



SEJM  
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
VIII kadencja  
Minister Zdrowia  
SZUZ.070.15.2019.EW

**Druk nr 3796**  
Warszawa, 26 sierpnia 2019 r.

Pani  
Elżbieta Witek  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

*Szanowna Pani Marszałek*

Zgodnie z art. 187 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.) przedkładam zaopiniowane przez Ministra Finansów

## **- Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 rok,**

przyjęte uchwałą Rady Narodowego Funduszu Zdrowia nr 12/2019/III z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 r., wraz ze stanowiskiem Ministra Zdrowia w sprawie przedmiotowego Sprawozdania.

*Z poważaniem*

z up. Ministra Zdrowia  
Janusz Cieszyński  
Podsekretarz Stanu

*/dokument podpisany elektronicznie/*



Minister Zdrowia

Warszawa, 26 sierpnia 2019

SZUZ.070.15.2019.EW

**Pani**  
**Elżbieta Witek**  
**Marszałek Sejmu RP**

*Szanowna Pani Marszałek,*

Zgodnie z art. 187 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.) przedkładam zaopiniowane przez Ministra Finansów *Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 rok*, przyjęte uchwałą Rady Narodowego Funduszu Zdrowia nr 12/2019/III z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie *przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 r.*, wraz ze stanowiskiem Ministra Zdrowia w sprawie przedmiotowego Sprawozdania.

Z poważaniem  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Janusz Cieszyński  
Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

Załącznik: płyta CD

**Stanowisko Ministra Zdrowia**  
**w sprawie**  
**Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2018**

Zgodnie z art. 102 ust. 5 pkt 11 i art. 187 ust 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn.zm.)*, dalej zwanej „ustawą o świadczeniach”, Prezes Funduszu przedstawia corocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, nie później niż do dnia 30 czerwca roku następnego, roczne sprawozdanie z działalności Funduszu przyjęte przez Radę Narodowego Funduszu Zdrowia.

Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2018, zwane dalej „Sprawozdaniem”, zostało zgodnie z art. 100 ust. 1 pkt 4 lit. b ustawy o świadczeniach przyjęte przez Radę Funduszu na mocy uchwały Nr 12/2019/III z dnia 26 czerwca 2019 roku *w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 r.*

Minister Zdrowia ma obowiązek przedstawić *Sprawozdanie* Sejmowi Rzeczypospolitej Polskiej nie później niż do dnia 31 sierpnia, po zaopiniowaniu tego sprawozdania przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

Minister Finansów przedstawił Ministrowi Zdrowia opinię dotyczącą Sprawozdania pismem z dnia 23 lipca 2019 r., znak FS1.4542.15.2019. Zgłoszone przez Ministra Finansów uwagi zostały przekazane Narodowego Funduszu Zdrowia, który ustosunkował się do tych uwag pismem z dnia 12 sierpnia 2019 r., znak DAiS.0340.2.2019, 2019.55773.KG. Powyższe pisma załączono do Stanowiska.

*Sprawozdanie* przedstawia istotne działania podejmowane przez Fundusz w roku 2018, dotyczące realizacji jego zadań ustawowych.

**Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej**

Najważniejszą częścią *Sprawozdania*, wymaganą przez art. 102 ust. 5 pkt 11 ustawy o świadczeniach, jest informacja o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Dostępność do świadczeń została w *Sprawozdaniu* scharakteryzowana na podstawie danych dotyczących:

(a) wielkości nakładów finansowych na poszczególne rodzaje świadczeń, a ponadto informacji dotyczącej liczby: (b) świadczeniodawców, (c) zawartych umów oraz (d) świadczeń opieki zdrowotnej, a ponadto (e) informacji wynikających z list oczekujących (liczby oczekujących oraz mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania).

W roku 2018 zwiększono środki przewidziane w planie finansowym na zapewnienie **podstawowej opieki zdrowotnej** o 9,2%, tj. do kwoty 11 166 056 tys. zł. Łącznie w poszczególnych zakresach podstawowej opieki zdrowotnej świadczeń udzielało 9 510 świadczeniodawców. Udzielili oni 163 834 049 porad ponad 28,2 mln pacjentom. Ponadto zwiększono wartość współczynników korygujących stawkę kapitacyjną w świadczeniach lekarza podstawowej opieki zdrowotnej w celu uwzględnienia kosztów związanych ze świadczeniami udzielanymi pacjentom w przedziałach wiekowych 0 - 6 r.ż., 40-65 r.ż., 66-75 r.ż. Ponadto dokonano wzrostu stawki kapitacyjnej, którą stosuje się do pielęgniarek podstawowej opieki zdrowotnej, położnych podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarek szkolnych.

Wartość umów podpisanych na 2018 rok z 5955 świadczeniodawcami w **ambulatoryjnej opiece specjalistycznej** w porównaniu z rokiem 2016 spadła o 2% i wyniosła 5 232 715 tys. zł. Na spadek ten wpływ miało wprowadzenie w IV kwartale 2017 r. tzw. sieci szpitali, gdyż specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne wykonywane przez szpitale zakwalifikowane do tej sieci finansowane są w formie ryczałtu z umowy zawartej w rodzaju leczenie szpitalne, równocześnie ze świadczeniami z innych zakresów. Ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej skorzystało prawie 17,7 mln pacjentów, przy czym łączna liczba wszystkich porad w 2018 roku wyniosła ok. 83, 6 mln. Ponadto ambulatoryjna opieka specjalistyczna obejmuje badania kosztochłonne (m.in. badania tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego) oraz kompleksową ambulatoryjną opiekę nad pacjentem zakażonym HIV oraz z cukrzycą.

Wartość kontraktów podpisanych na 2018 rok na **leczenie szpitalne** wzrosła o 12% w stosunku do nakładów z roku ubiegłego i wyniosła 42 652 766 tys. zł. Umowy zawarto z 1010 świadczeniodawcami, którzy udzielili prawie 8,2 mln hospitalizacji o średniej wartości w grudniu 2018 r – 4 011 zł. Świadczeniami z zakresu chemioterapii na łączną kwotę 1 496 536 tys. zł objęto ponad 134 tys. osób.

W 2018 roku Fundusz zawarł umowy na udzielanie świadczeń z zakresu 93 programy lekowe, w tym 31 programów onkologicznych. Wartość świadczeń udzielonych w ramach tych umów wyniosła 3 846 651 tys. zł. W ramach programów nieonkologicznych leczono 107,4 tys. pacjentów, a programami onkologicznymi objęto 28,9 tys. pacjentów. Największe środki zostały wydatkowane w programach leczenia: raka piersi (491,6 mln zł - co stanowi 12,78% kosztu wszystkich wykonanych świadczeń związanych z programami lekowymi), stwardnienia rozsianego (308,6 mln zł – 8,02%), przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową (243,4 mln zł - 6,33%), oraz leczenia zaawansowanego raka jelita grubego (211,9 mln zł – 5,51%).

Wartość kontraktów podpisanych z 1461 świadczeniodawcami na 2018 rok na **leczenie psychiatryczne oraz uzależnień** wzrosła o 9% w stosunku do nakładów z roku ubiegłego i wyniosła 2 911 309 tys. zł. Liczba osób korzystających z tych świadczeń systematycznie rośnie – w roku 2018 było to ponad 1, 6 mln pacjentów.

W 2018 r. najwięcej osób oczekiwało do poradni psychogeriatrycznych, poradni dla osób z autyzmem dziecięcym, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci oraz oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych i oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu. W porównaniu z rokiem poprzednim odnotowano skrócenie czasu oczekiwania do poradni dla osób z autyzmem dziecięcym i do oddziałów terapii uzależnienia od alkoholu - pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne przyjmowani byli na bieżąco, a mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla pacjentów w trybie stabilnym praktycznie nie przekraczała miesiąca.

Świadczenia z zakresu **opieki długoterminowej** realizowane są w ramach świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wartość kontraktów podpisanych na 2018 rok na opiekę pielęgnacyjną i opiekuńczą wyniosła 1 646 281 tys. zł (co oznacza wzrost o 12 % w stosunku do nakładów z roku ubiegłego). Umowy realizowało 1498 świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń ponad 110 tys. osób. W przypadku świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej – wartość umów wzrosła o 13% i wyniosła 737 510,49 tys. zł. Świadczeń udzielało 517 świadczeniodawców. Pozytywnie należy ocenić dostępność do oddziałów szpitalnych i poradni medycyny paliatywnej, które przyjmują pacjentów na bieżąco.

Wartość kontraktów podpisanych na 2018 rok w **rehabilitacji leczniczej** w stosunku do roku poprzedniego wzrosła o 14% do kwoty 2 484 648,78 tys. zł, a liczba

zakontraktowanych świadczeniodawców wyniosła 2 846. Świadczenia uzyskało ponad 3,3 mln osób.

