jak również na podstawie uchwalonego przez Radę Funduszu Regulaminu działania Rady NFZ<sup>11</sup>.

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

W okresie sprawozdawczym, zgodnie z art. 100 ust. 1 ustawy, do zadań Rady Narodowego Funduszu Zdrowia należało:

- kontrolowanie bieżącej działalności Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności,
- uchwalanie: planu pracy Funduszu na dany rok, rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych,
- opiniowanie: projektu planu finansowego na dany rok, systemu wynagradzania pracowników Funduszu,
- przyjmowanie: sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu, okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu,
- podejmowanie uchwał w sprawach dotyczących majątku Funduszu i inwestycji przekraczających zakres upoważnienia statutowego dla Prezesa Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu, a także podejmowanie uchwał w sprawach, przeznaczenia zysku netto lub pokrycia straty netto za dany rok obrotowy,

---

<sup>11</sup> Tekst jednolity regulaminu stanowi załącznik do uchwały Nr 30/2007/I Rady NFZ z dnia 30 sierpnia 2007 r. ze zm.).

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

Rada Funduszu w 2018 roku obradowała na 10 posiedzeniach. Podjęła łącznie 28 uchwał. Uchwały Rady Funduszu są dostępne na stronie [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl) w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ.

W trakcie odbytych w 2018 roku posiedzeń Rada Funduszu między innymi:

- uchwaliła:
  - o Plan Pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2018 r.
  - o kilka nowelizacji rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2018 r., w związku z wnioskami Prezesa Funduszu,
  - o rzeczowy plan wydatków inwestycyjnych NFZ na 2019 r.
- wyraziła opinie w sprawach:
  - o kandydata na stanowisko Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia,
  - o kandydata na stanowisko Zastępcy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw Służb Mundurowych,
  - o kandydata na stanowisko Zastępcy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw Operacyjnych,
  - o projektu planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2019 r.,
  - o projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2018 r.,
- przyjęła:
  - o okresowe sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2017 r. oraz I, II i III kwartał 2018 r.,
  - o roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2017 r.,
  - o sprawozdanie z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2017 r.,
- wyraziła zgodę na:
  - o zawarcie umowy o świadczenie asysty technicznej i konserwacji na oprogramowanie Oracle,
  - o zawarcie aneksu do umowy najmu nieruchomości na potrzeby Mazowieckiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia,
  - o zawarcie umowy o dostawę dziedzinowych serwerów bazodanowych,
  - o na przeniesienie na rzecz Skarbu Państwa własności nieruchomości NFZ położonych w Bydgoszczy przy Al. A. Mickiewicza 15 oraz przy ul. J. Słowackiego 3,
  - o na nabycie nieruchomości na potrzeby Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia,
- dokonała:
  - o pokrycia straty netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2017 r.,
  - o powołania Zespołu Problemowego Rady Narodowego funduszu Zdrowia do spraw mierników stopnia realizacji celów działalności NFZ,
- dyskutowała m.in. na temat:
  - o prognozy przychodów i kosztów NFZ na kolejne trzy lata (2019-2021),
  - o dokonanych przez Prezesa NFZ zmian w rzeczowym planie wydatków inwestycyjnych NFZ na 2018 r.,
  - o realizacji zadań inwestycyjnych zaplanowanych przez NFZ na 2017 r.,
  - o zakończonego badania sprawozdania finansowego NFZ za 2017 r.,



- problemów kadrowych Funduszu związanych z odchodzeniem pracowników i trudnościami w naborze nowych,
- zapoznana się z informacjami Prezesa Funduszu, w szczególności na temat:
  - Zintegrowanego Systemu Zarządzania w Narodowym Funduszu Zdrowia - kierunkach rozwoju,”
  - realizacji zadań w IV kwartale 2017 r., ujętych w Planie pracy Centrali NFZ na 2017 r,
  - wyników wdrożenia ustawy tworzącej system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (sprawozdania za I kwartał funkcjonowania tzw. sieci szpitali),
  - kontraktowania świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna,
  - świadczeń zdrowotnych, które nie są finansowane przez NFZ, lecz przy pomocy indywidualnych zbiorok
  - list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej za IV kwartał 2017 r. z uwzględnieniem dodatkowego finansowania niektórych świadczeń,
  - nieruchomości, którymi dysponuje Fundusz,
  - list oczekujących za okres sprawozdawczy marzec 2018 r. i wybranych badań diagnostyki obrazowej w okresie styczeń 2017 r. – marzec 2018 r.
  - wynagrodzeń w ochronie zdrowia, w tym zobowiązań finansowych NFZ oraz sposobu ich realizacji oraz wzrostu wynagrodzeń dla pracowników zatrudnionych w NFZ,
  - raportu dotyczącego list oczekujących za okres sprawozdawczy czerwiec 2018 r.,
  - założeń do Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023.

Rada Funduszu w oparciu o przepisy Regulaminu działania Rady Narodowego Funduszu Zdrowia może również powoływać Zespoły Problemowe zajmujące się szczegółową analizą określonych obszarów działalności Funduszu, jak również szeroko pojętą problematyką świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Uchwałą Nr 6/2018/III z dnia 25 kwietnia 2018 r. został powołany Zespół Problemowy do spraw mierników stopnia realizacji celów działalności NFZ. Prowadził on pogłębioną analizę dotyczącą opracowania bazy mierników stopnia realizacji celów działalności NFZ, stosowanych w szczególności do sporządzenia oraz kontroli realizacji planu pracy Funduszu.

### Prezes Funduszu

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

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

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

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

Szczegółowe zakresy obowiązków zastępców Prezesa określa statut Funduszu.

#### Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu

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

Zadania Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu zostały określone w art. 107 ustawy o świadczeniach. Dyrektor OW NFZ współpracuje z organami jednostek samorządu terytorialnego, organizacjami świadczeniodawców i ubezpieczonych działającymi w danym województwie, w celu stałego monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców na terenie danego województwa oraz prawidłowej realizacji zadań Funduszu.

W oddziałach wojewódzkich NFZ działają rady oddziałów wojewódzkich Funduszu o charakterze opiniodawczo-nadzorczym.

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

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

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

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

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

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

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

| Stan zatrudnienia na dzień | osoby    |          |          | etaty    |          |          |
|----------------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
|                            | ogółem   | centrala | oddziały | ogółem   | centrala | oddziały |
| 31 grudnia 2017 r.         | 5 378,00 | 422,00   | 4 956,00 | 5 317,43 | 420,32   | 4 897,11 |
| 31 grudnia 2018 r.         | 5 442,00 | 463,00   | 4 979,00 | 5 384,54 | 460,79   | 4 923,75 |

W trakcie 2018 r. stan osobowy pracowników Funduszu w stosunku do 2017 r. zwiększył się o 64 osoby. Zwiększenie zatrudnienia w Centrali i oddziałach było spowodowane koniecznością wzmocnienia realizacji zadań NFZ z zakresu informatyzacji Funduszu i działalności kontrolnej.

Innymi przyczynami zwiększenia zatrudnienia w 2018 r. były: konieczność zawierania umów o pracę na zastępstwa za osoby przebywające na długotrwałych zwolnieniach lekarskich, urlopach macierzyńskich, rodzicielskich i wychowawczych, zmiany organizacyjne oraz uzupełnienie niedoborów kadrowych. W Funduszu w trakcie 2018 r. rozwiązano umowy o pracę z pracownikami zatrudnionymi na łącznie 506,65 etatu, natomiast nawiązano umowy o pracę na łącznie 602,28 etatu. Roczny wskaźnik fluktuacji zatrudnienia dla NFZ ukształtował się na poziomie 11,26%. Średnie miesięczne wynagrodzenie<sup>12</sup> w Funduszu na koniec okresu sprawozdawczego wyniosło 5 526,96 zł. Średnie miesięczne wynagrodzenie w Centrali wyniosło 8 345,62 zł, w oddziałach NFZ – 5 276,17 zł. Podane kwoty zawierają wynagrodzenia Prezesa Funduszu, jego zastępców oraz Dyrektorów oddziałów i ich zastępców.

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

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

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

<sup>12</sup> Informacja sporządzona na podstawie ostatecznych danych do Sprawozdania Finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za okres 01.01 – 31.12.2018 z siedzibą w Warszawie.

### V.3.1. Systemy informatyczne

#### Projekt „Otwarte dane”

W 2018 roku NFZ kontynuował realizację rozpoczętego w roku 2017 projektu pt.: „Otwarte dane – dostęp, standard, edukacja” w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa nr 2 „E-administracja i otwarty rząd”, Działanie nr 2.3 „Cyfrowa dostępność i użyteczność informacji sektora publicznego”, Poddziałanie nr 2.3.1 „Cyfrowe udostępnienie informacji sektora publicznego ze źródeł administracyjnych i zasobów nauki”, realizowanego w oparciu o podpisane porozumienie pomiędzy Centrum Projektów Polska Cyfrowa a Ministerstwem Cyfryzacji o dofinansowanie ww. projektu.

Projekt zakłada stworzenie systemowych rozwiązań poprawiających dostępność i jakość danych publicznych oraz zwiększających możliwości ich ponownego wykorzystywania. Cel zostanie zrealizowany poprzez rozbudowę i dostosowanie do potrzeb różnych grup odbiorców portalu danepubliczne.gov.pl, otwarcie rejestrów danych publicznych przez API, opracowanie oraz upowszechnienie standardów, szkolenia dla administracji i promocję otwartości danych.

Produkty powstałe w trakcie realizacji projektu, tworząc platformę pod obecne i nowe usługi udostępniania danych publicznych, będą mogły być wykorzystywane przez przedsiębiorców, naukowców, organizacje pozarządowe oraz obywateli z terytorium Polski, niezależnie od ich położenia geograficznego na terytorium kraju.

Projekt jest realizowany z udziałem Beneficjenta tj. Ministerstwa Cyfryzacji oraz Partnerów: Ministerstwa Finansów, Głównego Urzędu Statystycznego i Narodowego Funduszu Zdrowia.

W 2018 roku podjęto następujące działania związane z realizacją Projektu Otwarte Dane, w tym w szczególności:

- ukończono prace analityczne związane z obszarem Terminy Leczenia;
- stworzono zaawansowany prototyp portalu Informator o Terminach Leczenia;
- prowadzono zaawansowane prace nad budową API Terminy Leczenia (w tym development, testy, optymalizacja, standaryzacja, dokumentacja);
- prowadzono zaawansowane prace analityczne w obszarze statystyk NFZ – refundacja apteczna, leki stosowane w programach lekowych;
- prowadzono zaawansowane prace analityczne w obszarze statystyk NFZ – świadczenia;
- dokonano analizy problemów w obszarze danych dotyczących umów w celu podjęcia prac zmierzających do ich eliminacji, przed przystąpieniem do prac deweloperskich API Umowy;
- dokonano zakupu sprzętu i oprogramowania na potrzeby projektu;
- wdrożono i skonfigurowano sprzęt i oprogramowanie niezbędne do realizacji API w ramach projektu;
- przygotowano zbiory danych na potrzeby udziału NFZ w Hackathonie HackYeah.

#### Elektroniczny System Monitorowania Programów Lekowych (SMPT)

System Monitorowania Programów Lekowych to system wspierający pracę świadczeniodawców w ramach realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne – programy lekowe.

System ten umożliwia przetwarzanie danych w zakresie: spełniania przez świadczeniobiorców kryteriów włączenia do programu lekowego, kwalifikacji świadczeniobiorców do programu lekowego,

zastosowanej terapii, monitorowania przebiegu terapii i oceny jej skuteczności, terminu i przyczyny wyłączenia z programu lekowego oraz oceny skuteczności programu lekowego.

Prace związane z SMPT polegają przede wszystkim na dostosowaniu systemu do kolejnych obwieszczeń Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Na tej podstawie w 2018 roku przekazano do dostawcy oprogramowania 54 zgłoszenia obejmujące budowę lub modyfikację modułów SMPT dla programów lekowych, z czego 3 inicjowały budowę nowych rejestrów, a 48 zgłoszeń dotyczyło modyfikacji już istniejących modułów, w tym również dodania nowych substancji czynnych do programów lekowych. Pozostałe zgłoszenia dotyczyły uporządkowania funkcjonalności wspólnych dla wszystkich programów lekowych.

