



SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
X kadencja
Minister Zdrowia
DLU.070.4.2026ID.4

Druk nr 3025
Warszawa, 12 sierpnia 2026 r.

Pan
Włodzimierz Czarzasty
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowny Panie Marszałku

Zgodnie z art. 187 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.) przedkładam zaopiniowane przez Ministra Finansów

- Roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2025 rok,

przyjęte uchwałą Rady Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 21/2026/V z dnia 26 czerwca 2026 r. w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2025 r. wraz ze stanowiskiem Ministra Zdrowia w sprawie przedmiotowego Sprawozdania.

Z wyrazami szacunku

z up. Ministra Zdrowia
Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu

/dokument podpisany elektronicznie/

Stanowisko Ministra Zdrowia

w sprawie

Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2025

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 2025 r. poz. 1461, 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 2025, 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 21/2026/V z dnia 26 czerwca 2026 roku w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2025 rok.

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 opinię dotyczącą Sprawozdania pismem z dnia 21 lipca 2026 r., znak FS1.4542.13.2026, w którym nie zgłosił uwag (pismo załączono do Stanowiska).

Sprawozdanie przedstawia istotne działania podejmowane przez Fundusz w roku 2025, dotyczące realizacji jego zadań ustawowych.

Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej

Najważniejszą częścią *Sprawozdania*, wymaganą przez przepis 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, (b) liczby świadczeniodawców, (c) liczby zawartych umów oraz (d) liczby świadczeń opieki zdrowotnej, a ponadto (e) informacji wynikających z list oczekujących (na podstawie mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania na poszczególne rodzaje świadczeń opieki stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej).

W roku 2025 środki przewidziane w planie finansowym na zapewnienie świadczeń **podstawowej opieki zdrowotnej** zwiększyły się o 12,5% w porównaniu z rokiem poprzednim

i wyniosły 22,7 mld zł. W ramach tej opieki 9 266 świadczeniodawców udzieliło 199,7 mln porad 28,7 mln pacjentom.

W 2025 roku w podstawowej opiece zdrowotnej nastąpił dalszy rozwój opieki koordynowanej, w celu szybszego oraz skuteczniejszego diagnozowania i leczenia wybranych chorób przewlekłych, a także poprawy dostępu do wybranych świadczeń specjalistycznych. Na koniec 2025 roku opieką koordynowaną objęto 21 mln pacjentów, co stanowiło łącznie 61 % ogółu populacji objętej tą opieką.

Wartość umów podpisanych na 2025 rok z 5 217 świadczeniodawcami w **ambulatoryjnej opiece specjalistycznej** w porównaniu z rokiem 2024 wzrosła o 13 % i wyniosła 20,6 mld zł. Ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej skorzystało ponad 18,6 mln pacjentów, przy czym łączna liczba wszystkich porad w 2025 roku wyniosła ok. 98,2 mln. Świadczenia w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna realizowane są w poradniach specjalistycznych, w formie porad, programów kompleksowej opieki nad pacjentem z cukrzycą i HIV oraz ambulatoryjnych świadczeń kosztochłonnych (np. rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, gastroscopia). Z informacji dotyczących list oczekujących wynika, że wśród poradni z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących w trybie stabilnym najdłużej oczekuje się na świadczenia poradni chorób tarczycy (dla których mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wynosi 310 dni), neurochirurgicznych (274 dni), endokrynologicznych (172) kardiologicznych dla dzieci (154 dni), genetycznych (253 dni). W porównaniu z rokiem 2024 nastąpiło skrócenie mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni endokrynologicznych o 22 dni i poradni kardiologicznych dla dzieci o 16 dni. Należy także podkreślić, że w porównaniu z rokiem poprzednim odnotowano zwiększenie liczby osób zgłaszających się w celu uzyskania tych świadczeń, co oznacza, że coraz więcej pacjentów uzyskuje świadczenie.

Wartość kontraktów podpisanych na 2025 rok na **leczenie szpitalne** wzrosła o 9,4% w stosunku do nakładów z roku ubiegłego i wyniosła 104,9 mld zł. Umowy zawarto z 970 świadczeniodawcami, którzy udzieliли około 19,1 mln świadczeń ponad 9,1 mln pacjentom na kwotę ponad 2,5 mld zł. Do oddziałów szpitalnych, do których oczekiwało najwięcej osób w skali kraju, najdłuższe czasy oczekiwania odnotowywano do oddziałów otorynolaryngologicznych dla dzieci (mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wyniosła 122 dni), otorynolaryngologicznych (110 dni), chirurgii urazowo-ortopedycznych (73 dni), neurochirurgicznych (56 dni) oraz reumatologicznych

(72 dni). W przypadku tych oddziałów, w porównaniu z rokiem 2024, odnotowano skrócenie średniego czasu oczekiwania w oddziałach otorynolaryngologicznych dla dzieci o 12 dni.

W 2025 roku Fundusz zawarł umowy na udzielanie świadczeń z zakresu 145 **programów lekowych**, w tym 44 programów onkologicznych. Wartość świadczeń udzielonych w ramach tych umów wyniosła ok. 15,4 mld zł. W ramach programów onkologicznych i nieonkologicznych leczono ponad 337,5 tys. pacjentów. Największe środki zostały wydatkowane w programach leczenia: raka piersi (1 635 mln zł - co stanowi 10,6% kosztów wszystkich wykonanych świadczeń związanych z programami lekowymi) oraz raka płuca i międzybłoniaka opłucnej (1 518 mln zł - 9,8%), chorych na stwardnienie rozsiane (876 mln zł - 5,7%) oraz chorych na szpiczaka plazmocytowego (660 mln zł - 4,3%).

Wartość kontraktów podpisanych z 1 310 świadczeniodawcami na 2025 rok na **leczenie psychiatryczne oraz uzależnień** wzrosła o 11,4% w stosunku do nakładów z roku ubiegłego i wyniosła ok. 6,5 mld zł. Liczba osób korzystających z tych świadczeń wynosiła 1,5 mln pacjentów. Wyraźny wzrost liczby pacjentów i udzielanych świadczeń odnotowano w zakresie świadczeń opartych o środowiskowy model psychiatrycznej opieki zdrowotnej - 690, 2 tys. osób uzyskało świadczenia centrów zdrowia psychicznego, a w ramach świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży opartych o trzy poziomy referencyjne świadczenia uzyskało 369 275 pacjentów poniżej 18 roku życia. W 2025 r. najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano na świadczenia oddziałów dziennych psychogeriatrycznych (mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wyniosła 169 dni), oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych (73 dni), poradni dla osób z autyzmem dziecięcym (39 dni), poradnie zdrowia psychicznego (37 dni) oraz poradni leczenia nerwic (32 dni). W przypadku tych komórek, w porównaniu z rokiem 2024, odnotowano skrócenie średniego czasu oczekiwania w oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych o 47 dni, poradni dla osób z autyzmem dziecięcym (o 31 dni) oraz poradni leczenia nerwic (o 5 dni). Należy podkreślić, że pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne do wymienionych komórek organizacyjnych (z wyjątkiem poradni psychogeriatrycznych) przyjmowani byli na bieżąco.

Świadczenia z zakresu **opieki długoterminowej** realizowane są w ramach świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej. Wartość kontraktów podpisanych na 2025 rok na opiekę pielęgnacyjną i opiekuńczą wyniosła 4,6 mld zł, co oznacza wzrost o 12,4% w stosunku do nakładów z roku ubiegłego. Umowy realizowało 1 414 świadczeniodawców, którzy udzielili ponad 29 mln świadczeń ponad 119 tys. osób. W przypadku świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej - wartość umów wzrosła o 20,9%

i wyniosła 2,5 mld zł. Świadczeń udzielało 540 świadczeniodawców, którzy objęli opieką ponad 113 tys. pacjentów. Większość podmiotów udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej przyjmuje pacjentów na bieżąco.

Wartość kontraktów podpisanych na 2025 rok w **rehabilitacji leczniczej** wzrosła w porównaniu z rokiem poprzednim o 3% i wyniosła prawie 8,4 mld zł, a liczba zakontraktowanych świadczeniodawców wyniosła 2 784. Świadczenia uzyskało ponad 3,7 mln osób. Mimo zwiększenia liczby osób, które uzyskały świadczenie i liczby wykonywanych świadczeń nadal czasy oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji należą do jednych z najdłuższych – najtrudniej dostępne są świadczenia rehabilitacji leczniczej: zakładów i ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej (mediana średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wynosi 259 dni), ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (239 dni), fizjoterapii ambulatoryjnej (178 dni), rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych (173 dni) i poradni rehabilitacyjnej dla dzieci 75 dni.

Wartość zawartych umów w 2025 roku na **opiekę stomatologiczną** wyniosła 4,4 mld zł, co oznacza wzrost w porównaniu z rokiem 2024 o 9,7%. Świadczeń udzielało 5 221 świadczeniodawców. Z leczenia stomatologicznego skorzystało ok. 5,8 mln pacjentów. Najdłuższe średnie czasy oczekiwania dotyczą poradni ortodontycznych (mediana średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wynosiła 83 dni), ortodontycznych dla dzieci (49 dni), poradni chirurgii stomatologicznej (38 dni), poradni periodontologicznych oraz chorób błon śluzowych przyzębia (27 dni). W przypadku większości poradni stomatologicznych świadczenia udzielane są na bieżąco.

Wartość zawartych umów w roku 2025 w rodzaju **świadczenia kontraktowane odrębnie** wyniosła 4, 6 mld zł, co stanowi 5,1% wzrost w porównaniu z rokiem poprzednim. Umowy w tym zakresie zawarto z 455 świadczeniodawcami, którzy udzielili 13,3 mln świadczeń ponad 370 tys. pacjentom. Do świadczeń kontraktowanych odrębnie należą m.in. dializoterapia otrzewnowa, hemodializoterapia, terapia hiperbaryczna, tlenoterapia domowa, żywienie pozajelitowe oraz dojelitowe w warunkach domowych, badania zgodności tkankowej, badania genetyczne, badania izotopowe, terapia izotopowa, pozytonowa tomografia emisyjna czy nadzór telemetryczny nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi, leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci i dorosłych.

W rodzaju **pomoc doraźna i transport sanitarny** Fundusz finansuje świadczenia realizowane przez zespoły sanitarne typu „N” (neonatologiczne). W 2025 r. 33 zespoły sanitarne typu „N” wykonały 6 481 transporty, udzielając świadczeń 5 646 dzieciom, a 103 zespoły transportu medycznego wykonało łącznie 46 960 transportów, udzielając świadczeń 43 911 osobom.

W 2025 roku odnotowano 11,4% wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń z zakresu **ratownictwa medycznego** do kwoty 4,8 mld zł. Liczba umów zawieranych w tym zakresie jest stała od lat i wynosi 23, co odzwierciedla liczbę rejonów operacyjnych, określonych w planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie ponad 3,2 mln wyjazdów, udzielając świadczeń 2,4 mln osobom.

Wartość zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju **leczenie uzdrowiskowe** wzrosła o 16% w stosunku do roku poprzedniego i wyniosła ponad 2 mld zł. W porównaniu do 2024 r. zwiększyła się nieznacznie – o ok. 2% - liczba zrealizowanych skierowań oraz osób, które skorzystały ze świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego. Zrealizowano 441 865 skierowań na leczenie uzdrowiskowe (432 010 – w trybie stacjonarnym, 9 855 w trybie ambulatoryjnym) dla 441 tys. osób. Osoby korzystające z tej formy leczenia to przede wszystkim chorzy z chorobami przewlekłymi - układu krążenia, oddechowego, nerwowego, problemami ortopedycznymi oraz reumatologicznymi.

Realizacja wybranych zadań Narodowego Funduszu Zdrowia

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

1) zadania z zakresu monitorowania i kontroli

W 2025 r. terenowe wydziały kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadziły łącznie 2 216 kontroli i czynności sprawdzających, z tego 1 001 kontroli dotyczyło realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, 683 ordynacji produktów refundowanych, 572 - realizacji umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę w aptekach i punktach aptecznych oraz 5 dotyczyło prawidłowości i zasadności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Skutki finansowe działań kontrolnych w 2025 r. wyniosły łącznie 160,3 mln zł, w tym wartość nienależnie przekazanych środków finansowych 52,5 mln zł oraz wartość nałożonych kar 107,8 mln zł.

Wykonując zadanie w zakresie monitorowania ordynacji produktów refundowanych w 2025 roku terenowe wydziały kontroli NFZ przeprowadziły 128 kontroli, obejmując postępowaniem 922 osoby uprawnione do wystawiania recept. Większość (73%) kontroli dotyczyło ordynacji realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, natomiast

w 34 przypadkach skontrolowano osoby uprawnione do wystawiania recept (27%). Skutki finansowe przeprowadzonych w 2025 roku tych kontroli wyniosły łącznie 40,8 mln zł i były wyższe o 28,5 mln zł w porównaniu z rokiem poprzednim.

W 2025 roku przeprowadzono 212 postępowań kontrolnych aptek, o 25 więcej niż w roku poprzednim. Skutki finansowe wyniosły 7,5 mln zł i były o 1,4 mln zł wyższe w porównaniu z rokiem 2024.

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

Zgodnie z postanowieniami dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, polscy świadczeniobiorcy mają prawo do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, będących świadczeniami gwarantowanymi, udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE i EOG.

W 2025 r. Fundusz uwzględnił 14 346 wniosków o zwrot kosztów złożonych przez świadczeniobiorców, którzy skorzystali ze świadczeń zdrowotnych podczas pobytu na terenie 17 państw członkowskich UE lub EOG (wzrost o 5,1% w porównaniu z 2024 r.). Łączna wartość dokonanych zwrotów z tytułu świadczeń udzielonych wyniosła 45,9 mln zł, co oznacza 13,3% wzrost w stosunku do 2024 r. Ponad 84% tej kwoty dotyczyło świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego, z tego większość zabiegów usunięcia zaćmy. Średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń, w przeliczeniu na jeden wniosek złożony w oddziale wojewódzkim Funduszu, wyniosła 3,2 tys. zł.

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 NFZ wydał 75 zgód. Podobnie jak w 2024 r., największa liczba zgód dotyczyła leczenia w Niemczech, Wielkiej Brytanii oraz USA. Pacjenci najczęściej byli kierowani na uzyskanie świadczeń z zakresu genetyki klinicznej, kardiochirurgii dziecięcej oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu. W 2025 r. szacunkowy koszt zgód, na które pacjenci byli kierowani poza granice kraju zwiększył się o 37% wyniósł 35,4 mln zł.

Ponadto w 2025 r. Prezes NFZ wydał 33 decyzje (więcej o 10 decyzji w porównaniu z rokiem poprzednim) wyrażające zgodę na pokrycie kosztów transportu na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju. Szacowany łączny koszt wydanych decyzji wyniósł

0,02 mln zł (w roku poprzednim 0,6 mln zł). Zmniejszenie kosztów transportu w 2025 roku wynikało z mniejszej liczby wniosków złożonych o sfinansowanie medycznego transportu lotniczego do miejsca udzielenia świadczeń – głównie USA, który generuje najwyższe koszty.

3) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych

Zgodnie z danymi zgromadzonymi w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych na koniec 2025 r., prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych posiadało 36,6 mln osób, z czego 34,3 mln osób z tytułu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26,7 mln osób to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7,6 mln to członkowie rodzin. Umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego zawarto z 14 669 osobami, które zgłosiły do ubezpieczenia zdrowotnego 4 334 członków rodzin. Na koniec 2025 r. ponad 9 tys. osób nieubezpieczonych spełniających kryterium dochodowe, posiadało decyzje potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie których mogli korzystać z tych świadczeń.

Gospodarka finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia

Szczegółowe informacje dotyczące gospodarki finansowej Funduszu zostały przedstawione w *Sprawozdaniu finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2025* oraz w *Sprawozdaniu z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2025*. Minister Zdrowia nie zgłosił uwag do tych *Sprawozdań*.



Minister Finansów i Gospodarki

Warszawa, 21 lipca 2026 roku

Sprawa: Odp. na pismo z 3 lipca 2026 r., znak DLU.070.4.2026.ID
Znak sprawy: FS1.4542.13.2026
Kontakt: Kancelaria MF
tel.: +48 22 694 55 55
e-mail: kancelaria@mf.gov.pl

Tomasz Maciejewski
Podsekretarz Stanu
w Ministerstwie Zdrowia

Szanowny Panie Ministrze,

uprzejmie informuję, że nie zgłaszam uwag do przekazanego rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2025 rok, przyjętego przez Radę NFZ (uchwała nr 21/2026/V z dnia 26 czerwca 2026 roku).

Podstawa prawna

art. 187 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, z późn. zm.)

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia Ministra Finansów i Gospodarki

Hanna Majszczyk
podsekretarz stanu

w Ministerstwie Finansów

UCHWAŁA Nr 21/2026/V
RADY NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
z dnia 26 czerwca 2026 r.
w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności
Narodowego Funduszu Zdrowia za 2025 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 (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.¹), Rada Funduszu

uchwala, co następuje:

§ 1.

Rada Narodowego Funduszu Zdrowia, po rozpatrzeniu wniosku z dnia 18 czerwca 2026 r. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, uwzględniając korektę do tego sprawozdania złożoną w dniu 22 czerwca 2026 r., przyjmuje roczne Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2025 r., stanowiące załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Przewodniczący Rady
Narodowego Funduszu Zdrowia

Rudolf Borusiewicz

/dokument podpisano elektronicznie/

¹ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2025 r. poz. 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26, 203 i 791.

**Uzasadnienie uchwały Nr 21/2026/V
Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 czerwca 2026 r.
w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności
Narodowego Funduszu Zdrowia za 2025 r.**

Stosownie do art. 100 ust. 1 pkt 4 lit. b) ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.), do zadań Rady Narodowego Funduszu Zdrowia należy przyjmowanie m.in. rocznych sprawozdań z działalności Funduszu.

Zgodnie z art. 187 ust. 1 powołanej ustawy, Prezes Funduszu przedstawia corocznie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych, nie później niż do dnia 30 czerwca roku następnego, przyjęte przez Radę Funduszu roczne sprawozdanie z działalności Funduszu.

Przy wniosku z 18 czerwca 2026 r. Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia przekazał Radzie Funduszu roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2025 r. 22 czerwca do sprawozdania złożona została korekta.

Rada rozpatrzyła i przyjęła sprawozdanie na posiedzeniu w dniu 26 czerwca 2026 r.

Uchwała Nr 21/2026/V Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 czerwca 2026 r. w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2026 r. została podjęta jednogłośnie, dziewięcioma głosami „za”.

Maciej Mekiński
Radca prawny
Wa-5549
Biuro Rady Funduszu
/dokument podpisany elektronicznie/



Narodowy Fundusz Zdrowia

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA ZA 2025 ROK

Warszawa, czerwiec 2026 rok

Filip Nowak

Prezes NFZ

/Dokument podpisany elektronicznie/

Spis treści

Wstęp	5
I. Podstawy prawne działalności Funduszu	6
II. Informacje o zakresach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz	10
II.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2025 roku	10
II.1.1. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)	10
II.1.2. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)	12
II.1.3. Profilaktyczne programy zdrowotne	13
II.1.4. Leczenie szpitalne	14
II.1.5. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej	16
II.1.6. Opieka kompleksowa	19
II.1.6.1. KOS – Zawał	19
II.1.6.2. Onkologiczne świadczenia kompleksowe – KON	19
II.1.6.3. Krajowa Sieć Onkologiczna (KSO)	20
II.1.6.4. Krajowa Sieć Kardiologiczna (KSK)	20
II.1.6.5. Kompleksowa diagnostyka i leczenie niepłodności oraz Koordynacja programu w ramach programu polityki zdrowotnej pn. Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego na lata 2021-2026	20
II.1.7. Programy pilotażowe	21
II.1.8. Świadczenia Kontraktowane Odrębnie	27
II.1.9. Opieka Paliatywna i Hospicyjna	27
II.1.10. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	27
II.1.11. Zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie	28
II.1.12. Leczenie stomatologiczne	28
II.1.13. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	29
II.1.13.1. Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (I, II i III poziom referencyjny)	30
II.1.14. Centra Zdrowia Psychicznego	30
II.1.15. Rehabilitacja lecznicza	31
II.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej	32
II.2.1. System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej	32
II.2.1.1. Funkcjonowanie systemu PSZ w latach 2024-2025	32
II.2.2. Postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej	37
II.2.2.1. Liczba i wartość umów w 2025 roku	38
II.2.3. Podstawowa opieka zdrowotna	38
II.2.4. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	44
II.2.5. Leczenie szpitalne	46
II.2.5.1. Chemioterapia	47

II.2.5.2. Programy lekowe.....	49
II.2.6. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	54
II.2.6.1. Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży I, II i III poziom referencyjny	56
II.2.6.2. Centra Zdrowia Psychicznego	57
II.2.7. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze	58
II.2.8. Opieka paliatywno-hospicyjna.....	60
II.2.9. Rehabilitacja lecznicza.....	62
II.2.10. Leczenie stomatologiczne	63
II.2.11. Świadczenia odrębnie kontraktowane	66
II.2.12. Profilaktyczne programy zdrowotne.....	69
II.2.13. Zaopatrzenie w wyroby medyczne	71
II.2.14. Lecznictwo uzdrowiskowe.....	72
II.2.15. Pomoc doraźna i transport sanitarny.....	74
II.2.15.1. Świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”.....	75
II.2.15.2. Świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego	76
II.2.16. Ratownictwo medyczne	78
II.2.17. Refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	81
III. Opis realizacji przez Centralę oraz OW NFZ zadań określonych w ustawie	86
III.1. Zadania, o których mowa w art. 42a pkt 2 ustawy o świadczeniach	86
III.2. Zadania, o których mowa w art. 42d ustawy o świadczeniach.....	92
III.3. Zadania, o których mowa w art. 42i ustawy o świadczeniach.....	96
III.4. Zadania, o których mowa w art. 42j ustawy o świadczeniach.....	97
III.5. Centralny Wykaz Ubezpieczonych.....	98
III.6. Plany zakupu świadczeń	101
III.7. Zadania z zakresu monitorowania i kontroli.....	103
III.8. Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego	112
III.9. Autoryzacja.....	115
III.10. Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ)	116
IV. Informacje o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków NFZ	119
IV.1. Liczba osób oczekujących	119
IV.1.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	124
IV.1.2. Leczenie szpitalne	125
IV.1.3. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	126
IV.1.4. Rehabilitacja lecznicza.....	128
IV.1.5. Opieka paliatywna i hospicyjna.....	129
IV.1.6. Leczenie stomatologiczne	131

IV.1.7. Wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących	132
IV.1.8. Komórki organizacyjne oraz świadczenia, w których nastąpiła w okresie od grudnia 2024 r. do grudnia 2025 r. zmiana liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób	135
IV.1.9. Przyczyny ograniczonej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej	137
IV.2. Geograficzna dostępność świadczeń opieki zdrowotnej według województw – w podziale na poszczególne zakresy tych świadczeń.....	142
V. Opis organizacji Funduszu.....	150
V.1. Struktura organizacyjna Funduszu.....	150
V.2. Stan zatrudnienia w centrali Funduszu i OW NFZ.....	153
V.3. Działania podejmowane w zakresie informatyzacji Funduszu, w tym realizowane projekty	155
V.3.1. Systemy informatyczne.....	155
V.4. Wybrane projekty realizowane przez Fundusz.....	167
V.5. Działania edukacyjne i informacyjne	176
V.5.1. Zdrowe Dane	180
V.5.2. Telefoniczna Informacja Pacjenta (TIP).....	181
V.5.3. Upraszczenie języka w komunikacji Narodowego Funduszu Zdrowia.....	183
V.5.4. Forum Organizacji Pacjentów.....	184
V.5.5. Badanie doświadczeń klientów	184
V.5.6. Analiza danych pracy sal obsługi klientów Narodowego Funduszu Zdrowia	185
V.5.7. Profilaktyka i promocja zdrowia.....	186
VI. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących Funduszu	189
VI.1. Kontrole wewnętrzne przeprowadzone przez Fundusz	189
VI.2. Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w Funduszu	191
VI.3. Audyt wewnętrzny w Funduszu	193
VI.4. Podejmowane przez Fundusz działania naprawcze	195
VI.5. Sprawy sądowe	195
VII. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących świadczeniodawców	197

Wstęp

Zasady funkcjonowania, organizację oraz zadania Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej również „NFZ” lub „Funduszem”, określają przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461, 1537 i 1739 oraz z 2026 r. poz. 26 i 203), zwanej dalej również „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. z 2024 r. poz. 1205), zwanym dalej również „statutem NFZ”.

Wewnętrzna organizacja Funduszu została szczegółowo określona w regulaminach organizacyjnych Centrali i OW NFZ. Niniejsze sprawozdanie zostało przygotowane na podstawie przepisu art. 102 ust. 5 pkt 11 oraz art. 187 ust. 1 ustawy o świadczeniach, zgodnie z którym Prezes Funduszu sporządza roczne sprawozdanie z działalności Funduszu, zawierające w szczególności informację o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Sprawozdanie, po uprzednim przyjęciu przez Radę Funduszu, jest przedstawiane ministrowi właściwemu do spraw zdrowia oraz ministrowi właściwemu do spraw finansów publicznych w terminie do dnia 30 czerwca roku następnego. Zgodnie z art. 104 ust. 1 ustawy o świadczeniach, sprawozdanie roczne z działalności Funduszu jest publikowane na stronie internetowej Funduszu. Zakres danych, jakie powinno zawierać sprawozdanie, został określony 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 z późn. zm.), zwanym dalej również „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 sprawozdaniach finansowych NFZ. Różnice wynikają z ich odmiennego sposobu tworzenia, w szczególności z innego układu prezentowania danych oraz ujęcia wyników finansowych w księgach rachunkowych OW NFZ.

I. Podstawy prawne działalności Funduszu

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

W 2025 r. ustawa o świadczeniach była nowelizowana następującymi aktami prawnymi:

1. Ustawą z dnia 27 września 2024 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1593). Zmiany dotyczyły wprowadzenia kasowego PIT, którego celem było zapobieżenie celowemu przesuwaniu przychodów i kosztów na okres zawieszenia działalności, co może sztucznie obniżać składkę zdrowotną. W przypadku wyboru metody kasowej, przychody i koszty uzyskane w trakcie zawieszenia działalności będą uwzględniane przy wyliczaniu składki zdrowotnej. Zmiana ma chronić budżet NFZ przed spadkiem wpływów z tytułu składek od przedsiębiorców.

Ustawa weszła w życie 1 stycznia 2025 r.¹

2. Ustawą z dnia 27 sierpnia 2024 r. o zmianie ustawy o rencie socjalnej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1615), wprowadzając m.in. nowe świadczenie (dodatek dopełniający) dla osób całkowicie niezdolnych do pracy i samodzielnej egzystencji. Dodatek ten jest wliczany do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne. Składka na ubezpieczenie zdrowotne potrącana jest na takich samych zasadach jak od renty socjalnej.

Ustawa weszła w życie 1 stycznia 2025 r.

3. Ustawą z dnia 6 grudnia 2024 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1915). Zmiany obejmują:
 - wyłączenie sprzedaży środków trwałych z podstawy naliczania składki. Przychody przedsiębiorców ze sprzedaży środków trwałych (m.in. nieruchomości) oraz wartości niematerialnych i prawnych nie są już wliczane do podstawy wymiaru składki zdrowotnej. Zapobiega to konieczności płacenia wysokiej składki od jednorazowych, dużych transakcji majątkowych;
 - obniżenie minimalnej podstawy wymiaru składki do 75% minimalnego wynagrodzenia. Dla przedsiębiorców rozliczających się na zasadach ogólnych (skala podatkowa), podatkiem liniowym oraz kartą podatkową, minimalna miesięczna podstawa wymiaru składki wynosi 75% minimalnego wynagrodzenia, zamiast (jak dotychczas) 100%;
 - wprowadzenie kasowej formy rozliczania przychodów. Dla potrzeb ustalenia podstawy składki zdrowotnej umożliwiono stosowanie metody kasowej, co pozwala na lepsze dopasowanie obciążeń do faktycznych wpływów gotówkowych w firmie.

¹ z wyjątkiem art. 1 pkt 3 i 9, art. 2 pkt 2 lit. a, art. 4 oraz art. 6 ust. 1 i 2, które weszły w życie z dniem 30 października 2024 r.

Ustawa weszła w życie 1 stycznia 2025 r.²

4. Ustawą z dnia 5 grudnia 2024 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. 2025 r. poz. 129), zmiany dotyczą doprecyzowania i rozszerzenia zasad zaopatrywania osób po 65. r.ż. w bezpłatne leki oraz wyroby medyczne, zmiany mechanizmu ustalania listy bezpłatnych leków (tzw. listy „S”), w celu szybszego włączania do niej nowoczesnych terapii, wprowadzenia przepisów ułatwiających osobom uprawnionym (lekarzom, w określonych przypadkach pielęgniarkom i farmaceutom) wystawiania recept, dostosowania przepisów dotyczących wydawania produktów leczniczych w aptekach, aby zapewnić spójność między ustawą o świadczeniach, a ustawą refundacyjną oraz Prawem farmaceutycznym.

Ustawa weszła w życie 14 lutego 2025 r.

5. Ustawą z dnia 24 stycznia 2025 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przystąpieniem Rzeczypospolitej Polskiej do wzmocnionej współpracy w zakresie Prokuratury Europejskiej (Dz. U. poz. 304). Zmiany obejmują kwestię podlegania polskiemu systemowi ubezpieczeń przez Prokuratora Europejskiego oraz Delegowanego Prokuratora Europejskiego. Mimo pełnienia funkcji w organie UE, pozostają w polskim systemie ubezpieczeń zdrowotnych i społecznych. Ustawa gwarantuje, że okres sprawowania urzędu w Prokuraturze Europejskiej jest traktowany tak samo jak praca w krajowej jednostce prokuratury. Dzięki temu prokuratorzy zachowują prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w Polsce. Rolę płatnika składek pełni jednostka prokuratury, w której prokurator był zatrudniony przed delegowaniem (lub jednostka, przy której utworzono Biuro Delegowanego Prokuratora Europejskiego).

Ustawa weszła w życie 27 marca 2025 r.

6. Ustawą z dnia 24 kwietnia 2025 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 637). Zmiany obejmują:
- wprowadzenie nowego typu zespołów – motocyklowych jednostek ratowniczych, w celu skrócenia czasu dotarcia do poszkodowanych w zatłoczonych miastach;
 - zróżnicowanie składu Zespołu Ratownictwa Medycznego, zwanego dalej również „ZRM”. Usankcjonowano podział podstawowych zespołów ratownictwa medycznego na dwu- i trzyosobowe, co wpływa na sposób kontraktowania i rozliczania tych świadczeń;
 - wprowadzenie dodatków dla członków ZRM – mechanizmy finansowania dodatków za pracę w godzinach nocnych oraz w niedziele i święta;
 - przesłanki aktualizacji planu działania systemu. Rozwiązanie przez Dyrektora OW NFZ umowy na świadczenia zdrowotne udzielane w szpitalnym oddziale ratunkowym lub w zespołach ratownictwa medycznego skutkuje po stronie wojewody aktualizacją wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, polegającą na wykreśleniu danego oddziału lub zespołu z planu;

² z wyjątkiem art. 5, który wszedł w życie z dniem 24 grudnia 2024 r.

- obowiązek przyjęcia do szpitala pacjenta od zespołu ratownictwa medycznego. Odmowa przyjęcia będzie skutkować zastosowaniem przez NFZ kary umownej określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub niezwłocznym rozwiązaniem umowy.

Ustawa weszła w życie 30 maja 2025 r.³

7. Ustawą z dnia 20 marca 2025 r. o rynku pracy i służbach zatrudnienia (Dz. U. poz. 620) Zmiany obejmują objęcie obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego osób pobierających stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub uczestnictwa w działaniach w zakresie reintegracji społecznej, na które zostały skierowane przez powiatowy urząd pracy, niepodlegające obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego z innego tytułu. Zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego dokonywać będzie powiatowy urząd pracy. Podstawę wymiaru składek stanowi kwota wysokości pobieranego stypendium.

Ustawa weszła w życie 1 czerwca 2025 r.⁴

8. Ustawą z dnia 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz. U. poz. 779). Zmiany obejmują:
 - wprowadzenie podziału placówek kardiologicznych na trzy poziomy zabezpieczenia, co bezpośrednio wpływa na sposób kontraktowania i finansowania świadczeń;
 - określenie zasad i kryteriów kwalifikacji podmiotów leczniczych do Krajowej Sieci Kardiologicznej, zwanej dalej również „KSK”, co stało się nowym warunkiem uzyskania finansowania dla wysokospecjalistycznych procedur kardiologicznych;
 - umożliwienie wyróżnienia najlepszych ośrodków statusem Centra Doskonałości Kardiologicznej, co wiąże się ze specjalnymi ścieżkami finansowania dla najbardziej skomplikowanych przypadków medycznych;
 - wdrożeniem elektronicznego narzędzia wspomagającego koordynację i monitorowanie ścieżki pacjenta oraz raportowanie wyników leczenia - system elektronicznej Karty Opieki Kardiologicznej (e-KOK);
 - monitorowanie jakości. NFZ został zobowiązany do weryfikacji spełniania przez ośrodki standardów jakościowych, co może skutkować zmianą poziomu finansowania lub wykluczeniem z sieci. Ustawa weszła w życie 2 lipca 2025 r. z wyjątkiem art. 8 ust. 1 pkt 1 i 3, art. 9 ust. 1 pkt 5 oraz art.10, które wejdą w życie z dniem 3 lipca 2028 r.
9. Ustawą z dnia 25 lipca 2025 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 1192). Zmiany obejmują:

³ z wyjątkiem: art. 9, który wszedł w życie z dniem 16 maja 2025 r. z mocą od dnia 25 marca 2025 r., art. 7, który wszedł w życie z dniem 16 maja 2025 r., z mocą od dnia 31 marca 2025 r., art. 1 pkt 3, 5 i 6, art. 12 i art. 13, które weszły w życie z dniem 16 sierpnia 2025 r., art. 1 pkt 26 w zakresie dodawanego art. 26e, który wszedł w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.

⁴ z wyjątkiem: art. 392 pkt 2 lit. b oraz art. 458, które weszły w życie z dniem 13 maja 2025 r., art. 106, art. 128 ust. 2, art. 203 oraz art. 300 ust. 3 pkt 11, które weszły w życie z dniem 1 stycznia 2026 r.

- wprowadzenie podstawy prawnej do udziału Polski w unijnym systemie wspólnej oceny technologii medycznych (HTA);
- dodanie nowych zadań ustawowych AOTMiT, zwanej dalej również „AOTMiT” oraz Prezesa AOTMiT w postaci udostępniania grupie koordynacyjnej wszelkich informacji, danych, analiz i innych dowodów, które państwa członkowskie Unii Europejskiej otrzymują od podmiotu opracowującego technologię medyczną na szczeblu państwa członkowskiego i które były objęte wezwaniem na podstawie art. 10 ust. 1 rozporządzenia o wspólnym HTA (Health Technology Assessment), a także przekazywania grupie koordynacyjnej informacji na temat krajowej HTA.

Ustawa weszła w życie 12 września 2025 r.

10. Ustawą z dnia 5 sierpnia 2025 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. poz. 1211). Zmiany obejmują:

- możliwość modyfikacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej również „systemem zabezpieczenia”, „siecią szpitali”, „PSZ” lub „systemem PSZ”. Na wniosek świadczeniodawcy możliwe jest dokonanie zmiany polegającej na wykreśleniu danych profili systemu zabezpieczenia, warunkując to racjonalizacją struktury udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na danym obszarze, w szczególności przez ich konsolidację, zawarcia umowy obejmującej udzielanie świadczeń realizowanych w trybie hospitalizacji planowanej albo leczenia jednego dnia, która obejmowałaby również udzielanie świadczeń w ramach odpowiednich poradni przyszpitalnych i programów lekowych, zawarcia umowy obejmującej udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie opieki długoterminowej w trybie stacjonarnym;
- wprowadzenie nowej kategorii świadczeń gwarantowanych. Dodanie świadczeń specjalistycznych w powiatowym centrum zdrowia w zakresie chirurgii ogólnej i chorób wewnętrznych, udzielanych w trybie całodobowym, a także transport sanitarny;
- rozszerzenie zadań realizowanych przez AOTMiT tj. prowadzenie analiz dotyczących programów naprawczych oraz ich realizacji, sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotów leczniczych i jakości zarządzania tymi przedmiotami oraz działań konsolidacyjnych i restrukturyzacyjnych podejmowanych przez te podmioty;
- wprowadzenie nowego świadczenia w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). Dodanie do katalogu świadczeń specjalistycznych udzielanych bez skierowania porady optometrysty, porady lekarza medycyny sportowej i psychologa. Ponadto, wprowadzono możliwość wystawiania skierowani do okulisty, w ramach AOS, przez optometrystę;
- specjalne rozwiązanie dla szpitali pediatrycznych. Wprowadzenie możliwości udzielania świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej wyłącznie dzieciom.

Ustawa weszła w życie 17 września 2025 r.

II. Informacje o zakresach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz

II.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2025 roku

II.1.1. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

Warunki realizacji świadczeń w 2025 r. określone zostały w zarządzeniu Nr 79/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2022 r. oraz w zarządzeniu Nr 22/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 marca 2025 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. W 2025 r. w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, kontynuowane były działania mające na celu poprawę dostępności do świadczeń. Należy do nich zaliczyć poszerzenie katalogu świadczeń, zwiększenie ich wyceny oraz wdrożenie zasady efektywnego, finansowego premiowania świadczeniodawców „za uzyskany efekt”.

Na podstawie **zarządzenia Nr 22/2025/DSOZ** Prezesa NFZ od 1 kwietnia 2025 r., wprowadzono zmiany polegające na:

- modyfikacji współczynników korygujących stawkę kapitałową lekarza POZ w przypadku dzieci do lat 6 poprzez wydzielenie dwóch grup: od 0. do 2. r.ż. z zastosowaniem współczynnika 4,0 oraz od 3. do 6. r.ż. z zastosowaniem współczynnika 2,8;
- zwiększeniu wysokości współczynnika korygującego stawkę kapitałową lekarza POZ w grupie wiekowej od 75 r.ż.;
- wzroście wysokości dodatku kwotowego wypłacanego za objęcie opieką świadczeniobiorcy o 5,4%;
- wprowadzeniu możliwości realizacji świadczenia wykonywanego przez położną POZ w Programie profilaktyki raka szyjki macicy dla świadczeniobiorców, niezależnie od złożonej deklaracji wyboru. Umożliwia to objęcie profilaktyką większej grupy kobiet.

Zarządzeniem Nr 34/2025/DSOZ z dniem 5 maja 2025 r. zostały wprowadzone zmiany, związane z wydanym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z POZ (Dz. U. poz. 584), polegające na dodaniu do realizacji przez świadczeniodawców nowego świadczenia „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”.

Bilans zdrowia dorosłych to okresowo wykonywana, kompleksowa ocena stanu zdrowia, którą rozpoczyna pogłębiony wywiad realizowany zgodnie z wystandaryzowanym kwestionariuszem. W ramach ww. świadczenia są wykonywane określone badania laboratoryjne, ale przede wszystkim ocena stanu zdrowia, z uwzględnieniem zdrowia psychicznego oraz oceny funkcji poznawczych u osób po 60 r.ż., wraz z przygotowaniem interwencji zdrowotnych. Na podstawie analizy odpowiedzi z kwestionariusza oraz wyników badań przygotowany jest Indywidualny Plan Zdrowotny, w którym określone są zalecenia oraz planowane interwencje prozdrowotne.

Świadczenie jest dedykowane do szerokiej grupy pacjentów. Osobom w wieku 20-49 lat raz na 5 lat, natomiast osobom powyżej 49. r.ż. raz na 3 lata. Przysługuje po upływie 12 miesięcy

od ostatniego badania wykonywanego w ramach programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS”, o którym mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 48e ust. 5 ustawy o świadczeniach.

Realizacja ww. świadczenia odbywa się w placówkach podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie zawartej umowy o udzielanie świadczeń gwarantowanych w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna. Aby skorzystać z programu należy wypełnić ankietę, która zawiera pytania dotyczące stylu życia, czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych oraz chorób onkologicznych, z uwzględnieniem wywiadu rodzinnego, stanu zdrowia psychicznego oraz wykształcenia i środowiska życia.

Ankietę można wypełnić za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta, aplikacji Moje IKP lub w przychodni POZ. Podlega ona weryfikacji przez uprawniony personel medyczny i na jej podstawie lekarz lub pielęgniarka POZ zleca odpowiednie badania diagnostyczne. Po otrzymaniu wyników, w placówce POZ, odbywa się wizyta podsumowująca, podczas której opracowany jest indywidualny plan zdrowotny (IPZ). Zawiera on m.in.: informację o zidentyfikowanych czynnikach ryzyka oraz zalecenia dotyczące zdrowego stylu życia, indywidualny kalendarz badań profilaktycznych; rekomendowane szczepienia; zalecane interwencje prozdrowotne (w tym stosownie do określonych w bilansie potrzeb zdrowotnych – porady edukacyjne lub test FIT-OC).

Kolejne zmiany to poszerzenie zakresu badań w ramach budżetu powierzonego diagnostycznego o test przesiewowy HIV (przeciwciała przeciwko anty HIV i antygen p24); dodano nowe badanie, w ramach stawki kapitacyjnej – stężenie wapnia całkowitego w surowicy krwi; rozszerzony bilans zdrowia 6-latków o badanie przesiewowe w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej.

Zarządzeniem Nr 47/2025/DSOZ Prezesa Funduszu z dnia 30 czerwca 2025 r. weszły w życie zmiany dotyczące: zwiększenia wyceny stawek kapitacyjnych, porad i ryczałtów oraz wzrost wysokości dodatku kwotowego wypłacanego za objęcie opieką świadczeniobiorcy w przypadku choroby przewlekłej; przedłużono wypłaty miesięcznego ryczałtu w zakresie koordynacja opieki co ma na celu zachęcenie świadczeniodawców do objęcia opieką coraz większej grupy pacjentów; świadczeniodawcom realizującym świadczenia w zakresie lekarza POZ naliczane są współczynniki korygujące, związane z poziomem zgłaszalności do programu badań przesiewowych raka jelita grubego, realizowanym zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz.U. z 2023 r. poz. 916 i 2167). Ma to zachęcić do zintensyfikowania działań w kierunku promowania badań; wprowadzono zmiany w realizacji Programu profilaktyki raka szyjki macicy przez wykonywanie pobrania materiału przez położne POZ do przesiewowego badania cytologicznego albo przesiewowego testu molekularnego HPV HR oraz badania cytologicznego, na podłożu płynnym (LBC), w przypadku dodatniego wyniku testu molekularnego HPV HR.

II.1.2. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)

W 2025 r., kontynuowano działania mające na celu zwiększenie roli trybu ambulatoryjnego w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej i poprawy dostępności do przedmiotowych świadczeń.

Zarządzeniem nr 132/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2024 r. zmodyfikowano opis świadczenia TK tętnic wieńcowych, umożliwiając kierowanie na badanie w diagnostyce choroby niedokrwiennej serca przez lekarzy POZ oraz zdjęto ograniczenie jego finansowania tylko u pacjentów po operacjach kardiologicznych. Ponadto, zmodyfikowano we wzorach umów przepisy dotyczące nakładania kar umownych za nieprawidłową realizację umowy w zakresie wystawiania recept na leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne objęte refundacją. Rozszerzono także możliwości rozliczania wybranych procedur w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu: zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez wstrzyknięcie czynnika neurolytycznego oraz zniszczenie nerwów czaszkowych lub obwodowych przez znieczulenie wywołane wysoką temperaturą w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci. Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 stycznia 2025 r.

Zarządzeniem nr 23/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 kwietnia 2025 r. oraz **85/2025/DSOZ** z dnia 27 października 2025 r. wprowadzono mechanizm finansowania świadczeń polegający na ocenie udziału sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych/ lub sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą „Z” i diagnostycznych pakietów onkologicznych świadczeniodawców, w danym zakresie świadczeń specjalistycznych. Zakłada wyznaczenie ogólnopolskiej mediany tego udziału dla danego zakresu., w tym okresie przejściowym udział świadczeń będzie odnosił się do rocznej mediany ogólnopolskiej świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych opublikowanej 2 maja 2025 r. w BIP.

Każdy świadczeniodawca, u którego udział procentowy sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych/ lub sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą Z i diagnostycznych pakietów onkologicznych jest niższy niż ogólnopolska mediana tego udziału (w okresie przejściowym mediana świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych), zobowiązany będzie do podniesienia poziomu udziału sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych/ lub sumy świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literą „Z” i diagnostycznych pakietów onkologicznych co najmniej o 3 punkty procentowe w porównaniu z analogicznym kwartałem roku poprzedzającego realizację świadczeń lub do osiągnięcia wartości wyznaczonej przez medianę.

W przypadku nieosiągnięcia określonego celu w danym kwartale, świadczenia zrealizowane w kwartale następującym po miesiącu od kwartału dla którego wyznaczono udział świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych/ lub wyznaczono udział świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych, specjalistycznych świadczeń zabiegowych oznaczonych kodem

rozpoczynającym się literą „Z” i diagnostycznych pakietów onkologicznych finansowane będą z zastosowaniem współczynnika 0,75 dla świadczeń rozliczanych w ramach danego zakresu, z wyłączeniem określonych w zarządzeniu świadczeń.

Stawka degresywna nie obejmuje szeregu świadczeń wskazanych w zarządzeniu, w tym m.in.: świadczeń udzielanych w zakresach dla dzieci, skojarzonego zakresu świadczeń na rzecz pacjentów pierwszorazowych, skojarzonego zakresu świadczeń diagnostyki onkologicznej, skojarzonego zakresu świadczeń ambulatoryjnej opieki pielęgniarstwa lub położnej, świadczeń zabiegowych, skojarzonego zakresu ambulatoryjnej opieki ze wskazań nagłych, grup zabiegowych oznaczonych kodem rozpoczynającym się literami „Z” lub „PZ”, świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom poniżej 18. roku życia; świadczeń udzielonych w związku z rozpoznaniem oznaczonym kodem rozpoczynającym się literą C, wybranych grup D zgodnie z klasyfikacją ICD-10 oraz świadczeń udzielonych pacjentom z chorobami rzadkimi udzielonych w Ośrodkach Eksperymentalnych Chorób Rzadkich w zakresach oraz skojarzonych do nich zakresach świadczeń będących w strukturze OECR z rozpoznaniem określonym równocześnie kodem ICD-10 i kodem ORPHA.

Zasady finansowania mają zastosowanie do rozliczania świadczeń udzielonych od 1 listopada 2025 r., przy czym pierwsza ocena spełniania parametrów określonych w zarządzeniu objęła świadczenia udzielone w okresie od 1 lipca do 30 września 2025 r.

Powyższe zmiany mają na celu promowanie realizacji kompleksowej opieki nad pacjentem (w tym świadczeń pierwszorazowych, zabiegowych i związanych z diagnostyką onkologiczną - DiLO) oraz wzmocnienie ambulatoryjnego trybu udzielania świadczeń co jest zgodne z ideą przenoszenia realizacji świadczeń z lecznictwa szpitalnego do poradni specjalistycznych.

Zarządzeniem nr 46/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2025 r. dodano nowe świadczenie dotyczące pobrania materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania HPV w triage z cytologią płynną w przypadku dodatniego wyniku testu molekularnego HPV HR z nowym zakresem skojarzonym w zakresie położnictwa i ginekologii.

Zarządzeniem nr 60/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 lipca 2025 r. wprowadzono modyfikację wyceny wybranych świadczeń z obszaru ginekologii oraz podwyższono wyceny świadczeń poprzez podwyższenie ceny punktu i dostosowanie do rzeczywistych kosztów ponoszonych przez świadczeniodawców.

II.1.3. Profilaktyczne programy zdrowotne

W 2025 r. Fundusz kontynuował finansowanie następujących programów profilaktycznych:

- 1. Program profilaktyki raka piersi** obejmujący przesiewowe badania mammograficzne kobiet w wieku 45-74 lat. W przypadku nieprawidłowego wyniku mammografii w ramach programu zapewniona była dalsza diagnostyka tj.: mammografia uzupełniająca lub USG i biopsja zmiany z badaniem histopatologicznym. Cały program finansowany był w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych zgodnie z rzeczywistym wykonaniem.
- 2. Program profilaktyki raka szyjki macicy** obejmujący przesiewowe badania cytologiczne kobiet w wieku 25-64 lat. W przypadku nieprawidłowego wyniku cytologii w ramach programu zapewniona jest dalsza diagnostyka tj.: kolposkopia lub kolposkopia z celowanym

pobranie wycinków i badaniem histopatologicznym. Pobranie materiału do badania finansowane jest w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej, pozostałe etapy programu finansowane są w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych. Świadczenia we wszystkich etapach finansowane były zgodnie z rzeczywistym wykonaniem.

3. **Program badań prenatalnych** aktualnie adresowany jest do wszystkich kobiet w ciąży, niezależnie od wieku, w odpowiednim czasie ciąży dla danego etapu programu. Program obejmuje badania biochemiczne, USG płodu w kierunku diagnostyki wad wrodzonych, ocenę ryzyka wystąpienia chorób u płodu, a w uzasadnionych przypadkach badanie genetyczne materiału płodowego i poradę genetyczną. Świadczenia realizowane w ramach programu podlegają finansowaniu zgodnie z rzeczywistym wykonaniem.
4. **Program profilaktyki chorób odtytoniowych** (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc – POChP) obejmujący edukację antynikotynową, spirometrię w uzasadnionych przypadkach, edukację oraz terapię antynikotynową. Etap podstawowy adresowany jest do osób powyżej 18. r.ż. palących papierosy, w tym – w zakresie diagnostyki POChP (przewlekłej obturacyjnej choroby płuc) – do kobiet i mężczyzn pomiędzy 40. a 65. rokiem życia. Etap specjalistyczny adresowany jest do osób od 16 r. ż. uzależnionych od palenia tytoniu/wyrobów tytoniowych, skierowanych z etapu podstawowego programu realizowanego przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej lub z oddziału szpitalnego oraz zgłaszających się bez skierowania.
5. **Program badań przesiewowych raka jelita grubego** obejmuje wykonanie kolonoskopii przesiewowej u osób w wieku od 50 do 65 lat lub od 40 do 49 lat, jeśli u najbliższych krewnych pacjenta, rozpoznano nowotwór jelita grubego. Do udziału w programie nie jest potrzebne skierowanie. Badanie przesiewowe przebiega w znieczuleniu miejscowym lub ogólnym (określone kryteria kwalifikacji) i obejmuje realizację pełnej kolonoskopii z uwidocznieniem dna kątnicy i proksymalnego fałdu zastawki Bauhina w tym pobranie wycinków z nacieku nowotworowego lub zmian podejrzanych o charakter nowotworowy, usunięcie polipów wielkości do 15 mm oraz badanie histopatologiczne wszystkich wycinków i usuniętych polipów.

II.1.4. Leczenie szpitalne

Zarządzenie Nr 120/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 grudnia 2024 zmieniające zarządzenie Nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.) wprowadziło zmiany wynikające z wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2024 poz. 1064) wprowadzającego istotną zmianę polegającą na przeniesieniu z załącznika nr 12 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372, z późn. zm.) z tabeli nr 1 „Leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne” do załącznika nr 3

do tabeli nr 1 „Leczenie szpitalne – hospitalizacja” siedmiu zakresów z obszaru operacji wad serca i aorty piersiowej, które obejmują m.in. wprowadzenie nowego załącznika nr Iows do zarządzenia stanowiący Katalog produktów operacji wad serca i aorty piersiowej w leczeniu szpitalnym oraz nowych zakresów z obszaru operacji wad serca i aorty piersiowej w leczeniu szpitalnym (zakładka hospitalizacja pozostałe) w załączniku nr 3 do zarządzenia (Katalog zakresów świadczeń w leczeniu szpitalnym). Ponadto, umożliwiono na wniosek świadczeniodawcy po uzyskaniu pozytywnej opinii Konsultanta Krajowego w dziedzinie urologii rozliczenie procedury usunięcia stymulatora rdzenia kręgowego a także po uzyskaniu pozytywnej opinii od konsultanta krajowego w dziedzinie chirurgii plastycznej rozliczenie w chirurgii dziecięcej świadczeń związanych z leczeniem dzieci z rozpoznaniem toksycznego martwiczego oddzielania się naskórka (choroba Lyella) dla ośrodków spełniających warunki wymagane do realizacji świadczenia.

Zarządzenie Nr 6/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 stycznia 2025 r. zmieniające zarządzenie Nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.) wprowadza zmiany wynikające z wejścia w życie od 1 stycznia 2025 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1798), które wprowadza nowe świadczenia gwarantowane takie jak: Przezskórna termoablacja zmiany płuca i oskrzela przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA), Przezskórna krioablacja zmiany w obrębie klatki piersiowej, Przezskórna termoablacja zmiany w obrębie kości przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA), Przezskórna termoablacja zmiany w obrębie kości przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA) z zabiegiem cementoplastyki, Przezskórna krioablacja zmiany w obrębie kości, Przezskórna krioablacja zmiany w obrębie kości z zabiegiem cementoplastyki oraz Przezskórna termoablacja zmiany nadnerczy przy użyciu prądu o częstotliwości radiowej (RFA) lub mikrofal (MWA).

Zarządzenie Nr 32/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 kwietnia 2025 r. zmieniające zarządzenie Nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.) wprowadza dla Ośrodków Eksperskich Chorób Rzadkich zwanego dalej OECR, będących na krajowej liście ośrodków eksperckich, potwierdzonych przez Ministerstwo Zdrowia, które są jednocześnie w sieci europejskiej, nowy mechanizm rozliczania diagnostyki i leczenia pacjentów z chorobami rzadkimi.

Zarządzenie NR 48/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2025 r. zmieniające zarządzenie Nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.) wprowadza zmiany wynikające z rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 maja 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 743), które dodaje nowe świadczenia gwarantowane pn. Kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcą z endometriozą.

Zarządzenie Nr 57/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 21 lipca 2025 r. zmieniające zarządzenie Nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.) wprowadza m.in. zmiany polegające na implementacji nowych taryf, modyfikacji i utworzeniu nowych grup w obszarze chorób układu nerwowego, oraz w obszarze chorób żeńskiego układu rozrodczego; przyjęcie nowego modelu rozliczania w zakresie produktów związanych z leczeniem krwią i jej składnikami; modyfikacje wynikające ze zmian charakterystyki grup wprowadzonych na podstawie raportów AOTMiT; definicję opieki kardiologicznej oraz definicję koordynatora opieki kardiologicznej, odpowiedzialnego za proces koordynacji opieki kardiologicznej na podstawie elektronicznej Karty Opieki Kardiologicznej.

Zarządzenie Nr 76/2025/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie Nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.) wprowadza zmiany wynikające z wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 czerwca 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 784), które dodaje nowe świadczenia gwarantowane pn. Teleradioterapia stereotaktyczna żyroskopowa (TSZ) przez zmianę warunków obecnie finansowanego ze środków publicznych świadczenia pn. „Teleradioterapia stereotaktyczna promieniami gamma z wielu mikroźródeł (OMSCMR)”.

II.1.5. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Zarządzenie Nr 130/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 24 grudnia 2024 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie PSZ. Zarządzenie zastąpiło obowiązujące dotychczas w tym zakresie zarządzenie Nr 180/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 12 grudnia 2023 r. Dokonano uszczegółowienia § 5 ust. 5 wskazując, że do czasu wyliczenia i wprowadzenia do umowy wartości ryczałtu PSZ, stosuje się ryczałt ustalony na podstawie § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2024 r. poz. 70). Natomiast w § 7 ust. 4 oraz w § 8 dodano nowy załącznik nr 10ws, stanowiący Katalog produktów dla zakresów z obszaru operacji wad serca i aorty piersiowej w leczeniu szpitalnym. Powyższa zmiana jest wynikiem zmiany zarządzenia Nr 120/DSOZ/2024 z dnia 17 grudnia 2024 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne, w którym dokonano zmiany wynikającej z wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 3 lipca 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2024 poz. 1064) wprowadzającego istotną zmianę polegającą na przeniesieniu z załącznika nr 12 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 sierpnia 2016 r. w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1372, z późn. zm.) z tabeli nr 1 „Leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne” do załącznika nr 3 do tabeli nr 1 „Leczenie szpitalne – hospitalizacja” siedmiu zakresów z obszaru operacji wad

serca i aorty piersiowej. Ponadto, w § 12 dokonano zmiany polegającej na usunięciu świadczeń udzielonych w ramach sieci kardiologicznej, o których mowa w § 13 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 maja 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w ramach sieci kardiologicznej (Dz. U. z 2024 r. poz. 23 t.j.), ze względu na zakończenie realizacji programu pilotażowego sieci kardiologicznej, z dniem 31 grudnia 2024 r. W załączniku nr 1 do zarządzenia dokonano ujednolicenia nazw programów lekowych zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 września 2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 października 2024 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 79), wydanego 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 2024 r. poz. 930, z późn. zm.). Ponadto, dla świadczeń opieki zdrowotnej, podlegających odrębnemu rozliczeniu w ramach kwoty zobowiązania tj.: wideotorakoskopowa ablacja w ciężkim niepoddającym się leczeniu farmakologicznemu migotaniu przedsionków; operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym u dorosłych; przezskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca; przezcewnikowa naprawa zastawek serca u chorych wysokiego ryzyka zmieniono nazwy oraz kody zakresów, analogicznie do zmiany zarządzenia szpitalnego.

Uwzględniając powyższe oraz fakt, że dotychczasowe zarządzenie Nr 180/2023/DSOZ podlegało licznym nowelizacjom, przygotowano nową regulację dotyczącą szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzenie nowego zarządzenia ułatwiło jego odbiór zarówno świadczeniodawcom, jak i świadczeniobiorcom oraz usprawniło działanie OW NFZ.

Zarządzenie Nr 14/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 lutego 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wprowadziło zmiany w zakresie umożliwienia skorzystania ze współczynników korygujących dla zakresów wyodrębnionych w ramach PSZ, rozliczanych ceną jednostki rozliczeniowej, również w odniesieniu do podmiotów, które z odpowiednim wyprzedzeniem dopełniły wszelkich formalności w celu odnowienia akredytacji, natomiast nie uzyskały nowych certyfikatów akredytacyjnych przed rozpoczęciem okresu planowania, ze względu na przewlekłość procedury oceniającej. Warunkiem skorzystania z tej możliwości było przekazanie Dyrektorowi OW NFZ, do końca lutego 2025 r., certyfikatu akredytacyjnego dotyczącego posiadanych profili systemu zabezpieczenia, którego ważność wygasła przed rozpoczęciem okresu planowania, wraz z oświadczeniem kierownika podmiotu leczniczego, że mimo złożenia wniosku o udzielenie akredytacji na kolejny okres, nie później niż 6 miesięcy przed upływem ważności certyfikatu, nie została zakończona procedura oceniająca. W załączniku nr 1 do zarządzenia dokonano ujednolicenia nazw programów lekowych zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2024 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2025 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 137). Ponadto, wprowadzono dedykowane zakresy skojarzone dziecięce dla świadczeń realizowanych na podstawie karty DiLO oraz poza pakietem onkologicznym, wynikające z zarządzenia Nr 6/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 stycznia 2025 r.

zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

Zarządzenie Nr 58/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 21 lipca 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W zakresie § 7 pkt. 6 i 7 zwiększono wartość współczynników korygujących o 3 pkt. procentowe, odpowiednio do poziomu 1,07 dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do I stopnia poziomu PSZ oraz do poziomu 1,06 dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do II stopnia poziomu PSZ. Natomiast w § 7 ust. 8 zaproponowano zwiększenie wartości współczynników korygujących, również o 3 pkt. procentowe, do poziomu 1,06 dla szpitali zakwalifikowanych w ramach PSZ do trzeciego stopnia, ogólnopolskiego, onkologicznego, pediatrycznego, pulmonologicznego, w przypadku sprawozdawania produktów określonych w załączniku nr 3 do zarządzenia. Zmianie uległ również załącznik nr 3, zgodnie z tabelą nr 7 zawartą w rekomendacji nr 72/2025 r. Prezesa AOTMiT. Ponadto, w § 7 w ust. 8a wprowadzono współczynniki korygujące dla podmiotów zakwalifikowanych do kategorii szpitali onkologicznych oraz ogólnopolskich w systemie PSZ oraz pozostałych podmiotów wyspecjalizowanych w realizacji świadczeń w szczególności onkologicznych, które w roku ubiegłym zrealizowały odpowiednią ich liczbę, tj. powyżej limitu określonego przez AOTMiT przy współpracy z ekspertami klinicznymi. Wprowadzono do zarządzenia załącznik nr 3a, zgodny z tabelą nr 6 zawartą w rekomendacji nr 72/2025 Prezesa AOTMiT. Zgodnie z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 maja 2025 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 743) w § 16 został dodany ust. 5a oraz zaproponowano nowe brzmienie w ust.6. W załączniku nr 1 do zarządzenia dokonano ujednolicenia nazw programów lekowych zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 czerwca 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 lipca 2025 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 39). Ponadto, wprowadzono dedykowane zakresy skojarzone dla świadczeń realizujących kompleksową opiekę specjalistyczną nad świadczeniobiorcą z endometriozą, zgodnie z zarządzeniem Nr 48/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2025 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

Zarządzenie Nr 78/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 września 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wprowadza zmianę polegającą na uszczegółowieniu przepisów zawartych w § 7 ust. 6 i 7 zarządzenia poprzez dodanie przepisu wskazującego, że współczynników korygujących, o których mowa ww. przepisach, nie stosuje się w sytuacji rozliczania świadczeń rozliczanych na podstawie faktur zakupu lub innych specyfikacji kosztowych oraz świadczeń rozliczanych według kosztów rzeczywistych. Powyższa zmiana jest następstwem zatwierdzonej przez Ministra Zdrowia rekomendacji Prezesa AOTMiT nr 72/2025 z dnia 24 czerwca 2025 r. w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w której zwrócono uwagę na aspekt dotyczący zróżnicowania nominalnych wartości cen krwi i jej składników w stosunku do cen publikowanych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie określenia wysokości opłat

za krew i jej składniki, a wynikających z corocznych zmian cen jednostek rozliczeniowych. Powyższą zasadę można również zastosować w szczególności do świadczeń: związanych z leczeniem przetoczeniami immunoglobulin; rozliczanych za zgodą płatnika według kosztów rzeczywistych; dotyczących produktów leczniczych albo wyrobów medycznych niezawartych w kosztach świadczenia na podstawie faktur zakupu/rachunku. Wprowadzona zmiana miała na celu wykluczyć sytuacje niezasadnego współczynnikowania świadczeń rozliczanych na podstawie faktur zakupu lub innych specyfikacji kosztowych oraz świadczeń rozliczanych według kosztów rzeczywistych.

II.1.6. Opieka kompleksowa

II.1.6.1. KOS – Zawał

Zarządzenie Nr 64/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 lipca 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe wprowadzające zmiany dotyczące implementacji taryfy świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej w części odnoszącej się do świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych oraz zwiększono wartość punktową produktu rozliczeniowego Rehabilitacja kardiologiczna w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego w warunkach stacjonarnych.

Zarządzenie Nr 77/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 września 2025 zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe. Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 2/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 stycznia 2022 r. dotyczy zdjęcia współczynnika dla oddziałów kardiologicznych w związku z prowadzeniem zajęć dydaktycznych dla uczelni medycznych, w § 13 w pkt 14 uchylono lit. f. Tożsame zmiany zostały wprowadzone w zarządzeniu Nr 37/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne.

II.1.6.2. Onkologiczne świadczenia kompleksowe – KON

Zarządzenie Nr 63/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 lipca 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych. Niniejsze zarządzenie zmieniające zarządzenie Nr 3/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych wprowadziło zmiany dotyczące zaimplementowania taryfy świadczeń gwarantowanych w zakresie rehabilitacji leczniczej w części odnoszącej się do świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych tj. zwiększono wartość punktową produktu rozliczeniowego Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach stacjonarnych. Ponadto, wprowadzono nowy produkt rozliczeniowy Badanie genetyczne materiału świeżego w nowotworach BRCA zależnych, realizowane w trybie ambulatoryjnym.

Zarządzeniem Nr 102/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 23 grudnia 2025 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń

kompleksowych dokonano stosownych zmian w załączniku 1on do zarządzenia (Katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych) związanych z implementacją nowych taryf świadczeń gwarantowanych w obszarze badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego.

II.1.6.3. Krajowa Sieć Onkologiczna (KSO)

W 2025 r. NFZ kontynuował zadania związane z wdrażaniem Krajowej Sieci Onkologicznej zwanego dalej również „KSO”, w szczególności w zakresie: monitorowania realizacji świadczeń opieki onkologicznej w ramach KSO, analizy potencjalnych zmian w dostępności do świadczeń opieki onkologicznej, analizy realizacji opieki onkologicznej na poszczególnych poziomach zabezpieczenia opieki onkologicznej, dokonywania aktualizacji wykazu świadczeniodawców zakwalifikowanych do KSO ogłoszonego w BIP na stronie internetowej NFZ, zgodnie ze zmianami, w podziale na województwa, monitorowania liczby koordynatorów wyznaczonych przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do KSO.

II.1.6.4. Krajowa Sieć Kardiologiczna (KSK)

W 2025 r. Fundusz przeprowadził pierwszą kwalifikację podmiotów leczniczych do Krajowej Sieci Kardiologicznej, która powstała na mocy ustawy z 4 czerwca 2025 r. o Krajowej Sieci Kardiologicznej (Dz. U. 2025 poz. 779). Głównymi celami ustanowienia KSK były: realizacja założeń Narodowego Programu Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032, poprawa organizacji opieki kardiologicznej poprzez zapewnienie pacjentom koordynacji opieki na wszystkich jej etapach, zapewnienie kompleksowości i ciągłości opieki kardiologicznej, poprawa jakości i bezpieczeństwa diagnostyki i leczenia kardiologicznego, wzrost poziomu satysfakcji pacjenta, odwrócenie niekorzystnych trendów epidemiologicznych, optymalizacja kosztów opieki kardiologicznej. Pierwszy wykaz świadczeniodawców zakwalifikowanych do KSK został opublikowany w BIP OW NFZ 18 lipca 2025 r. i obowiązuje od 19 lipca 2025 r. do 19 lipca 2028 r.

II.1.6.5. Kompleksowa diagnostyka i leczenie niepłodności oraz Koordynacja programu w ramach programu polityki zdrowotnej pn. Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego na lata 2021-2026

Zarządzenie Nr 17/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 marca 2025 r. w sprawie realizacji przez NFZ programu Kompleksowa diagnostyka i leczenie niepłodności oraz Koordynacji programu w ramach programu polityki zdrowotnej pod nazwą Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego na lata 2021-2026, stanowi wykonanie zadania zleconego przez Ministra Zdrowia – realizacji przez NFZ programu polityki zdrowotnej pod nazwą Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego na lata 2021-2026 w ramach zadania: Kompleksowa diagnostyka i leczenie niepłodności oraz Koordynacja programu zgodnie z regulacjami aneksu nr 6 z 24 grudnia 2024 r. oraz aneksu nr 7 z 24 lutego 2025 r. do umowy Nr 17/1/NFZ/2022/1374/28 zawartych pomiędzy Skarbem Państwa – Ministrem Zdrowia a Narodowym Funduszem Zdrowia. Obecnie swoim zakresem umowa obejmuje realizację i rozliczanie zadań stanowiących przedmiot umowy w latach 2022-2026.

Zarządzenie określa zasady realizacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia programu polityki zdrowotnej pn. Program kompleksowej ochrony zdrowia prokreacyjnego na lata 2021-2026 w sprawie realizacji zadania: Kompleksowa diagnostyka i leczenie niepłodności oraz Koordynacja programu w latach 2025-2026.

Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielonych od 1 stycznia 2025 r.

II.1.7. Programy pilotażowe

Program pilotażowy „Profilaktyka 40 PLUS” rozpoczął się 1 lipca 2021 r. i – zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 czerwca 2021 r. w sprawie programu pilotażowego „Profilaktyka 40 PLUS” (Dz.U. z 2025 r., poz. 535) - zakończył się 31 maja 2025 r. Wystawianie skierowań przez System P1 było możliwe do 30 kwietnia 2025 r., natomiast realizacja świadczeń zdrowotnych, na ich podstawie, do 31 maja 2025 r. Celem głównym pilotażu była ocena organizacji i efektywności objęcia świadczeniobiorców od 40. r.ż. profilaktyczną diagnostyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych. Program skierowany był do osób, które ukończyły lub ukończą 40 lat (w momencie badania) i nie korzystały wcześniej z programu Profilaktyka 40 PLUS lub skorzystały z niego, ale minęło co najmniej 12 miesięcy od pierwszych badań w ramach programu. W praktyce oznaczało to możliwość nawet trzykrotnego wykonania pakietu badań. Program nie określał górnej granicy wieku uczestników. Badania w ramach programu przysługiwały osobom, które odpowiedziały na pytania ankietowe programu pilotażowego. Na podstawie udzielonych odpowiedzi w ankiecie (w tym w zależności od stwierdzonych czynników ryzyka), pacjent otrzymywał skierowanie na właściwy pakiet badań, z katalogu: morfologia krwi obwodowej z wzorem odsetkowym i płytkami krwi, pomiar stężenia cholesterolu całkowitego albo kontrolny profil lipidowy, pomiar stężenia glukozy we krwi, próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP, badanie poziomu kreatyniny we krwi, badanie ogólne moczu, badanie poziomu kwasu moczowego we krwi, pomiar krwi utajonej w kale – metodą immunochemiczną (iFOBT) oraz w przypadku badań dla mężczyzn – antygen swoisty dla stercza całkowity PSA. Oprócz pakietu badań określonych na podstawie wypełnionej ankiety, każda osoba miała możliwość wykonania pomiaru ciśnienia tętniczego, masy ciała, wzrostu, obwodu w pasie oraz miała obliczony wskaźnik masy ciała (BMI). Zgodnie z zapowiedziami pilotaż został zastąpiony programem „Moje zdrowie – bilans osoby dorosłej”, który jako świadczenie gwarantowane w podstawowej opiece zdrowotnej wdrożony został od 1 maja 2025 r.

Kontynuacja programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR.

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR (Dz. U. z 2025 r. poz. 629 t.j.). Obowiązuje zarządzenie Nr 181/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 08 listopada 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR. Zarządzenie

zostało zmienione zarządzeniami Nr 104/2022/DSOZ, Nr 132/2022/DSOZ oraz 22/2026/DSOZ. Pilotaż KOS-BAR w 2025 r. realizowany był przez 19 realizatorów, po czym od 1 września 2025 r. jeden z realizatorów zakończył leczenie świadczeniobiorców włączonych do pilotażu i umowa została rozwiązana. Leczenie zabiegowe w zakresie chirurgii bariatrycznej było realizowane do końca czerwca 2025 r. Zakończenie pilotażu przewidziano na 30 czerwca 2026 r.

Wdrożono program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z wczesnym zapaleniem stawów.

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z wczesnym zapaleniem stawów (Dz. U. z 2025 r. poz. 1251 t.j.) oraz zarządzenia nr 97/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 października 2024 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki nad świadczeniobiorcą z wczesnym zapaleniem stawów (ze zm.). Pilotażem objętych jest łącznie 17 świadczeniodawców z 12 województw, na terenie których zawarto umowy na realizację pilotażu. Celem programu pilotażowego jest: ocena organizacji, jakości i efektywności opieki KOWZS, opracowanie krajowych wytycznych postępowania medycznego, wraz ze standardami prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej, w zakresie opieki nad świadczeniobiorcami z wczesnym zapaleniem stawów. Zakończenie programu przewidziano na 31 grudnia 2026 r.

Kontynuacja programu pilotażowego w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin.