Wartość zawartych umów w 2018 roku na **opiekę stomatologiczną** wzrosła w stosunku do roku ubiegłego o 1,7% i wyniosła 1 824 109,02 tys. zł. Świadczeń udzielało 7 121 świadczeniodawców. Z leczenia stomatologicznego skorzystało ponad 6,5 mln pacjentów. Największa liczba osób oczekuje na świadczenia poradni stomatologicznych (ponad 117 tys.), poradni ortodontycznych i ortodontycznych dla dzieci (ponad 53 tys.), poradni chirurgii stomatologicznej (19 tys.). Mimo dużej liczby osób oczekujących długie średnie czasy oczekiwania dotyczą jedynie poradni ortodontycznych (60 - 80 dni). W przypadku poradni stomatologicznych większość świadczeń udzielanych jest na bieżąco - w roku 2018 poradnie te udzieliły świadczeń ponad 801,7 tys. osób.

Wartość zawartych umów w roku 2018 w rodzaju **świadczenia kontraktowane odrębnie** wyniosła 2 143 105,05 tys. zł, czyli o 4,7% więcej niż w roku 2017. Umowy w tym zakresie zawarto z 445 świadczeniodawcami, którzy udzieliли ponad 9,3 mln świadczeń 210,89 tys. pacjentom. Do świadczeń kontraktowanych odrębnie należą: dializoterapia otrzewnowa, hemodializoterapia, terapia hiperbaryczna, tlenoterapia domowa, żywienie pozajelitowe oraz dojelitowe w warunkach domowych, badania zgodności tkankowej, badania genetyczne, badania izotopowe, terapia izotopowa, zaopatrzenie protetyczne, pozytonowa tomografia emisyjna, leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci oraz dorosłych, kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej, leczenie spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej, teleradioterapia protonowa, domowa antybiotykoterapia dożylna, kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1), telekonsylium kardiologiczne, telekonsylium geriatryczne, koordynowana opieka nad kobietą w ciąży (KOC), kompleksowa opieka po zawale serca.

W rodzaju **pomoc doraźna i transport sanitarny** Fundusz finansuje świadczenia realizowane przez zespoły sanitarne typu „N” (neonatologiczne), udzielające świadczeń w stanach nagłego pogorszenia stanu zdrowia dziecka od jego urodzenia do ukończenia 4. tygodnia życia, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – do końca pierwszego roku życia dziecka. W 2018 r. obowiązywały 33 umowy, których wartość w stosunku do roku poprzedniego wzrosła o 5,51% i wyniosła 47 176 tys. zł. W 2018 r. zespoły sanitarne typu „N” wykonały 9 773 transporty, udzielając świadczeń 8 443 dzieciom.

Zgodnie z przepisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2019 poz. 993 z późn. zm.) zadania zespołów **ratownictwa medycznego** są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentami są poszczególni wojewodowie. Wojewodowie przekazują te środki Funduszowi w formie dotacji celowej. W 2018 r. odnotowano wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń w porównaniu do roku 2017 o 6,36 %, do kwoty 2 045 499,9 tys. zł. Zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie ponad 3 mln wyjazdów, udzielając świadczeń 2,5 mln osób.

Wartość zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju **leczenie uzdrowiskowe** wzrosła o 1,74% w stosunku do roku poprzedniego i wyniosła 630 345,86 tys. zł. W 2018 r. zawarto umowy ze 138 zakładami lecznictwa uzdrowiskowego, które zrealizowały łącznie 405 502 skierowania, obejmując leczeniem ponad 404 tys. pacjentów. Osoby korzystające z tej formy leczenia to przede wszystkim chorzy z chorobami przewlekłymi - chorób układu krążenia, chorób układu oddechowego, ortopedii, reumatologii i neurologii.

### **Realizacja wybranych zadań Narodowego Funduszu Zdrowia**

Ważną część *Sprawozdania* stanowi opis najważniejszych zadań realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym takich jak:

1) monitorowanie realizacji umów o świadczenia opieki zdrowotnej oraz refundacji leków (aptek i ordynacji lekarskich)

W 2018 r. oddziały wojewódzkie Funduszu skontrolowały łącznie prawidłowość realizacji 2047 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – w tym 929 umów w ramach kontroli planowych oraz 1 118 umów w ramach kontroli pozaplanowych (doraźnych). Dodatkowo, przeprowadzono 2 kontrole podmiotów, które nie posiadają zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w związku ze złożonymi wnioskami o zapłatę za świadczenia udzielone na podstawie art. 19 ustawy o świadczeniach (tj. w stanach nagłych). W wyniku kontroli zakwestionowano środki finansowe jako nienależnie wypłacone na kwotę ponad 49,5 mln zł oraz nałożono kary w wysokości ponad 15,6 mln zł. Najczęściej stwierdzone nieprawidłowości nie ulegają zmianie na przestrzeni ostatnich lat i dotyczą głównie rozliczeń (w tym zawyżania wartości rozliczanych świadczeń, wykazywania jako hospitalizacji świadczeń, które mogły być wykonane

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

Wykonując zadanie w zakresie monitorowania ordynacji lekarskich w 2018 roku oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły 397 kontroli, obejmując postępowaniem 1 620 osób uprawnionych do wystawiania recept w ramach sprawdzenia realizacji umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ordynacji lekarskiej oraz umów indywidualnych na wystawianie recept na leki i wyroby medyczne objęte refundacją. W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości łączna wartość zakwestionowanej ordynacji oraz kar umownych wyniosła prawie 12,1 mln zł, co stanowi 44% wartości kontrolowanej ordynacji (tj. 27,5 mln zł).

W 2018 roku oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły łącznie 920 postępowań kontrolnych w aptekach, które w 862 przypadkach zakończyły się przekazaniem zaleceń pokontrolnych. W wyniku stwierdzonych nieprawidłowości, dotyczących 60 512 recept (tj. 17,69% z 341 935 kontrolowanych recept), zakwestionowano refundację w wysokości ponad 4,04 mln zł i nałożono kary w wysokości ponad 1,16 mln zł.

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

Od listopada 2014 roku Fundusz realizuje zadania wynikające z implementacji do polskiego porządku prawnego postanowień dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Przepisy wprowadzone do ustawy o świadczeniach zapewniły polskim świadczeniobiorcom prawo do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, będących świadczeniami gwarantowanymi, udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE. W 2018 roku w oddziałach wojewódzkich Funduszu złożono 18 666 wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE, tj. o 1,62% mniej niż w roku 2017. Wnioski o zwrot kosztów świadczeń udzielonych dotyczyły świadczeń udzielonych w sumie w 22 państwach członkowskich UE, z tym że prawie 83,46% wnioskowanej kwoty zwrotu ogółem dotyczyło leczenia na terenie Czech.

Z 17 005 postępowań w sprawie zwrotu kosztów zakończonych w 2018 r. ponad 90% wniosków zostało rozpatrzonych pozytywnie. W 2018 r. Fundusz dokonał zwrotu kosztów

w stosunku do 34 719 świadczeń opieki zdrowotnej, o łącznej wartości ponad 33,6 mln (średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń w przeliczeniu na jeden wniosek o zwrot kosztów wyniosła 2,09 tys. zł). Ponad 50,19% udzielonych świadczeń należało do świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego. Najczęściej udzielanym świadczeniem, za które w 2018 roku Fundusz dokonał zwrotu kosztów były operacje usunięcia zaćmy (15 894 świadczeń o wartości 30,58 mln zł, co stanowiło ponad 90 % wszystkich wypłaconych środków). Ponad 85% wniosków dotyczyło leczenia na terenie Czech.

W odniesieniu do wniosków dotyczących przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, w przypadku, gdy leczenie lub badanie nie jest wykonywane na terenie Polski, Prezes wydał 119 zgód (ponad połowa zgód dotyczyła świadczeń z dziedziny genetyki klinicznej). Wartość udzielonych świadczeń oszacowano na kwotę ponad 5,6 mln zł, co stanowiło 79 % analogicznych kosztów w roku 2017. Świadczenia te zostały zrealizowane w krajach członkowskich UE i EFTA - najwięcej w Niemczech i Wielkiej Brytanii. Ponadto Prezes wydał 72 pozytywne decyzje dotyczące pokrycia kosztów transportu na łączną kwotę 187 tys. zł.

W 2018 r. nie wydano żadnej decyzji wyrażającej zgodę na przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, w sytuacji, gdy wnioskodawca nie może zostać poddany leczeniu w kraju w terminie niezbędnym dla stanu zdrowia (zbyt długi czas oczekiwania w kolejce na uzyskanie świadczenia).

### 3) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych

Zgodnie z danymi zgromadzonymi w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych na koniec 2018 r., prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z tytułu ubezpieczenia posiadało 33 938 793 osób, co oznacza wzrost o ponad 62 tys. w porównaniu z rokiem poprzednim. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 054 256 osób to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 859 421 osób to członkowie rodzin. Umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego zawarło 17 838 osób, które zgłosiły do ubezpieczenia zdrowotnego 7 278 członków rodzin. Ponadto 10 111 osobom nieubezpieczonym spełniającym kryterium dochodowe, wydano decyzje potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie których mogli korzystać ze świadczeń.