#### Integracja interfejsów między Zintegrowanym Informatorem Pacjenta (ZIP) a Internetowym Kontem Pacjenta (IKP)

W 2018 roku podjęto prace nad integracją ZIP (NFZ) z IKP (CSIOZ). Prace były realizowane na podstawie Ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (SIOZ) (Dz.U.2018 poz. 1515) w ścisłej współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Na podstawie obowiązującego harmonogramu prac dotyczących integracji interfejsów pomiędzy ZIP a IKP zaimplementowano i uruchomiono usługi sieciowe pozwalające na udostępnienie oraz prezentację danych z Zintegrowanego Informatora Pacjenta w Internetowym Koncie Pacjenta w następujących obszarach:

- umożliwiono prezentację danych dotyczących recept refundacyjnych;
- umożliwiono prezentację danych dotyczących świadczeń medycznych;
- uruchomiono interfejs umożliwiający udostępnianie danych z systemu ZIP oraz systemu CWU (NFZ) do systemu IKP (CSIOZ) w zakresie wymiany informacji o opiekunach, w relacji opiekun – podopieczny;
- umożliwiono prezentację danych dotyczących listy oczekujących;
- umożliwiono prezentację danych dotyczących prawa do świadczeń: stan prawa do świadczeń i informację o składkach;
- uruchomiono możliwość zgłaszania nadużyć na portalu IKP (etap I – wersja tymczasowa).

Internetowe Konto Pacjenta powstało w ramach projektu „Elektroniczna Platforma Gromadzenia, Analizy i Udostępniania zasobów cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych” przy współpracy z NFZ. Planowany jest dalszy rozwój i integracja z ZIP.

#### Ryczałt systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń

Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 roku w sprawie sposobu ustalenia ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej dostosowane zostały systemy informatyczne do wsparcia pracowników oddziałów NFZ w procesie ustalania ryczałtu na następne okresy rozliczeniowe. Zapewniona została możliwość obliczania ryczałtu dla drugiego, trzeciego i kolejnych okresów planowania.

W celu poprawnego wyliczenia ryczałtu PSZ niezbędne było dokonanie modyfikacji struktury rejestru świadczeniodawców w SI NFZ, aby prawidłowo została uwzględniona informacja o cesjach dokonywanych przez podmioty realizujące świadczenia w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń. W kolejnych okresach planowania niezbędne było wypracowanie mechanizmów uwzględniania w algorytmie wyliczania ryczałtu zmian w słownikach zakresów świadczeń, w wycenach oraz wprowadzanych modyfikacji plików parametryzujących (JGP).

Zmodyfikowane zostały struktury bazodanowe oraz przygotowano procedury wyznaczające wartości poszczególnych współczynników wskazanych we wzorze z rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalenia ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

#### Elektroniczne potwierdzanie zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne

W 2018 roku trwały intensywne prace związane z dostosowaniem systemu informatycznego NFZ w zakresie elektronicznego potwierdzania zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne. Podstawowym celem było wypracowanie wymagań dla narzędzia umożliwiającego potwierdzanie i weryfikację w systemie NFZ zlecenia jednorazowego, jak i comiesięcznego, bez konieczności wizyty świadczeniobiorcy w oddziale wojewódzkim NFZ.

Zgodnie z przygotowywaną koncepcją zaplanowano udostępnienie funkcjonalności obejmującej wystawienie i realizację zlecenia poprzez Portal NFZ oraz za pomocą usług web services, które umożliwiają integrację z SI NFZ systemów wykorzystywanych przez osoby uprawnione do wystawienia zleceń i świadczeniodawców realizujących zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne.

Możliwa będzie weryfikacja zlecenia pod względem formalnym już na etapie jego wystawienia, weryfikacja uprawnień świadczeniobiorcy do otrzymania wyrobu medycznego oraz weryfikacja prawa do świadczeń w systemie eWUS. Pozytywna weryfikacja zlecenia już podczas wizyty pacjenta u świadczeniodawcy wyeliminuje konieczność potwierdzania zlecenia w oddziale wojewódzkim NFZ.

Przewidziana została również możliwość wystawiania zleceń na wyroby medyczne przez osoby indywidualne (lekarzy, felczerów, pielęgniarki, położne), które nie posiadają umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z NFZ.

Podczas wystawienia zlecenia świadczeniodawca otrzyma komunikat o występujących błędach, które będzie mógł na bieżąco skorygować. Zapewni to poprawność merytoryczną oraz kompletność dokumentu zlecenia.

Każde zweryfikowane zlecenie będzie posiadało numer zlecenia w postaci umożliwiającej jego automatyczne odczytanie przy pomocy dedykowanego czytnika (kod paskowy), co pozwoli na szybkie wyszukanie i oznaczenie zlecenia do realizacji przez świadczeniodawcę.

Świadczeniodawca realizujący będzie miał możliwość weryfikacji formalnej zlecenia, jak i weryfikacji uprawnień świadczeniobiorcy do refundacji wyrobu medycznego wskazanego na zleceniu – w dniu przyjęcia oraz w dniu wydania wyrobu medycznego. Da to mu gwarancję sfinansowania świadczenia.

W IV kwartale udostępnione zostały na stronie internetowej NFZ materiały pozwalające na wcześniejsze zapoznanie się z definicjami usług oraz na odpowiednie przygotowanie się producentów oprogramowania do integracji aplikacji świadczeniodawców z usługami udostępnianymi przez NFZ.

Dalsze prace związane z wdrożeniem rozwiązania informatycznego wspierającego proces obsługi zleceń na wyroby medyczne będą kontynuowane w 2019 r.

#### System Obsługi Formularzy Unijnych (SOFU)

W 2018 roku prowadzone było sukcesywne dostosowywanie aplikacji krajowej SOFU do elektronicznej obsługi procesów rozliczeniowych. Wdrożono w systemie szereg modyfikacji mających na celu umożliwienie obsługi roszczeń w oparciu o założenia elektronicznej wymiany danych z zakresu zabezpieczenia społecznego.

Wprowadzono również zmiany usprawniające pracę systemu m.in.:

- usprawniono proces rozliczeń pod kątem obsługi płatności i udzielania odpowiedzi na kwestionowania formularzy E125;
- skrócono czas scalania w Departamencie Współpracy Międzynarodowej odpowiedzi ze wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ;
- usprawniono proces kwestionowania formularzy E125;
- usprawniono proces porządkowania formularzy korygujących E125 przed wysyłką do instytucji łącznikowej dłużnika;
- umożliwiono generację raportu zawierającego dane formularzy E125 dotyczących danej osoby, co do których istnieje podejrzenie wystąpienia zdublowania;
- zmodyfikowano filtry wyszukiwania w module UPRAWNIENI E125 w celu usprawnienia pracy wiążącej się z przygotowaniem i generowaniem zestawień;
- umożliwiono przekazywanie w SOFU formularzy E127 do oddziału wojewódzkiego NFZ, który wydał anulowany dokument, będący podstawą udzielonych świadczeń.

#### Wsparcie systemu informatycznego NFZ dla procesu zapewnienia wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych, ratowników medycznych oraz lekarzy posiadających specjalizacje

Z uwagi na wejście w życie przepisów ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw oraz opublikowanie przez Ministra Zdrowia rozporządzeń z dnia 12 lipca 2018 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, NFZ udostępnił na Portalu NFZ funkcjonalność umożliwiającą świadczeniodawcom przekazywanie i aktualizację informacji, o których mowa w ustawie i rozporządzeniach Ministra Zdrowia. W konfiguracji uwzględniono ramy czasowe, w których możliwe jest przekazanie informacji o liczbie ratowników medycznych w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów oraz o kwocie dodatkowych środków przyznanych ratownikom, o liczbie lekarzy i kwocie niezbędnej do zapewnienia im wynagrodzeń, o liczbie pielęgniarek i położnych w przeliczeniu na liczbę etatów albo równoważników etatów oraz w podziale na formę wykonywania zawodu. Po stronie OW NFZ dostępna była możliwość pobrania otrzymanych danych oraz ich weryfikacji. System informatyczny zapewnił również wsparcie oddziałów wojewódzkich NFZ w procesie aneksowania umów, na podstawie informacji przekazanych do NFZ.

#### Rozpoczęcie realizacji projektu budowy nowego systemu informatycznego NFZ

Na potrzeby prac nad budową nowego, zintegrowanego systemu informatycznego NFZ w II połowie 2018 r. dostosowano strukturę Departamentu Informatyki w Centrali Funduszu powołując w nim pion ds. Projektów i Architektury wraz z komórkami organizacyjnymi dedykowanymi do realizacji tego programu tj. Dział Realizacji Projektów Informatycznych, Sekcja Architektury oraz Dział Testów i Wdrożeń. Proces rekrutacji pracowników do omawianego pionu rozpoczął się w 2018 r. i jest kontynuowany w następnym roku.

Ponadto pod koniec 2018 r. uruchomione zostały prace nad opracowaniem analizy pogłębionej w postaci ogólnej koncepcji budowy omawianego systemu.

### V.3.2. Infrastruktura

Rozwój systemów informatycznych jest procesem ciągłym, wymagającym stałego inwestowania i modernizacji w zakresie infrastruktury sprzętowej (serwery, macierze, urządzenia sieciowe i bezpieczeństwa), platformy wirtualizacyjnej i oprogramowania wspomagającego. Dlatego w 2018 roku kontynuowano projekty i inwestycje infrastrukturalne mające na celu usprawnienie funkcjonowania systemów informatycznych NFZ, dążące do podniesienia ich wydajności i dostępności oraz bezpieczeństwa przetwarzania danych.

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

W 2018 r., na potrzeby wdrażanego w Centrali NFZ Systemu Elektronicznej Wymiany Dokumentów (EESSI) pomiędzy instytucjami UE, zakupiono nowe urządzenia serwerowe. Sprzęt posłużył instalacji poszczególnych modułów systemu: punktu dostępowego, baz danych i aplikacji. Zapewnił możliwość uruchomienia instancji produkcyjnej systemu, która docelowo będzie służyła realizacji zadań właściwych systemu. Urządzenia umożliwią utrzymanie ciągłości działania systemu w trybie wysokiej dostępności oraz zapewnią parametry sprzętowe, które pozwolą na bardzo sprawną realizację operacji wykonywanych w systemie.

### V.4. Projekty unijne realizowane przez Fundusz

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

W oparciu o umowę zawartą pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia w dniu 28 listopada 2017 roku, NFZ rozpoczął realizację projektu pozakonkursowego pt.: „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS”. Termin realizacji: 31.12.2021 r.

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

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

#### W roku 2018 zrealizowano:

Opublikowano w dn. 16.03.2018 r. Zarządzenie nr 23/2018/DAiS Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 marca 2018 r., w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS”, będące podstawą przeprowadzenia procedury konkursowej dla świadczeniodawców.

Oddziały Wojewódzkie NFZ ogłosiły postępowanie konkursowe dla świadczeniodawców POZ, zainteresowanych realizacją programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS. Wybrano 42 z 45 jednostek. Przeprowadzono audyty ex-ante.

Realizatorzy pilotażu dokonali dostosowań organizacyjnych i kadrowych oraz świadczyli usługi medyczne – badania bilansowe, zgodnie z podpisanymi umowami.



Opracowano koncepcję platformy zapewniającej gromadzenie i analizowanie danych związanych z bieżącą realizacją pilotażu, zarządzanie ścieżkami terapeutyczno-diagnostycznymi dla 11 wybranych jednostek chorobowych, sprawozdawczość realizacji, wprowadzanie zmian i wytycznych wynikających ze wskaźników koordynacji, wymiana wiedzy dot. prowadzenia najlepszych praktyk pomiędzy uczestnikami pilotażu. Platforma stanowić ma narzędzie wsparcia dla pacjenta w ramach pilotażu, źródło wiedzy dla pacjentów w postaci zweryfikowanych, przygotowanych przez ekspertów materiałów edukacyjnych o tematyce zdrowotnej, zdrowym stylu życia i profilaktyce.