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 listopada 2021 r. w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin (Dz. U. 2021 poz. 2253 z późn. zm.) oraz zarządzenia Nr 199/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10 grudnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin. Celem programu pilotażowego było praktyczne sprawdzenie efektywności różnych programów oddziaływań terapeutycznych przedstawionych przez realizatorów programu pilotażowego. Jednocześnie program miał za zadanie ograniczenie symptomów problemowego korzystania z nowych technologii cyfrowych przez ograniczenie zachowań związanych z problemowym korzystaniem z nowych technologii cyfrowych oraz zwiększenie wiedzy i samoświadomości w odniesieniu do istniejącego problemu. Program pilotażowy realizowany był przez 12 świadczeniodawców na terenie 10 województw.

Kontynuacja programu pilotażowego badania stóp dzieci i młodzieży.

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego badania stóp dzieci i młodzieży (Dz. U. poz. 60) oraz zarządzenia 55/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2023 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego badania stóp dzieci i młodzieży. Celem programu pilotażowego jest praktyczne sprawdzenie efektywności wykrywania wad kończyn dolnych

u dzieci w wieku od 5. do 16. r.ż. przez manualne badanie biomechaniki stóp oraz badanie podoskopowe albo manualne badanie biomechaniki stóp oraz komputerowe badanie stóp na platformie, a także przetestowanie zaplanowania, prowadzenia i końcowej oceny postępowania w przypadku stwierdzenia w badaniach wad kończyn dolnych. Program realizowany jest w 16 podmiotach medycznych wyłonionych w drodze otwartego naboru przeprowadzonego przez NFZ. Objęcie pacjentów programem pilotażowym następowało bez skierowania, o którym mowa w art. 57 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Docelowo, w okresie 24 miesięcy przewidzianych na realizację programu, zakładano objęcie przez każdego z realizatorów nie mniej niż 500 i nie więcej niż 1 500 pacjentów.

Kontynuacja programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD.

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 maja 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD (Dz. U. 2023 poz. 1202) oraz zarządzenia nr 189/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 grudnia 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD (z późn. zm.). Celem programu pilotażowego jest poprawa jakości i efektywności opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie przez zapewnienie kompleksowości działań niezbędnych do ich prawidłowego rozwoju, uniknięcie odległych powikłań wcześniactwa i możliwość wyrównywania ewentualnych nieprawidłowości rozwojowych tych dzieci w stosunku do ich rówieśników urodzonych w terminie oraz ocena skuteczności i efektywności organizacyjnej kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie, a także pracowanie standardu organizacyjnego i postępowania medycznego w zakresie opieki nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie.

Realizatorami programu pilotażowego jest 7 ośrodków koordynujących, w tym rolę Lidera KORD pełni Instytut Matki i Dziecka w Warszawie.

Kontynuacja i zakończenie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – „Dobry posiłek w szpitalu”.

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 września 2023 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – „Dobry posiłek w szpitalu” (Dz. U. poz. 2021 ze zm.) oraz zarządzenia nr 140/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 września 2023 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – „Dobry posiłek w szpitalach”. Następnie nowelizowany: 25 czerwca 2024 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – „Dobry posiłek w szpitalu” (Dz. U. poz. 940) oraz 20 grudnia 2024 r. rozporządzeniem Ministra Zdrowia zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – „Dobry posiłek w szpitalu” (Dz. U. poz. 1924). Umowę na realizację programu w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach – „Dobry posiłek w szpitalu” są zawarte z 582 podmiotami (dane z SI NFZ na dzień 19 lutego 2025 r.). Realizacja programu pilotażowego początkowo była

planowana do 30 czerwca 2024 r. Po nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia 25 czerwca 2024 r. przedłużono jego realizację do 31 grudnia 2024 r. Dnia 20 grudnia 2024 r. termin zakończenia programu zaplanowano na 30 września 2025 r. Natomiast 29 września 2025 r. rozporządzeniem zmieniającym MZ ustalono termin zakończenia pilotażu na 31 grudnia 2025 r. Celem programu było zwiększenie dostępności porad żywieniowych w szpitalach oraz wdrożenie optymalnego modelu żywienia świadczeniobiorców w szpitalach. Do programu pilotażowego kwalifikuje się pacjentów przyjętych do szpitala, którzy nie są żywieni wyłącznie dojelitowo lub wyłącznie pozajelitowo lub nie przebywają na oddziale anestezjologii i intensywnej terapii. Sposób realizacji pilotażu zakładał zapewnienie pacjentom w szpitalu wyżywienia odpowiedniego do stanu zdrowia, na zlecenie lekarza - porad żywieniowych przez osobę planującą dietę. Stawka w wysokości 25,62 zł za dzień pobytu w szpitalu, stanowi dodatkowe środki finansowe przeznaczone przez szpital na wyżywienie szpitalu w ramach realizacji pilotażu.

Kontynuacja realizacji **programu pilotażowego „Recepta na Ruch”**.

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 października 2023 r. w sprawie programu pilotażowego „Recepta na Ruch” (Dz. U. z 2023 r. poz. 2247 ze zm.) oraz zarządzenia Prezesa NFZ nr 179/2023/DSOZ z dnia 8 grudnia 2023 r. w sprawie programu pilotażowego „Recepta na Ruch” oraz zarządzenia Prezesa NFZ nr 12/2024/DSOZ z dnia 1 lutego 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie programu pilotażowego „Recepta na Ruch”. Celem programu pilotażowego jest ocena organizacji i efektywności objęcia świadczeniobiorców diagnostyką i profilaktyką w zakresie najczęściej występujących problemów zdrowotnych, w przypadku których jest zalecana aktywność fizyczna, uzupełnioną o realizację indywidualnych programów treningowych i żywieniowych dostosowanych do możliwości i potrzeb świadczeniobiorcy z wykorzystaniem nowoczesnych narzędzi teleinformatycznych. Okres realizacji programu pilotażowego zakończono dnia 20 października 2025 r.

Program pilotażowy dotyczący centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych CeR.

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych (Dz.U. z 2024 r. poz. 1212 ze zm.) zwanego rozporządzeniem pilotażowym oraz zarządzenia Prezesa NFZ nr 81/2024/DSOZ z dnia 13 sierpnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych. Celem programu pilotażowego była ocena organizacji i efektywności działania centralnej elektronicznej rejestracji, stanowiącej funkcjonalność Systemu P1, zwanej dalej „CeR”, obejmująca: możliwość samodzielnego wyszukiwania przez świadczeniobiorcę dostępnych terminów udzielania wybranych świadczeń opieki zdrowotnej objętych programem pilotażowym; możliwość dokonywania przez świadczeniobiorcę zgłoszeń centralnych, w tym również u dowolnego świadczeniodawcy; mechanizm przydzielania świadczeniobiorcy

terminów udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej objętych programem pilotażowym z uwzględnieniem kryteriów, o których mowa w § 9 ust. 4 rozporządzenia pilotażowego; prowadzenie centralnego wykazu oczekujących; udostępnianie przez realizatorów programu pilotażowego jednostce podległej ministrowi właściwemu do spraw zdrowia właściwej w zakresie systemów informacyjnych ochrony zdrowia, zwanej dalej „Centrum e-Zdrowia”, harmonogramów przyjęć oraz danych o terminach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej objętych programem pilotażowym dla zakresów, o których mowa w § 5 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia pilotażowego; prowadzenie oraz bieżące aktualizowanie w Systemie P1 przez realizatorów programu pilotażowego harmonogramów przyjęć oraz danych o terminach udzielania świadczenia dla zakresów świadczeń opieki zdrowotnej objętych programem pilotażowym; możliwość zmiany lub rezygnacji z dokonanego zgłoszenia centralnego lub terminu udzielenia świadczenia opieki zdrowotnej objętego programem pilotażowym. Program pilotażowy obejmował świadczenia gwarantowane z zakresu: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – kardiologii; programów zdrowotnych: programu profilaktyki raka szyjki macicy – etap podstawowy i programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy. Program pilotażowy zakończył się 31 grudnia 2025 r.

Kontynuowano realizację **programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami.**

Pilotaż jest realizowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 czerwca 2020 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami (Dz. U. z 2026 r. poz. 70) oraz zarządzenia Nr 135/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 września 2020 r. (z późn. zm.). Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach pilotażu mogą być udzielane do 30 kwietnia 2026 r. Celem programu pilotażowego jest poprawa efektywności diagnostyki i leczenia świadczeniobiorców z NF/RAS oraz wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych charakterystycznych dla tej grupy świadczeniobiorców, a także ocena efektywności organizacyjnej nowego modelu opieki nad świadczeniobiorcami. Zgodnie z zapisem w rozporządzeniu program pilotażowy w 2025 r. był realizowany przez 7 ośrodków wskazanych przez Ministra Zdrowia.

Kontynuowano realizację **programu pilotażowego dotyczącego oddziaływań terapeutycznych dla osób z doświadczeniem traumy.**

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do osób z doświadczeniem traumy (Dz. U. Poz. 2805 z 2022 r.) oraz zarządzenia nr 27/2023/DSOZ z dnia 6 lutego 2023 r. (ze zm.) w sprawie umów o realizację programu pilotażowego dotyczącego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do osób z doświadczeniem traumy. Celem programu jest ocena efektywności programów oddziaływań terapeutycznych przygotowanych przez realizatorów pilotażu, w którym uczestniczyło, w 2025 r., 15 świadczeniodawców. Świadczenia mogą być udzielane do 30 czerwca 2026 r.

Kontynuacja **programu pilotażowego leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych.**

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 września 2022 r. w sprawie programu pilotażowego leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2027 z późn. zm.) oraz zarządzenia Nr 147/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 listopada 2022 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych. Celem wprowadzanego programu pilotażowego jest poprawa leczenia gruźlicy wielolekoopornej w Polsce oraz ponadnarodowa harmonizacja i wdrożenie standardów Światowej Organizacji Zdrowia w okresie wyzwań epidemiologicznych. Celami pośrednimi programu jest rozwiązanie problemu ciągłości terapii osób, o których mowa w art. 1 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. poz. 583, z późn.), leczonych z powodu gruźlicy wielolekoopornej oraz przetestowanie telemonitoringu nad osobami z gruźlicą wielolekooporną, a także ograniczenie hospitalizacji osób z gruźlicą wielolekooporną na rzecz leczenia prowadzonego w trybie ambulatoryjnym. Centralnym ośrodkiem koordynującym program jest Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie. Program skierowany jest dla osób powyżej 18 r.ż., którzy nie wymagają hospitalizacji i którzy posiadają udokumentowane rozpoznanie wstępne gruźlicy wielolekoopornej. Okres realizacji programu pilotażowego przewidziany został do dnia 30 czerwca 2026 r.

Kontynuacja programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej.

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1353 z późn. zm.) oraz zarządzenia Nr 118/2023/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 8 sierpnia 2023 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad pacjentem z zespołem stopy cukrzycowej. Celem programu pilotażowego jest ocena organizacji, jakości i efektów opieki nad świadczeniobiorcami z zespołem stopy cukrzycowej w ramach połączonych świadczeń na oddziałach chorób wewnętrznych i chirurgii z pooperacyjną kontrolą procesu gojenia. Leczenie jest prowadzone przez zespół, w skład którego wchodzi zarówno specjaliści z oddziału zabiegowego (chirurgia ogólna), jak i zachowawczego (chorób wewnętrznych), co w razie pozytywnego efektu może zagwarantować powszechność przyjętego rozwiązania. Dodatkową korzyścią dla pacjentów, w ramach planu leczenia, jest zagwarantowanie wizyt kontrolnych, w trakcie których oceniany jest postęp gojenia. Pierwszym realizatorem pilotażu, który realizuje świadczenia w ramach programu pilotażowego od 1 sierpnia 2023 r., był Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Szamotułach, a pozostałe ośrodki to: Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej od 1 marca 2025 r. Okres realizacji programu pilotażowego przewidziany został do 31 stycznia 2026 r., przy czym kwalifikacja pacjentów trwała do 31 lipca 2025 r. Do programu pilotażowego zakwalifikowano 371 świadczeniobiorców.

II.1.8. Świadczenia Kontraktowane Odrębnie

W obowiązującym **zarządzeniu nr 167/2019/DSOZ** Prezesa NFZ z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie dla świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2025 r. wprowadzono zmiany polegające na wdrożeniu nowego modelu finansowania świadczeń związanych z leczeniem krwią i jej składnikami oraz w przypadku leczenia przetoczeniami immunoglobulin. Dokonano również modyfikacji współczynnika premiującego za wykonywanie znieczuleń zewnątrzoponowych ciągłych w przypadku porodów drogami natury poprzez podniesienie go do 1,05 z aktualnie obowiązującego 1,02. Jednocześnie dodano procedurę znieczulenia podpajęczynówkowego jako jedną z procedur możliwych do wykazania w ramach monitorowania realizacji świadczeń. Podniesiono jednocześnie wycenę produktu rozliczeniowego „badanie genetyczne metodą porównawczej hybrydyzacji genomowej do mikromacierzy (aCGH – Array Comparative Genomic Hybridization) z wykorzystaniem mikromacierzy o niskiej rozdzielczości (równej lub powyżej 60 tysięcy/ 60k sond)”.

II.1.9. Opieka Paliatywna i Hospicyjna

Świadczenia w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna realizowane były w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262 ze zm.). Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna, całościowa opieka i leczenie objawowe świadczeniobiorców chorujących na nieuleczalne, niepoddające się leczeniu przyczynowemu, postępujące, ograniczające życie choroby. 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 realizowane były w ramach: oddziału medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym, hospicjum domowego, hospicjum domowego dla dzieci, poradni medycyny paliatywnej, perinatalnej opieki paliatywnej.

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

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej realizowane były w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. z 2024 r. poz. 253 ze zm.). Świadczenia realizowane były: w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym/opiekuńczo-leczniczym, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci i młodzieży/opiekuńczo-leczniczym dla dzieci i młodzieży, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie/opiekuńczo-leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie/ opiekuńczo-leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie, w ramach zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie, w ramach zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie, w pielęgniarstwie długoterminowej

domowej. 31 grudnia 2025 r. podpisane zostało zarządzenie nr 105/2025/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Zarządzenie wprowadziło zmiany dotyczące rozliczania produktów żywienia dojelitowego i kompleksowego żywienia pozajelitowego. Świadczenia żywienia dojelitowego i pozajelitowego występowały w powiązaniu z osobodniem pobytu pacjenta, jako odrębne produkty w katalogu świadczeń w odniesieniu do różnych grup chorych, co skutkowało ich zwielokrotnieniem. W celu uproszczenia sposobu finansowania świadczeń w miejsce wszystkich poprzednich produktów, wprowadzone zostały 2 produkty do sumowania z podstawowymi produktami rozliczeniowymi osobodnia pobytu pacjenta, tj.: żywienie dojelitowe w ZPO/ZOL, kompletne żywienie pozajelitowe w ZPO/ZOL. Poza działaniem porządkującym i deregulacyjnym mającym na celu zmniejszenie ogólnej liczby produktów rozliczeniowych funkcjonujących w systemie, przedmiotowa zmiana wyrównała wycenę produktów żywienia dojelitowego i kompletnego żywienia pozajelitowego do wysokości odpowiadającej tożsamemu produktowi żywienia w ramach leczenia szpitalnego.

II.1.11. Zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie

Przedmiotem umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz ich naprawa, są świadczenia gwarantowane określone przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2025 r. poz. 1038), wydanym na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji, finansowane przez NFZ ze środków publicznych. W rozporządzeniu zostały określone limity finansowania, kryteria przyznawania, okresy użytkowania oraz limity cen napraw wyrobów medycznych. W 2025 r. Ministerstwo Zdrowia nie wprowadziło nowelizacji zmian w rozporządzeniu w sprawie wykazu wyrobów medycznych⁵, zatem prace NFZ dotyczyły optymalizacji działania systemu elektronicznej obsługi zleceń na wyroby medyczne i systemu elektronicznego obiegu wniosków o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń.

II.1.12. Leczenie stomatologiczne

W 2025 r. w ramach leczenia stomatologicznego finansowane były świadczenia dla dzieci i dla osób dorosłych o charakterze podstawowym, jak również specjalistycznym. Świadczenia stomatologiczne realizowane były w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (tj. Dz. U. z 2025 r., poz. 651).

Świadczenia realizowane były: w ramach umów zawartych na zakresy: ogólnostomatologiczne, ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż., ogólnostomatologiczne udzielane w znieczuleniu ogólnym, stomatologiczne dla świadczeniobiorców z grupy

⁵ Rozporządzenie z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2025 r. poz. 1038).

wysokiego ryzyka chorób zakaźnych, w tym chorych na AIDS, periodontologii, chirurgii stomatologicznej i periodontologii, ortodoncji dla dzieci i młodzieży, protetyki stomatologicznej, protetyki stomatologicznej dla świadczeniobiorców po chirurgicznym leczeniu nowotworów w obrębie twarzoczaszki, ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18. r.ż. udzielane w dentobusie, świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w gabinecie dentystycznym zlokalizowanym w szkole, stomatologicznej pomocy doraźnej, oraz programu Ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki. W 2025 r. dokonano zmiany finansowania świadczeń udzielanych w programie ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki. Zmiana polegała na finansowaniu ryczałtu za każdy miesiąc objęcia opieką dziecka zakwalifikowanego o programu.

II.1.13. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Świadczenia opieki psychiatrycznej i leczenie uzależnień realizowane są w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień tj. z dnia 23 stycznia 2026 r. (Dz.U. z 2026 r. poz. 383) i udzielane są w warunkach: stacjonarnych: w ramach oddziałów psychiatrycznych, oddziałów leczenia uzależnień oraz w izbie przyjęć, dziennych: w ramach oddziału/ośrodka dziennego psychiatrycznego oddziału/ośrodka dziennego leczenia uzależnień, ambulatoryjnych: w ramach poradni psychiatrycznych, zespołu leczenia środowiskowego, poradni leczenia uzależnień, oraz w formie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (CZP) w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w CZP tj. z dnia 1 grudnia 2025 r. (Dz.U. z 2025 r. poz. 1883). Warunki zawierania i realizacji umów o udzielanie powyższych świadczeń opieki zdrowotnej w 2025 r. określone były odpowiednio w zarządzeniu nr 7/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – do końca marca 2025 r., a następnie w zarządzeniu nr 18/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 17 marca 2025 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, które weszło w życie 17 kwietnia 2025 r. z późn. zm., oraz w zarządzeniu nr 55/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 9 kwietnia 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w CZP z późn. zm.

W celu zwiększenia czytelności i przejrzystości przepisów regulujących zawieranie i realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, regulację w zakresie leczenia elektrowstrząsami chorych z zaburzeniami psychicznymi (EW) ze wskazań życiowych wprowadzono nowym zarządzeniem nr 18/2025/DSOZ z uchyleniem dotychczasowej regulacji. W celu rozliczenia terapii elektrowstrząsami do załącznika nr 1 i 1a zarządzenia wprowadzono produkty sprawozdawcze umożliwiające świadczeniodawcy rozliczenie prawidłowo wykonanej procedury leczniczej.

Ponadto, nowym zarządzeniem wprowadzono ze względu na hybrydowy sposób finansowania świadczeń gwarantowanych w zakresie zespołu/ośrodka środowiskowej opieki

psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży - I poziom referencyjny, tj. za pomocą ryczałtu miesięcznego oraz fee for service, czyli płatność za świadczenie zdrowotne udzielone bezpośrednio świadczeniobiorcy, uregulowano obowiązywanie umowy w ww. zakresach od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym została zawarta. Wprowadzono również 30 dniowy termin po zakończeniu kwartału do złożenia wniosku o zwiększenie kwoty zobowiązania ze względu na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez personel ponad wymagane 4 etaty. Następnie wprowadzono kody procedur medycznych wg ICD-9 w przypadku realizacji świadczeń zdrowotnych zrealizowanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych.

II.1.13.1. Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (I, II i III poziom referencyjny)

W 2025 r. Fundusz kontynuował realizację nowych rozwiązań w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r., opartych na środowiskowym modelu realizacji świadczeń tj. blisko miejsca pobytu pacjenta. Na koniec 2025 r. NFZ posiadał zawarte umowy na realizację świadczeń z: 535 zespołami/ośrodkami środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny; 91 centrami zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – poradnia zdrowia psychicznego – II poziom referencyjny; 95 centrami zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny posiadający w strukturze organizacyjnej poradnię zdrowia psychicznego i oddział dzienny; 39 oddziałami stacjonarnymi w ramach ośrodków wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny (świadczeniodawcy prowadzący ośrodek zobowiązani są również do realizacji świadczeń w zakresie jednej z form II poziomu referencyjnego).

II.1.14. Centra Zdrowia Psychicznego

W 2025 r. kontynuowano realizację programu pilotażowego w CZP, który rozpoczął się 1 lipca 2018 r. zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w CZP (Dz. U. poz. 852 z późn. zm.). Celem programu pilotażowego jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na CZP w aspektach organizacji, finansowania, jakości oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Pilotażem objęte są świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, realizowane na rzecz dorosłej populacji, zawarte w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach w zakresie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, z wyłączeniem: świadczeń z zakresu leczenia uzależnień; świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży oraz świadczeń psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia. Centra Zdrowia Psychicznego (CZP), zapewniają dostęp do świadczeń ambulatoryjnych (w tym środowiskowych), dziennych psychiatrycznych i stacjonarnych psychiatrycznych. Pilotażem testowane są dwa modele CZP:

- Typ A – CZP zapewniające dostęp do świadczeń we wszystkich warunkach udzielania w tym hospitalizację w ramach oddziału szpitalnego będącego we własnej strukturze lub realizującego świadczenia stacjonarne w ramach podwykonawstwa;

- Typ B – CZP nie zapewniające hospitalizacji; świadczy usługi w trybie ambulatoryjnym, dziennym i środowiskowym.

Na koniec 2025 r. NFZ posiadał zawarte umowy na realizację świadczeń w 117 CZP: 90 Typu A i 26 Typu B. Populacja wskazana do programu pilotażowego wynosi ok. 15 mln, co stanowi 50% dorosłej populacji kraju. Nowelizacją rozporządzenia pilotażowego z 19 listopada 2025 r. (Dz. U. z 2025 r. poz. 1626) przedłużono czas trwania programu do 31 grudnia 2026 r.

II.1.15. Rehabilitacja lecznicza

W 2025 r. świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza realizowane były w zakresach:

- ambulatoryjnych: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna, fizjoterapia domowa.
- ośrodkach/oddziałach dziennych: rehabilitacja ogólnoustrojowa, rehabilitacja dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego, rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu słuchu i mowy, rehabilitacja osób z dysfunkcją narządu wzroku, rehabilitacja kardiologiczna, rehabilitacja pulmonologiczna.
- stacjonarnych: rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja kardiologiczna, rehabilitacja ogólnoustrojowa, rehabilitacja pulmonologiczna, leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

Dodatkowo we wszystkich powyższych zakresach odbywała się rehabilitacja w zakresach skojarzonych dedykowanych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności z wyjątkiem leczenia dzieci i dorosłych ze śpiączką.

Dnia 21.07.2025 r. opublikowano zarządzenie Nr 59/2025/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką. Wprowadzono nim regulacje dotyczące:

- nowej taryfy dla świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w warunkach stacjonarnych i w konsekwencji tej zmiany modyfikacji uległ załącznik nr 1r do zarządzenia;
- dodano zakresy skojarzone oznaczone jako „dla przypadków wymagających” dla świadczeń realizowanych w warunkach stacjonarnych, które różnicują rozliczane produkty w zależności od stanu klinicznego pacjenta, związanego z intensywnością opieki i czasu trwania hospitalizacji jak i zaangażowania zasobów;
- wdrożono nową grupę JGP służącą rozliczaniu świadczeń realizowanych w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych. Tym samym modyfikacji uległ załącznik nr 1r oraz załącznik nr 5 do zarządzenia.

II.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej

II.2.1. System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej

W rozdziale przedstawiono efekty funkcjonowania systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej⁶. Porównano funkcjonowanie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, w okresie 2024-2025 tj. rok do roku.

II.2.1.1. Funkcjonowanie systemu PSZ w latach 2024-2025

Tabela nr II.1. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ za okres 2024-2025 (w mln zł).

Oddział NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2024	2025	2024	2025
Dolnośląski	3 575 488	3 820 118	7 386	8 310
Kujawsko-pomorski	3 450 998	3 563 719	5 363	6 112
Lubelski	3 606 819	3 771 450	5 324	5 944
Lubuski	1 268 158	1 289 999	2 015	2 250
Łódzki	3 957 927	4 127 209	6 370	7 084
Małopolski	5 252 429	5 526 684	8 415	9 500
Mazowiecki	9 720 175	10 096 681	16 112	18 073
Opolski	1 207 034	1 242 081	1 806	2 040
Podkarpacki	3 170 878	3 294 949	4 724	5 266
Podlaski	2 339 136	2 455 647	3 012	3 381
Pomorski	3 593 922	3 788 615	5 799	6 472
Śląski	6 496 588	6 767 565	11 296	12 702
Świętokrzyski	1 902 777	1 952 735	3 066	3 407
Warmińsko-mazurski	2 081 691	2 175 110	2 975	3 309
Wielkopolski	4 091 734	4 371 342	8 253	9 222
Zachodniopomorski	2 645 093	2 797 023	4 009	4 526
Razem	58 360 847	61 040 927	95 926	107 596

Tabela nr II.2. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne za okres 2024-2025 r. (w mln zł).

Oddział NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2024	2025	2024	2025
Dolnośląski	1 651 390	1 720 190	6 680	7 466
Kujawsko-pomorski	1 310 251	1 357 369	4 758	5 430
Lubelski	1 071 386	1 098 856	4 633	5 142
Lubuski	388 473	389 433	1 727	1 927

⁶ Dane wykorzystane do analizy pochodzą z systemu informatycznego Centrali NFZ i zostały wygenerowane w dniu 8.05.2026 r. W przypadku świadczeń rozliczonych w ramach ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej uwzględniono ich wartość w oparciu o cenę jednostki sprawozdawczej ryczałtu systemu zabezpieczenia obowiązującą w danym okresie rozliczeniowym.

Oddział NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2024	2025	2024	2025
Łódzki	1 287 800	1 330 453	5 557	6 160
Małopolski	1 622 193	1 699 054	7 460	8 392
Mazowiecki	3 333 994	3 458 913	14 344	16 057
Opolski	424 058	433 542	1 551	1 751
Podkarpacki	1 072 186	1 099 163	4 165	4 632
Podlaski	591 387	617 229	2 577	2 886
Pomorski	1 379 444	1 437 520	5 141	5 716
Śląski	2 442 234	2 522 482	10 092	11 340
Świętokrzyski	662 555	678 799	2 678	2 975
Warmińsko-mazurski	611 067	633 479	2 551	2 830
Wielkopolski	1 837 134	1 924 563	7 447	8 272
Zachodniopomorski	905 335	951 414	3 469	3 887
Razem	20 590 887	21 352 459	84 830	94 862

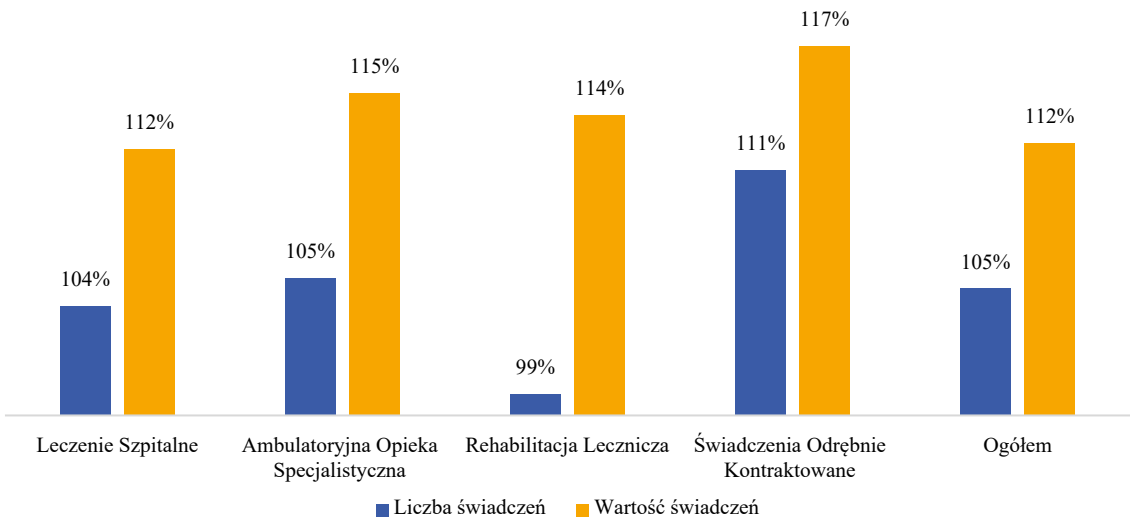
Tabela nr II.3. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ w rodzaju AOS za okres 2024-2025 (w mln zł).

Oddział NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2024	2025	2024	2025
Dolnośląski	1 844 784	2 014 380	471	578
Kujawsko-pomorski	2 106 452	2 173 090	454	507
Lubelski	2 420 024	2 538 074	534	612
Lubuski	869 820	890 568	213	238
Łódzki	2 565 193	2 687 790	601	689
Małopolski	3 342 224	3 528 573	752	871
Mazowiecki	5 731 938	5 960 558	1 210	1 365
Opolski	756 471	780 964	157	174
Podkarpacki	2 029 357	2 122 899	438	492
Podlaski	1 670 745	1 758 294	355	404
Pomorski	2 070 429	2 188 580	488	558
Śląski	3 913 263	4 100 963	911	1 030
Świętokrzyski	1 144 777	1 188 210	255	288
Warmińsko-mazurski	1 358 252	1 429 771	294	336
Wielkopolski	2 185 060	2 370 395	550	655
Zachodniopomorski	1 719 520	1 823 811	434	515
Razem	35 728 309	37 556 920	8 115	9 310

Tabela nr II.4. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ za okres 2024-2025 wg rodzaju świadczeń (w mln zł).

Rodzaj świadczeń	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2024	2025	2024	2025
Leczenie Szpitalne	20 590 887	21 352 459	84 830	94 862
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	35 728 309	37 556 920	8 115	9 310
Rehabilitacja Lecznicza	1 114 046	1 104 132	1 925	2 187
Świadczenia Odrębnie Kontraktowane	927 605	1 027 416	1 056	1 237
Razem	58 360 847	61 040 927	95 926	107 596

Wykres nr II.1. Porównanie wzrostu w latach 2024-2025 w ujęciu ilościowym i wartościowym wg rodzaju



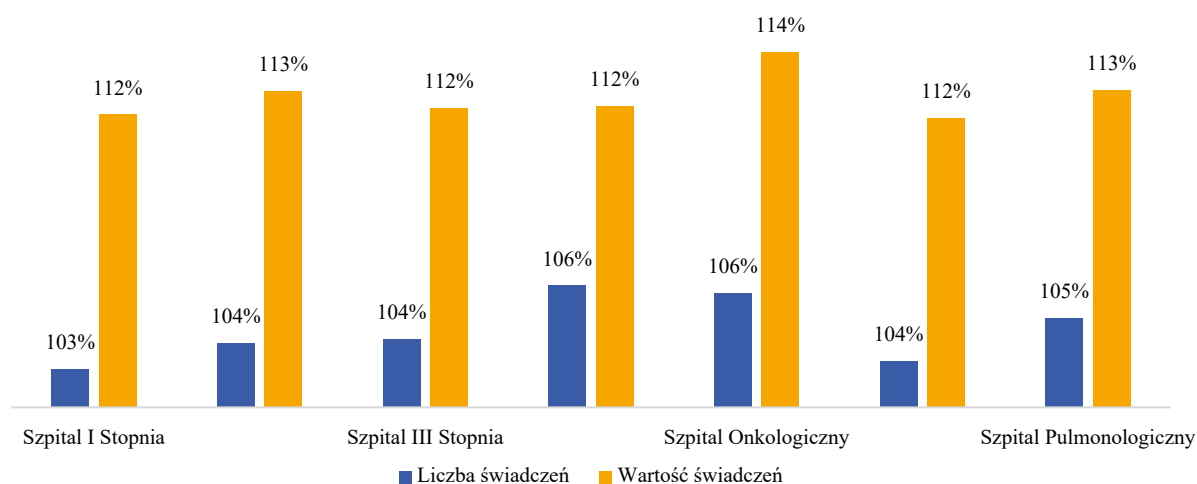
świadczeń.

Wzrost liczby świadczeń w okresie 2024-2025 r. objętych systemem PSZ to ok. 5% w skali kraju. W analizowanym okresie odnotowano wzrost liczby świadczeń we wszystkich rodzajach świadczeń. Największy odnotowano w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane (11%). Należy mieć jednak na uwadze, że liczba świadczeń zależna jest od sposobu raportowania świadczeń do NFZ. W ujęciu wartościowym odnotowano wzrost wartości świadczeń we wszystkich rodzajach świadczeń, ogółem o ok. 12%. Istotny wzrost wartości świadczeń jest konsekwencją działań podjętych w związku z rekomendacją Nr 72/2025 z dnia 25 czerwca 2025 r. Prezesa AOTMiT w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. W 2025 r. nastąpił również wzrost ceny jednostki sprawozdawczej w ryczałcie systemu PSZ z poziomu 1,84 zł w styczniu do 1,96 zł od lipca.

Tabela nr II.5. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ za okres 2024-2025 wg. poziomu PSZ (wartości świadczeń w mln zł).

Poziom zabezpieczenia zdrowotnego	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2024	2025	2024	2025
Szpital I Stopnia	12 940 681	13 363 323	15 936	17 806
Szpital II Stopnia	11 314 954	11 781 510	15 896	17 886
Szpital III Stopnia	12 717 599	13 260 810	21 516	24 090

Poziom zabezpieczenia zdrowotnego	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2024	2025	2024	2025
Szpital Ogólnopolski	15 973 400	16 939 834	33 034	37 005
Szpital Onkologiczny	3 496 804	3 699 263	6 417	7 304
Szpital Pediatryczny	1 156 687	1 197 582	1 413	1 577
Szpital Pulmonologiczny	760 722	798 605	1 714	1 929
Razem	58 360 847	61 040 927	95 926	107 596



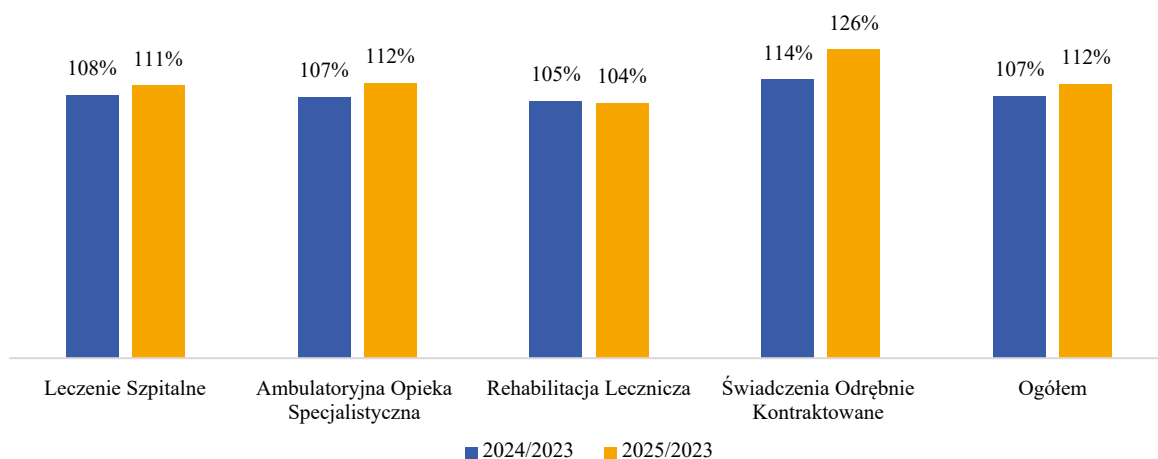
Wykres nr II.2 Porównanie wzrostu w latach 2024-2025 w ujęciu ilościowym i wartościowym wg poziomu szpitali.

Wzrost liczby udzielonych świadczeń zanotowały szpitale wszystkich poziomów zabezpieczenia zdrowotnego. Największy względny wzrost liczby świadczeń odnotowano w podmiotach zakwalifikowanych do onkologicznego i ogólnopolskiego poziomu zabezpieczenia, natomiast największy względny wzrost wartości świadczeń – w podmiotach zakwalifikowanych do poziomu onkologicznego.

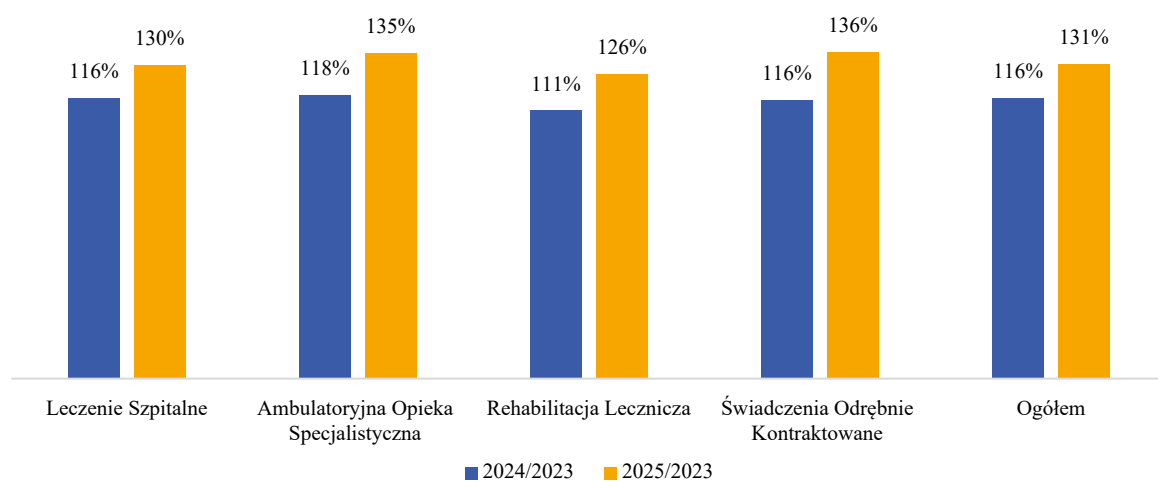
Tabela nr II.6. Liczba szpitali zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów PSZ.

Poziom PSZ	2024	2025
Szpital I Stopnia	269	267
Szpital II Stopnia	97	97
Szpital III Stopnia	65	65
Szpital Onkologiczny	17	17
Szpital Pulmonologiczny	28	28
Szpital Pediatryczny	12	12
Szpital Ogólnopolski	87	87
Razem	575	573

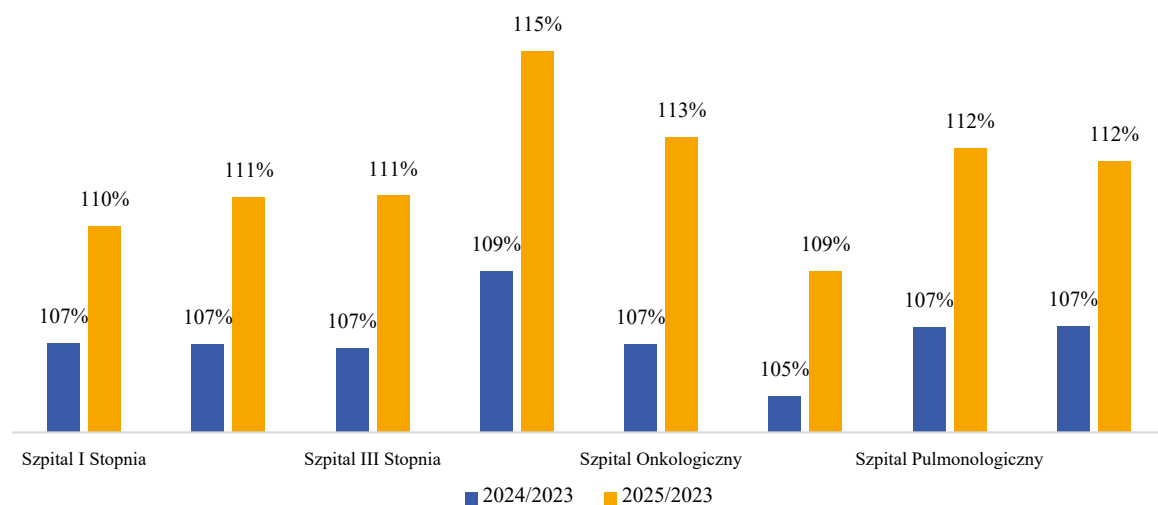
Wykres nr II.3. Dynamika w ujęciu ilościowym (liczba świadczeń) wg rodzaju świadczeń (2023 = 100%).



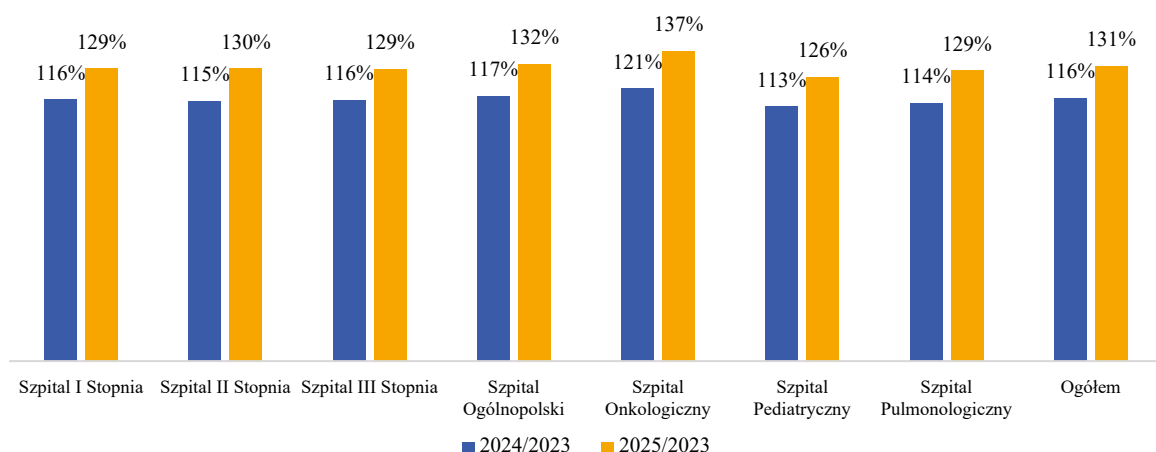
Wykres nr II.4. Dynamika w ujęciu wartościowym wg rodzaju świadczeń (2023 = 100%).



Wykres nr II.5. Dynamika w ujęciu ilościowym (liczba świadczeń) wg poziomu szpitali (2023=100%).



Wykres nr II.6. Dynamika w ujęciu wartościowym wg poziomu szpitali (2023=100%).



II.2.2. Postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

W 2025 r. przeprowadzono 3 900 postępowań w trybie konkursu ofert i rokowań. Rozstrzygnięto 2 692, unieważniono bądź odwołano 1 208 postępowań.

Tabela nr II.7. Liczba postępowań w 2025 r., stan na 31 grudnia 2025 r.

Oddział NFZ	Podstawowa opieka zdrowotna	Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne	Leczenie szpitalne	Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	Rehabilitacja lecznicza	Leczenie stomatologiczne	Leczenie uzdrowiskowe	Profilaktyczne programy zdrowotne	Świadczenia odrębnie kontraktowane	Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	Opieka paliatywna i hospicyjna	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Liczba postępowań
Dolnośląski		3	28	6				8	1	1	1	1	49
Kujawsko-Pomorski		37	25	1	19	22	6	3		49		6	168
Lubelski		44	42	7		44		2		1			140
Lubuski		80	3	4		104		4					195
Łódzki		45	40	1				1		76	1	9	173
Małopolski	11	5	27	2	4	12	1	1	2			3	68
Mazowiecki	27	5	38	85	2	90		1	1	16	2		267
Opolski		30	10		2	3		16	3		1		65
Podkarpacki	2	27	35	53	84	5		19			2	6	233
Podlaski	1	7	21	20		369		8		2			428
Pomorski		59	18	8	4	15		3			4		111
Śląski			24	79		1		2				4	110
Świętokrzyski		71	41	1	1			4	6		4		128
Warmińsko-Mazurski	3	502	109	4	207	215		3		61	3		1 107
Wielkopolski	3	204	59	32	1	272		8	1	50		5	635
Zachodniopomorski		3	12		6			1	1				23
Razem	47	1 122	532	303	330	1 152	7	84	15	256	18	34	3 900

II.2.2.1. Liczba i wartość umów w 2025 roku

W poniższej tabeli zaprezentowano dane przygotowane na poziomie Centrali NFZ pozyskane z systemu informatycznego Funduszu z wyłączenia umów w rodzaju: zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie i lecznictwo uzdrowiskowe. W wartości umów w POZ, nie obejmują stawki kapitałowej, która nie stanowi maksymalnej kwoty zobowiązania.

Tabela nr II.8. Liczba i wartość (w tys. zł) umów 2025 r. w podziale na OW NFZ.

Oddział NFZ	Liczba umów	Wartość umów
Dolnośląski	2 672	12 711 970,53
Kujawsko-Pomorski	2 029	9 054 771,92
Lubelski	2 266	9 636 369,14
Lubuski	1 300	3 878 821,25
Łódzki	2 784	11 052 964,28
Małopolski	2 934	15 262 493,61
Mazowiecki	4 668	27 006 084,77
Opolski	1 142	3 733 626,03
Podkarpacki	2 861	8 916 476,33
Podlaski	1 579	5 206 828,89
Pomorski	1 906	9 890 566,19
Śląski	4 411	20 242 713,84
Świętokrzyski	1 405	5 326 759,31
Warmińsko-Mazurski	2 222	5 535 990,24
Wielkopolski	5 505	14 209 172,97
Zachodniopomorski	1 521	6 834 171,72
Razem	41 205	168 499 781,04

II.2.3. Podstawowa opieka zdrowotna

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest częścią systemu opieki zdrowotnej, zapewniającą wszystkim osobom uprawnionym do świadczeń zamieszkałym/przebywającym na terytorium Polski, kompleksowe i skoordynowane świadczenia opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania. Świadczenia udzielane są w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie, poradni lub przychodni), a w przypadkach uzasadnionych medycznie, także w domu pacjenta (również w domu pomocy społecznej jako miejsca zamieszkania osoby zadeklarowanej do lekarza POZ). 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 są: świadczenia lekarza POZ, świadczenia pielęgniarki POZ, świadczenia położnej POZ, świadczenia pielęgniarki szkolnej, świadczenia transportu sanitarnego w POZ oraz świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia koordynatora.

Tabela nr II.9. Liczba świadczeniodawców w podstawowej opiece zdrowotnej w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców		
	2023	2024	2025
Dolnośląski	702	689	671
Kujawsko-Pomorski	438	433	437
Lubelski	551	542	535
Lubuski	398	393	393
Łódzki	495	493	497
Małopolski	696	693	694
Mazowiecki	857	852	855
Opolski	266	269	259
Podkarpacki	673	649	632
Podlaski	294	290	290
Pomorski	502	486	483
Śląski	1 032	1 022	1 017
Świętokrzyski	275	274	268
Warmińsko-Mazurski	467	460	452
Wielkopolski	1 434	1 419	1 374
Zachodniopomorski	434	417	409
Razem	9 514	9 381	9 266

Powyższe dane dotyczą świadczeniodawców posiadających umowę w podstawowej opiece zdrowotnej oraz nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej, z uwzględnieniem świadczeniodawców posiadających umowy w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Tabela nr II.10. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w latach 2023-2025 i ich wykonanie (w tys. zł).

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	1 371 831,00	1 369 904,81	1 539 968,00	1 538 096,96	1 711 000,00	1 710 974,09
Kujawsko-Pomorski	956 241,00	945 636,68	1 056 565,00	1 055 740,36	1 201 861,00	1 189 082,02
Lubelski	1 014 909,00	1 014 897,34	1 149 143,00	1 148 108,34	1 287 681,00	1 285 328,87
Lubuski	476 478,00	463 802,20	516 819,00	514 955,97	581 343,00	579 339,09
Łódzki	1 199 890,00	1 182 611,97	1 334 305,00	1 332 084,78	1 508 172,00	1 501 039,44
Małopolski	1 611 857,00	1 603 714,09	1 810 308,00	1 805 992,12	2 025 000,00	2 023 627,07
Mazowiecki	2 691 110,00	2 672 795,99	3 006 836,00	3 003 326,98	3 405 823,00	3 402 511,62
Opolski	419 480,00	416 400,93	475 941,00	475 312,26	543 832,00	539 554,50
Podkarpacki	956 824,00	952 974,42	1 061 193,00	1 059 318,82	1 183 897,00	1 182 782,29
Podlaski	528 452,00	526 789,01	589 079,00	588 896,23	664 356,00	663 482,63
Pomorski	1 091 990,00	1 091 980,42	1 220 049,00	1 219 376,58	1 374 879,00	1 372 384,60
Śląski	2 116 867,00	2 093 287,69	2 366 481,00	2 353 354,25	2 656 351,00	2 638 029,78
Świętokrzyski	550 850,00	549 962,31	620 553,00	617 708,79	702 441,00	702 279,22

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń
Warmińsko-Mazurski	634 354,00	630 647,81	701 878,00	701 418,69	795 025,00	794 186,62
Wielkopolski	1 692 967,00	1 662 901,67	1 849 455,00	1 836 739,60	2 094 676,00	2 087 061,33
Zachodniopomorski	793 357,00	770 312,80	868 091,00	859 735,79	966 163,00	965 156,97
Razem	18 107 457,00	17 948 620,14	20 166 664,00	20 110 166,52	22 702 500,00	22 636 820,14

Na podstawie powyższych danych zaobserwować można wzrost planowanych kosztów finansowania świadczeń i ich realizacji w stosunku do lat poprzednich.

Tabela nr II.11. Porównanie liczby pacjentów (wg unikalnego identyfikatora) i liczby wykonanych świadczeń w POZ w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	2 109 977	13 299 790	2 131 180	14 215 849	2 130 749	14 812 315
Kujawsko-Pomorski	1 543 034	10 040 423	1 549 457	10 717 639	1 547 302	11 195 637
Lubelski	1 600 437	10 907 496	1 597 863	11 485 023	1 586 256	12 002 177
Lubuski	759 432	4 681 436	761 766	4 923 785	759 549	5 213 047
Łódzki	1 900 160	12 468 281	1 904 862	13 134 080	1 889 994	13 595 957
Małopolski	2 564 454	15 333 604	2 589 401	16 281 163	2 575 014	16 743 330
Mazowiecki	3 944 298	23 111 265	3 985 896	24 560 954	4 004 347	25 990 316
Opolski	683 411	4 236 198	686 414	4 530 367	682 423	4 772 994
Podkarpacki	1 568 787	9 551 348	1 572 448	10 075 067	1 542 249	10 186 595
Podlaski	871 897	5 534 561	876 280	5 961 339	871 555	6 170 081
Pomorski	1 792 164	10 924 385	1 817 822	11 689 398	1 829 630	12 329 423
Śląski	3 383 468	21 601 587	3 395 129	22 803 654	3 369 675	23 630 312
Świętokrzyski	903 126	5 834 515	903 872	6 114 807	892 782	6 381 523
Warmińsko-Mazurski	1 035 873	6 721 993	1 037 206	7 135 817	1 029 852	7 545 537
Wielkopolski	2 749 759	17 746 594	2 766 260	18 716 628	2 774 021	19 761 042
Zachodniopomorski	1 271 412	8 403 708	1 271 807	8 806 265	1 265 298	9 367 454
Razem	28 681 689	180 397 184	28 847 663	191 151 835	28 750 696	199 697 740

Tabela nr II.12. Liczba zawartych umów na 2025 r. na realizację świadczeń w budżecie powierzonym opiece koordynowanej.

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców
Dolnośląski	240
Kujawsko-Pomorski	159
Lubelski	294
Lubuski	57
Łódzki	251

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców
Małopolski	258
Mazowiecki	383
Opolski	52
Podkarpacki	124
Podlaski	126
Pomorski	131
Śląski	386
Świętokrzyski	103
Warmińsko-Mazurski	86
Wielkopolski	205
Zachodniopomorski	93
Razem	2 948

Tabela nr II.13. Liczba udzielonych świadczeń przez lekarzy POZ w latach 2023-2025.

Świadczenie	2023	2024	2025
Porada domowa	1 142 878	1 126 693	1 135 236
Porada ambulatoryjna	122 696 529	126 218 215	122 849 780
Patronaże	127 951	129 585	117 993
Badanie bilansowe, w tym badanie przesiewowe	955 954	952 111	922 630
Profilaktyczne w ramach profilaktyki chorób układu krążenia	383 613	275 751	137 207

Tabela nr II.14. Liczba udzielonych świadczeń przez pielęgniarki POZ w latach 2023-2025.

Świadczenie	2023	2024	2025
Wizyta domowa	4 720 367	4 420 657	4 050 707
Wizyta ambulatoryjna	12 236 394	12 365 524	11 469 817
Wizyta patronażowa	66 310	59 768	64 025

Tabela nr II.15. Liczba udzielonych świadczeń przez położne POZ w latach 2023-2025.

Świadczenie	2023	2024	2025
Wizyta domowa	717 156	712 768	606 186
Wizyta ambulatoryjna	1 673 342	1 601 574	1 392 231
Wizyta patronażowa	1 127 790	1 056 842	952 470

Tabela nr II.16. Liczba udzielonych świadczeń w środowisku nauczania i wychowania w latach 2023-2025.

Świadczenie	2023	2024	2025
Dzieci, którym wykonano testy przesiewowe w rocznikach określonych dla bilansów zdrowia	2 524 382	2 602 826	1 905 429
Badania przesiewowe w pozostałych rocznikach	1 661 111	1 672 186	1 821 489
Inne udokumentowane świadczenia profilaktyczne	6 950 339	6 765 215	6 124 383

Tabela nr II.17. Liczba i wartość (w tys. zł) rozliczonych porad pielęgniarskich – Kompleksowa Opieka Pielęgniarska (KOP) w 2025 r.

Nazwa produktu rozliczeniowego	Krotność rozliczonych produktów	Wartość rozliczonych świadczeń
w leczeniu ran w miejscu realizacji świadczeń	5 364	319,66
w leczeniu ran realizowana w domu świadczeniobiorcy	32 673	3 966,80
urologiczna w miejscu realizacji świadczeń	299	17,76
urologiczna realizowana w domu świadczeniobiorcy	3 184	386,19
stomijna w miejscu realizacji świadczeń	123	7,34
stomijna realizowana w domu świadczeniobiorcy	1 980	240,11
Razem	43 623	4 937,85

Tabela nr II.18. Liczba i wartość (w tys. zł) rozliczonych testów antygenowych w kierunku: SARS-CoV-2/grypy A+B/RSV w 2025 r.

Oddział NFZ	Liczba rozliczonych produktów	Wartość rozliczonych świadczeń
Dolnośląski	287 695	11 182,77
Kujawsko-Pomorski	219 846	8 534,41
Lubelski	252 775	9 815,09
Lubuski	114 868	4 465,91
Łódzki	261 639	10 169,14
Małopolski	351 417	13 664,75
Mazowiecki	517 145	20 102,02
Opolski	103 099	4 004,05
Podkarpacki	176 102	6 857,53
Podlaski	150 987	5 869,63
Pomorski	250 265	9 732,35
Śląski	521 585	20 245,34
Świętokrzyski	140 946	5 476,48
Warmińsko-Mazurski	128 306	4 985,85
Wielkopolski	441 480	17 168,38
Zachodniopomorski	129 433	5 025,98
Razem	4 047 588	157 299,69

Tabela nr II.19. Liczba i wartość (w tys. zł) rozliczonych testów przesiewowych HIV (przeciwciała przeciwko anty-HIV i antygen p24) w 2025 r.

Oddział NFZ	Liczba rozliczonych produktów	Wartość rozliczonych świadczeń
Dolnośląski	468	19,41
Kujawsko-Pomorski	196	8,16
Lubelski	118	4,90
Lubuski	79	3,28
Łódzki	207	8,60
Małopolski	333	13,81
Mazowiecki	2 193	91,34

Oddział NFZ	Liczba rozliczonych produktów	Wartość rozliczonych świadczeń
Opolski	82	3,40
Podkarpacki	290	12,02
Podlaski	79	3,28
Pomorski	479	19,92
Śląski	275	11,43
Świętokrzyski	61	2,54
Warmińsko-Mazurski	112	4,66
Wielkopolski	305	12,66
Zachodniopomorski	160	6,65
Razem	5 437	226,06

Tabela nr II.20. Liczba i wartość (w tys. zł) rozliczonego lipidogramu – badania przesiewowego w kierunku hipercholesterolemii rodzinnej zrealizowane w ramach bilansu 6-latka w 2025 r.

Oddział NFZ	Liczba rozliczonych produktów	Wartość rozliczonych świadczeń
Dolnośląski	1 020	25,40
Kujawsko-Pomorski	976	24,30
Lubelski	1 077	26,82
Lubuski	636	15,84
Łódzki	681	16,96
Małopolski	1 998	49,75
Mazowiecki	1 662	41,38
Opolski	380	9,46
Podkarpacki	1 498	37,30
Podlaski	782	19,47
Pomorski	1 323	32,94
Śląski	1 446	36,01
Świętokrzyski	504	12,55
Warmińsko-Mazurski	672	16,73
Wielkopolski	3 160	78,68
Zachodniopomorski	582	14,49
Razem	18 397	458,09

W ramach programu „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” przysługują pacjentom porady edukacyjne w zakresie wynikającym z indywidualnych potrzeb świadczeniobiorcy – do dwóch porad. Porady mogą być realizowane odpowiednio przez: lekarza udzielającego świadczeń w zakresie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę, położną, profilaktyka a także dietetyka.

Tabela nr II.21. Liczba i wartość (w tys. zł) świadczeń zrealizowanych w ramach „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” w 2025 r.

Nazwa produktu rozliczeniowego	Liczba rozliczonych produktów	Wartość rozliczonych świadczeń
Bilans zdrowia osoby dorosłej w wieku 20-59	982 949	334 437,31
Bilans zdrowia osoby dorosłej w wieku 60 plus	448 854	164 113,25
Porada edukacyjna - bilans zdrowia	833 202	46 230,34
ASPAT - bilans zdrowia	942 607	11 845,84
ALAT - bilans zdrowia	944 390	11 868,23
GGTP - bilans zdrowia	934 203	12 718,68
PSA - bilans zdrowia	240 583	8 066,07
Przeciwciała anty - HCV - bilans zdrowia	1 125 996	51 898,68
Lipoproteina a - bilans zdrowia	516 150	29 168,78
Test na krew utajoną w kale metodą immunochemiczną (FIT - OC) - bilans zdrowia	91 773	5 584,14
Mocz badanie ogólne - bilans zdrowia	1 290 132	21 282,25
Razem	8 350 838	697 213,57

II.2.4. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

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

Tabela nr II.22. Liczba świadczeniodawców w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców		
	2023	2024	2025
Dolnośląski	416	411	402
Kujawsko-Pomorski	291	288	292
Lubelski	234	241	236
Lubuski	140	137	131
Łódzki	329	326	329
Małopolski	384	382	379
Mazowiecki	519	529	518
Opolski	166	167	158
Podkarpacki	318	316	317
Podlaski	182	177	173
Pomorski	258	251	248
Śląski	798	789	777
Świętokrzyski	242	237	240
Warmińsko-Mazurski	272	269	269
Wielkopolski	553	545	544
Zachodniopomorski	211	208	204
Razem	5 313	5 273	5 217

Tabela nr II.23. Wartość i wykonanie umów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2023-2025, z uwzględnieniem świadczeń zrealizowanych w ramach systemu PSZ (w tys. zł).

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	1 075 613,87	1 040 969,56	1 258 108,31	1 217 208,44	1 461 464,49	1 413 054,03
Kujawsko-Pomorski	759 086,64	757 967,59	881 294,65	879 471,44	981 999,81	976 145,67
Lubelski	908 956,08	907 599,83	1 069 868,20	1 062 260,69	1 196 887,15	1 191 074,74
Lubuski	379 348,06	376 387,88	446 150,16	440 293,38	514 519,52	505 329,85
Łódzki	1 124 108,69	1 092 540,56	1 342 724,82	1 329 618,72	1 513 765,20	1 474 182,22
Małopolski	1 365 377,75	1 319 055,84	1 560 655,69	1 513 881,24	1 779 610,38	1 724 001,98
Mazowiecki	2 170 373,79	2 166 446,54	2 532 941,89	2 528 472,49	2 896 463,11	2 886 418,61
Opolski	314 780,80	311 266,44	363 606,93	357 484,71	406 525,32	400 451,86
Podkarpacki	850 983,08	821 945,49	990 590,16	955 054,23	1 114 640,02	1 065 753,02
Podlaski	565 815,57	562 776,25	646 208,60	642 756,95	713 561,12	706 783,65
Pomorski	1 010 015,35	983 745,71	1 155 543,23	1 125 116,92	1 298 538,41	1 250 442,18
Śląski	2 088 852,98	2 017 899,29	2 421 316,28	2 340 138,57	2 712 550,52	2 619 663,47
Świętokrzyski	506 878,81	502 366,33	594 932,13	593 384,96	672 427,22	667 403,73
Warmińsko-Mazurski	546 357,30	543 019,42	625 521,09	622 802,42	716 065,62	703 963,64
Wielkopolski	1 362 584,59	1 315 625,14	1 541 123,43	1 533 623,88	1 736 496,84	1 727 103,67
Zachodniopomorski	664 165,68	661 509,20	768 385,69	765 309,48	864 484,78	861 498,12
Razem	15 693 299,02	15 381 121,07	18 198 971,26	17 906 878,53	20 579 999,51	20 173 270,43

Tabela nr II.24. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2023-2025, (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).

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	1 261 980	5 990 977	1 291 039	6 306 402	1 319 703	6 566 955
Kujawsko-Pomorski	936 725	4 507 922	966 410	4 760 586	987 870	4 905 126
Lubelski	1 005 489	5 434 209	1 040 619	5 776 891	1 062 296	5 933 574
Lubuski	451 073	2 048 379	467 061	2 168 556	478 784	2 264 834
Łódzki	1 152 356	6 146 694	1 202 665	6 609 503	1 230 965	6 817 221
Małopolski	1 518 171	8 011 559	1 568 601	8 372 635	1 615 603	8 694 367
Mazowiecki	2 431 536	12 472 154	2 542 370	13 362 964	2 631 723	14 025 485
Opolski	418 108	1 899 877	428 587	1 966 552	439 888	2 042 689
Podkarpacki	979 517	5 143 876	1 010 688	5 413 194	1 034 198	5 619 153
Podlaski	603 713	3 230 742	618 961	3 391 898	629 262	3 496 959
Pomorski	1 095 933	5 784 237	1 125 730	6 009 494	1 154 632	6 233 984
Śląski	2 214 582	12 340 024	2 267 422	12 933 453	2 310 850	13 289 695
Świętokrzyski	569 361	2 858 791	587 594	3 036 995	599 210	3 143 034
Warmińsko-Mazurski	653 716	3 180 249	668 779	3 289 708	684 901	3 413 652
Wielkopolski	1 514 184	7 126 510	1 566 948	7 599 128	1 603 833	7 818 035

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Zachodniopomorski	748 025	3 685 381	768 469	3 864 602	782 849	3 974 944
Razem	17 554 469	89 861 581	18 121 943	94 862 561	18 566 567	98 239 707

II.2.5. Leczenie szpitalne

Tabela nr II.25. Liczba świadczeniodawców w leczeniu szpitalnym 2023-2025.

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców		
	2023	2024	2025
Dolnośląski	69	69	70
Kujawsko-Pomorski	54	57	56
Lubelski	55	56	57
Lubuski	30	31	31
Łódzki	68	66	67
Małopolski	71	71	70
Mazowiecki	115	119	119
Opolski	32	32	31
Podkarpacki	53	52	53
Podlaski	36	35	35
Pomorski	41	42	42
Śląski	127	128	127
Świętokrzyski	35	35	35
Warmińsko-Mazurski	52	53	51
Wielkopolski	88	89	88
Zachodniopomorski	38	38	38
Razem	964	973	970

Tabela nr II.26. Wartość i wykonanie umów w rodzaju leczenie szpitalne w latach 2023-2025 (w tys. zł).

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Wartość umów	Koszty realizacji	Wartość umów	Koszty realizacji	Wartość umów	Koszty realizacji
Dolnośląski	6 137 116,78	6 037 287,20	7 330 325,84	7 086 234,56	7 899 373,86	7 602 373,58
Kujawsko-Pomorski	4 496 227,09	4 495 055,67	5 281 654,35	5 254 855,88	5 910 271,80	5 889 637,01
Lubelski	4 571 675,96	4 562 807,73	5 336 287,65	5 265 130,49	5 845 761,72	5 831 689,25
Lubuski	1 701 616,51	1 685 383,69	1 952 631,71	1 928 208,48	2 148 013,66	2 121 279,58
Łódzki	5 567 253,76	5 415 340,68	6 516 076,12	6 407 760,01	7 057 786,16	6 927 465,03
Małopolski	7 337 079,52	7 139 398,57	8 442 846,44	8 187 954,98	9 294 604,42	9 052 534,40
Mazowiecki	13 475 697,35	13 458 003,55	15 854 994,42	15 825 952,95	17 533 643,65	17 522 375,33
Opolski	1 689 025,60	1 667 480,66	1 948 697,48	1 918 446,35	2 137 392,91	2 120 193,04
Podkarpacki	4 119 747,33	4 013 245,98	4 834 813,56	4 675 395,87	5 282 026,66	5 157 343,11
Podlaski	2 597 011,86	2 586 495,10	2 947 061,04	2 933 644,00	3 084 277,55	3 076 684,15
Pomorski	4 745 887,23	4 584 726,06	5 697 551,50	5 316 231,81	6 200 744,81	5 883 287,36
Śląski	9 958 416,27	9 662 962,86	11 553 885,16	11 344 528,86	12 518 400,11	12 345 930,15
Świętokrzyski	2 611 950,37	2 620 313,82	2 998 745,47	2 995 117,95	3 302 993,98	3 294 885,06

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Wartość umów	Koszty realizacji	Wartość umów	Koszty realizacji	Wartość umów	Koszty realizacji
Warmińsko-Mazurski	2 554 206,69	2 556 669,18	3 016 077,83	3 013 086,88	3 338 767,92	3 317 895,82
Wielkopolski	7 203 242,24	7 095 568,12	8 268 405,78	8 257 682,78	9 106 725,64	9 098 196,77
Zachodniopomorski	3 347 588,01	3 331 230,05	3 870 909,61	3 861 809,98	4 282 582,00	4 261 630,80
Razem	82 113 742,56	80 911 968,94	95 850 963,96	94 272 041,83	104 943 366,87	103 503 400,42

Tabela nr II.27. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu szpitalnym w latach 2023-2025 (w tys. zł).

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	637 114	1 343 591	662 519	1 433 962	675 070	1 490 658
Kujawsko-Pomorski	489 477	1 036 069	512 118	1 117 746	518 558	1 146 770
Lubelski	457 990	911 491	475 219	962 502	474 551	979 271
Lubuski	189 907	353 051	200 542	382 314	196 744	381 528
Łódzki	560 512	1 167 657	575 747	1 236 948	587 180	1 277 367
Małopolski	735 813	1 403 908	775 879	1 516 206	790 919	1 582 550
Mazowiecki	1 304 111	2 701 983	1 361 951	2 857 144	1 379 666	2 966 728
Opolski	212 465	377 684	221 465	413 177	224 170	423 356
Podkarpacki	475 767	934 486	495 755	1 001 044	497 414	1 025 190
Podlaski	254 095	507 665	259 148	528 089	265 022	545 968
Pomorski	533 522	1 071 928	560 222	1 157 687	570 179	1 198 087
Śląski	1 037 873	2 125 714	1 075 815	2 257 743	1 091 560	2 326 679
Świętokrzyski	290 001	579 488	296 146	602 066	297 137	617 774
Warmińsko-Mazurski	284 759	544 397	294 236	567 437	300 318	588 393
Wielkopolski	768 491	1 521 805	811 075	1 645 361	836 049	1 718 090
Zachodniopomorski	380 615	751 433	392 349	797 788	401 469	836 764
Razem	8 612 512	17 332 350	8 970 186	18 477 214	9 106 006	19 105 173

II.2.5.1. Chemioterapia

W 2025 r. Fundusz sfinansował świadczenia w zakresach chemioterapii na kwotę 2 564 174 tys. zł. Plan finansowy NFZ na 2025 r. na realizację chemioterapii przewidywał kwotę 2 509 363 tys. zł. 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.28. Wartość świadczeń w poszczególnych zakresach chemioterapii (w tys. zł), wg stanu na 13.05.2026 r.

Nazwa zakresu świadczeń	2025	
	Suma z kontraktów w zakresie	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych
chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	233 034	231 917
chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	471 498	469 076
chemioterapia - hospitalizacja z zakresem skojarzonym	798 886	792 801

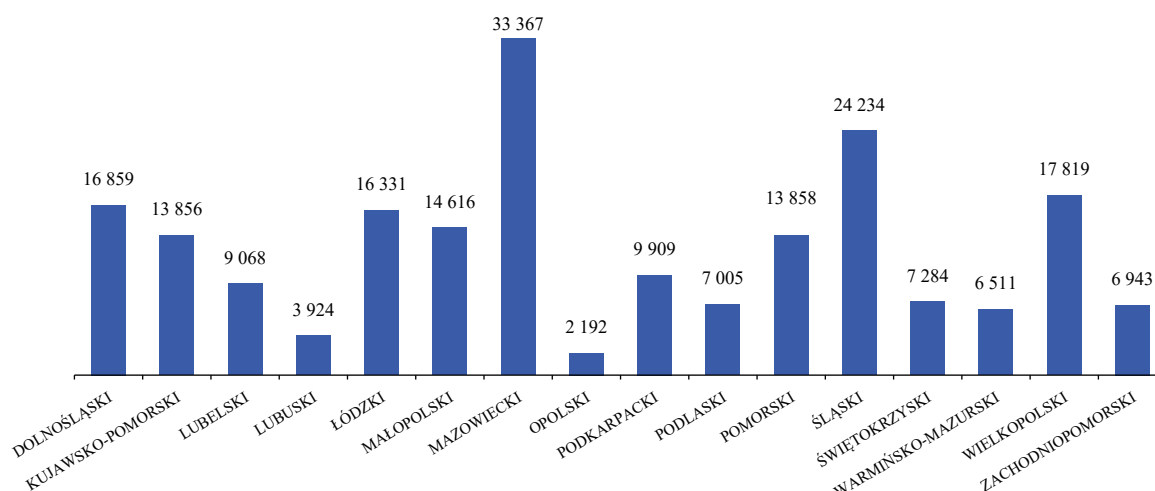
	2025	
chemioterapia	27 938	27 782
substancje czynne z 1T - chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	1 070	1 045
substancje czynne w chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	341 557	341 278
substancje czynne z 1T - chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	1 709	1 588
substancje czynne w chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	415 013	413 551
substancje czynne z 1T - chemioterapia - hospitalizacja z zakresem skojarzonym	2 791	2 651
substancje czynne w chemioterapii - hospitalizacji z zakresem skojarzonym	267 070	266 235
substancje czynne z 1T - chemioterapia	68	68
substancje czynne w chemioterapii	15 604	16 183
Razem	2 576 238	2 564 174

W zakresach związanych z realizacją chemioterapii również jak w programach lekowych zauważa się większy udział kobiet niż mężczyzn (61% kobiet, 39% mężczyzn) ze średnim wiekiem 63,1 lat. Najwyższą wartość środków rozliczonych wydatkowano na chemioterapię w województwie mazowieckim z kwotą 452 730 tys. zł, śląskim (359 977 tys. zł) oraz wielkopolskim (230 795 tys. zł).

Tabela nr II.29. Wartość zrealizowanych i rozliczonych jednostek rozliczeniowych w chemioterapii w podziale na OW NFZ w 2025 r., wg stanu na 13 maja 2026 r. (w tys. zł).