## **Gospodarka finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia**

Szczegółowe informacje dotyczące gospodarki finansowej Funduszu zostały przedstawione w *Sprawozdaniu finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2018* oraz w *Sprawozdaniu z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2018*. Minister Zdrowia nie zgłosił uwag do tych *Sprawozdań*.



Warszawa, dnia 26 lipca 2019 r.

**RZECZPOSPOLITA POLSKA**  
**MINISTER FINANSÓW**

FS1.4542.15.2019

Pan  
**Maciej Milkowski**  
Podsekretarz Stanu  
w Ministerstwie Zdrowia

**Dot.: SZUZ.070.15.2019.EW**

*Szanowny Panie Ministrze,*

uprzejmie informuję, że zgłaszam następujące uwagi do przekazanego przy piśmie z dnia 3 lipca br. rocznego *Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 rok*, które zgodnie z art. 187 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, z późn. zm.) podlega zaopiniowaniu przez ministra właściwego do spraw finansów publicznych.

1. W tabeli nr II.15. – *Wartość i wykonanie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w latach 2016 – 2018* wskazano, że koszt realizacji świadczeń w 2018 r. w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna wyniósł łącznie 6.126.137 tys. zł. W *Rocznym sprawozdaniu z wykonania planu finansowego na 2018 rok* jest to kwota 4.624.057,51 tys. zł. Różnice w stosunku do wartości wskazanych w przekazanym *Sprawozdaniu i Rocznym sprawozdaniu z wykonania planu finansowego NFZ na 2018 rok* występują również w zakresie tabeli nr II. 30. – *Wartość i wykonanie umów w opiece rehabilitacji leczniczej w latach 2016 – 2018*, tabeli nr II.47. - *Porównanie wartości (w tys. zł) i stopnia realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w latach 2016 – 2018* i tabeli 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*, jak również w tekście na str. 49 w zakresie kosztów realizacji świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny. Powyższe wymaga korekty lub wyjaśnień.
2. Stwierdzenie na str. 87 *Sprawozdania*, w brzmieniu „*Z uwagi na uwarunkowania placowe skuteczność podejmowanych działań była niska*” należy wykreślić, jest bowiem

niewłaściwe. NFZ może dowolnie kształtować politykę kadrowo-płacową w ramach zaplanowanych środków na wynagrodzenia.

*Z poważaniem*  
z upoważnienia  
Ministra Finansów

**Tomasz Robaczyński**  
Podsekretarz Stanu  
/podpisano kwalifikowanym  
podpisem  
elektronicznym/

Znak: DAIS.0340.2.2019  
2019.55773.KG

Warszawa, 12 sierpnia 2019 r.

**Pan****Tomasz Pawłęga****Dyrektor****Departamentu Systemu Zdrowia****Ministerstwa Zdrowia**

*Dotyczy: uwag Ministerstwa Finansów do Sprawozdania z działalności NFZ za 2018 rok (pisma znak: SZUZ.070.15.2019.3 z dnia 29 lipca 2019 r.).*

W związku z prośbą o zajęcie stanowiska w sprawie przekazania wyjaśnień do Sprawozdania z działalności NFZ za 2018 r. we wskazanym w piśmie ministerstwa finansów znak: FS1.4542.15.2019 z dnia 26 lipca 2019 r. zakresach, uprzejmie proszę przyjąć poniższe informacje:

**Pytanie:** W tabeli nr II.15. – *Wartość i wykonanie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w latach 2016-2018* wskazano, że koszt realizacji świadczeń w 2018 r. w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna wyniósł łącznie 6.126.137 tys. zł. W *Rocznym sprawozdaniu z wykonania planu finansowego na 2018 rok* jest to kwota 4.624.057,51 tys. zł. Różnice w stosunku do wartości wskazanych w przekazanym Sprawozdaniu i *Rocznym sprawozdaniu z wykonania planu finansowego NFZ na 2018 rok* występują również w zakresie tabeli nr II. 30. – *Wartość i wykonanie umów w opiece rehabilitacji leczniczej w latach 2016-2018*, tabeli 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* i tabeli 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*, jak również w tekście na str. 49 w zakresie kosztów realizacji świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny. Powyższe wymaga korekty lub wyjaśnień.

**Wyjaśnienie:**

Różnice w wartości kosztów realizacji świadczeń w danych zaprezentowanych w Sprawozdaniu z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 r. mogą się różnić od tych, które zostały ujęte w Sprawozdaniu z wykonania planu finansowego za 2018 r. Różnice wynikają z odmiennego sposobu tworzenia obu sprawozdań. W Sprawozdaniu z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 r. zakresy AOS, REH, które weszły do podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej zostały ujęte w tabelach dotyczących ww. rodzajów świadczeń, natomiast w Sprawozdaniu z wykonania planu finansowego za 2018 r. wszystkie zakresy, które weszły w ryczałt PSZ ujęto w rodzaju leczenie szpitalne.

Różnice dotyczące lecznictwa uzdrowiskowego wynikają z faktu, że w tabeli II.47. Sprawozdania z działalności przedstawiono dane dotyczące tylko umów (wartość świadczeń dla ubezpieczonych z terenu województwa do wysokości przekazanych upoważnień finansowych) oraz dane dotyczące wartości zrealizowanych świadczeń przez świadczeniobiorców z terenu województwa wraz z dopłatami poniesionymi z tytułu art. 33. ust 4 ustawy o świadczeniach. W Sprawozdaniu z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 r. nie uwzględniono poniższych wartości, które natomiast uwzględnia Sprawozdanie z wykonania planu finansowego za 2018 r.:

- wartości dopłat ponoszonych z tytułu ustawy z dnia 19 czerwca 1997 r. o zakazie stosowania wyrobów zawierających azbest (Dz. U. z 2017 r. poz. 2119);
- kosztów wynikających z przepisów art. 4 ustawy z dnia 5 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r. poz. 1532) (dot. wzrost wynagrodzeń lekarzy);
- kosztów wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1681) - (dot. wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych);
- kosztów wynikających z rozporządzenia z dnia 14 października 2015 r. Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2015 r. poz. 1628) - (dot. wzrostu wynagrodzeń pielęgniarek i położnych).

Z porównania danych dotyczących zrealizowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny zawartych w ww. sprawozdaniach wynika, że różnica w wartościach wynosi 295,04 tys. zł i dotyczy pięciu oddziałów wojewódzkich Funduszu: kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, łódzkiego, podkarpackiego oraz śląskiego.

W Sprawozdaniu z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 r. oddziały wojewódzkie NFZ, których dotyczyły różnice w przedmiotowych danych, przekazały kwoty oznaczające wartość realizacji zakontraktowanych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny (bez uwzględnienia świadczeń wykonanych na podstawie art. 42i i art. 42j ustawy o świadczeniach oraz kosztów transportu sanitarnego realizowanego na podstawie zgody indywidualnej Dyrektora OW NFZ). Wartości odnoszące się do wykonania planu finansowego dla przedmiotowego rodzaju świadczeń w 2018 r. zostały ujęte w rocznym sprawozdaniu z wykonania planu finansowego na 2018 r.

Odnosząc się do uwagi dotyczącej kwoty wskazanej w tekście na str. 49 Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 r. (47 097,17 tys. zł) wskazać należy, że niniejsza wartość dotyczy kosztów realizacji świadczeń zakontraktowanych w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, na które składają się: koszty przeznaczone na finansowanie gotowości wyjazdowych zespołów sanitarnych typu „N” (ryczałt dobowy); koszty przeznaczone na finansowanie świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne w zespołach sanitarnych typu „N” (wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 października 2015 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1628 z późn. zm.) oraz z rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego ww. rozporządzenie); koszty przeznaczone na finansowanie świadczeń udzielanych przez ratowników medycznych w zespołach sanitarnych typu „N” (wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 lipca 2018 r.

zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1373). Wartością, którą należy porównywać z Rocznym sprawozdaniem z wykonania planu finansowego na 2018 r. jest wartość 48 389,34 zł wskazana w tabeli nr II.50. Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 r., wyznaczająca całkowity koszt realizacji przedmiotowych świadczeń i zawierająca wyżej wymienione koszty oraz dodatkowo koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym na podstawie zgód indywidualnych na transport czy też koszty świadczeń udzielonych na podstawie art. 42i oraz 42j ustawy o świadczeniach.

**Pytanie:** Stwierdzenie na str. 87 Sprawozdania, w brzmieniu „Z uwagi na uwarunkowania płacowe skuteczność podejmowanych działań była niska” należy wykreślić, jest bowiem niewłaściwe. NFZ może dowolnie kształtować politykę kadrowo-płacową w ramach zaplanowanych środków na wynagrodzenia.