Bieżąco aktualizowano i rozbudowywano stronę Akademii NFZ.

Zrealizowano cykl ogólnopolskich szkoleń specjalistycznych z zakresu ścieżek klinicznych opracowanych w narzędziu ADONIS, wraz z zapoznaniem uczestników kursu (realizatorzy pilotażu, pracownicy NFZ) z pracą w systemie.

Zrealizowano cykl ogólnopolskich szkoleń w formule blended-learning dla lekarzy rodzinnych i fizjoterapeutów z zakresu realizacji i rekomendacji fizjoterapii w POZ PLUS w formie stacjonarnej oraz filmów edukacyjnych dostępnych na platformie Akademii NFZ.

Podpisano w dniu 16.03.2018 r. umowę z Bankiem Światowym i realizowano usługi z zakresu monitoringu i ewaluacji projektu. Odebrano produkt umowy - Plan Monitoringu i Ewaluacji projektu POZ Plus z załącznikami - planem komunikacji, formularzem oceny jednostek ex ante, formularzem oceny satysfakcji personelu, formularzem oceny satysfakcji pacjentów, wstępnym harmonogramem działań.

Realizowano procedurę przetargową na wybór firmy badawczej, która przeprowadzi badania ankietowe i focusowe na potrzeby realizacji monitoringu i ewaluacji

## **V.5. Działania edukacyjne i informacyjne**

### Działania edukacyjne i informacyjne

Fundusz realizuje zadania edukacyjne i informacyjne w oparciu o następujące akty prawne: ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o dostępie do informacji publicznej oraz ustawę Prawo prasowe.

Wykonuje je poprzez: środki społecznego przekazu, publikacje własne, serwisy internetowe Centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu, kanał RSS, media społecznościowe (serwis Twitter), patronaty oraz wydarzenia własne i partnerów, w tym m.in. organizacji pacjenckich, samorządów różnych szczebli, świadczeniodawców.

### Środki społecznego przekazu

Narodowy Fundusz Zdrowia współpracuje z ogólnopolskimi i regionalnymi mediami poprzez:

- bieżące kontakty, czyli codzienną obsługę dziennikarzy, dostarczanie materiałów prasowych, udzielanie odpowiedzi na pytania, nagrania radiowo-telewizyjne, przekazywanie informacji/komunikatów prasowych nt. działalności NFZ, przygotowywanie wyjaśnień/sprostowań do publikacji medialnych,
- briefingi i konferencje prasowe, które koncentrują się na prezentacji informacji dotyczących bieżącej działalności Funduszu, kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, zapowiedzi wydarzeń specjalnych i reakcji na bieżące wydarzenia, np. na temat: uprawnień przysługujących osobom ze znacznym stopniem niepełnosprawności od 1 lipca 2018 roku, e-zwolnień lekarskich, pilotażu e-recepty, uruchomienia w ramach pilotażu Centrum Zdrowia Psychicznego w Łodzi, porozumienia z rezydentami, zaćmy i innych zabiegów okulistycznych,

dofinansowania gminnych i powiatowych programów polityki zdrowotnej, potrzeby wyrobienia karty EKUZ przed wypoczynkiem (ferie zimowe, wakacje), dodatkowych środków dla szpitali i AOS oraz nowych placówek medycznych, które uzyskały kontrakty z NFZ (m.in. uruchomienia pierwszego w województwie zachodniopomorskim Centrum Zdrowia Psychicznego w Koszalinie),

- udział pracowników Funduszu w audycjach radiowych i programach telewizyjnych w roli ekspertów, np. programy TVP3 „Na Zdrowie”, „Poranek między Wisłą i Bugiem”, „Zdrowie w Twoich rękach”, „ABC Pacjenta”, „Głos Dnia”, „Spodziewany Gość”, „Opinie”, „Forum Panoramy”; programy „W samo południe” w Radiu PiK, „Zdrowym być” w Radiu Łódź, „Masz Prawo Wiedzieć” w Radiu VIA, „Kalejdoskop” w Radiu Rzeszów, „Rozmowa Dnia” w Radiu Kielce, „Poranne pytania” w Radiu Olsztyn,
- udział pracowników Funduszu w dyżurach telefonicznych w redakcjach prasowych oraz po audycjach radiowych, programach telewizyjnych, w czasie których odpowiadają na pytania czytelników i słuchaczy dotyczących tematyki danego programu, czy publikacji,
- udział pracowników NFZ w audycjach i programach publicystycznych oraz informacyjnych,
- stała współpraca z tytułami prasowymi (nawiązana przez oddziały), m.in. z: „Nowości i Express”, „Gazeta Pomorska”, „Miasto Kobiet”, „Świat Zdrowia”, „Gazeta Wyborcza”, „Dziennik Łódzki”, „Dziennik Polski”, „Nowa Trybuna Opolska”, „Nowiny”, „Super Nowości”, „Dziennik Zachodni”, „eM Kielce”, „Echo Dnia”, „Dziennik Bałtycki”, „Gazeta Gdańska”, „Twoje Zdrowie”, „Dziennik Pomorza”, „Gazeta Olsztyńska”, „Dziennik Elbląski”
- współpraca z portalami internetowymi (nawiązana przez oddziały) m.in. z: bydgoszcz24.pl, metropoliabydgoska.pl, pozatorun.pl, 24opole.pl, wybrzeze24.pl.

Tematy poruszane przez media, o których wypowiadali się pracownicy Funduszu, dotyczyły m.in.: zasad korzystania z opieki zdrowotnej, EKUZ, szczególnych uprawnień dla osób niepełnosprawnych, opieki medycznej w szkołach, opieki stomatologicznej dla dzieci, leczenia uzdrowskiego, zaopatrzenia w wyroby medyczne, nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, opieki paliatywno-hospicyjnej, leczenia tarczycy, rehabilitacji, opieki w czasie wakacji, leków dla osób 75+, programów profilaktycznych i szczepień.

### Publikacje własne

W roku sprawozdawczym Fundusz wydawał/dystrybuował plakaty, ulotki i broszury poświęcone:

- programom profilaktycznym finansowanym przez NFZ,
- cyklicznym akcjom informacyjno-edukacyjnym, organizowanym przez NFZ (cytologia, mammografia),
- Światowemu Dniu Walki z Rakiem,
- nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej,
- lekach dla osób 75+,
- Zintegrowanemu Informatorowi Pacjenta,
- Europejskiej Karcie Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ),
- szkoleniom e-learningowym na temat karmienia piersią,
- odwoływaniu wizyt przez pacjentów,
- honorowemu oddawaniu krwi,
- ubezpieczeniu zdrowotnemu (adresowane do studentów),
- procedurze składania skarg do NFZ,
- stomatologii dziecięcej,
- wczesnemu wykrywaniu raka piersi i jego leczeniu,
- kalendarzowi rodzinnemu na 2018 rok (oddział w Łodzi),
- informowaniu „Gdzie się leczyć” (oddział w Krakowie i oddział w Szczecinie),
- RODO w służbie zdrowia.

## Serwisy internetowe

Fundusz utrzymuje serwis internetowy [nfz.gov.pl](http://nfz.gov.pl). Własne serwisy internetowe posiadają wszystkie oddziały wojewódzkie Funduszu. W 2018 roku na stronie głównej NFZ opublikowano informacje:

a) dla pacjentów o:

- uruchomieniu przez NFZ elektronicznego informatora o terminach leczenia: <https://terminyleczenia.nfz.gov.pl/>,
- uruchomieniu przez NFZ i Rzecznika Praw Pacjenta ogólnopolskiej infolinii (800 190 590),
- możliwości bezpłatnego sprawdzenia miejsca w kolejce do sanatorium za pośrednictwem specjalnego serwisu internetowego <https://skierowania.nfz.gov.pl>, uruchomionego przez NFZ,
- praktycznych informacjach, gdzie się leczyć w czasie urlopu wakacyjnego (EKUZ), świąt i dni wolnych od pracy (poradnik dla pacjentów),
- bezpłatnych akcjach prozdrowotnych, np. badaniach spirometrycznych w całym kraju (1-6 października 2018 r.),
- możliwości korzystania przez dzieci z leczenia uzdrowiskowego,
- współpracy NFZ i RPP na rzecz pacjentów,
- uzyskaniu dostępu do Zintegrowanego Informatora Pacjenta przez dzieci i osoby do 18. roku życia, osoby ubezwłasnowolnione częściowo albo całkowicie, a także przez pełnomocnika,
- wydłużeniu ważności karty EKUZ do 1,5 roku,
- leczeniu stomatologicznym w dentobusach,
- Dniu Osób z Niepełnosprawnością organizowanych przez ZUS przy udziale NFZ.

b) dla świadczeniodawców o:

- uruchomieniu przez NFZ projektu pilotażowego POZ Plus,
- podpisaniu porozumienia z lekarzami rezydentami przez Ministra Zdrowia,
- porozumieniu Ministra Zdrowia z lekarzami POZ,
- wzroście wynagrodzeń pielęgniarek i położnych,
- wystawieniu i zrealizowaniu pierwszej e-recepty w Polsce (Siedlce),

-c) o wydarzeniach z życia NFZ:

- powołaniu Andrzeja Jacyny na Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia,
- współpracy Narodowego Funduszu Zdrowia z Gdańskim Uniwersytetem Medycznym,

Ponadto, w serwisie internetowym NFZ na bieżąco zamieszczane były projekty i zarządzenia Prezesa NFZ, ważne komunikaty departamentów Centrali NFZ, dotyczące m.in. refundacji leków, przerw technicznych w dostępie do serwisów NFZ oraz ogłoszenia o pracę w Funduszu.

## Kanał RSS

Serwis internetowy Centrali NFZ posiada kanał RSS, który informuje subskrybentów o nowych aktualnościach na stronie głównej NFZ. Subskrypcja kanału RSS NFZ jest darmowa, a odczyt kanału jest możliwy przez tzw. czytnik kanałów RSS.

### Media społecznościowe (Twitter)

Narodowy Fundusz Zdrowia prowadził w 2018 roku oficjalny kanał w serwisie społecznościowym Twitter (kontynuacja od 2016 roku). Regularnie publikowane były w nim tweety dotyczące m.in.:

- działalności Funduszu, w tym fotorelacje z wydarzeń, w których bierze udział kierownictwo Centrali NFZ i OW NFZ,
- edukowania i informowania użytkowników o zdrowiu publicznych,
- aktualności i komunikatów odsyłających do serwisów internetowych Funduszu,
- promocji programów profilaktycznych finansowanych przez NFZ.

### Współpraca z partnerami

Narodowy Fundusz Zdrowia realizując zadania edukacyjne i informacyjne współpracował w 2018 roku m.in. z:

- Ministerstwem Zdrowia,
- samorządami wszystkich szczebli,
- urzędami wojewódzkimi i marszałkowskimi,
- wojewódzkimi konsultantami w różnych dziedzinach medycyny,
- Głównym i Wojewódzkimi Inspektoratami Sanitarnymi,
- Zakładem Ubezpieczeń Społecznych,
- organizacjami porządkowymi w tym fundacjami i stowarzyszeniami, np. Stowarzyszeniem Amazonek, Polskim Stowarzyszeniem Diabetyków, Caritasem, Stowarzyszeniem Osób z Niewydolnością Nerek, Świętokrzyskim Stowarzyszeniem Chorych na Łuszczycę, Polskim Związkiem Głuchych, Stowarzyszenia Mężczyzn z Chorobami Prostaty „Gladiator”,
- Regionalnym Oddziałami PFRON,
- Regionalnymi Oddziałami RCKiK,
- Głównym i Wojewódzkimi Inspektoratami Ochrony Środowiska,
- uczelniami wyższymi, np. Uniwersytetem Mikołaja Kopernika w Toruniu, Gdańskim Uniwersytetem Medycznym,
- Międzynarodowym Stowarzyszeniem Studentów Medycyny IFMSA-Poland Ośrodkami Pomocy Społecznej,
- świadczeniodawcami,
- mediami.