Oddział NFZ	Ogółem liczba ubezpieczonych*	Wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 617 561	209 887	802	197 777	756
Kujawsko-Pomorski	1 761 700	160 932	914	146 298	830
Lubelski	1 800 468	147 771	821	145 001	805
Lubuski	872 428	53 061	608	50 731	581
Łódzki	2 216 504	200 163	903	187 684	847
Małopolski	3 157 734	211 642	670	170 324	539
Mazowiecki	5 315 089	454 393	855	452 730	852
Opolski	799 720	30 718	384	30 718	384
Podkarpacki	1 820 854	137 688	756	136 267	748
Podlaski	1 012 884	84 287	832	67 606	667
Pomorski	2 147 858	166 221	774	148 503	691
Śląski	3 935 076	370 287	941	359 977	915
Świętokrzyski	1 034 298	75 006	725	73 198	708
Warmińsko-Mazurski	1 156 003	72 223	625	71 206	616
Wielkopolski	3 272 546	240 554	735	230 795	705
Zachodniopomorski	1 428 165	95 456	668	95 360	668
Razem	34 348 888	2 710 289	12 013	2 564 175	11 312

Wykres nr II.7. Liczba świadczeniobiorców w ramach finansowania chemioterapii w 2025 r., wg stanu na 13 maja 2026 r.



II.2.5.2. Programy lekowe

W 2025 r. wartość świadczeń udzielonych w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe wyniosła 15 423 443 tys. zł, liczba pacjentów objętych leczeniem w zakresie programów lekowych wyniosła 337,5 tys. 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 2025 r. na refundację programów lekowych przewidywał kwotę 15 288 459 tys. zł.

W 2025 r. NFZ finansował 145 programów lekowych w tym 44 programy onkologiczne. Różnice w ilości programów lekowych wynikają m.in. z ich łączenia. Zgodnie z decyzjami podejmowanymi przez Ministra Zdrowia w 2025 r., mającymi odzwierciedlenie w publikowanych obwieszczeniach w sprawie wykazu leków refundowanych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wydanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 907, z późn. zm.), wprowadzane były w zakresie udostępniania pacjentom nowych opcji terapeutycznych zarówno w dotychczas finansowanych programach lekowych jak i w nowych zakresach świadczeń tj.:

1. Nowe programy lekowe objęte finansowaniem w 2025 roku:

- leczenie pacjentów z achondroplazją (substancja czynna wosorytyd),
- leczenie chorych na wrodzoną ślepotę Lebera (LCA) z bialleliczną mutacją genu RPE65 (substancja czynna woretynen neparwówek),
- leczenie pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV) (substancja czynna maribawir),
- leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES) (substancja czynna mepolizumab),

- leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej (substancja czynna wutrisiran),
- leczenie pacjentów z pierwotną nefropatią IgA (substancja czynna budezonid),
- leczenie chorych z zaawansowanym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST) (substancja czynna ripretynib),
- leczenie chorych z ciężką postacią łysienia plackowatego (substancja czynna ritlecytynib),
- leczenie chorych na ataksję Friedreicha (substancja czynna omaweloksolon),
- leczenie chorych z zespołem Alagille’a (substancja czynna maraliksytat),
- leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne (substancja czynna tofersen),
- leczenie dzieci i młodzieży chorych na glejaka (substancja czynna dabrafenib i trametynib).

2. Nowe substancje czynne objęte finansowaniem w ramach dotychczas funkcjonujących programów lekowych:

styczeń 2025 r.:

- lonkastuksymab tezyryny, zanubrutynib w programie lekowym B.12.FM Leczenie chorych na chłoniaki B - komórkowe,
- kanakinumab w programie lekowym B.33 Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów,
- mirikizumab w programie lekowym B.55 Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG),
- niraparyb + octan abirateronu w programie lekowym B.56 Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego,
- oksybutynina w programie lekowym B.73 Leczenie pacjentów z neurogenną nadreaktywnością wypieracza,
- iwosydenib w programie lekowym B.114 Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową,
- awaprytynib w programie lekowym B.115 Leczenie agresywnej mastocytozy układowej, mastocytozy układowej z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego oraz białaczki mastocytarnej,
- fenfluramina w programie lekowym B.154.FM Leczenie pacjentów z zespołem Lennox-Gastaut lub z zespołem Dravet,
- rawulizumab w programie lekowym B.157 Leczenie chorych z uogólnioną postacią miastenii,
- cemiplimab w programie lekowym B.159 Leczenie chorych na raka szyjki macicy,
- wosorytyd w programie lekowym B.166 Leczenie pacjentów z achondroplazją,
- woretygen neparwówek w programie lekowym B.167 Leczenie chorych na wrodzoną ślepotę Lebera (LCA) z bialleliczną mutacją genu RPE65;

kwiecień 2025 r.:

- tremelimumab w programie lekowym B.6. Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej,
- rukaparyb w programie lekowym B.50. Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej,
- talquetamab i elranatamab w programie lekowym B.54. Leczenie chorych na szpiczaka plazmocytowego,
- talazoparyb w programie lekowym B.56. Leczenie chorych na raka gruczołu krokowego,
- mepolizumab w programie lekowym B.75. Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń,
- maribawir w programie lekowym B.168. Leczenie pacjentów z niereagującym lub opornym na leczenie zakażeniem wirusem cytomegalii (CMV),
- mepolizumab w programie lekowym B.169. Leczenie chorych z zespołem hipereozynofilowym (HES),
- wutrisiran w programie lekowym B.170. Leczenie dorosłych pacjentów z polineuropatią w I lub II stadium zaawansowania w przebiegu dziedzicznej amyloidozy transtyretynowej,
- budezonid w programie lekowym B.171. Leczenie pacjentów z pierwotną nefropatią IgA;

lipiec 2025 r:

- ublituksymab w programie lekowym B.29. Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane,
- awakopan w programie lekowym B.75. Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń,
- lebrykizumab w programie lekowym B.124. Leczenie chorych z atopowym zapaleniem skóry,
- eptinezumab w programie lekowym B.133. Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą,
- erdafitynib i pembrolizumab w programie lekowym B.141.FM. Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym,
- ripretynib w programie lekowym B.172. Leczenie chorych z zaawansowanym nowotworem podścieliskowym przewodu pokarmowego (GIST),
- ritlecytynib w programie lekowym B.173. Leczenie chorych z ciężką postacią łysienia plackowatego,
- omaweloksolon w programie lekowym B.174. Leczenie chorych na ataksję Friedreicha,
- maraliksiyat w programie lekowym B.175. Leczenie chorych z zespołem Alagille’a;

październik 2025 r.:

- durwalumab w programie lekowym B.5. Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego lub raka dróg żółciowych,
- frukwintynib w programie lekowym B.4. Leczenie chorych na raka jelita grubego,
- kapiwasertyb i trastuzumab + pertuzumab w programie lekowym B.9.FM. Leczenie chorych na raka piersi,
- mirwetuksymab sorawtanzyna w programie lekowym B.50. Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej,
- trastuzumab derukstekan w programie lekowym B.58. Leczenie chorych na raka przełyku, połączenia żołądkowo-przełykowego i żołądka,
- benralizumab w programie lekowym B.75. Leczenie pacjentów z układowymi zapaleniami naczyń,
- momelotynib w programie lekowym B.81. Leczenie chorych na nowotwory mieloproliferacyjne Ph (-),
- krowalimab i danikopan w programie lekowym B.96. Leczenie chorych z nocną napadową hemoglobinurią (PNH),
- rytuksymab i tocilizumab w programie lekowym B.135. Leczenie pacjentów z chorobą śródmiąższową płuc,
- durwalumab i olaparyb w programie lekowym B.148. Leczenie chorych na raka endometrium,
- rytuksymab w programie lekowym B.150. Leczenie chorych z toczniem rumieniowatym układowym (TRU, SLE),
- tofersen w programie lekowym B.176. Leczenie chorych na stwardnienie zanikowe boczne,
- dabrafenib i trametynib w programie lekowym B.177. Leczenie dzieci i młodzieży chorych na glejaka.

Jednocześnie należy zaznaczyć, że spośród ww. substancji, poniższe stanowią technologie lekowe o wysokim poziomie innowacyjności, finansowane w ramach Funduszu Medycznego:

- mirwetuksymab sorawtanzyna w programie lekowym B.50. Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej (od październik 2025 r.),
- dabrafenib i trametynib w programie lekowym B.177. Leczenie dzieci i młodzieży chorych na glejaka (od październik 2025 r.).

Zakończyło się finansowanie leków jako technologii lekowych o wysokim poziomie innowacyjności, w ramach Funduszu Medycznego dla sacituzumabum govitecanum w programie lekowym B.9.FM. Leczenie chorych na raka piersi (od styczeń 2025 r.), atralizumabum w programie lekowym B.138.FM. Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD) (od styczeń 2025 r.), tafasytamab w programie B.12.FM. Leczenie chorych na chłoniaki B – komórkowe (od lipiec 2025 r.),

breksukabtagen autoleucel w programie B.12.FM. Leczenie chorych na chłoniaki B – komórkowe (od październik 2025 r.).

Tabela nr II.30. Wartość wykonanych świadczeń w ramach finansowania programów lekowych (w tys. zł) w 2025 r., wg stanu na dzień 13 maja 2026 r.

Oddział NFZ	Ogółem liczba ubezpieczonych*	Wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 617 561	1 257 740	4 805	1 208 655	4 617
Kujawsko-Pomorski	1 761 700	908 908	5 159	875 307	4 969
Lubelski	1 800 468	829 010	4 604	825 978	4 588
Lubuski	872 428	230 679	2 644	224 481	2 573
Łódzki	2 216 504	1 134 456	5 118	1 099 124	4 959
Małopolski	3 157 734	1 537 548	4 869	1 423 757	4 509
Mazowiecki	5 315 089	2 892 759	5 443	2 857 027	5 375
Opolski	799 720	214 361	2 680	210 277	2 629
Podkarpacki	1 820 854	795 756	4 370	767 407	4 215
Podlaski	1 012 884	423 858	4 185	377 171	3 724
Pomorski	2 147 858	1 050 357	4 890	963 028	4 484
Śląski	3 935 076	1 850 947	4 704	1 818 509	4 621
Świętokrzyski	1 034 298	452 874	4 379	440 631	4 260
Warmińsko-Mazurski	1 156 003	387 785	3 355	380 243	3 289
Wielkopolski	3 272 546	1 367 149	4 178	1 344 593	4 109
Zachodniopomorski	1 428 165	609 020	4 264	607 257	4 252
Razem	34 348 888	15 943 207	69 647	15 423 445	22 955

Najwyższą wartość środków wydatkowano na programy lekowe w województwie mazowieckim z kwotą 2 857 027 tys. zł, śląskim (1 818 509 tys. zł) oraz małopolskim (1 423 757 tys. zł).

Największe środki zostały wydatkowane w programie leczenia chorych na raka piersi 1 635 268 tys. zł., co stanowi 10,6% kosztu wszystkich wykonanych świadczeń związanych z programami lekowymi, następnie kolejny to program leczenia chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej (1 517 969 tys. zł), program lekowy leczenia chorych na stwardnienie rozsiane (876 101 tys. zł), oraz program lekowy leczenia chorych na szpiczaka plazmocytoowego (659 969 tys. zł) odpowiednio 9,8%; 5,7%; 4,3%.

Tabela nr II.31. Top 10 substancji czynnych wg kwoty refundacji w 2025 r. (w tys. zł).

Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych
Pembrolizumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 mg	1 302 586
Nivolumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 mg	862 910
Daratumumabum - Sc - Podskórnice - 1 mg	518 874
Olaparibum - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 mg	408 080
Ivacaftorum, Tezacaftorum, Elexacaftorum - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 mg	371 942
Enzalutamidum - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 mg	347 035
Pertuzumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 mg	276 160

Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych
Nusinersenum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 mg	265 713
Durvalumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 mg	257 307
Immunoglobulinum Humanum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 mg	220 664

W programach onkologicznych i nieonkologicznych zauważa się większy udział kobiet niż mężczyzn. W programach onkologicznych leczonych jest 56,5% kobiet, nieonkologicznych 58,8% kobiet. W 2025 r. w związku z leczeniem 89,95 tys. pacjentów w ramach programów lekowych onkologicznych wydatkowano 8 550 249,6 tys. zł, natomiast w programach lekowych nieonkologicznych wydatkowano 6 873 193,2 tys. zł na leczenie prawie 249,74 tys. pacjentów. Środki wydatkowane na terapię kobiet w ramach programów lekowych stanowią 53,6% całości. Wydatki na terapię kobiet w podziale na programy onkologiczne oraz nieonkologiczne stanowią odpowiednio 54% i 53%. 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.

II.2.6. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

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

Tabela nr II.32. Liczba świadczeniodawców w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień 2023-2025.

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców		
	2023	2024	2025
Dolnośląski	123	125	121
Kujawsko-Pomorski	76	75	73
Lubelski	95	90	91
Lubuski	38	35	34
Łódzki	90	89	87
Małopolski	98	88	85
Mazowiecki	190	189	192
Opolski	43	41	40
Podkarpacki	66	62	63
Podlaski	49	40	41
Pomorski	76	77	75
Śląski	137	128	127
Świętokrzyski	47	49	47
Warmińsko-Mazurski	47	45	44
Wielkopolski	131	132	133
Zachodniopomorski	61	59	57
Razem	1 367	1 324	1 310

Tabela nr II.33. Wartość i wykonanie umów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2023-2025 (w tys. zł).

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	490 716,60	478 453,07	527 371,89	511 808,35	590 032,77	564 726,66
Kujawsko-Pomorski	244 635,62	244 497,14	274 735,88	274 414,15	313 804,41	312 775,27
Lubelski	365 682,63	364 865,49	386 604,07	384 090,82	438 511,68	436 409,34
Lubuski	240 984,92	238 245,97	278 277,21	268 883,61	304 085,98	293 098,17
Łódzki	323 181,93	310 485,29	367 806,67	359 093,71	393 881,02	376 684,80
Małopolski	307 002,96	303 792,25	322 060,93	316 649,05	372 944,49	356 980,80
Mazowiecki	781 860,38	780 482,67	872 816,96	875 421,07	984 742,69	987 245,82
Opolski	174 411,19	173 191,87	194 508,69	192 789,83	213 081,21	210 904,38
Podkarpacki	214 294,64	207 418,45	232 403,04	222 091,98	261 552,80	245 304,41
Podlaski	213 318,32	212 571,16	212 641,94	211 109,31	228 926,49	227 473,39
Pomorski	370 082,69	364 927,64	415 505,42	394 767,10	463 671,79	452 067,53
Śląski	626 462,33	613 084,87	664 479,59	648 590,08	725 146,84	703 166,23
Świętokrzyski	142 252,68	143 008,35	158 344,88	158 034,98	184 598,31	183 873,70
Warmińsko-Mazurski	158 008,24	158 605,25	190 253,07	193 442,15	224 162,73	225 709,50
Wielkopolski	486 739,69	475 762,06	531 606,60	525 427,47	580 844,79	578 500,70
Zachodniopomorski	172 930,60	172 298,28	175 031,23	174 551,51	184 364,00	183 664,80
Razem	5 312 565,41	5 241 689,80	5 804 448,04	5 711 165,17	6 464 351,98	6 338 585,50

Tabela nr II.34. Porównanie liczby pacjentów (wg unikalnego identyfikatora) i liczby wykonanych świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	2023			2024			2025		
	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne
Dolnośląski	131 026	835 950	20 685	130 665	916 991	19 065	130 016	944 464	19 143
Kujawsko-Pomorski	96 578	549 825	11 254	90 149	563 379	11 517	93 174	591 434	12 010
Lubelski	105 102	917 730	13 594	100 315	848 081	13 296	102 204	869 042	13 403
Lubuski	39 345	325 244	8 345	40 565	378 431	8 516	41 059	385 050	8 428
Łódzki	100 661	649 631	17 948	103 718	771 616	16 894	103 952	780 297	15 962
Małopolski	93 758	702 733	11 903	70 102	625 409	10 168	71 000	662 680	9 972
Mazowiecki	227 493	2 058 159	32 473	222 476	2 068 535	32 962	225 571	2 102 561	33 004
Opolski	45 857	279 511	8 608	42 349	277 182	9 039	44 835	281 302	8 808
Podkarpacki	78 786	577 868	6 584	74 493	564 450	6 439	77 365	598 889	6 567
Podlaski	49 386	354 689	9 388	31 630	256 401	8 924	29 820	256 627	8 454
Pomorski	109 827	787 106	16 542	105 318	772 989	16 138	106 539	790 002	16 482
Śląski	170 784	1 289 360	25 222	159 902	1 238 646	25 343	156 195	1 225 653	25 108
Świętokrzyski	53 183	321 188	7 859	56 044	347 420	8 142	58 604	359 151	8 490
Warmińsko-Mazurski	51 897	303 320	8 155	52 290	334 589	8 565	53 544	356 258	8 941
Wielkopolski	170 266	1 135 901	24 741	169 866	1 231 459	23 821	171 162	1 275 470	23 108

Oddział NFZ	2023			2024			2025		
	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne
Zachodniopomorski	61 243	377 165	8 785	59 402	394 427	7 676	57 359	386 668	7 420
Razem	1 585 192	11 465 380	232 086	1 509 284	11 590 005	226 505	1 522 399	11 865 548	225 300

Tabela nr II.35. Porównanie liczby pacjentów (wg unikalnego identyfikatora), którym udzielono świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień oraz Centrach Zdrowia Psychicznego w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	Liczba pacjentów		
	2023	2024	2025
Dolnośląski	146 993	159 240	166 594
Kujawsko-pomorski	118 867	122 594	126 073
Lubelski	113 709	117 588	121 613
Lubuski	57 646	60 741	61 472
Łódzki	125 880	135 988	139 737
Małopolski	152 624	160 089	166 926
Mazowiecki	264 861	278 963	289 573
Opolski	48 562	51 048	54 413
Podkarpacki	104 739	108 412	113 024
Podlaski	71 657	74 870	76 984
Pomorski	135 397	142 924	147 884
Śląski	210 413	222 737	234 283
Świętokrzyski	63 964	67 842	71 093
Warmińsko-mazurski	62 253	63 746	65 522
Wielkopolski	180 846	193 546	197 714
Zachodniopomorski	78 515	84 504	88 692
Razem	1 936 926	2 044 832	2 121 597

II.2.6.1. Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży I, II i III poziom referencyjny

Tabela nr II.36. Porównanie liczby pacjentów (wg unikalnego identyfikatora) i liczby wykonanych świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień pacjentów poniżej 18 r.ż. w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	2023			2024			2025		
	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne
Dolnośląski	25 816	221 351	1 771	30 086	333 217	1 803	33 731	378 719	1 809
Kujawsko-Pomorski	18 969	130 705	2 889	20 147	160 718	3 230	20 903	180 156	3 376
Lubelski	21 236	299 816	1 266	21 417	317 953	1 510	21 962	338 907	1589
Lubuski	9 034	91 853	940	10 400	126 235	1 097	11 348	144 368	1049
Łódzki	15 868	176 429	2 040	20 497	287 672	2 145	22 735	305 804	2 015
Małopolski	22 608	224 360	890	25 180	272 047	1 006	26 540	304 458	1049
Mazowiecki	53 781	661 409	3 204	57 614	799 631	3 378	61 879	837 632	3 781
Opolski	7 046	54 210	756	7 242	66 336	875	8 250	71 590	856

Oddział NFZ	2023			2024			2025		
	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne
Podkarpacki	15 606	164 894	469	16 535	174 222	488	19 031	205 329	479
Podlaski	10 630	116 279	1 082	10 828	117 817	1 071	11 294	122 568	1135
Pomorski	22 554	197 931	2 595	24 285	232 979	2 738	24 937	243 236	2 996
Śląski	28 335	266 695	2 903	31 152	297 864	4 233	33 218	323 563	4 163
Świętokrzyski	8 197	66 994	872	8 898	75 840	992	10 209	92 639	922
Warmińsko-Mazurski	10 031	78 690	670	11 725	105 287	695	12 733	121 451	820
Wielkopolski	27 508	220 479	2 014	34 517	356 668	1 714	37 999	435 759	1 837
Zachodniopomorski	10 341	76 001	859	11 874	92 353	1 485	12 506	96 650	2271
Razem	307 560	3 048 096	25 220	342 397	3 816 839	28 460	369 275	4 202 829	30 147

II.2.6.2. Centra Zdrowia Psychicznego

Tabela nr II.37. Porównanie liczby świadczeniodawców w CZP w latach 2023-2025 r.

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców		
	2023	2024	2025
Dolnośląski	4	9	9
Kujawsko-Pomorski	4	4	4
Lubelski	7	7	7
Lubuski	3	3	3
Łódzki	4	5	5
Małopolski	14	14	14
Mazowiecki	10	12	12
Opolski	2	3	3
Podkarpacki	8	8	8
Podlaski	8	8	8
Pomorski	5	8	8
Śląski	11	14	14
Świętokrzyski	3	3	3
Warmińsko-Mazurski	2	2	2
Wielkopolski	5	6	6
Zachodniopomorski	5	6	6
Razem	95	112	112

Tabela nr II.38. Porównanie liczby pacjentów i liczby świadczeń w CZP w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	2023			2024			2025		
	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne
Dolnośląski	20 100	112 485	1 082	37 118	194 009	3 212	43 917	249 921	3 244
Kujawsko-Pomorski	32 514	110 458	3 170	36 859	140 022	3 611	37 510	140 058	3 588

Oddział NFZ	2023			2024			2025		
	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne
Lubelski	13 875	58 763	2 870	21 656	133 664	3 676	24 160	154 540	3 705
Lubuski	22 046	103 630	1472	23 359	117 617	1 589	23 705	117 389	1 743
Łódzki	32 340	194 687	2 271	39 618	234 978	3 524	42 165	260 010	3 728
Małopolski	77 666	431 209	5838	99 520	594 476	7 524	105 099	630 951	7 537
Mazowiecki	50 143	270 137	5 261	71 511	432 744	6 580	77 164	470 314	6 897
Opolski	4 735	19 049	469	10 510	56 853	462	11 512	69 772	507
Podkarpacki	30 466	122 874	6338	37 933	161 021	6 584	39 690	175 334	6 472
Podlaski	28 532	141 751	3 081	48 898	271 566	3 855	51 691	297 262	4 710
Pomorski	29 719	153 414	2 754	45 813	255 966	2 879	48 984	280 224	3 084
Śląski	49 830	215 862	5 204	77 663	368 404	6 764	88 167	451 378	7 427
Świętokrzyski	12 688	60 774	1810	13 891	67 898	1 876	14 619	73 025	1 874
Warmińsko-Mazurski	12 565	55 777	1922	13 026	58 615	1 710	13 471	61 249	1 581
Wielkopolski	15 788	83 747	991	29 492	188 221	1 381	32 557	214 118	1 876
Zachodniopomorski	22 051	136 834	2013	30 916	181 854	3 896	35 755	205 296	5 043
Razem	455 058	2 271 451	46 546	637 783	3 457 908	59 123	690 166	3 850 841	63 016

II.2.7. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze

Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej, udzielane są w warunkach domowych oraz stacjonarnych. W stacjonarnych zakładach opiekuńczych przebywają chorzy, wymagający całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych, którzy powinni kontynuować leczenie oraz niewymagający hospitalizacji na oddziale szpitalnym, którzy w ocenie skalą poziomu samodzielności (skala Barthel) otrzymali 40 punktów lub mniej (wymóg oceny skalą Barthel nie dotyczy dzieci do ukończenia 3 r.ż.).

Tabela nr II.39. Liczba świadczeniodawców w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców		
	2023	2024	2025
Dolnośląski	136	132	129
Kujawsko-Pomorski	84	81	82
Lubelski	82	73	71
Lubuski	49	47	47
Łódzki	70	71	79
Małopolski	111	111	110
Mazowiecki	175	172	179
Opolski	53	50	50
Podkarpacki	155	151	143
Podlaski	42	41	42
Pomorski	50	52	50
Śląski	145	145	147
Świętokrzyski	51	49	49

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców		
Warmińsko-Mazurski	61	58	57
Wielkopolski	136	134	130
Zachodniopomorski	51	50	49
Razem	1 451	1 417	1 414

Tabela nr II.40. Wartość i wykonanie umów w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w latach 2023-2025 (w tys. zł).

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	314 802,06	310 887,02	345 462,55	339 167,39	377 211,29	372 982,47
Kujawsko-Pomorski	170 788,22	170 514,77	199 880,84	193 064,77	223 140,61	222 649,74
Lubelski	210 659,31	209 246,41	255 507,53	252 200,05	287 893,71	286 967,96
Lubuski	82 094,61	81 882,06	76 170,42	75 376,97	81 148,52	79 892,15
Łódzki	184 539,01	182 238,91	211 767,17	209 449,31	237 988,25	234 866,01
Małopolski	407 068,20	397 866,55	459 831,13	456 797,63	508 409,22	505 237,69
Mazowiecki	487 559,84	485 528,19	578 219,69	575 490,80	660 354,33	659 725,85
Opolski	121 314,44	121 042,42	141 034,56	139 265,52	154 295,32	153 981,43
Podkarpacki	302 368,43	299 266,51	312 234,91	303 361,30	346 154,67	343 335,50
Podlaski	88 184,18	87 163,91	101 010,79	100 758,69	110 400,16	110 122,82
Pomorski	146 542,77	144 878,35	165 963,79	149 183,85	202 451,57	200 474,90
Śląski	551 298,74	544 115,57	596 618,37	591 048,84	666 663,60	663 984,27
Świętokrzyski	125 257,63	124 493,95	141 159,30	140 637,74	158 500,36	157 590,91
Warmińsko-Mazurski	109 821,80	108 653,22	135 420,78	132 464,06	165 514,87	161 405,34
Wielkopolski	197 301,31	191 889,73	220 883,79	219 920,49	247 213,78	246 421,79
Zachodniopomorski	111 868,16	111 400,36	134 112,48	133 374,21	151 416,15	150 369,01
Razem	3 611 468,70	3 571 067,91	4 075 278,11	4 011 561,62	4 578 756,42	4 550 007,85

Tabela nr II.41. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	8 468	2 063 458	8 262	2 103 207	8 075	2 048 430
Kujawsko-Pomorski	4 950	1 163 717	5 258	1 248 281	5 396	1 286 728
Lubelski	8 187	1 883 140	8 631	2 094 776	8 749	2 155 746
Lubuski	2 727	644 767	2 675	627 834	2 615	596 376
Łódzki	6 368	1 419 765	6 189	1 478 746	6 840	1 549 897
Małopolski	11 886	2 846 677	11 961	2 978 035	12 104	3 029 540
Mazowiecki	14 854	3 520 768	14 985	3 735 226	15 523	3 763 767
Opolski	4 700	1 118 520	4 698	1 161 355	4 595	1 163 895
Podkarpacki	9 633	2 453 319	9 393	2 406 354	9 294	2 395 856
Podlaski	3 009	645 696	2 974	673 984	3 025	677 921
Pomorski	4 346	802 691	4 184	854 048	4 075	857 550

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Śląski	19 288	5 085 560	19 114	5 079 147	18 487	4 967 169
Świętokrzyski	4 485	1 100 827	4 403	1 106 936	4 223	1 078 934
Warmińsko-Mazurski	3 595	683 486	3 738	742 789	3 807	774 911
Wielkopolski	7 986	1 838 830	8 273	1 915 576	8 463	1 934 130
Zachodniopomorski	4 197	942 435	4 294	970 866	4 138	964 097
Razem	118 679	28 213 656	119 032	29 177 160	119 409	29 244 947

II.2.8. Opieka paliatywno-hospicyjna

Świadczenia gwarantowane w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej to wszechstronna i całościowa opieka nad chorymi oraz leczenie objawowe pacjentów z chorobami nieuleczalnymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu, postępującymi i ograniczającymi życie. Opieka ta jest ukierunkowana na poprawę jakości życia, ma na celu zapobieganie bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich 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 r.ż.) oraz ambulatoryjnych (poradnia medycyny paliatywnej).

Tabela nr II.42. Liczba świadczeniodawców w opiece paliatywnej i hospicyjnej w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców		
	2023	2024	2025
Dolnośląski	33	34	33
Kujawsko-Pomorski	22	22	22
Lubelski	31	30	30
Lubuski	14	14	14
Łódzki	37	38	36
Małopolski	44	43	42
Mazowiecki	74	76	79
Opolski	13	13	13
Podkarpacki	48	51	51
Podlaski	16	16	16
Pomorski	31	32	33
Śląski	50	50	50
Świętokrzyski	20	20	20
Warmińsko-Mazurski	22	21	21
Wielkopolski	59	60	58
Zachodniopomorski	24	24	22
Razem	538	544	540

Tabela nr II.43. Wartość i wykonanie umów w opiece paliatywnej i hospicyjnej w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	168 220,46	165 087,16	211 022,48	205 485,80	260 004,41	254 173,52
Kujawsko-Pomorski	101 360,67	101 338,97	127 261,53	127 210,43	148 174,96	147 059,22
Lubelski	78 577,99	78 203,50	102 040,22	100 426,67	121 927,60	118 015,07
Lubuski	39 796,47	39 450,63	47 904,01	47 304,59	54 455,81	53 627,27
Łódzki	90 852,46	87 534,35	113 070,56	111 410,68	140 923,23	138 110,06
Małopolski	175 537,90	171 075,82	222 217,94	216 577,21	265 247,76	256 492,57
Mazowiecki	211 704,03	210 885,13	311 989,20	311 529,59	400 639,98	399 969,45
Opolski	56 798,05	56 729,55	73 223,00	72 950,38	83 970,38	83 729,80
Podkarpacki	112 218,23	110 764,55	133 491,55	131 020,95	164 379,41	157 718,69
Podlaski	45 654,37	45 188,01	55 961,85	55 811,80	68 718,83	68 598,10
Pomorski	99 784,60	99 112,41	128 964,35	126 151,10	156 372,96	153 145,31
Śląski	175 911,36	173 175,87	224 728,92	222 825,83	261 848,55	260 354,35
Świętokrzyski	63 173,10	63 118,98	77 347,57	76 941,28	94 778,56	94 245,97
Warmińsko-Mazurski	44 415,68	44 278,52	54 034,74	53 945,05	63 950,99	63 474,14
Wielkopolski	143 489,87	133 859,75	175 451,75	174 634,77	207 642,94	206 447,51
Zachodniopomorski	47 816,85	47 494,60	58 078,41	57 397,47	67 966,01	67 813,53
Razem	1 655 312,07	1 627 297,80	2 116 788,08	2 091 623,61	2 561 002,38	2 522 974,56

Tabela nr II.44. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w opiece paliatywnej i hospicyjnej w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	10 254	1 537 554	10 909	1 622 650	10 923	1 244 648
Kujawsko-Pomorski	6 960	953 030	7 154	1 036 998	7 099	752 922
Lubelski	5 018	583 067	5 083	590 282	5 246	470 993
Lubuski	2 933	375 558	3 036	383 837	3 039	282 449
Łódzki	7 022	646 022	7 330	718 654	7 605	589 622
Małopolski	9 131	1 121 359	9 497	1 219 744	9 731	931 420
Mazowiecki	13 435	1 639 306	14 888	1 843 169	15 930	1 498 027
Opolski	3 067	471 183	3 160	498 493	3 215	372 832
Podkarpacki	5 545	778 258	5 910	852 149	6 080	694 154
Podlaski	2 573	267 757	2 863	298 549	2 887	252 729
Pomorski	6 546	670 384	6 701	788 118	7 275	615 474
Śląski	13 218	1 498 473	13 389	1 537 607	13 905	1 145 994
Świętokrzyski	3 748	320 139	3 806	339 199	3 898	286 489
Warmińsko-Mazurski	3 414	387 704	3 508	399 491	3 633	291 785
Wielkopolski	9 351	1 074 501	9 845	1 155 532	9 713	881 863
Zachodniopomorski	3 508	397 915	3 492	411 726	3 486	309 433
Razem	105 723	12 722 210	110 571	13 696 198	113 665	10 620 834

Od lipca 2024 r. nastąpiła zmiana sposobu finansowania świadczeń spowodowana wprowadzeniem w życie taryfy świadczeń określonej w obwieszczeniu Prezesa AOTMiT z dnia 28 marca 2024 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej. W związku ze zmianą sposobu finansowania oraz dodaniem nowych produktów rozliczeniowych nie należy porównywać krotności zrealizowanych świadczeń sprawozdanych w 2024 r. i w latach następnych, do lat poprzedzających wprowadzenie taryfy.

II.2.9. Rehabilitacja lecznicza

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

Tabela nr II.45. Liczba świadczeniodawców w rehabilitacji leczniczej w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców		
	2023	2024	2025
Dolnośląski	166	166	166
Kujawsko-Pomorski	180	180	185
Lubelski	144	159	158
Lubuski	81	80	80
Łódzki	202	203	199
Małopolski	262	259	256
Mazowiecki	301	300	299
Opolski	85	82	82
Podkarpacki	341	337	356
Podlaski	50	49	49
Pomorski	110	109	108
Śląski	283	283	280
Świętokrzyski	132	130	130
Warmińsko-Mazurski	104	105	111
Wielkopolski	239	238	237
Zachodniopomorski	88	87	88
Razem	2 768	2 767	2 784

Tabela nr II.46. Wartość i wykonanie umów w rehabilitacji leczniczej w latach 2023-2025 uwzględnieniem świadczeń zrealizowanych w ramach systemu PSZ (w tys. zł).

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	539 329,72	525 779,28	589 001,87	552 547,10	616 304,50	581 077,36
Kujawsko-Pomorski	340 530,61	340 800,94	388 841,68	386 333,84	403 035,53	400 236,67
Lubelski	392 842,47	389 270,06	435 696,00	425 511,64	460 586,15	451 187,81
Lubuski	165 426,60	161 783,39	169 057,84	164 079,43	186 437,12	179 642,92
Łódzki	366 886,38	354 549,44	394 645,89	381 232,50	420 412,03	409 816,55
Małopolski	718 939,75	710 636,95	849 398,07	824 883,75	890 375,72	855 146,28
Mazowiecki	1 177 034,92	1 180 949,34	1 303 953,68	1 301 776,78	1 387 692,67	1 389 996,47

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Opolski	194 280,38	188 053,73	228 987,13	212 897,95	241 761,17	218 305,55
Podkarpacki	549 476,71	535 070,64	615 401,79	577 927,83	622 019,26	578 241,50
Podlaski	185 285,93	184 791,56	197 381,07	196 033,97	184 265,96	183 332,50
Pomorski	454 296,64	446 700,60	527 065,29	479 096,92	431 193,46	415 043,50
Śląski	900 990,31	874 594,98	1 015 894,04	973 837,39	998 108,34	952 147,38
Świętokrzyski	271 599,13	271 360,67	303 068,72	301 291,25	330 304,32	326 095,49
Warmińsko-Mazurski	212 348,22	217 326,91	237 835,58	238 876,97	268 946,62	262 582,08
Wielkopolski	582 072,06	564 866,74	590 710,09	584 879,43	646 166,20	642 941,08
Zachodniopomorski	233 468,85	237 413,15	258 166,66	255 492,92	276 698,59	275 030,06
Razem	7 284 808,69	7 183 948,37	8 105 105,41	7 856 699,66	8 364 307,62	8 120 823,20

Tabela nr II.47. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w rehabilitacji leczniczej w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	2023			2024			2025		
	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń (kontaktów) warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń (epizodów) warunki stacjonarne
Dolnośląski	231 062	6 325 413	26 149	238 790	6 318 410	25 828	238 311	6 274 592	24 454
Kujawsko-Pomorski	210 828	5 502 965	12 332	221 224	6 180 481	13 323	224 981	5 572 236	12 774
Lubelski	201 505	6 330 665	12 114	213 548	6 783 707	11 798	221 119	5 614 611	12 268
Lubuski	90 783	1 984 855	6 554	91 633	1 962 309	6 598	90 501	2 000 904	6 746
Łódzki	238 699	5 166 126	10 680	246 890	5 614 207	11 046	246 820	6 147 927	11 227
Małopolski	338 802	7 093 842	21 170	358 260	7 832 354	23 269	369 372	9 299 606	23 327
Mazowiecki	554 047	16 854 358	27 105	580 219	18 127 204	27 304	586 074	13 935 213	27 538
Opolski	77 365	774 114	8 165	82 817	919 772	8 481	83 649	1 099 952	8 263
Podkarpacki	236 938	4 234 917	13 196	247 132	4 665 787	13 163	251 475	5 521 591	12 787
Podlaski	111 513	2 874 476	6 181	117 955	2 966 358	6 183	118 063	2 695 927	6 064
Pomorski	228 608	6 594 045	16 588	236 716	7 680 208	17 363	235 250	4 634 408	16 485
Śląski	399 320	5 851 646	37 994	419 203	7 033 015	38 451	419 837	8 200 087	37 233
Świętokrzyski	118 863	2 864 219	15 190	124 652	3 174 295	15 651	124 253	2 885 571	14 022
Warmińsko-Mazurski	113 665	3 007 693	10 059	116 290	3 053 031	10 678	118 117	2 144 719	10 368
Wielkopolski	247 674	7 927 600	17 911	260 721	8 744 795	17 331	259 606	4 916 952	17 540
Zachodniopomorski	112 065	3 045 436	9 052	115 759	3 154 585	9 162	115 533	2 449 723	9 159
Razem	3 511 737	86 432 370	250 440	3 671 809	94 210 518	255 629	3 702 961	83 394 019	250 255

II.2.10. Leczenie stomatologiczne

W ramach leczenia stomatologicznego udzielane są świadczenia dla dzieci i dla osób dorosłych. NFZ finansuje zarówno wybrane, gwarantowane świadczenia stomatologiczne o 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.48. Liczba świadczeniodawców w leczeniu stomatologicznym w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców		
	2023	2024	2025
Dolnośląski	424	407	395
Kujawsko-Pomorski	298	297	301
Lubelski	440	430	418
Lubuski	136	133	131
Łódzki	325	314	311
Małopolski	381	375	375
Mazowiecki	542	534	556
Opolski	171	170	164
Podkarpacki	450	446	430
Podlaski	208	205	205
Pomorski	227	219	216
Śląski	569	526	520
Świętokrzyski	215	214	210
Warmińsko-Mazurski	270	262	261
Wielkopolski	513	481	483
Zachodniopomorski	266	256	247
Razem	5 435	5 267	5 221

Tabela nr II.49. Wartość i wykonanie umów w leczeniu stomatologicznym w latach 2023-2025 (w tys. zł).

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	226 480,47	186 880,31	245 030,17	197 608,41	276 041,17	203 182,15
Kujawsko-Pomorski	156 510,66	155 830,24	181 934,26	179 671,29	208 275,63	206 748,77
Lubelski	231 695,22	230 914,87	247 360,50	243 916,30	261 969,10	258 854,68
Lubuski	57 021,25	48 401,63	62 900,85	48 006,44	68 057,22	47 866,70
Łódzki	246 924,44	212 593,81	267 814,80	228 574,28	266 936,22	212 383,53
Małopolski	398 618,12	335 670,78	437 306,17	358 359,53	459 149,48	364 212,40
Mazowiecki	553 088,07	549 777,36	732 497,39	729 566,58	874 759,61	872 755,77
Opolski	61 925,42	54 510,14	74 932,83	58 622,94	85 591,26	59 116,69
Podkarpacki	198 415,76	182 720,70	216 194,36	190 287,92	231 671,19	201 573,50
Podlaski	138 534,96	137 972,28	169 570,70	167 816,47	194 165,53	192 434,02
Pomorski	209 713,19	178 072,85	226 809,76	172 552,05	238 058,06	191 706,03
Śląski	357 546,26	330 114,58	431 107,65	374 443,36	467 303,98	403 811,11
Świętokrzyski	96 313,40	96 062,55	105 958,34	104 943,30	112 262,21	111 767,46
Warmińsko- Mazurski	137 305,06	137 381,04	152 929,66	151 809,36	168 153,16	165 472,21
Wielkopolski	281 356,33	263 276,80	329 735,67	327 228,34	355 031,82	350 812,11
Zachodniopomorski	122 096,73	121 998,93	127 850,44	126 186,19	131 771,69	130 808,72
Razem	3 473 545,33	3 222 178,87	4 009 933,54	3 659 592,76	4 399 197,33	3 973 505,85

Tabela nr II.50. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu stomatologicznym w latach 2022-2025.

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	367 047	3 297 132	365 190	2 931 314	363 852	3 285 604
Kujawsko-Pomorski	283 843	2 508 346	282 321	2 414 120	291 585	2 705 272
Lubelski	402 260	4 626 740	375 295	3 937 525	367 251	3 776 102
Lubuski	104 095	827 791	103 432	802 853	103 133	847 249
Łódzki	386 835	3 828 845	384 890	3 243 125	377 453	3 114 134
Małopolski	624 257	7 789 959	610 474	6 558 727	616 480	6 634 482
Mazowiecki	730 741	12 421 179	784 170	11 928 990	836 192	12 907 508
Opolski	106 041	861 604	105 089	864 642	105 654	990 441
Podkarpacki	346 898	2 956 551	341 477	2 647 225	343 266	2 711 380
Podlaski	225 596	2 688 499	230 321	2 326 101	242 198	2 526 056
Pomorski	345 162	4 838 198	335 961	3 947 598	337 354	3 757 240
Śląski	642 051	5 048 692	660 484	4 945 153	672 600	5 166 738
Świętokrzyski	185 951	1 844 245	181 734	1 603 011	177 979	1 534 279
Warmińsko-Mazurski	235 228	2 173 298	228 215	1 849 603	231 802	1 978 613
Wielkopolski	492 903	4 683 927	507 153	4 702 529	523 806	4 991 008
Zachodniopomorski	228 456	1 418 211	214 462	1 229 037	204 676	1 172 878
Razem	5 707 364	61 813 217	5 710 668	55 931 553	5 795 281	58 098 984

Tabela nr II.51. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu stomatologicznym dla pacjentów poniżej 18 r.ż. w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	131 307	1 438 968	142 525	1 557 032	148 499	1 977 118
Kujawsko-Pomorski	112 813	1 397 720	116 303	1 458 166	124 072	1 693 565
Lubelski	171 810	2 934 340	165 739	2 746 212	163 348	2 620 649
Lubuski	35 357	396 200	38 064	431 387	41 752	505 254
Łódzki	130 859	1 840 377	135 191	1 799 948	135 916	1 832 560
Małopolski	217 741	3 725 289	219 844	3 523 987	224 157	3 602 305
Mazowiecki	293 415	6 097 456	322 786	6 753 776	359 034	7 593 096
Opolski	39 459	437 506	40 352	503 709	44 855	650 487
Podkarpacki	119 890	1 424 664	119 520	1 416 364	122 158	1 477 525
Podlaski	79 857	1 325 800	82 274	1 331 175	88 868	1 504 044
Pomorski	119 720	2 031 395	117 893	1 994 519	121 986	1 937 192
Śląski	206 368	2 245 520	217 252	2 400 608	223 351	2 562 649
Świętokrzyski	70 257	1 020 960	69 543	993 581	68 582	951 521
Warmińsko-Mazurski	74 363	930 415	74 572	948 091	77 244	1 068 374
Wielkopolski	191 555	2 893 890	207 439	3 038 311	221 734	3 300 628
Zachodniopomorski	65 479	515 104	62 942	493 551	59 505	475 853
Razem	2 060 250	30 655 604	2 132 239	31 390 417	2 225 061	33 752 820

Tabela nr II.52. Liczba świadczeniodawców, liczba pacjentów, liczba wykonanych świadczeń oraz wartość rozliczonych świadczeń w zakresie „świadczenia udzielane w dentobusie” w 2025 r.

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń
Dolnośląski	1	19 282	114 164	3 630 896,32
Kujawsko-Pomorski	1	8 876	32 698	1 701 314,72
Lubelski	1	4 568	17 608	1 240 788,51
Lubuski	2	7 318	77 534	3 943 992,03
Łódzki	1	5 515	34 462	1 239 418,67
Małopolski	1	7 859	10 907	1 339 051,16
Mazowiecki	1	12 275	71 696	2 708 021,55
Opolski	1	9 791	78 715	2 398 534,18
Podkarpacki	1	7 513	7 534	1 681 647,95
Podlaski	1	9 166	86 240	3 566 693,18
Pomorski	1	7 428	25 389	1 514 986,11
Śląski	1	12 675	12 733	1 962 943,40
Świętokrzyski	1	7 984	75 645	2 072 763,68
Warmińsko-Mazurski	2	6 649	41 585	2 033 576,57
Wielkopolski	1	17 695	209 908	7 352 735,72
Zachodniopomorski	0	0	0	0,00
Razem	17	144 594	896 818	38 387 363,74

II.2.11. Świadczenia odrębnie kontraktowane

W świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie wyodrębnia się zakresy: dializoterapia otrzewnowa, hemodializoterapia, terapia hiperbaryczna, tlenoterapia domowa, żywienie pozajelitowe w warunkach domowych, żywienie dojelitowe w warunkach domowych, badania zgodności tkankowej, badania genetyczne, badania izotopowe, terapia izotopowa, zaopatrzenie protetyczne, pozytonowa tomografia emisyjna, leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci, leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych, kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej, leczenie spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej, koordynowana opieka nad kobietą w ciąży - KOC I, koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III), teleradioterapia protonowa, domowa antybiotykoterapia dożylna, kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1, KLRP-2), koordynowana opieka nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju (KO-CZR), dziecięca opieka koordynowana (DOK), opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi, raka jajnika, raka jelita grubego, raka błony śluzowej macicy, siatkówczaka lub chorobę VON HIPPEL-LINDAU (VHL), nadzór telemetryczny nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi.

Tabela nr II.53. Liczba świadczeniodawców w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2023-2025, (dane nie dotyczą świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC I, KOC II/III)).

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców		
	2023	2024	2025
Dolnośląski	30	32	33
Kujawsko-Pomorski	32	33	33
Lubelski	31	34	34
Lubuski	16	14	14
Łódzki	26	25	24
Małopolski	34	34	35
Mazowiecki	54	52	53
Opolski	16	15	16
Podkarpacki	33	33	33
Podlaski	23	21	20
Pomorski	18	19	19
Śląski	42	45	45
Świętokrzyski	20	20	19
Warmińsko-Mazurski	20	20	18
Wielkopolski	35	35	35
Zachodniopomorski	25	24	24
Razem	455	456	455

Tabela nr II.54. Planowane koszty finansowania świadczeń w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2023-2025 i ich wykonanie.

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	335 647,00	331 519,60	354 574,00	353 912,10	366 135,00	366 113,26
Kujawsko-Pomorski	195 920,00	191 985,16	207 684,00	207 443,04	217 917,00	217 731,40
Lubelski	274 808,00	274 542,19	301 943,00	301 695,89	328 306,00	327 530,82
Lubuski	156 184,00	146 319,74	167 049,00	166 408,57	170 346,00	170 044,18
Łódzki	283 386,00	276 876,25	298 421,00	297 925,88	313 570,00	312 804,51
Małopolski	446 321,00	441 749,93	483 935,00	481 886,77	523 980,00	523 654,16
Mazowiecki	481 538,00	469 494,94	530 686,00	527 164,31	535 953,00	533 077,55
Opolski	99 371,00	98 898,60	105 505,00	105 300,92	113 953,00	113 250,66
Podkarpacki	179 965,00	179 161,66	192 645,00	192 484,76	207 543,00	207 193,46
Podlaski	131 066,00	130 940,65	139 503,00	138 903,63	141 612,00	141 454,26
Pomorski	219 948,00	219 624,92	228 670,00	227 395,77	235 337,00	234 981,40
Śląski	422 847,00	411 287,88	475 246,00	466 120,52	522 656,00	518 429,98
Świętokrzyski	117 257,00	115 084,95	120 431,00	120 414,72	126 354,00	125 827,91
Warmińsko-Mazurski	105 199,00	104 530,99	114 287,00	113 690,67	124 635,00	124 606,09
Wielkopolski	387 561,00	362 933,88	409 636,00	401 556,62	424 383,00	423 789,34
Zachodniopomorski	286 306,00	259 752,58	287 783,00	282 727,79	289 361,00	288 271,14
Razem	4 123 324,00	4 014 703,92	4 417 998,00	4 385 031,96	4 642 041,00	4 628 760,12

Tabela nr II.55. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2023-2025, (dane nie dotyczą świadczeń w zakresie koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC I, KOC II/III).

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	22 879	742 712	23 631	796 805	24 473	827 307
Kujawsko-Pomorski	17 053	633 785	19 312	679 550	20 982	733 566
Lubelski	12 905	598 965	14 450	659 432	16 663	742 986
Lubuski	7 849	253 472	8 884	276 099	8 796	286 360
Łódzki	24 204	645 014	27 477	728 737	27 232	772 345
Małopolski	23 778	1 016 508	25 932	1 132 368	28 248	1 212 560
Mazowiecki	52 922	1 561 278	61 308	1 644 998	68 363	1 697 864
Opolski	7 011	341 094	7 694	369 919	8 520	378 118
Podkarpacki	11 822	745 721	12 995	827 690	13 725	887 867
Podlaski	11 701	333 904	12 903	350 558	13 871	367 909
Pomorski	14 831	678 654	17 295	745 915	18 901	747 326
Śląski	30 987	1 560 877	35 060	1 697 480	36 694	1 829 381
Świętokrzyski	10 376	464 006	11 472	502 489	11 370	525 676
Warmińsko-Mazurski	11 341	401 984	11 683	424 882	12 360	451 998
Wielkopolski	28 283	1 169 339	29 805	1 259 317	31 875	1 330 187
Zachodniopomorski	22 149	453 774	26 390	479 979	28 682	512 448
Razem	310 091	11 601 087	346 291	12 576 218	370 755	13 303 898

Tabela nr II.56. Porównanie liczby pacjentów, wartości (w tys. zł) i liczby wykonanych świadczeń w koordynowanej opiece nad kobietą w ciąży – KOC I (11.1450.400.02) w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców			Wartość świadczeń (z lekami i hipotermią)			Liczba świadczeń (liczba rozliczonych ryczałtów)			Liczba kobiet pozostających w opiece w danym roku		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Dolnośląski	3	1		20 722,97	2 016,49		2 039	213		2 164	218	
Małopolski	1			12 514,01			1 113			1 167		
Mazowiecki	1	1	1	9 983,70	8 702,64	8 098,22	1 170	924	791	1 286	1 030	857
Pomorski	2	1	1	13 108,03	3 395,25	3 253,44	1 586	360	322	1 628	361	330
Śląski	3	3	3	15 701,41	18 129,63	17 859,96	1 816	1 903	1 722	1 990	2 071	1816
Warmińsko-Mazurski	1	1	1	4 820,71	4 203,97	4 724,31	566	463	493	594	479	498
Zachodniopomorski	1	1	1	3 307,90	3 137,31	2 837,79	390	339	284	468	414	344
Razem	12	8	7	80 158,73	39 585,31	36 773,73	8 680	4 202	3 612	9 297	4 573	3 845

Tabela nr II.57. Porównanie liczby pacjentów, wartości (w tys. zł) i liczby wykonanych świadczeń w koordynowanej opiece nad kobietą w ciąży – koordynowana opieka nad kobietą w ciąży na II lub III poziomie opieki perinatalnej (KOC II/III) (11.1450.100.02) w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców			Wartość świadczeń (z lekami i hipotermią)			Liczba świadczeń (liczba rozliczonych ryczałtów)			Liczba kobiet pozostających w opiece w danym roku		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Dolnośląski	3	3	3	65 535,17	95 091,19	102 332,99	4 069	5 617	5 493	4 499	6 127	6 124
Lubelski	7	6	6	122 169,11	124 938,29	126 501,81	6 451	5 867	5 417	7 304	6 664	6 371
Lubuski	4	4	4	60 961,57	69 586,35	72 650,29	3 363	3 587	3 433	3 669	3 834	3 763
Łódzki	6	6	7	64 581,01	62 555,10	71 856,04	4 809	4 210	4 402	5 881	5 470	5 779
Małopolski	5	5	5	177 611,42	210 146,43	228 915,36	9 747	10 555	10 618	10 746	11 825	12 021
Opolski	2	2	2	16 148,88	16 226,91	18 976,21	1 141	1 022	1 119	1 241	1 185	1 258
Podkarpacki	1	1	1	10 929,17	10 200,98	11 931,09	770	652	719	863	704	751
Podlaski	1	1	1	42 662,93	44 000,70	43 932,53	2 000	1 853	1 783	2 191	2 048	2 101
Pomorski	1	1	1	10 935,09	10 752,27	11 515,56	875	764	770	933	834	874
Śląski	2	2	2	27 564,60	31 770,62	31 808,44	1 801	1 910	1 778	1 854	2 063	1 923
Wielkopolski	1	1	1	40 872,10	40 471,22	41 818,00	1 563	1 407	1 359	1 774	1 711	1 650
Zachodniopomorski	3	3	3	96 981,53	102 475,93	107 165,19	4 804	4 583	4 369	5 503	5 330	5 178
Razem	36	35	36	736 952,58	818 216,00	869 403,51	41 393	42 027	41 260	46 458	47 795	47 793

II.2.12. Profilaktyczne programy zdrowotne

Tabela nr II.58. Planowane koszty finansowania świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2023-2025 i ich wykonanie (w tys. zł).

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	28 086,00	26 289,10	40 640,00	40 631,69	53 681,00	53 121,23
Kujawsko-Pomorski	19 104,00	18 697,10	27 033,00	24 566,42	28 323,00	28 306,99
Lubelski	16 756,00	16 648,74	24 226,00	23 002,73	29 588,00	29 558,08
Lubuski	12 218,00	9 952,43	12 154,00	12 037,22	13 153,00	13 130,33
Łódzki	24 907,00	21 313,04	34 088,00	33 140,83	36 762,00	35 944,75
Małopolski	33 037,00	32 572,81	45 915,00	44 371,92	64 042,00	63 858,01
Mazowiecki	61 730,00	45 426,59	70 455,00	70 025,45	83 816,00	83 041,17
Opolski	10 627,00	10 287,52	14 877,00	14 774,90	16 332,00	16 270,84
Podkarpacki	18 279,00	18 251,77	26 177,00	25 979,94	30 514,00	30 289,58
Podlaski	10 444,00	10 227,01	19 134,00	19 131,15	21 105,00	21 043,17
Pomorski	17 955,00	17 951,37	28 092,00	27 874,34	36 038,00	35 706,13
Śląski	65 619,00	61 674,45	79 195,00	77 018,74	88 534,00	85 081,75
Świętokrzyski	11 868,00	10 261,68	14 586,00	13 546,22	16 827,00	16 402,07
Warmińsko-Mazurski	9 551,00	9 479,08	12 521,00	12 445,56	14 841,00	14 059,05
Wielkopolski	36 499,00	32 397,77	46 381,00	41 842,61	56 606,00	51 600,31
Zachodniopomorski	14 939,00	12 788,50	22 479,00	19 818,68	24 154,00	23 679,79
Razem	391 619,00	354 218,96	517 953,00	500 208,40	614 316,00	601 093,25

Tabela nr II.59. Liczba pacjentów i liczba wykonanych świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych w 2025 r. – świadczenia gwarantowane w 2025 r. (rozliczone).

Nazwa i etap programu zdrowotnego	Liczba osób objętych programem	Liczba świadczeniodawców realizujących program	Liczba wykonanych świadczeń w poszczególnych zakresach
Pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego - zakres skojarzony z 02.1450.001.02	266 812	1 305	269 649
Pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania HPV z cytologią płynną (LBC) - zakres skojarzony z 02.1450.001.02 *	178 638	1 358	178 666
Świadczenia położnej POZ w programie profilaktyki raka szyjki macicy	12 845	163	12 891
Świadczenia położnej POZ - pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego testu molekularnego HPV HR w triage z cytologią na podłożu płynnym (LBC)	25 658	211	25 661
Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny	278 547	76	281 388
Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny ii	175 758	76	175 784
Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap pogłębionej diagnostyki	2 115	54	2 115
Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni stacjonarnej	634 700	272	650 611
Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni mobilnej	634 077	80	642 005
Program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki	47 608	138	126 258
Program badań przesiewowych raka jelita grubego	92 262	223	92 262
Program badań prenatalnych	211 675	181	821 504
Program badań prenatalnych - część genetyczna	1 086	3	1 240
Program badań prenatalnych - część położniczo-ginekologiczna	10 137	6	33 945
Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) - etap podstawowy	2 520	30	2 534
Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) - etap specjalistyczny	1 836	11	4 743

Tabela nr II.60. Liczba pacjentów i wykonanych świadczeń w ramach profilaktyki chorób układu krążenia w 2025 r.

Nazwa i etap programu zdrowotnego	Liczba osób objętych programem	Liczba świadczeniodawców realizujących program	Liczba wykonanych świadczeń w poszczególnych zakresach
Świadczenia lekarza w POZ w ramach realizacji profilaktyki ChUK	130 428	1 764	130 438
Świadczenia pielęgniarki POZ w ramach realizacji profilaktyki	147 006	1 133	147 017

Tabela nr II.61. Liczba świadczeniodawców w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2023-2025.⁷

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców		
	2023	2024	2025
Dolnośląski	48	39	51
Kujawsko-Pomorski	32	24	38
Lubelski	46	42	47
Lubuski	15	16	17
Łódzki	35	34	41
Małopolski	61	68	74
Mazowiecki	109	93	107
Opolski	16	16	21

⁷ Dotyczy programu profilaktyki raka piersi – etap podstawowy i pogłębiony oraz programu profilaktyki raka szyjki macicy – etap diagnostyczny i pogłębionej diagnostyki.

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców		
Podkarpacki	47	44	50
Podlaski	19	15	19
Pomorski	61	48	60
Śląski	106	92	109
Świętokrzyski	14	13	21
Warmińsko-Mazurski	21	19	24
Wielkopolski	55	54	64
Zachodniopomorski	29	26	29
Razem	714	643	772

II.2.13. Zaopatrzenie w wyroby medyczne

NFZ finansuje wyroby medyczne wydawane na zlecenie na zasadach określonych przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 29 maja 2017 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2021 r. poz. 704, z późn. zm.), wydanym na podstawie art. 38 ust. 4 ustawy o refundacji. W rozporządzeniu zostały określone kryteria przyznawania, okresy użytkowania, limity finansowania oraz limity cen napraw wyrobów medycznych. Realizacja tych świadczeń odbywa się na podstawie umowy zawartej ze świadczeniodawcą spełniającym warunki do zawarcia umowy określone przez Prezesa NFZ w zarządzeniu w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju, zgodnie z art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach. Do zawierania umów ze świadczeniodawcami nie stosuje się przepisów dotyczących konkursu ofert i rokowań.

Tabela nr II.62. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju wyroby medyczne w latach 2023-2025 i ich wykonanie (w tys. zł).

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	183 193,00	180 772,51	235 000,00	233 090,63	274 013,00	272 834,12
Kujawsko-Pomorski	132 548,00	129 699,93	171 827,00	169 383,81	202 023,00	200 369,07
Lubelski	126 000,00	122 583,77	165 601,00	162 380,61	194 000,00	193 275,42
Lubuski	63 205,00	58 090,74	77 874,00	77 037,24	95 724,00	92 769,62
Łódzki	151 664,00	146 741,26	191 855,00	187 874,39	222 530,00	216 799,26
Małopolski	202 660,00	199 637,44	258 000,00	255 817,40	300 500,00	297 383,16
Mazowiecki	394 761,00	365 655,73	442 247,00	419 148,58	473 732,00	473 302,39
Opolski	63 599,00	61 536,77	78 682,00	76 299,03	91 626,00	89 359,18
Podkarpacki	128 557,00	127 182,62	165 000,00	163 799,93	197 000,00	196 144,39
Podlaski	67 675,00	65 618,37	87 137,00	86 296,20	102 000,00	100 134,63
Pomorski	143 217,00	142 657,96	187 233,00	186 956,51	221 732,00	221 587,31
Śląski	334 794,00	324 950,49	387 636,00	379 241,32	439 033,00	434 495,07
Świętokrzyski	86 700,00	85 651,89	102 638,00	101 493,17	119 518,00	118 207,73
Warmińsko-Mazurski	85 103,00	81 996,67	106 163,00	104 788,33	127 099,00	123 625,63
Wielkopolski	230 752,00	220 337,55	290 879,00	286 312,91	347 053,00	340 079,81
Zachodniopomorski	100 986,00	91 253,22	126 302,00	121 247,66	142 030,00	139 190,05

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń
Razem	2 495 414,00	2 404 366,92	3 074 074,00	3 011 167,72	3 549 613,00	3 509 556,84

Biorąc pod uwagę powyższe dane można zaobserwować widoczny wyraźny wzrost planowanych kosztów oraz realizacji w stosunku do lat ubiegłych.

II.2.14. Lecznictwo uzdrowiskowe

Lecznictwo uzdrowiskowe zajmuje się leczeniem, profilaktyką i rehabilitacją chorób przewlekłych. Z leczenia uzdrowiskowego w Polsce w 2025 r. skorzystało 441 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 2025 r. NFZ zawarł kontrakty na szerokie spektrum świadczeń uzdrowiskowych ze 136 świadczeniodawcami. Kontrakty te zapewniają świadczeniobiorcom szeroki wachlarz usług uzdrowiskowych, w tym leczenie ambulatoryjne, szpitalne dla dzieci i dorosłych, sanatoryjne dla dzieci i dorosłych oraz uzdrowiskowa rehabilitacja dla dorosłych.

Tabela nr II.63. Liczba świadczeniodawców, z którymi NFZ zawarł umowy oraz liczba zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe (kontraktowanie świadczeń leczenia uzdrowiskowego jest prowadzone przez 13 OW NFZ, na terenie których swoje siedziby posiadają świadczeniodawcy, udzielający tych świadczeń).

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców			Liczba zawartych umów		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Dolnośląski	13	13	13	16	15	15
Kujawsko-Pomorski	26	26	26	26	26	26
Lubelski	6	6	6	6	6	6
Łódzki	1	1	1	1	1	1
Małopolski	28	29	28	29	29	29
Mazowiecki	1	1	1	1	1	1
Podkarpacki	14	14	14	14	14	14
Podlaski	3	3	3	3	3	3
Pomorski	5	5	5	5	5	5
Śląski	7	7	7	7	7	7
Świętokrzyski	8	8	8	8	8	8
Warmińsko-Mazurski	2	2	2	2	2	2
Zachodniopomorski	22	22	22	22	22	22
Razem	136	137	136	140	139	139

Tabela nr II.64. Wartość i wykonanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w latach 2023-2025 (w tys. zł).

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	159 309,12	148 201,41	168 555,98	148 755,10	195 516,46	179 762,95
Kujawsko-Pomorski	89 294,44	92 511,07	85 586,24	97 413,96	112 929,32	120 913,26
Lubelski	72 084,26	69 454,00	78 818,64	76 724,84	86 856,56	84 706,63
Lubuski	30 909,69	31 103,05	41 086,65	39 611,38	46 213,69	46 634,14
Łódzki	91 800,99	96 068,60	110 294,21	117 736,76	138 156,83	147 299,35
Małopolski	140 440,33	136 726,64	148 461,86	141 097,27	178 248,71	175 276,89
Mazowiecki	231 689,40	222 579,78	290 731,46	269 276,65	324 790,86	301 642,49
Opolski	29 599,58	31 073,89	39 093,73	39 841,85	44 594,03	44 457,57
Podkarpacki	56 711,78	58 032,66	76 162,18	75 330,44	87 380,29	85 880,90
Podlaski	38 163,91	39 975,36	50 757,24	49 130,69	51 834,10	50 826,73
Pomorski	72 337,58	71 038,08	83 659,89	81 182,00	96 511,39	94 952,83
Śląski	197 302,86	189 426,75	271 735,83	255 554,69	293 119,79	277 310,53
Świętokrzyski	52 826,35	50 518,74	64 069,69	62 356,21	73 465,53	71 338,92
Warmińsko-Mazurski	37 092,67	42 115,97	41 629,77	44 736,35	43 863,19	48 332,30
Wielkopolski	149 732,32	143 529,41	154 864,27	149 749,91	186 917,33	181 411,41
Zachodniopomorski	41 559,78	40 377,29	41 003,83	39 494,61	65 295,20	62 357,49
Razem	1 490 855,05	1 462 732,72	1 746 511,48	1 687 992,72	2 025 693,29	1 973 104,39

Wartość zrealizowanych świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego w 2025 r. wyniosła 1 973 104,39 tys. zł i w stosunku do 2024 r. wzrosła o 17%.

Tabela nr II.65. Zestawienie liczby pacjentów oraz liczby wykonanych świadczeń w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w latach 2023-2025.

OW NFZ, który kieruje świadczeniobiorców z terenu swojego województwa na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową	2023			2024			2025		
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń stacjonarnych	Liczba świadczeń ambulatoryjnych	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń stacjonarnych	Liczba świadczeń ambulatoryjnych	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń stacjonarnych	Liczba świadczeń ambulatoryjnych
Dolnośląski	43 598	42 909	698	37 672	36 978	732	40 499	39 494	1 032
Kujawsko-Pomorski	29 300	28 773	577	24 943	24 403	594	27 286	26 572	774
Lubelski	20 136	19 669	506	19 270	18 806	511	18 728	18 196	584
Lubuski	9 292	9 268	26	9 920	9 903	25	10 207	10 202	19
Łódzki	29 065	28 865	204	30 385	30 220	179	33 350	33 213	156
Małopolski	43 069	39 625	3 584	37 361	34 043	3 401	40 706	37 016	3 830
Mazowiecki	66 265	65 307	1 040	67 875	67 045	905	66 618	65 873	887
Opolski	10 146	10 110	37	10 346	10 320	28	10 109	10 070	40
Podkarpacki	17 974	17 449	557	19 169	18 703	510	18 934	18 429	556
Podlaski	12 172	12 150	36	12 542	12 506	42	11 223	11 184	45
Pomorski	21 255	21 078	180	21 056	20 840	221	21 364	21 115	256
Śląski	57 197	56 471	866	66 569	65 580	1 088	63 261	62 235	1 127

OW NFZ, który kieruje świadczeniobiorców z terenu swojego województwa na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową	2023			2024			2025		
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń stacjonarnych	Liczba świadczeń ambulatoryjnych	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń stacjonarnych	Liczba świadczeń ambulatoryjnych	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń stacjonarnych	Liczba świadczeń ambulatoryjnych
Świętokrzyski	15 580	15 108	473	16 325	15 919	409	16 326	15 910	421
Warmińsko- Mazurski	13 765	13 726	47	11 151	11 126	35	10 461	10 429	38
Wielkopolski	41 297	41 304	30	37 122	37 159	31	39 268	39 297	43
Zachodniopomorski	11 068	11 033	36	9 334	9 308	29	12 814	12 775	47
Razem	441 179	432 845	8 897	431 040	422 859	8 740	441 153	432 010	9 855

W 2025 r. zrealizowano 441 865 skierowań na leczenie uzdrowiskowe (432 010 – w trybie stacjonarnym, 9 855 – w trybie ambulatoryjnym) dla 441 153 osób. W porównaniu do 2024 r. zwiększyła się liczba zrealizowanych skierowań oraz liczba osób, które skorzystały ze świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego, w obu przypadkach nastąpił wzrost o ok. 2%.

II.2.15. Pomoc doraźna i transport sanitarny

Ujęta w planie finansowym NFZ na 2025 r. wartość zaplanowanych kosztów finansowania świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny wyniosła 314 340 tys. zł. W 2025 r. wykonanie planu finansowego zamknęło się kwotą 313 469,90 tys. zł, co stanowi 99,7% wykorzystania zaplanowanych środków.

Tabela nr II.66. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w latach 2023-2025 i ich wykonanie (w tys. zł).

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	27 380,00	27 373,99	20 172,00	20 006,00	19 265,00	19 074,15
Kujawsko-Pomorski	24 932,00	24 889,80	27 772,00	27 611,34	30 349,00	30 181,33
Lubelski	6 342,00	6 256,69	8 876,00	8 855,01	9 796,00	9 786,40
Lubuski	9 811,00	9 696,20	9 789,00	9 720,71	10 771,00	10 743,17
Łódzki	10 510,00	10 501,28	11 651,00	11 650,28	12 877,00	12 809,27
Małopolski	10 131,00	9 887,86	10 984,00	10 969,74	14 120,00	14 112,46
Mazowiecki	34 449,00	34 448,11	38 187,00	38 186,87	42 176,00	42 173,61
Opolski	7 569,00	7 568,86	9 066,00	9 058,77	9 260,00	9 241,95
Podkarpacki	21 125,00	21 123,92	24 400,00	24 353,22	23 936,00	23 859,20
Podlaski	11 030,00	11 000,85	11 853,00	11 826,06	13 153,00	13 069,97
Pomorski	26 327,00	26 326,05	27 030,00	27 029,61	23 189,00	23 188,20
Śląski	31 663,00	31 599,03	30 394,00	30 389,09	30 699,00	30 692,27
Świętokrzyski	6 746,00	6 580,59	7 168,00	6 876,93	7 630,00	7 600,26
Warmińsko-Mazurski	18 547,00	18 510,49	20 647,00	20 638,94	23 223,00	23 041,99
Wielkopolski	24 891,00	24 773,53	26 407,00	26 343,46	28 581,00	28 581,00
Zachodniopomorski	12 042,00	11 728,15	13 866,00	13 857,13	15 315,00	15 314,67
Razem	283 495,00	282 265,40	298 262,00	297 373,16	314 340,00	313 469,90

II.2.15.1. 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 r.ż. 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 niniejszym zakresie świadczeń w 2025 r. zapewniali dobową gotowość do udzielania świadczeń przez wyjazdowe zespoły sanitarne typu „N”, utrzymując w stałej dyspozycji środki transportu sanitarnego wraz z niezbędnymi elementami wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, kompletny zestaw leków i wyrobów medycznych oraz obsadę kadrową, zgodnie z treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.). Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny realizowane przez wyjazdowe zespoły sanitarne 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 2025 r. świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny zabezpieczone zostały przez działanie 32 wyjazdowych zespołów sanitarnych typu „N”, w tym: przez 31 zespołów funkcjonujących całodobowo oraz 1 zespół funkcjonujący 12 godzin na dobę, w godzinach 8-20 (w woj. łódzkim). Wskazania wymaga, że świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” zostały uznane za jeden z profili systemu PSZ, w związku z powyższym łącznie 16 zespołów sanitarnych typu „N” (w 10 OW NFZ) funkcjonuje w ramach PSZ.

Tabela nr II.67. Liczba świadczeniodawców, z którymi Fundusz zawarł umowy oraz liczba umów zawartych w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”.

Oddział NFZ	Świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu "N"						
	Liczba świadczeniodawców			Liczba umów			
	2023	2024	2025	2023	2024	2025	
Dolnośląski	3	3	3	3	3	3	
Kujawsko-Pomorski	2	2	2	2	2	2	
Lubelski	2	2	2	2	2	2	
Lubuski	1	1	1	1	1	1	
Łódzki	1	1	1	1	1	do 30.03.	od 01.04
						1	2
Małopolski	1	1	do 30.06.	1	1	do 30.06.	od 01.07.
			1			1	2
Mazowiecki	5	5	5	5	5	5	
Opolski	1	1	1	1	1	1	
Podkarpacki	2	2	2	2	2	2	
Podlaski	1	1	1	1	1	1	

Oddział NFZ	Świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu "N"					
	Liczba świadczeniodawców			Liczba umów		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Pomorski	1	1	1	1	1	1
Śląski	4	4	4	4	4	4
Świętokrzyski	1	1	1	1	1	1
Warmińsko- Mazurski	2	2	2	2	2	2
Wielkopolski	2	2	2	2	2	2
Zachodniopomorski	2	2	2	2	2	2
Razem	31	31	32 (wg stanu na koniec 2025 r.)	31	31	33 (wg stanu na koniec 2025 r.)

W 2025 r. zespoły sanitarne typu „N” wykonały łącznie 6 481 transporty, udzielając świadczeń 5 646 różnym osobom. Zarówno liczba wyjazdów zespołów sanitarnych typu „N” jak i liczba osób, którym zespoły udzieliły świadczeń w 2025 r., zmniejszyła się w stosunku do roku poprzedniego.