**Wyjaśnienie:** W ocenie Funduszu kwestionowane stwierdzenie nie jest nieprawdziwe ani obarczone błędem. Z tego też powodu nie ma uzasadnienia do jego wykreślenia. Uwzględniając stanowisko Ministerstwa Finansów, zgodnie z którym „NFZ może dowolnie kształtować politykę kadrowo-płacową w ramach zaplanowanych środków na wynagrodzenia” należy zauważyć, że ewentualne korzystniejsze dla pracowników Wydziałów Kontroli OW NFZ regulacje w zakresie wynagrodzeń „w ramach zaplanowanych środków na wynagrodzenia” musiałyby zostać wprowadzone kosztem pozostałych pracowników, co przy wieloletnim zamrożeniu funduszu wynagrodzeń w NFZ skutkowałoby jeszcze większą fluktuacją pozostałych kadr (ze względu na nieatrakcyjne rynkowo wysokości wynagrodzeń tych pracowników). W ocenie Funduszu nie jest problemem „kształtowanie polityki kadrowo-płacowej” lecz problemem jest wysokość funduszu wynagrodzeń, w ramach którego tę politykę Fundusz ma realizować. Podkreślić przy tym należy, że wysokości środków na wynagrodzenia w planie finansowym Funduszu na dany rok jest pochodną w szczególności prognozy kosztów Funduszu, której opracowanie odbywa się w uzgodnieniu z Ministrem Finansów i Ministrem Zdrowia.

7  
Dyrektor  
Departamentu Analiz i Strategii  
Narodowego Funduszu Zdrowia  
Dariusz Dziełacki



**UCHWAŁA Nr 12/2019/III**  
**RADY NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA**  
**z dnia 26 czerwca 2019 r.**  
**w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności**  
**Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 r.**

Na podstawie art. 100 ust. 1 pkt 4 lit. b) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.<sup>1</sup>), Rada Funduszu

**uchwała, co następuje:**

**§ 1.**

Rada Narodowego Funduszu Zdrowia, po rozpatrzeniu wniesionego w dniu 18 czerwca 2019 r. wniosku Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, przyjmuje roczne Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2018 r., stanowiące załącznik do uchwały.

**§ 2.**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

**Przewodniczący Rady**  
**Narodowego Funduszu Zdrowia**



**Rudolf Borusiewicz**

---

<sup>1</sup> Zmiany tekstu jednolitego powołanej ustawy zostały opublikowane w Dz. U. z 2018 r. poz. 1515, 1532, 1544, 1552, 1669, 1925, 2192, 2429 oraz z 2019 r. poz. 60, 303, 399, 447, 730, 752 i 1078.

# Narodowy Fundusz Zdrowia

## SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA ZA 2018 ROK

Przewodniczący Rady  
Narodowego Funduszu Zdrowia

  
*Rudolf Borusiewicz*

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 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 dentyków, 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 wskaźnikowania 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/kwasicą ketonową, P34 Cukrzyca nie powikłana śpiączką / kwasicą 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

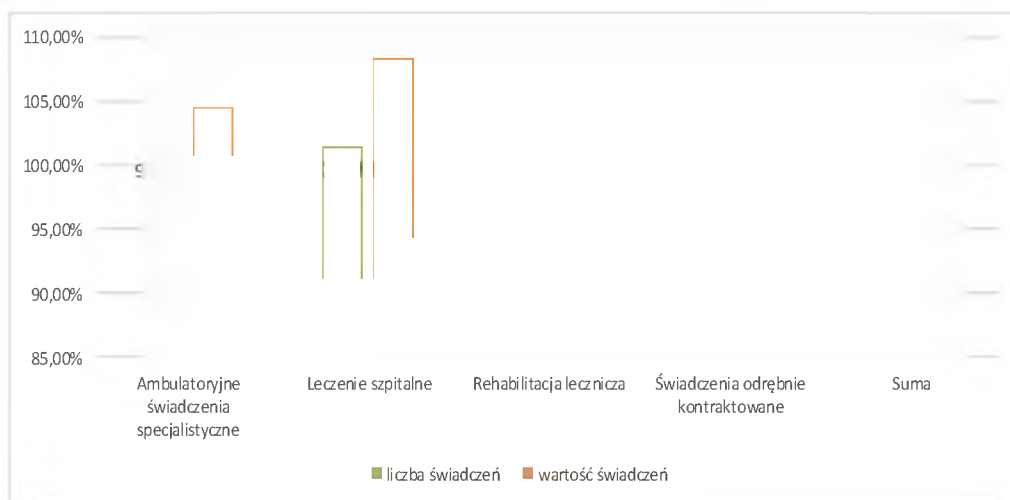
**Tabela nr II.2.** Realizacja świadczeń przez poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ we wszystkich rodzajach świadczeń w ramach systemu PSZ (świadczenia w ramach ryczałtu PSZ wartość wg umownej ceny za jednostkę rozliczeniową 1 zł) (w zł).

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

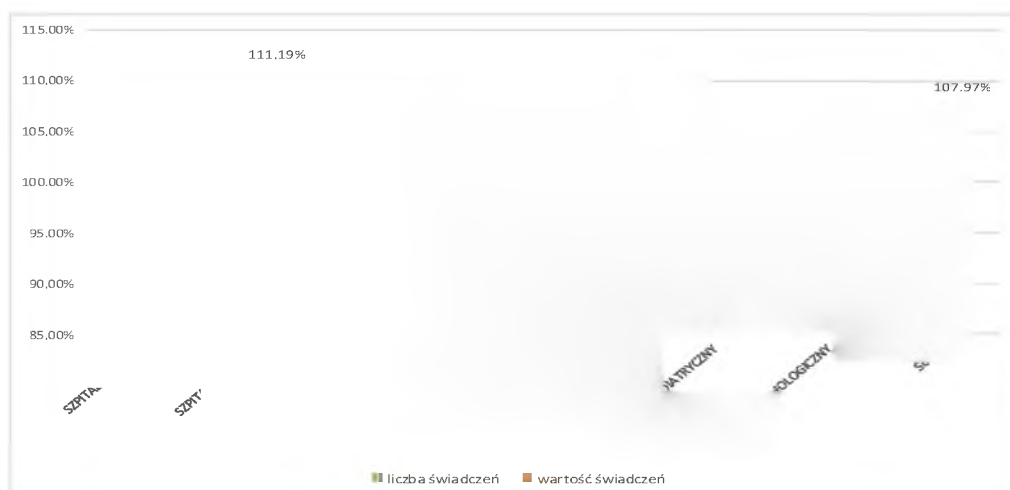
**Tabela nr II.3.** Realizacja świadczeń w ramach systemu PSZ w 2018 roku w porównaniu do realizacji analogicznych świadczeń za 2017 rok wg poziomu PSZ (w zł).

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

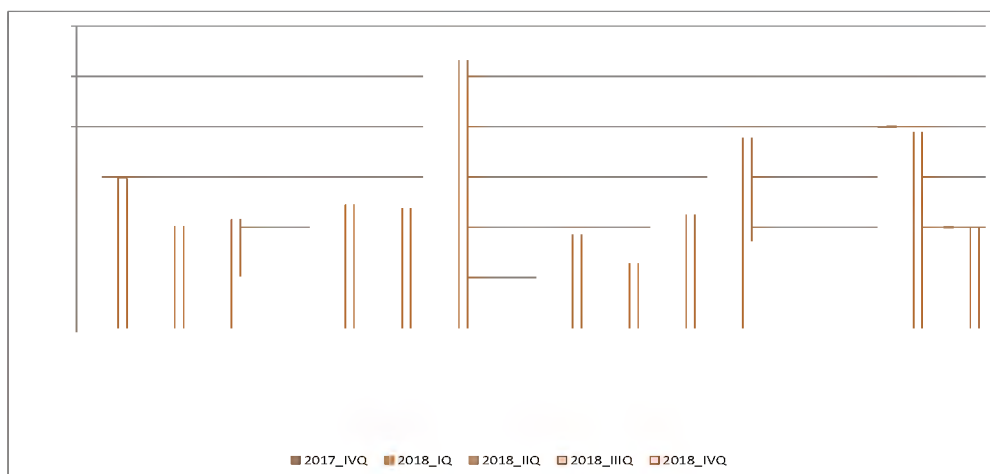
**Wykres nr II.1.** Dynamika wzrostu w ujęciu liczbowym i wartościowym wg rodzaju świadczeń.