### Wydarzenia

Jednym z najważniejszych wydarzeń organizowanych przez NFZ w 2018 roku był Dzień Otwarty dla Osób Niepełnosprawnych (27 czerwca 2018 roku) dedykowany osobom niepełnosprawnym i ich opiekunom.

Dzień Otwarty był poświęcony nowym uprawnieniom dla osób niepełnosprawnych w znacznym stopniu niepełnosprawności w związku z wejściem w życie ustawy o szczególnych rozwiązaniach wspierających osoby o znacznym stopniu niepełnosprawności (1 lipca 2018 roku). W tym dniu oddziały udzielały osobom z niepełnosprawnościami szczegółowych informacji dotyczących leczenia i rehabilitacji.

W wydarzeniu obok osób z niepełnosprawnościami wzięli udział m.in. przedstawiciele PFRON, ZUS i urzędów wojewódzkich.

Pracownicy NFZ uczestniczyli również w konferencjach, sympozjach, szkoleniach i innych wydarzeniach organizowanych przez partnerów, np.:

- Światowy Dzień Walki z Rakiem, m.in. we Wrocławiu (3 lutego 2018 roku),
- Numer 112 – ratuje życie! (kwiecień 2018 roku),
- Światowy Dzień Chorego – wspólnie z Centrum Onkologii w Bydgoszczy (11 lutego 2018 roku),
- Dzień Kobiet dla zdrowia z Centrum Medycznym Ikar w Bydgoszczy (8 marca 2018 roku),
- VI Lubelskie Dni Promujące Zdrowie w Lublinie (23 maja 2018 roku),
- Dzień Seniora. Aktywnie i bezpiecznie w Lublinie i Hrubieszowie (26 października 2018 r.),
- Stacja Kobiet w Łodzi (8 marca 2018 roku),
- Łódzkie Senioralia w Łodzi (maj 2018 roku),
- Małopolskie Dni Profilaktyki – Krakowski Dzień Zdrowia w Krakowie (24-30 września 2018 roku),
- Dzień zdrowia, Pracy i Rekreacji w Prudniku (26 czerwca 2018 r.),
- Akcja honorowego oddawania krwi przez pracowników oddziału śląskiego (20 września 2018 roku),
- Plebiscyt „Hipokrates Świętokrzyski” (styczeń-marzec 2018 roku),
- „Zdrowa rodzina – szczęśliwa rodzina” w Olecku (10 czerwca 2018 roku),
- „Transgraniczny Piknik Różowej Wstążki” w Szczecinie (26 czerwca 2018 roku),
- Piknik Rodzinny w Kancelarii Premiera z okazji 100. Urodzin Niepodległej (11 listopada 2018 roku),
- Mazowieckie Dni Zdrowia (10 czerwca 2018 roku),
- Jesteśmy wyjątkowi – i Ty możesz uratować komuś życie! (6 i 11 kwietnia 2018 roku).

#### Patronaty

W 2018 roku Fundusz objął patronatem m.in. następujące wydarzenia:

- Polska edycja kampanii edukacyjnej „Zmobilizowani.SM Cafe”, organizator: Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego,
- VI edycja projektu „Liderzy Ochrony Zdrowia”, organizator: Fundacja im. Lesława A. Pagi,
- II Kujawsko-Pomorskie Forum Seniora, organizator: „Gazeta Pomorska”,
- Złoty Stetoskop 2017, organizator: „Express Media” i „Toruńskie Nowości”,
- Akcja profilaktyczna „Kocham się. Badam się”, organizator: Akademia Walki z Rakiem Fundacji Światło w Toruniu,
- Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa z okazji XX-lecia Wydziału Nauk o Zdrowiu CM UMK, organizator: Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu,
- „Jarmark Niezwykłości – Opolskie 2018” – wydarzenie integracyjne organizowane przez Wojewódzkie Towarzystwo do Walki z Kalectwem w Opolu.

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

### Główna tematyka składanych skarg i zażaleń w 2018 roku:

- sposób rozpatrzenia i kwalifikacji skierowania na leczenie uzdrowiskowe: niezasadna odmowa potwierdzenia skierowania na leczenie uzdrowiskowe, odesłanie skierowania do weryfikacji na niewłaściwy adres świadczeniodawcy, nieterminowe potwierdzenie skierowania na leczenie uzdrowiskowe,
- nieuzasadniona dyskwalifikacja Pacjenta z leczenia uzdrowiskowego,
- wprowadzenie Pacjenta w błąd przy przekazywaniu informacji dotyczącej terminu odesłania dokumentacji w związku z rezygnacją z leczenia uzdrowiskowego,
- zachowanie pracownika Działu Lecznictwa Uzdrowiskowego, Działu Współpracy Międzynarodowej, Wydziału Spraw Świadczeniobiorców (sala obsługi Interesariuszy), Działu ds. Wyrobów Medycznych,
- zastrzeżenia do pracy delegatury w zakresie możliwości uzyskania informacji drogą telefoniczną
- przewlekłe postępowanie dotyczące zwrotu kosztów leczenia poza granicami kraju,
- niedotrzymanie terminu udzielenia odpowiedzi przez komórkę merytoryczną w oddziale wojewódzkim, przewlekłość w załatwieniu sprawy dotyczącej wydania poświadczenia potwierdzającego prawo do świadczeń opieki zdrowotnej na terytorium RP, brak odpowiedzi oddziału wojewódzkiego na wnioski o wydanie karty EKUZ,
- odmowa zmiany adresu zamieszkania w CWU nieubezpieczonemu,
- niewłaściwy sposób informowania o szczególnych uprawnieniach do świadczeń opieki zdrowotnej w oddziale wojewódzkim,
- sposób potwierdzania zleceń na wyroby medyczne (np. niezasadna odmowa potwierdzenia zlecenia osobie niepełnosprawnej),
- sposób działania systemu obsługi bezpośredniej,
- odmowa wydania karty EKUZ dla małżonka o innym nazwisku,
- zastrzeżenia do pracy konsultantów infolinii oddziału wojewódzkiego.

### Kontrole wewnętrzne przeprowadzone przez Centralę Funduszu w 2018 roku

Kontrola wewnętrzna w Centrali Funduszu w 2018 r. realizowana była w ramach:

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

W ramach kontroli instytucjonalnej WKW przeprowadził łącznie 43 kontrole, w tym: 33 kontrole planowe, 10 kontroli doraźnych (w tym 3 wspólnie z BKiS i 1 wspólnie z DK).

W ramach kontroli funkcjonalnej komórki organizacyjne Centrali przeprowadziły łącznie 40 kontroli, w tym: DSM 9 planowych, DEF 7 planowych, DSS 5 planowych, DWM 2 planowe, BKiS 2 planowe i 1 doraźną, DK bez WKW 6 planowych i 1 doraźną, DSOZ 4 planowe, BK 3 planowe.

Kontrole planowe zrealizowane przez WKW objęły następujące obszary działalności Funduszu:

1. Prawidłowość i terminowość potwierdzania przez OW NFZ skierowań na leczenie uzdrowiskowe w latach 2016-2017. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia dotyczące

m.in.: niezachowania terminów określonych w przepisach prawa ws. kierowania na leczenie uzdrowiskowe oraz dokonywania weryfikacji skierowań, nieprzestrzegania zasad postępowania w przypadku nieuznania rezygnacji świadczeniobiorcy z potwierdzonego przez Oddział skierowania na leczenie uzdrowiskowe.

2. Prawdliwość wydawania przez Dyrektora OW decyzji administracyjnych w 2017 r. na podstawie art. 42d ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia dotyczące m.in.: nieprzestrzegania terminów wydawania decyzji w sprawie zwrotu kosztów za świadczenia opieki zdrowotnej udzielone poza granicami kraju oraz formułowania treści zawiadomień kierowanych do wnioskodawców niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Prawdliwość rozpatrywania i wydawania przez Dyrektora OW decyzji administracyjnych do wnoszonych przez Świadczeniodawców odwołań i wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy, dotyczących rozstrzygnięć postępowań w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w roku 2017. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m.in.: rozpatrywania odwołań i wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy w oparciu o nieprawidłowo ustalony stan faktyczny lub złożonych w sposób nieprawidłowy, naruszenia ustawowego terminu wydawania i ogłaszania decyzji.
4. Kontrola prawidłowości wydawania przez Dyrektora OW decyzji administracyjnych w latach 2016-2017 na podstawie art. 109 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości w zakresie m.in.: prawidłowości i terminowości wszczęcia i przebiegu postępowań administracyjnych oraz wydawania decyzji, prawidłowości i terminowości przekazywania odwołań od decyzji do Prezesa NFZ.
5. Prawdliwość realizacji zadań przez komórki/osoby ds. kontroli wewnętrznej w OW NFZ ze szczególnym uwzględnieniem stosowania Regulaminu kontroli wewnętrznej NFZ. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości w zakresie m.in.: określenia w Regulaminie organizacyjnym Oddziału zakresu zadań komórki/osoby ds. kontroli wewnętrznej oraz zakresu czynności pracownika sprzecznych z obowiązującym Regulaminem kontroli wewnętrznej, prawidłowości przygotowania: programu/tematyki kontroli, upoważnień, zawiadomień o zamiarze przeprowadzenia kontroli, gromadzenia i uwierzytelniania dowodów kontroli, monitorowania realizacji zaleceń pokontrolnych, sposobu przygotowania i dokonywania zmian w rocznych planie kontroli, sposobu dokonywania zmian zakresu kontroli.
6. Prawdliwość wydawania przez Dyrektora OW decyzji administracyjnych w 2017 r. na podstawie art. 50 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości w zakresie m.in.: terminowości wydawania decyzji oraz respektowania terminów wynikających z kpa.
7. Prawdliwość i terminowość rozliczania skutków finansowych będących wynikiem przeprowadzonych kontroli prawidłowości realizacji umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze świadczeniodawcami oraz kontroli aptek w 2017 r. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości w zakresie przestrzegania terminów określonych w obowiązującej procedurze windykacji oraz prawidłowości wyliczenia kwoty nienależnie przekazanych środków finansowych.
8. Prawdliwość rozpatrywania zażaleń składanych w trybie art. 160 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych lub art. 42 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz odwołań składanych w trybie art. 47 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia w zakresie m.in.: terminowego przekazywania świadczeniodawcy informacji o rozpatrzeniu zażalenia w późniejszym terminie, sposobu prowadzenia rejestru zażaleń, terminowego przekazywania rocznego sprawozdania z rozpatrzonych zażaleń, aktualizacji procedury rozpatrywania zażaleń.
9. Prawdliwość przeprowadzania postępowań o udzielanie zamówień publicznych przeprowadzonych przez Centralę NFZ w latach 2016-2017. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia w zakresie sposobu sporządzania wniosków o zamówienia publiczne, specyfikacji

istotnych warunków zamówienia oraz protokołów postępowań o udzielenie zamówienia publicznego.