Tabela nr II.68. Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba osób, którym świadczeń udzieliły wyjazdowe zespoły sanitarne typu „N” w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	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	565	432	513	381	366	296
Kujawsko-Pomorski	449	392	408	347	364	323
Lubelski	285	272	311	304	305	297
Lubuski	102	80	74	65	69	65
Łódzki	410	375	333	296	383	345
Małopolski	504	469	465	425	620	558
Mazowiecki	1 144	1 086	1 062	872	1 115	904
Opolski	254	157	217	134	223	145
Podkarpacki	245	224	298	264	268	248
Podlaski	157	144	179	158	184	158
Pomorski	453	389	362	317	422	366
Śląski	1 280	1 180	1 128	1 032	1 014	928
Świętokrzyski	146	130	152	132	108	101
Warmińsko- Mazurski	270	243	289	264	251	232
Wielkopolski	755	647	795	673	637	536
Zachodniopomorski	182	156	167	141	152	144
Razem	7 201	6 376	6 753	5 805	6 481	5 646

II.2.15.2. Świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego

Świadczenia udzielane przez zespoły transportu medycznego realizowane są w przypadku konieczności przetransportowania pacjenta między świadczeniodawcami realizującymi świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, w następujących stanach

chorobowych: niewydolność oddechowa wymagająca sztucznej wentylacji, niewydolność układu krążenia, stany wymagające interwencji chirurgicznej i po zabiegach, inne (np. drgawki). Realizacja tychże świadczeń obejmuje transport oraz udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej przez zespół transportu medycznego w szczególności w przypadku konieczności niezwłocznego wykonania zabiegu u innego świadczeniodawcy lub zachowania ciągłości leczenia u innego świadczeniodawcy. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny realizowane przez zespoły transportu medycznego finansowane są z budżetu NFZ. Jednostką rozliczeniową służącą do finansowania niniejszych świadczeń jest ryczał dobowy. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w zakresie świadczeń udzielanych przez zespoły transportu medycznego w 2025 r. w okresie od 01.01.-31.03. zabezpieczone zostały przez działanie 105 zespołów, natomiast od dnia 1 kwietnia 2025 r. przedmiotowe świadczenia realizowane były przez 103 zespoły transportu medycznego (zmiany wynikające z przeprowadzonych przez OW NFZ postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie niniejszych świadczeń oraz analizy funkcjonowania zespołów transportu medycznego w poszczególnych województwach).

Tabela nr II.69. Liczba świadczeniodawców, z którymi Fundusz zawarł umowy oraz liczba umów zawartych w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego.

Oddział NFZ	Świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego										
	Liczba świadczeniodawców					Liczba umów zawartych					
	2023		2024		2025	2023		2024		2025	
Dolnośląski	do 30.09.	od 01.10.	do 31.03.	od 01.04.	5	do 30.09.	od 01.10.	do 31.03.	od 01.04.	5	
	8	7	7	5		8	7	7	5		
Kujawsko-Pomorski	5		5		do 30.06.	od 01.07.	5	5		do 30.06.	od 01.07.
					5	3				5	3
Lubelski	1		1		1		1		1		
Lubuski	2		2		2		2		2		
Łódzki	1		1		1		1		2		
Małopolski	3		3		3		3		3		
Mazowiecki	6		5		5		6		5		
Opolski	1		1		1		1		1		
Podkarpacki	5		5		4		5		5		
Podlaski	do 28.02.	od 01.03.	3		3	do 28.02.	od 01.03.	3		3	
	2	3				2	3				
Pomorski	4		do 30.09.	od 01.10.	2	4		do 30.09.	od 01.10.	2	
			4	2				4	2		
Śląski	6		6		do 31.03.	od 01.04.	6		6		
					6	3					6
Świętokrzyski	1		1		1		1		1		
Warmińsko- Mazurski	4		4		4		4		4		
Wielkopolski	3		3		do	od	7		7		
									do	od	

Oddział NFZ	Świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego							
	Liczba świadczeniodawców				Liczba umów zawartych			
	2023	2024	2025		2023	2024	2025	
			30.06.	01.07.			30.06.	01.07.
			3	2			7	5
Zachodniopomorski	2	2	2		2	2	2	
Razem	54 (wg stanu na koniec 2023 r.)	52 (wg stanu na koniec 2024 r.)	42 (wg stanu na koniec 2025 r.)		58 (wg stanu na koniec 2023 r.)	53 (wg stanu na koniec 2024 r.)	47 (wg stanu na koniec 2025 r.)	

Tabela nr II.70. Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba osób, którym świadczeń udzieliły zespoły transportu medycznego w latach 2023-2025.

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	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	3 076	2 992	2 910	2 741	2 643	2 491
Kujawsko-Pomorski	3 722	3 490	4 094	3 854	4 613	4 202
Lubelski	433	429	456	439	507	493
Lubuski	1 478	1 406	1 572	1 514	1 518	1 441
Łódzki	1 257	1 239	1 438	1 382	1 327	1 292
Małopolski	1 223	1 157	1 070	1 057	1 339	1 305
Mazowiecki	5 082	5 041	5 684	5 384	5 640	5 280
Opolski	1 272	1 244	1 791	1 680	1 640	1 530
Podkarpacki	4 914	4 749	4 909	4 480	5 076	4 482
Podlaski	2 009	1 902	2 163	2 064	2 200	2 095
Pomorski	4 004	3 738	4 634	4 285	4 227	3 932
Śląski	4 562	4 278	4 787	4 538	5 530	5 271
Świętokrzyski	2 040	1 932	1 824	1 739	1 823	1 727
Warmińsko- Mazurski	3 192	3 040	3 254	3 080	3 520	3 298
Wielkopolski	3 618	3 506	4 371	4 170	4 374	4 101
Zachodniopomorski	572	562	774	764	983	971
Razem	42 454	40 705	45 731	43 171	46 960	43 911

II.2.16. Ratownictwo medyczne

Zespoły ratownictwa medycznego są mobilnymi jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM), 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 obowiązującym w 2025 r. porządkiem prawnym, zadania zespołów ratownictwa medycznego były finansowane na zasadach i w trybie określonym w ustawie o świadczeniach, przez NFZ. Jednostką rozliczeniową służącą do finansowania niniejszych świadczeń jest, określony przez AOTMiT, ryczałt dobowy. Umowy na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego zawierane są na rejon operacyjny, na podstawie wojewódzkich planów działania systemu PRM. W 2025 r., niniejsze świadczenia

realizowane były na podstawie 23 umów o udzielanie świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne. Liczba umów w przedmiotowym rodzaju świadczeń nie uległa zmianie w stosunku do 2024 r. 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. Liczba ta bowiem obecnie bezpośrednio związana jest z liczbą rejonów operacyjnych, wynikającą z wojewódzkich planów działania systemu PRM.

Tabela nr II.71. Liczba świadczeniodawców oraz umów zawartych w latach 2023-2025 w rodzaju ratownictwo medyczne.

Oddział NFZ	Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba umów zawartych w latach		
	2023	2024	2025	2023	2024	2025
Dolnośląski	2	2	2	2	2	2
Kujawsko-Pomorski	1	1	1	1	1	1
Lubelski	1	1	1	1	1	1
Lubuski	1	1	1	1	1	1
Łódzki	1	1	1	1	1	1
Małopolski	2	2	2	2	2	2
Mazowiecki	3	3	3	3	3	3
Opolski	1	1	1	1	1	1
Podkarpacki	1	1	1	1	1	1
Podlaski	1	1	1	1	1	1
Pomorski	2	2	2	2	2	2
Śląski	3	3	3	3	3	3
Świętokrzyski	1	1	1	1	1	1
Warmińsko-Mazurski	1	1	1	1	1	1
Wielkopolski	1	1	1	1	1	1
Zachodniopomorski	1	1	1	1	1	1
Razem	23	23	23	23	23	23

Ujęta w planie finansowym NFZ na 2025 r. wartość zaplanowanych kosztów finansowania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne wyniosła 4 849 657 tys. zł i była 494 577 tys. zł ($\approx 11,4\%$) wyższa od kwoty planowanej w 2024 r.

Tabela nr II.72. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne w latach 2023 - 2025 i ich wykonanie (w tys. zł).

	2023		2024		2025	
	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń	Plan finansowy NFZ	Koszty realizacji świadczeń
Razem	3 790 868,00	3 767 606,18	4 355 080,00	4 305 862,82	4 849 657,00	4 813 198,78

W związku ze zmianą źródła finansowania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne, od 1 stycznia 2023 r., koszty finansowania niniejszych świadczeń ujęte są w planie finansowym Centrali Funduszu, a nie poszczególnych oddziałów wojewódzkich. Prezes NFZ, działając na podstawie art. 102 ust. 5 pkt 8 ustawy o świadczeniach, udziela dyrektorom OW NFZ upoważnienia do zaciągnięcia zobowiązań w zakresie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w ramach pozycji B4 - koszty realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego na dany rok.

Tabela nr II.73. Wartość upoważnień udzielona przez Centralę NFZ na 2025 r. w ramach świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne (w tys. zł).

Oddział NFZ	Wartość udzielonego upoważnienia na 2025 r.
Dolnośląski	333 148,70
Kujawsko-pomorski	288 926,67
Lubelski	287 327,48
Lubuski	163 883,64
Łódzki	315 073,57
Małopolski	374 263,96
Mazowiecki	642 829,53
Opolski	136 537,63
Podkarpacki	289 433,68
Podlaski	182 114,50
Pomorski	291 575,82
Śląski	504 916,64
Świętokrzyski	144 175,51
Warmińsko-mazurski	243 426,79
Wielkopolski	395 092,73
Zachodniopomorski	256 929,42
Razem	4 849 656,27

Tabela nr II.74. Liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego w latach 2023-2025 oraz liczba osób, wg unikalnych nr PESEL, którym udzielono świadczeń.

Oddział NFZ	2023		2024		2025	
	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	256 267	171 274	262 931	186 144	268 535	196 582
Kujawsko-Pomorski	179 177	134 176	181 282	126 682	190 670	138 884
Lubelski	159 507	149 613	164 937	119 631	167 919	128 036
Lubuski	90 848	68 217	92 318	64 700	96 268	70 168
Łódzki	202 555	158 541	207 660	150 284	212 347	160 121
Małopolski	241 308	224 631	256 367	185 087	263 774	205 201
Mazowiecki	428 790	339 500	451 635	328 286	465 793	353 330
Opolski	70 306	65 137	75 035	52 655	77 643	58 571
Podkarpacki	142 218	110 826	154 430	109 199	161 846	122 658
Podlaski	71 812	55 092	81 623	59 677	81 976	65 201
Pomorski	177 485	130 965	183 604	134 296	190 089	149 407
Śląski	401 823	304 060	412 614	286 925	424 582	301 634
Świętokrzyski	105 986	81 975	109 273	77 244	110 103	82 944
Warmińsko- Mazurski	117 443	87 512	122 199	84 960	126 258	89 761
Wielkopolski	215 751	191 826	220 746	164 463	241 588	184 465
Zachodniopomorski	157 452	121 084	160 411	114 225	168 126	126 571
Razem	3 018 728	2 394 429	3 137 065	2 244 458	3 247 517	2 433 534

II.2.17. Refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę

Poniżej zaprezentowane zostały informacje o wartości oraz liczbie zrefundowanych opakowań leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wydanych pacjentom na receptę w 2025 r. Przedstawione zestawienia zostały opracowane na podstawie danych szczegółowych przekazywanych przez OW NFZ i gromadzonych w bazach danych Centrali NFZ.

Liczba zrefundowanych przez Fundusz opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w 2025 r. jest większa o 3,6% w stosunku do 2024 r. Wzrost zanotowano we wszystkich OW NFZ, przy czym największy w Podlaskim OW NFZ (o 5,3%) i w Łódzkim OW NFZ (o 5,1%).

Tabela nr II.75. Liczba zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych, suma za okres od 1 stycznia 2025 do 31 grudnia 2025 r. (wg stanu na dzień 12 maja 2026 r.).

Oddział NFZ	Liczba jednostkowych opakowań leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zrefundowanych
Dolnośląski	35 612 899
Kujawsko-Pomorski	27 574 694
Lubelski	26 743 380
Lubuski	11 574 059
Łódzki	35 060 890
Małopolski	40 835 820
Mazowiecki	68 134 170
Opolski	11 781 682
Podkarpacki	23 563 586
Podlaski	13 015 986
Pomorski	29 268 883
Śląski	58 324 104
Świętokrzyski	15 341 851
Warmińsko-Mazurski	16 923 912
Wielkopolski	45 362 868
Zachodniopomorski	21 415 476
Razem	480 534 260

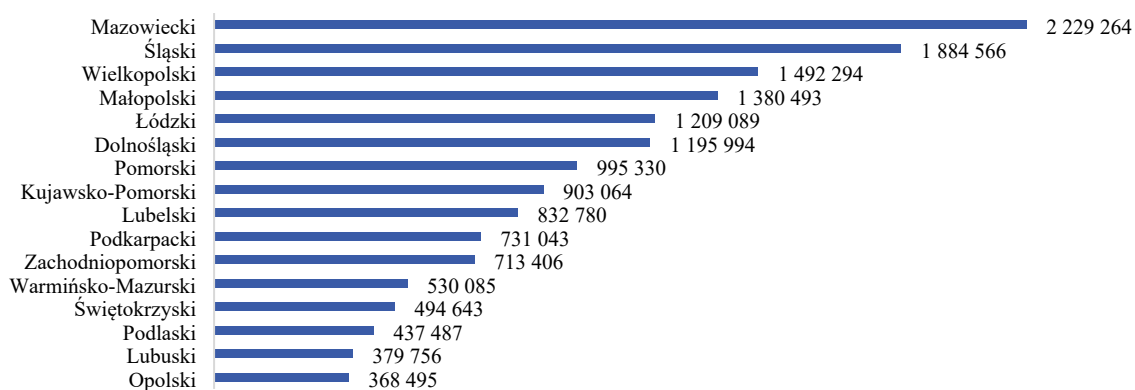
Wielkość refundacji

W 2025 r. płatnik na refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych wydatkował łącznie kwotę 15 777 790 tys. zł. (wartość z uwzględnieniem statusów rozliczenia i walidacji). W stosunku do 2024 r. nastąpił wzrost wartości refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych o 15,7%.

Tabela nr II.76. Struktura wydatków na leki w 2025 r. w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ wg stanu na dzień 12 maja 2026 r. (w tys. zł).

Oddział NFZ	Kwota refundacji	Udział w łącznej kwocie refundacji (%)
Dolnośląski	1 195 994	7,6%
Kujawsko-Pomorski	903 064	5,7%
Lubelski	832 780	5,3%
Lubuski	379 756	2,4%
Łódzki	1 209 089	7,7%
Małopolski	1 380 493	8,7%
Mazowiecki	2 229 264	14,1%
Opolski	368 495	2,3%
Podkarpacki	731 043	4,6%
Podlaski	437 487	2,8%
Pomorski	995 330	6,3%
Śląski	1 884 566	11,9%
Świętokrzyski	494 643	3,1%
Warmińsko-Mazurski	530 085	3,4%
Wielkopolski	1 492 294	9,5%
Zachodniopomorski	713 406	4,5%

Wykres nr II.8. Wartość refundacji leków w 2025 r. z podziałem na oddziały wojewódzkie NFZ (w tys. zł), wg stanu na dzień 12 maja 2026 r.



Analiza wydatków na refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych w 2025 r. w podziale na OW NFZ wykazała, że największy udział procentowy w ogólnej kwocie refundacji miał oddział mazowiecki z wynikiem 14,1% oraz oddział śląski z wynikiem 11,9%.

Typy uprawnień

Poniżej przedstawiono analizę struktury wydatków na refundację leków w podziale na uprawnienia do świadczeń gwarantowanych i uprawnienia dodatkowe pacjenta w 2025 r.

Tabela nr II.77. Przedstawienie typów uprawnień⁸ pacjentów w podziale na odpłatności wg stanu na dzień 12 maja 2026 r. (w tys. zł).

Typ uprawnień	Kwota refundacji	Udział procentowy
AZ	2	0,00001%
BW	262	0,002%
C	107 085	0,7%
CN	263	0,002%
DN	21 264	0,1%
DZ	664 121	4,2%
IB	69 947	0,4%
IN	9 338	0,1%
IW	366	0,002%
PO	68	0,0004%
S	9 101 442	58%
WE	298	0,002%
WP	22	0,0001%
X	5 764 982	37%
ZK	38 330	0,2%

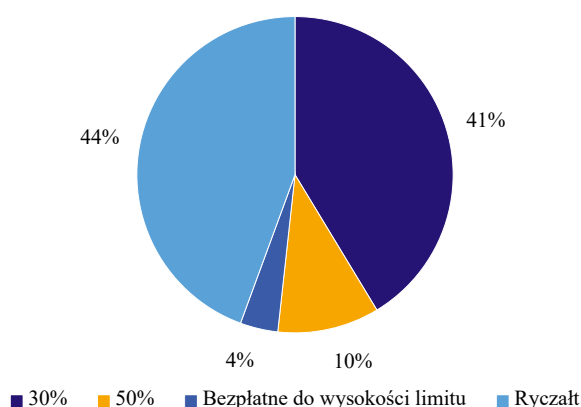
Rodzaje odpłatności

Analiza struktury wydatków na refundację leków w 2025 r. w podziale na rodzaje odpłatności (bezpłatne, 30%, 50% ryczałt, bezpłatne do wysokości limitu) przedstawia wysokość wydatków według podstawowych poziomów odpłatności w określonych wskazaniach przypisanych do produktu identyfikowanego numerem GTIN zgodnie z decyzjami administracyjnymi o objęciu refundacją oraz art. 6 ust. 2 Ustawy o refundacji leków, środków

⁸ AZ - pracownicy i byli pracownicy zakładów produkujących wyroby zawierające azbest. Przysługuje im bezpłatnie zaopatrzenie w leki związane z chorobami wywołanymi pracą przy azbestie;
 BW - pacjenci którzy posiadają uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce ich zamieszkania;
 C - świadczeniobiorcy w okresie ciąży, którym przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki zgodnie z art. 43b ust. 1 ustawy o świadczeniach. Obowiązuje od 1 września 2020 r.;
 CN - nieubezpieczone kobiety podczas ciąży, porodu lub połogu. Przysługuje im zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne związane z ciążą, porodem i pościem;
 DN - osoby nieubezpieczone do ukończenia 18 r.ż. ;
 DZ - świadczeniobiorcy do ukończenia 18 r.ż. , którym przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki zgodnie z art. 43a ust. 1 ustawy o świadczeniach. Obowiązuje od 1 września 2023 r.;
 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;
 IN - pacjenci inni niż ubezpieczeni, którzy posiadają uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej;
 IW - inwalidzi wojskowi. Przysługuje im bezpłatne - do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych - zaopatrzenie w leki objęte wykazem leków refundowanych w kategoriach: lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny dostępny w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń;
 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;
 S - świadczeniobiorcy, którym przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki zgodnie z art. 43a ust. 1 ustawy o świadczeniach, którzy ukończyli 75 r.ż. (obowiązywało od 1 września 2016 r. do 31 sierpnia 2023 r.) lub którzy ukończyli 65 r.ż. (obowiązuje od 1 września 2023 r.);
 WE - weterani z uszczerbkiem zdrowia powyżej 30%;
 WP - żołnierze zawodowi, o których mowa w przepisach ustawy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, w trakcie szkoleń poligonowych i ćwiczeń wojskowych (rejsów, lotów);
 X - Pacjent ubezpieczony, bez uprawnień dodatkowych;
 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.

spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (publikowanych w obwieszczeniach Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych). Analiza wykazała, że najwięcej z ogólnej kwoty refundacji, tj. 44%, przypada na grupę leków z opłatą ryczałtową. Przeznaczono na ten cel 7 005 017,52 tys. zł. Kolejne grupy co do wartości wydatkowanych środków stanowią: leki z przypisaną 30% odpłatnością - 41% (kwota refundacji 6 522 132,88 tys. zł; leki z przypisaną 50% odpłatnością - 10% (kwota refundacji 1 641 427,32 tys. zł); leki z poziomem odpłatności bezpłatnym do wysokości limitu finansowania - 4% (kwota refundacji 609 212,67 tys. zł).

Wykres nr II.9. Analiza struktury wydatków na refundację leków w 2025 r. w podziale na odpłatności (wg stanu na dzień 12 kwietnia 2026 r.).



Grupy ATC

Największe wydatki związane były z refundacją leków z grup: leki stosowane w leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego i metabolicznych 22,1% ogólnej kwoty refundacji, leki stosowane w leczeniu schorzeń układu sercowo-naczyniowego stanowiące 19,2% ogólnej kwoty refundacji, leki stosowane w leczeniu schorzeń ośrodkowego układu nerwowego stanowiące 11,7% ogólnej kwoty refundacji, leki stosowane w leczeniu schorzeń układu oddechowego stanowiące 9,5% ogólnej kwoty refundacji. Wymienione wyżej 4 grupy ATC generowały ponad połowę, tj. 62,6% ogółu wszystkich kosztów refundacji leków w 2025 r.

Tabela nr II.78. Struktura wydatków na leki w 2025 r. w podziale na Grupy ATC, według stanu danych na dzień 12 maja 2026 r. (w tys. zł).

Grupa ATC	Kwota refundacji	%
A) przewód pokarmowy i metabolizm	3 488 688,75	22,1%
(C) układ sercowo-naczyniowy	3 027 315,38	19,2%
(N) ośrodkowy układ nerwowy	1 851 340,90	11,7%
(R) układ oddechowy	1 503 906,95	9,5%
(J) leki stosowane w zakażeniach	1 254 466,34	8,0%
(B) krew i układ krwiotwórczy	956 498,67	6,1%
(L) leki przeciwnowotworowe i immunomodulacyjne	725 845,14	4,6%
(G) układ moczowo-płciowy i hormony płciowe	658 244,55	4,2%

Grupa ATC	Kwota refundacji	%
(V) varia	538 248,35	3,4%
(M) układ mięśniowo-szkieletowy	408 403,18	2,6%
(H) leki hormonalne do stosowania wewnętrznego	263 603,34	1,7%
(S) narządy wzroku i słuchu	250 621,89	1,6%
(D) dermatologia	67 941,29	0,4%
(P) leki przeciwpasożytnicze, owadobójcze i repelenty	4 380,06	0,03%
Inne	778 285,61	4,9%

Najczęściej refundowane substancje czynne

Tabela nr II.79. 20 substancji czynnych generujących najwyższe koszty w 2025 r. (wg nazw powszechnie stosowanych), stan danych na dzień 12 maja 2026 r. (w tys. zł).

Substancje czynne	Kwota refundacji
Empagliflozinum	581 382
Dapagliflozinum	528 140
Enoxaparinum natricum	449 477
Szczepionka przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu (RSV) (biwalentna, rekombinowana)	448 583
Semaglutidum	348 793
Metformini hydrochloridum	328 064
Rosuvastatinum	317 956
Rivaroxabanum	296 918
Atorvastatinum	294 784
Fluticasoni propionas + Salmeterolum	217 977
Tamsulosini hydrochloridum	216 776
Ramiprilum	215 504
Nebivololum	213 303
Olanzapinum	198 561
Budesonidum	195 290
Insulinum aspartum	187 500
Szczepionka przeciw półpaścowi (rekombinowana, z adiuwantem)	186 973
Methotrexatum	177 678
Insulinum humanum	174 045
Telmisartanum	150 890
Razem	5 728 593

Struktura wydatków NFZ z tytułu refundacji leków pokazuje, że refundacja 20 pierwszych substancji⁹ pociąga za sobą 36% ogólnej kwoty refundacji.

⁹ Leki stosowane w leczeniu m.in: choroby zakrzepowo-zatorowej (Enoxaparinum natricum, Rivaroxabanum), cukrzycy (Metformini hydrochloridum, Insulinum humanum, Empagliflozinum, Insulinum aspartum, Dapagliflozinum, Semaglutidum), chorób psychicznych, schizofrenii (Olanzapinum), astmy oskrzelowej, POChP i czynnościowego zapalenia oskrzeli (Fluticasoni propionas+Salmeterolum, Budesonidum), hipercholesterolemii (Atorvastatinum, Rosuvastatinum), chorób układu krążenia i nadciśnienia tętniczego (Nebivololum, Ramiprilum, Telmisartanum), przerostu gruczołu krokowego (Tamsulosini hydrochloridum), chorób autoimmunizacyjnych (Methotrexatum) oraz szczepionki przeciw syncytialnemu wirusowi oddechowemu RSV i półpaścowi.

III. Opis realizacji przez Centralę oraz OW NFZ zadań określonych w ustawie

III.1. Zadania, o których mowa w art. 42a pkt 2 ustawy o świadczeniach

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

Do najważniejszych zadań realizowanych przez NFZ w roli instytucji właściwej (miejsca pobytu, zamieszkania) w ramach przepisów o koordynacji należy: zapewnienie dostępu do rzeczowych świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych i uprawnionych, prowadzenie ewidencji osób ubezpieczonych oraz uprawnionych, potwierdzanie faktu oraz okresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, wydawanie zaświadczeń oraz poświadczeń potwierdzających prawo do rzeczowych świadczeń zdrowotnych na podstawie przepisów o koordynacji, przygotowywanie roszczeń za świadczenia udzielone na terytorium Polski osobom uprawnionym z innych państw członkowskich oraz weryfikacja zasadności roszczeń za świadczenie udzielone polskiem ubezpieczonemu w innych państwach członkowskich.

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

- współpraca z instytucjami łącznikowymi innych państw członkowskich UE/EFTA i Zjednoczonego Królestwa oraz krajowymi punktami kontaktowymi do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej innych państw członkowskich UE lub EOG oraz Komisją Europejską,
- opracowywanie wytycznych dla OW NFZ pełniących funkcję instytucji właściwych, miejsca zamieszkania i pobytu w ramach przepisów o koordynacji wraz z ich interpretacją,
- współpraca z instytucjami zewnętrznymi oraz z innymi komórkami i jednostkami organizacyjnymi Funduszu w zakresie spraw związanych z realizacją przepisów o koordynacji, w tym udział w tworzeniu, opiniowaniu i wdrażaniu oraz interpretacja przepisów unijnych i krajowych,
- nadzór merytoryczny, opracowywanie zbiorczej dokumentacji rozliczeniowej oraz prowadzenie wyjaśnień, do indywidualnych spraw, z OW NFZ i instytucjami łącznikowymi w zakresie rozliczania kosztów rzeczowych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji osobom uprawnionym na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz świadczeniobiorcom na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, w tym koordynacja rozliczenia kosztów rzeczowych świadczeń zdrowotnych, udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji, finansowanych z budżetu państwa, z części pozostającej w dyspozycji ministra właściwego do spraw zdrowia lub wojewodów,

- nadzór nad procesem refundacji kosztów świadczeń na podstawie art. 25 rozporządzenia wykonawczego nr 987/2009 przez oddziały wojewódzkie Funduszu, w tym dokonywanie merytorycznej kontroli not księgowych i not korygujących do not księgowych wystawionych przez oddziały wojewódzkie, oraz prowadzenie spraw w tym zakresie,
- udział w procesie tworzenia rezerw na potrzeby obsługi roszczeń przedstawianych przez inne państwa członkowskie UE/EFTA lub Zjednoczone Królestwo,
- realizacja przepisów o wzajemnej pomocy w odzyskiwaniu należności powstałych na podstawie przepisów o koordynacji,
- uczestnictwo w pracach Komisji Europejskiej, w szczególności Komisji Administracyjnej i Komisji Obrachunkowej Unii Europejskiej,
- nadzór merytoryczny i administrowanie systemem SOFU, portalem Polskiej Instytucji Łącznikowej, portalem Krajowego Punktu Kontaktowego, a także nadzór merytoryczny nad zmianami w Systemie Instytucji Właściwej (SIW),
- przygotowywanie analiz, sprawozdań i raportów z zakresu procesów realizowanych przez Fundusz w oparciu o przepisy o koordynacji, przedkładanych Ministerstwu Zdrowia, Komisji Europejskiej, w szczególności Komisji Administracyjnej i Komisji Obrachunkowej, oraz innym podmiotom zewnętrznym,
- monitorowanie wydatków związanych z leczeniem świadczeniobiorców na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA i Zjednoczonego Królestwa, na podstawie przepisów o koordynacji w celu dokonywania analiz odnośnie wysokości środków koniecznych do zabezpieczenia w planie finansowym Funduszu do realizacji zadań wynikających z przepisów o koordynacji,
- utrzymywanie i rozwój bazy słownika instytucji właściwych i łącznikowych, państw członkowskich UE/EFTA i Zjednoczonego Królestwa w Centralnych Zasobach Słownikowych.

Dodatkowo, Centrala NFZ, na mocy przepisów implementujących w ustawie o świadczeniach postanowienia dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, pełni funkcję Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej. Jego celem jest zapewnienie rzetelnej i użytecznej informacji umożliwiającej pacjentom praktyczne korzystanie z ich praw w obszarze transgranicznej opieki zdrowotnej, a także współpraca z Komisją Europejską i krajowymi punktami kontaktowymi działającymi w innych państwach członkowskich UE lub EOG. NFZ pełni ponadto, nadzór merytoryczny i administruje portalem Krajowego Punktu Kontaktowego, w którym umieszczone są informacje na temat możliwości uzyskania zwrotu kosztów na podstawie przepisów implementujących ww. dyrektywę, tj. na podstawie decyzji Prezesa NFZ z art. 42d ust. 1 ustawy o świadczeniach, a także możliwości leczenia się na podstawie dyrektywy osób z innych państw członkowskich w Polsce.

Dokumenty uprawniające

W 2025 r. wydano łącznie 3 221 455 dokumentów uprawniających osoby ubezpieczone w Funduszu do korzystania z rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, co stanowi wzrost w stosunku do porównywanego okresu roku poprzedniego o 3,1%. W strukturze rodzajowej 99,1% łącznej liczby wydanych dokumentów stanowiła Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego, zwana dalej również „EKUZ”. Udział ten kształtował się na zbliżonym poziomie w stosunku do analogicznego okresu roku poprzedniego. Największą liczbę dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń wydano w 2025 r. osobom z Mazowieckiego OW NFZ (15,6%).

Tabela nr III.1. Liczba zaświadczeń wydanych osobom z poszczególnych OW NFZ w 2025 r. w podziale na rodzaj dokumentu.

OW NFZ	EKUZ	Certyfikat	S1	S2	S3	DA1	Razem
Dolnośląski	255 767	2 508	370	4	0	13	258 662
Kujawsko-Pomorski	147 835	920	330	10	0	69	149 164
Lubelski	134 297	757	82	2	0	40	135 178
Lubuski	79 151	662	167	4	0	5	79 989
Łódzki	184 756	1 090	123	1	0	20	185 990
Małopolski	334 965	2 133	242	7	0	139	337 486
Mazowiecki	497 193	3 772	1 364	18	0	66	502 413
Opolski	80 750	656	93	0	0	14	81 513
Podkarpacki	174 358	793	104	4	0	80	175 339
Podlaski	85 525	382	33	0	0	5	85 945
Pomorski	213 581	1 551	257	8	0	104	215 501
Śląski	398 993	2 642	478	8	0	118	402 239
Świętokrzyski	80 750	512	68	2	0	43	81 375
Warmińsko-Mazurski	93 547	642	166	5	0	9	94 369
Wielkopolski	313 772	2 133	316	8	0	7	316 236
Zachodniopomorski	118 351	1 365	322	0	0	18	120 056
Razem	3 193 591	22 518	4 515	81	0	750	3 221 455

Rozliczanie kosztów świadczeń za ubezpieczonych i uprawnionych

W 2025 r. do Centrali NFZ wpłynęło 2 240 zbiorczych dokumentów rozliczeniowych na łączną kwotę wynoszącą 788 201,97 tys. zł¹⁰. Wartość ta obejmuje również kwoty wynikające z:

- 168 zbiorczych dokumentów rozliczeniowych zawierających dane o 167 566 roszczeniach indywidualnych,

¹⁰ Na potrzeby sprawozdawcze przeliczenie roszczenia na walutę polską dokonane zostało zgodnie z tabelą kursów NBP nr 251/A/NBP/2025 z dnia 31 grudnia 2025 r.

- 664 zbiorczych dokumentów rozliczeniowych zawierających dane o 1 089 roszczeniach korygujących,
- zbiorczych dokumentów stanowiących odstępnie od 1 408 roszczeń indywidualnych przedstawionych w poprzednich okresach rozliczeniowych.

Roszczenia przedstawione zostały łącznie przez 31 państw członkowskich UE/EFTA i Zjednoczone Królestwo na 170 063 formularzach rozliczeniowych E 125 lub ich odpowiednikach elektronicznych. W porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego wartość zgłoszonych roszczeń zwiększyła się o 7%, a liczba załączonych do not roszczeń indywidualnych o 10,1%.

W całkowitej kwocie roszczeń, roszczenia przedstawione przez instytucje niemieckie stanowiły 70,8% i obejmowały 66,7% łącznej liczby roszczeń indywidualnych przesłanych przez instytucje innych państw członkowskich UE/EFTA i Zjednoczonego Królestwa.

W związku z prowadzeniem rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, wykazywanych w oparciu o formularz służący do rozliczeń wg kosztów rzeczywistych, Fundusz dokonał w 2025 r. płatności na rzecz instytucji innych państw członkowskich w kwocie łącznej w wysokości 675 774,34 tys. zł¹¹. Z całkowitej kwoty dokonanych płatności 69,84% dotyczyło rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych na terenie Niemiec. W stosunku do roku poprzedniego kwota płatności dokonanych przez NFZ była wyższa o 141,8%.

Tabela nr III.2. Struktura zgłoszonych roszczeń w oparciu o koszty rzeczywiste (w tys. zł) w 2025 r. przez poszczególne państwa członkowskie.

Państwo	Liczba roszczeń indywidualnych	Łączna kwota
Niemcy	113 434	557 683,92
Belgia	5 664	33 727,18
Austria	8 594	30 479,45
Holandia	3 448	27 541,38
Francja	1 775	18 131,30
Hiszpania	7 196	16 108,88
Włochy	4 076	16 085,61
Wielka Brytania	1 051	14 931,23
Szwecja	2 041	14 213,24
Czechy	5 615	13 493,76
Szwajcaria	3 183	11 902,51
Norwegia	347	6 702,17
Słowacja	2 108	4 743,68
Dania	513	3 995,79

¹¹ Przeliczenia na walutę polską dokonano wg kursu ustalonego przez bank, obowiązującego na dzień dokonania wypłaty.

Państwo	Liczba roszczeń indywidualnych	Łączna kwota
Chorwacja	4 427	3 361,94
Litwa	618	1 978,82
Słowenia	518	1 968,74
Luksemburg	230	1 771,00
Malta	574	1 592,86
Grecja	629	1 497,73
Finlandia	548	1 471,04
Islandia	239	1 009,14
Bułgaria	262	869,34
Węgry	833	746,77
Portugalia	1 018	605,65
Liechtenstein	37	599,69
Cypr	63	352,08
Irlandia	429	308,22
Rumunia	248	159,12
Łotwa	165	105,09
Estonia	180	64,64
Razem	170 063	788 201,97

Wysokość kosztów rozliczanych w oparciu o stawki ryczałtowe otrzymanych przez NFZ wynosiła w 2025 r. 12 621,19 tys. zł¹², co stanowiło 1,6% wszystkich kosztów przedstawionych NFZ przez państwa członkowskie UE/EFTA lub Zjednoczonego Królestwa w oparciu o przepisy o koordynacji.

Zgodnie z danymi zawartymi na formularzach służących do rozliczeń wg kosztów rzeczywistych, wystawionych przez OW NFZ w 2025 r., osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji udzielone zostały na terenie Polski rzeczowe świadczenia opieki zdrowotnej na kwotę łączną w wysokości 995 425,24 tys. zł. Kwota ta przedstawiona została instytucjom łącznikowym 31 innych państw członkowskich UE/EFTA i Zjednoczonego Królestwa na 1 379 515 formularzach, z czego 58,7% formularzy skierowane zostało do instytucji niemieckich, zaś 12,60% do instytucji norweskich. Koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z Niemiec stanowiły przy tym 56,2% całkowitych kosztów świadczeń dotyczących 2025 r.

Liczba formularzy E 125 PL wystawionych przez OW NFZ w 2025 r. w porównaniu z 2024 r. wzrosła o 4,1%, przy wzroście całkowitego kosztu świadczeń wykazanego na tych formularzach na poziomie 13,9%.

¹² Na potrzeby sprawozdawcze przeliczenie roszczenia na walutę polską dokonane zostało zgodnie z tabelą kursów NBP nr 251/A/NBP/2025 z dnia 31 grudnia 2025 r.

Tabela nr III.3. Struktura roszczeń przedstawionych przez Fundusz w oparciu o koszty rzeczywiste (w tys. zł) za 2025 r. wg państw członkowskich (bez uwzględnienia formularzy korygujących).

Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota
Niemcy	809 676	559 227,27
Norwegia	173 835	116 256,82
Holandia	73 958	66 629,02
Wielka Brytania	35 912	44 451,46
Czechy	67 048	40 999,26
Dania	71 325	37 598,22
Austria	45 677	27 571,67
Szwecja	18 301	17 004,88
Belgia	17 474	15 195,18
Irlandia	10 874	13 100,06
Włochy	11 027	12 151,01
Francja	9 406	11 349,60
Szwajcaria	7 823	7 014,64
Luksemburg	8 205	5 590,07
Hiszpania	3 831	3 714,83
Islandia	2 520	3 052,43
Litwa	2 242	2 796,33
Finlandia	2 044	2 312,45
Słowacja	2 978	2 294,31
Łotwa	356	1 379,19
Bułgaria	805	1 182,77
Grecja	805	980,48
Węgry	607	783,96
Rumunia	517	780,77
Portugalia	493	751,18
Malta	799	418,40
Chorwacja	280	271,10
Słowenia	141	186,62
Cypr	346	183,25
Estonia	167	168,46
Liechtenstein	43	29,54
Razem	1 379 515	995 425,24

W 2025 r. państwa członkowskie UE/EFTA i Zjednoczone Królestwo uregulowały przedstawione przez Polskę roszczenia rozliczane na formularzach służących do rozliczeń wg kosztów rzeczywistych, związane z udzieleniem świadczeń osobom uprawnionym podczas ich pobytu na terenie Polski, w kwocie łącznej w wysokości 793 721,95 tys. zł. Najwyższe kwoty płatności na rzecz Polski dokonały instytucje niemieckie (51,4% łącznej kwoty) oraz instytucje norweskie (16,7% łącznej kwoty). W analogicznym okresie roku poprzedniego kwota łączna dokonanych płatności wyniosła 628 145,98 tys. zł, co oznacza wzrost o 26,4% kwoty łącznej otrzymanych płatności w 2025 r. w stosunku do roku poprzedniego.

Refundacja kosztów świadczeń osobom ubezpieczonym

Zgodnie z informacjami zgromadzonymi w systemie dziedzinowym, w 2025 r. osoby ubezpieczone złożyły w OW NFZ 4 228 wniosków o refundację kosztów świadczeń poniesionych podczas czasowego pobytu na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA lub Zjednoczonego Królestwa, do których załączone zostały rachunki opiewające na łączną kwotę 8 526,81 tys. zł¹³.

Na podstawie kwot określonych przez instytucje miejsca pobytu na terenie innego państwa członkowskiego, Fundusz dokonał w okresie sprawozdawczym zwrotu kosztów poniesionych przez 3 991 osoby ubezpieczone w wysokości łącznej 6 400,64 tys. zł¹⁴.

W 2025 r., w porównaniu do roku poprzedniego, liczba wystawionych formularzy E 126 PL i ich odpowiedników elektronicznych była niższa o 11 %, a kwota wynikająca z załączonych do formularzy rachunków o 8,7%. Liczba osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń także była niższa o 2,8%, a kwota dokonanych wypłat była niższa o 3,6%.

Najwyższą łączną kwotę zwrotu kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA lub Zjednoczonego Królestwa w 2025 r. wypłacił Lubuski OW NFZ, który dokonał wypłat 3 990 osobom ubezpieczonym w łącznej kwocie 6 400,62 tys. zł, co stanowiło blisko 100% całkowitej wysokości środków finansowych poniesionych na ten cel przez Fundusz oraz 99,9% wszystkich osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń. Duża liczba rozpatrywanych wniosków i dokonywanych wypłat wynika z przejścia przez Centrum Usług Wspólnych w Gorzowie Wielkopolskim obsługi większości wniosków o zwrot z wszystkich pozostałych OW NFZ.

Z łącznej liczby osób ubezpieczonych, które otrzymały w 2025 r. zwrot poniesionych kosztów świadczeń 41,9% to osoby korzystające z leczenia na terenie Niemiec (dla porównania w roku poprzednim było to 44%). W strukturze kosztowej udział refundacji kosztów świadczeń związanych z leczeniem 1 671 osób na terenie Niemiec stanowił 52% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz w 2025 r.

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

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. 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

¹³ Przeliczenie należnych kwot zwrotu na walutę polską dla wniosków rozpatrywanych na podstawie rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 dokonywane było zgodnie z kursem referencyjnym Europejskiego Banku Centralnego na dzień dokonania operacji.

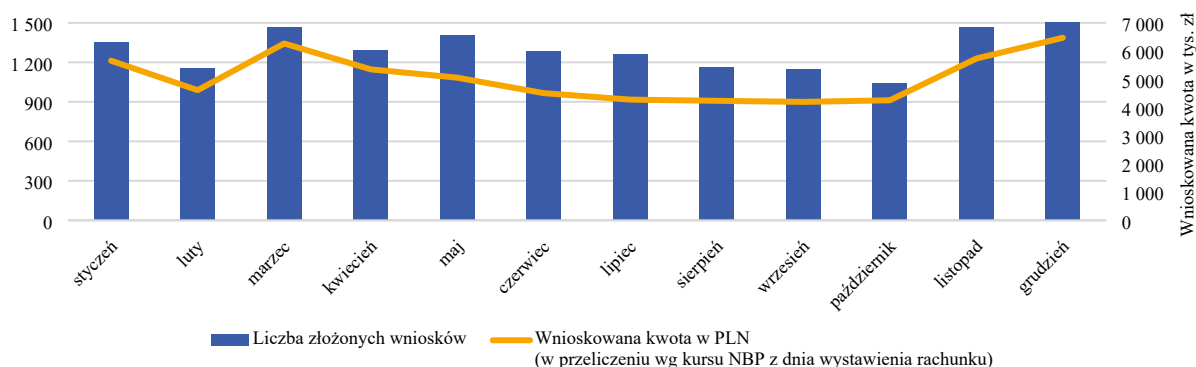
¹⁴ Ibidem.

gwarantowanymi, udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE. Od dnia 24 sierpnia 2019 r., na mocy ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. 2019 poz. 1590), zwrot kosztów jest również możliwy za świadczenia udzielone na terytorium nienależących do UE państw członkowskich EOG.

Zasady korzystania ze świadczeń na terenie innych państw członkowskich UE lub EOG oraz dokonywania zwrotu kosztów przez Fundusz zostały szczegółowo określone w art. 42b-d ustawy o świadczeniach. Co do zasady, w celu uzyskania zwrotu za świadczenia w ramach opieki transgranicznej, konieczne jest spełnienie wymogów warunkujących uzyskanie analogicznych świadczeń na terenie Polski, czyli posiadanie odpowiedniego skierowania, zlecenia, recepty. Wyjątek stanowią świadczenia zawarte w wykazie, o którym mowa w art. 42e ustawy o świadczeniach, w odniesieniu do których, przed skorzystaniem ze świadczeń, konieczne jest uzyskanie uprzedniej zgody Prezesa Funduszu. Wysokość zwrotu kosztów ustalana jest według stawek krajowych, zgodnie z art. 42c ustawy o świadczeniach, tj. zgodnie z wyceną świadczeń opieki zdrowotnej, obowiązującą w rozliczeniach z polskimi świadczeniodawcami. Wysokość zwrotu nie może jednak przekroczyć wysokości faktycznie poniesionych przez świadczeniobiorcę wydatków. Decyzję administracyjną w sprawie zwrotu kosztów o odmowie zwrotu kosztów wydaje, na podstawie art. 42d ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach, Prezes NFZ. Decyzja wydana przez Prezesa Funduszu jest ostateczna i przysługuje na nią skarga do sądu administracyjnego.

W 2025 r. w OW złożonych zostało łącznie 15 692 wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE lub EOG na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach. Kwota wynikająca ze złożonych wniosków, w przeliczeniu według kursu NBP obowiązującego w dniu wystawienia rachunku, wyniosła 60 627,93 tys. zł. W 2025 r., w porównaniu do 2024 r., liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów była wyższa o 10,5%, natomiast łączna wartość kwot wynikająca ze złożonych wniosków była wyższa o 22,2%. Jednocześnie 95,6% liczby wniosków złożonych w Funduszu w 2025 r. ogółem oraz 94,9%, wnioskowanej kwoty zwrotu ogółem dotyczyło leczenia na terenie Czech. Najwięcej wniosków o zwrot kosztów złożonych zostało w marcu, listopadzie oraz grudniu 2025 r., także wnioskowana do zwrotu kwota była w tych samych miesiącach najwyższa. Średnia liczba składanych wniosków w 2025 r., w ujęciu miesięcznym, wynosiła 1 308.

Wykres nr III.1. Liczba wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE lub EOG na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach złożonych w 2025 r. w poszczególnych miesiącach oraz kwota wnioskowana do zwrotu.



Zgodnie z art. 42d ust. 17 ustawy o świadczeniach, zwrot kosztów dokonywany jest w terminie 7 dni od dnia powzięcia wiadomości o tym, że decyzja w sprawie zwrotu kosztów stała się ostateczna. W 2025 r. Fundusz dokonał zwrotu w odniesieniu do 14 346 wniosków o zwrot kosztów złożonych przez świadczeniobiorców, którzy skorzystali ze świadczeń zdrowotnych podczas pobytu na terenie 11 państw członkowskich UE lub EOG. Łączna wartość dokonanych zwrotów z tytułu świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach wyniosła 45 931,17 tys. zł. W 2025 r., w porównaniu do 2024 r., liczba wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty z tytułu zwrotu kosztów udzielonych świadczeń była wyższa o nieco ponad 5%, kwota dokonanych wypłat wzrosła zaś o nieco ponad 13%.

Średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń, w przeliczeniu na jeden wniosek złożony w OW NFZ, wyniosła 3,20 tys. zł.

W 2025 r. NFZ dokonał wypłat w stosunku do 49 401 świadczeń opieki zdrowotnej, wykazanych łącznie na 14 346 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.

Tabela nr III.4. Liczba i wartość świadczeń (w tys. zł) udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty w 2025 r. – wg rodzaju świadczeń (uwzględniono tylko te rodzaje świadczeń, w przypadku których przyznany został zwrot kosztów).

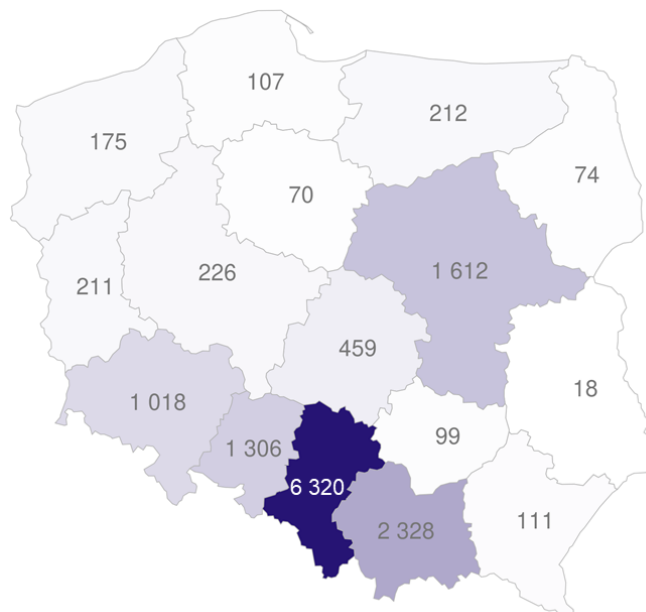
Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej	Liczba świadczeń	Łączna kwota zwrotów
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	358	152,13
leczenie stomatologiczne	21 378	6 977,55
leczenie szpitalne - oddziały	27 457	38 587,05
lecznictwo uzdrowiskowe	39	4,96
podstawowa opieka zdrowotna	7	0,62
ratownictwo medyczne	3	2,78
refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	49	3,79
rehabilitacja lecznicza	11	1,14
zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy	99	201,15
Razem	49 401	45 931,17

W przypadku świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego NFZ przyznał najwyższy zwrot kosztów za 11 334 zabiegów usunięcia zębów, które były wykazane na 11 288 wnioskach o zwrot kosztów na łączną kwotę 32 394,47 tys. zł. Dodatkowo za świadczenia towarzyszące zabiegowi usunięcia zębów zwrot kosztów został dokonany w kwocie 5 095,71 tys. zł, z czego wartość 433,16 tys. zł stanowi zwrot za wizytę kwalifikacyjną do zabiegu usunięcia zębów – w trybie ambulatoryjnym, natomiast kwota 4 662,55 tys. zł odnosi się do zwrotu kosztów za kontrolną poradę specjalistyczną zrealizowaną pomiędzy 14 a 28 dniem od zabiegu. 96% łącznej liczby wniosków, w stosunku do których w 2025 r. NFZ dokonał zwrotu poniesionych kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach i 97,3%

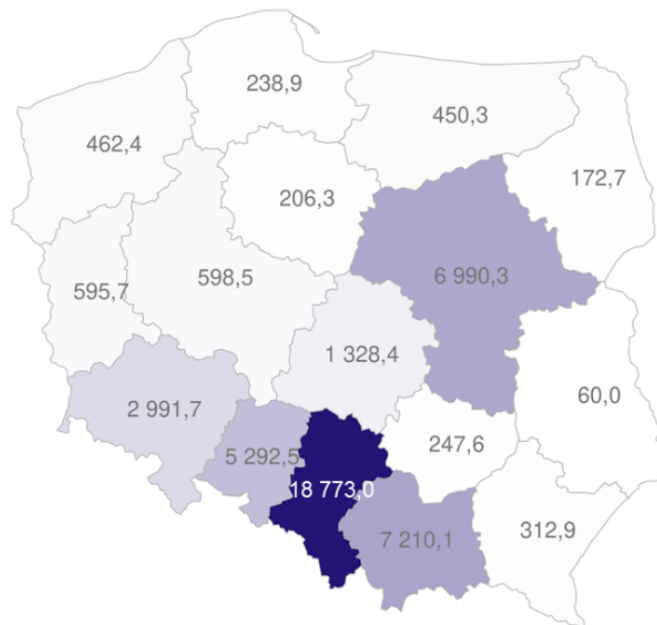
całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz w 2025 r. dotyczyło leczenia na terenie Czech.

Struktura liczby dokonanych zwrotów oraz kwot wypłaconych przez poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu została zaprezentowana na poniższych wykresach. Największa liczba wypłat w 2025 r. została dokonana przez Śląski OW NFZ, który dokonał zwrotu w stosunku do 6 320 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę 18 772,97 tys. zł. Kwota ta stanowiła 40,9% całkowitej wysokości kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz.

Wykres nr III.2. Liczba dokonanych zwrotów w 2025 r. za świadczenia udzielone na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach – wg OW NFZ.



Wykres nr III.3. Kwoty zwrotu, w tys. zł, wypłacone w 2025 r. za świadczenia udzielone na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach – wg OW NFZ.



Część trudności, które pojawiały się w trakcie procedowania wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w 2025 r. wynikała, tak jak w poprzednich latach, z funkcjonowania na rynku firm pośredniczących, które organizują dla polskich świadczeniobiorców wyjazdy na leczenie do placówek medycznych działających na terenie innych państw członkowskich UE lub EOG. Działalność pośredników ma głównie charakter zarobkowy, co może skutkować m.in. narzucaniem pacjentom schematów leczenia umożliwiających uzyskanie jak najwyższego zwrotu kosztów, a jednocześnie mniej korzystnych dla pacjentów pod względem medycznym. Trudności z jakimi mierzył się organ rozpatrując wnioski o zwrot kosztów, na mocy ww. przepisu prawa, wynikały również z konieczności uwzględnienia występowania, w niektórych przypadkach, różnic w funkcjonowaniu opieki zdrowotnej – w tym najczęściej sektora prywatnego – w innych krajach UE lub EOG, w porównaniu z polskim publicznym systemem opieki zdrowotnej. Z powyższym wiązała się także konieczność weryfikacji przez organ zakresu usług medycznych, do których pacjent jest uprawniony w Polsce, z uwzględnieniem zasad udzielania i rozliczania w kraju świadczeń przez podmioty działające w ramach umów zawartych z Funduszem. Tylko za taki zakres usług pacjentom przysługuje bowiem, w ramach dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE, zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej uzyskanych w innych państwach członkowskich UE lub EOG. Oznacza to, w niektórych przypadkach, konieczność ustalenia przez organ procedur do siebie najbardziej zbliżonych, celem określenia kwoty, jaka przysługiwałaby świadczeniodawcy udzielającemu w Polsce danego świadczenia opieki zdrowotnej, na podstawie umowy zawartej z Funduszem. Dla wyjaśnienia powyższych kwestii konieczne było niejednokrotnie korzystanie przez organ ze specjalistycznej wiedzy medycznej konsultantów wojewódzkich/krajowych we właściwej dla danego świadczenia dziedzinie medycyny.

Zadania, które zostały nałożone na NFZ 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 2025 r. przez NFZ na bieżąco. 99% spośród wydanych przez OW NFZ w 2025 r. na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach decyzji stanowiły decyzje pozytywne, przyznające zwrot kosztów.

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

W 2025 r. do Funduszu wpłynęło 11 wniosków do Prezesa NFZ o wydanie zgody na uzyskanie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (art. 42i ustawy o świadczeniach). Z ww. wniosków 9 zawierało braki formalne uniemożliwiające wszczęcie postępowania w sprawie, w związku z czym strona została wezwana do ich usunięcia. Wnioski te nie wpłynęły ponownie do NFZ i zostały pozostawione bez rozpoznania. Prezes NFZ w 2025 r. wydał 1 decyzję w trybie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, która dotyczyła leczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, a jej koszt został oszacowany na kwotę 21,17 tys. zł. Leczenie zostało przeprowadzone w ośrodku niemieckim. Procedura drugiego wniosku nie została zakończona w 2025 r. i była kontynuowana w 2026 r.

Reasumując, liczba złożonych w 2025 r. wniosków o wydanie zgody na przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach, utrzymuje się niemal na tym samym poziomie, przy czym w 2025 r. Prezes NFZ wydał o 1 decyzję mniej niż w roku poprzednim, co stanowi spadek wydanych decyzji na poziomie 50%, w stosunku do 2024 r. Ponadto, w 2025 r. do OW NFZ wpłynęło 67 wniosków o pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju na podstawie art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach. Dyrektorzy OW NFZ, zgodnie z udzielonymi pełnomocnictwami Prezesa NFZ, rozpatrzyli 32 spośród ww. wniosków, z czego procedura rozpatrywania 31 wniosków została zakończona wydaniem decyzji wyrażających zgodę na pokrycie kosztów wnioskowanego transportu, w przypadku 1 wniosku została wydana decyzja odmowna. Spośród wszystkich decyzji wydanych w 2025 r. zrealizowanych i rozliczonych zostało 27 transportów do miejsca leczenia w kraju, a ich łączny koszt wyniósł 842,781 tys. zł. Natomiast w 2024 r. Dyrektorzy OW NFZ wydali 55 decyzji wyrażających zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju złożonych w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach. Łączny koszt ww. transportów wyniósł 1 314,34 tys. zł. Powyższe dane oznaczają, że nastąpił spadek liczby decyzji wydanych w 2025 r. w stosunku do liczby decyzji wydanych w 2024 r. – w trybie ww. przepisu prawa. Liczba decyzji pozytywnych wydanych w 2025 r., których podstawę prawną stanowił art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach, zmniejszyła się w stosunku do liczby decyzji pozytywnych wydanych w 2024 r. o 43,6%. W 2025 r. zaobserwowano spadek – na poziomie 35,9% – kosztów transportu finansowanego na podstawie art. 42i ust. 9 ustawy w stosunku do kosztów z 2024 r. Realizacja zadań prowadzonych przez Fundusz na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach w 2025 r. prowadzona była na bieżąco i w trakcie ich realizacji nie zaobserwowano trudności, które wymagałyby podejmowania specjalnych działań mających na celu ich rozwiązywanie.

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

W 2025 r. do Prezesa NFZ wpłynęły 125 wniosków o skierowanie do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych (art. 42j ust. 1 ustawy o świadczeniach). Na podstawie ww. wniosków Prezes NFZ wydał 82 decyzje dotyczące skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, w tym: 75 zgód (91,5% wszystkich wydanych decyzji), 3 odmowy (3,7% wszystkich wydanych decyzji), 4 umorzenia (4,9% wszystkich wydanych decyzji).

Największa liczba zgód dotyczyła leczenia lub badań diagnostycznych w Niemczech, Wielkiej Brytanii oraz w USA. Na podstawie ww. decyzji pacjenci najczęściej byli kierowani na uzyskanie świadczeń z zakresu genetyki klinicznej oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

W 2025 r. szacunkowy koszt świadczeń opieki zdrowotnej objętych decyzjami wyniósł 35 393,31 tys. zł. Szacunkowy koszt decyzji kierujących pacjentów na leczenie do USA stanowił 80,4% całości szacunkowych kosztów leczenia, na które Prezes NFZ skierował pacjentów w 2025 r.

Obserwuje się spadek liczby decyzji wydanych w 2025 r. w stosunku do liczby decyzji wydanych w 2024 r. – liczba wszystkich wydanych decyzji zmniejszyła się o 17%, natomiast liczba zgód zmniejszyła się o 12%. Zarówno w 2025 r. jak i w 2024 r. największa liczba zgód

dotyczyła leczenia lub badań diagnostycznych w Niemczech, Wielkiej Brytanii oraz w USA. Badania diagnostyczne z dziedziny genetyki klinicznej niezmiennie stanowią najwyższą liczbę pozytywnych decyzji Prezesa NFZ.

Szacunkowy koszt świadczeń opieki zdrowotnej, na które pacjenci byli kierowani poza granice kraju na podstawie decyzji Prezesa NFZ w 2025 r., zwiększył się o 37,2% w stosunku do 2024 r. Niezmiennie największe koszty dotyczą decyzji kierujących pacjentów do USA na leczenie z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu (28 461,00 tys. zł).

Dodatkowo, w 2025 r. Prezes NFZ wydał 33 decyzje wyrażające zgodę na pokrycie kosztów transportu na podstawie art. 42j ust. 2 ustawy o świadczeniach, natomiast w 2024 r. Prezes NFZ wydał 23 decyzje pozytywne w ww. zakresie.

Powyższe oznacza wzrost o 43,4% liczby wydanych w 2025 r. decyzji wyrażających zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca udzielenia świadczenia poza granicami kraju – w stosunku do liczby decyzji wydanych w 2024 r. Szacunkowy łączny koszt decyzji wyrażających zgodę na pokrycie kosztów transportu w trybie art. 42j ust. 2 ustawy o świadczeniach wydanych w 2025 r. wyniósł 21,32 tys. zł, natomiast łączny szacunkowy koszt decyzji wydanych w tym samym trybie w 2024 r. wyniósł 632,06 tys. zł. Widoczna znaczna różnica w oszacowanych kwotach związanych z decyzjami wyrażającymi zgodę na pokrycie kosztów transportu pomiędzy 2025 r. a 2024 r. wynika z mniejszej liczby złożonych w 2025 r. wniosków o sfinansowanie medycznego transportu lotniczego do miejsca udzielenia świadczeń – głównie do USA, który generuje najwyższe koszty.

W trakcie realizacji zadań prowadzonych przez NFZ w 2025 r. wynikających z art. 42j ustawy o świadczeniach nie zaobserwowano trudności, które wymagałyby podejmowania specjalnych działań mających na celu ich rozwiązywanie. Realizacja zadań prowadzonych przez Fundusz na podstawie art. 42j ustawy o świadczeniach w 2024 r. prowadzona była na bieżąco.

III.5. Centralny Wykaz Ubezpieczonych

Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 8, ustawy o świadczeniach, do zakresu działania Funduszu należy w szczególności prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych, zwanego dalej również „CWU”, w celach określonych w art. 97 ust. 4 ustawy o świadczeniach, tj.: potwierdzenia prawa do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego, przetwarzania danych o ubezpieczonych w NFZ, przetwarzania danych o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, przetwarzania danych o osobach innych niż ubezpieczeni uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustawy, wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności, rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.

W 2025 r., osób, które określa się mianem ubezpieczonych było 34 348 888, tj. mają w CWU status: 1 (ubezpieczony), 8 (rezydent UE), 21 (zgłoszony z ZUS, brak składek), 22 (zgłoszony z KRUS, brak składek). W ogólnej liczbie osób ubezpieczonych, 34 329 885 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 19 003 osób posiadających uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, po zawarciu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 684 738 osób, to ubezpieczeni opłacający składkę,

a 7 645 147 osób to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 14 669 osób, ze zgłoszonymi 4 334 członkami rodziny.

Tabela nr III.5. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – wg stanu na koniec 2025 r.

Oddział NFZ	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych
	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
Dolnośląski	2 615 995	2 070 570	545 425	1 566	1 246	320	2 617 561
Kujawsko-Pomorski	1 760 846	1 382 296	378 550	854	685	169	1 761 700
Lubelski	1 799 766	1 405 515	394 251	702	637	65	1 800 468
Lubuski	872 124	689 716	182 408	304	208	96	872 428
Łódzki	2 215 867	1 760 942	454 925	637	530	107	2 216 504
Małopolski	3 156 026	2 399 876	756 150	1 708	1 320	388	3 157 734
Mazowiecki	5 309 989	4 102 938	1 207 051	5 100	4 099	1 001	5 315 089
Opolski	799 540	630 245	169 295	180	150	30	799 720
Podkarpacki	1 820 529	1 377 543	442 986	325	297	28	1 820 854
Podlaski	1 012 597	776 158	236 439	287	215	72	1 012 884
Pomorski	2 145 313	1 636 128	509 185	2 545	1 657	888	2 147 858
Śląski	3 933 696	3 063 090	870 606	1 380	1 119	261	3 935 076
Świętokrzyski	1 034 183	815 399	218 784	115	94	21	1 034 298
Warmińsko-Mazurski	1 155 746	903 555	252 191	257	174	83	1 156 003
Wielkopolski	3 270 809	2 540 349	730 460	1 737	1 446	291	3 272 546
Zachodniopomorski	1 426 859	1 130 418	296 441	1 306	792	514	1 428 165
Razem	34 329 885	26 684 738	7 645 147	19 003	14 669	4 334	34 348 888

Dla porównania, na koniec 2024 r., osób, które określa się mianem ubezpieczonych było 34 212 349. W ogólnej liczbie osób ubezpieczonych, 34 192 758 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 19 591 osób ubezpieczonych dobrowolnie. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 523 395 osoby, to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 669 363 osoby, to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 14 769 osób, ze zgłoszonymi 4 822 członkami rodziny.

Tabela nr III.6. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie, różnice między 2025 r. a 2024 r.

Oddział NFZ	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych
	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
Dolnośląski	16 842	15 380	1 462	83	61	22	16 925
Kujawsko-Pomorski	-306	3 860	-4 166	-60	-60	0	-366
Lubelski	-4 828	1 167	-5 995	-73	-59	-14	-4 901
Lubuski	2 588	4 281	-1 693	-52	-34	-18	2 536
Łódzki	4 985	5 012	-27	-59	-31	-28	4 926
Małopolski	24 836	22 596	2 240	302	289	13	25 138
Mazowiecki	56 642	47 234	9 408	75	169	-94	56 717
Opolski	411	1 138	-727	10	3	7	421

Oddział NFZ	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych
	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
Podkarpacki	1 693	6 671	-4 978	-54	-55	1	1 639
Podlaski	274	2 112	-1 838	-21	-11	-10	253
Pomorski	21 724	21 667	57	-286	-119	-167	21 438
Śląski	-5 016	2 347	-7 363	-83	-61	-22	-5 099
Świętokrzyski	-2 706	-241	-2 465	-20	-5	-15	-2 726
Warmińsko-Mazurski	-1 125	3 309	-4 434	-33	-14	-19	-1 158
Wielkopolski	16 963	18 070	-1 107	-136	-73	-63	16 827
Zachodniopomorski	4 150	6 740	-2 590	-181	-100	-81	3 969
Razem	137 127	161 343	-24 216	-588	-100	-488	136 539

Dla prawidłowej interpretacji danych konieczne jest uwzględnienie informacji, że statusy w CWU to opis umożliwiający sprawne odczytanie danych na podstawie przetwarzanych informacji¹⁵. Należy zaznaczyć, że dane w CWU są przetwarzane w trybie ciągłym, jest to baza dynamiczna, w której każda implementacja danych (z ZUS, KRUS, MC), czy też aktualizacja z wykorzystaniem dostępnych narzędzi i funkcji aktualizuje dane statystyczne.

W poniższej tabeli przedstawione są dane dotyczące obowiązujących w okresie sprawozdawczym uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej, które wydano na podstawie decyzji na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach, decyzja wójta, burmistrza, prezydenta gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, wydawana na okres 3 miesięcy. Dane są wprowadzane do systemu, jeżeli w decyzjach, które wpływają do NFZ są wpisane dane, w tym informacja o obywatelstwie i statusie uchodźcy.

¹⁵ 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: a. przypisany do danych osób powyżej 18 r.ż., 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, b. przypisany do danych osób, które ukończyły 18 r.ż., a które były zgłoszone jako członkowie rodziny i nie wpłynęło dla nich wyrejestrowanie wraz z wyrejestrowaniem osoby zgłaszającej (głównego ubezpieczonego), c. status ten mają również osoby powyżej 18 r.ż., które zgłoszone były z tytułem „członek rodziny – dziecko”, bez określonego stopnia niepełnosprawności, które ukończyły 26 r.ż. UPRAWNIONY DO 18 R.Ż.; ID statusu 4: inne niż wymienione w art. 2 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy, osoby, które nie ukończyły 18 r.ż. posiadające obywatelstwo polskie (niezgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego). NIE ŻYJE; ID statusu 5: przypisany do danych osób, dla których do NFZ wpłynęła informacja z organu prowadzącego centralną ewidencję PESEL o dacie zgonu (art. 87 ust. 10a ustawy). NUMER PESEL ANULOWANY (INFORMACJA Z MSW); ID statusu 6: przypisany do danych osób, dla których do NFZ wpłynęła informacja z organu prowadzącego centralną ewidencję PESEL o anulowaniu numeru PESEL (art. 87 ust. 10a ustawy). 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 Unii Europejskiej 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 r.ż., dla których do NFZ wpłynęła informacja z organu prowadzącego centralną ewidencję PESEL o nadaniu numeru PESEL (art. 87 ust. 10a ustawy), 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 Narodowy Fundusz Zdrowia. UPRAWNIONY NA PODSTAWIE ART. 67 UST. 6 USTAWY; 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 2026 r. poz. 76 z późn. zm.), rejestrowanych w systemie przez Narodowy Fundusz Zdrowia. UPRAWNIONY UKR; ID statusu -5 (minus 5): dotyczy osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie art. 37 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz.U. z 2025 r. poz. 337 z późn. zm.). RENTA RODZINNA DO 18 R.Ż.; ID statusu -4 (minus 4): na podstawie art. 2 ust 1 pkt 3 ustawy, dotyczy osób do 18 r.ż. pobierających rentę rodzinną; 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). STATUS 0 (nieokreślony): dotyczy osób, dla których w momencie generowania raportu nieukończono było pełne przetwarzanie danych.

Tabela nr III.7. Centralny Wykaz Ubezpieczonych – decyzje z art. 54 – stan na koniec 2025 r.

Oddział NFZ	Liczba wydanych decyzji					Liczba osób, którym wydano decyzje		
	ogółem	na wniosek		przez burmistrza/wójta/prezydenta		ogółem	posiadających	
		świadczeniobiorcy	świadczeniodawcy	z urzędu	na wniosek OW NFZ		obywatelstwo polskie	status uchodźcy
Dolnośląski	650	273	275	0	0	647	647	0
Kujawsko-Pomorski	478	326	142	10	0	469	469	0
Lubelski	250	147	100	1	0	249	249	0
Lubuski	480	333	143	4	0	477	474	0
Łódzki	516	282	173	18	4	505	504	0
Małopolski	685	494	191	0	0	683	682	0
Mazowiecki	1 185	712	275	9	0	1 184	1 177	0
Opolski	194	132	61	1	0	194	194	0
Podkarpacki	285	135	117	2	0	281	281	0
Podlaski	226	118	100	0	0	226	226	0
Pomorski	666	544	116	4	0	649	646	0
Śląski	811	380	208	9	0	806	806	0
Świętokrzyski	259	117	126	0	0	257	257	0
Warmińsko-Mazurski	465	306	153	5	1	462	462	0
Wielkopolski	1 398	1 079	158	77	0	1 387	1 385	2
Zachodniopomorski	639	405	203	6	0	638	638	0
Razem	9 187	5 783	2 541	146	5	9 114	9 097	2

III.6. Plany zakupu świadczeń

Przy opracowywaniu planów zakupu świadczeń bierze się pod uwagę, m.in. aktualną listę zakresów świadczeń wraz z określeniem stosowanych jednostek rozliczeniowych/ryczałtów, informacje o zmianach wprowadzonych w projekcie/zasadach zawierania umów i realizacji świadczeń, istotnych z punktu widzenia przygotowania planu zakupu, w szczególności kodu i nazwy nowego zakresu świadczeń, współczynników korygujących, zmian wyceny świadczeń, raporty dotyczące realizacji świadczeń z uwzględnieniem wskaźników dostępności, w tym:

- zbiorów danych umożliwiających OW NFZ obliczenie wskaźników dostępności na 10 tys. mieszkańców w odniesieniu do wartości umów, liczby punktów oraz realizacji świadczeń w punktach w I półroczu w podziale na oddziały wojewódzkie, rodzaje typy umów, kodów i nazw zakresów świadczeń (w roku sporządzenia planu),
- wskaźników wykonanej liczby punktów i wartości na 10 tys. mieszkańców (za rok poprzedzający rok sporządzenia planu),
- list oczekujących (średnia, mediana czasu oczekiwania, liczby oczekujących, liczby skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia (dla danych przekazywanych z użyciem aplikacji Kolejki Centralne AP-KOLCE) według stanu na dzień 30 czerwca. Liczbę mieszkańców określoną według danych GUS ze stanem na dzień 31 grudnia roku poprzedniego,

- migracji z określeniem kierunków (województw) i zakresów świadczeń (za rok poprzedzający rok sporządzenia planu).

Plan zakupu świadczeń oddziału wojewódzkiego NFZ obejmuje w części opisowej m.in. następujące elementy: charakterystyka sytuacji epidemiologicznej i demograficznej, założenia planu zakupu, opis implementacji zmian wprowadzonych w zasadach zawierania umów i realizacji świadczeń, istotnych z punktu widzenia planu zakupu świadczeń, uzasadnienie dla planowanej liczby i wartości świadczeń oraz zaplanowanych obszarów kontraktowania/zawierania umów. Plan zakupu świadczeń zawiera trzy części tabelaryczne:

- szczegółowy plan zakupu świadczeń, który zawiera m.in.: obszary planowania (gmina, powiat, województwo etc.), liczbę jednostek rozliczeniowych, w tym realizowanych w ramach migracji (świadczeniobiorcy z zewnątrz), oczekiwaną cenę jednostek rozliczeniowych, wartość świadczeń, w tym realizowanych w ramach migracji (świadczeniobiorcy z zewnątrz), maksymalną liczbę umów, które zostaną zawarte w wyniku postępowań,
- plan zakupu świadczeń (część publikowana). Plan w tej części zawiera, m.in.: liczbę jednostek rozliczeniowych do zakontraktowania ogółem (poziom szczegółowości: zakres i województwo PSZ/poza PSZ),
- zagregowany plan zakupu świadczeń (na potrzeby planu zbiorczego) – plan przygotowywany wg szczegółowego wzoru uwzględniającego szacunkowe wartości środków przeznaczonych na migracje. Plan zakupu nie podlega zmianom, z zastrzeżeniem wyjątków: zmiana planu finansowego, zmiana rozporządzeń Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych, zmiana zasad zawierania umów i realizacji świadczeń, zmiany wynikające z innych przesłanek – z podaniem szczegółowego uzasadnienia. OW NFZ dwa razy w roku przesyła do Centrali NFZ w formie elektronicznej aktualną wersję planu. Aktualizacja obejmuje wszelkie dokonane działania w okresie obligującym do zmiany planu i przekazywana jest do Centrali NFZ w wersji elektronicznej.