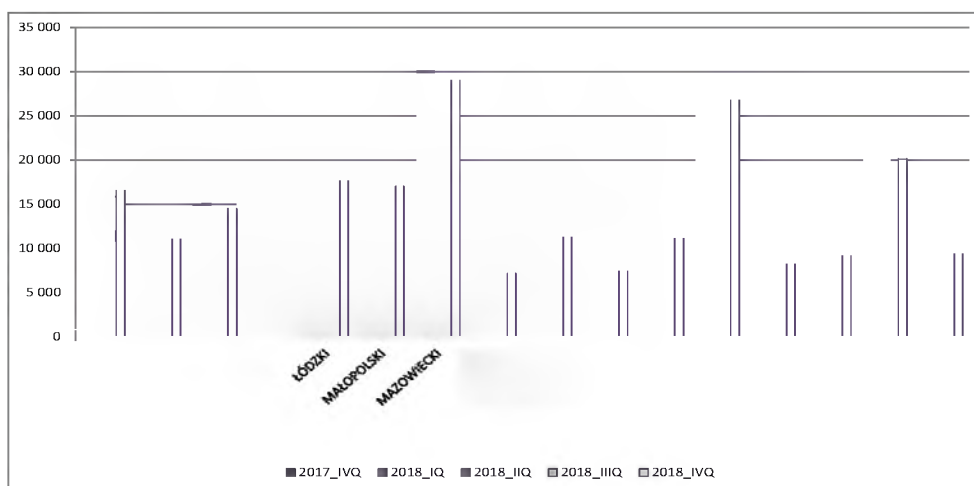
**Wykres nr II.2.** Porównanie dynamiki wzrostu w ujęciu liczbowym i wartościowym wg poziomu szpitali.



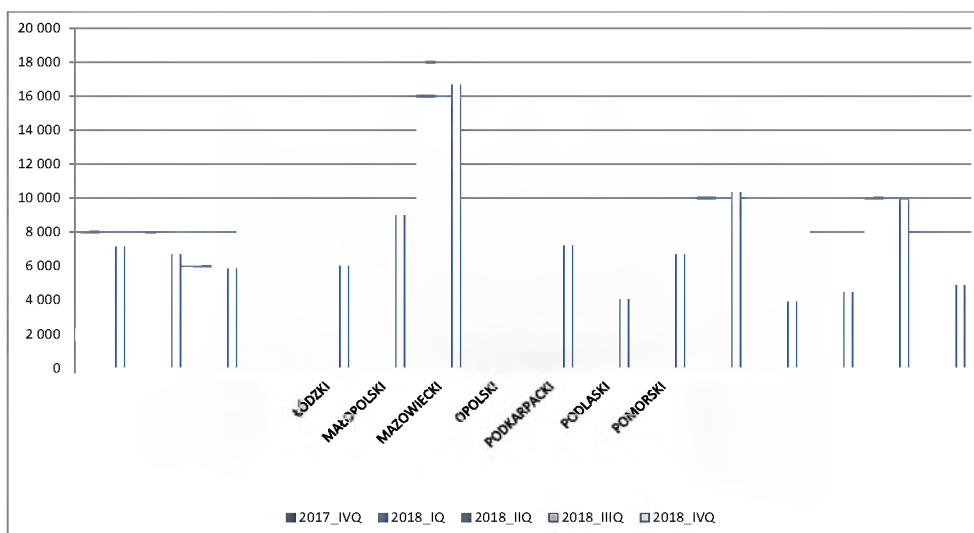
**Wykres nr III.3.** Liczba hospitalizacji w podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu w ujęciu kwartalnym – profil chirurgia ogólna.



**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

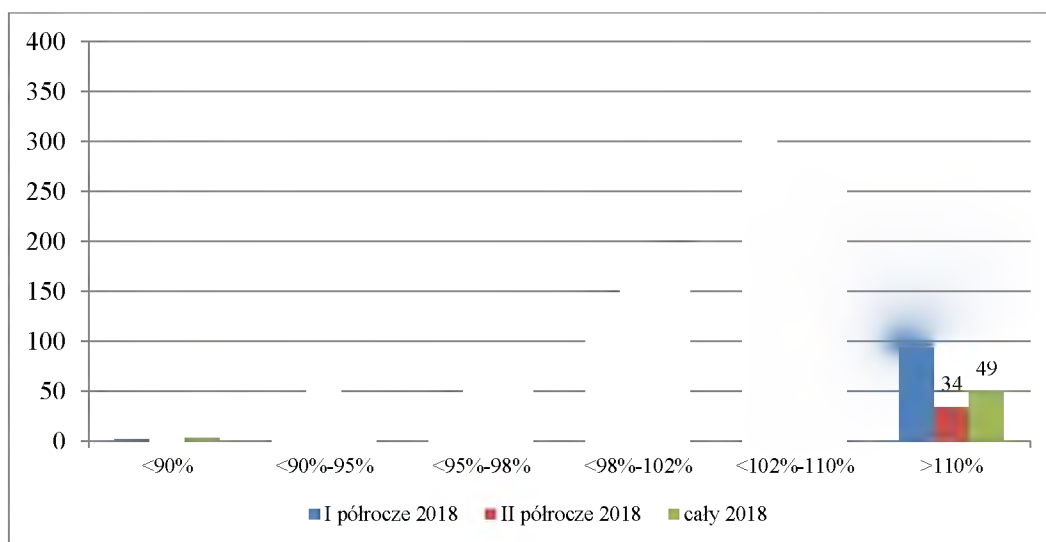
W analizie wykonania ryczałtu PSZ wzięto pod uwagę do wyliczeń wartość JI (skorygowaną liczbę jednostek sprawozdawczych), w stosunku do której rzeczywiście jest wyznaczany współczynnik wykonania ryczałtu delta L zgodnie z rozporządzeniem ministra zdrowia w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego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

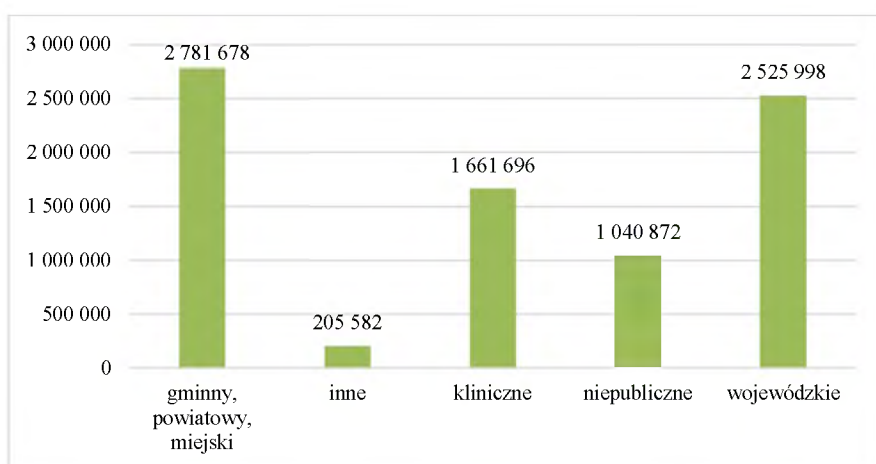
**Tabela nr II.18.** Wartość i wykonanie umów w rodzaju leczenie szpitalne w latach 2016-2018 (w tys. zł).

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>

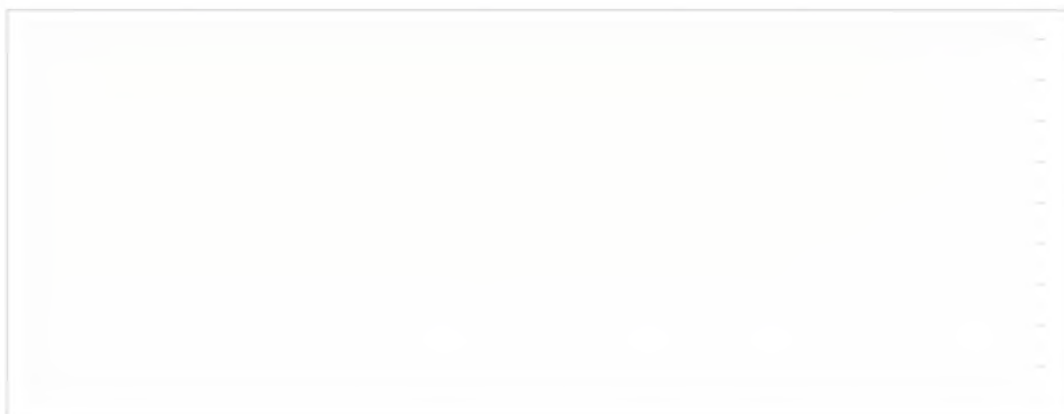
**Tabela nr II.19.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu szpitalnym w latach 2016-2018.