Kontrole doraźne zrealizowane przez WKW objęły następujące obszary działalności Funduszu:

10. Prawdliwość przeprowadzenia postępowań konkursowych w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na lata 2018 - 2021 w rodzaju leczenie szpitalne hospitalizacja i leczenie szpitalne świadczenia w izbie przyjęć. W wyniku kontroli w badanym obszarze stwierdzono nieprawidłowości dotyczące przeprowadzenia postępowań konkursowych w dwóch zakresach świadczeń i wskazania podstawy ich unieważnienia.
11. Prawdliwość rozliczeń dokonywanych w zakresie medycznych świadczeń rzeczowych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego. W badanym obszarze stwierdzono nieprawidłowości dotyczące sposobu sprawowania nadzoru merytorycznego nad oddziałami wojewódzkimi NFZ w zakresie rozliczania kosztów rzeczowych świadczeń zdrowotnych udzielanych świadczeniobiorcom na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA na podstawie przepisów o koordynacji.
12. Ocena wykonywania zadań oddziału wojewódzkiego NFZ w zakresie prawidłowości przeprowadzania kontroli u świadczeniodawców oraz postępowania pokontrolnego. W badanym obszarze stwierdzono nieprawidłowości dotyczące sposobu sporządzania dokumentacji kontrolnej.
13. Prawdliwość przeprowadzenia procesu rekrutacji oddziale wojewódzkim NFZ. W badanym obszarze stwierdzono nieprawidłowości dotyczące sposobu opracowania procedury naboru oraz niedostatecznego nadzoru służbowego nad pracownikami przeprowadzającymi postępowania rekrutacyjne.
14. Prawdliwość przeprowadzenia kontroli wewnętrznych oraz postępowań pokontrolnych w oddziale wojewódzkim NFZ. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące sposobu przygotowania i przeprowadzenia wybranych postępowań oraz sporządzania dokumentów kontroli.
15. Weryfikacja zarzutu przedstawionego w piśmie Posła na Sejm RP – nie stwierdzono uchybień lub nieprawidłowości.
16. Prawdliwość postępowania Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ w sprawie rozwiązania umowy o pracę z pracownikiem – nie stwierdzono uchybień lub nieprawidłowości.
17. Prawdliwość stosowania nadzoru przez oddział wojewódzki NFZ nad apteką. W badanym obszarze stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące m.in. sprawowania nadzoru nad realizacją umowy zawartej przez oddział z apteką.
18. Prawdliwość przeprowadzenia postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – nie stwierdzono uchybień lub nieprawidłowości.
19. Prawdliwość postępowania oddziału wojewódzkiego NFZ przy udzielaniu odpowiedzi na zapytanie. W badanym obszarze stwierdzono nieprawidłowości dotyczące m.in. rzetelności przygotowania odpowiedzi oraz braku należytego nadzoru merytorycznego nad pracownikami.

W ramach kontroli funkcjonalnej komórki organizacyjne Centrali Funduszu przeprowadziły łącznie 40 kontroli.

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

- potwierdzanie skierowań na leczenie uzdrowiskowe lub rehabilitację uzdrowiskową zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz realizacja planów turnusów (rozdzielnik) wynikających z umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe – stwierdzono uchybienia w zakresie terminowości weryfikacji i oceny skierowań;
- realizacja zadań obronnych, zarządzania kryzysowego i obrony cywilnej w oddziale wojewódzkim Funduszu – nie stwierdzono uchybień i nieprawidłowości;



- realizacja zadań przez Wydział ds. Służb Mundurowych w oddziale wojewódzkim Funduszu w okresie od 01.01.2017 r. – stwierdzono uchybienia w zakresie struktury organizacyjnej oddziału;
- planowanie i organizacja zabezpieczenia świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej od 1 października 2017 r. – stwierdzono uchybienia w zakresie zgodności opracowywania planu zakupu świadczeń z Procedurą definiowania priorytetów i planowania zakupu świadczeń.

Departament Ekonomiczno-Finansowy przeprowadził 7 kontroli planowych, których przedmiotem było wykonanie planu finansowego przez oddziały wojewódzkie NFZ. W dwóch oddziałach stwierdzono uchybienia dotyczące m.in. rozliczenia ponadlimitowych świadczeń opieki zdrowotnej oraz świadczeń udzielonych w stanach nagłych.

Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej przeprowadził 4 kontrole planowe, których przedmiotem była ocena prawidłowości stosowania obowiązującej w NFZ procedury konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzajach: rehabilitacja oraz profilaktyczne programy zdrowotne. W jednym oddziale stwierdzono uchybienia w zakresie zgodności czynności przeprowadzonych przez komisje konkursowe z procedurą zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Departament Spraw Świadczeniobiorców przeprowadził 5 kontroli planowych w następujących zakresach:

- monitorowanie przez oddział wojewódzki NFZ informacji z zakresu list oczekujących na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej; w jednym z postępowań stwierdzono uchybienia polegające na braku sporządzania analiz o charakterze przekrojowym, porównujących zmiany liczby osób oczekujących oraz czasu oczekiwania;
- wykonywanie zadań oddziału wojewódzkiego NFZ w zakresie wydawania decyzji w indywidualnych sprawach ubezpieczenia zdrowotnego art. 109 ustawy o świadczeniach oraz z tytułu poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom nieuprawnionym art. 50 ustawy o świadczeniach; stwierdzono uchybienia polegające na nieuwzględnieniu w decyzjach znowelizowanych przepisów prawa przy określaniu podstawy prawnej;
- realizacja zadań w zakresie rozpatrywania skarg i wniosków wynikających z regulaminów organizacyjnych oddziałów wojewódzkich NFZ za 2017 r.; stwierdzono uchybienia dotyczące sposobu podpisywania pism przez osoby działające z upoważnienia dyrektora.

Departament Współpracy Międzynarodowej przeprowadził 2 kontrole planowe dotyczące realizacji zadań na podstawie przepisów o koordynacji przez oddziały wojewódzkie NFZ. Nie stwierdzono uchybień i nieprawidłowości.

Departament Kontroli (bez WKW) przeprowadził 6 kontroli planowych i 1 doraźną w następujących zakresach:

- wykonywanie zadań przez komórkę właściwą do spraw kontroli w latach 2016-2017, w zakresie sposobu przeprowadzania postępowań kontrolnych oraz realizacji wyników kontroli; stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości dotyczyły sposobu opracowania dokumentów kontroli oraz braku w zespole kontrolnym osoby z wykształceniem medycznym odpowiadającym zakresowi prowadzonej kontroli;
- wykonywanie zadań przez komórkę właściwą ds. kontroli aptek w oddziale wojewódzkim NFZ; stwierdzone nieprawidłowości związane były z nieprzestrzeganiem regulacji prawnych w zakresie kontroli aptek oraz sporządzania dokumentacji kontrolnej.

Biuro Kadr i Szkoleń przeprowadziło 2 kontrole planowe i 1 doraźną w następujących zakresach:

- prawidłowość zadań realizowanych przez komórkę właściwą do spraw kadrowych; w wyniku jednej kontroli stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości w zakresie: sposobu przyznawania premii uznaniowej, udzielania kar porządkowych oraz realizacji służby BHP;
- prawidłowość prowadzenia dokumentów kadrowych, w tym zgodności z obowiązującymi przepisami prawa oraz weryfikacja działalności kadry kierowniczej oddziału; stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości w zakresie stosowania kar porządkowych, przeprowadzenia naborów pracowników, sposobu przyznawania premii uznaniowej.

Biuro Księgowości przeprowadziło trzy kontrole planowe w zakresie prawidłowości prowadzenia ksiąg rachunkowych i sporządzania sprawozdań finansowych, obiegu dowodów księgowych oraz regulowania zobowiązań i dochodzenia należności; nie stwierdzono uchybień i nieprawidłowości.

#### Kontrole wewnętrzne oddziałów wojewódzkich Funduszu

- oddział dolnośląski: przeprowadzono łącznie 11 kontroli wewnętrznych, w tym 8 kontroli problemowych, 1 kontrolę sprawdzającą, 1 kontrolę doraźną i 1 kontrolę koordynowaną;
- oddział kujawsko-pomorski: przeprowadzono łącznie 7 kontroli wewnętrznych, w tym 4 kontrole problemowe, 1 kontrolę sprawdzającą, 1 kontrolę doraźną i 1 kontrolę koordynowaną;
- oddział lubelski: przeprowadzono łącznie 9 kontroli wewnętrznych w tym 7 kontroli problemowych, 1 kontrolę doraźną i 1 kontrolę koordynowaną;
- oddział lubuski: przeprowadzono łącznie 5 kontroli wewnętrznych, w tym 4 kontrole problemowe i 1 kontrolę koordynowaną;
- oddział łódzki: przeprowadzono łącznie 6 kontroli wewnętrznych, w tym 5 kontroli problemowych i 1 kontrolę koordynowaną;
- oddział małopolski: przeprowadzono łącznie 5 kontroli wewnętrznych, w tym 4 kontrole problemowe i 1 kontrolę koordynowaną;
- oddział mazowiecki: przeprowadzono łącznie 12 kontroli wewnętrznych, w tym 6 kontroli problemowych, 5 kontroli sprawdzających i 1 kontrolę koordynowaną;
- oddział opolski: przeprowadzono łącznie 3 kontrole wewnętrzne, w tym 2 kontrole problemowe i 1 kontrolę koordynowaną;
- oddział podkarpacki: przeprowadzono 8 kontroli wewnętrznych, w tym 6 kontroli problemowych, 1 kontrolę sprawdzającą i 1 kontrolę koordynowaną;
- oddział podlaski: przeprowadzono łącznie 18 kontroli wewnętrznych, w tym 8 kontroli problemowych (jedna z nich rozpoczęła się w 2017 r. i zakończyła w 2018 r.), 1 kontrolę sprawdzającą, 8 kontroli doraźnych i 1 kontrolę koordynowaną;
- oddział pomorski: przeprowadzono łącznie 6 kontroli wewnętrznych, w tym 3 kontrole problemowe, 1 kontrolę sprawdzającą, 1 kontrolę doraźną i 1 kontrolę koordynowaną;
- oddział śląski: przeprowadzono łącznie 6 kontroli wewnętrznych, w tym 4 kontrole problemowe, 1 kontrolę sprawdzającą i 1 kontrolę koordynowaną;
- oddział świętokrzyski: przeprowadzono łącznie 8 kontroli wewnętrznych, w tym 6 kontroli problemowych, 1 kontrolę doraźną i 1 kontrolę koordynowaną;
- oddział warmińsko-mazurski: przeprowadzono łącznie 5 kontroli wewnętrznych, w tym 4 kontrole problemowe i 1 kontrolę koordynowaną;
- oddział wielkopolski: przeprowadzono łącznie 7 kontroli wewnętrznych, w tym 5 kontroli problemowych, 1 kontrolę doraźną i 1 kontrolę koordynowaną;
- oddział zachodniopomorski: przeprowadzono łącznie 6 kontroli wewnętrznych, w tym 4 kontrole problemowe, 1 kontrolę sprawdzającą i 1 kontrolę koordynowaną.

### Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w NFZ

W 2018 r. instytucje kontroli zewnętrznej przeprowadziły w jednostkach organizacyjnych Funduszu łącznie 55 kontroli, tj. 48 kontroli rozpoczętych i zakończonych lub pozostających w toku w 2018 r. oraz 7 kontroli rozpoczętych przed 2018 r. i zakończonych w 2018 r. Większość postępowań została przeprowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli (25) i Ministerstwo Zdrowia (14), pozostałe przez następujące instytucje: Archiwum Państwowe (6), Urzędy Wojewódzkie (4), Zakład Ubezpieczeń Społecznych (1), Okręgowa Inspekcja Pracy (1), Państwowa Inspekcja Pracy (1), Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny (1), Urząd Miejski (1), Archiwum Akt Nowych (1).

Na dzień 15 lutego 2019 r., tj. dzień sporządzania informacji zbiorczej o wynikach kontroli przeprowadzonych przez instytucje kontroli zewnętrznej w 2018 r. w NFZ, zakończono 38 kontroli (rozpoczętych w 2017 lub 2018 r.), w wyniku których kontrolowaną działalność w 5 przypadkach oceniono pozytywnie, w 22 przypadkach przedstawiono ocenę opisową, w 3 przypadkach stwierdzono, że kontrolowana jednostka funkcjonuje prawidłowo, natomiast w 8 przypadkach nie sformułowano oceny. W przypadku 12 zakończonych kontroli ostateczne dokumenty pokontrolne nie wpłynęły. W toku pozostawało 5 kontroli.