Plany zakupu są przygotowywane przez poszczególnych dyrektorów OW NFZ w oparciu o plan finansowy przyjęty na rok następny. W 2025 r. OW NFZ przygotowały i przekazały do Centrali NFZ trzy wersje planu zakupu. Do 31 marca 2025 r. przekazana została aktualizacja planu po II półroczu 2024 r., na przełomie sierpnia i września 2025 r. przesłana została pierwsza aktualizacja planów na 2025 r., natomiast 15 grudnia 2025 r. do Centrali NFZ przekazane zostały zaopiniowane przez Rady OW NFZ i zatwierdzone przez Dyrektorów OW NFZ plany na 2026 rok.

III.7. Zadania z zakresu monitorowania i kontroli

W 2025 r.¹⁶ Terenowe Wydziały Kontroli Departamentu Kontroli NFZ, zwane dalej również „TWK”, przeprowadziły łącznie 2 216 kontroli i czynności sprawdzających w obszarach¹⁷: 1 001 – realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, 683 – ordynacji produktów refundowanych, 572 – realizacji umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę w aptekach i punktach aptecznych, 5 – prawidłowości i zasadności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Tabela nr III.8. Liczba działań kontrolnych przeprowadzonych przez TWK NFZ w latach 2024-2025 (razem kontrole i czynności sprawdzające).

Działania kontrolne dotyczące świadczeń		Działania kontrolne dotyczące ordynacji		Działania kontrolne dotyczące aptek		Działania kontrolne inne		Działania kontrolne razem		
2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	Zmiana 2024/2025
1 104	1 101	899	683	743	527	4	5	2 750	2 216	-534

Skutki finansowe działań kontrolnych¹⁸ w 2025 r. po uwzględnieniu środków odwoławczych wyniosły łącznie 160 326 tys. zł, w tym wartość nienależnie przekazanych środków finansowych 52 478 tys. zł oraz wartość nałożonych kar 107 848 tys. zł.

Tabela nr III.9. Skutki finansowe działań kontrolnych TWK NFZ w podziale na wartość zakwestionowanych środków, wartość nałożonych kar w latach 2024-2025 (w tys. zł).

Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Skutki finansowe kontroli		
2024	2025	2024	2025	2024	2025	Zmiana 2024/2025
58 177	52 478	76 629	107 848	134 806	160 326	25 520

Kontrole realizowane na terenie innego województwa niż siedziba TWK

W 2025 r. przeprowadzono łącznie 413 działań kontrolnych wobec podmiotów, których siedziba mieściła się w innym województwie niż komórka kontrolująca. Najwięcej takich działań przeprowadziły TWK w Warszawie (44% wszystkich działań kontrolnych eksterytorialnych). Biorąc pod uwagę miejsce realizacji umowy kontrolowanego podmiotu w 2025 r. najwięcej eksterytorialnych działań przeprowadzono wobec podmiotów z województwa śląskiego. Spośród działań eksterytorialnych największy udział stanowiły postępowania kontrolne świadczeniodawców w liczbie 189, co stanowiło 46% wszystkich działań eksterytorialnych.

Kontrole prowadzone na podstawie art. 61a ust. 1-3 ustawy o świadczeniach

¹⁶Kwalifikacja kontroli do danego roku sprawozdawczego następuje na podstawie daty zakończenia czynności kontrolnych określonej w wystąpieniu pokontrolnym, a w przypadku czynności sprawdzających – daty zakończenia czynności sprawdzających.

¹⁷W dalszej części sprawozdania wykazane obszary zamiennie nazywane są odpowiednio, jako działania kontrolne dotyczące świadczeń, ordynacji, aptek i Covid-19.

¹⁸Pod pojęciem działań kontrolnych należy rozumieć zarówno postępowania kontrolne prowadzone w trybie art. 61a ustawy o świadczeniach, jak i czynności sprawdzające przeprowadzane w trybie art. 61w ustawy o świadczeniach.

W sprawozdawanym okresie przeprowadzono 779 kontroli dotyczących realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ordynacji, aptek oraz prawidłowości i zasadności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Na podstawie ustaleń kontroli TWK sformułowały następujące oceny ogólne kontrolowanych podmiotów: ocena pozytywna – 21 kontroli, ocena pozytywna z nieprawidłowościami – 98 kontroli, ocena negatywna – 658 kontroli, nie wydano oceny ogólnej – 2 kontrole.

Jak wynika z powyższych wartości, w przypadku 97% postępowań kontrolnych kontrolerzy stwierdzili nieprawidłowości w ocenianej działalności. Tylko w 3% zakończonych kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości lub stwierdzono uchybienia, które nie miały wpływu na kontrolowaną działalność.

Tabela nr III.10. Liczba kontroli przeprowadzonych przez TWK NFZ w latach 2024-2025.

Kontrole realizacji umów oraz dot. Covid-19		Kontrole ordynacji		Kontrole aptek		Razem kontrole		
2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	Zmiana 2024/2025
543	439	179	128	187	212	909	779	-130

Kontrole realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

W 2025 r. przeprowadzono 434 kontrole realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W części kontroli, w ramach jednego postępowania, kontrolowany był więcej niż jeden rodzaj świadczeń. Największa liczba kontroli dotyczyła leczenia szpitalnego oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Tabela nr III.11. Liczba skontrolowanych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2024-2025 (kontrole wielorodzajowe zostały wykazane we wszystkich rodzajach, których dotyczyły).

Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej	2024	2025	Zmiana 2024/2025
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	115	92	-23
opieka paliatywna i hospicyjna	2	22	20
pomoc doraźna i transport sanitarny	1	0	-1
podstawowa opieka zdrowotna	33	17	-16
programy pilotażowe	1	0	-1
profilaktyczne programy zdrowotne	22	0	-22
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	38	30	-8
rehabilitacja lecznicza	8	53	45
pomoc doraźna i transport sanitarny	0	0	0
świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie	2	7	5
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze	9	5	-4
leczenie stomatologiczne	52	47	-5
leczenie szpitalne	266	185	-81
leczenie uzdrowiskowe	0	0	0
zaopatrzenie w wyroby medyczne	1	3	2

Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej	2024	2025	Zmiana 2024/2025
Razem	550	461	-89

W 2025 r. przeprowadzono 5 kontroli dotyczących realizacji i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Kontrole realizowane były: w ramach leczenia szpitalnego.

Tabela nr III.12. Skutki finansowe kontroli zrealizowanych w obszarze udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz dot. Covid-19 po uwzględnieniu środków odwoławczych przez TWK NFZ w latach 2024-2025 (w tys. zł).

Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Skutki finansowe kontroli		
2024	2025	2024	2025	2024	2025	Zmiana 2024/2025
51 257	42 376	58 563	60 724	109 820	103 100	-6 720

W ramach wszystkich przeprowadzonych kontroli najczęściej stwierdzone nieprawidłowości to m.in.: nieprawidłowe zakwalifikowanie świadczeń sfinansowanych w tym również sfinansowanych ryczałtem PSZ; brak aktualizacji danych z umowy dotyczących personelu, nieprawidłowe sprawozdanie rozpoznania ICD-10 i/lub procedury medyczne ICD-9, lub innych błędów statystycznych niezgodnie ze stanem faktycznym, które nie wpłynęły na zmianę wartości świadczenia wykazanego w raporcie statystycznym; nieudzielanie świadczeń w czasie wskazanym w umowie, co skutkowało brakiem dostępności do świadczeń; niespełnienie warunków wymaganych określonych w obowiązujących przepisach lub w umowie w części dotyczącej personelu, organizacji udzielania świadczeń oraz w części dotyczącej sprzętu i aparatury medycznej; wykazanie w raportach statystycznych świadczeń, których udzielenie nie znalazło potwierdzenia w dokumentacji medycznej; niepodanie do wiadomości świadczeniobiorców zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń; prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób naruszający przepisy prawa; realizacja świadczeń niezgodnie z kryterium określonym w art. 58 ustawy o świadczeniach (niezasadna hospitalizacja); nieudzielanie świadczeń gwarantowanych przez personel w wymiarze czasu pracy określonym w obowiązujących przepisach (równoważnik etatu przeliczeniowego); udzielanie świadczeń przez osoby nieposiadające kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny; brak aktualizacji danych z umowy dotyczących sprzętu.

Kontrole ordynacji produktów refundowanych

W 2025 r. przeprowadzono łącznie 128 kontroli ordynacji. Większość kontroli ordynacji, tj. 94 przypadki (73% ogółu), dotyczyła ordynacji realizowanej w ramach zawartych z NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W 34 przypadkach kontrolowano osoby uprawnione, co stanowi 27% wszystkich przeprowadzonych kontroli ordynacji.

Tabela nr III.13. Liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept przez TWK NFZ w latach 2024-2025 (pojedyncze NPWZ).

Liczba skontrolowanych osób uprawnionych, niezdublowane NPWZ		Liczba skontrolowanych osób uprawnionych (umowy ze świadczeniodawcami), niezdublowane NPWZ		Razem liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept, nie zdublowane NPWZ		
2024	2025	2024	2025	2024	2025	Zmiana 2024/2025
27	34	1 012	888	1 039	922	-117

Skutki finansowe przeprowadzonych w 2025 r. kontroli ordynacji wyniosły łącznie 40 851 tys. zł i były wyższe o 28 548 tys. zł niż w roku poprzednim.

W ramach wszystkich przeprowadzonych kontroli najczęściej stwierdzone nieprawidłowości to m.in.: wypisanie recepty niezgodnej ze wskazaniami refundacyjnymi zawartymi w obwieszczeniach Ministra Zdrowia; wypisanie dla jednego pacjenta ilości produktu leczniczego zawierającego środek odurzający/ substancję psychotropową z grupy I-N, II-P przekraczającą ilość niezbędną pacjentowi do określonego przepisami okresu stosowania wyliczonego na podstawie wskazanego na receptce sposobu dawkowania; niezasadnie naniesiony poziom odpłatności, kiedy ordynacja dotyczy leku występującego w obwieszczeniach Ministra Zdrowia w więcej, niż jednym poziomie odpłatności, dla których ukształtowane są różne wskazania refundacyjne; wypisanie recepty nieuzasadnionej udokumentowanymi względami medycznymi; wypisanie dla jednego pacjenta ilości produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego przekraczającą ilość niezbędną pacjentowi do określonego przepisami okresu stosowania wyliczonego na podstawie wskazanego na receptce sposobu dawkowania; brak odnotowania rozpoznania dokumentującego posiadanie przez pacjenta wskazań refundacyjnych, w sytuacji, kiedy z całości dokumentacji, w tym również zewnętrznej bądź z bazy NFZ wynika, że pacjent posiadał wskazania do refundacji kontrolowanych produktów leczniczych; brak dokumentacji medycznej.

Kontrole realizacji umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę w aptekach i punktach aptecznych

W 2025 r. TWK przeprowadziły 212 postępowań kontrolnych w zakresie realizacji umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego, z czego 209 kontroli zakończyło się przekazaniem zaleceń pokontrolnych.

W ramach wszystkich przeprowadzonych kontroli najczęściej stwierdzone nieprawidłowości to m.in.:

- przekazanie błędnych danych statystycznych w formie komunikatów elektronicznych lub przekazanie danych pomimo wadliwej realizacji recepty;
- realizacja recepty przez osobę nieposiadającą kwalifikacji i uprawnień do jej realizacji;

- wydanie produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego, w tym leku recepturowego, w ilości niezgodnej z ilością zapisaną na receptce lub wymogami określonymi przepisami prawa;
- brak potwierdzenia zrealizowania recepty lub brak otaksowania recepty;
- błędne otaksowanie;
- realizacja umowy przez osoby niewymienione w ewidencji personelu fachowego wykonującego umowę na realizację recept w aptece lub niepoinformowanie/ poinformowanie po terminie o zmianie w ewidencji osób w niej zatrudnionych;
- wydanie produktu nierefundowanego z refundacją lub wypisanego poza zakresem refundacji lub zastosowanie innego poziomu odpłatności niż określony na receptce;
- realizacja recepty z uwzględnieniem uprawnienia dodatkowego niewidniejącego na receptce (np. C, S) lub pomimo braku potwierdzenia uprawnień dodatkowych pacjenta (np. IB, IW, ZK) przez osobę realizującą receptę;
- realizacja recepty po upływie terminu ważności lub przed datą jej wystawienia lub datą realizacji od dnia lub bez daty wystawienia recepty;
- ustalenie nieprawidłowej ceny detalicznej produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego (np. naliczenie błędnej marży dla leków spoza obwieszczeń) lub nieprawidłowa wycena leku recepturowego (np. zastosowanie błędnego mnożnika);
- wydanie produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego innego niż zaordynowany na receptce (m.in. w odniesieniu do substancji, dawki, postaci farmaceutycznej powodującej powstanie różnic terapeutycznych) lub niezapisanego na receptce;
- wykonanie leku recepturowego:
- niezgodnie z ordynacją lekarską lub dokonanie zmian przez osobę sporządzającą lek recepturowy innych niż przewidują przepisy prawa lub bez korekty niezgodności recepturowej;
- brak adnotacji wymaganych przepisami prawa np. o wydaniu leku w niższej dawce, o uzupełnionych danych pacjenta, świadczeniodawcy, o wprowadzonych zmianach w leku recepturowym;
- wykonanie leku recepturowego w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym przepisami prawa.

W 2025 r. przeprowadzono 212 kontroli aptek. Skutki finansowe wyniosły łącznie 7 530 tys. zł.

Tabela nr III.14. Skutki finansowe kontroli aptek po uwzględnieniu środków odwoławczych w latach 2024-2025 (w tys. zł).

Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		
2024	2025	2024	2025	2024	2025	Zmiana 2024/2025
5 092	6 468	1 081	1 062	6 173	7 530	1 357

Czynności sprawdzające, o których mowa w art. 61w ustawy o świadczeniach

Czynności sprawdzające realizowane są na podstawie art. 61w ustawy o świadczeniach. W 2025 r. TWK przeprowadziły łącznie 1 437 czynności sprawdzających. Większość TWK przeprowadziła mniej czynności sprawdzających niż w roku poprzednim, a w przypadku trzech TWK czynności sprawdzających wykonano więcej niż w 2024 r.

W 2025 r. przeprowadzono o 404 czynności sprawdzających więcej niż w 2024 r. Wartość skutków finansowych czynności sprawdzających była wyższa o 2 335 tys. zł niż w roku poprzednim, co stanowiło 36% więcej zakwestionowanych środków w porównaniu do roku ubiegłego.

Tabela nr III.15. Skutki finansowe czynności sprawdzających po uwzględnieniu środków odwoławczych w latach 2024-2025 (w tys. zł).

Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe czynności kontrolnych		
2024	2025	2024	2025	2024	2025	Zmiana 2024/2025
1 828	3 634	4 683	5 212	6 512	8 846	2 335

Procesy odwoławcze od wyników działań kontrolnych

Istotnym zadaniem realizowanym przez NFZ jest rozpatrywanie środków odwoławczych kierowanych przez podmioty, wobec których były prowadzone postępowania kontrolne lub czynności sprawdzające. Podmiotowi kontrolowanemu przysługują środki odwoławcze w postaci:

- sprzeciwu wobec podjęcia i wykonywania przez Prezesa NFZ czynności kontrolnych – w przypadku przekroczenia maksymalnego czasu trwania kontroli podmiotu w roku kalendarzowym, równoczesnego prowadzenia więcej niż jednej kontroli wobec podmiotu kontrolowanego lub gdy kontrola dotyczy zakresu przedmiotowego objętego uprzednio zakończoną kontrolą,
- zażalenia na rozpatrzenie sprzeciwu – w przypadku wydania postanowienia o kontynuowaniu czynności kontrolnych,
- zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego,
- zażalenia na czynności Prezesa NFZ – w przypadku gdy podmiot kontrolowany zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej lub umowę na realizację recept,
- skargi do sądu administracyjnego – w przypadku określenia sankcji finansowych w drodze decyzji administracyjnej.

Zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego oraz zażalenia na czynności Prezesa NFZ są kierowane zarówno wobec ustaleń stanu faktycznego, stwierdzanych nieprawidłowości, ocen sformułowanych w związku z powyższymi ustaleniami, a także wobec skutków finansowych w postaci sankcji. W 2025 r. kontrolowane podmioty złożyły 343 zastrzeżenia do ocen i wniosków zawartych w wystąpieniach pokontrolnych. W tym samym okresie rozpatrzonych zostało 329 zastrzeżeń, z czego 31 zostało uwzględnionych w części lub w całości. Ponadto, w okresie sprawozdawczym wpłynęło 57 zażaleń na czynności Prezesa NFZ w związku z wynikami czynności sprawdzających. W tym samym okresie rozpatrzonych zostało 60 zażaleń, z czego 5 zostało uwzględnione w części lub całości. W sprawozdawczym okresie zostało wniesionych również 7 sprzeciwów oraz 1 zażalenie na rozpatrzenie sprzeciwu. Po rozpatrzeniu tych trybów odwoławczych brak było podstaw do ich uwzględnienia.

Tabela nr III.16. Liczba środków odwoławczych wniesionych w latach 2024-2025 r. (jako złożone należy rozumieć wszystkie środki, które wpłynęły w 2024 i 2025 r. bez względu na datę wpływu i datę zakończenia kontroli).

Złożone zastrzeżenia		Złożone zażalenia na czynności Prezesa – czynności sprawdzające		Złożone sprzeciwy		Złożone zażalenia na rozpatrzenie sprzeciwu		Złożone skargi na decyzję administracyjną		Razem środki odwoławcze		
2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	Zmiana 2024/2025
325	343	47	57	3	7	1	1	1	0	377	408	31

W okresie sprawozdawczym wpłynęło łącznie 408 środków odwoławczych, natomiast rozpatrzono 397 środków odwoławczych.

Tabela nr III.17. Liczba środków odwoławczych rozpatrzonych w latach 2024-2025 r. (jako rozpatrzone środki rozpatrzone w 2024 i 2025 r. bez względu na datę wpływu i datę zakończenia kontroli).

Rozpatrzone zastrzeżenia		Rozpatrzone zażalenia na czynności Prezesa - czynności sprawdzające		Rozpatrzone sprzeciwy		Rozpatrzone zażalenia na rozpatrzenie sprzeciwu		Rozpatrzone skargi na decyzję administracyjną		Razem rozpatrzone środki odwoławcze		
2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	2024	2025	Zmiana 2024/2025
305	329	38	60	3	7	1	1	1	0	348	397	49

Monitorowanie celowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej

Monitorowanie celowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów (zadania wskazane w art. 107 ust. 5 pkt 8d ustawy o świadczeniach) OW NFZ realizują przede wszystkim poprzez analizy poziomu realizacji umów i dostępności do świadczeń. Mają one charakter analiz porównawczych, które pozwalają dostrzec ewentualne dysproporcje w świadczeniach rozliczonych przez poszczególnych świadczeniodawców lub zmiany trendów w wartości czy liczbie rozliczonych świadczeń. Wykorzystywane są także podczas planowania postępowań poprzedzających zawarcie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Jednocześnie prowadzone jest monitorowanie sprawozdanych świadczeń medycznych w sytuacjach konkretnego, szczegółowego zapotrzebowania. Należy zaznaczyć, że w związku z wprowadzeniem systemu PSZ, pojawiła się konieczność monitorowania realizacji świadczeń w zupełnie nowym kontekście, gdyż ocena dostępności świadczeń związana z wysokością

kontraktów nie ma zastosowania w przypadku umów udzielanych w ramach PSZ. Analizy służą także do oceny zasadności wyboru leków i wyrobów medycznych, w tym przedmiotów ortopedycznych i środków pomocniczych stosowanych w leczeniu, rehabilitacji i badań diagnostycznych oraz zrealizowanych procedur medycznych zgodnych z profilem danego zakresu świadczeń, częstotliwość udzielania świadczeń.

Do zadań OW NFZ w ramach monitorowania i weryfikacji świadczeń służą także analizy dotyczące list oczekujących prowadzonych przez świadczeniodawców.

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

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

- analizy poziomu realizacji umów i dostępności do świadczeń w zakresach programów lekowych i chemioterapii oraz list oczekujących prowadzonych przez świadczeniodawców realizujących programy lekowe,
- monitorowanie ordynacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przez osoby uprawnione do wystawiania recept refundowanych,
- bieżące monitorowanie przetargów na leki stosowane w chemioterapii i programach lekowych,
- okresowe monitorowanie średniego kosztu rozliczania wybranych substancji czynnych stosowanych w chemioterapii i programach lekowych,
- bieżące monitorowanie kompletności i poprawności danych przekazywanych do Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych (SMPT),
- okresowe monitorowanie realizacji umów podziału ryzyka (RSS), stanowiących załączniki do decyzji refundacyjnych leków stosowanych w chemioterapii i programach lekowych,
- rozpatrywania wniosków o sfinansowanie świadczeń udzielonych poza granicami Polski.

Bieżące monitorowanie ordynacji leków dla pacjentów z uprawnieniem dodatkowym „Senior”, „Cięża”, oraz wystawianych recept z adnotacją „pro auctore”, „pro familiae”. Obowiązek monitorowania celowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej to działania oparte na wytycznych określonych procedurze wydawania zgód indywidualnych. Dotyczy to przede wszystkim oceny przekazanych kosztorysów, zawierających szczegółowe zestawienie

wykonanych czynności medycznych a także zasadności przedłużania pobytów, kontynuacji leczenia oraz ponownych hospitalizacji konkretnego pacjenta.

Monitorowaniu celowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej służą także przeprowadzane przez OW NFZ badania ankietowe pacjentów, które zawierają pytania skierowane do pacjentów dot. satysfakcji z trybu leczenia i jakości udzielanych świadczeń.

Monitorowanie i koordynowanie realizacji uprawnień dla szczególnych grup świadczeniobiorców

Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach monitorowania przedmiotowych uprawnień, powołał w Centrali NFZ i OW 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 OW 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 Administracji (MSWiA) oraz Departamentem Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej (MON), 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 MON i MSWiA. Następnie opracowuje sprawozdania kwartalne z udzielonych świadczeń weteranom poszkodowanym odpowiednio do Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, w podziale na zakresy i rodzaje świadczeń oraz wartość udzielonych świadczeń. Weterani poszkodowani z uszczerbkiem równym i wyższym niż 30% Fundusz na podstawie danych pozyskanych z MON i MSWiA weryfikuje osoby z uszczerbkiem 30% i powyżej, przekazując raz na kwartał dane do OW NFZ w celu weryfikacji kosztów leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz leków o kategorii dostępności Rp lub Rpz i wysokości ich dofinansowania, w tym wysokości limitu dofinansowania ze środków publicznych. Na podstawie dokonanych analiz, dyrektor właściwego OW NFZ przekazuje do MON i do MSWiA zestawienie o wysokości należnej kwoty dofinansowania, stanowiącej różnicę pomiędzy łącznym kosztem leków, których cena była wyższa od limitu finansowania ze środków publicznych, a ich łącznym kosztem sfinansowanym przez NFZ.

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. OW NFZ, raz na kwartał przekazuje do Ministerstwa Obrony Narodowej informacje w formie zestawienia o wysokości dofinansowania kosztów zaopatrzenia w leki oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego przysługujące uprawnionym a zrealizowane w poprzednim kwartale. Na podstawie dokonanych analiz, dyrektor właściwego OW NFZ przekazuje do Ministerstwa Obrony Narodowej zestawienie o wysokości należnej kwoty dofinansowania, stanowiącej różnicę pomiędzy łącznym kosztem leków, których cena była wyższa od limitu finansowania ze środków publicznych, a ich łącznym kosztem sfinansowanym przez NFZ. Ministerstwo Obrony Narodowej wystawia właściwemu OW NFZ, dokument potwierdzający wysokość przyznanego dofinansowania oraz zobowiązanie do przekazania środków finansowych na konto NFZ, a w konsekwencji dokonuje zwrotu tych środków.

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 – NFZ rozpatruje indywidualne sprawy związane z dostępem do świadczeń oraz uprawnieniami wynikającymi z przepisów prawa, publikacji i aktualizacji uprawnień dla tej grupy świadczeniobiorców.

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

W 2025 r. status uprawnionego żołnierza lub pracownika wojska posiadało 164 osób.

W 2024 r. status weterana poszkodowanego żołnierza posiadało 849 osób, natomiast status weterana poszkodowanego funkcjonariusza 87 osób.

Liczba weteranów poszkodowanych z uszczerbkiem równym lub wyższym niż 30% w 2025 r.: weterani poszkodowani żołnierze – 111 osób; weterani poszkodowani funkcjonariusze – 2 osoby.

W 2025 r. udzielono łącznie weteranom poszkodowanym 10 661 świadczeń na kwotę 5 376 051,93 zł, w tym: 8 347 świadczeń weteranom poszkodowanym żołnierzom na łączną kwotę 4 233 737,25 zł, 846 świadczeń weteranom poszkodowanym funkcjonariuszom na łączną kwotę 429 309,89 zł, 1 468 świadczenia żołnierzom uprawnionym i pracownikom wojska na łączną kwotę 713 004,79 zł.

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

Decyzje administracyjne w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydawane są przez Dyrektorów OW NFZ oraz przez Prezesa NFZ, w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach.

Do wniosków o wydanie decyzji złożonych do dnia 31 sierpnia 2020 r., postępowanie administracyjne było dwuinstancyjne i postępowanie w I instancji prowadził Dyrektor OW NFZ, od decyzji dyrektora OW NFZ przysługuje odwołanie do Prezesa NFZ na podstawie art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach (w brzmieniu obowiązującym do dnia 31 sierpnia

2020 r.). Począwszy od wejścia w życie ustawy z dnia 24 lipca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493), zwanej dalej „ustawą zmieniającą” decyzje wydaje Prezes NFZ, a postępowanie jest jednoinstancyjne, czyli decyzje wydawane są przez dyrektorów OW NFZ na podstawie upoważnienia Prezesa NFZ albo w Centrali NFZ na podstawie upoważnienia Prezesa NFZ są ostateczne i przysługuje od nich prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie.

Decyzje wydane przez dyrektorów OW NFZ na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ

W 2025 r. dyrektorzy OW NFZ wydali na podstawie upoważnienia Prezesa NFZ 3 366 decyzji i postanowień. Wśród najczęściej pojawiającej się tematyki decyzji dotyczyło pozarolniczej działalności, umowy o dzieło przekwalifikowanej na umowę o świadczenie usług oraz dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Na decyzje i postanowienia wydane przez poszczególnych dyrektorów OW NFZ na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ w 2025 r. zostało wniesionych 268 skarg. W 2025 r. w wyniku rozpatrzenia przez WSA w Warszawie skarg na decyzje i postanowienia wydane przez dyrektorów OW NFZ działających na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ z zakresu indywidualnych spraw dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego do OW NFZ wpłynęły 303 orzeczenia, z czego 54 stanowiły orzeczenia uchylające lub zmieniające decyzję lub postanowienia Prezesa NFZ. Od 2025 r. również w Centrali NFZ na podstawie upoważnienia Prezesa NFZ prowadzone są postępowania w sprawie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, które wszczynane są w związku z wnioskami składanymi przez ZUS. Według stanu na koniec 2025 r. wydano 39 takich decyzji.

Decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym

W 2025 r. Dyrektorzy OW NFZ, jako organ I instancji wydali łącznie 70 decyzji, dalej określane jako decyzje Dyrektorów OW NFZ, w ww. zakresie.

Odwołania od decyzji dyrektorów OW NFZ z zakresu indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego

Od decyzji wydawanych przez dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach w brzmieniu obowiązującym do dnia 31 sierpnia 2020 r., stronom postępowania przysługiwało prawo wniesienia odwołania do Prezesa NFZ. W 2025 r., w postępowaniach, które rozpoczęły się przed 1 września 2020 r. strony złożyły 11 odwołań od decyzji Dyrektorów OW NFZ wydanych w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym do Prezesa NFZ. W omawianym okresie Prezes NFZ rozpatrzył łącznie 399 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydając 377 decyzji, 19 postanowień kończących sprawę, a w 3 przypadkach pozostawił sprawę bez rozpoznania, co stanowi spadek o 42% w stosunku do analogicznego okresu ubiegłego roku, w którym rozpatrzono 691 odwołań. Wszystkie decyzje dotyczyły objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym.

Na decyzje Prezesa NFZ stronom służy skarga do WSA w Warszawie. Według stanu na koniec 2025 r. strony wniosły 119 skarg do WSA w Warszawie na decyzje Prezesa NFZ jako organu

II instancji w sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Dla porównania w analogicznym okresie roku ubiegłego odnotowano 139 skarg do WSA w Warszawie.

W 2025 r. w wyniku rozpatrzenia przez WSA w Warszawie oraz NSA skarg od decyzji Prezesa NFZ jako organu II instancji z zakresu indywidualnych spraw dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego do Funduszu wpłynęło 186 orzeczeń, z czego 19 stanowiły orzeczenia uchylające lub zmieniające decyzję Prezesa NFZ. Od większości niekorzystnych rozstrzygnięć WSA w Warszawie zostały wniesione skargi kasacyjne.

Wśród przyczyn uchylenia przez WSA w Warszawie decyzji Prezesa NFZ oraz poprzedzających ich decyzji dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, wymienić należy naruszenia przepisów m.in. art. 7, art. 77, art. 80 oraz art. 107 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2025 r. poz. 1691), zwanego dalej również „KPA”.

Decyzje z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej

Decyzje z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, ich wysokości oraz terminu płatności wydawane są co do zasady przez OW NFZ na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ zgodnie z art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach. Przepis nakazuje Prezesowi NFZ wydawanie decyzji ustalających obowiązek poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej opłaconych przez NFZ w stosunku do osób, które okazały dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub złożyły pisemne oświadczenie o prawie do tych świadczeń, a nie znalazło to potwierdzenia w danych posiadanych przez NFZ. Na terenie OW NFZ, w tym na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ, wydano 9 054 decyzje (w tym 1 decyzję wydaną przez Dyrektora Śląskiego OW NFZ). Stanowi to wzrost do analogicznego okresu 2024 r. o ponad 5,8%. W 2025 r. wydano, z upoważnienia Prezesa NFZ, 5 977 decyzji obciążających osoby kosztami udzielonych świadczeń, 114 decyzji stwierdzających działanie osoby w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu o posiadanym prawie do świadczeń, 2 963 decyzji umarzających postępowanie administracyjne oraz 9 decyzji wydanych w postępowaniu nadzwyczajnym przez Dyrektorów OW NFZ z up. Prezesa NFZ. Najwięcej decyzji z upoważnienia Prezesa NFZ (1 486) wydał Dyrektor Śląskiego OW NFZ, najmniej zaś wydał Dyrektor Warmińsko-Mazurskiego OW NFZ (197 decyzji). Wśród wydanych w 2025 r. 9 054 decyzji, 7 668 dotyczyło świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na podstawie oświadczenia, 791 dotyczyło świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych na podstawie okazanego dokumentu, natomiast 595 świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych zarówno na podstawie oświadczenia, jak i okazanego dokumentu. Najwięcej postępowań administracyjnych w 2025 r. wszczął Dyrektor Śląskiego OW NFZ – 1 389, które opiewały na kwotę 4 739,13 tys. zł. Wydał on również najwięcej decyzji administracyjnych, które stały się ostateczne – 1 071, osiągając jednocześnie największą sumaryczną wartość wydanych decyzji ostatecznych – 2 982,68 tys. zł. Warto nadmienić, że od decyzji wydawanych przez Dyrektorów OW NFZ w sprawach z zakresu ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 127 § 2 KPA. do postępowań wszczętych przed 1 września 2020 r., przysługiwało prawo wniesienia odwołania do Prezesa NFZ. W 2025 r. nie wpłynęły żadne odwołania. W 2025 r.

wpłynęło 12 skarg do Centrali NFZ, gdzie Prezes NFZ występuje jako organ II instancji, w tym samym okresie wpłynęło też 70 skarg na decyzje wydane przez dyrektorów OW NFZ działających z up. Prezesa NFZ. Od dnia 27 listopada 2020 r. zmieniła się właściwość sądów administracyjnych w sprawach rozpatrywanych na podstawie art. 50 ust.18 ustawy o świadczeniach. Obecnie właściwe są sądy administracyjne właściwe dla miejsca zamieszkania strony zobowiązanej do zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Dla porównania: w 2024 r. wpłynęły 64 skargi na decyzje Prezesa NFZ wydane przez Dyrektorów OW NFZ, kierowane do WSA zgodnie z miejscem zamieszkania strony postępowania.

III.9. Autoryzacja

Narodowy Fundusz Zdrowia w 2025 r. rozpoczął proces autoryzacji, który w myśl art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. 2023 poz. 1692, z późn. zm.) zwanej dalej również „ustawą o jakości” jest jednym z elementów systemu jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta, a także zgodnie z art. 6 tej ustawy jest warunkiem realizacji przez podmiot wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 95l ustawy o świadczeniach.

Autoryzację może uzyskać podmiot wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, który spełnia warunki określone w art. 7 ustawy o jakości tj. prowadzi wewnętrzny system oraz realizuje świadczenia opieki zdrowotnej z zachowaniem warunków ich realizacji dotyczących miejsca udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, personelu i wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, określonych w przepisach wydanych na podstawie art. 31d i 31da ust. 1 ustawy o świadczeniach. Autoryzacji podlegają oddziały szpitalne, zdefiniowane poprzez zakresy świadczeń na podstawie wymagań określonych w załączniku nr 3 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 maja 2023 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. 2023 poz. 870), z wyłączeniem świadczeń gwarantowanych opisanych w załączniku nr 3a oraz 4 do rozporządzenia, będących w istocie dodatkowymi warunkami realizacji danego świadczenia gwarantowanego.

Głównymi korzyściami z wdrożenia autoryzacji jest zapewnienie większej jakości udzielanych świadczeń (sprawdzenie wymogów w zakresie sprzętu i personelu) oraz monitorowanie prowadzenia wewnątrzszpitalnych projektów poprawy jakości. Posiadanie autoryzacji będzie weryfikowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w najbliższym procesie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Fundusz prowadził intensywne prace nad zaplanowaniem i wdrożeniem tego procesu zarówno pod względem merytorycznym jak i technicznym już na etapie prac przygotowawczych, które rozpoczęły się w 2024 r. W pierwszym kwartale 2025 r. prowadzone były ostateczne uzgodnienia z dostawcami oprogramowania w sprawie utworzenia systemu informatycznego umożliwiającego podmiotom leczniczym złożenie wniosku, a oddziałom wojewódzkim NFZ obsługę wniosku w systemie informatycznym. W maju 2025 r. udostępnione zostało

dostosowanie umożliwiające utworzenie wniosku w Portalu świadczeniodawcy/SZOI, oraz umożliwienie jego złożenia i procedowania po stronie OW NFZ.

W maju i czerwcu 2025 r. zostały także przeprowadzone szkolenia z obsługi systemowej oraz szkolenie organizowane przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w zakresie tematu wewnętrznego systemu zarządzania jakością.

Zgodnie z harmonogramami składania wniosków o autoryzację, które zostały opublikowane na stronach BIP OW NFZ, pierwsze wnioski podmioty lecznicze mogły składać od czerwca 2025 r.

Do końca grudnia 2025 r. zostało złożonych 265 wniosków autoryzacyjnych przez podmioty lecznicze. Wydanych zostało 170 pozytywnych decyzji autoryzacyjnych oraz cofnięta została autoryzacja w przypadku jednego zakresu autoryzacyjnego.

III.10. Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ)

Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ) jest częścią składową „Oceny potrzeb zdrowotnych”. Minister Zdrowia odpowiedzialny jest za opracowanie, ustalenie i aktualizację mapy potrzeb zdrowotnych w celu identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych, obejmującą:

- analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego, udostępniane na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego,
- wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na terytorium RP i na terenie województw.

System IOWISZ działa na podstawie ustawy o świadczeniach oraz aktów wykonawczych do ww. ustawy, tj.:

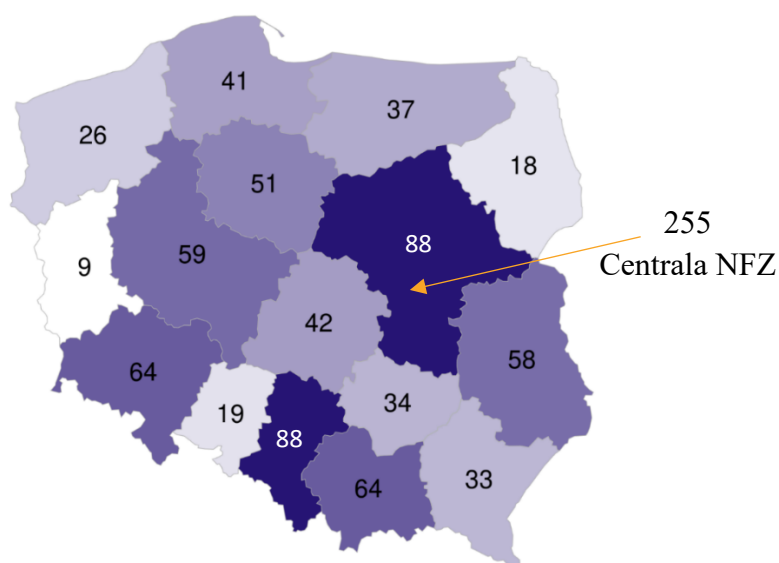
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2021 poz. 2487);
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji pozostających bez wpływu na zakres udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. 2021 poz. 2488).

Wniosek o wydanie opinii, jest składany do Ministra Zdrowia lub Wojewody za pośrednictwem Systemu IOWISZ oraz w postaci papierowej lub elektronicznej (wraz z załącznikami) opatrzony kwalifikowanym podpisem elektronicznym lub podpisem elektronicznym potwierdzonym profilem zaufanym e-PUAP w rozumieniu przepisów o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne. Minister Zdrowia oraz wojewodowie wydają opinię w terminie 45 dni od dnia złożenia kompletnego wniosku, w tym Prezes

NFZ/Dyrektor OW NFZ wydaje opinię na temat wniosku maksymalnie w terminie do 14 dni kalendarzowych, od dnia przekazania za pośrednictwem Systemu IOWISZ, wniosku przez MZ/UW po ówczesnym sprawdzeniu i zaakceptowaniu pod kątem formalnym.

Centrala NFZ/OW NFZ opiniuje dany wniosek przyznając swoją punktację dla każdego z pytań postawionych w kryteriach oceny inwestycji biorąc pod uwagę uzasadnienia wnioskodawcy oraz innych posiadanych danych oraz informacji. Na podstawie końcowej punktacji przyznawana jest pozytywna lub negatywna opinia wydawana przez Ministra Zdrowia lub odpowiedniego Wojewodę.

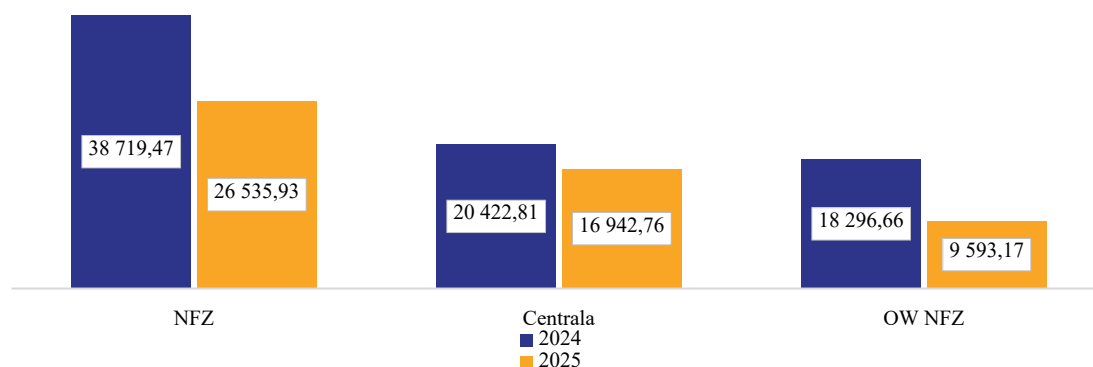
Wykres nr III.4. Liczba ocenionych wniosków IOWISZ w 2025 r. w podziale na OW NFZ i Centralę NFZ.



W NFZ w 2025 r. oceniono 986 wniosków IOWISZ, co w porównaniu z 2024 rokiem stanowi spadek o 22,7% (1 275 wniosków). Najwięcej wniosków w 2025 r. oceniono w centrali NFZ – 255 (255 wniosków w 2024 r.), mazowieckim 88 (99 wniosków w 2024 r.), Śląskim OW NFZ – 88 (108 wniosków w 2024 r.). Natomiast w 2025 r. najmniej wniosków oceniono w Lubuskim OW NFZ – 9 wniosków oraz w Podlaskim OW NFZ – 18.

Biorąc pod uwagę liczbę wniosków, które wpłynęły do oceny przez Centralę Funduszu to są na tym samym poziomie jak w 2024 r. W 2025 r. w Centrali Funduszu oceniono 25,9% wszystkich wniosków (20% w 2024 r.; 24% w 2023 r.), które wpłynęły do NFZ. Oznacza to, że do Centrali Funduszu wpływa kilkukrotnie więcej wniosków do oceny niż do poszczególnych OW NFZ.

Wykres nr III.5. Łączna kwota inwestycji wniosków IOWISZ w latach 2024-2025 (w mln zł).



Łączna kwota inwestycji z wniosków IOWISZ w 2025 r. ocenianych przez NFZ wyniosła 26 535,93 mln zł i jest to w porównaniu do 2024 r. spadek o prawie 31,5%. Wartości wniosków ocenianych w Centrali NFZ w 2025 r. stanowią prawie 64% całości kwoty inwestycji z wniosków IOWISZ (53% w 2024 r.).

Nowelizacja, w 2021 r., ustawy o świadczeniach, utworzyła Komisję Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia. Do zadań Komisji należy wydawanie opinii w przedmiocie oceny wniosku w momencie kiedy jego wartość przekracza 50 mln zł., po uprzedniej analizie i ocenie przez Centralę Funduszu. W 2025 r. zostało ocenionych 96 takich wniosków (143 w 2024 r.).

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

IV.1. Liczba osób oczekujących

NFZ dysponuje dwoma źródłami danych o dostępności do świadczeń. Są to:

- dane przekazywane szczegółowymi komunikatami sprawozdawczymi XML, przesyłane przez świadczeniodawców do 10 dnia miesiąca następnego po okresie sprawozdawczym^{19,20} zwane dalej również :dane z komunikatu XML”;
- dane przekazywane za pośrednictwem aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE), przesyłane w czasie rzeczywistym, tj. każdy wpis na listę oczekujących, skreślenie z listy czy zmiana planowanego terminu udzielenia świadczenia są na bieżąco wprowadzane w trybie on-line i w chwili ich wprowadzenia widoczne również przez monitorujących harmonogramy przyjęć oraz listy oczekujących pracowników NFZ²¹, zwane dalej również „dane z aplikacji AP-KOLCE”.

Sprawozdawane dane z komunikatu XML i aplikacji AP-KOLCE, sporządzone dla komórek organizacyjnych świadczeniodawców w podziale na kategorie medyczne „przypadek pilny” i „przypadek stabilny”, dostarczają informacji 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.

Komunikatami sprawozdawczymi XML świadczeniodawcy przekazywali również informacje o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia w podziale na kategorie medyczne „przypadek pilny” i „przypadek stabilny”. Częstotliwość przekazywania informacji o tym terminie była większa niż pozostałych informacji, ponieważ świadczeniodawcy zobowiązani byli do ich przekazywania każdego dnia roboczego, z wyłączeniem sobót, niedziel oraz dni ustawowo wolnych od ich pracy. Dzięki temu możliwa była znacznie częstsza aktualizacja informacji publikowanych w Informatorze o Terminach Leczenia.

¹⁹Zarządzenie Nr 128/2021.DI Prezesa NFZ z dnia 7 lipca 2021 r.

²⁰Załącznik nr 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20.10.2025 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym dofinansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1588).

²¹Załącznik nr 9 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20.10.2025 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom obowiązującym dofinansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1588).

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

- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej²² z zakresów: onkologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kardiologii, endokrynologii, neurologii, urologii, nefrologii, okulistyki, gruźlicy i chorób płuc, otolaryngologii, diabetologii, gastroenterologii;
- procedury medyczne: endoprotezoplastykę stawu biodrowego, endoprotezoplastykę stawu kolanowego, rewizje po endoprotezoplastyce stawu biodrowego, rewizje po endoprotezoplastyce stawu kolanowego;
- zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), operacje jaskry, operacje jaskry z zaćmą, operacje plastyczne oka, zabiegi w zakresie ciała szklistego (witrektomia), wszczepienie protezy ślimaka lub wszczepienie wielokanałowej protezy ślimaka, wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu albo wymiana procesora dźwięku implantów ucha środkowego, pomosty dla rewaskularyzacji serca, usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka), zabiegi w zakresie gruczołu krokowego (prostatektomia), wycięcie macicy (histerektomia);
- świadczenia gwarantowane z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – badania diagnostyczne: rezonans magnetyczny, tomografia komputerowa, gastroscopia, kolonoskopia;
- świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych, kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych, fizjoterapia ambulatoryjna, fizjoterapia domowa;
- świadczenia gwarantowane z zakresu programów lekowych²³: leczenie terapią bezinterferonową chorych na przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby typu C, leczenie pacjentów z chorobami siatkówki, leczenie chorych na stwardnienie rozsiane;
- świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego oraz świadczeń wysokospecjalistycznych: wideotorakoskopowa ablacja w ciężkim, niepoddającym się leczeniu farmakologicznemu migotaniu przedsionków, operacje wad wrodzonych serca i wielkich naczyń u dzieci do ukończenia 1 r.ż. z wyłączeniem operacji izolowanego przewodu tętniczego Botalla, operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym, przezskórne lub z innego dostępu wszczepianie zastawek serca, kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przezskórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających, mechaniczne wspomaganie serca

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lutego 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz.U. z 2025 r., poz. 205).

²³ Ustawa z dnia 26 czerwca 2025 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2025 r. poz. 907).

sztucznymi komorami, przecewnikowa nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej u chorych wysokiego ryzyka.

Porównując dane sprawozdawcze z 2024 r. z danymi za 2025 r., widoczne są zarówno wzrosty, jak i spadki liczby zrealizowanych świadczeń w poszczególnych komórkach organizacyjnych. W poniższej tabeli przedstawiono odsetek świadczeniodawców, którzy w podanych okresach sprawozdawczych przekazali do odpowiednich OW NFZ dane z komunikatu XML dotyczące list oczekujących. Wyróżniającymi oddziałami są: małopolski i lubuski, które na koniec każdego kwartału sprawozdawczego przekazały dane statystyczne z zakresu list oczekujących od 100% świadczeniodawców. W pozostałych OW NFZ w wymaganych okresach sprawozdawczych nie wszyscy świadczeniodawcy przesłali komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących, jednak odsetek świadczeniodawców nieprzekazujących tych informacji nie przekroczył 12%. Porównując dane z lat 2024 i 2025, można zauważyć, że poziom nieprzekazanych danych nieznacznie się zwiększył - z około 10% w 2024 r. do około 12% w 2025 r.

Tabela nr IV.1. Procent świadczeniodawców, którzy przesłali komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących do OW NFZ w wybranych okresach sprawozdawczych (według stanu na 31 marca 2026 r.).

Nazwa OW NFZ	Okres sprawozdawczy			
	marzec 2025	czerwiec 2025	wrzesień 2025	grudzień 2025
Dolnośląski	99,4%	98,8%	98,4%	99,2%
Kujawsko-Pomorski	99,7%	100%	100%	99,8%
Lubelski	100%	100%	99,9%	99,9%
Lubuski	100%	100%	100%	100%
Łódzki	98,5%	98,6%	97,5%	98,3%
Małopolski	100%	100%	100%	100%
Mazowiecki	95,0%	92,0%	95,0%	96,0%
Opolski	91,5%	89,8%	90,4%	88,3%
Podkarpacki	96,6%	96,7%	97,4%	95,8%
Podlaski	99,7%	100%	100%	99,7%
Pomorski	100%	98,7%	100%	99,1%
Śląski	100%	100%	99,8%	99,7%
Świętokrzyski	99,1%	99,3%	93,7%	98,5%
Warmińsko-Mazurski	99,1%	99,3%	93,7%	98,5%
Wielkopolski	98,8%	97,5%	98,5%	98,7%
Zachodniopomorski	94,0%	95,0%	94,0%	97,0%
Dane przedstawione w tabeli zostały zaokrąglone w dół do jednej cyfry po przecinku.				

NFZ dla zapewnienia kompletności, terminowości oraz poprawności sprawozdawczości z zakresu list oczekujących podejmował w OW NFZ w 2025 r. szereg działań tj.:

- monitorowanie terminów spływu komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przekazywanych przez świadczeniodawców i wysyłanie do świadczeniodawców komunikatów przypominających 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 Centralę NFZ (AP-KOLCE), w tym określania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, aktualizacji daty oceny kolejki oczekujących, prowadzenia list oczekujących w czasie rzeczywistym;
- publikowanie m.in. na stronach internetowych OW NFZ komunikatów dla świadczeniodawców przypominających o obowiązkach sprawozdawczych i zasadach sporządzania sprawozdań dla NFZ, a także informujących o brakach w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących;
- monitorowanie świadczeniodawców nieprzekazujących danych z zakresu list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, przekazujących je nieterminowo albo z błędami;
- prowadzenie korespondencji ze świadczeniodawcami nieprzekazującymi danych w terminie albo przekazującymi błędne dane;
- rozpatrywanie zgłoszeń dotyczących nieprawidłowych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przekazywanych przez pacjentów poprzez funkcjonalność „zgłoś nieprawidłowość” w Informatorze o Terminach Leczenia;
- weryfikowanie poprawności działania rejestracji świadczeniodawców w zakresie dokonywania wpisów na listy oczekujących oraz udzielania informacji zgodnych z obowiązującymi przepisami poprzez przeprowadzanie ankiet;
- przeprowadzanie szkoleń dla świadczeniodawców dotyczących zasad prowadzenia list oczekujących oraz przygotowywania sprawozdań z przedmiotowego zakresu dla NFZ;
- nakładanie kar umownych na świadczeniodawców niewywiązujących się z obowiązków sprawozdawczych z zakresu list oczekujących oraz nieprzestrzegających zasad ich prowadzenia.

W ramach przeprowadzonych kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacji danych z zakresu list oczekujących w 2025 r. OW NFZ nałożyły 20 kar umownych na świadczeniodawców z tytułu nieprowadzenia list oczekujących albo prowadzenia ich w sposób naruszający przepisy prawa. Ponadto, OW NFZ przeprowadziły w 2025 r. 3 531 ankiet sprawdzających działanie rejestracji świadczeniodawców w zakresie dokonywania wpisów na listy oczekujących oraz udzielania informacji zgodnych z obowiązującymi przepisami prawa. Kluczowymi miarami wykorzystywanymi do opisu dostępności do świadczeń z punktu widzenia list oczekujących są: średni rzeczywisty czas oczekiwania na świadczenie (mediana, trzeci kwartyl), liczba osób oczekujących, liczba osób skreślonych.

Ze względu na chęć rzetelnego przedstawienia istotnych informacji w tym zakresie, w dalszej części dokumentu zaprezentowano informacje o:

- komórkach z największym średnim czasem oczekiwania – wybrano 5 komórek o najwyższej wartości tego miernika, spośród 15 najbardziej istotnych komórek organizacyjnych, pod względem liczby osób oczekujących;
- osobach skreślonych z powodu wykonania świadczenia – wybrano komórki z największą medianą średniego rzeczywistego czasu oczekiwania;
- świadczeniach opieki zdrowotnej z największym średnim czasem oczekiwania – wybrano 10 świadczeń o najwyższej wartości tego miernika, spośród 30 istotnych świadczeń, pod względem liczby osób oczekujących;
- komórkach i świadczeniach, w przypadku których w ciągu roku nastąpiła zmiana w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys.;
- osobach skreślonych z list oczekujących do komórek i na świadczenia, w przypadku których nastąpiła zmiana w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys.

Przedstawione w sprawozdaniu tabele prezentują informacje o komórkach organizacyjnych świadczeniodawców udzielających świadczeń zdrowotnych w rodzaju: ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, rehabilitacja lecznicza, opieka paliatywna i hospicyjna, leczenie stomatologiczne, oraz świadczeń opieki zdrowotnej, na które prowadzone są odrębne listy oczekujących. Informacje odnoszą się do 5 komórek lub świadczeń, o największej medianie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród 15 komórek organizacyjnych o największej w skali kraju liczbie osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2025 r. Obok liczby osób oczekujących informacje zawierają także medianę oraz trzeci kwartył średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wyrażonego w dniach. Dla każdego zakresu świadczeń opracowano tabelę, prezentującą liczbę osób skreślonych z list oczekujących do komórek z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, określonego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” według stanu na koniec 2025 r. 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 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 2025 r. W sprawozdaniu znajdują się również 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 w odniesieniu do 16 komórek organizacyjnych i świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których w ciągu roku, porównując dane z grudnia 2024 r. do grudnia 2025 r., nastąpiła zmiana w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób.

IV.1.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2025 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących poradni specjalistycznych: poradni chorób tarczycy, poradni neurochirurgicznej, poradni genetycznej, poradni endokrynologicznej oraz poradni kardiologicznej dla dzieci. Najwyższą medianę średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” odnotowano w poradni chorób tarczycy, gdzie wyniosła ona 310 dni, natomiast dla 75% poradni czas oczekiwania nie przekroczył 604 dni. Wysokie wartości mediany odnotowano również w poradni neurochirurgicznej - 274 dni oraz poradni genetycznej - 253 dni. Spośród analizowanych komórek organizacyjnych największą liczbę osób oczekujących odnotowano w poradniach endokrynologicznych, gdzie liczba osób oczekujących w kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 107,7 tys. osób. Wysoką liczbę osób oczekujących odnotowano również w poradniach neurochirurgicznych - 59,2 tys. osób oraz genetycznych - 49,2 tys. osób. Należy jednocześnie wskazać, że największą liczbę osób oczekujących odnotowano w poradniach okulistycznych, gdzie w kategorii medycznej „przypadek stabilny” oczekiwało 328,9 tys. osób, przy medianie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wynoszącej 81 dni. Poradnie okulistyczne oraz gastroenterologiczne nie zostały jednak ujęte w niniejszym zestawieniu z uwagi na niższą medianę czasu oczekiwania niż w wybranych poradniach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz zmianę sposobu sprawozdawania danych w 2025 r., związaną z przejściem części świadczeń do aplikacji AP-KOLCE, co wpłynęło na porównywalność danych względem lat ubiegłych. W porównaniu do 2024 r. mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” w 2025 r. wzrosła w poradniach chorób tarczycy, neurochirurgicznych oraz genetycznych, natomiast spadła w poradniach endokrynologicznych i kardiologicznych dla dzieci. Liczba osób oczekujących dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” zwiększyła się w poradniach neurochirurgicznych, genetycznych oraz kardiologicznych dla dzieci, natomiast spadek liczby osób oczekujących odnotowano w poradniach endokrynologicznych. Najwięcej osób skreślono z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ramach poradni endokrynologicznych w kategorii medycznej „przypadek stabilny”. Liczba ta wyniosła 195,4 tys. osób w 2025 r. Wysoką liczbę osób skreślonych odnotowano również w poradniach neurochirurgicznych - 46,3 tys. osób oraz genetycznych - 43 tys. osób. W porównaniu do 2024 r. wzrost liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2025 r. odnotowano w poradniach chorób tarczycy, endokrynologicznych, genetycznych oraz kardiologicznych dla dzieci. Spadek liczby osób skreślonych wystąpił natomiast w poradniach neurochirurgicznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”.

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 2025 r.

Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2023			2024			2025		
		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
Poradnie chorób tarczycy	pilny	358	213	268	577	200	241	550	210	279
	stabilny	1 506	347	497	1 571	279	420	1 554	310	604
Poradnie neurochirurgiczne	pilny	24 780	137	249	33 368	174	293	42 563	187	297
	stabilny	50 322	210	292	53 935	251	369	59 211	274	387
Poradnie endokrynologiczne	pilny	18 721	55	120	25 030	72	145	28 286	62	135
	stabilny	106 768	191	294	109 733	194	323	107 706	172	308
Poradnie kardiologiczne dla dzieci	pilny	3 556	57	98	4 929	78	115	5 852	71	110
	stabilny	27 767	137	201	27 263	170	250	28 453	154	221
Poradnie genetyczne	pilny	5 657	50	118	9 676	61	147	14 381	99	206
	stabilny	30 323	132	218	39 423	178	303	49 167	253	380

Tabela nr IV.3. Informacje o osobach skreślonych w okresie od styczeń-grudzień 2023, 2024 i 2025 r. z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
		2023	średnio miesięcznie 2023	2024	średnio miesięcznie 2024	2025	średnio miesięcznie 2025
Poradnie chorób tarczycy	pilny	749	64	694	58	868	12
	stabilny	1 953	163	1 099	92	1 241	103
Poradnie neurochirurgiczne	pilny	26 110	2 175	31 469	2 622	37 639	3 136
	stabilny	55 484	4 623	48 037	4 003	46 280	3 857
Poradnie endokrynologiczne	pilny	51 938	4 328	61 905	5 158	77 447	6 453
	stabilny	172 422	14 368	186 683	15 557	195 357	16 279
Poradnie kardiologiczne dla dzieci	pilny	14 615	1 217	16 922	1 410	17 786	1 482
	stabilny	55 276	4 606	53 990	4 499	54 923	4 576
Poradnie genetyczne	pilny	10 322	860	14 519	1209	18 921	1 576
	stabilny	37 366	3 113	42 435	3 536	42 966	3 580

IV.1.2. Leczenie szpitalne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2025 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, oddziałów szpitalnych: otorynolaryngologicznych dla dzieci, otorynolaryngologicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurochirurgicznych oraz reumatologicznych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów otorynolaryngologicznych dla dzieci dla

kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 122 dni, a w 75% tych oddziałów nie przekroczyła 222 dni. Spośród powyższych komórek organizacyjnych oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej oraz otorynolaryngologiczne wyróżniły się największą liczbą osób oczekujących, wynoszącą odpowiednio: 203,7 tys. i 90,1 tys. osób. W porównaniu do 2024 r. mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wzrosła w oddziałach otorynolaryngologicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurochirurgicznych oraz reumatologicznych, natomiast spadła w oddziałach otorynolaryngologicznych dla dzieci. Liczba osób oczekujących dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” zmniejszyła się w oddziałach otorynolaryngologicznych dla dzieci o 6,8%, oddziałach otorynolaryngologicznych o 4,9% oraz oddziałach neurochirurgicznych o 4%, natomiast wzrosła w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej o 3,7% oraz reumatologicznych o 5,2%. Najwięcej osób skreślono z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia w oddziałach otorynolaryngologicznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”. Liczba ta wyniosła 81,5 tys. osób w 2025 r. W większości analizowanych oddziałów odnotowano wzrosty liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w porównaniu do 2024 r. Największy wzrost liczby osób skreślonych odnotowano w oddziałach neurochirurgicznych dla kategorii medycznej „przypadek pilny”, gdzie liczba ta wzrosła o 10,2% względem 2024 r. Wyjątek stanowiły oddziały otorynolaryngologiczne dla dzieci w kategorii medycznej „przypadek stabilny”, w których liczba osób skreślonych zmniejszyła się o 2% względem 2024 r.

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 2025 r.

Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	2023			2024			2025		
		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
Oddziały otorynolaryngologiczne dla dzieci	pilny	3 162	74	137	4 510	76	146	4 742	53	142
	stabilny	13 913	147	227	14 987	134	214	13 966	122	222
Oddziały otorynolaryngologiczne	pilny	6 181	9	45	9 058	19	54	9 997	27	67
	stabilny	92 639	107	184	94 732	105	195	90 083	110	200
Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	pilny	69 581	22	91	74 830	21	83	85 084	26	99
	stabilny	191 306	71	233	196 481	69	197	203 703	73	212
Oddziały neurochirurgiczne	pilny	8 798	13	50	9 628	24	46	8 891	20	50
	stabilny	30 197	60	181	28 801	49	158	27 603	56	139
Oddziały reumatologiczne	pilny	5 665	22	51	6 261	26	52	7 608	28	58
	stabilny	11 763	56	117	12 234	68	118	12 875	72	137

IV.1.3. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2025 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych związanych z chorobami psychicznymi i uzależnieniami: poradni

psychogeriatrycznych, oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych, poradni dla osób z autyzmem dziecięcym, poradni zdrowia psychicznego oraz poradni leczenia nerwic. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni psychogeriatrycznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 169 dni, a w 75% tego typu poradni nie przekroczyła 259 dni. Największą liczbę osób oczekujących, wynoszącą 87,6 tys. osób dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, odnotowano w poradniach zdrowia psychicznego. W porównaniu do 2024 r. mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wzrosła w poradniach psychogeriatrycznych, poradniach zdrowia psychicznego oraz poradniach leczenia nerwic, natomiast spadła w oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych oraz poradniach dla osób z autyzmem dziecięcym. Liczba osób oczekujących dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wzrosła w poradniach psychogeriatrycznych o 25,2%, oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych o 13,5%, poradniach zdrowia psychicznego o 2,6% oraz poradniach leczenia nerwic o 3,8%, natomiast zmniejszyła się w poradniach dla osób z autyzmem dziecięcym o 3,4%. Najwięcej osób skreślono z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia w poradniach zdrowia psychicznego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”. W 2025 r. liczba ta wyniosła 351,2 tys. osób. W analizowanych komórkach organizacyjnych związanych z opieką psychiatryczną i leczeniem uzależnień przeważał spadek liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” względem 2024 r. Największy spadek liczby osób skreślonych odnotowano w poradniach zdrowia psychicznego, gdzie liczba ta zmniejszyła się o 13,3% względem 2024 r. Wyjątek stanowiły oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych, w których liczba osób skreślonych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wzrosła o 8,4% względem 2024 r. W kategorii medycznej „przypadek pilny” wzrost liczby osób skreślonych odnotowano również w poradniach zdrowia psychicznego oraz poradniach leczenia nerwic.

Tabela nr IV.5. 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 2025 r.

Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	2023			2024			2025		
		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
Poradnie psychogeriatryczne	pilny	72	22	40	86	10	32	106	33	53
	stabilny	826	106	145	1 397	131	148	1 749	169	259
Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych	pilny	451	0	34	499	0	19	375	0	9
	stabilny	9 918	108	279	10 589	120	366	12 014	73	373
Poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym	pilny	835	0	9	1 321	0	98	1 122	0	75
	stabilny	6 426	30	186	5 693	70	290	5 881	39	212
Poradnie zdrowia psychicznego	pilny	1 055	0	0	1 327	0	7	1 695	0	8
	stabilny	85 796	29	58	85 347	32	64	87 564	37	73
Poradnie leczenia nerwic	pilny	2	0	0	10	0	9	5	0	4
	stabilny	1 272	31	47	1 352	37	59	1 404	32	61

Tabela nr IV.6. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2023 r. do 2025 r. z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
		2023	Średnio miesięcznie 2023	2024	średnio miesięcznie 2024	2025	średnio miesięcznie 2025
Poradnie psychogeriatryczne	pilny	260	21	431	36	419	35
	stabilny	1 756	146	1 238	103	1 335	111
Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych	pilny	865	72	856	71	874	72
	stabilny	4 169	347	3 844	320	4 166	347
Poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym	pilny	1 023	85	1 232	93	1 501	125
	stabilny	12 669	1 055	13 233	1 102	12 069	1 005
Poradnie zdrowia psychicznego	pilny	6 704	558	7 720	643	10 397	866
	stabilny	438 846	36 570	405 246	33 770	351 220	29 268
Poradnie leczenia nerwic	pilny	71	6	111	9	162	13
	stabilny	7 802	650	7 355	612	6 046	503

IV.1.4. Rehabilitacja lecznicza

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2025 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących komórek organizacyjnych/świadczeń rehabilitacji leczniczej, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących: rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, zakładów/ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej, fizjoterapii ambulatoryjnej, poradni rehabilitacyjnych dla dzieci oraz rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych. Najwyższą medianę średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” odnotowano w zakładach/ośrodkach rehabilitacji pulmonologicznej, gdzie wyniosła ona 259 dni. W 75% tego typu komórek organizacyjnych mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania nie przekroczyła 259 dni. Największą liczbę osób oczekujących odnotowano w zakresie świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wynoszącą 928 tys. osób.

W porównaniu do 2024 r. w 2025 r. mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wzrosła w większości analizowanych komórek organizacyjnych/świadczeń. Wyjątek stanowiły poradnie rehabilitacyjne dla dzieci oraz fizjoterapia ambulatoryjna, w których odnotowano spadek mediany czasu oczekiwania względem 2024 r. Liczba osób oczekujących dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” zmniejszyła się w poradniach rehabilitacyjnych dla dzieci o 19,5% oraz rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych o 7,2%, natomiast wzrosła w pozostałych analizowanych komórkach organizacyjnych/świadczeniach. Największą liczbę osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia odnotowano w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”. Liczba ta wyniosła 1,54 mln osób w 2025 r. W analizowanych komórkach organizacyjnych i świadczeniach przeważał spadek liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia względem 2024 r.

Wyjątek stanowiły zakłady/ośrodki rehabilitacji pulmonologicznej, w których liczba osób skreślonych wzrosła o 9,8%.

Tabela nr IV.7. Rehabilitacja lecznicza – 5 komórek organizacyjnych, świadczeń 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 2025 r.

Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	2023			2024			2025		
		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
Zakłady/ośrodki rehabilitacji pulmonologicznej	pilny	131	108	108	253	152	152	372	182	182
	stabilny	2 274	174	174	2 983	226	226	3 553	259	259
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	pilny	31 754	42	73	35 349	48	85	38 136	53	95
	stabilny	93 700	193	697	91 487	208	493	84 938	239	532
Fizjoterapia ambulatoryjna	pilny	269 307	68	127	385 595	91	150	468 706	110	176
	stabilny	812 978	137	213	883 652	161	233	928 769	178	255
Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	pilny	930	2	62	1 475	12	70	1 993	42	131
	stabilny	6 839	105	206	8 150	120	212	9 085	173	256
Poradnie rehabilitacyjne dla dzieci	pilny	812	42	67	960	28	55	970	30	67
	stabilny	4 815	56	84	5 940	67	104	4 643	75	112

Tabela nr IV.8. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2023 r. do 2025 r. z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
		2023	średnio miesięcznie 2023	2024	średnio miesięcznie 2024	2025	średnio miesięcznie 2025
Zakłady/ośrodki rehabilitacji pulmonologicznej	pilny	119	10	248	20	361	30
	stabilny	2 652	221	2 866	238	3 146	262
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	pilny	74 964	6 247	83 996	6 999	82 268	6 855
	stabilny	47 647	3 970	45 011	3 751	42 880	3 573
Fizjoterapia ambulatoryjna	pilny	656 294	54 691	784 711	65 359	860 179	71 681
	stabilny	1 811 923	150 993	1 779 354	148 279	1 540 103	128 341
Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	pilny	1 508	125	2 104	175	2 125	177
	stabilny	8 959	746	9 267	772	9 228	769
Poradnie rehabilitacyjne dla dzieci	pilny	3 514	293	4 550	379	4 959	413
	stabilny	17 810	1 484	18 006	1 500	15 566	1 297

IV.1.5. Opieka paliatywna i hospicyjna

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2025 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wynika, że najwięcej osób oczekiwało do hospicjów domowych/zespołów domowej opieki paliatywnej - 1,6 tys. osób oraz do hospicjów stacjonarnych/stacjonarnych ośrodków opieki paliatywnej - 585 osób. Największą liczbę osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia

odnotowano również w hospicjach domowych/zespołach domowej opieki paliatywnej. Liczba ta wyniosła 15,1 tys. osób dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” w 2025 r. W porównaniu z 2024 r. wzrost liczby osób oczekujących odnotowano w oddziałach medycyny paliatywnej, hospicjach domowych/zespołach domowej opieki paliatywnej oraz poradniach medycyny paliatywnej. Spadek liczby osób oczekujących wystąpił natomiast w hospicjach stacjonarnych/ stacjonarnych ośrodkach opieki paliatywnej oraz hospicjach domowych dla dzieci/zespołach domowej opieki paliatywnej dla dzieci. W analizowanych komórkach organizacyjnych w 2025 r., względem 2024 r., obserwowano zarówno wzrosty, jak i spadki liczby osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia. Wzrost liczby osób skreślonych odnotowano m.in. w oddziałach medycyny paliatywnej oraz hospicjach stacjonarnych/ stacjonarnych ośrodkach opieki paliatywnej - odpowiednio o 169 oraz 198 osób. Spadek liczby osób skreślonych wystąpił natomiast w poradniach medycyny paliatywnej, hospicjach domowych/zespołach domowej opieki paliatywnej oraz hospicjach domowych dla dzieci/zespołach domowej opieki paliatywnej dla dzieci.

Tabela nr IV.9. Informacja o liczbie osób oczekujących oraz średnim rzeczywistym czasie oczekiwania na opiekę paliatywną i hospicyjną – „przypadki stabilne” – według stanu na koniec grudnia 2025 r.

Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Grudzień 2023			Grudzień 2024			Grudzień 2025		
		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
Hospicjum domowe / zespół domowej opieki paliatywnej	pilny	490	0	0	502	0	0	635	0	0
	stabilny	2 215	0	5	1 623	0	5	1 676	0	7
Hospicjum stacjonarne / stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej	pilny	151	0	0	152	0	0	144	0	0
	stabilny	534	0	3	613	0	3	585	0	3
Oddziały medycyny paliatywnej	pilny	18	0	0	39	0	0	51	0	0
	stabilny	360	0	2	265	0	3	312	0	2
Poradnie medycyny paliatywnej	pilny	13	0	0	9	0	0	23	0	0
	stabilny	89	0	3	122	0	5	123	0	4
Hospicjum domowe dla dzieci / zespół domowej opieki paliatywnej dla dzieci	pilny	0	0	0	1	0	0	1	0	0
	stabilny	29	0	0	29	0	0	26	0	0

Tabela nr IV.10. Informacje o osobach skreślonych w okresie 2023-2025 r. z list oczekujących na opiekę paliatywną i hospicyjną.

Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
		2023	średnio miesięcznie 2023	2024	średnio miesięcznie 2024	2025	średnio miesięcznie 2025
Hospicjum domowe / zespół domowej opieki paliatywnej	pilny	3 462	288	4 519	377	5 447	454
	stabilny	11 930	994	17 013	1 417	15 114	1 259
Hospicjum stacjonarne / stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej	pilny	1 609	134	2 146	179	2 394	199
	stabilny	5 311	442	5 563	464	5 513	459
Oddziały medycyny paliatywnej	pilny	643	53	742	62	873	73
	stabilny	2 139	178	2 738	228	2 776	231

Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
		2023	średnio miesięcznie 2023	2024	średnio miesięcznie 2024	2025	średnio miesięcznie 2025
Poradnie medycyny paliatywnej	pilny	349	29	468	39	664	55
	stabilny	2 395	199	2 566	214	2 226	185
Hospicjum domowe dla dzieci / zespół domowej opieki paliatywnej dla dzieci	pilny	7	1	10	1	21	2
	stabilny	168	14	237	20	155	13

IV.1.6. Leczenie stomatologiczne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2025 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu leczenia stomatologicznego: poradni ortodontycznych, poradni ortodontycznych dla dzieci, poradni chirurgii stomatologicznej, poradni periodontologicznych oraz chorób błon śluzowych przyzębia, a także poradni stomatologicznych. Największą medianę średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” odnotowano w poradniach ortodontycznych i wyniosła ona 83 dni, natomiast dla 75% tych poradni czas oczekiwania nie przekroczył 252 dni. Największą liczbę osób oczekujących odnotowano w poradniach stomatologicznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, gdzie według stanu na koniec grudnia 2025 r. oczekiwało 241,6 tys. osób. Największą liczbę osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia odnotowano również w poradniach stomatologicznych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”. Liczba ta wyniosła 1,3 mln osób w 2025 r. W porównaniu z 2024 rokiem liczba osób oczekujących dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wzrosła w poradniach ortodontycznych, poradniach ortodontycznych dla dzieci oraz poradniach chirurgii stomatologicznej, natomiast spadek liczby osób oczekujących odnotowano w poradniach periodontologicznych oraz chorób błon śluzowych przyzębia, a także poradniach stomatologicznych. W 2025 r. wzrost liczby osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wystąpił w poradniach ortodontycznych dla dzieci, poradniach periodontologicznych oraz chorób błon śluzowych przyzębia, natomiast w pozostałych komórkach organizacyjnych odnotowano spadek liczby osób skreślonych względem 2024 r.