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

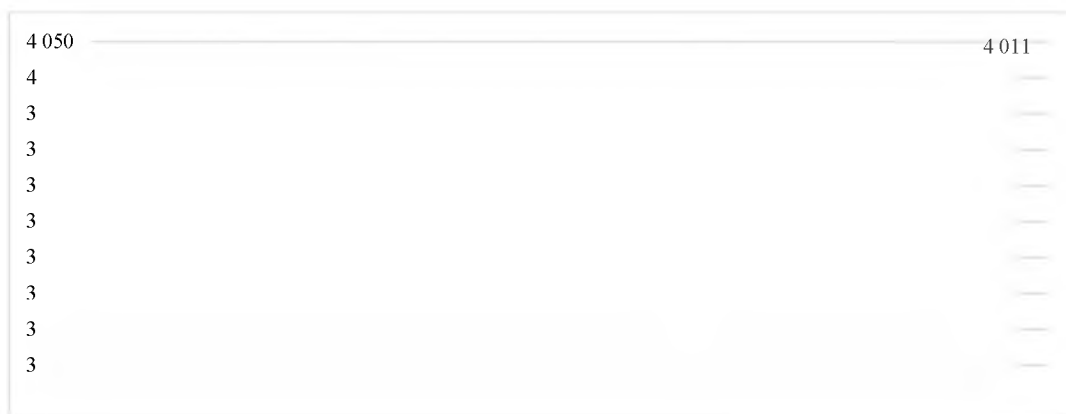
**Wykres nr II.7.** Liczba hospitalizacji zrealizowanych w 2018 r. przez poszczególne typy świadczeniodawców.



**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, cukrzycy 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 2017 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.

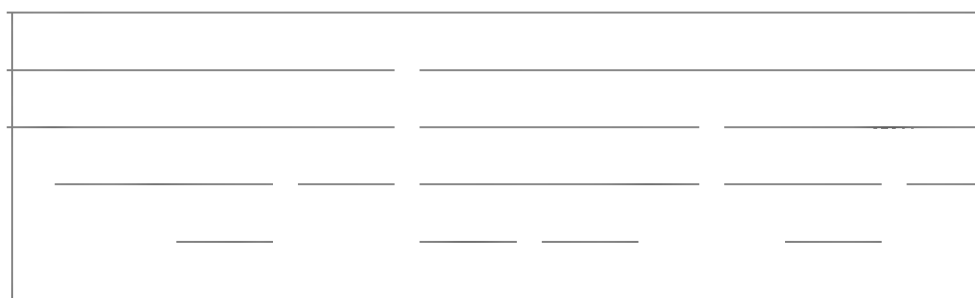
Płeć	Liczba świadczeniobiorców	Średni wiek świadczeniobiorcy
Mężczyzna	60 765	63,3
Kobieta	73 997	61,8

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 pemetreksed 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 (efmorococog 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 efmorococogu 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 nintedanib 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: niwolumab oraz pembrolizumab do programu lekowego leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca;
- b) dodanie substancji czynnych kabozantinib oraz niwolumab do programu lekowego leczenia raka nerki;
- c) dodanie substancji czynnej wedolizumab 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):
- usunięcie programu lekowego leczenia wczesnodziecięcej postaci cystynozy nefropatycznej;
  - dodanie substancji czynnej nintedanib do programu lekowego leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca z zastosowaniem afatynibu i nintedanibu;
  - 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):
- 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):
- przeniesienie substancji czynnych: sildenafil, epoprostenol, macytentan oraz dodaniu substancji czynnej riociguat do programu lekowego leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego;
  - dodanie substancji czynnej sekukinumab do programu lekowego leczenia łuszczykowego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym (ŁZS);
  - dodanie substancji czynnej sekukinumab oraz zmianie nazwy programu lekowego leczenia ciężkiej, aktywnej postaci zeszywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK);
  - dodanie substancji czynnych sekukinumab oraz iksekizumab do programu lekowego leczenia umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej;
  - dodanie substancji czynnej pomalidomid oraz zmianie nazwy programu lekowego leczenia chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka mnogiego;
  - usunięcie programu lekowego leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego sildenafilem, epoprostenolem i macytentanem (TNP), w związku z przeniesieniem substancji czynnych do programu leczenia tętniczego nadciśnienia płucnego;
  - 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 - Podskórnie - 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 zostało sfinansowane 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.

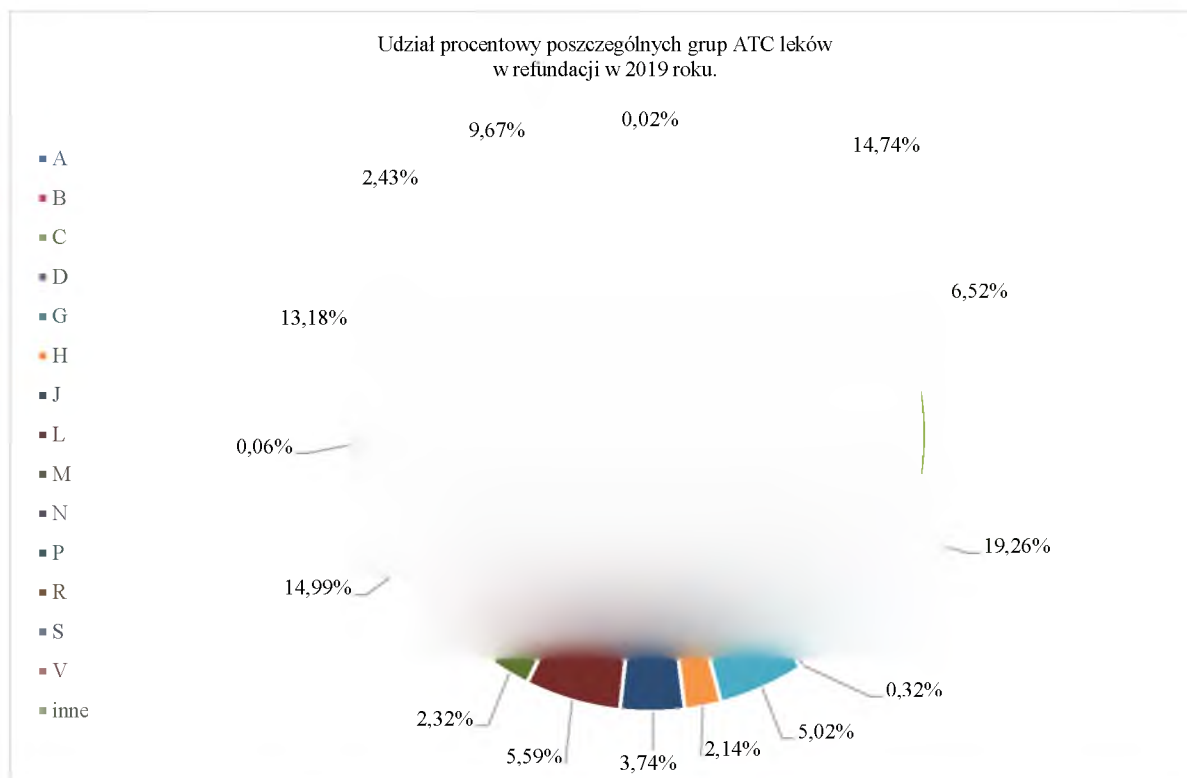
**Tabela nr II.65.** Przedstawienie typów uprawnień dodatkowych pacjentów w podziale na odpłatności, data generacji danych 20 maj 2019 r. (kwoty wyrażone w tys. zł i zawierają dotację Ministerstwa Zdrowia przeznaczoną na refundację leków).

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 Immunomodulacyjne	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

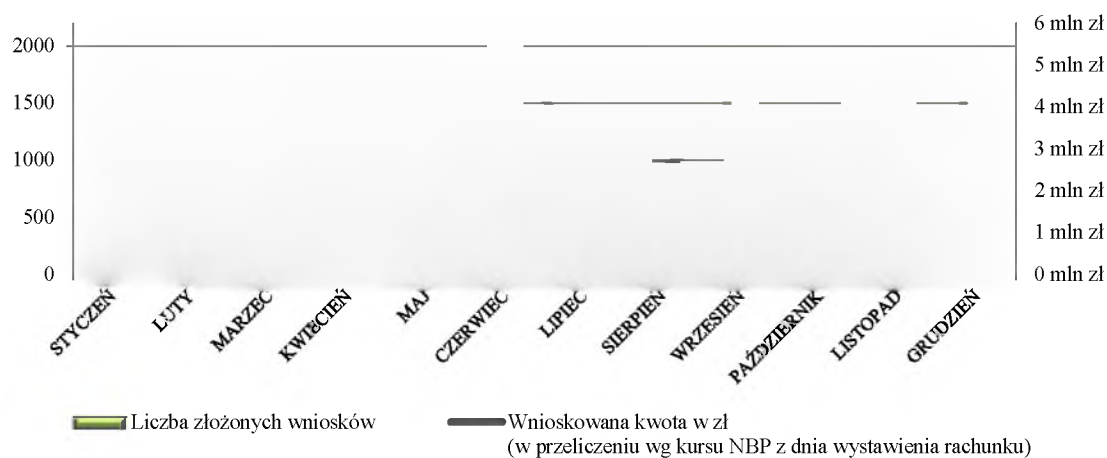
### **III. Opis realizacji przez centralę Funduszu oraz oddziały wojewódzkie Funduszu zadań określonych w ustawie**

#### 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 rozpatrzonej 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 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 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