### Kontrole przeprowadzone w Centrali Funduszu

W 2018 roku w Centrali Funduszu instytucje kontroli zewnętrznej prowadziły 6 kontroli:

1. Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła trzy kontrole obejmujące następujące zagadnienia: realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 r., program bezpłatnych leków dla seniorów LEKI 75+ oraz zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej. W zakresie wykonania zadań NFZ w 2017 r. NIK sformułowała ocenę opisową i stwierdziła następujące nieprawidłowości: przekroczenie limitu kosztów w dwóch oddziałach wojewódzkich, wzrost kwoty zapłaconych kar, grzywien i odszkodowań, niewłaściwa prezentacja w sprawozdaniu z wykonania planu finansowego w 2017 r. świadczeń wykonanych ponad limit określony w umowach w 2016 r. i latach wcześniejszych, a także określenie niemożliwego do realizacji priorytetu ogólnopolskiego dotyczącego rehabilitacji pourazowej. Realizacja obowiązków w zakresie zapewnienia seniorom finansowania bezpłatnych produktów w ramach programu LEKI 75+ odbywała się w sposób zgodny z obowiązującym prawem oraz procedurami wewnętrznymi. Trzecia kontrola pozostawała w toku.
2. Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło dwie kontrole projektu pn. „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ+”. W obu kontrolach Ministerstwo Zdrowia nie stwierdziło nieprawidłowości i oceniło, że projekt jest realizowany prawidłowo, ewentualnie potrzebne są niewielkie usprawnienia.
3. Archiwum Akt Nowych przeprowadziło jedną kontrolę, dotyczącą przestrzegania przepisów o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach, która zakończyła się przekazaniem wystąpienia pokontrolnego po częściowym uwzględnieniu zastrzeżeń. Ocenę sformułowano w sposób opisowy. W wyniku kontroli stwierdzono nieprawidłowości, które dotyczyły: niestosowania przez wszystkie komórki organizacyjne Centrali Funduszu obowiązujących przepisów kancelaryjno-archiwalnych, sposobu uporządkowania części dokumentacji oraz ewidencji nieobejmującej całego zasobu archiwum zakładowego.

### Kontrole przeprowadzone w oddziałach wojewódzkich Funduszu

W 2018 roku instytucje kontroli zewnętrznej w oddziałach wojewódzkich Funduszu przeprowadziły łącznie 49 kontroli:

- Najwyższa Izba Kontroli (22) w oddziałach: kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim;
- Ministerstwo Zdrowia (12) w oddziałach: dolnośląskim, lubelskim, lubuskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, świętokrzyskim i wielkopolskim;
- Archiwum Państwowe (6) w oddziałach: podkarpackim, podlaskim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim;
- Urzędy Wojewódzkie (4) w oddziałach: lubelskim, podkarpackim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim;
- Urząd Miejski (1) w oddziale pomorskim,
- Państwowy Powiatowy Inspektor Sanitarny (1) w oddziale podkarpackim,
- Państwowa Inspekcja Pracy (1) w oddziale dolnośląskim,
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych (1) w oddziale wielkopolskim,
- Okręgowa Inspekcja Pracy (1) w oddziale warmińsko-mazurskim.

### Audyt wewnętrzny w Funduszu

Zgodnie z art. 274 ust. 1 pkt 8 ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 869) w Narodowym Funduszu Zdrowia jest prowadzony audyt wewnętrzny. Wydział Audytorów Wewnętrznych, będący pod bezpośrednim nadzorem Prezesa Funduszu, realizuje zadania audytowe na podstawie planu audytu, opracowanego na podstawie analizy ryzyka. W uzasadnionych przypadkach audyt wewnętrzny przeprowadza się także poza planem audytu.

W 2018 roku zostały przeprowadzone planowe zadania audytowe w poniższym zakresie:

1. Nadzór nad rozliczeniami międzyoddziałowymi z tytułu migracji (zadanie zapewniające zrealizowane w Centrali NFZ).
2. Organizacja i rozliczanie podróży służbowych (2 zadania zapewniające zrealizowane w oddziałach wojewódzkich NFZ).
3. Zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie (w sumie 17 zadań zapewniających zrealizowanych w Centrali i w oddziałach wojewódzkich NFZ).
4. Proces obsługi interesanta w oddziale wojewódzkim NFZ (15 zadań zapewniających zrealizowanych w oddziałach wojewódzkich NFZ).
5. Wsparcie procesu samoceny kontroli zarządczej w NFZ (czynności doradcze zrealizowane w Centrali NFZ).
6. Uczestnictwo w zespole ds. kontroli zarządczej (czynności doradcze zrealizowane w Centrali NFZ).
7. Wsparcie zespołów audytujących ZSZ (czynności doradcze zrealizowane w Centrali i oddziale wojewódzkim NFZ).

W 2018 roku zostały przeprowadzone pozaplanowe zadania audytowe w poniższym zakresie:

1. Realizacja Zaleceń Rady Ministrów w sprawie uwzględniania przez administrację rządową aspektów społecznych w zamówieniach publicznych (zadanie audytowe zlecone przez Ministerstwo Finansów, zrealizowane w Centrali i 16 oddziałach wojewódzkich NFZ).

2. Przegląd regulacji wewnętrznych dotyczących procedur zakupowych w NFZ (5 czynności doradczych zrealizowanych w oddziałach wojewódzkich NFZ).
3. Konsultacje treści oświadczenia Prezesa Funduszu o stanie funkcjonowania kontroli zarządczej za 2017 rok (czynności doradcze zrealizowane w oddziale wojewódzkim NFZ).
4. Opis procesów w oddziałach wojewódzkich NFZ (czynności doradcze zrealizowane w Centrali i w 14 oddziałach wojewódzkich NFZ).
5. Organizacja i rozliczanie podróży służbowych (zadanie zapewniające zrealizowane w oddziale wojewódzkim NFZ).

W 2018 roku przeprowadzono następujące czynności sprawdzające:

1. Przeprowadzanie kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (czynności sprawdzające przeprowadzone w oddziale wojewódzkim NFZ).
2. Analiza zasobów kadrowych w odniesieniu do realizowanych zadań w DWM i DSS (czynności sprawdzające przeprowadzone w Centrali NFZ).
3. Realizacja wniosków o indywidualne rozliczenie świadczeń (16 czynności sprawdzających przeprowadzonych w oddziałach wojewódzkich NFZ).
4. Organizacja i rozliczanie podróży służbowych (16 czynności sprawdzających przeprowadzonych w oddziałach wojewódzkich NFZ).

## Sprawy sądowe

**Tabela nr VI.1.** Zestawienie spraw sądowych prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu.

| Zestawienie spraw sądowych prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu wg stanu na koniec 2018 roku |                       |                             |  |                            |  |                            |
|--|-----------------------|-----------------------------|--|----------------------------|--|----------------------------|
| Lp.  | Sprawy                |                             | Sprawy prowadzone w okresie sprawozdawczym |                            | W tym sprawy wszczęte w okresie sprawozdawczym |                            |
|  |                       |                             | liczba                                     | kwota roszczeń (w tys. zł) | liczba   | kwota roszczeń (w tys. zł) |
| 1  | 2                     |                             | 3  | 4                          | 5  | 6                          |
| 1.   | cywilne               | z powództwa Funduszu        | 723  | 40 816                     | 357  | 20 887                     |
| 2.   |                       | sprawy przeciwko Funduszowi | 622  | 1 000 732                  | 162  | 135 523                    |
| 3.   | sądowoadministracyjne |                             | 287  | 0                          | 148  | 0                          |
| 4.   | ogółem                |                             | 1 632                                      | 1 041 547                  | 667  | 156 410                    |

Uwaga: w odniesieniu do sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia na koniec IV kwartału 2019 r. zostały naniesione zmiany dotyczące kwot, które wynikają z faktu, iż Podkarpacki OW NFZ podał wartości w zł zamiast w tys. zł oraz korekty wniesionej przez Mazowiecki OW w zakresie liczby spraw.

Większość toczących się postępowań stanowiły sprawy cywilne – ogółem 1 345 postępowań, których kwota roszczeń wynosiła ponad 1 mld zł. W 2018 r. wszczętych zostało 519 tego rodzaju spraw na kwotę roszczeń ponad 156,4 mln zł.

Oddziały wojewódzkie Funduszu w 2018 r. prowadziły 622 sprawy cywilne wytoczone przeciwko Funduszowi, których łączna kwota roszczeń wynosiła ponad 1 mld zł. W tej kategorii spraw w 2018 r. wszczęto 162 postępowania, na kwotę ponad 135 mln zł. Pozostałe 723 postępowania prowadzone były z powództwa Funduszu na kwotę ponad 40 mln zł, z czego wszczętych w 2018 r. zostało 357 postępowań na kwotę ponad 20 mln zł.

Ponadto, w okresie sprawozdawczym prowadzonych było 287 spraw sądowoadministracyjnych, z których 148 zostało wszczętych w 2018 roku.

## Podjęmowane przez Fundusz działania naprawcze

Działania naprawcze podejmowane przez Fundusz polegają na realizacji wniosków i zaleceń pokontrolnych i poaudytowych wydanych w wyniku kontroli wewnętrznych i zewnętrznych oraz zadań audytowych zrealizowanych w Funduszu. Informacja o wykonaniu zaleceń pokontrolnych

i poaudytowych przekazywana jest właściwym komórkom kontroli wewnętrznej, instytucjom kontroli zewnętrznej i komórce audytu wewnętrznego w trybie określonym w przepisach stanowiących podstawę realizacji kontroli/zadania audytowego. Monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych należy do zadań komórek organizacyjnych przeprowadzających kontrolę instytucjonalną i funkcjonalną. W zakresie kontroli zewnętrznych realizowanych w Centrali Funduszu, komórką która realizuje zadanie monitorowania wykonania zaleceń pokontrolnych jest Wydział Kontroli Wewnętrznej. Monitorowanie wykonania zaleceń poaudytowych prowadzone jest na bieżąco przez Wydział Audytorów Wewnętrznych. Po upływie roku od przeprowadzenia zadania audytowego przeprowadzane są czynności sprawdzające realizację zaleceń.

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

### Główna tematyka składanych skarg i zażaleń

Główna tematyka zażaleń na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, dotyczących realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, rozpatrywanych w Centrali Funduszu dotyczyła: zakwestionowania środków finansowych, nałożenia kary umownej, rozwiązania umowy, nieuwzględnienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, braku zgody na rozliczenia za zgodą płatnika, wyliczenia ryczałtu w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W 2018 roku w przedmiotowym zakresie rozpatrzono 164 zażalenia.

Główna tematyka zażaleń na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, dotyczących ordynacji lekowych (sprawy rozpatrywane na posiedzeniach Zespołu Arbitrażowego powołanego zarządzeniem Nr 31/2013/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 16 maja 2013 r. w sprawie procedury rozpatrywania zażaleń składanych do Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia na czynności Dyrektora Wojewódzkiego Oddziału Funduszu dotyczące kontroli w zakresie monitorowania ordynacji lekarskiej ze zm.) dotyczyła: zwrotu kwoty nienależnej refundacji, nałożenia kary umownej, odmowy przyjęcia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, nieuwzględnienia zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego, kontynuowania czynności kontrolnych w dniach, w których kierownik kontrolowanego podmiotu przebywał na zwolnieniu lekarskim, postanowienia Dyrektora OW NFZ o zabezpieczeniu oryginałów dokumentacji medycznej.

W 2018 r. do Departamentu Kontroli wpłynęło 14 zażaleń dotyczących ordynacji leków. W 2018 r. wydano łącznie 11 rozstrzygnięć sprawie tych zażaleń, w tym: 6 rozstrzygnięć dotyczących zażaleń, które wpłynęły w 2017 r. oraz 5 rozstrzygnięć dotyczących zażaleń, które wpłynęły w 2018 r. W I kwartale 2018 r. wydano 4 rozstrzygnięcia, w II kwartale 2018 r. wydano 3 rozstrzygnięcia, w III kwartale 2018 r. wydano 2 rozstrzygnięcia, a w IV kwartale 2018 r. wydano 2 rozstrzygnięcia. Dwa zażalenia z 2018 r. zostały rozpatrzone w 2019 r. do czasu opracowania niniejszego sprawozdania (jedno – o dacie wpływu: 31.12.2018 r, drugie – rozpatrywane po raz drugi przez Zespół Arbitrażowy w dniu 14.03.2019 r.). W 2018 roku odbyły się 3 posiedzenia Zespołu Arbitrażowego w dniach: 23.02.2018 r. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej, 07.06.2018 r. w siedzibie Centrali Funduszu oraz 29.11.2018 r. w siedzibie Naczelnej Izby Lekarskiej. Ostateczna kwota należna do zapłaty przez świadczeniodawców po decyzji Prezesa NFZ wyniosła 262 952,23 zł.