Tabela nr IV.11. 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 2025 r.

Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	2023			2024			2025		
		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
Poradnie ortodontyczne	pilny	338	0	0	453	0	0	536	0	0
	stabilny	66 052	62	179	74 256	70	225	83 698	83	252

Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	2023			2024			2025		
		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
Poradnie ortodontyczne dla dzieci	pilny	25	0	0	16	0	0	17	0	0
	stabilny	6 410	62	224	9 372	78	198	11 005	49	203
Poradnie chirurgii stomatologicznej	pilny	492	0	0	317	0	0	374	0	0
	stabilny	40 710	20	64	50 616	31	75	55 103	38	82
Poradnie periodontologiczne oraz chorób błon śluzowych przyzębia	pilny	5	0	0	2	0	0	20	0	0
	stabilny	3 118	25	87	6 456	29	101	5 782	27	106
Poradnie stomatologiczne	pilny	438	0	0	477	0	0	584	0	0
	stabilny	279 853	0	17	252 680	0	20	241 631	0	23

Tabela nr IV.12. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2023 r. do 2025 r. z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu leczenia stomatologicznego.

Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
		2023	średnio miesięcznie 2023	2024	średnio miesięcznie 2024	2025	średnio miesięcznie 2025
Poradnie ortodontyczne	pilny	1 473	123	1 495	125	1 255	105
	stabilny	97 154	8 096	99 186	8 265	90 187	7 516
Poradnie ortodontyczne dla dzieci	pilny	82	7	130	11	294	24
	stabilny	17 654	1 471	14 421	1 201	15 493	1 292
Poradnie chirurgii stomatologicznej	pilny	3 841	320	2 047	171	2 735	228
	stabilny	118 333	9 862	124 530	10 377	117 922	9 827
Poradnie periodontologiczne oraz chorób błon śluzowych przyzębia	pilny	85	8	98	8	56	5
	stabilny	10 417	869	10 812	901	15 810	1 317
Poradnie stomatologiczne	pilny	6 641	553	7 017	585	7 572	631
	stabilny	1 499 421	124 952	1 457 233	121 437	1 321 591	110 133

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

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2025 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano na listach oczekujących na świadczenia z zakresu: endoprotezoplastyki stawu kolanowego, endoprotezoplastyki stawu biodrowego, fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych, rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, świadczeń z zakresu endokrynologii, kardiologii, kolonoskopii oraz gastrokopii. Najwyższą medianę średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” odnotowano dla świadczeń z zakresu rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych i wyniosła ona 239 dni, natomiast dla 75% świadczeniodawców realizujących to świadczenie czas oczekiwania nie przekroczył 532 dni. Kolejnym świadczeniem z wysoką wartością mediany średniego rzeczywistego czasu

oczekiwania była endoprotezoplastyka stawu kolanowego, dla której mediana wyniosła 209 dni, natomiast dla 75% świadczeniodawców realizujących to świadczenie czas oczekiwania nie przekroczył 402 dni. Wysoką medianę średniego rzeczywistego czasu oczekiwania odnotowano również dla fizjoterapii ambulatoryjnej, gdzie mediana wyniosła 178 dni, a kwartył trzeci 255 dni. Największą liczbę osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2025 r. odnotowano dla świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej oraz kolonoskopii. Dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” liczba ta wyniosła odpowiednio: 928,8 tys. osób oraz 204,6 tys. osób. Największą liczbę osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia odnotowano dla świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej. W 2025 r. liczba osób skreślonych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 1,54 mln osób. W porównaniu z 2024 rokiem wzrost liczby osób oczekujących dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” odnotowano w rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, endoprotezoplastyce stawu kolanowego, rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych, świadczeniach z zakresu endokrynologii, endoprotezoplastyce stawu biodrowego, kolonoskopii oraz gastrokopii. Spadek liczby osób oczekujących wystąpił natomiast w fizjoterapii ambulatoryjnej, świadczeniach z zakresu kardiologii oraz rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych. W 2025 r. wzrost liczby osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia względem 2024 r. odnotowano m.in. dla świadczeń z zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej w kategorii „przypadek pilny”, rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych, świadczeń z zakresu endokrynologii, kolonoskopii, kardiologii oraz gastrokopii. Spadek liczby osób skreślonych wystąpił natomiast dla świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, endoprotezoplastyki stawu kolanowego, fizjoterapii ambulatoryjnej w kategorii „przypadek stabilny”, endoprotezoplastyki stawu biodrowego oraz rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych.

Tabela nr IV.13. 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 2025 r.

Nazwa komórki organizacyjnej/ świadczenia	Kategoria medyczna (przypadek)	2023			2024			2025		
		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
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	pilny	31 754	42	73	35 349	48	85	38 136	53	95
	stabilny	93 700	193	697	91 487	208	493	84 938	239	532
Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	pilny	21 919	71	176	22 676	67	173	26 360	89	217
	stabilny	66 507	197	518	65 748	155	408	73 070	209	402
Fizjoterapia ambulatoryjna	pilny	269 307	68	127	385 595	91	150	468 706	110	176
	stabilny	812 978	137	213	883 652	161	233	928 769	178	255
Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	pilny	930	2	62	1 475	12	70	1 993	42	131
	stabilny	6 839	105	206	8 150	120	212	9 085	173	256
Świadczenia z zakresu endokrynologii	pilny	22 761	56	123	30 043	70	147	34 742	62	138
	stabilny	122 896	187	295	127 844	188	318	128 317	171	308

Nazwa komórki organizacyjnej/ świadczenia	Kategoria medyczna (przypadek)	2023			2024			2025		
		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
Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	pilny	16 017	64	141	17 329	60	139	19 602	73	180
	stabilny	45 316	174	437	45 738	145	307	49 770	166	311
Kolonoskopia	pilny	30 015	47	86	48 492	60	96	61 851	65	117
	stabilny	148 421	114	170	182 226	131	192	204 644	142	209
Świadczenia z zakresu kardiologii	pilny	39 625	36	86	52 240	48	91	51 213	39	82
	stabilny	212 901	113	188	209 848	112	187	194 788	89	160
Gastroskopia	pilny	16 885	27	51	29 127	37	65	36 700	37	70
	stabilny	86 504	67	106	108 658	78	127	119 134	81	137
Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych	pilny	1 069	5	11	1 388	5	12	1 714	6	15
	stabilny	9 057	69	263	8 785	61	313	8 629	69	289

Tabela nr IV.14. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2023 r. do 2025 r. z list oczekujących na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej.

Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna (przypadek)	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
		2023	średnio miesięcznie 2023	2024	średnio miesięcznie 2024	2025	średnio miesięcznie 2025
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	pilny	74 964	6 247	83 996	6 999	82 268	6 855
	stabilny	47 647	3 970	45 011	3 751	42 880	3 573
Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	pilny	18 369	1 531	18 355	1 529	15 771	1 314
	stabilny	23 051	1 921	22 904	1 909	21 076	1 756
Fizjoterapia ambulatoryjna	pilny	656 294	54 691	784 711	65 359	860 179	71 681
	stabilny	1 811 923	150 993	1 779 354	148 279	1 540 103	128 341
Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	pilny	1 508	125	2 104	175	2 125	177
	stabilny	8 959	746	9 267	772	9 228	769
Świadczenia z zakresu endokrynologii	pilny	59 562	4 963	71 334	5 944	89 073	7 423
	stabilny	199 580	16 632	213 536	17 795	224 337	18 695
Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	pilny	23 674	1 973	22 797	1 899	19 637	1 636
	stabilny	27 959	2 330	25 888	2 157	22 993	1 916
Kolonoskopia	pilny	93 812	7 818	128 627	10 719	154 110	12 842
	stabilny	340 841	28 403	366 220	30 518	374 609	31 217
Świadczenia z zakresu kardiologii	pilny	148 432	12 369	183 552	15 296	229 159	19 096
	stabilny	595 182	49 598	603 992	50 332	601 885	50 157
Gastroskopia	pilny	88 112	7 342	123 126	10 260	145 128	12 094
	stabilny	346 857	28 905	364 489	330 374	360 593	30 049
Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych	pilny	10 992	916	12 002	1 000	12 131	1 010
	stabilny	7 906	659	7 978	665	7 609	635

IV.1.8. Komórki organizacyjne oraz świadczenia, w których nastąpiła w okresie od grudnia 2024 r. do grudnia 2025 r. zmiana liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób

Poniżej zaprezentowano dane dotyczące komórek organizacyjnych i świadczeń, w przypadku których od grudnia 2024 r. do grudnia 2025 r. nastąpiła zmiana liczby osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny” i „przypadek stabilny” o co najmniej 10 tys. osób. Największy wzrost liczby osób oczekujących odnotowano w przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej oraz kolonoskopii i wyniósł odpowiednio: 128,2 tys. osób oraz 35,8 tys. osób. Wzrost liczby osób oczekujących zaobserwowano również w przypadku świadczeń tomografii komputerowej (28,7 tys. osób), zakładów/ośrodków rehabilitacji leczniczej dziennej (23,8 tys. osób), świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu (22,4 tys. osób), gastroskopii (18 tys. osób), poradni neurochirurgicznej (14,5 tys. osób), poradni genetycznej (14,4 tys. osób), poradni dermatologicznej (13,9 tys. osób) oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego (11 tys. osób). W analizowanym okresie, spadek liczby osób oczekujących odnotowano natomiast w przypadku poradni położniczo-ginekologicznej (10,5 tys. osób), poradni stomatologicznej (10,9 tys. osób), poradni alergologicznej (12,1 tys. osób), świadczeń z zakresu kardiologii (16,1 tys. osób) oraz poradni gastroenterologicznej dla dzieci (15,8 tys. osób). Największy spadek liczby osób oczekujących wystąpił w poradni okulistycznej (458,3 tys. osób), poradni neurologicznej (312,4 tys. osób), poradni otorynolaryngologicznej (177,2 tys. osób), poradni urologicznej (140 tys. osób) oraz poradni gastroenterologicznej (112,2 tys. osób). W przypadku części ww. poradni spadek liczby osób oczekujących może pozostawać w związku ze zmianą sposobu prowadzenia harmonogramów przyjęć i list oczekujących oraz sukcesywnym przejściem świadczeniodawców z komunikatu LIO CZ do aplikacji AP-KOLCE w 2025 r., co wpływało na zakres i kompletność danych raportowanych w okresie przejściowym. W 2025 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” najwięcej osób skreślono z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia w przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej - 1,5 mln osób, poradni stomatologicznej - 1,3 mln osób, świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu - 1,2 mln osób, poradni położniczo-ginekologicznej - 1,2 mln osób oraz świadczeń tomografii komputerowej - 1,2 mln osób. W porównaniu z 2024 r. wzrost liczby osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia odnotowano dla fizjoterapii ambulatoryjnej, kolonoskopii, świadczeń tomografii komputerowej, zakładów/ośrodków rehabilitacji leczniczej dziennej, świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, gastroskopii, poradni neurochirurgicznej, poradni genetycznej oraz poradni dermatologicznej. Spadek liczby osób skreślonych wystąpił natomiast w przypadku endoprotezoplastyki stawu kolanowego, poradni położniczo-ginekologicznej, poradni stomatologicznej, poradni alergologicznej oraz świadczeń z zakresu kardiologii.

Tabela nr IV.15. Wykaz komórek organizacyjnych, świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których w ciągu roku, porównując dane z grudnia 2024 r. do grudnia 2025 r., nastąpiła zmiana w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób.

Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2023			Grudzień 2024			Grudzień 2025			Zmiana liczby osób oczekujących ogółem w grudniu 2024 r. w stosunku do grudnia 2025 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	
Fizjoterapia ambulatoryjna	pilny	269 307	68	127	385 595	91	150	468 706	110	176	128 228
	stabilny	812 978	137	213	883 652	161	233	928 769	178	255	
Kolonoskopia	pilny	30 015	47	86	48 492	60	96	61 851	65	117	35 777
	stabilny	148 421	114	170	182 226	131	192	204 644	142	209	
Tomografia komputerowa	pilny	26 091	10	21	38 589	12	25	47 758	13	25	28 672
	stabilny	113 977	21	44	139 685	23	51	159 188	24	50	
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	pilny	44 895	49	130	64 422	74	161	79 864	104	199	23 763
	stabilny	90 410	123	248	107 058	156	280	115 379	184	329	
Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	pilny	41 033	23	46	60 718	28	53	73 892	27	49	22 400
	stabilny	189 877	49	89	206 931	54	96	216 157	54	87	
Gastroskopia	pilny	16 885	27	51	29 127	37	65	36 700	37	70	18 049
	stabilny	86 504	67	106	108 658	78	127	119 134	81	137	
Poradnia neurochirurgiczna	pilny	24 780	137	249	33 368	174	293	42 563	187	297	14 471
	stabilny	50 322	210	292	53 935	251	369	59 211	274	387	
Poradnia genetyczna	pilny	5 657	50	118	9 676	61	147	14 381	99	206	14 449
	stabilny	30 323	132	218	39 423	178	303	49 167	253	380	
Poradnia dermatologiczna	pilny	12 478	6	26	20 701	14	40	26 035	17	42	13 878
	stabilny	160 504	35	71	170 052	37	82	178 596	42	86	
Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	pilny	21 919	71	176	22 676	67	173	26 360	89	217	11 066
	stabilny	66 507	197	518	65 748	155	408	73 070	209	402	
Poradnia położniczo-ginekologiczna	pilny	1 305	0	0	1 432	0	0	1 701	0	0	-10 487
	stabilny	148 898	10	26	147 952	11	25	137 196	12	28	
Poradnia stomatologiczna	pilny	438	0	0	477	0	0	584	0	0	-10 942
	stabilny	279 853	0	17	252 680	0	20	241 631	0	23	
Poradnia alergologiczna	pilny	4 931	14	52	8 240	34	74	7 437	26	64	-12 118
	stabilny	79 189	79	137	70 396	86	145	59 081	68	129	
Świadczenia z zakresu kardiologii	pilny	39 625	36	86	52 240	48	91	51 213	39	82	-16 087
	stabilny	212 901	113	188	209 848	112	187	194 788	89	160	

Tabela nr IV.16. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń-grudzień 2023 r., 2024 r. i 2025 r. z list oczekujących do komórek organizacyjnych, świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których, porównując dane za grudzień 2024 r. i grudzień 2025 r., nastąpiła zmiana w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób.

Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
		2023	średnio miesięcznie 2023	2024	średnio miesięcznie 2024	2025	średnio miesięcznie 2025
Fizjoterapia ambulatoryjna	pilny	656 294	54 691	784 711	65 359	860 179	71 681
	stabilny	1 811 923	150 993	1 779 354	148 279	1 540 103	128 341

Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
		2023	średnio miesięcznie 2023	2024	średnio miesięcznie 2024	2025	średnio miesięcznie 2025
Kolonoskopia	pilny	93 812	7 818	128 627	10 719	154 110	12 842
	stabilny	340 841	28 403	366 220	30 518	374 609	31 217
Tomografia komputerowa	pilny	324 949	27 079	402 888	33 574	444 173	37 014
	stabilny	1 125 237	93 770	1 178 027	98 169	1 179 308	98 276
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	pilny	80 385	6 698	98 842	8 236	114 392	9 533
	stabilny	130 329	10 861	143 539	11 962	138 942	11 578
Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	pilny	290 216	24 185	394 219	32 851	507 001	42 250
	stabilny	1 185 973	98 831	1 189 778	99 148	1 197 286	99 773
Gastroskopia	pilny	88 112	7 342	123 126	10 260	145 128	12 094
	stabilny	346 857	28 905	364 489	30 374	360 593	30 049
Poradnia neurochirurgiczna	pilny	26 110	2 175	31 469	2 622	37 639	3 136
	stabilny	55 484	4 623	48 037	4 003	46 280	3 857
Poradnia genetyczna	pilny	10 322	860	14 519	1 209	18 921	1 576
	stabilny	37 366	3 113	42 435	3 536	42 966	3 580
Poradnia dermatologiczna	pilny	76 056	6 338	109 262	9 105	151 426	12 618
	stabilny	810 638	67 553	808 205	67 350	802 750	66 895
Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	pilny	18 369	1 531	18 355	1 529	15 771	1 314
	stabilny	23 051	1 921	22 904	1 909	21 076	1 756
Poradnia położniczo-ginekologiczna	pilny	9 011	750	10 987	915	12 503	1 042
	stabilny	1 228 194	102 349	1 319 887	109 990	1 177 835	98 153
Poradnia stomatologiczna	pilny	6 641	553	7 017	585	7 572	631
	stabilny	1 499 421	124 952	1 457 233	121 437	1 321 591	110 133
Poradnia alergologiczna	pilny	24 786	2 065	34 690	2 890	46 505	3 875
	stabilny	235 668	19 639	246 281	20 523	231 698	19 308
Świadczenia z zakresu kardiologii	pilny	148 432	12 369	183 552	15 296	229 159	19 096
	stabilny	595 182	49 598	603 992	50 332	601 885	50 157

IV.1.9. Przyczyny ograniczonej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej

Poniżej zostały przedstawione najczęstsze przyczyny wydłużonego czasu oczekiwania na następujące świadczenia:

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej do: poradni chorób tarczycy, poradni neurochirurgicznych, poradni endokrynologicznych, poradni kardiologicznych dla dzieci oraz poradni genetycznych;
- leczenia szpitalnego realizowanego w: oddziałach otorynolaryngologicznych dla dzieci, oddziałach otorynolaryngologicznych, oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej, oddziałach neurochirurgicznych oraz oddziałach reumatologicznych;
- rehabilitacji leczniczej realizowanej w zakresie: zakładów/ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, fizjoterapii

ambulatoryjnej, rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych oraz poradni rehabilitacyjnych dla dzieci;

- opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień realizowanych w: poradniach psychogeriatrycznych, oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych, poradniach dla osób z autyzmem dziecięcym, poradniach zdrowia psychicznego oraz poradniach leczenia nerwic;
- świadczeń stomatologicznych realizowanych w: poradniach ortodontycznych, poradniach ortodontycznych dla dzieci, poradniach chirurgii stomatologicznej, poradniach periodontologicznych oraz chorób błon śluzowych przyzębia, a także poradniach stomatologicznych;
- opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowanej w: hospicjach domowych/zespołach domowej opieki paliatywnej, hospicjach stacjonarnych/stacjonarnych ośrodkach opieki paliatywnej, oddziałach medycyny paliatywnej, poradniach medycyny paliatywnej oraz hospicjach domowych dla dzieci/zespołach domowej opieki paliatywnej dla dzieci;
- wybranych świadczeń opieki zdrowotnej, dla których prowadzone są listy oczekujących, tj.: rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, endoprotezoplastyki stawu kolanowego, fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych, świadczeń z zakresu endokrynologii, endoprotezoplastyki stawu biodrowego, kolonoskopii, świadczeń z zakresu kardiologii, gastrokopii oraz rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych.

Większość przyczyn ograniczonej dostępności do świadczeń ma charakter ogólnokrajowy i wynika przede wszystkim z niewystarczającej liczby personelu medycznego, w tym lekarzy określonych specjalności, m.in. neurochirurgów, neurologów, psychiatrów, dermatologów, ortopedów, endokrynologów i otorynolaryngologów, a także fizjoterapeutów. Występują również przyczyny regionalne związane z ograniczoną liczbą miejsc udzielania świadczeń oraz niewystarczającą liczbą świadczeniodawców zainteresowanych zawieraniem umów z NFZ. Pomimo obserwowanego wzrostu liczby osób skreślonych z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia, w części zakresów świadczeń nadal utrzymuje się wysoka mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania oraz wysoka liczba osób oczekujących na udzielenie świadczenia.

Wśród najczęstszych przyczyn ograniczonej dostępności do powyższych świadczeń, można wyróżnić:

- zwiększające się zapotrzebowanie na świadczenia wynikające ze zmian demograficznych, w tym starzenia się społeczeństwa oraz wzrostu liczby pacjentów z chorobami przewlekłymi;
- niewystarczającą liczbę lekarzy określonych specjalności oraz trudności w pozyskiwaniu personelu medycznego;
- ograniczenia finansowe wynikające z wartości zawartych umów oraz niewystarczającego poziomu finansowania części świadczeń;

- preferowanie przez pacjentów dużych ośrodków i świadczeniodawców o ugruntowanej renomie, co powoduje nierównomierne obciążenie list oczekujących;
- utrzymywanie pacjentów pod opieką poradni specjalistycznych dłużej niż wymaga tego stan zdrowia oraz niewystarczające przekazywanie pacjentów pod opiekę podstawowej opieki zdrowotnej;
- kierowanie pacjentów do poradni specjalistycznych lub na badania diagnostyczne bez wcześniejszego wykorzystania innych metod diagnostycznych lub możliwości leczenia w podstawowej opiece zdrowotnej;
- wzrost liczby wykonywanych badań diagnostycznych, w szczególności tomografii komputerowej, skutkujący dalszym zwiększaniem liczby osób oczekujących;
- kwalifikowanie większej liczby pacjentów do kategorii medycznej „przypadek pilny”, nie zawsze znajdujące uzasadnienie medyczne;
- wyznaczanie odległych terminów udzielenia świadczenia na życzenie pacjentów oraz trudności w odwoływaniu wizyt i aktualizacji terminów;
- niewykorzystywanie przez pacjentów informacji o krótszych terminach udzielania świadczeń u innych świadczeniodawców;
- błędy i nieprawidłowości w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących, w tym przypadki podwójnego wykazywania pacjentów w kilku kolejkach;
- brak zainteresowania świadczeniodawców zawieraniem umów z NFZ w mniejszych miejscowościach;
- niepodawanie lub nieaktualizowanie przez pacjentów danych kontaktowych, co utrudnia skuteczne przypominanie o terminach świadczeń;
- brak limitów dla pacjentów pozostających pod kontrolą poradni specjalistycznych bez ustalonego planu leczenia;
- wzrost liczby pacjentów niezgłaszających się na umówione wizyty. Liczba osób, które zostały skreślone z list oczekujących z powodu niezgłoszenia się na umówioną wizytę wynosiła odpowiednio: w 2023 r. - 1,28 mln osób, w 2024 r. – 1,35 mln osób, natomiast w 2025 r. – 2,28 mln osób.

OW NFZ wskazywały również na potrzebę dalszej poprawy dostępności świadczeń, w szczególności poprzez zwiększenie liczby miejsc udzielania świadczeń i obsady personelu medycznego oraz usprawnienie organizacji harmonogramów przyjęć.

Wybrane działania związane z obowiązkiem sprawozdawczym z zakresu list oczekujących, podejmowane albo wnioskowane przez NFZ w okresie objętym niniejszym opracowaniem w celu zminimalizowania zjawiska ograniczonej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej:

- kontynuowanie realizacji świadczeń opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ), obejmujących schorzenia z zakresu: kardiologii, diabetologii, chorób

płuc, alergologii i endokrynologii.^{24,25}. Opieka koordynowana w POZ obejmuje poszerzony katalog badań diagnostycznych, wdrożenie Indywidualnego Planu Opieki Medycznej (IPOM) oraz możliwość konsultacji pomiędzy lekarzem POZ a lekarzem specjalistą;

- utrzymanie oraz zwiększenie o 5,4% dodatku kwotowego do stawki kapitałowej za objęcie opieką świadczeniobiorców chorych przewlekłe, uzależnionego od liczby grup rodzinnych oraz sprawozdania odpowiednich rozpoznań według klasyfikacji ICD-10²⁶;
- monitorowanie obowiązku przekazywania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia każdego dnia roboczego, z wyłączeniem sobót, niedziel oraz dni ustawowo wolnych od pracy;
- aktualizacja słownika uprawnień dodatkowych związanego z uprawnieniami do korzystania poza kolejnością ze świadczeń w podmiotach leczniczych;
- monitorowanie działania narzędzia automatycznej weryfikacji osób zmarłych wpisanych na listy oczekujących;
- wprowadzenie i monitorowanie działania wyróżnika w sprawozdawczości o udzielaniu świadczeń także dzieciom w komórkach dla dorosłych;
- dostosowywanie i aktualizacja procesu walidacji i weryfikacji danych przekazywanych w sprawozdawczości świadczeniodawców np. sprawdzenia zapewniającego spełnienie wymogu, że osoba wpisana na listę oczekujących na określoną procedurę medyczną lub świadczenie w określonym zakresie nie może być jednocześnie wykazana na liście oczekujących na udzielenie tego świadczenia w innej komórce organizacyjnej, w której ta procedura lub świadczenie w określonym zakresie będą wykonywane;
- aktualizacja zakresu danych przekazywanych w komunikatach sprawozdawczych;
- weryfikacja sprawozdawczości z zakresu harmonogramów przyjęć/list oczekujących;
- rozwój funkcjonalności Rejestru Endoprotezoplastyk;
- dostosowywanie elementów systemu sprawozdawczego do zmieniających się potrzeb związanych ze zmianami prawa powszechnie obowiązującego;
- prowadzenie monitoringu i analizowanie wykonywania świadczeń w celu znoszenia limitów na wybrane świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz leczenia szpitalnego;
- powiadamianie pacjentów o zbliżającym się terminie udzielenia świadczenia - usługa sms realizowana świadczeń sprawozdawanych w aplikacji AP-KOLCE. W 2023 r. liczba

²⁴ Zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

²⁵ Zarządzenie Nr 47/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

²⁶ Zarządzenie Nr 22/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 marca 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna

wysłanych smsów z przypomnieniem o terminie wizyty wynosiła 12 mln, w 2024 r. – 12 mln, natomiast w 2025 r. - 25 mln. Wzrost liczby wysyłanych wiadomości SMS w 2025 r. związany był z rozszerzeniem katalogu świadczeń objętych obowiązkiem prowadzenia harmonogramów przyjęć w aplikacji AP-KOLCE, wynikającym ze zmiany przepisów wykonawczych dotyczących zakresu danych przekazywanych przez świadczeniodawców²⁷;

- wdrożenie zmian w zakresie sprawozdawczości z zakresu list oczekujących, wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia²⁸, obejmujących obowiązek oznaczania przedziałów wiekowych dla dzieci w komórkach dla dorosłych, wskazywanie dostępności znieczulenia przy gastrokopii i kolonoskopii oraz modyfikację sposobu wyliczania średniego rzeczywistego czasu oczekiwania;
- kontynuacja pilotażu centralnej e-rejestracji²⁹ na wybrane świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, obejmujące świadczenia z zakresu kardiologii oraz realizację świadczeń w ramach programów profilaktycznych: profilaktyki raka szyjki macicy (cytologia) i profilaktyki raka piersi (mammografia).

Od wielu lat NFZ prowadzi systematyczne monitorowanie efektów wprowadzanych zmian pod względem dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Kluczowymi wnioskami z prowadzonych prac jest:

- wprowadzenie współczynników korygujących dodatnich i zwiększanie wyceny świadczeń pierwszorazowych nie wpływa na skrócenie kolejek, w szczególności w krótkim okresie;
- brak limitów finansowania na świadczenia pierwszorazowe wpłynęło jedynie na czasowe zwiększenie liczby przyjmowanych pacjentów pierwszorazowych;
- brak limitów na wszystkie świadczenia zatrzymało pozytywny trend w zakresie zwiększania liczby przyjmowanych pacjentów pierwszorazowych a także doprowadziło do ogólnego zwiększenia wolumenu udzielanych świadczeń.

Fundusz we współpracy z Ministerstwem Zdrowia podjął działania mające na celu wprowadzenie nowego mechanizmu, którego celem miało być zwiększenie dostępności do świadczeń dla pacjentów pierwszorazowych. NFZ jako płatnik publiczny, zobowiązany jest do efektywnego gospodarowania środkami. Świadczenia nagłe, obiektywnie zdefiniowane, takie jak poród czy zawał, są świadczeniami, których wolumen nie może być przekroczony populacyjnie – występowanie tych stanów jest obiektywne. Istnieją jednak świadczenia, które przy bezlimitowym finansowaniu mogą być bezpodstawnie namnażane, stąd potrzeba wprowadzania mechanizmów, które nie ograniczają dostępu do świadczeń niezbędnych, a przy

²⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 13 lutego 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r., poz. 205).

²⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

²⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego centralnej elektronicznej rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych.

tym promują ich optymalną strukturę pod kątem dostępności i jakości udzielanych świadczeń. Prezes NFZ posiadając uprawnienia do wprowadzania współczynników korygujących mających na celu „w szczególności polepszenie jakości i zwiększenie dostępności udzielanych świadczeń” zgodnie z art. 16 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, zaproponował mechanizm polegający na wyznaczeniu mediany udziału świadczeń pierwszorazowych wg zakresu świadczeń.

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 uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową, w poszczególnych OW NFZ w 2025 r. oraz wskaźnik dostępności niniejszych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Tabela nr IV.17. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w 2025 r. w podziale na OW NFZ.

Oddział NFZ	Ogółem liczba uprawnionych	Liczba zrealizowanych skierowań	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 727 554	40 526	149
Kujawsko-Pomorski	1 840 564	27 346	149
Lubelski	1 863 993	18 780	101
Lubuski	914 291	10 221	112
Łódzki	2 289 086	33 369	146
Małopolski	3 256 577	40 846	125
Mazowiecki	5 519 380	66 760	121
Opolski	826 697	10 110	122
Podkarpacki	1 875 230	18 985	101
Podlaski	1 043 329	11 229	108
Pomorski	2 245 185	21 371	95
Śląski	4 056 049	63 362	156
Świętokrzyski	1 069 587	16 331	153
Warmińsko- Mazurski	1 211 441	10 467	86
Wielkopolski	3 404 758	39 340	116
Zachodniopomorski	1 499 875	12 822	85
Razem	35 643 596	441 865	124

W poniższych tabelach przedstawiono dane dotyczące liczby osób, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w poszczególnych zakresach świadczeń w 202 r. oraz wskaźniki dostępności do 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 pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczeń udzielanych przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” oraz zespół transportu medycznego w 2025 r. w podziale na OW NFZ.

Oddział NFZ	Ogółem liczba uprawnionych	Wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”		Zespół transportu medycznego	
		Liczba osób, którym udzielono świadczeń	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej	Liczba osób, którym udzielono świadczeń	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 727 554	296	1,09	2 491	9,13
Kujawsko-Pomorski	1 840 564	323	1,75	4 202	22,83
Lubelski	1 863 993	297	1,59	493	2,64
Lubuski	914 291	65	0,71	1 441	15,76
Łódzki	2 289 086	345	1,51	1 292	5,64
Małopolski	3 256 577	558	1,71	1 305	4,01
Mazowiecki	5 519 380	904	1,64	5 280	9,57
Opolski	826 697	145	1,75	1 530	18,51
Podkarpacki	1 875 230	248	1,32	4 482	23,90
Podlaski	1 043 329	158	1,51	2 095	20,08
Pomorski	2 245 185	366	1,63	3 932	17,51
Śląski	4 056 049	928	2,29	5 271	13,00
Świętokrzyski	1 069 587	101	0,94	1 727	16,15
Warmińsko- Mazurski	1 211 441	232	1,92	3 298	27,22
Wielkopolski	3 404 758	536	1,57	4 101	12,04
Zachodniopomorski	1 499 875	144	0,96	971	6,47
Razem	35 643 596	5 646	1,58	43 911	12,32

W 2025 r. funkcjonowało łącznie 1 714 zespołów ratownictwa medycznego, w tym: 1 493 podstawowe zespoły ratownictwa medycznego (w tym 7 wodnych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego) oraz 221 specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego. Wskazana liczba zawiera informację o wszystkich zespołach ratownictwa medycznego, uwzględniając również zespoły funkcjonujące czasowo, okresowo (sezonowo) oraz czasowo-okresowo. Ogólna liczba zespołów ratownictwa medycznego wzrosła w 2025 r. względem roku poprzedniego o 39 (2,3%), przy czym liczba specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 28. Wzrosła o 67 liczba podstawowych zespołów ratownictwa medycznego. Wskazane powyżej zmiany 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.19. Liczba zakontraktowanych na 2025 r. zespołów ratownictwa medycznego w podziale na rodzaj zespołów oraz informacje, dotyczące ich dostępności w latach 2024-2025.

Liczba zespołów ratownictwa medycznego*			
Rodzaj zespołu	Liczba zespołów w 2024 r.	Liczba zespołów w 2025 r.	Liczba zespołów w 2025 r. w stosunku do liczby zespołów w 2024 r.
Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	1 426	1 493	104,7%
Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	249	221	88,8%

Razem	1 675	1 714	102,3%
Dostępność zespołów ratownictwa medycznego**			
Rodzaj zespołu	Liczba zespołów w 2024 r.	Liczba zespołów w 2025 r.	Dostępność zespołów w 2025 r. w stosunku do dostępności zespołów w 2024 r.
Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	1 321,13	1 403,45	106,2%
Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	277,78	224,14	80,7%
Razem	1 598,91	1 627,59	101,8%
*) 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 2024-2025, 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 2025 r. o 1,8% wyższa niż w 2024 r., przy czym dostępność podstawowych zespołów wzrosła o 6,2%, natomiast dostępność specjalistycznych zespołów zmniejszyła się o 19,3%.

Odnosząc się do liczby zespołów ratownictwa medycznego przypadających na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach, to wskaźników przyjmuje:

- najwyższe wartości w województwach: warmińsko – mazurskim (0,62), lubuskim (0,57) oraz zachodniopomorskim (0,53);
- najniższe wartości w województwach: małopolskim (0,37), wielkopolskim (0,38) oraz dolnośląskim i mazowieckim (po 0,39).

Średnia liczba zespołów ratownictwa medycznego w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w skali kraju wyniosła w 2025 r. 0,44.

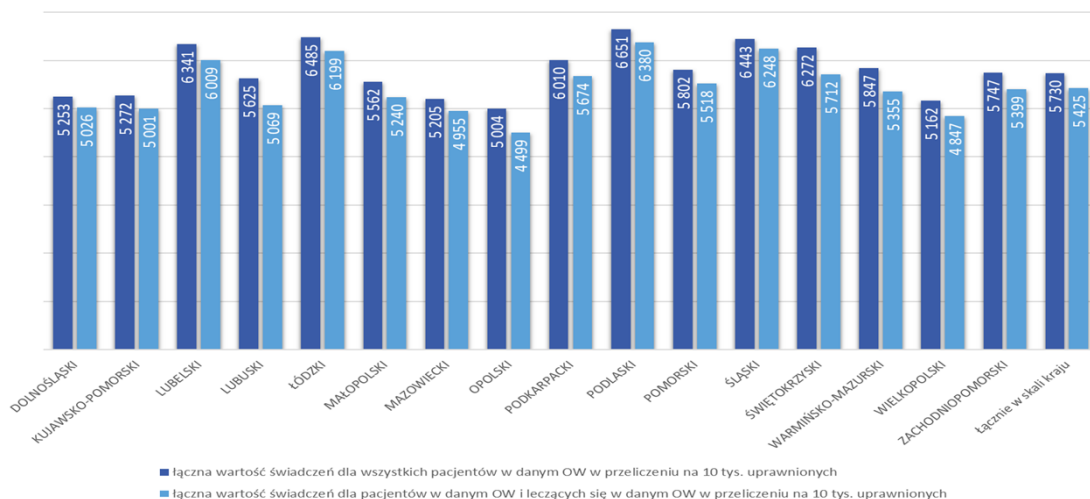
Tabela nr IV.20. Liczba zakontraktowanych zespołów ratownictwa medycznego w 2025 r. w odniesieniu do ludności województw.

Oddział NFZ	Ludność w tys. os. (wg GUS stan na 30.06.2025 r.)	Liczba ZRM w 2025 r. (z uwzględnieniem dostępności)	Liczba osób (w tys.) przypadająca na jeden ZRM w 2025 r.	Liczba ZRM w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w 2025 r.
Dolnośląski	2 862,44	111,52	25,67	0,39
Kujawsko-Pomorski	1 977,54	98	20,18	0,5
Lubelski	1 987,79	96,34	20,63	0,48
Lubuski	966,39	55	17,57	0,57
Łódzki	2 336,68	105,91	22,06	0,45
Małopolski	3 427,66	127,42	26,9	0,37
Mazowiecki	5 506,41	214,25	25,7	0,39
Opolski	926,84	41,79	22,18	0,45
Podkarpacki	2 057,92	96,75	21,27	0,47
Podlaski	1 129,48	58,81	19,21	0,52

Oddział NFZ	Ludność w tys. os. (wg GUS stan na 30.06.2025 r.)	Liczba ZRM w 2025 r. (z uwzględnieniem dostępności)	Liczba osób (w tys.) przypadająca na jeden ZRM w 2025 r.	Liczba ZRM w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w 2025 r.
Pomorski	2 358,78	98,22	24,01	0,42
Śląski	4 275,43	173,84	24,59	0,41
Świętokrzyski	1 152,54	48	24,01	0,42
Warmińsko- Mazurski	1 343,92	83,67	16,06	0,62
Wielkopolski	3 474,83	132,93	26,14	0,38
Zachodniopomorski	1 617,42	85,13	19	0,53
Razem	37 402,05	1 627,59	22,98	0,44

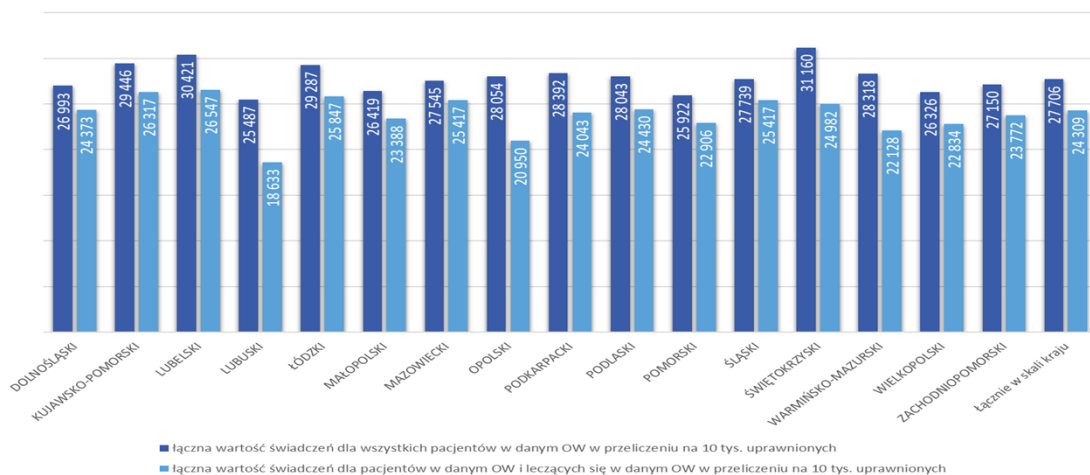
Koszty świadczeń w pozostałych rodzajach świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych

Wykres nr IV.1. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez OW NFZ na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (w tys. zł.) w 2025 r.



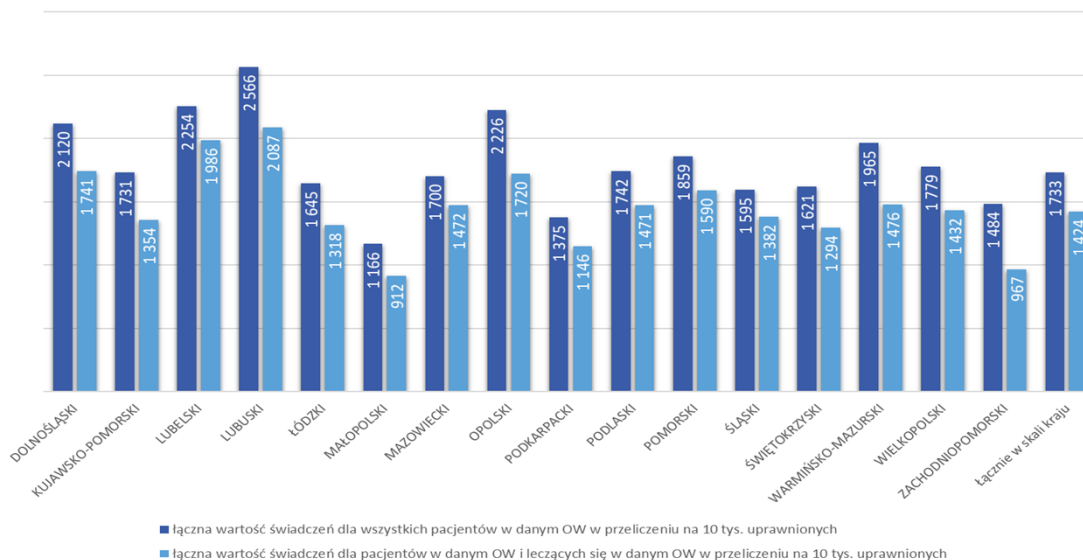
Największy wskaźnik wydatków w AOS w przeliczeniu na 10 tys. „swoich” uprawnionych na terenie całego kraju w 2025 r., podobnie jak w roku ubiegłym, osiągnął oddział podlaski (6 651 tys. zł).

Wykres nr IV.2. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez OW NFZ na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju leczenie szpitalne w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (w tys. zł.) w 2025 r.



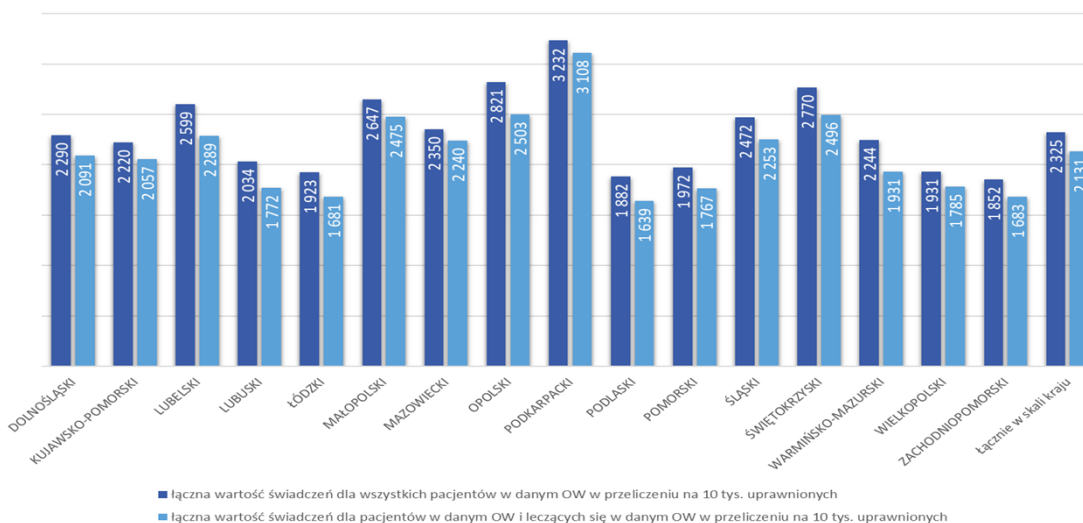
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono w 2025 r. na rzecz uprawnionych z danego OW NFZ łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik w leczeniu szpitalnym na 10 tys. mieszkańców, poniosły oddziały świętokrzyski (31 160 tys. zł) i lubelski (30 421 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 (w tys. zł.) w 2025 r.



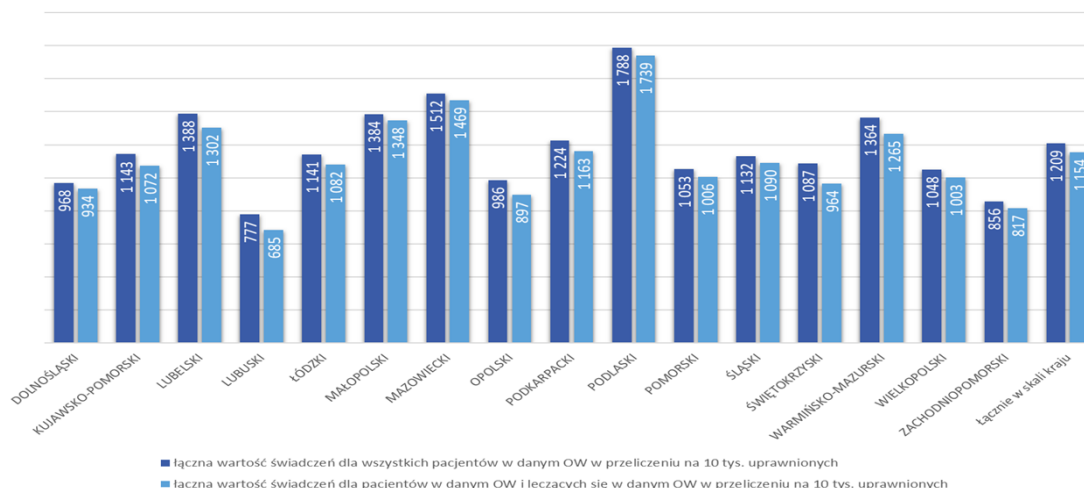
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poszczególne oddziały poniosły na leczenie uprawnionych w danym oddziale łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń uprawnionych rozliczone we „własnym” OW NFZ. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu psychiatrycznym i leczeniu uzależnień w 2025 r. osiągnął, podobnie jak w roku ubiegłym, Lubuski OW NFZ (2 566 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 w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (w tys. zł.) w 2025 r.



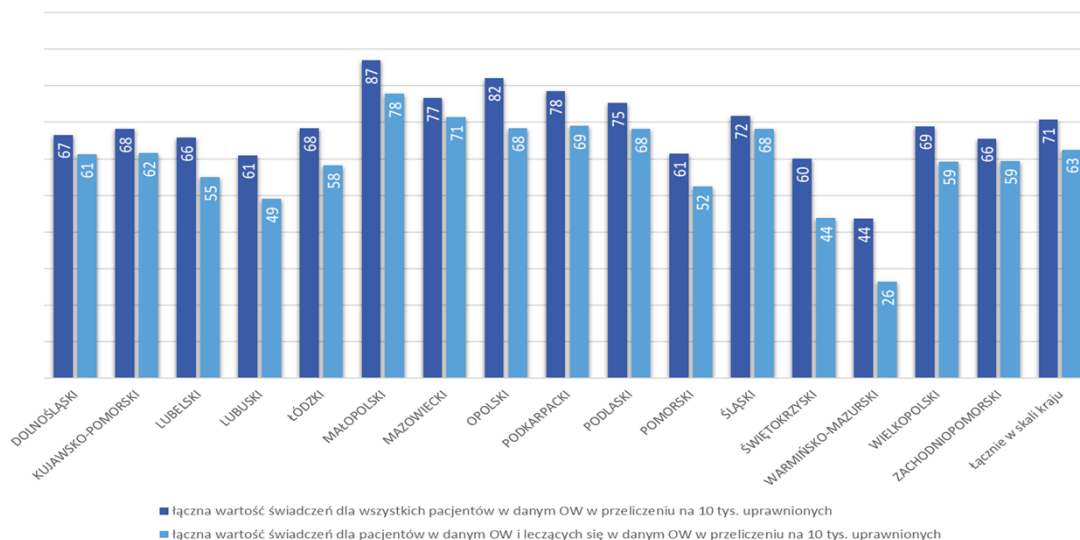
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w rodzaju rehabilitacja lecznicza na 10 tys. ubezpieczonych w 2025 r. osiągnął, podobnie jak w roku poprzednim, Podkarpacki OW NFZ (3 232 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 (w tys. zł.) w 2025 r.



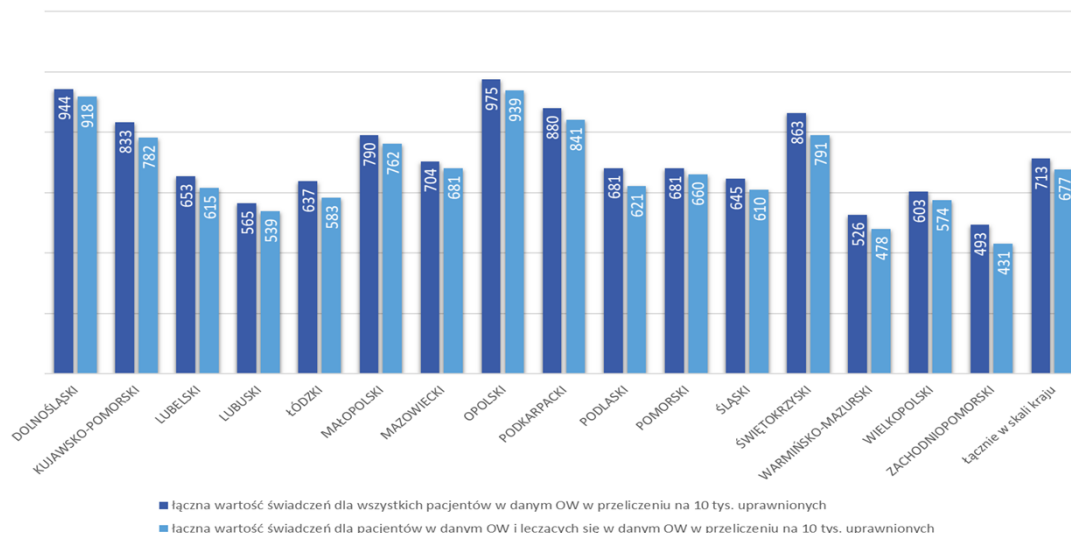
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego OW NFZ łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największe koszty w leczeniu stomatologicznym w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2025 r. osiągnęły oddziały: podlaski (1 788 tys. zł), mazowiecki (1 512 tys. zł) i lubelski (1 388 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 (w tys. zł.) w 2025 r.



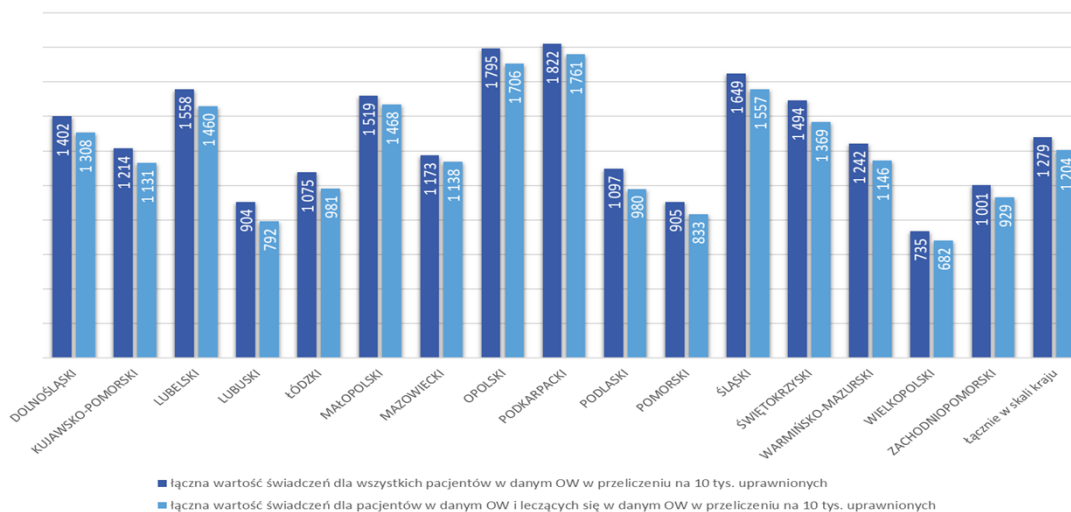
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego OW NFZ łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największe koszty w profilaktycznych programach zdrowotnych osiągnął oddział małopolski (87 tys. zł) a najmniej oddział warmińsko-mazurski (44 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 (w tys. zł.) w 2025 r.



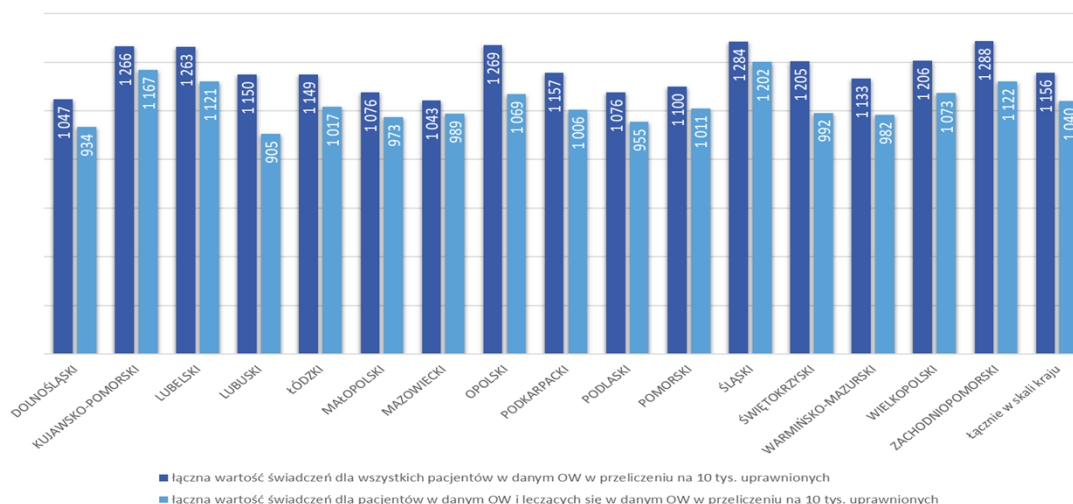
Powyższy wykres przedstawia koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2025 r. osiągnęły oddziały: opolski 975 tys. zł, dolnośląski 944 tys. zł. i podkarpacki 880 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 (w tys. zł.) w 2025 r.



Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (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 2025 r. osiągnęły oddziały: podkarpacki 1 822 tys. zł, opolski 1 795 tys. zł oraz śląski 1 649 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 (w tys. zł.) w 2025 r.



Powyżej przedstawiono koszty świadczeń (na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczeń) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie na 10 tys. uprawnionych w skali 2025 r. osiągnęły oddziały: zachodniopomorski (1 288 tys. zł), śląski (1 284 tys. zł), opolski (1 269 tys. zł), kujawsko-pomorski (1 266 tys. zł) oraz lubelski (1 263 tys. zł).

V. Opis organizacji Funduszu

V.1. Struktura organizacyjna Funduszu

Narodowy Fundusz Zdrowia jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną (art. 96 ust. 1 ustawy o świadczeniach). W skład Funduszu wchodzi Centrala Funduszu i 16 OW NFZ. W OW NFZ mogą być tworzone placówki terenowe na zasadach określonych w statucie Funduszu. W ramach struktury organizacyjnej Centrali NFZ mogą być tworzone wydziały, działy, sekcje i samodzielne stanowiska, a w ramach struktury organizacyjnej OW NFZ, oraz w strukturach placówek terenowych, mogą być tworzone działy, sekcje i samodzielne lub wieloosobowe stanowiska. Skład komórek organizacyjnych w Centrali NFZ w 2025 r. zgodny był ze statutem NFZ. W celu zapewnienia świadczeniobiorcom właściwej dostępności do Funduszu, ułatwienia współpracy ze świadczeniodawcami oraz usprawnienia realizacji zadań, w OW NFZ mogą być tworzone placówki terenowe: delegatury oddziału, punkty obsługi klientów oraz centra usług wspólnych. Delegatury oddziału oraz złożenia do Prezesa NFZ umotywowanego wniosku przez Dyrektora OW NFZ. Punkty obsługi klientów tworzy i znosi Dyrektor OW NFZ, za zgodą Prezesa Funduszu. W celu zapewnienia koordynacji realizacji działań oraz doradztwa w zakresie spraw związanych z wykonywaniem zadań Prezes NFZ może ustanowić swoich Pełnomocników.

Zakres zadań komórek organizacyjnych Centrali NFZ, w szczególności podział nadrzędności nad tymi komórkami pomiędzy Prezesem NFZ i zastępcami Prezesa Funduszu, określa regulamin organizacyjny nadany przez Prezesa NFZ.

Organizację OW NFZ oraz zakres ich zadań określają regulaminy organizacyjne nadane przez Dyrektorów OW NFZ, po uzyskaniu pozytywnej opinii Prezesa Funduszu.

Rada Funduszu

Rada NFZ działa na podstawie ustawy o świadczeniach, jak również na podstawie uchwalonego przez siebie Regulaminu działania Rady NFZ, stanowiącego załącznik do uchwały Nr 10/2020/IV z dnia 21 października 2020 r. Rady NFZ w sprawie przyjęcia Regulaminu działania Rady NFZ.

Dnia 27 lipca 2025 r. upłynęła 5-letnia kadencja (IV) Rady NFZ, powołanej w 2020 r. przez Ministra Zdrowia.

Minister Zdrowia z dniem 28 lipca 2025 r., na podstawie z art. 99 ust. 1 ustawy o świadczeniach, powołał nowy skład Rady NFZ na okres kadencji 2025-2030 (V), w liczbie 10 członków.

Z dniem 10 września 2025 r. został odwołany ze składu Rady NFZ członek Rady Funduszu wskazany przez Ministra Zdrowia.

W dniu 12 września 2025 r. odbyło się pierwsze posiedzenie nowo powołanej Rady Funduszu, na którym nastąpiło ukonstytuowanie się Rady NFZ. Członkowie Rady wybrali spośród siebie Przewodniczącego Rady Funduszu.

Rada Funduszu IV i V kadencji w 2025 r. obradowała łącznie na 11 posiedzeniach, podjęła łącznie 44 uchwały, w tym 2 uchwały w trybie korespondencyjnego uzgodnienia stanowisk (tryb obiegowy).

Posiedzenia Rady NFZ w 2025 r. miały charakter hybrydowy, tj. w obecności członków Rady NFZ w siedzibie Centrali NFZ, a częściowo przy wykorzystaniu środków porozumiewania się na odległość.

Podjęte przez Radę Funduszu uchwały są dostępne na stronie www.nfz.gov.pl w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ.

Rada NFZ w 2025 r. w trakcie odbytych posiedzeń, jak również i w trybie obiegowym m.in.:

- uchwaliła: Plan Pracy NFZ na 2026, Rzeczowy plan wydatków inwestycyjnych NFZ na 2026 r.;
- wyraziła opinie w sprawie: projektu planu finansowego NFZ na 2026 r.;
- przyjęła: okresowe sprawozdania z działalności NFZ za III i IV kwartał 2024 r. oraz I, II i III kwartał 2025 r., roczne sprawozdanie z działalności NFZ za 2024 r., sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ za 2024 r., rekomendacje stałego Zespołu Problemowego Rady NFZ do spraw kryteriów jakościowych w alokacji środków przeznaczanych na świadczenia opieki zdrowotnej;
- wyraziła zgodę na: odpłatne obciążenie nieruchomości NFZ zlokalizowanej przy ul. Raławickiej w Krakowie służebnością przesyłu, zawarcie umowy najmu nieruchomości na potrzeby Łódzkiego OW NFZ, zawarcie umów o świadczenie usług utrzymania Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ, podjęcie czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego i zawarcie umowy na dostawę energii elektrycznej, odpłatne obciążenie nieruchomości NFZ zlokalizowanej przy ul. Kossutha w Katowicach służebnością przesyłu, odpłatne obciążenie nieruchomości NFZ zlokalizowanej przy ul. Poniatowskiego 4 w Słupsku służebnością przesyłu, odpłatne zbycie przez NFZ części nieruchomości przy ul. Szkolnej w Lublinie, zawarcie aneksów do umów na dostawę energii elektrycznej na potrzeby eksploatacji budynków i lokali użytkowych NFZ, zawarcie aneksu do umowy o świadczenie usług serwisu bieżącego oraz usług serwisu dostosowawczego systemu SOFU, podjęcie niezbędnych czynności i zawarcie umowy na zakup usługi asysty technicznej i konserwacji (ATiK) dla oprogramowania Oracle posiadanego przez Zamawiającego, podjęcie niezbędnych czynności i zawarcie umowy w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego na świadczenie usług serwisu bieżącego oraz usług serwisu dostosowawczego systemu SOFU, zawarcie umowy najmu nieruchomości na potrzeby Centrali NFZ, podjęcie przez NFZ czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego i zawarcie umowy na udzielenie Subskrypcji, Licencji oraz zapewnienie wsparcia technicznego, aktualizacji i poprawek Oprogramowania (Software Assurance) dla produktów Microsoft na potrzeby NFZ, a także na zwiększenie kosztów tego zamówienia, odpłatne zbycie przez NFZ nieruchomości przy ul. Jana Pawła II w Kielcach, nabycie nieruchomości położonej przy ul. Arkońskiej w Szczecinie na potrzeby Zachodniopomorskiego OW NFZ, nabycie nieruchomości położonej w rejonach ulic

Arkońskiej i Serbskiej w Szczecinie na potrzeby Zachodniopomorskiego OW NFZ, na zbycie obligacji;

- dokonała wyboru Przewodniczącego Rady Narodowego Funduszu Zdrowia;
- wprowadziła 9 zmian rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2025 r.;
- powołała stały Zespół Problemowy Rady NFZ do spraw kryteriów jakościowych w alokacji środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej;
- zdecydowała o pokryciu straty netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2024 r.;
- zwiększyła zakres upoważnienia Prezesa NFZ do dokonywania zmian rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych;
- powierzyła Zastępcy Prezesa NFZ czynności związane z udzieleniem zamówieni publicznego na badanie sprawozdań finansowych NFZ za 2025 r. i 2026 r. z opcją przedłużenia na kolejny okres;
- zatwierdziła specyfikację warunków zamówienia na badanie sprawozdań finansowych Narodowego Funduszu Zdrowia;
- zapoznała się z informacjami Prezesa NFZ m.in. temat: dokonanych przez Prezesa Funduszu zmianach w rzeczowym planie wydatków inwestycyjnych NFZ na 2025 r. (na bieżąco), realizacji zadań inwestycyjnych zaplanowanych przez NFZ na 2024 r., zakończonego badania sprawozdania finansowego NFZ za 2024 r.;
- dyskutowała na temat bieżącej sytuacji finansowej NFZ, a w szczególności: aktualnego stanu finansów NFZ, możliwych ze strony Funduszu działań mających na celu racjonalizację wycen świadczeń medycznych, kontroli efektywności wydatkowania środków publicznych oraz ich racjonalizacji, a także skutków wejścia w życie aktów wykonawczych do tzw. ustawy konsolidacyjnej.

Rada Funduszu w związku z upływem kadencji 2020-2025 zakończyła prace stałego Zespołu Problemowego Rady Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw kryteriów jakościowych w alokacji środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej.

Prezes Funduszu

Działalnością Funduszu kieruje Prezes NFZ, który reprezentuje Fundusz na zewnątrz. Prezesa NFZ 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 NFZ po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu. 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 NFZ, Ministra Obrony Narodowej, ministra właściwego do spraw wewnętrznych oraz Ministra Sprawiedliwości, po zasięgnięciu opinii Rady Funduszu.

Szczegółowe zakresy obowiązków zastępców Prezesa zostały określone w art. 102 ustawy o świadczeniach oraz statucie Funduszu.

Rada oddziału wojewódzkiego Funduszu

W OW NFZ działają rady OW NFZ o charakterze opiniodawczo-nadzorczym. W jej skład wchodzi dziewięciu członków będących ubezpieczonymi zamieszkującymi na obszarze działania danego oddziału wojewódzkiego Funduszu, powoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia. Kadencja Rady OW NFZ trwa cztery lata, licząc od dnia pierwszego posiedzenia Rady OW NFZ. Pierwsze posiedzenie rady oddziału wojewódzkiego Funduszu zwołuje właściwy wojewoda. Przewodniczący Rady OW NFZ zaprasza do udziału w posiedzeniach Rady OW NFZ, 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 OW NFZ zostały określone w art. 106 ustawy o świadczeniach.

Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu

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

Zadania Dyrektora OW NFZ 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 NFZ.

V.2. Stan zatrudnienia w centrali Funduszu i OW NFZ

Plan zatrudnienia ustalony na 2025 r., obowiązujący na koniec okresu sprawozdawczego dla Narodowego Funduszu Zdrowia, ukształtował się na poziomie 6 082,83 etatu. W porównaniu do 2024 r. został zwiększony o 55,49 etatu, co stanowi 1%. Wzrost liczby zadań, związanych m.in. z realizacją projektów finansowanych ze środków unijnych, administrowaniem i rozwojem infrastruktury informatycznej oraz działaniami w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej, skutkowało zmianami organizacyjnymi i w konsekwencji koniecznością utworzenia nowych etatów.

Tabela nr V.1. Plan zatrudnienia w Funduszu w podziale na osoby i etaty w latach 2024-2025.

Planowane etaty		
Grupy	2024 r.	2025 r.
Prezes Funduszu i zastępcy Prezesa	4,00	4,00
Dyrektorzy i zastępcy dyrektora OW	64,00	64,00
pozostała kadra kierownicza	941,65	953,45
pracownicy administracyjni	4 925,44	4 970,13
obsługa techniczna	76,25	75,25
Razem	6 011,34	6 066,83

Przeciętne zatrudnienie w NFZ w 2025 r. wyniosło 5 731,25 etatu. W stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego odnotowano zmianę przeciętnego zatrudnienia o 45,27 etatów. Odnotowane zmiany w przeciętnym zatrudnieniu wynikają ze wspomnianych wyżej zmian organizacyjnych, naturalnej fluktuacji zatrudnienia, obsadzenia wakujących etatów oraz zatrudnienia pracowników na umowy na zastępstwa za osoby przebywające na urloпах macierzyńskich, rodzicielskich, wychowawczych oraz długich zwolnieniach lekarskich.

Tabela nr V.2. Przeciętne zatrudnienie w Funduszu w podziale na osoby i etaty w latach 2024-2025.

Przeciętne zatrudnienie (etaty)		
Grupy	2024 r.	2025 r.
Prezes Funduszu i zastępcy Prezesa	3,95	4,00
Dyrektorzy i zastępcy dyrektora OW	58,99	60,31
pozostała kadra kierownicza	919,16	922,57
pracownicy administracyjni	4 630,00	4 673,41
obsługa techniczna	73,88	70,96
Razem	5 685,98	5 731,25

Średnie miesięczne wynagrodzenie³⁰

Średnie miesięczne wynagrodzenie w Funduszu na koniec okresu sprawozdawczego wyniosło 11 031,18 zł. Średnie miesięczne wynagrodzenie w Centrali NFZ wyniosło 14 035,01 zł, w OW NFZ – 10 278,61 zł. Podana kwota zawiera wynagrodzenia Prezesa Funduszu, jego zastępców oraz Dyrektorów OW NFZ i ich zastępców.

Korpus kontrolerski – informacje o przeprowadzonych egzaminach

W 2025 r. przeprowadzono 4 sesje egzaminacyjne (1 sesja na kwartał), w tym, odbył się tylko 1 egzamin. Do I części egzaminu przystąpiło 6 kandydatów a do II części 5 kandydatów. Żaden z kandydatów nie uzyskał wyniku pozytywnego. Łączna liczba pracowników zatrudnionych w TWK wynosiła 452 osoby, z czego 326 osób to pracownicy realizujący kontrole/czynności sprawdzające. Z 326 pracowników TWK: 114 to powołani kontrolerzy (35%), 212 to osoby realizujące czynności kontrolne zgodnie z art. 61e ust. 2 ustawy o świadczeniach (65%).

³⁰Informacja sporządzona na podstawie ostatecznych danych do Sprawozdania Finansowego NFZ za okres 1 stycznia -31 grudnia 2025 z siedzibą w Warszawie.

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

Stałym zadaniem jest utrzymanie systemu informatycznego Funduszu (SI), włączając w to nadzór nad systemami OW NFZ. 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 i dziedzinowych. 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 z utrzymaniem obecnego systemu oraz budową nowego systemu dziedzinowego odbywa się także ciągły proces rozwoju SI wywołany zmianami w otoczeniu prawnym, to jest w ustawach, rozporządzeniach Ministra Zdrowia i zarządzeniach Prezesa NFZ, a także dążeniem do poprawy efektywności jego działania.

V.3.1. Systemy informatyczne

Podpisywanie zleceń na zaopatrzenie w aplikacji ap-zz z wykorzystaniem podpisu e-ZLA i podpisu kwalifikowanego

W aplikacji ap-zz dedykowanej do obsługi zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne udostępniono funkcjonalność podpisywania zleceń na zaopatrzenie z wykorzystaniem dodatkowych typów podpisów: e-ZLA przez przeglądarkę oraz podpis kwalifikowany przez przeglądarkę. Dotychczasowa możliwość podpisywania zleceń z wykorzystaniem Profilu Zaufanego (ePuap) czy zewnętrznego oprogramowania nie uległa zmianie.

Zmiany formatów wymiany danych

W 2025 r. opierając się na zmianach legislacyjnych, opublikowano zarządzenie Nr 66/2025/DI Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie Nr 128/2021/DI Prezesa NFZ z dnia 1 lipca 2021 r. w sprawie ustalenia jednolitego pliku sprawozdawczego w postaci szczegółowych komunikatów sprawozdawczych XML. Zarządzenie określa komunikaty XML stosowane do sprawozdawania danych o wykonanych świadczeniach opieki zdrowotnej i zasady wymiany informacji pomiędzy świadczeniodawcami a NFZ. Najważniejsze zmiany wprowadzone w zarządzeniu wynikały z konieczności dostosowania komunikatów XML do aktualnego stanu prawnego, w szczególności w związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 6 sierpnia 2024 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie legitymacji emeryta-rencisty (Dz.U. poz. 1295). W strukturze komunikatu Świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych (SWIAD) dokonano następujących modyfikacji, które weszły w życie 1 września 2025 r.:

- podniesiono wersję komunikatu dla obszaru AMBSZP i WYKBAD oraz odpowiedzi do komunikatu do wersji 13.1;

- zmodyfikowano element of-dokument/of-leg-em. Doprecyzowano sprawozdanie numeru legitymacji emeryta wystawionej przez ZUS. Umożliwiono sprawozdanie informacji o dacie wystawienia i ważności legitymacji;
- zmodyfikowano element dane-swadczenia@czas-przyj oraz element dane-swadczenia@czas-wypis. Doprecyzowano ich przekazywanie w związku z udzieleniem świadczeń w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej;
- doprecyzowano dopuszczalne wartości dla elementu jednostka-org. Wskazano możliwość przekazania 2 lub 3 cyfr;
- doprecyzowano opis zależności elementu swd-doc-trans@id-swd;
- dodano nowy element transport-typ-n w ramach elementu transport – dodatkowe dane rejestrowanie w związku z realizacją świadczeń przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”;
- dodano nowy element nfz:dane-poz-rozl@nfz:szp-kwalifikacja – dodatkowa informacja o przeprowadzeniu kwalifikacji pacjenta do programu lekowego przekazywana od 1 września 2025 r.;
- doprecyzowano opis elementu atrybutów dane-swadczenia@masa; dane-swadczenia@wzrost; dane-swadczenia@tyton.

Program Moje Zdrowie

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 584) oraz wdrożonym do realizacji przez świadczeniodawców zarządzeniem Nr 34/2025/DSOZ Prezesa Funduszu z dnia 2 maja 2025 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna dostosowano system NFZ do rozliczania nowego świadczenia „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej”. W ramach obsługi rozliczania świadczeń programu „Moje zdrowie” zaimplementowano usługę umożliwiającą przekazanie do SI NFZ informacji o zarejestrowanych w systemie Centrum e-Zdrowia (CeZ) ankietach „Moje zdrowie”. Dodatkowo zasilono system o informacje o dacie ostatniego badania wykonanego w ramach Programu Profilaktyki 40 PLUS. Rozbudowano także walidacje i weryfikacje świadczeń kontrolujące prawidłowość przekazywanych danych.