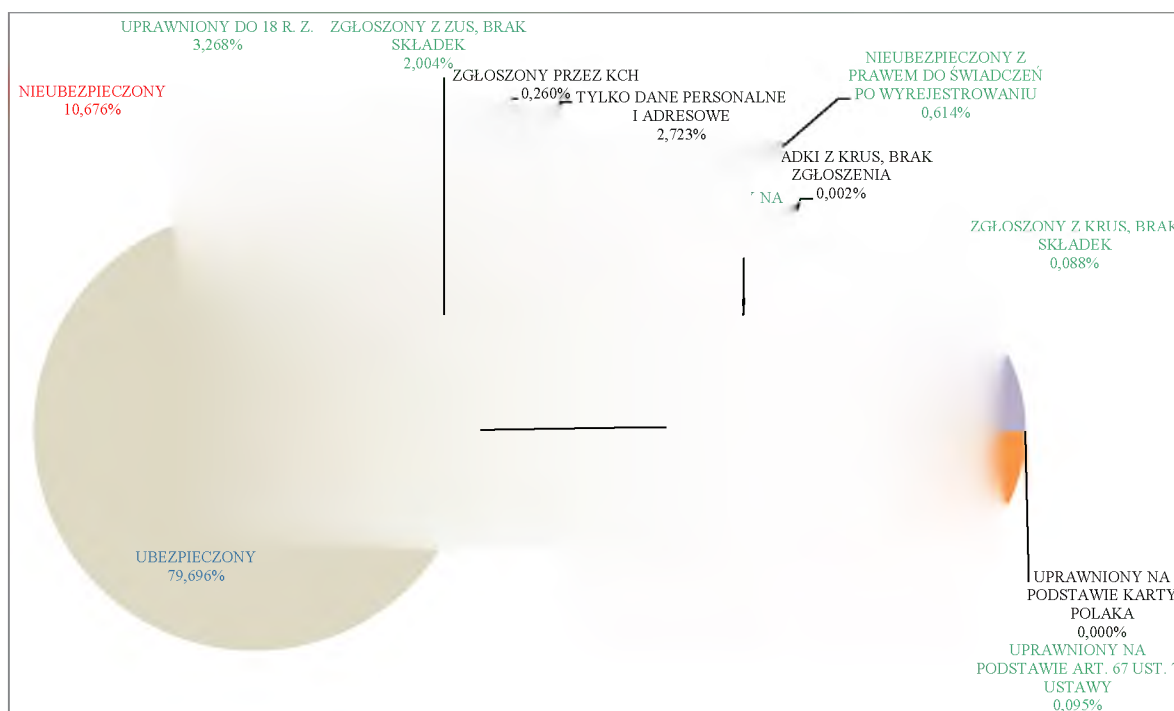
obowiązkowo 25 952 773 osoby, to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 899 004 osoby, to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 17 377 osób, ze zgłoszonymi 7 413 członkami rodziny.

**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 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=(3+6)
	<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 ubezpieczone, 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.	Łódzki	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 kontroli 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 Wojewódzki NFZ	Wartość zakwestionowanej ordynacji		Wartość 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).

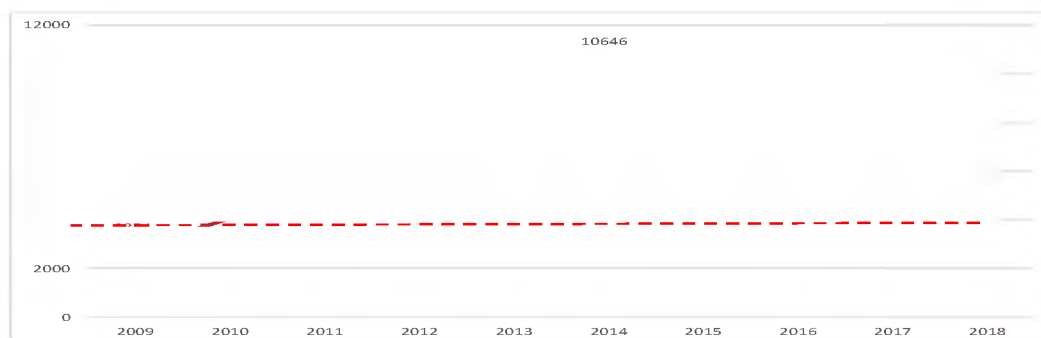
Na uwagę zasługuje również wzrost w 2018 r. liczby umorzonych postępowań administracyjnych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym o 123,02% w porównaniu do roku poprzedniego (w 2018 r. wydanych 310 decyzji, w 2017 r. - 139 decyzji).

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 wnosiły 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.

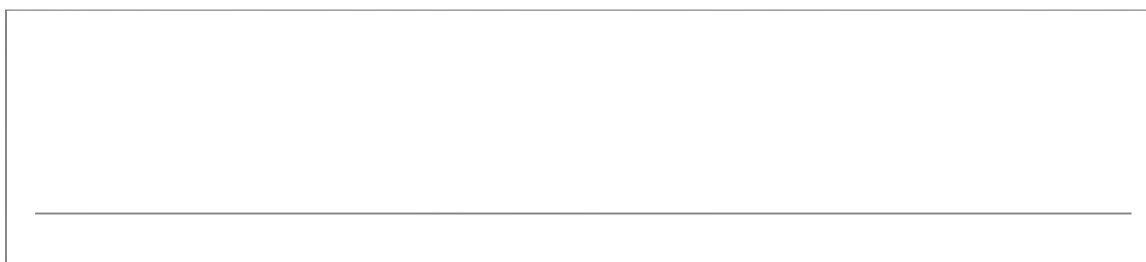
**Wykres nr III.4.** Liczba decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ wydawanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w latach 2009-2018.



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).

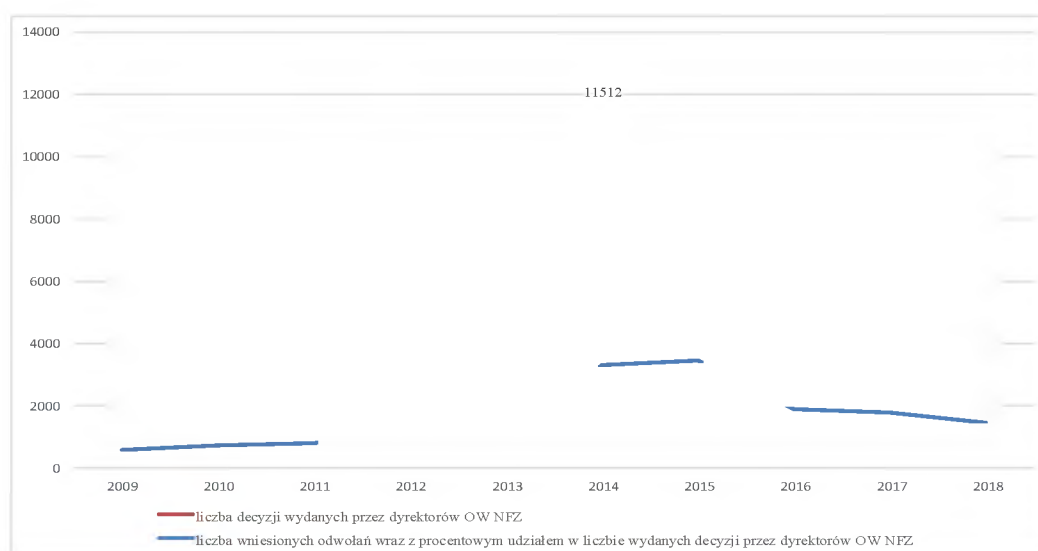
Liczba decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń wydawanych przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu w 2018 r. była niższa o 37 względem 2017 r., co stanowi spadek o 7% (486 wydanych decyzji w 2018 r. przy 523 wydanych w 2017 r.). Analizując dynamikę zmian liczby decyzji wydawanych przez 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 stałe wizyty u specjalisty, pomimo iż stan zdrowia nie wskazuje na taką konieczność. Kontrola stanu zdrowia mogłaby być realizowana przez lekarza POZ. Przy rosnącej liczbie pacjentów chorych przewlekle, pozostawanie ich pod stałą opieką specjalisty powoduje, że czasy oczekiwania ulegają wydłużeniu. Zwraca się uwagę na brak standardów kontynuowania leczenia przez lekarzy POZ. Występuje niewystarczająca współpraca pomiędzy POZ a 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:

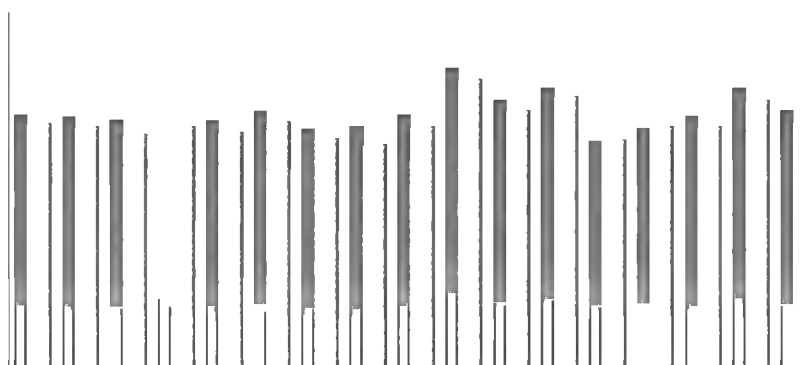
- najwyższe wartości w województwach: warmińsko – mazurskim (0,54), lubuskim (0,51), oraz zachodniopomorskim (0,49);
- najniższe wartości w województwach: małopolskim (0,33) oraz wielkopolskim (0,34).