Odwołania wniesione do Prezesa Funduszu na podstawie art. 47 ust. 16 w zw. z art. 42 ust. 7 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

W 2018 roku do Departamentu Kontroli wpłynęły 34 odwołania wniesione przez kierowników aptek lub podmioty prowadzące apteki. Nie uwzględniono jednego (1) wniosku o ponowne rozpatrzenie odwołania, gdyż na to samo odwołanie wydano już wcześniej stanowisko Prezesa NFZ, które było ostateczne, w związku z tym tryb odwoławczy został wyczerpany. W złożonych 22 odwołaniach, decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ podtrzymano w całości, a w przypadku jednego (1) odwołania decyzja dyrektora podtrzymana została w części. Pozostawiono bez rozpatrzenia 5 odwołań złożonych przez podmiot prowadzący aptekę ponieważ wpłynęły do Funduszu po ustawowym terminie. Odstąpiono od rozpatrzenia 1 odwołania, które dotyczyło prośby o przywrócenie terminu wniesienia odwołania lub zażalenia (art.59 kpa § 2), o którym postanawia ostatecznie organ właściwy do rozpatrzenia odwołania lub zażalenia. Cztery (4) odwołania od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, złożone przez podmioty prowadzące aptekę do Prezesa Funduszu, oczekują na rozpatrzenie w 2019 r. Liczba złożonych do Prezesa Funduszu odwołań, w porównaniu do poprzedniego roku, wzrosła dwukrotnie. W ocenie Departamentu Kontroli skala ujawnionych

podczas kontroli nieprawidłowości była na porównywalnym poziomie z ubiegłym rokiem. Najczęstszą przyczyną pozostawienia bez rozpatrzenia odwołania był fakt wniesienia go z uchybieniem terminu na złożone. Informację o liczbie odwołań złożonych w 2018 r. z podziałem na oddziały wojewódzkie Funduszu z uwzględnieniem sposobu rozpatrzenia przedstawia poniższa.

**Tabela nr VII. 1.** Liczba odwołań złożonych w 2018 r. z podziałem na oddziały wojewódzkie Funduszu i z uwzględnieniem sposobu rozpatrzenia.

| OW NFZ | Oddział Wojewódzki NFZ | Liczba wniesionych odwołań | Liczba odwołań pozostawionych bez rozpatrzenia | Liczba odwołań uwzględnionych w całości lub w części | Liczba odwołań nieuwzględnionych w całości |
|--------|------------------------|----------------------------|--|--|--|
| 01     | Dolnośląski            | 4                          | 0  | 1  | 2  |
| 03     | Lubelski               | 1                          | 0  | 0  | 1  |
| 04     | Lubuski                | 1                          | 0  | 0  | 1  |
| 05     | Łódzki                 | 4                          | 0  | 0  | 5  |
| 06     | Małopolski             | 2                          | 1  | 0  | 0  |
| 07     | Mazowiecki             | 3                          | 0  | 0  | 3  |
| 08     | Opolski                | 1                          | 0  | 0  | 0  |
| 10     | Podlaski               | 1                          | 1  | 0  | 0  |
| 12     | Śląski                 | 6                          | 1  | 0  | 4  |
| 13     | Świętokrzyski          | 1                          | 0  | 0  | 1  |
| 14     | Warmińsko-Mazurski     | 9                          | 4  | 0  | 5  |

Złożone odwołania dotyczyły głównie skutków finansowych nałożonych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, w związku z:

- realizacją recept z naruszeniem przepisów: ustawy o refundacji oraz przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. z 2017 r. poz. 1570.) czego konsekwencją - w myśl art. 43 ust. 1 pkt 6 ustawy o refundacji oraz w związku z § 6 ust. 1 umowy na wydawanie refundowanego leku, środka specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, co jest równoznaczne z nienależytym wykonaniem § 5 ust. 1 i § 5 ust. 3 pkt. 1 umowy,
- niewykonywaniem przez apteki obowiązków, o których mowa w art. 43 ust. 1 pkt 7 ustawy o refundacji, co jest równoznaczne z nienależytym wykonaniem § 5 ust. 1 i § 5 ust. 3 pkt. 6 umowy,
- przekazaniem przez apteki w komunikatach elektronicznych niezgodnych ze stanem faktycznym danych wynikające ze zrealizowanych recept, co narusza przepisy art. 43 ust. 1 pkt 2 ustawy o refundacji, w związku z § 2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie informacji gromadzonych przez apteki oraz informacji przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. z 2017 r., poz. 547 z późn. zm.), co pociąga za sobą konsekwencje określone w § 8 ust. 6 pkt 2 ogólnych warunków umów na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, stanowiących załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie ogólnych warunków umów na realizację recept oraz ramowego wzoru umowy na realizację recept (Dz. U. z 2013 r., poz. 364) , tj. nałożenie na podmiot prowadzący aptekę kary umownej,
- miarkowaniem kary umownej.

Dodatkowo w 2018 r. zostały wystosowane do odwołujących się podmiotów prowadzących apteki dwa stanowiska Prezesa Funduszu dotyczące odwołań wniesionych w 2017 r.



## Główna tematyka skarg i zażaleń w 2018 roku:

- 1) podstawowa opieka zdrowotna: sposób rejestrowania Pacjentów do lekarza poz, brak możliwości telefonicznej rejestracji, odmowa zarejestrowania do lekarza poz, trudności z uzyskaniem wizyty, wyznaczanie konkretnego dnia, w którym można zarejestrować się do lekarza poz, odmowa udzielenia świadczenia dzieciom, odmowa rejestracji świadczeń na podstawie karty EKUZ, anulowanie skierowania na badania diagnostyczne zlecone przez lekarza pediatrę, błędne wpisanie na listę aktywną Pacjentów do lekarza poz, odmowa realizacji wizyty przez położną, odmowa zdjęcia szwów, odmowa codziennej zmiany opatrunków przez pielęgniarkę poz, odmowa realizacji świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, odesłanie Pacjenta do SOR, odmowa wypisania: skierowania na leczenie uzdrowiskowe, skierowania na badania diagnostyczne, wypisanie recepty bez refundacji, trudności z umówieniem wizyty w celu otrzymania recepty w związku z chorobą przewlekłą, uzależnienie realizacji świadczeń lekarza poz od wcześniejszego złożenia deklaracji wyboru pielęgniarki poz lub położnej poz, wykazanie do NFZ deklaracji wyboru przez podmiot, w którym opiekun prawny małoletniego nie składał deklaracji, lub niepodpisanej przez Pacjenta, odmowa przyjęcia deklaracji wyboru lekarza poz i pielęgniarkę poz, odesłanie Pacjenta przez lekarza udzielającego świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej do lekarza poz w celu uzyskania zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy, odmowa udzielenia porady Pacjentowi spoza listy aktywnej, odmowa przyjęcia Pacjenta z powodu „rejonizacji” w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej, pobranie opłaty za świadczenia gwarantowane (w tym: za poradę lekarza poz, za świadczenie udzielone w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, za wypisanie zaświadczenia o stanie zdrowia do celów zwolnienia z zajęć dydaktycznych), trudności z wykonaniem szczepienia przeciw tężcowi, nieprawidłowa organizacja udzielania świadczeń, trudności w realizacji świadczenia transportu sanitarnego, błędne wpisanie do dokumentacji medycznej numeru PESEL, nierespektowanie uprawnień osób do korzystania ze świadczeń poza kolejnością, odmowa wykonania iniekcji zleconych przez lekarza specjalistę, niezgodność czasu pracy lekarzy z harmonogramem wynikającym z umowy, brak informacji o godzinach pracy lekarzy, naruszenie warunków umowy poprzez skrócenie czasu pracy z powodu urlopu personelu;
- 2) ambulatoryjna opieka specjalistyczna: sposób rejestrowania Pacjentów do lekarza poz, brak możliwości telefonicznej rejestracji, odmowa zarejestrowania do lekarza poz, trudności z uzyskaniem wizyty, wyznaczanie konkretnego dnia, w którym można zarejestrować się do lekarza poz, odmowa udzielenia świadczenia dzieciom, odmowa rejestracji świadczeń na podstawie karty EKUZ, anulowanie skierowania na badania diagnostyczne zlecone przez lekarza pediatrę, błędne wpisanie na listę aktywną Pacjentów do lekarza poz, odmowa realizacji wizyty przez położną, odmowa zdjęcia szwów, odmowa codziennej zmiany opatrunków przez pielęgniarkę poz, odmowa realizacji świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, odesłanie Pacjenta do SOR, odmowa wypisania: skierowania na leczenie uzdrowiskowe, skierowania na badania diagnostyczne, wypisanie recepty bez refundacji, trudności z umówieniem wizyty w celu otrzymania recepty w związku z chorobą przewlekłą, uzależnienie realizacji świadczeń lekarza poz od wcześniejszego złożenia deklaracji wyboru pielęgniarki poz lub położnej poz, wykazanie do NFZ deklaracji wyboru przez podmiot, w którym opiekun prawny małoletniego nie składał deklaracji, lub niepodpisanej przez Pacjenta, odmowa przyjęcia deklaracji wyboru lekarza poz i pielęgniarkę poz, odesłanie Pacjenta przez lekarza udzielającego świadczeń w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej do lekarza poz w celu uzyskania zaświadczenia o czasowej niezdolności do pracy, odmowa udzielenia porady Pacjentowi spoza listy aktywnej, odmowa przyjęcia Pacjenta z powodu „rejonizacji” w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej, pobranie opłaty za świadczenia gwarantowane (w tym: za poradę lekarza poz, za świadczenie udzielone w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, za wypisanie zaświadczenia o stanie zdrowia do celów zwolnienia z zajęć dydaktycznych), trudności z wykonaniem szczepienia przeciw tężcowi, nieprawidłowa organizacja udzielania świadczeń, trudności w realizacji świadczenia transportu sanitarnego, błędne wpisanie do dokumentacji medycznej numeru PESEL,