Budżet powierzony opieki koordynowanej – zmiana rozliczania

W związku ze zmianami w rozliczaniu świadczeń zdrowotnych wynikającymi z zarządzenia Nr 122/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 grudnia 2024 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna wprowadzono odpowiednie modyfikacje w SI NFZ. Dostosowano mechanizmy naliczania świadczeń za zadania koordynatora w opiece koordynowanej w sytuacji, gdy świadczeniodawca w okresie 3 miesięcy od zawarcia umowy na realizację budżetu powierzonego opieki koordynowanej nie realizuje świadczeń w tym zakresie. W takim przypadku świadczenia w ramach zakresu 01.0012.001.01 koordynacja opieki naliczone są

wg zasad obowiązujących świadczeniodawców nie posiadających w umowie zakresu związanego z budżetem powierzonym opieki koordynowanej.

Realizacja recept w wielu aptekach

W 2025 r. Centrum e-Zdrowia przygotowało rozwiązanie umożliwiające realizację recepty w różnych aptekach. Dostosowano SI NFZ do przyjmowania dodatkowych danych z CeZ o realizacjach recept, które umożliwiają Funduszowi właściwą kontrolę i rozliczanie refundacji aptecznej. Od 2025 r. trwa weryfikacja przygotowanego wdrożenia w wybranych OW NFZ.

Rozliczanie środków wypłaconych w latach 2020-2021 w formie zaliczek

Zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 5 grudnia 2024 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przedłużono do 31 grudnia 2025 r. możliwość rozliczania pozostałych do rozliczenia środków wypłaconych w latach 2020-2021 w formie zaliczek tzw. „1/12”. Dodatkowo umożliwiono w SI NFZ rozliczenie zaliczek, które dotychczas nie zostały rozliczone w ramach wszystkich umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej posiadanych przez świadczeniodawcę.

Sprawozdawanie i rozliczanie świadczeń udzielanych obywatelom Ukrainy

Zgodnie z ustawą z dnia 12 września 2025 r. o zmianie niektórych ustaw w celu weryfikacji prawa do świadczeń na rzecz rodziny dla cudzoziemców oraz o warunkach pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. 2025 poz. 1301) wprowadzono w SI NFZ nowy okres obowiązywania uprawnienia dla obywateli Ukrainy (UA), w zależności od wieku (osoby poniżej 18 r.ż. /osoby w wieku 18 lat i więcej). Fundusz dostosował system informatyczny do prawidłowego sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych obywatelom Ukrainy od 30 września 2025 r.

Krajowy System e-Faktur (KSeF) w NFZ

Fundusz realizował prace związane z przygotowaniem wdrożenia faktur ustrukturyzowanych przy użyciu Krajowego Systemu e-Faktur (KSeF). Zgodnie z informacjami przekazanymi przez Ministerstwo Finansów oraz aktami prawnymi obowiązek KSeF zaplanowany został na 1 lutego 2026 r. W związku z tym, w IV kwartale 2025 r. udostępniono na stronie internetowej Narodowego Funduszu Zdrowia specyfikację wymagań NFZ dla faktur wystawianych za świadczenia w formacie FA(2) - FA(3), opis interfejsu dostępowego dla Portalu Świadczeniodawcy/SZOI - wersja 1.2.6.1, komunikat P_FA - wersja 1.0.1 (status przetwarzania faktury ustrukturyzowanej KSeF w systemie NFZ), komunikat R_UMX - wersja 3.1 (rozszerzony dla stosowania dla SIMP i SRU) oraz środowiska testowe umożliwiające zweryfikowanie funkcjonalności udostępnionej świadczeniodawcom przez dostawców oprogramowania. Prace kontynuowane będą w 2026 r.

Integracja portali świadczeniodawców z Węzłem Krajowym

W 2025 r. trwały prace koncepcyjne i przygotowawcze mające na celu wzmocnienie bezpieczeństwa systemu informatycznego NFZ poprzez integrację Portalu Świadczeniodawcy

SZOI, Portalu Personelu SNRL oraz systemu eWUŚ z Krajowym Węzłem Identyfikacji Elektronicznej. Węzeł Krajowy to centralny system identyfikacji elektronicznej, który umożliwia logowanie i weryfikację tożsamości osób fizycznych w systemach administracji publicznej zapewniający wysoki poziom bezpieczeństwa, zgodnie z unijnym aktem eIDAS. Rozwiązanie oparte o mechanizmy Węzła Krajowego wprowadzi możliwość opcjonalnego sposobu uwierzytelniania użytkowników w systemach NFZ bez konieczności tworzenia osobnych haseł dla każdej usługi i umożliwi wybór dodatkowej, wygodnej metody logowania (profil zaufany, e-dowód, bankowość elektroniczna). W 2025 r. przeprowadzono analizę PoC (Proof Of Concept) w ramach której zweryfikowano przyjęte założenia projektowe dotyczące integracji mechanizmów Węzła Krajowego z systemem NFZ w zakresie możliwości uwierzytelniania użytkowników. Trwały również prace przygotowawcze w ramach Portali NFZ umożliwiające wprowadzenie w nich rozwiązania zgodnie z obowiązującymi przepisami w zakresie m.in. ochrony danych osobowych. Wprowadzenie zmian w portalach NFZ i uruchomienie rozwiązania planowane jest w drugiej połowie 2026 r.

Ryczałt PSZ

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 stycznia 2025 r. (Dz. U. 2025 poz. 36), które wprowadziło zmiany w algorytmie obliczania finansowania dla szpitali w sieci (PSZ), dokonano aktualizacji modułów rozliczeniowych systemów informatycznych NFZ. Funkcjonalności związane z wyliczaniem ryczałtu PSZ na 2025 r. dostosowano zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

Kontynuowanie prac związanych z mechanizmami do zarządzania granicami i blokadami eWUŚ

W 2025 r. kontynuowano prace utrzymaniowo-rozwojowe mające na celu zapewnienie większego bezpieczeństwa i stabilności systemu eWUŚ (elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców). Najważniejszymi elementami tych zmian, które zapewniają stabilność systemu oraz bezpieczeństwo danych są:

- nowe granice zapytań (system nieustannie analizuje działania użytkowników i porównuje je z ustalonymi normami). Dzięki temu rozwiązaniu możliwe jest proaktywne wykrywanie i zapobieganie różnego rodzaju anomalii, które mogłyby negatywnie wpłynąć na dostępność i wydajność systemu;
- dostosowania w systemie monitorującym umożliwiające dostęp do niezbędnych informacji wspierających analizę zachowania użytkowników eWUŚ;
- udostępnienie w portalach (Świadczeniodawcy, Personelu, SZOI, SNRL) funkcjonalności umożliwiającej sprawdzenie aktualnego dostępu do eWUŚ, aktualnej granicy zapytań eWUŚ, liczby zapytań eWUŚ oraz funkcjonalności obsługi wniosków o zdjęcie blokady/zmianę granicy zapytań do eWUŚ.

Wyróżnienie w eWUŚ podgrup ze statusem UKR posiadających ograniczony zakres świadczeń w zależności od wieku (do 18 r.ż. i powyżej 18 r.ż.)

W związku z koniecznością identyfikacji i obsługi uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej osób posiadających uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej na mocy Ustawy z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa wprowadzono zmiany w usłudze oraz w wersji webowej eWUŚ.

Zmiany te miały na celu wprowadzenie dodatkowej informacji oraz wizualizacji dwóch podgrup osób uprawnionych do różnego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, posiadających status UKR a nieubezpieczonych zdrowotnie (UKR-DZIECKO i UKR-DOROSŁY).

W związku z wprowadzeniem nowych statusów uprawnień do świadczeń konieczne były prace dostosowawcze w procesie rozliczeń.

Baza teleadresowa (BTA)

System BTA, czyli centralny system do zarządzania danymi klientów NFZ, gromadzi w systemie dane personalne, adresowe oraz kontaktowe (numer telefonu, adres e-mail). Do 16 sierpnia 2022 r. ww. dane były rozproszone w wielu niepowiązanych ze sobą systemach. Głównym źródłem danych zgromadzonych w BTA jest CWU. To z niego są codziennie importowane dane personalne, adresowe i kontaktowe klientów. Dodatkowo dane kontaktowe i adresowe są aktualizowane ręcznie przez pracowników obsługi bezpośredniej w NFZ. W analizowanym okresie zaktualizowano łącznie dane dla 246 813 osób, co stanowi 14% wszystkich klientów obsługiwanych w 2025 r. Zebranie danych kontaktowych klientów w jednym systemie stanowi bazę dla dalszych działań profilaktycznych m.in. informowania ich o dostępnych programach czy wydarzeniach profilaktycznych za pośrednictwem wiadomości SMS lub e-mail. Łącznie w systemie BTA zgromadzono 450 197 zgód klientów na otrzymywanie spersonalizowanych powiadomień dot. profilaktyki, zdrowego stylu życia oraz nowych usług oferowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. System BTA jest coraz częściej wykorzystywany wewnątrz w całej organizacji, wspiera system CRM, który zapewnia kompleksową obsługę z klientami Funduszu oraz jest częścią wdrażanego Zintegrowanego Systemu Informatycznego.

Opracowanie modelu kompleksowego systemu obsługi relacji z Klientami (CRM)

Głównym celem tych prac było zbudowanie pełnego obrazu klienta, na który składają się nie tylko kontakty klienta z organizacją, ale także sprawy realizowane w jego imieniu i na jego wniosek. W tym celu system CRM został zintegrowany z innymi systemami źródłowymi, przetwarzającymi dane o procesach biznesowych, związanych z obsługą spraw klientów. Jako efekt tych prac, na kontach klientów zostały zaprezentowane dodatkowe informacje o bieżącym statusie sprawy oraz produktu, a także ich podstawowe atrybuty umożliwiające udzielenie klientowi podstawowych informacji. Został zautomatyzowany proces obsługi zgłoszeń II linii wsparcia TIP, który dotychczas był realizowany za pomocą korespondencji mailowej. Nowe rozwiązanie umożliwia kompleksowe zarządzanie całym cyklem życia zgłoszenia od jego rejestracji, przez obsługę komunikacji z klientem, aż do jego finalnego zamknięcia. System zapewnia jednocześnie pełną przejrzystość przebiegu obsługi, w tym możliwość

monitorowania, czy zgłoszenie zostało zakończone po udzieleniu pierwszej odpowiedzi, czy też wymagało dalszych interakcji wynikających z potrzeby doprecyzowania przez klienta, co skutkowało wieloetapowym przebiegiem procesu. Dodatkowo automatyzacja pozwala na bieżące śledzenie i analizę czasu realizacji zgłoszeń, co znacząco podnosi efektywność operacyjną oraz umożliwia identyfikację obszarów wymagających optymalizacji.

Kolejnym obszarem objętym automatyzacją była obsługa planowania oraz raportowania wydarzeń profilaktycznych. System CRM pełni rolę kompleksowego narzędzia wspierającego pracowników na każdym etapie działania – od inicjowania i planowania wydarzenia, przez jego realizację, aż po generowanie raportów i analiz podsumowujących. Użytkownicy mogą w uporządkowany i spójny sposób rejestrować wszystkie istotne informacje dotyczące prowadzonych działań profilaktycznych, co znacząco usprawnia zarówno bieżącą organizację pracy, jak i późniejsze rozliczanie podejmowanych aktywności. System umożliwia także centralizację danych, tworząc spójną bazę informacji, która stanowi podstawę do regularnego raportowania, monitorowania postępów oraz prowadzenia pogłębionych analiz. Dodatkowo dane dotyczące wydarzeń prezentowane są w formie mapy Polski, z podziałem na województwa i powiaty, co pozwala na czytelne zobrazowanie zasięgu działań oraz ich intensywności w poszczególnych regionach. Funkcjonalność ta wspiera analizę przestrzenną i umożliwia szybkie identyfikowanie obszarów wymagających szczególnej uwagi. W efekcie rozwiązanie nie tylko zwiększa efektywność operacyjną, ale również wspiera podejmowanie decyzji opartych na danych, poprawia przejrzystość procesów oraz ułatwia identyfikację obszarów wymagających dalszego doskonalenia.

System CRM stanowi obecnie centralny system wspierający obsługę klientów, umożliwiając scentralizowaną rejestrację kontaktów, pogrupowanie danych oraz informowanie o statusie bieżących spraw klienta we wszystkich obszarach zarządzanych przez NFZ. Dane zebrane w systemie pozwalają na bieżąco monitorować m.in. liczbę kontaktów klientów z organizacją.

Wprowadzenie autoryzacji dwuskładnikowej 2FA w portalach NFZ – SIMP, SMPT, SRU

W celu podnoszenia standardów bezpieczeństwa poprzez wzmocnienie poziomu ochrony konta użytkownika systemów NFZ przed nieautoryzowanym dostępem na poziomie uwierzytelnienia, wprowadzony został mechanizm podwójnej autoryzacji w kolejnych portalach NFZ (wersja web): SIMP (System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki), SMPT (System Monitorowania Programów Terapeutycznych), SRU (System Rozliczeń Uzdrowisk).

Wdrożenie nowego modelu wymiany danych w systemie EESSI oraz usprawnienia procesów wymiany

W 2025 r. realizowane były prace związane z wdrożeniem w NFZ elektronicznej wymiany danych z obszaru koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego pomiędzy instytucjami wszystkich państw członkowskich UE i krajów EFTA. Zakończono między innymi prace związane z implementacją nowego modelu wymiany danych CDM v.4.4 (Common Data Model wersja 4.4) w ramach systemu wymiany elektronicznej EESSI (Electronic Exchange of Social Security Information). W ramach implementacji konieczne było dostosowanie systemów krajowych do zmian wprowadzonych w realizowanych procesach elektronicznej wymiany

informacji. Uruchomienie produkcyjne wymiany poprzedzone było szeregiem testów wewnętrznych, testów integracji oraz testów wymiany pomiędzy instytucjami innych państw członkowskich. Wymiana produkcyjna w oparciu o zaimplementowane zmiany została uruchomiona z dniem 23 lutego 2026 r. Poza modyfikacjami związanymi z wdrożeniem nowego modelu danych EESSI CDM v.4.4, wprowadzone zostały usprawnienia dotyczące realizacji procesów wymiany informacji w ramach EESSI. Wprowadzone modyfikacje pozwoliły na usprawnienie i kontynuację procesów wymiany w sytuacjach, które ze względu na przekazywane dane z instytucji zewnętrznych uniemożliwiały lub znacząco utrudniały realizację procesów. W ramach obsługi niektórych procesów wymiany EESSI wprowadzone zostały mechanizmy automatycznej obsługi etapów procesów związanych z generowaniem ponagień do instytucji państw członkowskich UE i krajów EFTA oraz generowaniem odpowiedzi na ponaglenia przychodzące od tych instytucji. Usprawniło to znacząco obsługę tego typu komunikatów i pozwoliło zwiększyć zaangażowanie pracowników w merytoryczne aspekty obsługi spraw, eliminując obciążenie czynnościami proceduralnymi.

Budowa repozytorium plików XML wiadomości elektronicznych SED wymienianych w ramach EESSI

Prowadzone były również prace związane z utworzeniem dedykowanego rozwiązania do przetrzymywania plików XML wiadomości SED wymienianych w ramach EESSI. Repozytorium ma na celu odciążać systemy do obsługi procesów związanych z wymianą informacji w ramach EESSI poprzez wyodrębnienie lokalnych repozytoriów wiadomości XML do jednego narzędzia oraz zapewnić szybki dostęp do oryginalnych komunikatów XML wymienianych w ramach realizowanych procesów EESSI.

Wdrożenie mechanizmów zabezpieczających w przypadku awarii lub niedostępności komponentów wymiany EESSI

Z powodu przerw w dostępności instytucji biorących udział w wymianie EESSI, wynikających z zaplanowanych prac serwisowych lub awarii komponentów systemu, występowały błędy utrudniające proces wymiany informacji między instytucjami. Dlatego, aby zminimalizować takie incydenty, wprowadzono mechanizm czasowego wstrzymywania wysyłania informacji do wybranych krajów lub instytucji, co znacząco zmniejszyło liczbę błędów i usprawniło obsługę spraw EESSI.

Dostosowanie funkcjonalności związanych z wydawaniem EKUZ przez Centrum Usług Wspólnych w Chelmie

W ramach realizacji zadań prowadzonych przez Centrum Usług Wspólnych w Chelmie wprowadzona została modyfikacja w procesie wydawania EKUZ, pozwalająca na sprawniejszą obsługę wniosków o wydanie karty składanych jednocześnie dla kilku osób mieszkających pod tym samym adresem (np. kilku członków rodziny). Obecnie tego typu wnioski realizowane są wspólnie i wystawione karty trafiają do odbiorców w ramach jednej przesyłki zbiorczej.

Modyfikacje w ramach obsługi wniosków o zwrot kosztów z tytułu Dyrektywy Transgranicznej

W ramach udoskonalania procesu oceny i realizacji wniosków o zwrot kosztów, o którym mowa w art. 42b-h ustawy o świadczeniach, wprowadzono różne usprawnienia i weryfikacje poprawności realizacji poszczególnych czynności w procesie. Wprowadzone zostały weryfikacje pozwalające na wyeliminowanie sytuacji, gdy zwrot kosztów zostaje przyznany za świadczenie niespełniające warunków świadczenia gwarantowanego (np. za które zwrot został dokonany już przy decyzji dotyczącej innego wniosku). Dodano zwiększone raportowanie z realizacji wniosków i spraw w tym między innymi czasów realizacji obsługi wniosków, pozwalające na dotrzymanie terminowości realizacji, zgodnie z KPA. Usprawniono również mechanizm oceny kompletności danych o zawartych umowach na świadczenia zdrowotne, na podstawie których corocznie wyznaczana jest cena świadczeń obowiązujących przy procedowaniu wniosków o zwrot kosztów z tytułu Dyrektywy Transgranicznej.

Modyfikacje w Rejestrze Endoprotezoplastyk

W 2025 r. kontynuowano prace rozwojowe nad systemem Rejestru Endoprotezoplastyk. Wdrożono istotne usprawnienia w procesie gromadzenia danych dla wszystkich rodzajów operowanych stawów. Dostosowano interfejs użytkownika do sprawniejszego wprowadzania danych. Dokonano modyfikacji słowników zawartych w ankietach zgodnie z aktualnymi standardami medycznymi oraz w celu umożliwienia przetwarzania szerszego zakresu danych o zrealizowanych wszczepach. Dla twórców oprogramowania medycznego opublikowano zaktualizowaną specyfikację techniczną umożliwiając dostosowanie systemów zewnętrznych. Zmiany w Rejestrze Endoprotezoplastyk były odpowiedzią na wnioski Konsultanta Krajowego w dziedzinie ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz Zespołu ds. opracowania raportu z funkcjonowania rejestru. Wdrożone wytyczne miały na celu podniesienie jakości raportowania i precyzji analitycznej rejestru.

Elektroniczny System Monitorowania Programów Terapeutycznych (SMPT)

Funkcjonowanie SMPT uregulowane jest w art. 188c ustawy o świadczeniach. Określono w nim obowiązek tworzenia i aktualizowania elektronicznego systemu monitorowania programów lekowych. Zgodnie z przedmiotowym przepisem ustawy o świadczeniach, NFZ ma obowiązek dostosować SMPT w zakresie nowych programów lekowych oraz zmian w opisach realizowanych programów lekowych (np. dodania nowych leków w programie), w nieprzekraczalnym terminie 4 miesięcy od dnia opublikowania obwieszczenia refundacyjnego MZ wprowadzającego te zmiany. Obwieszczenia refundacyjne Ministra Zdrowia publikowane są co dwa miesiące. Na ich podstawie w 2025 r. otwarto 119 zgłoszeń obejmujących budowę lub modyfikację rejestrów SMPT dla programów lekowych, z czego 12 inicjowało budowę nowych rejestrów, a 107 zgłoszeń dotyczyło modyfikacji już istniejących rejestrów, w tym również dodania nowych substancji czynnych do programów lekowych.

Elektroniczny System Monitorowania Programów Lekowych (SMPL)

W ramach P1 oraz gabinet.gov.pl kontynuowano prace nad SMPL (System Monitorowania Programów Lekowych), który ma być następcą funkcjonującego w NFZ SMPT (System Monitorowania Programów Terapeutycznych). W 2025 r. przekazano do CeZ specyfikację interfejsu w ramach tworzenia funkcjonalności polegającej na integracji sprawozdawczości z panelem lekowym. Przekazano wymagania dla 41 programów lekowych. Wymagania były systematycznie aktualizowane zgodnie z obwieszczeniami Ministra Zdrowia dotyczącymi wykazów refundowanych leków. W obszarze migracji danych przekazano do CeZ dane dla programu lekowego B.15 „Zapobieganie krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B”, a także próbki danych migracyjnych dla programów B.9, B.145, B.146 oraz B.147. Dodatkowo uzgodniono z CeZ oraz zespołem eHemofilia wstępne wymagania dotyczące wymiany danych pomiędzy systemem SMPL a systemem eHemofilia.

Modyfikacja programu profilaktyki raka szyjki macicy (pobranie do testu molekularnego HPV HR oraz badania cytologicznego, na podłożu płynnym (LBC))

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia 7 marca 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych wprowadzono nowe świadczenia w zakresie programu zdrowotnego „Profilaktyka raka szyjki macicy” w postaci testu HPV HR, który pozwala na identyfikację konkretnych typów wirusa HPV, w tym onkogennych (16/18) oraz cytologię na podłożu płynnym (LBC). Ponadto, w 2025 r. zaktualizowano limit umawiania na badania z 30 dni do przodu, na 90 dni. Zmiana dotyczyła profilaktyki obsługiwanej w ramach Centralnej e-Rejestracji (CeR) tj., raka piersi – mammografia, raka szyjki macicy – cytologia.

Profilaktyka z SIMP w Centralnej e-Rejestracji – pilotaż

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 sierpnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego Centralnej e-Rejestracji na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz programów zdrowotnych w 2025 r. dostosowano SI NFZ do wspierania zadań realizowanych przez NFZ. Celem programu pilotażowego była ocena działania Centralnej e-Rejestracji w realizacji świadczeń zdrowotnych objętych programem pilotażowym tj. w zakresie kardiologia, program profilaktyki raka szyjki macicy w zakresie etapu podstawowego oraz program profilaktyki raka piersi w zakresie etapu podstawowego. NFZ we współpracy z CeZ przygotował interfejsy wymiany danych z obszaru SIMP, które umożliwiły weryfikację z SIMP możliwości zapisu pacjenta w systemie e-Rejestracji, zapisanie pacjenta na wizytę, anulowanie/zmianę terminu wizyty, przekazanie danych o udzielonym świadczeniu, pobranie danych o pobytach mobilnych punktów. Prace dotyczące wdrożenia Centralnej e-Rejestracji we współpracy z Ministerstwem Zdrowia i CeZ, NFZ będzie kontynuował w 2026 r.

Przygotowanie SI NFZ do zawarcia umów w rodzaju ratownictwo medyczne

Przygotowanie systemu informatycznego do przeprowadzenia przez OW NFZ procesu kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne zostało zainicjowane na podstawie zmian wprowadzanych ustawą z dnia 24 kwietnia 2025 r. o zmianie

ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2025 r. poz. 637). W SI NFZ zaktualizowano słownik produktów kontraktowych, nowe zakresy świadczeń zostały odpowiednio powiązane z nowym i zmodyfikowanym typem zespołu RTM. Przygotowano nowe definicje rejonów operacyjnych. W słowniku typów sprzętu dodano pozycję, odpowiadającą motocyklowi wykorzystywanemu w motocyklowej jednostce ratunkowej. Zaimplementowano w systemie obowiązujący szablon umowy.

Elektroniczne wnioski o zawarcie umów

W 2025 r. udostępniono świadczeniodawcom możliwość składania elektronicznych wniosków o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki kompleksowej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej dla następujących zakresów świadczeń: kompleksowa opieka po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał); koordynowana opieka nad kobietą w ciąży - KOC I; świadczenia gwarantowane diagnostyki i leczenia onkologicznego poszczególnych grup nowotworów. Wprowadzono możliwość dodawania załączników potwierdzających wymagania merytoryczne oraz wzywania wnioskującego do uzupełnienia takich załączników przez OW NFZ.

Zintegrowany System Informatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia (ZSI NFZ)

W zakresie Programu Budowy Zintegrowanego Systemu Informatycznego Narodowego Funduszu Zdrowia (ZSI) kontynuowano prace w obszarze analiz biznesowo-systemowych, uruchomiono n.w. moduły do wytwarzania i implementacji oraz wdrożono mechanizmy integracji w ramach Programu Budowy ZSI.

Obszar analiz biznesowo-systemowych

W 2025 r. w ramach projektu „Analiza – opracowanie wymagań związanych z wdrożeniem kompleksowego systemu informatycznego (ZSI)” kontynuowano działania, których celem było opisanie wymagań biznesowych związanych z przyszłym systemem NFZ. Zrealizowano cztery kluczowe działania: studium wykonalności czyli przygotowanie planu realizacji, na który składało się uzgodnienie podziału ZSI na komponenty i systemy współpracujące, oszacowanie czasu niezbędnego do zebrania i opisanie wymagań funkcjonalnych oraz weryfikacja architektury wysokopoziomowej ZSI; przeprowadzenie szkoleń organizacji w zakresie metodyki zbierania wymagań dla ZSI NFZ i organizacji zespołów merytorycznych; zebrano wymagania i uruchomiono implementację dla podsystemu Administracyjnego (ADM) w zakresie zarządzania uprawnieniami, użytkownikami oraz zarządzania logami audytu i logi technicznymi; zakończono zbieranie wymagań oraz uruchomiono implementację podsystemu obszaru kontraktowania dla procesów związanych z przygotowaniem ofert.

Moduł Obsługi Kontroli (MOK)

W styczniu 2025 r. został uruchomiony produkcyjnie Moduł Obsługi Kontroli (tzw. podsystem ZSI - KTR). Po okresie stabilizacji, zostały rozpoczęte prace rozwojowe związane z kolejnych funkcjonalności – m.in. Ewidencja Czasu Pracy, Inicjalizacja Kontroli. Nowe funkcjonalności zostały uruchomione produkcyjnie w czerwcu 2025 r. Po kolejnym okresie stabilizacji rozpoczęto prace nad funkcjonalnościami Modułu Obsługi Kontroli związanymi

z czynnościami sprawdzającymi, których uruchomienie produkcyjne planowane jest na drugą połowę 2026 r. Moduł Obsługi Kontroli wielowymiarowo wspiera obsługę procesu kontroli dla wszystkich typów kontroli, standaryzuje proces i dokumenty wytwarzane w trakcie kontroli. Wspiera także użytkownika w zakresie zachowania wymaganych terminów oraz gromadzi i przechowuje dane o przebiegu kontroli i skutkach finansowych prowadzonych czynności. Moduł MOK realizowany jest w ramach umowy ramowej „Wytwarzanie oprogramowania w ramach programu budowy systemu ZSI przez dedykowane Zespoły wytwórcze - Część 3”.

Moduł Zarządzania Użytkownikami (ADM) - Podsystem Administracyjny

W 2025 r. trwały dalsze prace nad Modułem ADM. Jest to centralne narzędzie administracyjne wspierające zarządzanie zakładaniem i uprawnieniami użytkowników ZSI (wewnętrznych i zewnętrznych) w NFZ oraz w kolejnej wersji logami audytowymi i systemowymi (w tym wymaganymi RODO) w Systemie ZSI. Jego zadaniem jest zapewnienie spójnego i efektywnego zarządzania uprawnieniami, rolami oraz dostępem do zasobów ZSI, co przekłada się na bezpieczeństwo i skuteczność działań administracyjnych a także ich pełną kontrolę i weryfikowalność. Pierwszy etap prac nad ADM został zakończony w 2024 r. W związku z dynamicznym rozwojem ZSI, w 2025 r. trwała kontynuacja rozwoju ADM, oraz planowana jest na kolejne lata, wraz z rozwojem pozostałym modułów ZSI.

Zarządzanie Relacjami z Klientami (CRM)

W okresie od 1 października 2024 r. do 28 listopada 2025 r. został przygotowany i wdrożony zakres II wydania systemu CRM, który kontynuuje realizację głównego celu biznesowego jakim jest budowa pełnego widoku Klienta. W ramach II wydania zostały przygotowane i zaimplementowane następujące funkcjonalności: silnik procesowy i obsługę procesów biznesowych, które zostały udostępnione w bieżącej obsłudze Klienta. Jako efekt tych prac, na kontaktach klientów zostały zaprezentowane dodatkowe informacje o bieżącym statusie sprawy oraz produktu, a także ich podstawowe atrybuty umożliwiające udzielenie klientowi podstawowych informacji. Integracje z innymi systemami źródłowymi, przetwarzającymi dane o procesach. Przekazane dane pozwalają w czasie rzeczywistym śledzić zmiany na koncie klienta i udzielać informacji przekrojowej, która pochodzi z różnych obszarów a jest dostępna w jednym miejscu. Krajowy kalendarz wydarzeń profilaktycznych oprócz funkcjonalności rejestru takich zdarzeń, które odbywają się w całym kraju udostępnia także graficzną mapę takich wydarzeń w podziale na województwa i powiaty.

Rozliczanie Pacjentów Unijnych (RPU)

W 2025 r. rozpoczęto prace nad pierwszym wydaniem podsystemu ZSI - Rozliczania Pacjentów Unijnych, którego celem jest zarządzanie zestawieniami agregującymi dla rozliczeń UE i przekazywaniem ich do systemu SOFU. Prace będą kontynuowane w 2026 r. Planowane zakończenie pierwszego etapu systemu wyznaczono na czerwiec 2026 r.

Zarządzanie danymi

W lipcu 2025 r. zakończono prace nad kolejnym etapem wytworzenia Podsystemu Zarządzanie Danymi (ZDA), który realizowany jest w ramach umowy ramowej „Wytwarzanie

oprogramowania w ramach programu budowy systemu ZSI przez dedykowane Zespoły wytwórcze - Część 3”. Planowany, na kolejne lata, rozwój ZDA związany jest ze zwiększeniem liczby obsługiwanych komunikatów oraz dostosowanie się do zmian integracyjnych API po stronie CeZ.

Zabezpieczenie Świadczeń (ZAB)

W listopadzie 2025 r. rozpoczęto prace nad wytworzeniem podsystemu Zabezpieczenia Świadczeń (ZAB). To obszar biznesowy obejmujący moduły: Obsługa postępowań (ZAB.001), Obsługa umów (ZAB.002). Główne prace implementacyjne będą realizowane w 2026 r. a zakończenie prac planowane jest na 2027 rok.

Procesy integracji i wdrażania (CI/CD)

W 2024 r. NFZ rozpoczął prace związane z uruchomieniem pełnego procesu CI/CD (skrót od Continuous Integration i Continuous Delivery), czyli procesów ciągłej integracji i ciągłego dostarczania oprogramowania w ramach Programu Budowy ZSI. W 2025 r. wdrożono mechanizmy poprawiające kulturę pracy we wspólnym środowisku, zestaw technik i działań, która polega na ciągłym i automatycznym sprawdzaniu, testowaniu i wdrażaniu kodu do produkcji. Uruchomiono w tym celu centralne repozytorium kodu źródłowego, który jest w kolejnych krokach weryfikowany poprzez: zbudowanie projektu, wykonanie testów jednostkowych, statyczną analizę kodu. To podejście umożliwia szybkie wykrycie błędów w produktach dostarczanych przez wykonawców, dostarczanie kodu o jak najwyższej jakości a także integrację zmian wprowadzonych przez inne zespoły pracujące nad innymi funkcjonalnościami. Wdrożono narzędzie JFrog Artifactory wspierające te procesy oraz przeprowadzono wymagane szkolenia oraz opracowano metodyki wykonawcze. Obecnie procesem są objęte: MOK – Moduł Obsługi Kontroli, Moduł ZDA.002 – Bazy przejściowe, Moduł ZDA.003 – Kopie Rejestrów z CeZ, Portal/ZKU, CS – Centrum Słowników. W 2026 r. planowane są RPU – Rozliczenie Pacjentów Unijnych, ZAB – obszar Kontraktowania i Umów, ADM – Moduł Administracyjny oraz kolejne moduły, które zostaną wytworzone.

Usługa Integracji Oprogramowania – integracja z obecnym systemem informatycznym NFZ

Od czerwca 2025 r. zaczęły obowiązywać nowe, wieloletnie umowy subskrypcji obecnych systemów NFZ. Wynegocjowano w nich zobowiązania do zachowania maksymalnych, określonych z góry terminów wykonywania przez obecnych dostawców interfejsów z danymi dla ZSI. Pierwszymi zleconymi w tym zakresie pracami było zaprojektowanie siatki interfejsów pozwalających na prawidłowy przepływ informacji o umowach ze świadczeniodawcami pomiędzy systemami. Drugim kontynuowanym obszarem prac nad interfejsami było pozyskanie dla ZSI pełnego zakresu danych sprawozdawczych wynikających z komunikatów tj. SWIAD, LEK, ZPO czy DEKL jak również szczegółowego stanu wiedzy o ich rozliczeniu. Dodatkowo zlecone zostały prace nad widokami bazodanowymi wykorzystywanymi przez MOK do określenia w sposób ustandaryzowany aktualnej wartości każdej z umów ze świadczeniodawcami (po uwzględnieniu aneksów, ugód czy wyroków sądowych). Prace nad interfejsami kontynuowane były również w obszarze zasilenia danymi systemu CRM

o informacje dot. wydawanych decyzji, zwrotu kosztów leczenia za granicą czy dokumentów unijnych.

Infrastruktura

Utrzymanie, modernizacja i rozwój systemów informatycznych jest procesem ciągłym, wymagającym stałego inwestowania w zakresie infrastruktury techniczno-serwerowej (ITS). W 2025 kontynuowano projekty mające na celu standaryzację rozwiązań w NFZ, ze szczególnym uwzględnieniem potrzeb z zakresu cyberbezpieczeństwa (standaryzacja rozwiązań SIEM) i zachowania ciągłości działania (kolokacje serwerowni dla OW NFZ). W ramach standaryzacji rozwiązań SIEM wdrożono jedno oprogramowanie w 8 OW NFZ i Centrali NFZ oraz zaimplementowano w nim te same polityki korelacji zdarzeń. W obecnym roku po przeprowadzeniu postępowania o zamówienie publiczne będą prowadzone dalsze prace.

V.4. Wybrane projekty realizowane przez Fundusz

Opisy realizowanych, jak i zakończonych projektów, w których NFZ uczestniczy bądź uczestniczył zamieszczone są na stronie internetowej NFZ³¹.

Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)³²

Projekt realizowany jest na podstawie umowy zawartej pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a NFZ w dniu 27 marca 2024 r. Projekt dofinansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Programu Fundusze Europejskie na Infrastrukturę, Klimat, Środowisko 2021-2027. W ramach projektu przewidywane jest przekazanie środków w wysokości 1,2 mld zł.

Projekt realizowany jest w formule grantowej i skierowany jest do wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą, posiadających umowę z NFZ o udzielanie świadczeń w ramach POZ. Grantobiorcą może zostać podmiot wykonujący działalność leczniczą, posiadający umowę z NFZ o udzielanie świadczeń w ramach POZ na podstawie ustawy o świadczeniach oraz rozporządzeń Ministra Zdrowia dla poszczególnych świadczeń gwarantowanych.

W 2025 r. zawarto niemal 1 600 umów z grantobiorcami wyłonionymi w pierwszym naborze wniosków do projektu, a także rozliczano środki przekazywane w formie zaliczek i refundacji. W ramach otrzymanego wsparcia realizowane są przedsięwzięcia dotyczące: zakupu sprzętu i wyposażenia medycznego na potrzeby działań diagnostycznych, świadczeń profilaktycznych, wzmocnienia opieki domowej nad pacjentami oraz opieki fizjoterapeutycznej; zakupu sprzętu serwerowo-sieciowego, sprzętu komputerowego oraz oprogramowania teleinformatycznego; robót budowlanych w zakresie infrastruktury niezbędnej do prowadzenia działalności leczniczej.

³¹ <https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/programy-i-projekty/projekty/>

³² <https://feniks.nfz.gov.pl>

Głównymi celami projektu jest: zwiększenie dostępności do świadczeń POZ działających na obszarach słabiej rozwiniętych gospodarczo i terenów wiejskich oraz obszarów zagrożonych utratą/ograniczeniem dostępu do POZ, wsparcie inwestycyjne rozwoju POZ na terenie Polski, dzięki czemu wzrośnie dostępność do świadczeń, a dzięki działaniom projektowym wachlarz świadczeń może zostać poszerzony, zwiększenie dostępności i efektywności systemu opieki zdrowotnej, które przyczyni się do niwelowania różnic regionalnych w dostępności do usług zdrowotnych.

Oczekiwane efekty projektu to: wzrost dostępności do podstawowych i specjalistycznych usług zdrowotnych, polepszenie ochrony zdrowia i dobrostanu obywateli przed zagrożeniami oraz negatywnymi skutkami związanymi ze środowiskiem, otwarcie nowych placówek POZ, zwłaszcza na terenach o mniejszej gęstości zaludnienia, poprawa jakości świadczonych usług zdrowotnych i wzmocnienie odporności systemu medycznego.

Projekt FERS „Odwrócona Piramida Świadczeń”

Fundusz, we współpracy z Ministerstwem Zdrowia, realizuje projekt „Odwrócona Piramida Świadczeń” dofinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego (FERS) 2021–2027. Celem projektu jest stworzenie warunków prawno-organizacyjnych do odwrócenia piramidy świadczeń – czyli przeniesienia ciężaru realizacji świadczeń z leczenia szpitalnego do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oraz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Projekt realizowany jest w okresie od stycznia 2024 r. do czerwca 2027 r.

Główne założenia projektu:

- wypracowanie mechanizmów umożliwiających płacenie za wynik oraz dostosowanie płatności do stopnia złożoności przypadku i wartości środków niezbędnych do jego realizacji;
- opracowanie schematów współpracy i komunikacji pomiędzy szpitalem, AOS i POZ w zakresie diagnostyki, leczenia oraz kontynuacji opieki nad pacjentem;
- zmiana struktury udzielanych świadczeń na korzyść trybu ambulatoryjnego, a także redukcja kosztów opieki poprzez wyeliminowanie bodźców do wykonywania badań diagnostycznych i leczniczych o charakterze ambulatoryjnym w ramach świadczeń szpitalnych;
- zwiększenie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej i poprawa sytuacji grup szczególnie wrażliwych.

W ramach projektu zaplanowano działania realizowane poprzez kompleksową rewizję definicji produktów rozliczeniowych w zarządzeniach Prezesa NFZ oraz zaproponowanie zmian legislacyjnych. Przygotowane zostaną także mechanizmy prawne i organizacyjne (w tym finansowe), które umożliwią wdrożenie opracowanych schematów.

Grupą docelową projektu są pacjenci, przedstawiciele podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie POZ, AOS i leczenia szpitalnego, eksperci

międzynarodowi, pracownicy systemu ochrony zdrowia (lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci i inne zawody medyczne).

Projekt CIRCE-JA³³

Joint Action on Transfer of Best Practices in Primary Care (CIRCE-JA), czyli Wspólne Działania – Transfer Najlepszych Praktyk w Podstawowej Opiece Zdrowotnej realizowany jest od 1 lutego 2023 r. w ramach programu EU4HEALTH.

Program UE dla zdrowia na lata 2021-2027 (EU4HEALTH) ma na celu poprawę i wspieranie zdrowia w UE oraz wzmocnienie systemów opieki zdrowotnej. Podstawowa opieka zdrowotna jest częścią zaleceń dla poszczególnych krajów od 2019 r. i 2020 r. Koordynacja w dziedzinie zdrowia między krajami europejskimi będzie chronić ludzi w normalnych czasach i kryzysach zdrowotnych.

Ogólnymi celami Joint Action jest skuteczne przekazywanie i wdrażanie wybranych najlepszych praktyk między państwami członkowskimi w oparciu o metodykę opartą na dowodach naukowych, zwiększenie zdolności państw członkowskich w zakresie wdrażania innowacyjnych modeli opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej oraz wzmacnianie transformacji systemu opieki zdrowotnej na tym poziomie opieki. Ponadto, działania w zakresie transferu wiedzy i współpracy partnerskiej będą wspierać proces transferu i wdrażania, w tym szeroki zakres działań (np. dialogi polityczne, warsztaty, wizyty i oddelegowanie pracowników, doradztwo ekspertów, programy wzajemnego uczenia się i partnerskiego uczenia się itp.), a także monitorowanie i ocenę wdrażania pilotażowego. W sprawozdaniu zostanie przedstawiony proces przekazywania i wdrażania, uwzględniający główne elementy i zalecenia dotyczące jego powodzenia. Najlepsze praktyki zostały wybrane ze względu na ich sukces i skuteczność w lokalnych regionach rozwoju.

Beneficjenci i podmioty stowarzyszone (AE) reprezentują europejskie systemy i usługi opieki zdrowotnej bezpośrednio związane z ogólnym celem niniejszego JA, będąc właścicielami lub realizatorami BP (Best Practices – Dobrych Praktyk). CIRCE-JA skutecznie przeniesie i wdroży wybrane najlepsze praktyki (BP) w podstawowej opiece zdrowotnej wśród europejskich państw członkowskich (PC).

Celem projektu jest skuteczne przeniesienie (wdrożenie, zatwierdzenie i utrzymanie) z czterech państw członkowskich (Belgia, Portugalia, Słowenia i Hiszpania) do 40 ośrodków wdrożeniowych z 12 państw członkowskich, w których występują istotne różnice strukturalne, organizacyjne i instytucjonalne pod względem stanu zdrowia systemy opieki.

Wybrane dobre praktyki CIRCE-JA dla Polski/NFZ to:

BP3 – Zintegrowana opieka nad pacjentami z chorobami przewlekłymi i zindywidualizowane plany działania w zakresie opieki (IPOM) w Andaluzji (Hiszpania);

³³<https://circeja.nfz.gov.pl/> (strona zarządzana przez NFZ w ramach realizacji pakietu WP2).
Strona po polsku: <https://centrumwiedzy.nfz.gov.pl/552,circe-ja>

BP4 – Zwiększenie wartości klinicznej podstawowej opieki zdrowotnej – Katalonia, Hiszpania;

BP5 – Działania w dziedzinie zdrowia na rzecz dzieci i młodzieży zagrożonej – Portugalia;

BP6 – Ośrodki promocji zdrowia (HPC) – Słowenia.

Przewiduje się pilotażowe wdrażanie dobrych praktyk przez wybranych świadczeniodawców POZ w Polsce.

Wykres nr V.1. Uczestnicy projektu CIRCE-JA.



Projekt HEALTH4EUKids³⁴

W odpowiedzi na rosnący problem otyłości występujący w populacji dziecięcej Unia Europejska uruchomiła projekt o nazwie: „Health4EUKids – Wspólne działania na rzecz wdrożenia najlepszych praktyk i wyników badań dotyczących zdrowego stylu życia w zakresie promocji zdrowia i profilaktyki chorób niezakaźnych i czynników ryzyka”, realizowany od 1 grudnia 2022 r. do 30 listopada 2025 r.

Głównym celem projektu jest szeroko rozumiane promowanie zdrowego stylu życia w rodzinach oraz zapobieganie otyłości u dzieci na terenie Unii Europejskiej.

Program przedstawiony przez praktykę fińską o nazwie „Smart Family” ukierunkowany został na poszerzenie wiedzy z zakresu czynników ryzyka nadmiernej masy ciała oraz skutecznego motywowania i pomocy rodzinom w modyfikacji stylu życia w kierunku prozdrowotnym.

W ramach projektu NFZ wraz ze Śląskim Uniwersytetem Medycznym w Katowicach, opracował plan wdrożenia i dostosowania elementów fińskiej dobrej praktyki „Smart Family”.

³⁴<https://centrumwiedzy.nfz.gov.pl/542.participants>

Program „Smart Family” w Polsce występuje pod nazwą „Zdrowa Rodzina” i skierowany jest do dzieci i ich rodzin, ale realizowany jest wspólnie z lekarzami pediatrami, lekarzami POZ, pielęgniarkami POZ, pielęgniarkami szkolnymi, opiekunami w żłobku i w przedszkolu. Mają oni najczęstszy kontakt z dziećmi i rodzicami lub opiekunami, odgrywają ważną rolę w promocji zdrowia w wśród swoich podopiecznych, zwłaszcza wtedy, gdy utrzymują z nimi wieloletnie kontakty w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Długotrwałe relacje pozwalają zespołowi POZ, obserwować zmiany w stanie zdrowia pacjentów, a więc również rozwoju nadwagi i otyłości.

W ramach wdrożenia programu Zdrowa Rodzina w Polsce prowadzone są działania edukacyjne dla członków zespołów POZ, dietetyków oraz opiekunów dzieci.

Ich celem jest zapewnienie narzędzi pomagających pielęgniarkom podstawowej opieki i innym pracownikom służby zdrowia w pracy z rodzinami w kwestiach związanych ze stylem życia bez wzbudzania poczucia winy oraz w zachęcaniu rodzin do określenia swoich mocnych stron w zakresie nawyków zdrowotnych.

Uczestnicy programu mają możliwość zapoznania się z narzędziami umożliwiającymi podjęcie pracy z dziećmi z nadmierną masą ciała i ich rodzinami czy opiekunami dzieci.

Interwencje w programie kierowane są zarówno do „małych pacjentów” jak i do całych rodzin. Ich głównym zadaniem jest pomoc w uzyskaniu i utrzymaniu zmiany w stylu życia całej rodziny utrwalające nowe, wielopokoleniowe wzorce zachowań prozdrowotnych.

Dla osób, które chciałyby pogłębić swoją wiedzę, a także dla tych, którzy chcieliby zapoznać się z metodyką i narzędziami programu Zdrowa Rodzina przygotowana została strona internetowa³⁵ oraz szkolenie elearningowe dla pracowników medycznych i okołomedycznych³⁶.

Wykres nr V.2. Uczestnicy projektu HEALTH4EUKids.



³⁵ <https://akademia.nfz.gov.pl/health4eukids/>

³⁶ <https://e-learning.nfz.gov.pl/course/view.php?id=20937>

CARE4Diabetes³⁷

Projekt zakłada zmniejszenie obciążenia chorobami niezakaźnymi poprzez zapewnienie multidyscyplinarnej interwencji w zakresie leczenia cukrzycy typu 2. Realizacja projektu przewidziana jest okres od 01.02.2023 r. do 31.01.2026 r.

Głównym celem projektu jest opracowanie i przetestowanie nowego modelu i podejść interwencyjnych skoncentrowanych na wspieraniu zdrowego stylu życia i szkoleniach dla pacjentów z cukrzycą typu 2. Celem jest wzmocnienie pozycji pacjentów w zmianie nawyków, lepsze wykształcenie w zakresie zarządzania chorobami i dobrostanem, odgrywanie aktywniejszej roli w poprawie ich własnej kondycji, a także wspieranie innowacji w zakresie zintegrowanych i ukierunkowanych na człowieka modeli interwencji w zakresie opieki. Partnerami projektu jest 12 państw członkowskich UE: Hiszpania (koordynator), Belgia, Bułgaria, Grecja, Węgry, Włochy, Malta, Niemcy, Polska, Portugalia, Słowacja, Słowenia i Finlandia.

Wykres nr V.3. Uczestnicy projektu CARE4Diabetes.



Opieka koordynowana w POZ³⁸

Fundusz realizuje projekt „Opieka koordynowana w POZ” na podstawie umowy zawartej pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a Funduszem w dniu 24 września 2024 r. Projekt jest dofinansowany przez UE w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Projekt ma na celu wsparcie podmiotów prowadzących działalność leczniczą i mających zawarte umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna z NFZ, w realizowaniu koordynacji opieki zdrowotnej. Projekt zakłada przeszkolenie personelu zatrudnionego w 1 500 podmiotach

³⁷ <https://centrumwiedzy.nfz.gov.pl/539,care4diabetes>

³⁸ <https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/programy-i-projekty/projekty/opieka-koordynowana-w-poz/>

prowadzących działalność leczniczą w POZ, co w efekcie zapewni skuteczną realizację zadań związanych z opieką nad pacjentami w opiece koordynowanej (OK).

Projekt jest skierowany do podmiotów mających podpisaną umowę o realizację świadczeń w budżecie powierzonym OK w POZ oraz podmiotów, które nie mają zawartej takiej umowy, ale planują podpisanie umowy o realizację świadczeń w budżecie powierzonym OK w POZ w trakcie realizacji projektu. Wsparcie będzie kierowane w szczególności do personelu podmiotów z obszarów słabiej rozwiniętych gospodarczo i terenów wiejskich oraz obszarów zagrożonych utratą lub ograniczeniem dostępu do POZ, na których występuje utrudniony dostęp do lekarzy specjalistów oraz dla podmiotów małych dysponujących niewielką liczbą personelu, aby zachęcić je do wdrożenia tego modelu opieki. Uczestnicy projektu zostaną wyposażeni w nową wiedzę, umiejętności i kompetencje potrzebne do efektywnego realizowania opieki koordynowanej.

Oczekiwane efekty projektu to: zwiększenie jakości zarządzania świadczeniami zdrowotnymi w obszarze organizacji opieki koordynowanej w POZ, poszerzenie wiedzy, kompetencji i umiejętności personelu w zakresie organizacji i funkcjonowania OK, poprawa jakości i skuteczności świadczonych usług medycznych w POZ, integracja wiedzy teoretycznej z praktyką, umożliwiającą lepsze zarządzanie procesami opieki koordynowanej, rozwój sieci współpracy i wymiana doświadczeń pomiędzy uczestnikami projektu.

Działania zwiększające kompetencje koordynatorów opieki w placówkach POZ³⁹

Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje projekt „Działania zwiększające kompetencje koordynatorów opieki w placówkach POZ” na podstawie umowy zawartej pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a NFZ w dniu 27 marca 2024 r. Projekt jest dofinansowany przez UE w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.

Projekt ma na celu wsparcie rozwoju i podniesienie kompetencji koordynatorów oraz liderów (trenerów) w obszarze opieki koordynowanej. Skupia się na dostarczeniu wysokiej jakości szkoleń oraz opracowaniu odpowiednich narzędzi edukacyjnych, aby zwiększyć jakość udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej. Projekt ten jest odpowiedzią na realne potrzeby sektora opieki zdrowotnej i ma na celu przyczynienie się do podniesienia standardów oraz skuteczności udzielanych świadczeń. Poprzez skoncentrowane działania szkoleniowe i stałą ocenę efektywności, projekt przyniesie trwałe rezultaty, zapewniające uzyskanie ciągłości i kompleksowości diagnostyki oraz leczenia chorób przewlekłych.

Projekt jest skierowany do koordynatorów opieki oraz kadr organizacyjnych, administracyjnych i zarządczych w podmiocie leczniczym posiadającym umowę z NFZ na opiekę koordynowaną. Uczestnicy projektu zostaną wyposażeni w nowe umiejętności i kompetencje potrzebne do efektywnego zarządzania procesami opieki koordynowanej.

³⁹www.nfz.gov.pl/o-nfz/programy-i-projekty/projekty/dzialania-zwiekszajace-kompetencje-koordynatorow-opieki-w-placowkach-poz

Oczekiwane efekty projektu to: zunifikowanie kompetencji koordynatorów oraz wyłonienie grupy liderów (trenerów), którzy będą stanowić wsparcie dla tej grupy zawodowej po zakończeniu projektu, zwiększenie kompetencji koordynatorów i liderów w obszarze opieki koordynowanej, poprawa jakości i skuteczności świadczonych usług medycznych w POZ, integracja wiedzy teoretycznej z praktyką, umożliwiającą lepsze zarządzanie procesami opieki koordynowanej, rozwój sieci współpracy i wymiana doświadczeń pomiędzy uczestnikami projektu.

Wspólne Działanie na Rzecz Zdrowia Psychicznego⁴⁰

Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje projekt „Wspólne Działanie na Rzecz Zdrowia Psychicznego” (Mental Health Together) na podstawie umowy zawartej 14 sierpnia 2024 r. pomiędzy Europejską Agencją Wykonawczą ds. Zdrowia i Cyfryzacji (HADEA) a NFZ. Projekt będzie realizowany do 31 sierpnia 2027 r. i jest współfinansowany ze środków Komisji Europejskiej w ramach Programu EU4Health.

Celem projektu jest ograniczenie negatywnych skutków złego stanu zdrowia psychicznego poprzez jego monitorowanie, promocję dobrego zdrowia psychicznego oraz skuteczną profilaktykę i zapobieganie zaburzeniom psychicznym w całej UE. Projekt zakłada zintegrowane podejście, obejmujące mapowanie opartych na dowodach interwencji oraz wiedzy w zakresie zdrowia psychicznego, uwzględniając zasadę „Zdrowie psychiczne we wszystkich politykach” – w tym w obszarach społecznych, zdrowotnych, edukacyjnych, zawodowych i środowiskowych.

Kluczowe działania projektu obejmują: promocję zdrowia psychicznego i profilaktykę, uwzględniając skuteczne strategie interwencji, aktywne włączanie osób z doświadczeniem chorób psychicznych w kształtowanie usług zdrowotnych i wdrażanie metodologii osobistego budżetu zdrowotnego, rozwój narzędzi cyfrowych wspierających promocję zdrowia psychicznego oraz integrację społeczną.

Europejskie wspólne działanie na rzecz maksymalizacji wpływu globalnej strategii zdrowotnej UE⁴¹

Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje projekt „Europejskie wspólne działanie na rzecz maksymalizacji wpływu globalnej strategii zdrowotnej UE” [oryg: European Joint Action to maximise the impact of the EU global health strategy], na podstawie umowy zawartej pomiędzy Europejską Agencją Wykonawczą ds. Zdrowia i Cyfryzacji (HADEA), a NFZ. Projekt trwa od 1 października 2023 r. Projekt dofinansowany jest ze środków Komisji Europejskiej, w ramach Programu EU4Health.

Celem wspólnego europejskiego działania JA GHI, jest wzmocnienie przywództwa UE, w zakresie wdrażania nowej globalnej strategii zdrowotnej UE, poprzez wprowadzenie

⁴⁰ <https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/programy-i-projekty/projekty/ja-mentor/>

⁴¹ <https://www.nfz.gov.pl/o-nfz/programy-i-projekty/projekty/europejskie-wspolne-dzialanie-na-rzecz-maksymalizacji-wplywu-globalnej-strategii-zdrowotnej-ue/>

mechanizmów, na rzecz lepszej koordynacji i synergii między instytucjami UE i jej państwami członkowskimi. W tym celu, ustanowiony zostanie dynamiczny mechanizm mapowania kluczowych środków i finansowania który pozwoli na lepszą identyfikację, koordynowanie i monitorowanie bieżących działań, w odniesieniu do priorytetów globalnej strategii UE w zakresie zdrowia. W projekcie udział bierze 42 instytucje z 22 krajów. W ramach projektu JA GHI, NFZ jest odpowiedzialny za pakiet roboczy „WP2 – komunikacja i rozpowszechnianie działań projektowych”.

Działania mające na celu wzmocnienie ochrony małoletnich przed przemocą

W 2025 r. NFZ podjął szereg systemowych działań mających na celu wzmocnienie ochrony małoletnich przed przemocą, co stanowiło bezpośrednią odpowiedź na wymogi prawne, w tym tzw. ustawę Kamilka.

Kluczowym filarem było zawarcie strategicznych partnerstw. Podpisane, w dniu 17 czerwca 2025 r., porozumienie z Fundacją Dajemy Dzieciom Siłę (FDDS), zainicjowało szkolenia dla personelu podstawowej opieki zdrowotnej z zakresu identyfikacji sygnałów krzywdzenia. NFZ stał się także, aktywnym uczestnikiem kampanii „Dzieciństwo bez Przemocy”, angażując pracowników Centrali i OW NFZ, co symbolizował czerwony kolor ubrań oraz podświetlenie budynków w dniu finału kampanii – 19 listopada 2025 r. Wprowadzono również inicjatywę edukacyjną „Alfabet Mocy bez Przemocy by NFZ”, dystrybuując materiały do placówek medycznych. Inicjatywa ta jest projektem edukacyjnym realizowanym przez NFZ, mającym formę przewodnika po kluczowych pojęciach z zakresu przeciwdziałania przemocy wobec dzieci.

Główne założenia i cechy tej inicjatywy to:

- struktura oparta na alfabecie - przewodnik zawiera listę kilkudziesięciu pojęć przypisanych do 22 liter alfabetu;
- 3 obszary tematyczne - każda litera obejmuje pojęcia z trzech różnych dziedzin, wyróżnionych kolorami: czarny (opisy form i przejawów przemocy); niebieski (wsparcie udzielane w ramach systemu ochrony zdrowia); różowy (działania profilaktyczne zapobiegające przemocy);
- wsparcie dla personelu medycznego - każda litera w alfabecie zawiera dedykowany „TIP” (wskazówkę) dla pracowników medycznych;
- forma i dystrybucja materiałów - materiały mają postać kart z notatkami lub listów on-line, które docelowo stworzą kompletną publikację. Przynajmniej raz w miesiącu (w ostatni wtorek) NFZ przekazuje materiały dotyczące wybranych pojęć do OW NFZ, a stamtąd trafiają one do świadczeniodawców;

- dostępność - elektroniczne wersje plakatów, grafik i ulotek dla rodziców są sukcesywnie udostępniane na portalu Centrum Wiedzy⁴².

Inicjatywa ta została zapoczątkowana w 2025 r. jako element kampanii „Dzieciństwo bez Przemocy”, a w 2026 r. planowany jest jej dalszy intensywny rozwój i uzupełnianie o nowe treści merytoryczne.

Podpisanie w dniu 13 czerwca 2025 r. porozumienia z UNICEF, zaowocowało m.in. warsztatami „Training of trainers – Przemoc wobec dzieci”, które przygotowały 20 liderów do dalszego edukowania kadr medycznych w zakresie m.in. rozpoznawania przemocy fizycznej i zaniedbania. Jednocześnie NFZ objął patronatem kampanię Krajowego Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom (KCPU) „Lekarzu, reaguj na przemoc!”, w ramach której konsultowano scenariusze filmów instruktażowych dla lekarzy oraz udostępniono przewodniki diagnostyczne i algorytmy postępowania.

Na poziomie operacyjnym NFZ, w lutym 2025 r. przeprowadzono ankietę wśród pracowników ochrony zdrowia badającą poziom wiedzy o procedurach, co pozwoliło na lepsze dopasowanie standardów ochrony w placówkach POZ. Opracowano także plakaty dla personelu, rodziców oraz dzieci, promujące m.in. międzynarodowy gest „Pomóż mi”.

Fundusz aktywnie uczestniczył w pracach zespołów przy Ministerstwie Sprawiedliwości, opracowując wytyczne do standardów ochrony małoletnich (SOM) w POZ. Wszystkie te działania były wspierane szeroką komunikacją w mediach społecznościowych oraz na portalu Centrum Wiedzy, budując fundament pod dalsze projekty profilaktyczne.

V.5. Działania edukacyjne i informacyjne

Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje zadania edukacyjne i informacyjne w oparciu o następujące akty prawne: ustawę o świadczeniach, ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o dostępie do informacji publicznej oraz ustawę Prawo prasowe. Działania informacyjne NFZ adresowane są do poniższych grup odbiorców: pacjenci, świadczeniodawcy (m.in. szpitale, placówki medyczne, apteki), organizacje zrzeszające pacjentów, dziennikarze/media, ogół społeczeństwa.

Fundusz realizując zadania edukacyjne i informacyjne współpracował w 2025 r. m.in. z Kancelarią Prezesa Rady Ministrów, Ministerstwem Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, Rzecznikiem Praw Pacjenta, Głównym i Wojewódzkimi Inspektoratami Sanitarnymi, Naczelną Izbą Aptekarską i Okręgowymi Izbami Aptekarskimi, Krajową Izbą Fizjoterapeutów, samorządami wszystkich szczebli, urzędami wojewódzkimi i marszałkowskimi, wojewódzkimi konsultantami w różnych dziedzinach medycyny, świadczeniodawcami,

⁴² <https://centrumwiedzy.nfz.gov.pl/>

organizacjami pozarządowymi i pacjenckimi⁴³, mediami ogólnopolskimi, regionalnymi i lokalnymi.

Serwisy internetowe

Fundusz utrzymuje serwis internetowy nfz.gov.pl. Własne serwisy internetowe posiadają również wszystkie OW NFZ. W serwisie internetowym NFZ na bieżąco zamieszczane były projekty i zarządzenia Prezesa NFZ, ważne komunikaty z departamentów Centrali NFZ, dotyczące m.in. refundacji leków, komunikatów dla świadczeniodawców, treści dla pacjentów oraz ogłoszenia o pracę w Funduszu. W 2025 r. strona internetowa NFZ zanotowała 8 091 220 sesji (odwiedzin).

Media społecznościowe

Narodowy Fundusz Zdrowia prowadził w 2025 r. oficjalny kanał w serwisie społecznościowym X (kontynuacja od 2016 r.). Portal X jest podstawowym i głównym kanałem komunikacji NFZ w mediach społecznościowych. Na koniec 2025 r. liczba osób obserwujących profil @NFZ_GOV_PL wynosiła 52 113.

Fundusz prowadzi również profile Akademii NFZ na Facebooku oraz YouTube. Portal Akademia NFZ jest serwisem, który zawiera treści profilaktyczne. Fanpage Akademia NFZ jest profilem edukacyjnym. W codziennych publikacjach informujemy użytkowników o publicznym systemie opieki zdrowotnej, zachęcamy do udziału w badaniach profilaktycznych. Nasze działania koncentrują się także na przekonywaniu do aktywności fizycznej i zdrowego żywienia. Profil służy również do rozpowszechniania bezpłatnych materiałów dotyczących profilaktyki zdrowotnej. Publikujemy posty i grafiki dotyczące bezpłatnych usług oferowanych przez NFZ, tj. portal Diety NFZ, „Cicha godzina”, aplikacje mobilne, kioski profilaktyczne. Na koniec 2025 r. Fanpage Akademia NFZ miał 25 147 fanów. Natomiast liczba wyświetleń profilu wyniosła 7 727 814. Kanał YouTube Akademia NFZ koncentruje się na szeroko pojętej profilaktyce zdrowotnej oraz wspieraniu pacjentów poprzez udostępnianie eksperckiej wiedzy. Bogata oferta edukacyjna obejmuje materiały z zakresu, m.in. chorób układu krwionośnego, cukrzycy, onkologii, POChP czy demencji. Ważny filar stanowią treści poświęcone psychologii i psychiatrii, aktywności fizycznej, odżywianiu, a także dedykowane poradniki dla rodziców i opiekunów. W 2025 r. opublikowano 31 nowych filmów. Kontynuowaliśmy publikację z serii edukacyjnej „Zdrowie na pierwszym planie” oraz nagraliśmy materiały dotyczące m.in. HPV HR. Ważnym elementem oferty kanału są również webinary dedykowane świadczeniodawcom. Na koniec 2025 r. liczba subskrybentów wyniosła 15 622, co stanowi wzrost o 18% w stosunku do roku poprzedniego i ponad 43% do 2023 r. W raportowanym okresie filmy odnotowały łącznie 743 658 wyświetleń. Odnotowano również pozytywne trendy w zaangażowaniu: średni czas oglądania

⁴³m.in.: Federacja Stowarzyszeń „Amazonki”, Fundacja „Wygrajmy Zdrowie”, Gdańskie i Gdyńskie Amazonki, Fundacja „FOSA”, Stowarzyszenie Krakowskie Amazonki, Ogólnopolskie Stowarzyszenie „Moje Nerki”, Łódzki Klub Amazonka, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, Stowarzyszenie „Amazonki” Warszawa-Centrum, Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę i Choroby Alergiczne i Przewlekłe Obturacyjne Choroby Płuc, Fundacja „Zdrowe Miasto”, Stowarzyszenie „Eurydyki”, IFMSA-Poland, Olsztyńskie Amazonki, Uniwersytet III wieku w Olsztynie, Rzeszowska Rada Seniorów, Lubelskie Stowarzyszenie Amazonek w Lublinie, Stowarzyszenie pomocy chorym na nowotwory krwi w Zamościu, Bydgoskie Stowarzyszenie Amazonek, „Łuczniczka”, Stowarzyszenie „Udarowcy – Liczy się wsparcie”, Fundacja „Śląskie Anioły”, Fundacja „Z sercem do Pacjenta”, Wrocławskie Centrum Seniora, Fundacja Carita im. Wiesławy Adamiec.

wzrósł do 4:10 min., a współczynnik kliknięcia miniatur osiągnął poziom 5,2%. Dodatkowo w sekcji „Społeczność” opublikowano 59 postów, które wygenerowały blisko 28 000 wyświetleń.

Profil NFZ na LinkedIn służy przede wszystkim do udostępniania eksperckich raportów analitycznych dotyczących różnych problemów zdrowotnych oraz informacji z zakresu finansowania świadczeń. Kanał ten wykorzystujemy również do relacjonowania aktywności przedstawicieli Funduszu podczas wydarzeń oraz w mediach. Na koniec 2025 r. kanał NFZ, zebrał 8 655. obserwujących. Liczba wyświetleń w 2025 wyniosła ponad 150 tys.

Środki Społecznego Przekazu

NFZ 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.

Portal Diety NFZ⁴⁴ to strona, na której NFZ promuje zdrowe nawyki i wspiera osoby z chorobami przewlekłymi w wyborze odpowiedniej diety. W 2025 r. zarejestrowało się ponad 170 tysięcy osób. Obecnie, całkowita liczba kont użytkowników portalu Diety NFZ, licząc od początku funkcjonowania portalu, tj. od dnia 4 lipiec 2019 r. do dnia 4 kwietnia 2025 r., wynosi 1 201 136 osób.

W 2025 r. przygotowana została nowa zakładka „Dieta malucha” – generator zaleceń i rekomendacji dietetycznych dla dzieci do 6 lat. Narzędzie w łatwy sposób dopasowuje zalecenia do wybranego wieku dziecka. Jest dostępne dla każdego użytkownika, bez konieczności logowania. Na stronie Diety NFZ pojawiły się dodatkowe możliwości w zakładce „Pomiary postępów”, które pozwalają na wyznaczania celów do osiągnięcia, np. normalizacja BMI, poziom aktywności fizycznej. Zostały także opublikowane nowe materiały merytoryczne, takie jak: e-booki („Kolacja dla serca”, „Zdrowy dzień dla niej”, „Wielkanocne inspiracje”, „Dieta lekkostrawna”, „Ryby na świątecznym stole”) oraz artykuły z poradami. Pojawiły się też materiały wypracowane we współpracy z Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego PZH – Państwowym Instytutem Badawczym.

Portal Akademia NFZ (akademia.nfz.gov.pl) działa w nowej odsłonie od listopada 2022 r. Serwis poświęcony jest profilaktyce zdrowotnej, promowaniu zdrowego stylu życia i podnoszeniu świadomości zdrowotnej społeczeństwa. W 2025 r. na stronie Akademii NFZ zostały opublikowane materiały merytoryczne: artykuły, quizy, multimedia kierowanych do różnych grup wiekowych. Znajduje się tu również stale aktualizowany: Kalendarz Badań profilaktycznych narzędzie, dzięki któremu można sprawdzić zalecenia zdrowotne dla swojego wieku i płci. W 2025 r. na stronie Akademii NFZ został opublikowany Katalog Usług – wyszukiwarka usług zdrowotnych. „Katalog usług” to specjalna zakładka na portalu Akademia

⁴⁴ www.diety.nfz.gov.pl

NFZ, która gromadzi i porządkuje różne oferty usług zdrowotnych oraz profilaktycznych dostępnych dla użytkowników. Dzięki niemu – zamiast szukać informacji rozproszonej po wielu stronach – można w jednym miejscu zobaczyć, co jest dostępne: od punktów stacjonarnych po usługi online.

Fundusz publikuje biuletyn dla klientów „Ze zdrowiem”, który jest praktycznym przewodnikiem po systemie zdrowia, a także zbiorem użytecznych porad skierowanych do pacjentów. W 2025 r. wydaliśmy cztery numery biuletynu: nr 15 „Szczepimy się”, nr 16 „Leczenie za granicą, w nocy i w wolne dni”, nr 17 „O onkologii po prostu” i nr 18 „Cięża i okres okołoporodowy”. Magazyn ma wersję elektroniczną – publikowany jest na stronach www.nfz.gov.pl i www.akademia.nfz.gov.pl oraz wersję drukowaną. Głównymi odbiorcami pisma są osoby odwiedzające OW NFZ i uczestniczące w imprezach organizowanych przez oddziały. Magazyn informuje o świadczeniach, usługach i profilaktyce zdrowia. Pojawiają się także informacje związane z prawami pacjenta. Znajdują się w nim praktyczne porady dotyczące profilaktyki zdrowotnej, informacje o leczeniu sanatoryjnym oraz propozycje ćwiczeń i opisy zdrowo zbilansowanych diet. Pokazujemy też schemat poruszania się po systemie zdrowia. W 2025 r. koncentrowaliśmy się na tematyce dotyczącej szczepień, zasad leczenia w wolne dni, w nocy i za granicą, profilaktyki onkologicznej, ciąży i okresu okołoporodowego. Każdy numer magazynu „Ze Zdrowiem” liczy 20 stron. Nakład wynosi 48 500 egzemplarzy. Magazyn jest dostępny w OW NFZ oraz w postaci darmowego e-wydania.

Portal pacjent.gov.pl, to serwis Ministerstwa Zdrowia i NFZ, który w prosty i zrozumiały sposób przedstawia informacje na temat systemu ochrony zdrowia. Od 2021 r. NFZ jest współodpowiedzialny za stronę merytoryczną portalu. Kategoriami związanymi z usługami e-zdrowia, koronawirusa i szczepień przeciw COVID-19 zarządza Centrum e-Zdrowia. W 2025 r. opublikowaliśmy ok. 100 nowych artykułów. Promowaliśmy zdrowy styl życia, profilaktykę, informowaliśmy o systemie zdrowia, świadczeniach oraz tematyce związanej z najczęstszymi problemami zdrowotnymi, chorobami cywilizacyjnymi. Wiele tekstów poświęciliśmy promocji szczepień przeciw chorobom zakaźnym oraz tematyce kalendarzy szczepień. Pisaliśmy o profilaktyce nowotworowej, leczeniu za granicą, opiece podczas dni wolnych od pracy i w nocy, profilaktyce chorób przewlekłych, opiece podczas ciąży.

Na stronie pacjent.gov.pl publikowane są wiarygodne i rzetelne informacje na temat systemu ochrony zdrowia, zapewniony jest dostęp do aktualnych informacji na temat programów profilaktycznych oraz zdrowotnych z uwzględnieniem realizatorów programów, pacjenci dowiadują się, jak poruszać się po systemie opieki zdrowotnej, regularne aktualizowane są publikacje zgodnie ze zmianami w przepisach prawnych, badana i ulepszana jest jakość portalu pod względem UX – szybkość znajdowania, filtrowanie, kategoryzacja, zwiększenie liczby nowych użytkowników.

Treści i funkcjonalności na portalu:

- W „Aktualnościach” publikowane są artykuły o tematyce prozdrowotnej i udostępniane dodatkowo w odpowiednich zakładkach „Linii życia”. Teksty zawierają odniesienia i linki do programów profilaktycznych, materiałów informacyjnych. Można tam znaleźć również zachęty do profilaktyki i zdrowego stylu życia, teksty o zdrowiu kobiet, mężczyzn i dzieci

w różnym wieku, o najczęstszych chorobach i ich profilaktyce. Prezentowane są informacje dot. szczepień ochronnych, udziału w programach profilaktycznych i regularnych badaniach, dietach wspierających profilaktykę i leczenie chorób. Znaleźć w tym miejscu można także informacje i przypomnienia o systemie leczenia.