**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>

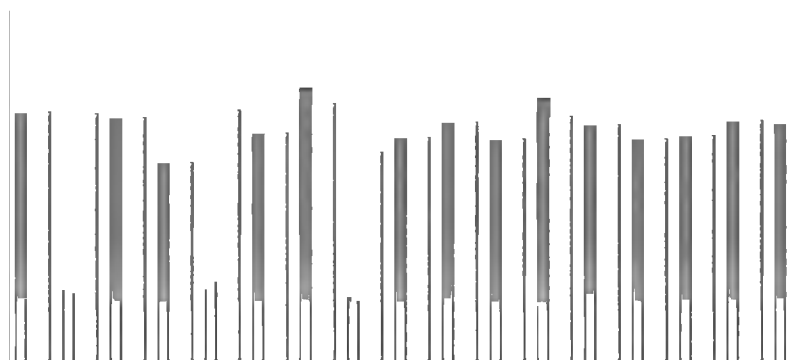
Poniżej na wykresach przedstawiono pozostałe koszty świadczeń w pozostałych rodzajach świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych.

**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.).



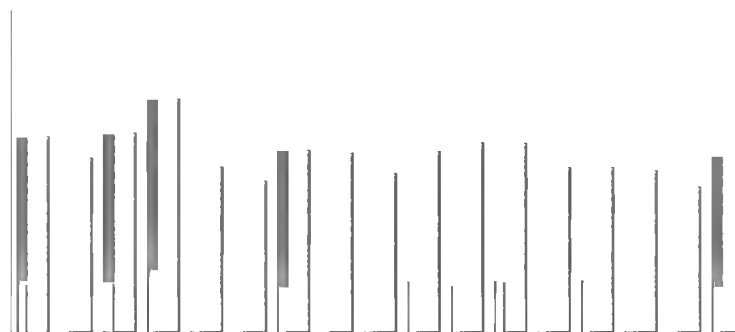
Największy wskaźnik wydatków w AOS w przeliczeniu na 10 tys. „swoich” uprawnionych na terenie całego kraju w 2018 r. osiągnął oddział podlaski (2 104 tys. zł).

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



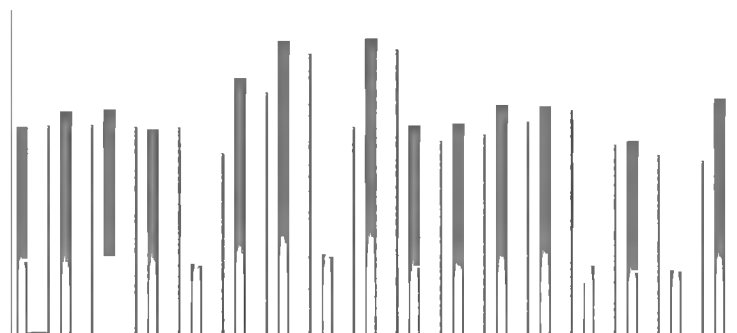
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono w 2018 roku na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” 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.).



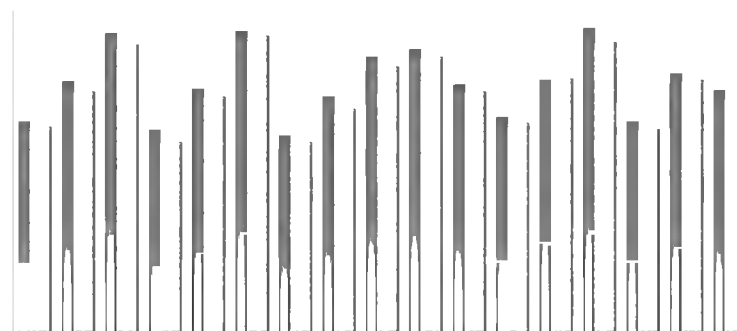
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poszczególne oddziały poniosły na leczenie uprawnionych w danym oddziale łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale wojewódzkim 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).

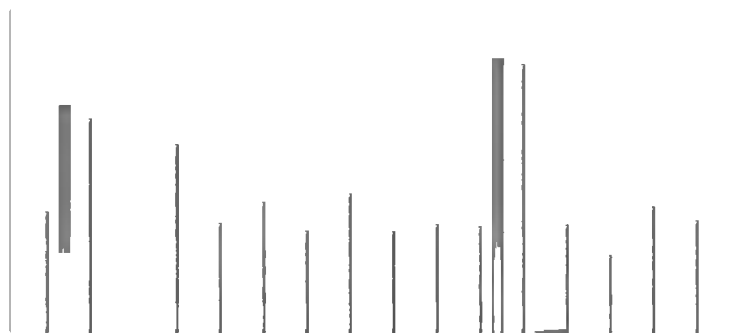
**Wykres nr IV.5.** Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju leczenie stomatologiczne w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.).



■ łączna wartość świadczeń dla wszystkich pacjentów w danym OW w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych  
 □ łączna wartość świadczeń dla pacjentów w danym OW i leczących się w danym OW w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych

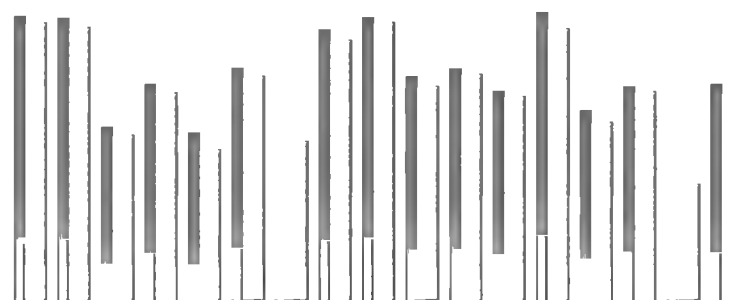
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. 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).

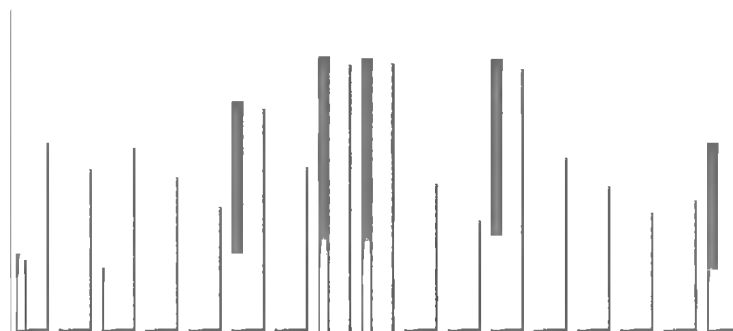
**Wykres nr IV.7.** Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.).



■ łączna wartość świadczeń dla wszystkich pacjentów w danym OW w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych  
□ łączna wartość świadczeń dla pacjentów w danym OW i leczących się w danym OW w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych

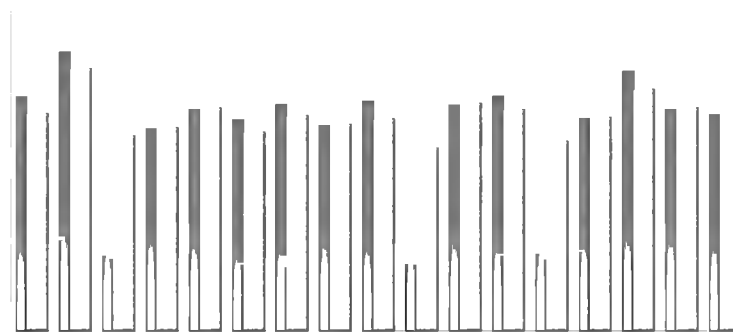
Powyższy wykres przedstawia koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania 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 rozliczonych 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 zbiorów
  - 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 potwierdzenie 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 uzdrowiskowego, 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. Prawidłowość 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. Prawidłowość 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. Prawidłowość 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. Prawidłowość 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. Prawidłowość postępowania Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ w sprawie rozwiązania umowy o pracę z pracownikiem – nie stwierdzono uchybień lub nieprawidłowości.
17. Prawidłowość 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. Prawidłowość przeprowadzenia postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna – nie stwierdzono uchybień lub nieprawidłowości.
19. Prawidłowość 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 ortodonta, 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.