- nierespektowanie uprawnień osób do korzystania ze świadczeń poza kolejnością, odmowa wykonania iniekcji zleconych przez lekarza specjalistę, niezgodność czasu pracy lekarzy z harmonogramem wynikającym z umowy, brak informacji o godzinach pracy lekarzy, naruszenie warunków umowy poprzez skrócenie czasu pracy z powodu urlopu personelu;
- 3) rehabilitacja lecznicza: trudności w dostępie do świadczeń, wyznaczanie konkretnych terminów rejestracji, brak możliwości rejestracji, długi czas oczekiwania na świadczenie, odległe terminy fizjoterapii ambulatoryjnej w porównaniu z pierwszymi wolnymi terminami sprawozdawanymi do NFZ, rozbieżności między faktycznymi terminami zabiegów a zgłoszonymi do informatora o kolejkach oczekujących, odmowa zarejestrowania skierowania na zabiegi fizjoterapeutyczne, odmowa rejestracji dwóch skierowań na zabiegi, odmowa zmiany terminu realizacji świadczenia w zakresie rehabilitacji ogólnoustrojowej, odmowa rejestracji skierowania na masaż, odmowa zrealizowania planowej rehabilitacji z powodu rozwiązania umowy, niezabezpieczenie odpowiedniej ilości personelu i sprzętu do realizacji świadczeń, nieuzasadnione zmienianie terminu udzielenia świadczenia, niewyznaczenie terminu udzielenia świadczenia w zakresie rehabilitacji w warunkach stacjonarnych, umożliwienie kontynuacji wczesnej rehabilitacji neurologicznej, odmowa przyjęcia do oddziału, odmowa rehabilitacji ogólnoustrojowej, zastrzeżenia do sposobu kwalifikacji na rehabilitację ze skierowaniem „pilne”, wyznaczanie odległego terminu realizacji zabiegów fizjoterapeutycznych pomimo przedłożenia skierowania w trybie „pilnym”, odmowa realizacji rehabilitacji domowej z powoływaniem się na „rejonizację”, brak dostępności do zabiegów hydroterapii dla osób niepełnosprawnych, niezachowanie intymności podczas udzielania świadczeń, zastrzeżenia do jakości zabiegów fizjoterapeutycznych wykonywanych na rzecz Pacjenta posiadającego orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, skreślenie Pacjenta z listy oczekujących na rehabilitację w oddziale ze względu na przebyte leczenie onkologiczne i odmowa przesunięcia terminu przyjęcia zgodnie ze wskazówkami lekarza onkologa, niepoinformowanie NFZ o nieczynnym gabinecie fizjoterapeutycznym z uwagi na remont, uzależnienie dalszych zabiegów rehabilitacji domowej od dostarczenia kolejnego skierowania, skracanie cyklu rehabilitacji, nieprawidłowości w realizacji zleconych zabiegów, niewykonanie przez świadczeniodawcę całości zleconych zabiegów, czas trwania zabiegu, konieczność samodzielnego wykonywania świadczenia (ultradźwięki i laser), zobowiązanie Pacjentów do przynoszenia baterii alkalicznych wykorzystywanych do badania, niezapewnienie kompleksowego udzielania świadczeń w zakresie fizjoterapii w warunkach ambulatoryjnych (żądanie opłaty za krioterapię), obciążanie Pacjenta kosztami środków pomocniczych niezbędnych do udzielenia świadczenia, pobieranie opłat za zabiegi fizjoterapeutyczne w zamian za przyspieszenie terminu realizacji świadczenia, proponowanie Pacjentowi realizacji części zabiegów odpłatnie, pobieranie opłat za dojazd rehabilitanta do domu Pacjenta, niewłaściwa organizacja udzielania świadczeń, odmowa kwalifikacji do świadczenia, nierespektowanie uprawnień osób do korzystania ze świadczeń poza kolejnością;
- 4) leczenie szpitalne: trudności w ustaleniu terminu udzielenia świadczenia oraz odmowa wykonania operacji, niewskazanie terminu rozpoczęcia leczenia, niewyznaczenie terminu udzielenia świadczenia w dniu zapisu na listę oczekujących, trudności w rejestracji na konsultację kwalifikującą do zabiegu operacyjnego i wyznaczenie terminu operacji, wielokrotna zmiana terminu operacji Pacjenta z nowotworem (niewuzględnienie karty DiLO), odmowa udzielenia świadczenia, odmowa udzielenia świadczenia dziecku po urazie, ponieważ lekarz dyżurny nie był pediatrą, odmowa wykonania procedury wymiany procesora mowy, brak zaopatrzenia w leki Pacjenta w oddziale szpitalnym, zobowiązanie Pacjenta do zakupu leków przed przyjęciem do szpitala, wypisanie Pacjenta ze szpitala bez poinformowania rodziny, nieprzyjęcie Pacjenta do szpitala w ustalonym terminie oraz niewskazanie nowego terminu, niewłaściwe wystawienie skierowania do poradni przez lekarza SOR, warunkowanie przyjęcia Pacjenta do szpitala koniecznością realizacji wizyty w poradni przyszpitalnej, niewuzględnienie posiadanego przez Pacjenta skierowania do oddziału szpitalnego, odesłanie Pacjenta do lekarza poz w celu zrealizowania diagnostyki przez zabiegiem operacyjnym, żądanie w izbie przyjęć szpitala skierowania od Pacjenta wymagającego udzielenia świadczenia w trybie nagłym, odmowa udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej z powodu „rejonizacji”, zmiana terminu

zabiegu operacyjnego, niepowiadomienie Pacjenta o wyznaczeniu nowego terminu, odwołanie planowanego zabiegu, niewłaściwy sposób prowadzenia listy oczekujących, skreślenie Pacjenta z listy oczekujących oraz niewskazanie nowego terminu udzielenia świadczenia, nierespektowanie uprawnień osób do korzystania ze świadczeń poza kolejnością, niewysłanie przez świadczeniodawcę skierowania na rehabilitację kardiologiczną w wymaganym terminie, odmowa przyjęcia do szpitala z powodu „rejonizacji”, trudności z uzyskaniem świadczenia w SOR z powodu „rejonizacji”, odmowa przyjęcia Pacjentki w ustalonym terminie w związku z zamknięciem oddziału ginekologicznego, odmowa podania immunoglobuliny po porodzie, odmowa zakwalifikowania Pacjenta jako przypadek „pilny”, niewydanie dokumentacji medycznej w dniu zakończenia hospitalizacji, trudności w uzyskaniu wyników badań, odmowa wystawienia zwolnienia lekarskiego w SOR, wystawienie recepty w SOR na leki ze 100% odpłatnością, odmowa wystawienia zlecenia na wyroby medyczne przez lekarza SOR, nieuzasadnione wydłużenie hospitalizacji oraz odmowa wykonania zabiegu z powodu braku środków, żądanie dostarczenia wyników badań przed zabiegiem, niewłaściwy sposób wykazywania i rozliczania świadczeń, trudności z zabezpieczeniem transportu sanitarnego, długi czas oczekiwania na udzielenie świadczenia w SOR, odmowa udzielenia świadczenia w SOR Pacjentowi w stanie nagłym, niewydanie wypisu po zakończonej hospitalizacji, nieprawdziwe informacje w karcie wypisowej, nieuwzględnienie czasu oczekiwania u wcześniejszego świadczeniodawcy, który zakończył wykonywanie świadczeń, sposób wykazywania i rozliczania świadczeń, pobieranie opłat za świadczenia gwarantowane (w tym: za badania wykonane przed zabiegiem usunięcia zaćmy, przed wymianą stawów biodrowych i kolanowych, za świadczenia udzielane w SOR i Izbie Przyjęć Szpitala, za zakup szczepionki immunoglobuliny anty-D podczas hospitalizacji, za transport sanitarny po zakończonej hospitalizacji);

- 5) leczenie stomatologiczne: odmowa udzielenia świadczenia (w tym: nieubezpieczonej kobiecie w ciąży, z powodu braku anestezjologa, leczenia kanałowego u Pacjentki w ciąży, z powodu choroby zakaźnej, Pacjentowi z bólem), odmowa wpisania na listę oczekujących do ortodonty, trudność w dostępie do świadczeń, odmowa wykonania świadczenia w wyznaczonym terminie, nieuzasadniona zmiana terminu udzielenia świadczenia, jakość zrealizowanych świadczeń, w tym jakość wykonanych protez zębowych, sposób sprawozdania i rozliczenia świadczeń, wykazanie do rozliczenia uzupełnień protetycznych, których Pacjentka nie odebrała, sposób prowadzenia list oczekujących na protezę zębową, odmowa zapiania na listę oczekujących na wykonanie protezy, nieprawdziwe informacje przekazane do Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne, odmowa usunięcia zęba w znieczuleniu ogólnym z powodu nadmiernej wagi Pacjenta, brak możliwości realizacji świadczeń z zakresu stomatologii w znieczuleniu ogólnym, udzielanie świadczeń niezgodnie z harmonogramem zgłoszonym do NFZ, długi czas oczekiwania na wykonanie protezy stomatologicznej, odmowa udzielenia świadczenia zdrowotnego w zaplanowanym terminie z powodu braku potwierdzenia ubezpieczenia w systemie eWUŚ, zastrzeżenia do wpisu w dokumentacji medycznej, nierespektowanie uprawnień osób do korzystania ze świadczeń poza kolejnością, pobieranie opłat za świadczenia gwarantowane (w tym: za znieczulenie zastosowane przy ekstrakcji dwóch zębów, za prześwietlenie zębów u 3-letniego dziecka, wypisanie pełnopłatnej recepty, za świadczenia udzielone na dyżurze stomatologicznym, za zdjęcie panoramiczne realizowane w oparciu o skierowanie, z powodu braku potwierdzenia prawa do świadczeń).

### Sprawy sądowe

W 2018 r. zakończonych zostało 184 sprawy prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu związanych ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limit określony w umowie. Z tego tytułu Fundusz poniósł koszt w wysokości ponad 44 mln zł, w tym blisko 14 mln zł z tytułu zasądzenia wyrokami sądów oraz prawie 30 mln zł z tytułu ugód sądowych. W odniesieniu do 2017 r. liczba tego typu spraw zwiększyła się o 7 spraw (tj. 3,8%). Ponadto, oprócz ww. spraw, oddziały wojewódzkie Funduszu zakończyły 71 postępowań o zapłatę wynikających z wykonania umowy, w wyniku których Fundusz zapłacił ogółem kwotę ponad 12 mln zł (prawie 3,7 mln zł na podstawie wyroków oraz ponad

7,8 mln zł w wyniku zawartych ugód sądowych). W odniesieniu do 2017 r. liczba prowadzonych tego typu spraw zmniejszyła się o 41 postępowań (tj.: 36%).

**Tabela nr VII.2.** Zestawienie spraw sądowych zakończonych wg stanu na koniec 2018 roku.

| Lp | Sprawy   | Liczba spraw | Kwota (w tys. zł) |             |                   |             |                            |             |
|----|--|--------------|-------------------|-------------|-------------------|-------------|----------------------------|-------------|
|    |  |              | ogółem            |             | zasądzona         |             | wynikająca z ugód sądowych |             |
|    |  |              | na rzecz Funduszu | od Funduszu | na rzecz Funduszu | od Funduszu | na rzecz Funduszu          | od Funduszu |
| 1  | 2  | 3            | 4=(6+8)           | 5=(7+9)     | 6                 | 7           | 8                          | 9           |
| 1. | związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity | 184,00       | 0,00              | 44 698,06   | 0,00              | 13 997,43   | 0,00                       | 30 700,63   |
| 2. | o zapłatę wynikające z wykonania umowy                         | 71,00        | 762,25            | 12 319,12   | 762,25            | 3 750,36    | 0,00                       | 7 868,72    |
| 3. | postępowania sądownoadministracyjne <sup>2)</sup>              | 157,00       | 8,00              | 95,00       | 8,00              | 95,00       | 0,00                       | 0,00        |
| 4. | pozostałe postępowania sądowe <sup>2)</sup>                    | 365,00       | 1 071,05          | 12 423,70   | 1 026,71          | 4 024,51    | 14,00                      | 8 399,19    |
| 5. | ogółem   | 777,00       | 1 841,30          | 69 535,88   | 1 796,96          | 21 867,30   | 14,00                      | 46 968,54   |

W zakresie postępowań sądownoadministracyjnych najczęściej wskazywane były postępowania konkursowe w przedmiocie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej natomiast w grupie pozostałych postępowań sądowych sprawy z zakresu prawa wyboru lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej, wystawiania recept bez ważnej umowy z Funduszem, zwrotu kosztów leczenia poza granicami kraju.  
Kolumna nr 9 nie zawiera wszystkich ugód związanych ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limit finansowanych ze środków z dotacji budżetowej przyznanej Narodowemu Funduszowi Zdrowia na podstawie ustawy z dnia 6 grudnia 2017 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach służących realizacji ustawy budżetowej na 2017 rok (Dz. U. poz. 2312), ze względu na brak wydania do końca 2017 r. prawomocnych postanowień o umorzeniu przedmiotowych spraw przez sądy, przed którymi były one prowadzone.  
Uwaga: zmiany dotyczące kwot wynikają z faktu, iż Podkarpacki OW NFZ do sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia na koniec IV kwartału 2018 r. podał wartości w zł zamiast w tys. zł.

W 2018 r. ogółem w oddziałach wojewódzkich Funduszu prowadzonych było 190 spraw karnych, w których Fundusz ma status oskarżyciela posiłkowego lub powoda cywilnego, wszczętych na skutek zawiadomienia przez Fundusz organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, z czego: wszczętych zostało 103 sprawy, zakończonych zostało 53 sprawy a w toku pozostało 137 spraw.