- Zakładka „Linia życia” – informacje podzielone pod kątem potrzeb w zależności od momentu życia (dziecko, rodzic, osoba w kwiecie wieku, osoba na emeryturze itd.); ok. 380 artykułów jest rozmieszczonych w poszczególnych zakładkach. To ułatwia czytelnikowi znalezienie interesującej go publikacji.
- Zakładka „Profilaktyka”, w której publikowane są artykuły uszeregowane w 5 grupach tematycznych: Zapobiegaj zamiast leczyć, Jak żyć z chorobą, Znajdź swoją dietę, Programy profilaktyczne – informacje o programach profilaktycznych NFZ i MZ, Szczepienie ratuje życie – informacje o szczepieniach obowiązkowych i zalecanych. Znajduje się tu ok. 120 artykułów.
- Zakładka „System zdrowia” opisuje sposób funkcjonowania opieki zdrowotnej w Polsce. Informuje, jakiej opieki można oczekiwać w różnych sytuacjach. Przedstawia tematykę i zasady korzystania z systemu w różnych obszarach, np.: podstawowa opieka zdrowotna, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, leczenie szpitalne, opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, opieka długoterminowa, rehabilitacja lecznicza, leczenie stomatologiczne, uzdrowiska, opieka paliatywna i hospicyjna, ratownictwo medyczne, leczenie za granicą, program in vitro, leki i wyroby medyczne.
- Artykuły zawierają linkowanie do wyszukiwarki placówek udzielających świadczeń [Gdzie się leczyć (nfz.gov.pl)], która jest systematycznie aktualizowana, zawiera wykaz wszystkich placówek, które mają umowę z NFZ, w podziale na ich rodzaj (np. szpitale, programy profilaktyczne). Umożliwia wyszukiwanie pod kątem rodzaju leczenia i obszaru (np. województwo, miejscowość) oraz podaje telefony do placówki, informacje o dojeździe i mapę oraz ułatwieniach dla osób z niepełnosprawnością.

Prace graficzne i poligraficzne

Przygotowano materiały graficzne dla klientów zgodne z przyjętymi standardami (Księgą znaku i Księgą identyfikacji wizualnej, zasadami prostego języka i dostępności) promujące działania profilaktyczne i inne usługi NFZ (w tym zestaw promocyjny dla OW NFZ, magazyn „Ze Zdrowiem”, e-booki publikowane na Diety NFZ, ulotka „Zaproszenie do udziału w programach profilaktycznych NFZ” dołączanej do EKUZ).

V.5.1. Zdrowe Dane

Projekt ezdrowie.gov.pl (Zdrowe Dane) to strona internetowa dedykowana publicznemu udostępnianiu informacji o ochronie zdrowia, dostępnych w NFZ. Dane prezentowane są w możliwie intuicyjny, przejrzysty i usystematyzowany sposób w postaci zestawień, analiz i raportów. Dzięki temu możliwe jest bieżące monitorowanie zmian w systemie przed i po wprowadzeniu nowych zasad udzielania i finansowania świadczeń.

Opracowania przygotowywane przez zespół analityków budują wizerunek NFZ jako eksperta w dziedzinie analizy danych. Zdrowe Dane prezentują model prowadzenia polityki zdrowotnej w oparciu o dane. Informacje zbierane z OW NFZ pozwalają na tworzenie analiz dotyczących populacji całego kraju. W ten sposób możliwe jest budowanie i poszerzanie świadomości o systemie ochrony zdrowia wśród pacjentów, organizacji, świadczeniodawców i pozostałych interesariuszy. Dodatkowo portal ezdrowie.gov.pl służy rozpowszechnianiu wiedzy dotyczącej zdrowia szerszemu gronu odbiorców, w tym środowiskom akademickim, organizacjom pacjentów oraz ośrodkom medialnym. Umożliwia to tworzenia rzetelnych materiałów w oparciu o wiarygodne dane, które są obecnie opracowywane jedynie przez prywatne firmy analityczne.

W 2025 r. dodano 167 zestawień oraz raportów, w tym 93 nowe zestawienia, m.in.: nowy raport dotyczący prostatektomii radykalnej, aktywne monitorowanie wskaźników jakości zdrowia oraz monitorowanie cukrzycowej postaci obrzęku płamki żółtej. W 2025 r. znalazło się także 74 aktualizacji zestawień, w tym aktualizacje raportów cyklicznych dot. padaczki, osteoporozy, depresji, udaru niedokrwienego mózgu, stwardnienia rozsianego oraz aktualizacje raportów na temat terapii CAR-T, RDTL, choroby niedokrwiennej serca (ChNS), programu KOS-zawał czy choroby Alzheimera.

W 2025 r. w ramach współpracy z Konsultantem krajowym w dziedzinie okulistyki dokonano zmian w aplikacji służącej do monitorowania programu lekowego B.70 w zakresie leczenia pacjentów z wysiękowym zwyrodnieniem płamki związanym z wiekiem (AMD)⁴⁵. Zmiany polegały na dodaniu nowych kryteriów oceny jakości leczenia danego świadczeniodawcy oraz zmianie sposobu wyliczania jego klasy. Udostępniono również aplikację związaną z programem lekowym B.70 w zakresie leczenia pacjentów z cukrzycowym obrzękiem płamki żółtej (DME)⁴⁶. Aplikacja poza monitorowaniem jakości leczenia danego świadczeniodawcy również przypisuje mu odpowiednią klasę ośrodka.

Bardzo istotnym działaniem było również udostępnienie aplikacji do monitorowania wskaźników jakości opieki zdrowotnej⁴⁷. Zaprezentowano tam wskaźniki jakości zdefiniowane w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2024 r. w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2024 r. poz. 1349), których sposób wyliczenia określony jest w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 562).

V.5.2. Telefoniczna Informacja Pacjenta (TIP)

W 2025 r. całodobowa bezpłatna Telefoniczna Informacja Pacjenta 800 190 590 kontynuowała swoją działalność. TIP jako jeden wspólny numer telefonu do NFZ oraz Biura Rzecznika Praw

⁴⁵ <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/monitorowanie/amd>

⁴⁶ <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/monitorowanie/cukrzycowa-postac-obrzeku-plamki-zoltej>

⁴⁷ <https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/monitorowanie/monitorowanie-jakosci>

Pacjenta w świadomości pacjentów został uznany za szybki, kompleksowy i przejrzysty dostęp do informacji o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Za pośrednictwem TIP klient otrzyma informacje m.in. na temat:

1. Zasad korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ze szczególnym uwzględnieniem:

- uprawnień do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- praw i obowiązków pacjenta;
- szczególnych uprawnień w zakresie korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej;
- zasad wystawiania i realizacji recept lekarskich, w tym e-recept – m.in. w zakresie cen leków i informacji o lekach trudno dostępnych;
- kwestii dotyczących e-skierowań;
- informacji w zakresie e-zwolnień lekarskich (e-ZLA);
- informacje dotyczące usług e-zdrowia;
- zasad wystawiania skierowań/zleceń/zaświadczeń;
- zasad uprawnień do karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego wraz z informacjami dotyczącymi opieki w ramach sieci onkologicznej;
- zasad korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego i innych;
- lecznictwa uzdrowiskowego;
- zasad nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie lekarza;
- sposobów potwierdzania prawa do świadczeń opieki w tym wykorzystania systemu eWUŚ;
- zasad dostępu do pomocy psychologicznej;
- zakresu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- zasad działania list oczekujących na udzielenie świadczenia i sprawdzenia czasu oczekiwania na świadczenie oraz wskazania kontaktu do placówek i miejsc udzielania świadczeń;
- podstawowych informacji dotyczących zasad koordynacji systemu zabezpieczenia zdrowotnego w krajach UE/EFTA, EKUZ, formularzy S, leczenia planowego i nieplanowanego za granicą, zwrotu kosztów leczenia, recepty transgranicznej – ewentualne wskazanie kontaktu do Krajowego Punktu Kontaktowego;
- korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach przepisów dyrektywy transgranicznej – wskazanie kontaktu do Krajowego Punktu Kontaktowego;
- informacja dotycząca zasad korzystania z programów profilaktycznych realizowanych przez instytucje publiczne oraz z zakresu promocji zdrowia;

- informacja o zasadach korzystania z nowych usług, w tym usług elektronicznych, udostępnianych klientom w obszarze zdrowia.
- 2. Zasad dostępu do informacji o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem dostępu do Internetowego Konta Pacjenta (bez logowania się na konto klienta) oraz z korzystania z e-dokumentów m.in. e-recept, e-skierowań.
- 3. Zasady składania i rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia.
- 4. Danych teleadresowych do OW NFZ oraz dane świadczeniodawców przekazane wykonawcy przez zamawiającego.
- 5. Nocnej i świątecznej opiece lekarskiej.

W 2025 r. infolinia TIP obsłużyła ponad 1,3 miliona połączeń od klientów oraz ponad 30 tysięcy innych interakcji za pośrednictwem czatu, wiadomości e-mail oraz videoczatu.

W ramach zadania wynikającego z Narodowej Strategii Onkologicznej na Telefonicznej Informacji Pacjenta została wyodrębniona nitka dotycząca profilaktyki onkologicznej. Konsultanci udzielali informacji na temat programów profilaktycznych, gdzie można wykonać badania. Ustawa z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej wprowadza nową strukturę organizacyjną i nowy model zarządzania opieką onkologiczną, które usprawnią organizację systemu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie onkologii. Zgodnie z zapisami ustawy Fundusz prowadzi infolinię na poziomie ogólnopolskim. 20 kwietnia 2023 r. na Telefonicznej Informacji Pacjenta została uruchomiona infolinia informacyjna Krajowej Sieci Onkologicznej.

Infolinia jest dostępna pod bezpłatnym, całodobowym numerem 800 190 590. Po połączeniu z infolinią należy wybierać – 1 (połączenie z konsultantem NFZ), następnie należy wybierać – 3. Oprócz informacji dotyczących profilaktyki chorób nowotworowych można uzyskać informacje o KSO. Od rozpoczęcia świadczenia usługi Infolinii Informacyjnej Krajowej Sieci Onkologicznej do 31 grudnia 2025 r. odebrano 43 666 połączenia.

Pacjenci, którzy dzwonili w sprawie profilaktyki onkologicznej najczęściej poruszali następujące tematy: Program Moje Zdrowie, Karta DILO – lista placówek realizujących program, Placówki, w których można uzyskać pomoc onkologa, Sposób uzyskania skierowania na badania pod kątem choroby nowotworowej, Sprawdzenie terminów leczenia onkologicznego, Programy profilaktyczne, a najczęściej profilaktyka: wczesnego wykrywania raka jelita grubego, prostaty, chorób układu krążenia, raka piersi, raka szyjki macicy, gruźlicy, badań prenatalnych. Gdzie można wykonać biopsję, mammografię, cytologię. Zapobieganie występowania chorób nowotworowych.

V.5.3. Upraszczenie języka w komunikacji Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2025 r. kontynuowano prace nad uproszczeniem komunikacji z klientami. W ten sposób NFZ realizuje zapisy międzyresortowego porozumienia „Prosto i kropka”, do którego przystąpił w 2020 r. Dzięki wprowadzeniu prostego języka NFZ chce osiągnąć różne cele, m.in.: poprawę obsługi klienta i zwiększenie satysfakcji – dzięki jaśniejszym formularzom, zrozumiałym informacjom i przystępnym instrukcjom klient łatwiej i szybciej może załatwić

sprawę w urzędzie; wyższą świadomość społeczną i świadomość pacjentów – klienci i pacjenci rozumieją, co mogą uzyskać w urzędzie i jakie mają prawa w systemie opieki zdrowotnej.

W 2025 r. NFZ prowadził szereg działań na rzecz prostego języka: spotkania on-line z oficerami językowymi z OW NFZ, szkolenia językowe dla nowych pracowników, upraszczanie dokumentów i formularzy, organizacja kwartalnych badań zrozumiałości pism.

W Centrali i OW NFZ zbadano ponad 500 dokumentów. Jako organizacja osiągnęliśmy następujące wyniki badania zrozumiałości pism kierowanych do klientów: I kwartał 2025 r. – 87,3%; II kwartał 2025 r. – 89,8%; III kwartał 2025 r. – 88,8%; IV kwartał 2025 r. – 89,2%.

V.5.4. Forum Organizacji Pacjentów

W 2025 r. NFZ kontynuował współpracę w ramach Forum Organizacji Pacjentów. Współpraca z Forum Organizacji Pacjentów stanowi kanał komunikacyjny, za pomocą którego NFZ dociera do pacjentów z informacją o dostępnych programach profilaktycznych, bieżących wiadomościach i usługach dla pacjentów. W ramach Forum Organizacji Pacjentów w 2025 r. organizowane były spotkania stacjonarne. Omówiono następujące tematy: zarządzanie organizacją non-profit dylematy i wyzwania: wykorzystanie danych NFZ do monitorowania problemów zdrowotnych – rak szyjki macicy, role i kompetencje poszczególnych instytucji w systemie ochrony zdrowia, kompetencje ZUS w ramach systemu zabezpieczenia społecznego - w perspektywie klienta, kompetencje KRUS w ramach systemu zabezpieczenia społecznego - w perspektywie klienta, Forum Organizacji Pacjentów – strategia współpracy oraz dywersyfikacja działań, Centralna e-rejestracja, zasady zgłaszania skarg, założenia i realizacja programu „Moje zdrowie”, profilaktyka raka szyjki macicy w oparciu o test HPV w triage z LBC, zwrot kosztów leczenia w państwach UE – dyrektywa transgraniczna.

V.5.5. Badanie doświadczeń klientów

W 2025 r. NFZ we współpracy z zewnętrzną firmą zrealizował kolejną edycję badania doświadczeń klientów, którzy skorzystali z: obsługi bezpośredniej w salach obsługi klientów NFZ oraz uzyskania informacji za pomocą Telefonicznej Informacji Pacjenta (TIP). Celem badania było określenie poziomu satysfakcji klientów oraz identyfikacja obszarów wymagających dalszego doskonalenia. Analizę oparto na 3 kluczowych wskaźnikach:

- wskaźnik CSI (ang. Customer Satisfaction Index) określającym ogólny poziom satysfakcji klientów;
- wskaźnik CES (ang. Customer Effort Score) mierzącym wysiłek klienta, związany z załatwieniem sprawy;
- NPS (ang. Net Promoter Score) wskazującym skłonność klientów do rekomendowania obsługi przez pracowników NFZ.

Badanie w salach obsługi klientów OW NFZ zrealizowano metodą wywiadów ankietowych z wykorzystaniem techniki TAPI (Tablet Assisted Personal Interview). W przypadku TIP zastosowano technikę CATI (Computer Assisted Telephone Interview).

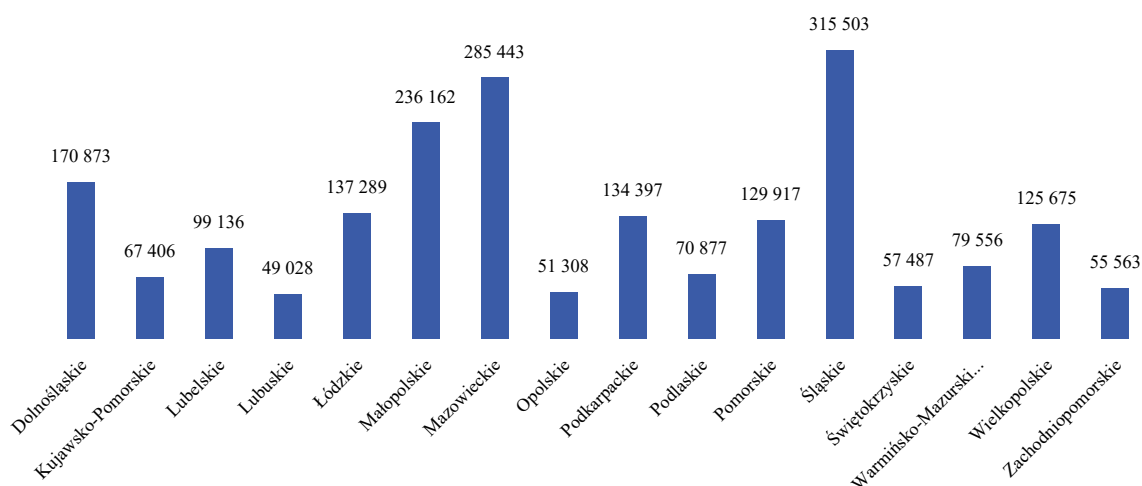
W ramach badania w salach obsługi klientów analizowano m.in. takie aspekty obsługi jak: sprawność obsługi, postawa wobec klienta, ciągłość obsługi (obszar dodany w 2025 r.), komunikatywność, kompetencje merytoryczne pracowników, estetyka, łatwość dojazdu i poruszania się po sali obsługi klientów, intymność i wygoda.

Analiza zgromadzonych danych, z badania przeprowadzonego w OW NFZ, wykazała wysoki poziom satysfakcji klientów z obsługi bezpośredniej. Ogólna wartość wskaźnika CSI wyniosła 4,94 na 5-stopniowej skali. Najwyższe wartości odnotowano w aspektach: postawa wobec klienta (4,97), estetyka (4,97), komunikatywność (4,96) i kompetencje merytoryczne pracowników (4,96). Najniżej oceniona pod względem zadowolenia klientów została ciągłość obsługi tj. wiedza pracownika o poprzednich kontaktach klienta z NFZ i znajomość historii sprawy klienta przez pracownika (4,86).

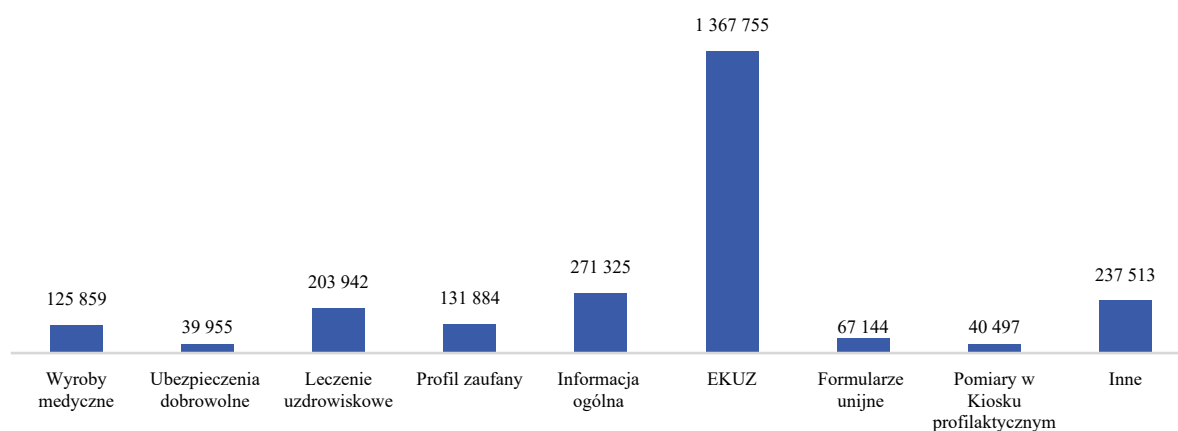
V.5.6. Analiza danych pracy sal obsługi klientów Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2025 r. OW NFZ obsłużyły 2 065 620 klientów realizując łącznie 2 485 874 usług.

Wykres nr V.4. Łączna liczba obsłużonych klientów w 2025 r. w podziale na województwo.



Wykres nr V.5. Łączna liczba zrealizowanych usług w OW NFZ w 2025 r.



W omawianym okresie dużym zainteresowaniem wśród klientów cieszyła się również obsługa telefoniczna oraz e-mailowa. Łącznie w 2025 r. zrealizowano 211 021 spraw klientów zgłaszanych drogą telefoniczną i 69 479 spraw drogą elektroniczną.

V.5.7. Profilaktyka i promocja zdrowia

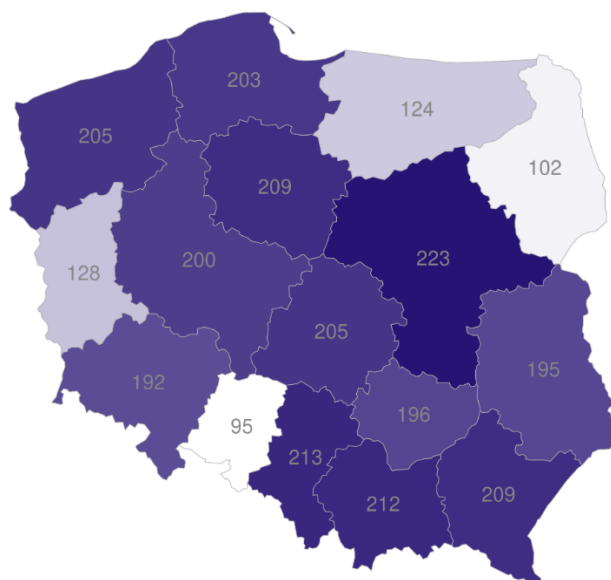
Cykliczna akcja NFZ „Środa z Profilaktyką”

W 2025 r. NFZ kontynuował cykliczną akcję „Środa z Profilaktyką”. Był to dzień regularnej edukacji zdrowotnej, dedykowany profilaktyce chorób i promocji zdrowia. Była poświęcona innemu ważnemu tematowi w obszarze budowania świadomości społeczeństwa. W ramach „Środy z Profilaktyką” przygotowywane były materiały informacyjno-edukacyjne dotyczące omawianego zagadnienia. Działalność związana z edukacją profilaktyczną koncentrowała się na prelekcjach specjalistów zaproszonych w tym celu do siedziby oddziałów, pomiarach masy ciała oraz instruktażach samobadania na fantomach. Podczas każdego wydarzenia udostępnione były materiały edukacyjne, które publikowano w środkach masowego przekazu m.in. na portalu Akademia NFZ, YouTube Akademia NFZ, Facebook – profil Akademia NFZ, Diety NFZ.

Wydarzenia profilaktyczne promujące zdrowy styl życia

Specjaliści ds. profilaktyki uczestniczyli w wydarzeniach organizowanych w salach obsługi klientów, delegaturach oraz w punktach obsługi w OW NFZ oraz w plenerowych wydarzeniach profilaktycznych na terenie całego kraju. W 2025 r. OW NFZ wzięły udział w 2 911 wydarzeniach profilaktycznych. Podczas akcji promowano usługi NFZ wspierające profilaktykę i zdrowy tryb życia, udzielano informacji o programach profilaktycznych finansowanych przez NFZ oraz udzielano wsparcia w zakresie obsługi IKP. Podjęto współpracę z mediami lokalnymi w zakresie informowania o działaniach na rzecz profilaktyki. Realizowane przedsięwzięcia były w nich komentowane i relacjonowane.

Wykres nr V.6. Łączna liczba zrealizowanych wydarzeń o charakterze profilaktycznym przez OW NFZ w 2025 r.



Stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia w salach obsługi klientów

W 2025 r. kontynuowano działanie stanowisk ds. profilaktyki i promocji zdrowia w salach obsługi klientów w OW NFZ. W salach obsługi klientów w OW NFZ funkcjonowało stanowisko ds. profilaktyki i promocji zdrowia, które służyło upowszechnianiu wiedzy

o profilaktyce oraz zdrowym stylu życia. Integralnym elementem był kiosk profilaktyczny, który umożliwiał klientom wykonanie bezpłatnych pomiarów, takich jak: wzrost, masa ciała, skład ciała, ciśnienie tętnicze krwi, saturacja, temperatura, siła uścisku dłoni, wskaźnik BMI. W trakcie wizyty klient miał możliwość skonsultowania się z doradcą, który przekazywał informacje dotyczące uzyskanych pomiarów w kiosku profilaktycznym oraz materiały informacyjne o programach profilaktycznych realizowanych przez NFZ i Ministerstwo Zdrowia. Dodatkowo klienci otrzymywali wydruk przykładowego planu żywienia ze strony internetowej Diety.nfz.gov.pl. W 2025 r. koszty poniesione w związku z działalnością kiosków profilaktycznych wyniosły 1 039 496,88 zł a w OW NFZ obsłużono łącznie 49 058 klientów.

Poradnik Pacjenta

W 2025 r. NFZ kontynuował publikację i dystrybucję cyklicznego „Poradnika Pacjenta NFZ”. Materiału edukacyjno-informacyjnego kierowanego bezpośrednio do pacjentów. Publikacje miały na celu wspieranie pacjentów w świadomym dbaniu o zdrowie, zwiększanie wiedzy na temat profilaktyki oraz ułatwienie poruszania się po systemie ochrony zdrowia. Wszystkie treści przygotowywane były w przystępnej, zrozumiałej formie z myślą o szerokim gronie odbiorców. W 2025 r. opracowano 22 poradniki, które odpowiadały na aktualne wyzwania zdrowotne oraz potrzeby informacyjne społeczeństwa. Szczególne miejsce wśród publikacji zajęły zagadnienia związane z profilaktyką i wczesnym wykrywaniem chorób. Jednym z ważnych tematów był program „Moje Zdrowie”, uruchomiony 5 maja 2025 r., który jest kompleksowym bilansem stanu zdrowia osób od 20 r.ż. Dużym zainteresowaniem cieszył się również poradnik dotyczący badań prenatalnych na NFZ, które są dostępne dla każdej kobiety w ciąży. W publikacjach podejmowano także tematy istotne z punktu widzenia zdrowia kobiet. Jednym z nich był poradnik „Endometrioza to nie urok kobiecości. To choroba”, napisany w formie wywiadu z prof. Ewą Wender-Ożegowską – konsultant krajową w dziedzinie położnictwa i ginekologii. W materiale przedstawiono założenia nowego modelu opieki nad pacjentkami z endometriozą oraz podkreślono konieczność wczesnej diagnostyki i właściwego leczenia tej choroby. Istotnym elementem działań edukacyjnych było również informowanie o wprowadzeniu refundowanego przez NFZ testu HPV HR jako skuteczniejszej metody profilaktyki raka szyjki macicy. Zakres tematyczny poradników obejmował również inne kluczowe obszary zdrowia publicznego, takie jak: profilaktyka chorób cywilizacyjnych: nadwaga i otyłość, nadciśnienie, zdrowie psychiczne: uzależnienia cyfrowe, bezpieczeństwo zdrowotne: ochrona przed słońcem, ukąszenia kleszczy, pierwsza pomoc przy odmrożeniach, zdrowie dzieci: szczepienia, bezpieczny powrót do szkoły, zdrowie mężczyzn: zdrowy tata na lata, męskie nowotwory. Nie pominięto także tematów związanych z organizacją ochrony zdrowia, takich jak: zasady korzystania z transportu sanitarnego, procedura składania skarg, ubezpieczenie zdrowotne, EKUZ, Elektroniczna Weryfikacja Uprawnień Świadczeniobiorców. Poradniki pełnią funkcję praktycznego przewodnika po systemie ochrony zdrowia. Dostarczają rzetelnych informacji oraz wspierają w podejmowaniu świadomych decyzji zdrowotnych.

Akcja promocyjna #RakNieGraFair-my tak!

Fundusz został oficjalnym partnerem trzeciej edycji ogólnopolskiej akcji #RakNieGraFair, realizowanej wspólnie z Pierwszą Ligą Piłkarską oraz stowarzyszeniem „Młode z rakiem”.

Głównym celem inicjatywy było wykorzystanie zasięgów i emocji sportowych do edukacji zdrowotnej oraz promowania profilaktyki raka piersi. Kluczowe działania NFZ skoncentrowano wokół 12. i 13. kolejki rozgrywek ligowych, które odbyły się w październiku 2025 r. Pod stadionami 18 klubów ligowych zorganizowano „różowe miasteczka profilaktyczne NFZ”. Uczestnicy akcji mogli wykonać na miejscu pomiary składu ciała, uzyskać informacje o programach profilaktycznych, portalu „Diety NFZ”, oraz nauczyć się samobadania piersi. W wybranych lokalizacjach oferta została rozszerzona o specjalistyczne badania m.in. w mammobusach, cytobusie oraz konsultacje z zakresu USG tarczycy i jąder. Z oferty stanowisk NFZ skorzystało łącznie ponad 3 800 osób. Wydarzenie było aktywnie promowane w mediach społecznościowych NFZ oraz klubów piłkarskich co przełożyło się na wysoką efektywność komunikacyjną. Akcja została nominowana do nagrody Sport Biznes Polska w kategorii: „Sportowy Projekt Społeczny 2025”.

Komunikacja skierowana do samorządów oraz mediów lokalnych z informacją o realizacji badań screeningowych

Przez cały rok z poziomu OW NFZ prowadzono systematyczną wysyłkę informacji dotyczących: programów profilaktyki raka szyjki macicy, programów profilaktyki raka piersi, harmonogramów postojów mammobusów. Działania te były kierowane priorytetowo do gmin, powiatów tj. samorządów, w których poziom wykonywania badań przesiewowych był najniższy. Dzięki temu możliwe było zwiększenie lokalnej mobilizacji oraz zaangażowania władz samorządowych w aktywne zachęcanie mieszkańców do badań. Łącznie w całym kraju informacje były wysłane do ponad 900 gmin/starostw. Regularnie rozsyłano informacje prasowe do redakcji lokalnych, obejmujące: aktualne dane o dostępności badań, promocję mammobusów, przypomnienia o profilaktyce nowotworowej. Komunikacja była stałym elementem strategii informacyjnej, wzmacniając rozpoznawalność programów profilaktycznych wśród mieszkańców poszczególnych regionów. W celu wzmacniania pozytywnych wzorców przesyłano do mediów lokalnych również komunikaty przedstawiające gminy osiągające wysoki odsetek wykonanych badań.

Patronaty

W 2025 r. Fundusz objął patronatem m.in. wydarzenia: II edycja kampanii Społecznej pt.: „Otyłość to choroba. Nie oceniaj, nie odchudzaj, tylko lecz”; „Kongres Top Medical Trends 2025”; Kongres Zdrowia Kobiet; II Konferencja Polskich i Europejskich Sieci Referencyjnych Choroby Rzadkie – Problemy Nie Tylko Systemowe; Kampania „Lekarzu reaguj na przemoc!”; II Kongres Zdrowia Medonet; XIII Ogólnopolski Tydzień Profilaktyki Nowotworów Głowy i Szyi; konferencja System Ochrony Zdrowia w czasie wojny Jak skorzystać z doświadczeń ukraińskich; Kongres Zdrowie Polaków; II Międzynarodowe Seminarium Sepsa – Wizja Przyszłości; IV edycja Kampanii Społecznej #Odwołuje #Nie blokuję.

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

VI.1. Kontrole wewnętrzne przeprowadzone przez Fundusz

Kontrola wewnętrzna w Centrali NFZ w 2025 r. realizowana była w ramach kontroli instytucjonalnej przez Biuro Nadzoru Wewnętrznego, zwanego dalej również „BNW” oraz kontroli funkcjonalnej, w zakresie nadzoru merytorycznego przez właściwe komórki organizacyjne Centrali NFZ. W ramach kontroli instytucjonalnej przeprowadzono łącznie 34 kontrole, w tym: 32 kontrole planowe i 2 kontrole doraźne.

Najczęstszym przedmiotem kontroli działalności NFZ, przeprowadzanych przez BNW było:

- przyznawanie i rozliczanie środków na finansowanie działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa teleinformatycznego u świadczeniodawców;
- ustalanie ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej przez OW NFZ;
- przeprowadzanie postępowań w zakresie zamówień publicznych;
- przeprowadzanie przez OW NFZ windykacji należności wobec świadczeniobiorców nieposiadających prawa do świadczeń opieki zdrowotnej (art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach).
- weryfikowanie przez OW NFZ zgłaszania przerw w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniodawców;
- przeprowadzanie przez OW NFZ postępowań w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- zarządzanie uprawnieniami do zasobów informatycznych w NFZ zgodnie z zapisami procedury zarządzania uprawnieniami do zasobów informatycznych;
- przeprowadzanie postępowań kontrolnych przez TWK XIII w Kielcach;
- weryfikowanie i przegląd zabezpieczeń przed pożarem, powodzią i innymi katastrofami naturalnymi dotyczących serwerowni.

W ramach kontroli funkcjonalnej komórki organizacyjne Centrali NFZ przeprowadziły łącznie 28 kontroli planowych i 1 kontrolę doraźną. Gabinet Prezesa Funduszu (GPF) – 3 kontrole planowe i 1 kontrolę doraźną, które obejmowały wykonywanie zadań w zakresie wydawania decyzji w indywidualnych sprawach z ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie art. 109 ustawy o świadczeniach oraz z tytułu poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom nieuprawnionym na podstawie art. 50 ustawy o świadczeniach.

Departament Ekonomiczno-Finansowy przeprowadził 6 kontroli planowych, w zakresie wykonania planu finansowego.

Biuro Spraw Pracowniczych przeprowadziło 2 kontrole planowe, w zakresie prawidłowości prowadzenia dokumentacji pracowniczej oraz poprawności realizacji rekrutacji - zgodność z procedurą: Rekrutacje pracowników.

Biuro Księgowości przeprowadziło 4 kontrole planowe, w zakresie prawidłowości prowadzenia ksiąg rachunkowych i sporządzania sprawozdań finansowych, obiegu dowodów księgowych oraz regulowania zobowiązań i dochodzenia należności.

Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej przeprowadził 4 kontrole planowe, w zakresie prawidłowości postępowania w sprawie objęcia świadczeń opieki kompleksowej umową podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej oraz prawidłowości wykonywania nadzoru nad realizacją umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie zgłaszanych przez świadczeniodawców przerw w udzielaniu świadczeń.

Departament Obsługi Klientów i Profilaktyki przeprowadził 4 kontrole planowe w zakresie prawidłowości rozpatrywania skarg i wniosków składanych na świadczeniodawców, nieprawidłowości wprowadzenia do rejestru daty wpływu korespondencji i jej wysłania oraz prawidłowości realizacji Księgi Jakości Obsługi Klientów NFZ.

Departament Współpracy Międzynarodowej przeprowadził 3 kontrole planowe, w zakresie weryfikacji prawidłowości wydawania, unieważniania i rejestracji dokumentów uprawniających związanych z zamieszkiwaniem oraz realizacji zadań wynikających z przepisów implementujących dyrektywę transgraniczną.

Biuro Bezpieczeństwa Informacji i Ciągłości Działania przeprowadziło 2 kontrole planowe, w zakresie prawidłowości prowadzenia polityki bezpieczeństwa fizycznego OW NFZ.

Kontrola wewnętrzna w OW NFZ w 2025 r. realizowana była przez Zespoły Kontroli Wewnętrznej. Kontrolerzy przeprowadzili łącznie 100 kontroli, w tym 83 kontrole problemowe planowe, 5 kontroli sprawdzających planowych, oraz 12 kontroli doraźnych zleconych przez dyrektorów OW NFZ.

W trakcie postępowań kontrolnych prowadzonych w 2025 r. w OW NFZ Zespoły Kontroli Wewnętrznej skontrolowały łącznie 156 komórek organizacyjnych. Najczęściej kontrolowanymi komórkami były: wydziały świadczeń opieki zdrowotnej (17 kontroli), wydziały gospodarki lekami (15 kontroli) oraz wydziały księgowości (14 kontroli).

Najczęściej kontrolowanymi obszarami były: obsługa klientów oraz planowanie, kontraktowanie i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej (po 21 kontroli) oraz rejestracja i obieg dokumentów, prowadzenie korespondencji (16 kontroli).

Najważniejsze stwierdzone uchybienia i nieprawidłowości w obszarze:

1. Obsługa klienta to: nieterminowe rozpatrywanie spraw, nierejestrowanie wniosków w systemie kancelaryjnym, brak nadzoru, błędna rejestracja wpływu, niezamieszczenie w sprawie dowodu przekazania ubezpieczonemu klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych przez NFZ, przyjęcie wniosku podpisanego przez osobę niepełnoletnią i wydanie na tej podstawie EKUZ, niepouczenie strony postępowania administracyjnego o prawie do wniesienia ponaglenia w przypadkach zawiadamiania o przedłużeniu postępowania (wyznaczeniu nowego terminu załatwienia sprawy), brak w papierowych aktach spraw prowadzonych w sposób tradycyjny, dokumentacji zaewidencjonowanej lub sporządzanej i podpisywanej w EZD, niewłaściwe tytułowanie spraw i dokumentów w EZD, brak podpisu pracowników merytorycznych

przygotowujących projekty umów dobrowolnego ubezpieczenia, nieaktualny zakres czynności pracownika, brak potwierdzenia otrzymania umowy dobrowolnego ubezpieczenia przez stronę, nie stosowano zasady minimalizacji danych zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych (RODO), nie dołączenia do akt sprawy kopii upoważnień dla pracowników albo Dyrektora, brak daty wysyłki korespondencji wychodzącej dla spraw prowadzonych w EZD, wniosków o zawarcie umowy o objęcie dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ zawierał niepełny nr PESEL.

2. Planowanie, kontraktowanie i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej to: niewskazanie w zakresach czynności osób zastępujących się wzajemnie, niewłaściwe nazewnictwo przygotowywanych przez Wojewodę i opiniowanych przez OW planów w ochronie zdrowia, niejednolite dokumentowanie prowadzonych postępowań, niewzywanie wnioskodawców do uzupełnienia braków formalnych w obowiązującym terminie (w ramach rozpatrywania wniosków o wyrażenie zgody na przeniesienie praw i obowiązków wynikających z zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej), nieprecyzyjne określenie działań dotyczących realizacji wniosków o RDTL przez pracowników WGL w przypadku błędów po stronie świadczeniodawcy, brak załącznika w umowie, który stanowi jej integralną część, niepełne dokumentowanie spraw w EZD, podpisywanie pism bez upoważnienia, brak podpisów na wnioskach świadczeniodawcy do konsultanta krajowego lub konsultanta wojewódzkiego o zastosowanie leku w ramach RDTL, nieterminowa weryfikacja zestawień oraz kontrola merytoryczna rachunków, brak informacji do WŚOZ o przesunięciu środków finansowych w ramach kosztów przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej.
3. Rejestracja i obieg dokumentów, prowadzenie korespondencji to: przechowywanie w EZD tzw. „luźnych koszulek” bez założenia sprawy JRWA lub powiązania ze sprawą, w tytułach prowadzonych spraw używanie niedozwolonych skrótów, znaków, niepodawanie informacji dotyczącej czynności, podmiotu lub przedmiotu, którego dotyczy sprawa, niejednolita rejestracja spraw i dokumentów, błędy w uzupełnianiu metadanych, nierejestrowanie spraw w EZD (np. prowadzonego rejestru), nieterminowe prowadzenie spraw, kierowane do klientów pisma z informacją o niezafatwieniu sprawy w terminie bez podania przyczyny zwłoki i nowego terminu załatwienia sprawy, wskazanie w wezwaniach do zapłaty danych identyfikacyjnych spółki cywilnej lub zakładu leczniczego spółki cywilnej, niezgodnie z treścią umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz rejestrem podmiotów wykonujących działalność leczniczą, niski poziom elektronizacji spraw, niezabezpieczenie dokumentów wrażliwych w EZD.

VI.2. Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w Funduszu

W jednostkach organizacyjnych NFZ instytucje kontroli zewnętrznej przeprowadziły w 2025 r. łącznie 48 kontroli, tj.: 1 kontrola rozpoczęta w 2023 r. i zakończona w 2025 r., 6 kontroli rozpoczętych w 2024 r. i zakończonych lub pozostających w toku w 2025 r. oraz 41 kontroli rozpoczętych i zakończonych lub pozostających w toku w 2025 r.

Większość kontroli prowadziła Najwyższa Izba Kontroli (16), Państwowa Inspekcja Pracy (13), Ministerstwo Zdrowia (9), Archiwum Państwowe (3) oraz Zakład Ubezpieczeń

Społecznych (3). Po jednej kontroli prowadziły: Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna, Urząd Miasta Płocka, Państwowa Straż Pożarna oraz poseł na Sejm Filip Kaczyński.

Kontrolowaną działalność siedmiokrotnie oceniono pozytywnie, raz negatywnie, jedenaście razy przedstawiono ocenę opisową, w dwudziestu jeden kontrolach nie sformułowano oceny. Dla ośmiu kontroli ostateczne dokumenty pokontrolne nie wpłynęły do 18 lutego 2026 r. Sprawozdanie o wynikach kontroli przeprowadzonych przez instytucje kontroli zewnętrznej w 2025 r. w NFZ opublikowano 25 lutego 2026 r. na stronie internetowej Funduszu. Instytucje kontroli zewnętrznej prowadziły w Centrali NFZ 10 kontroli, w OW NFZ łącznie 38.

1. Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła kontrole w zakresie:

- środowiskowej opieki psychiatrycznej dla osób dorosłych w Centrali i w 6 OW NFZ (Kujawsko-Pomorskim, Łódzkim, Mazowieckim, Śląskim, Świętokrzyskim i Zachodniopomorskim);
- profilaktycznej opieki zdrowotnej prowadzonej w ramach podstawowej opieki medycznej dla dzieci i młodzieży jako miernik oceny stanu zdrowia populacji wieku rozwojowego;
- w 5 OW NFZ (Lubuskim, Opolskim, Podkarpackim, Śląskim i Warmińsko-Mazurskim);
- realizacji zadań przez NFZ w latach 2021-2024 w Centrali i w Wielkopolskim OW NFZ;
- podstawowej opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych w Centrali;
- diagnostyki i zapewnienia opieki nad pacjentami z przewlekłą chorobą nerek w Centrali.

2. Państwowa Inspekcja Pracy przeprowadziła kontrolę w zakresie przestrzegania przepisów prawa pracy w Centrali Funduszu i w 11 OW NFZ (Kujawsko-Pomorskim, Lubelskim, Lubuskim, Łódzkim, Małopolskim, Mazowieckim, Opolskim, Pomorskim, Śląskim, Świętokrzyskim i Wielkopolskim – dwie kontrole).

3. Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło kontrole w zakresie:

- realizacji zadań obronnych w Narodowym Funduszu Zdrowia w Centrali NFZ;
- realizacji poleceń Ministra Zdrowia w sprawie dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w Centrali Funduszu;
- realizacji umowy nr 1.FM.1374.2024.1 z 1 grudnia 2024 r. oraz umowy nr 4.FM.1374.2025.5 z 21 lipca 2025 r. zawartych pomiędzy Ministrem Zdrowia a Prezesem NFZ w Centrali Funduszu;
- projektu FERS.04.15-IP.07-0003/23-00/1374/2024/217 „Opieka koordynowana w POZ” w Centrali NFZ;
- projektu FERS.01.13-IP.07-0001/23 „Działania zwiększające kompetencje koordynatorów opieki w placówkach POZ” w Centrali NFZ;

- wydatkowania środków publicznych w ramach postępowań realizowanych w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych oraz zamówień o wartości poniżej 130 tys. zł w 2 OW NFZ (Śląskim i Wielkopolskim);
 - kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w Małopolskim OW NFZ;
 - zapewnienie dostępności i prawidłowości organizacji procesu zapewnienia dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w Podlaskim OW NFZ.
4. Archiwum Państwowe przeprowadziło kontrole w zakresie postępowania z materiałami archiwalnymi w 3 OW NFZ (Kujawsko-Pomorskim, Łódzkim i Podkarpackim).
 5. Zakład Ubezpieczeń Społecznych przeprowadził w zakresie:
 - prawidłowości i rzetelności obliczania składek na ubezpieczenia społeczne oraz innych składek, do których pobierania zobowiązany jest ZUS oraz zgłaszanie do ubezpieczeń społecznych i ubezpieczenia zdrowotnego; ustalania uprawnień do świadczeń;
 - z ubezpieczeń społecznych i wypłacanie tych świadczeń oraz dokonywanie rozliczeń z tego tytułu; prawidłowości i terminowości opracowywania wniosków o świadczenia emerytalne i rentowe; wystawiania zaświadczeń lub zgłaszanie danych dla celów ubezpieczeń społecznych w oddziale, prawidłowość i rzetelność danych przekazywanych do ZUS we wnioskach o świadczenie postojowe oraz o zwolnienie z obowiązku opłacania składek na podstawie ustawy z 2 marca 2020 r. w 3 OW NFZ (Lubelskim, Małopolskim i Podlaskim).
 6. Państwowa Straż Pożarna przeprowadziła kontrolę w zakresie przestrzegania przepisów w Zachodniopomorskim OW NFZ.
 7. Powiatowa Stacja Sanitarno- Epidemiologiczna przeprowadziła kontrolę w zakresie higieny pracy w Mazowieckim OW NFZ.
 8. Urząd Miasta Płocka przeprowadził kontrolę w zakresie gospodarowanie odpadami komunalnymi pochodzącymi z nieruchomości niezamieszkałej w Mazowieckim OW NFZ.
 9. Poseł na Sejm Filip Kaczyński przeprowadził kontrolę w zakresie postępowań konkursowych na świadczenie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na terenie gmin Kalwaria Zebrzydowska, Brzeźnica, Lanckorona i Stryszów w Małopolskim OW NFZ.

VI.3. Audyt wewnętrzny w Funduszu

Komórka audytu wewnętrznego w NFZ realizowała w 2025 r. poniższe zadania audytowe:

- reagowanie na skargi i zgłaszane nieprawidłowości w zakresie udzielania świadczeń przez świadczeniodawców (17 zadań audytowych, w Centrali i OW NFZ);
- efektywność utrzymania i wykorzystania systemów informatycznych NFZ (5 zadań audytowych, w Centrali i OW NFZ);

- analiza sposobów wymiany informacji wewnątrz organizacji i stosowanych kanałów informacyjnych (6 zadań audytowych w OW NFZ);
- wdrażanie modelu kompetencyjnego (6 zadań audytowych w OW NFZ)
- realizacja projektu "Wsparcie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)" w ramach programu FENIKS (6 zadań audytowych, w Centrali i OW NFZ);
- rozliczanie i monitorowanie realizacji świadczeń (5 zadań audytowych w OW NFZ);
- rozliczanie skutków finansowych kontroli (6 zadań audytowych w sześciu OW NFZ);
- wybrane zabezpieczenia z normy ISO 27001 (6 zadań audytowych w Centrali i OW NFZ);
- ocena wdrożenia planów ciągłości działania w NFZ (6 zadań audytowych w OW NFZ);
- zgłoszenia dotyczące bezpieczeństwa IT (5 zadań audytowych w OW NFZ);
- inne działania dotyczące wsparcia funkcjonowania kontroli zarządczej (czynności doradcze w Centrali i OW NFZ);
- udział w radzie portfela projektów (czynności doradcze w Centrali);
- opiniowanie wniosków (czynności doradcze w Centrali – pozaplanowe).

W wyniku prowadzonych zadań audytowych powstają zalecenia, uwagi doradcze oraz uwagi systemowe. Ich wdrożenie oceniane jest podczas czynności sprawdzających. W 2025 r. przeprowadzone zostały poniższe czynności sprawdzające:

- sposób i tryb monitorowania bezpłatnego/ryczałtowego zaopatrzenia w leki uprawnionych świadczeniobiorców (czynności sprawdzające w 6 OW NFZ);
- postępowanie o udzielanie świadczeń poza granicami kraju (czynności sprawdzające w Centrali i 5 OW NFZ);
- poziom wdrożenia EZD (czynności sprawdzające w 3 OW NFZ);
- utrzymanie i rozwój stacji roboczych i urządzeń peryferyjnych (czynności sprawdzające w Centrali i 5 OW NFZ);
- obsługa wniosku i umowy o dobrowolne ubezpieczenie zdrowotne (czynności sprawdzające w 4 OW NFZ);
- rozliczanie środków z dotacji (czynności sprawdzające w 3 OW NFZ);
- kontraktowanie i monitorowanie dostępu do świadczeń w zakresie onkologii (czynności sprawdzające w 6 OW NFZ);
- rozliczanie nielimitowanych świadczeń zdrowotnych (czynności sprawdzające w 5 OW NFZ);
- sposób i tryb monitorowania obrotu lekami w aptekach oraz ordynacji lekarskiej w odniesieniu do substancji czynnych o ograniczonej dostępności (czynności sprawdzające w Centrali i 5 OW NFZ);

- audyt wewnętrzny zlecony w zakresie funkcjonowania wybranych elementów systemu kontroli zarządczej (czynności sprawdzające w Centrali i OW NFZ);
- przegląd zaległych zaleceń, uwag doradczych i uwag systemowych (czynności sprawdzające w Centrali i OW NFZ).

VI.4. Podejmowane przez Fundusz działania naprawcze

Działania naprawcze podejmowane przez Fundusz polegają na realizacji wniosków i zaleceń pokontrolnych, wydanych w wyniku kontroli wewnętrznych i zewnętrznych zrealizowanych w Funduszu oraz wdrażaniu przez komórki organizacyjne usprawnień, zaleceń, uwag doradczych i systemowych, wypracowanych podczas realizacji zadań audytowych. Informacja o wykonaniu zaleceń pokontrolnych przekazywana jest właściwym komórkom kontroli wewnętrznej, instytucjom kontroli zewnętrznej w trybie określonym w przepisach, stanowiących podstawę realizacji kontroli. Monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych należy do zadań komórek organizacyjnych przeprowadzających kontrolę instytucjonalną i funkcjonalną. W zakresie kontroli zewnętrznych realizowanych w Centrali NFZ, komórką, która monitoruje wykonanie zaleceń pokontrolnych jest Biuro Nadzoru Wewnętrznego. Monitorowanie wykonania zaleceń i uwag stanowiących efekt zadań audytowych, prowadzone jest na bieżąco przez Biuro Audytu Wewnętrznego. W odniesieniu do każdego zadania audytowego przeprowadzane są czynności sprawdzające realizację zaleceń i wdrożenie uwag systemowych.

VI.5. Sprawy sądowe

W 2025 r. OW NFZ prowadziły łącznie 2 761 postępowań sądowych, czyli o 110 więcej niż w 2024 r. Większość toczących się postępowań stanowiły sprawy cywilne z powództwa NFZ. OW NFZ prowadziły 1 394 takich spraw, czyli o 113 spraw więcej niż w 2024 r. Wśród tych spraw wszczętych zostało 668 postępowań, czyli o 30 spraw mniej niż w 2024 r. W 2025 r. OW NFZ prowadziły 878 spraw sędowo-administracyjnych, czyli o 49 mniej spraw niż w 2024 r., z których 405 postępowań zostało wszczętych w 2025 r.

Tabela nr VI.1. Zestawienie spraw sądowych prowadzonych przez OW NFZ – stan na koniec 2025 r.

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)
cywilne	z powództwa Funduszu	1 394	81 588,91 zł	668	45 723,46 zł
	sprawy przeciwko Funduszowi	489	936 205,02 zł	105	235 598,88 zł
Sędowo-administracyjne		878	635,22 zł	405	409,25 zł
Razem		2 761	1 018 429,15 zł	1 178	281 731,59 zł

Sprawy sądowe z powództwa cywilnego – zestawienie zakończonych spraw sądowych

W 2025 r. zakończonych zostało 14 spraw prowadzonych przez OW NFZ związanych ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limit określony w umowie. Z tego tytułu Fundusz poniósł koszt w wysokości prawie 15,5 mln zł, w tym ponad 170 tys. zł z tytułu

zasądzenia wyrokami sądów oraz ponad 15,6 mln zł z tytułu ugód sądowych. W odniesieniu do 2024 r. liczba tego typu spraw zmniejszyła się o 12 spraw. Ponadto, oprócz ww. spraw, OW NFZ zakończyły 99 postępowań o zapłatę wynikających z wykonania umowy, w wyniku których Fundusz zapłacił ogółem kwotę bliską 1 mln i 800 tys. zł. W odniesieniu do 2024 r. liczba zakończonych tego typu spraw zmniejszyła się o 74 postępowania.

Tabela nr VI.2. Zestawienie spraw sądowych zakończonych wg stanu na koniec 2025 r.

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
związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity	14	3,62	15 568,62	3,62	170,59	0,00	15 654,11
o zapłatę wynikające z wykonania umowy	99	2 479,55	1 777,07	2 451,13	1 573,64	28,42	203,43
postępowania sądowoadministracyjne	544	85,16	87,06	85,16	87,06	0,00	0,00
pozostałe postępowania sądowe	637	5 658,85	6 410,91	5 658,85	6 184,34	0,00	226,57
Razem	1 294	8 227,18	23 843,65	8 198,76	8 015,62	28,42	16 084,11

W 2025 r. ogółem w OW NFZ prowadzone były 444 sprawy karne, w których NFZ miał status oskarżyciela posiłkowego lub powoda cywilnego, wszczęte na skutek zawiadomienia przez Fundusz organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, z czego: wszczętych zostało 85 spraw, zakończonych zostało 50 spraw, a w toku pozostało 369 spraw.

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

Główna tematyka składanych skarg i zażaleń na czynności dyrektora OW NFZ

W 2025 r. główna tematyka składanych zażaleń na czynności Dyrektora OW NFZ⁴⁸ dotyczyła m.in.: nałożenia kary umownej, zmiany warunków umowy, wydania zgody na rozliczenie za zgodą płatnika, rozwiązania bądź wypowiedzenia umowy, wezwania do zapłaty, braku możliwości rozliczenia udzielonych świadczeń, odmowy potwierdzenia finansowania leku w ramach RDTL, wyliczenia ryczałtu, zwrotu kwoty nienależnej refundacji, odmowy zapłaty za świadczenia. W przedmiotowym zakresie rozpatrzono 75 zażaleń, z czego: w 59 przypadkach nie uwzględniono zażaleń (co stanowi 78,7% ogółu rozpatrzonych zażaleń), 5 spraw pozostawiono bez rozpatrzenia (co stanowi 6,7% ogółu rozpatrzonych zażaleń), 5 spraw nie rozpatrzono (co stanowi 6,7% ogółu rozpatrzonych zażaleń), w 2 przypadkach zażalenie rozpatrzono w innym trybie (co stanowi 2,7% ogółu rozpatrzonych zażaleń), w 2 przypadkach przekazano sprawę do ponownego rozpatrzenia (co stanowi 2,67% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w części 2 zażalenia (co stanowi 2,7% ogółu rozpatrzonych zażaleń).

Zasady, tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków w 2025 r. w NFZ regulowały następujące przepisy: KPA; rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 8 stycznia 2002 r. w sprawie organizacji przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków (Dz.U. Nr 5, poz. 46); procedura do procesu: Obsługa skarg, wniosków i odpowiedzi do klientów wersja 2.2; procedura obowiązywała od 17 grudnia 2024 r.; procedura do procesu: Obsługa skarg, wniosków i odpowiedzi do klientów wersja 2.3; procedura obowiązywała od 24 marca 2025 r.; procedura do procesu: Obsługa skarg, wniosków i odpowiedzi do klientów wersja 2.4; procedura obowiązuje od 29 września 2025 r.

W 2025 r. ewidencjonowanie skarg i wniosków odbywało się w rejestrze skarg i wniosków prowadzonym w aplikacji WEB.

Tabela nr VII.1. Liczba wpływających, rozpatrzonych i przekazanych zgodnie z właściwością skarg i wniosków.

Na	Skargi				Wnioski			
	wpływające	rozpatrzono	przekazane wg właściwości		wpływające	rozpatrzono	przekazane wg właściwości	
			poza NFZ	do innego OW			poza NFZ	do innego OW
świadczeniodawcę	7 807	5 107	519	592	1	0	1	0
aptekę	37	28	0	3	0	0	0	0
osobę uprawnioną	1	1	0	0	0	0	0	0
NFZ	624	546	0	47	1	1	0	0
inne	79	4	32	6	3	0	1	1
Razem	8 548	5 686	551	648	5	1	2	1

⁴⁸ Zgodnie z art. 160 ustawy o świadczeniach „Świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przysługuje zażalenie na czynności Prezesa Funduszu lub dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu dotyczące realizacji umowy – z wyłączeniem czynności Prezesa Funduszu, o których mowa w art. 61d ust. 12 i art. 61t ust. 3 ustawy o świadczeniach.

W OW NFZ rozpatrzono 5 137 skarg i 1 wniosek, przekazano zgodnie z właściwością 981 skarg i 2 wnioski, w trakcie rozpatrywania pozostało 401 skarg. Pozostawiono bez rozpatrzenia i ad acta 1 499 skarg i 1 wniosek. W Centrali NFZ rozpatrzono 549 skarg, przekazano zgodnie z właściwością: 218 skarg i 1 wniosek, w trakcie rozpatrywania pozostało 9 skarg. Pozostawiono bez rozpatrzenia 119 skarg. Z poprzedniego okresu sprawozdawczego rozpatrzono łącznie 365 skarg.

Tabela nr VII.2. Terminowość rozpatrzonych skarg i wniosków.

Na	Liczba skarg rozpatrzonych		Liczba wniosków rozpatrzonych	
	terminowo	nieterminowo	terminowo	nieterminowo
świadczeniodawcę	5 072	35	0	0
aptekę	28	0	0	0
osobę uprawnioną	0	1	0	0
NFZ	542	4	1	0
inne	4	0	0	0
Razem	5 646	40	1	0

W OW NFZ terminowo rozpatrzono 5 097 skarg 1 wniosek. 40 skarg rozpatrzono nie dochowując ustawowego terminu rozpatrzenia. Terminy zostały przekroczone z powodu przedłużonego czasu procedowania. W Centrali NFZ terminowo rozpatrzono wszystkie skargi w liczbie 549.

Tabela nr VII.3. Zasadność rozpatrywanych skarg i wniosków.

Na	Liczba skarg			Liczba wniosków		
	zasadnych	niezasadnych	częściowo zasadnych	zasadnych	niezasadnych	częściowo zasadnych
świadczeniodawcę	2 347	2 218	542	0	0	0
aptekę	12	13	3	0	0	0
osobę uprawnioną	1	0	0	0	0	0
NFZ	23	494	29	0	1	0
inne	0	3	1	0	0	0
Razem	2 383	2 728	575	0	1	0

W OW NFZ 2 235 skarg uznano za zasadne, 2 379 skarg i 1 wniosek uznano za niezasadne, 523 skargi – za częściowo zasadne. W Centrali NFZ za zasadne uznano 148 skarg, 349 skarg za niezasadne i 52 skargi za częściowo zasadne.

Główna tematyka zażaleń na czynności Prezesa Funduszu

W 2025 r. NFZ rozpatrywał zażalenia dotyczące wyników czynności sprawdzających. Główna tematyka zażaleń na czynności sprawdzające Prezesa NFZ dotyczących realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, rozpatrywanych w Departamencie Kontroli dotyczyła zakwestionowania środków finansowych oraz nałożenia kary umownej. W przypadku aptek główna tematyka zażaleń również dotyczy skutków finansowych czynności sprawdzających. Od dnia 1 stycznia 2025 r. w przedmiotowym zakresie wpłynęło 57 zażaleń na czynności sprawdzające Prezesa NFZ z czego rozpatrzono pięćdziesiąt siedem (57), w tym: nie uwzględniono czterdziestu dziewięciu (49) zażaleń (co stanowi 85,9% ogółu rozpatrzonych

zażaleń), uwzględniono w całości trzy (3) zażalenia (co stanowi 5,3% ogółu rozpatrzonych zażaleń), nie rozpatrzono⁴⁹ merytorycznie pięciu (5) zażaleń (co stanowi 8,8% ogółu rozpatrzonych zażaleń).

Skargi i wnioski dotyczące świadczeniodawców

Tabela nr VII.4. Skargi i wnioski dotyczące świadczeniodawców.

Rodzaje świadczeń zdrowotnych	Zakresy świadczeń	Liczba skarg/wniosków			
		Dostępność do świadczeń	Jakość udzielanych świadczeń	Pozostałe	Ogółem
podstawowa opieka zdrowotna	świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	1 404	109	93	1 606
	świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	31	5	3	39
	świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej	20	2	4	26
	świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej	0	1	1	2
	świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	120	21	11	152
	transport sanitarny w podstawowej opiece zdrowotnej	17	3	4	24
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	poradnie specjalistyczne - wg części VIII identyfikacyjnych kodów resortowych	928	91	85	1 104
	ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne	129	24	17	170
	kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna	12	2	0	14
leczenie szpitalne (z wyłączeniem programów terapeutycznych - lekowych i chemioterapii)	oddziały szpitalne - wg części VIII identyfikacyjnych kodów resortowych	367	109	40	516
	świadczenia wysokospecjalistyczne	2	0	0	2
gospodarka lekiem	terapeutyczne programy zdrowotne i chemioterapia	18	1	0	19
	refundacja aptek	1	0	0	1
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	w warunkach oddziałów stacjonarnych	9	6	1	16
	w warunkach oddziału/ośrodka dziennego	3	2	0	5
	w warunkach ambulatoryjnych	91	5	4	100
	w zespole leczenia środowiskowego	8	0	31	39
rehabilitacja lecznicza	w warunkach ambulatoryjnych	133	14	19	166
	w warunkach domowych	56	2	3	61
	w warunkach ośrodka/oddziału dziennego	15	1	4	20
	w warunkach stacjonarnych	53	4	8	65
opieka paliatywna i hospicyjna	oddział medycyny paliatywnej; świadczenia w hospicjum stacjonarnym	1	2	0	3
	świadczenia w hospicjum domowym	8	1	0	9
	świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	1	0	0	1
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (opieka długoterminowa)	zespół długoterminowej opieki domowej	1	0	0	1

		Liczba skarg/wniosków			
	pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	4	1	1	6
	ZOL/ZPO	3	4	3	10
leczenie stomatologiczne	stomatologia ogólna	246	45	37	328
	protetyka	45	43	11	99
	ortodoncja	25	3	2	30
	ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki	0	1	0	1
	inne	21	2	3	26
lecznictwo uzdrowiskowe	świadczenia uzdrowiskowe szpitalne/sanatoryjne dorosłych	16	38	30	84
	świadczenia uzdrowiskowe szpitalne/sanatoryjne dzieci	3	0	0	3
	świadczenia uzdrowiskowe leczenia ambulatoryjnego	0	0	1	1
	świadczenia rehabilitacji uzdrowiskowej	4	11	8	23
pomoc doraźna i transport sanitarny	świadczenia udzielane przez zespoły sanitarne typu N	1	1	0	2
ratownictwo medyczne	świadczenia udzielane przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego	0	1	0	1
profilaktyczny program zdrowotny	profilaktyka raka szyjki macicy	27	0	1	28
	profilaktyka raka piersi	56	2	0	58
	program badań prenatalnych	5	0	1	6
	program badań przesiewowych raka jelita grubego	11	0	0	11
świadczenia odrębnie kontraktowane	hemodializoterapia	1	1	1	3
	terapia hiperbaryczna	2	0	0	2
	tlenoterapia domowa	3	0	0	3
	badania genetyczne	1	0	1	2
	pozytonowa tomografia emisyjna	1	0	0	1
wyroby medyczne	protezy kończyn dolnych	0	4	0	4
	ortezy kończyn dolnych i górnych, gorsety oraz wyposażenie dodatkowe	0	0	2	2
	wyroby medyczne wykonywane seryjnie	14	3	15	32
inne skargi		155	15	10	180
wnioski		0	0	0	0
Razem		4 071	580	456	5 107

Główna tematyka skarg zasadnych na działalność świadczeniodawców to: zmiana terminu udzielenia świadczenia, odmowa wyznaczenia terminu realizacji świadczenia, trudności w rejestracji na wizytę, fałszowanie dokumentacji medycznej, czas oczekiwania na świadczenie, jakość protez zębowych, jakość udzielanych świadczeń, pobranie opłaty, nieszanowanie szczególnych uprawnień, trudności w realizacji programu Moje Zdrowie, trudności w uzyskaniu mammografii, odmowa rejestracji, odmowa realizacji świadczenia

⁴⁹ Zażalenia nierozpatrzone: inne przesłanki, bezprzedmiotowe, uchybienie terminu, wycofane

w ustalonym terminie, utrudniony dostęp do świadczeń, brak lekarza w nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej, błędne sprawozdanie świadczenia do rozliczenia z NFZ, brak lekarza w godzinach wskazanych w harmonogramie, wykazanie rozpoznania, które uniemożliwia wykonanie mammografii, wystawienie recepty bez refundacji, niewyznaczenie terminu świadczenia.

Sposób załatwienia rozpatrywanych skarg i wniosków

We wszystkich przypadkach korespondencja klienta jest wnikliwie analizowana i w zależności od treści, w tym przedstawionych zarzutów, podejmowane są stosowne działania. W przypadku spraw dotyczących działalności NFZ przeprowadzane jest postępowanie wyjaśniające. Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego skarżący otrzymuje odpowiedź, a Dyrektorzy OW NFZ lub Dyrektorzy komórek organizacyjnych Centrali NFZ otrzymują zalecenia podjęcia działań naprawczych oraz stosownych czynności wobec skarżonych pracowników. Rozpatrywanie skarg na działalność świadczeniodawców wymaga również przeprowadzania postępowań wyjaśniających. Komórki organizacyjne właściwe do spraw skarg i wniosków występują o wyjaśnienia do świadczeniodawców. Działania świadczeniodawców są oceniane zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz warunkami zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Komórki organizacyjne właściwe do spraw skarg i wniosków występują również o zajęcie stanowiska do komórek merytorycznych w OW NFZ, Centrali NFZ, Ministerstwie Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, a także do konsultantów wojewódzkich lub krajowych w danej dziedzinie medycyny i naczelnego lekarza uzdrowiska. Jeżeli po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego skarga zostaje uznana za zasadną, świadczeniodawcy są pouczeni o konieczności przestrzegania obowiązujących przepisów prawa, wzywani do prawidłowej realizacji zawartej umowy i zwrócenia uwagi na problemy zgłaszane przez pacjentów. W sytuacji rażącego naruszenia umowy świadczeniodawcy są dyscyplinowani w sposób określony warunkami umowy. W 2025 r. Lubelski OW NFZ po przeprowadzeniu postępowań wyjaśniających nałożył karę umowną w czterech przypadkach. Lubuski OW NFZ po przeprowadzeniu postępowania skargowego poinformował dwóch świadczeniodawców o możliwości nałożenia kary umownej. Mazowiecki OW NFZ zawnioskował do Prezesa NFZ o przeprowadzenie kontroli doraźnej w dwóch podmiotach leczniczych. W jednym z nich kontrola jest w toku. Na podstawie rozpatrywanych skarg w Podkarpackim OW NFZ przeprowadzono kontrole w trzech podmiotach, w wyniku których nałożono kary umowne. Ponadto, przekazano do prokuratury zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przestępstwa przez świadczeniodawców. W Centrali NFZ sprawy, które budziły wątpliwości, były udostępniane do dyrektorów OW NFZ celem wzmocnienia nadzoru nad realizacją warunków umów. Dodatkowo korespondencję udostępniano do komórek merytorycznych Centrali NFZ celem wykorzystania służbowego.

Problematyka skarg na działalność NFZ

Skargi na działalność Funduszu w 2025 r. dotyczyły m.in.: zastrzeżeń do pracy komórek organizacyjnych OW NFZ, w tym delegatur; zastrzeżeń do obsługi w punkcie obsługi klientów; zastrzeżeń do sposobu potwierdzania zleceń na wyroby medyczne; nieterminowego procedowania spraw o ustalenie właściwego ustawodawstwa; przewlekłości postępowania

oddziału wojewódzkiego NFZ podczas rozpatrywania spraw; przewlekłości postępowania w zakresie procedowania skierowań na leczenie uzdrowiskowe; niepoinformowania o zakwalifikowaniu na leczenie uzdrowiskowe oraz o wyznaczonym terminie i miejscu leczenia uzdrowiskowego; postępowania komisji konkursowej w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej; sposobu procedowania skargi i zastrzeżeń do udzielonej odpowiedzi; trudności z dodzwonieniem się do OW NFZ oraz do drugiej linii wsparcia Telefonicznej Informacji Pacjenta (TIP); sposobu weryfikacji i wydania EKUZ; obsługi wniosku o wystawienie dokumentu S1 i zwrotu kosztów leczenia poza granicami kraju.

Działania podejmowane w celu zmniejszenia liczby skarg

W celu zmniejszenia liczby skarg podejmowano m.in. następujące działania:

- prowadzono postępowania wyjaśniające i monitorowano świadczeniodawców – przypominano o konieczności przestrzegania przepisów, warunków umowy oraz prawach pacjenta,
- kontaktowano się ze świadczeniodawcami w zakresie problematyki zgłaszanej przez pacjentów,
- kierowano pouczenia do świadczeniodawców zobowiązujące ich do realizacji umowy zgodnie z przepisami, nakładano kary umowne,
- zobowiązywano świadczeniodawców do bezwzględnego przestrzegania obowiązujących zasad udzielania świadczeń,
- informowano pacjentów o przysługujących im prawach i obowiązujących zasadach udzielania świadczeń,
- w odpowiedziach na skargi i wnioski stosowano zasady dostępności i prostego języka,
- edukowano pacjentów w zakresie ich praw podczas bezpośredniej obsługi, a także w ramach obsługi II linii wsparcia Telefonicznej Informacji Pacjenta (TIP),
- współpracowano z komórkami merytorycznymi w Centrali i OW NFZ,
- anonimowo monitorowano działalność świadczeniodawców i dostępność świadczeń,
- kierowano skargi do właściwych podmiotów, instytucji i organów,
- przekazywano świadczeniodawcom komunikaty o zmianach/aktualizacjach przepisów i wytycznych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem strony internetowej,
- współpracowano z mediami (prasa, telewizja) i przekazywano informacje dotyczące sposobu i trybu rozpatrywania skarg i wniosków składanych przez pacjentów,
- organizowano spotkania z pacjentami w ramach wydarzeń zewnętrznych, prelekcji, wykładów i innych form spotkań,
- Małopolski OW NFZ zorganizował coroczne spotkanie osób pełniących obowiązki pełnomocników do spraw pacjentów w małopolskich szpitalach z przedstawicielami OW NFZ, zajmującymi się rozpatrywaniem skarg i bezpośrednią obsługą pacjentów,

- poradnictwo informacyjne w lokalnej prasie pn. Nasz Fundusz Informator Świętokrzyskiego OW NFZ,
- Warmińsko-Mazurski OW NFZ współpracował z ZUS, Regionalnymi Ośrodkami Pomocy Społecznej na rzecz zwiększenia świadomości pacjentów w zakresie ich praw i obowiązków. Prowadził projekty edukacyjne dla młodzieży: Droga do zdrowia i dla seniorów: Droga do zdrowia seniora.

W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości w działaniu OW NFZ lub komórki organizacyjnej Centrali NFZ, Biuro Nadzoru Wewnętrznego niezwłocznie przeprowadzało postępowania wyjaśniające oraz zalecało podjęcie działań zmierzających do poprawy wizerunku NFZ poprzez: wzmożenie nadzoru nad realizacją zadań przez podległych pracowników w danym zakresie; dołożenie należytej staranności podczas bezpośredniej obsługi klientów; dołożenie należytej staranności podczas procedowania skierowań na leczenie uzdrowiskowe; przestrzeganie przepisów prawa; przestrzeganie zasady terminowego procedowania prowadzonych spraw i udzielania odpowiedzi.

Przyjęcia osobiste pacjentów w sprawach skarg i wniosków

W sprawach skarg i wniosków pacjenci przyjmowani są w pomieszczeniach, zapewniających ochronę danych osobowych, poufność oraz bezpieczeństwo pracownika NFZ. Przyjęcia były realizowane zgodnie z procedurą: „Obsługa skarg, wniosków i odpowiedzi do klientów” oraz Księgą Jakości Obsługi Klientów NFZ⁵⁰. Podczas przyjęcia skargi lub wniosku do protokołu jest realizowany obowiązek informacyjny dotyczący przetwarzania danych osobowych przez NFZ w zakresie realizacji zadań statutowych. Podczas przyjęć osobistych pracownicy NFZ udzielają również informacji na temat ogólnych zasad funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, kierując się zasadami dostępności, profesjonalizmu i życzliwości. W 2025 r. w NFZ do protokołu wniesiono 238 skarg. Problematyka skarg wniesionych osobiście dotyczyła m.in.: odmowy udzielenia świadczenia, trudności w dodzwonieniu się do placówek, jakości protez zębowych, trudności w uzyskaniu przewozu środkami transportu sanitarnego, pobrania opłaty za transport, nieobecności lekarza w poradni, wyznaczonego terminu udzielenia świadczenia, zmiany tego terminu, odwołania terminu wizyty, wystawienia faktury za leczenie, odmowy wykonania dwóch badań w czasie jednej wizyty, problemów z potwierdzaniem i realizacją zleceń na wyroby medyczne, odmowy przyjęcia zgodnie z uprawnieniami, wystawiania recept ze 100% odpłatnością lub trudności z uzyskaniem recepty, zastrzeżeń do czasu trwania rehabilitacji i doboru zabiegów, zastrzeżeń do sprawozdanych świadczeń, zastrzeżeń do jakości leczenia uzdrowiskowego, odmowy przyjęcia deklaracji wyboru lekarza, zastrzeżeń do jakości wyrobu medycznego.

⁵⁰ <https://www.nfz.gov.pl/zarzadzenia-prezesa/zarzadzenia-prezesa-nfz/zarzadzenie-nr-472019dss,6914.html>