SEJM
RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
IX kadencja
Minister Zdrowia
DLU.07.88.2023.ID

Druk nr 3611

Warszawa, 16 sierpnia 2023 r.

Pani
Elżbieta Witek
Marszałek Sejmu
Rzeczypospolitej Polskiej

Szanowna Pani Marszałek,

zgodnie z art. 187 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.) przedkładam zaopiniowane przez Ministra Finansów roczne

- Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2022 rok,

przyjęte uchwałą Rady Narodowego Funduszu Zdrowia Nr 16/2023/IV z dnia 26 czerwca 2023 r. w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2022 r., wraz ze stanowiskiem Ministra Zdrowia w sprawie przedmiotowego Sprawozdania.

Z wyrazami szacunku

z upoważnienia Ministra Zdrowia
(-) Waldemar Kraska
Sekretarz Stanu
/dokument podpisany elektronicznie/

Stanowisko Ministra Zdrowia
w sprawie
Sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2022

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 2022 r. poz. 2561 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 2022, 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 16/2023/IV z dnia 26 czerwca 2023 roku *w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2022 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 20 lipca 2023 r., znak FS1.4542.11.2023 , w którym nie zgłosił uwag (pismo załączono do Stanowiska).

Sprawozdanie przedstawia istotne działania podejmowane przez Fundusz w roku 2022, dotyczące realizacji jego zadań ustawowych.

Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej

Najważniejszą częścią *Sprawozdania,* wymaganą przez art. 102 ust. 5 pkt 11 ustawy o świadczeniach, jest informacja o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Dostępność do świadczeń została w *Sprawozdaniu* scharakteryzowana na podstawie danych dotyczących: (a) wielkości nakładów finansowych na poszczególne rodzaje świadczeń, a ponadto informacji dotyczącej liczby: (b) świadczeniodawców, (c) zawartych umów oraz (d) świadczeń opieki zdrowotnej, a ponadto (e) informacji wynikających z list oczekujących (na podstawie mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania).

W roku 2022 środki przewidziane w planie finansowym na zapewnienie **podstawowej opieki zdrowotnej** wyniosły 15 629 469 tys. zł. Zmniejszenie środków finansowych o 7,2% w porównaniu z rokiem poprzednim wynikało ze zmniejszenia kosztów szczepień ochronnych przeciw COVID-19. Łącznie w poszczególnych zakresach podstawowej opieki zdrowotnej świadczeń udzielało 9 411 świadczeniodawców. Udzielili oni 170,5 mln porad ponad 28,6 mln pacjentom. W roku 2022 wprowadzono wiele nowych rozwiązań organizacyjnych i finansowych, wzmacniając rolę i kompetencje lekarza podstawowej opieki zdrowotnej – m.in. zwiększono stawkę kapitacyjną (w przypadku lekarza POZ w 2022 r. wyniosła ona 191,88 zł przy 171 zł w 2021 r.), lekarze otrzymali dodatkowy budżet – tzw. budżet powierzony – na sfinansowanie wybranych badań diagnostycznych, wprowadzono dodatki motywacyjne dla świadczeniodawców realizujących świadczenia zdrowotne w ramach profilaktyki Chorób Układu Krążenia, tym wyższe im większa jest zgłaszalność pacjentów. Ponadto w zakresie opieki koordynowanej rozdzielono zadania koordynatora realizującego zadania w zakresie promocji profilaktyki oraz koordynatora realizującego zadania w ramach świadczeń budżetu powierzonego, wprowadzono dodatkowy zakres świadczeń oraz wprowadzono możliwość odbywania konsultacji z lekarzami specjalistami (pacjent – lekarz specjalista oraz lekarz POZ – lekarz specjalista), co ułatwia prowadzenie kompleksowej opieki nad pacjentem bez konieczności kierowania go do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Wartość umów podpisanych na 2022 rok z 5 338 świadczeniodawcami w **ambulatoryjnej opiece specjalistycznej** w porównaniu z rokiem 2021 wzrosła o 40,5% i wyniosła 7 004 033 tys. zł. Ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej skorzystało ponad 16,7 mln pacjentów, przy czym łączna liczba wszystkich porad w 2022 roku wyniosła ok. 83,4 mln. 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, gastroskopia). Z informacji dotyczących list oczekujących wynika, że wśród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących w trybie stabilnym najdłużej oczekuje się na świadczenia poradni endokrynologicznych (dla których mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania wynosi 174 dni), gastroenterologicznych (125 dni), kardiologicznych (104 dni) okulistycznych (76 dni) i diabetologicznych (75 dni). W porównaniu z rokiem poprzednim odnotowano wydłużenie czasów oczekiwania do wyżej wymienionych komórek organizacyjnych.

Wartość kontraktów podpisanych na 2022 rok na **leczenie szpitalne** wzrosła o 31,2% w stosunku do nakładów z roku ubiegłego i wyniosła 70 650 318 tys. zł. Umowy zawarto z 947

świadczeniodawcami, którzy udzielili około 15, 8 mln świadczeń (wzrost w stosunku do roku poprzedniego o 15,7%). W 2022 roku Fundusz sfinansował świadczenia z zakresu chemioterapii dla ponad 160 633 tys. osób na kwotę 1 529 090 tys. 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 wyniosła 132 dni), otorynolaryngologicznych (103 dni), chirurgii urazowo-ortopedycznej (94 dni), neurochirurgicznych (76 dni) i reumatologicznych (47 dni). W przypadku tych oddziałów, w porównaniu z rokiem 2021, odnotowano skrócenie średniego czasu oczekiwania w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej (o 4 dni), oraz neurochirurgicznych (o 8 dni) .

W 2022 roku Fundusz zawarł umowy na udzielanie świadczeń z zakresu 120 **programów lekowych,** w tym 41 programów onkologicznych. Wartość świadczeń udzielonych w ramach tych umów wyniosła ok. 7,2 mld zł. W ramach programów onkologicznych i nieonkologicznych leczono 210 tys. pacjentów. Największe środki zostały wydatkowane w programach leczenia: raka piersi (760,86 mln zł - co stanowi 10,78 % kosztów wszystkich wykonanych świadczeń związanych z programami lekowymi) oraz niedrobnokomórkowego raka płuca lub drobnokomórkowego raka płuca (744,5 mln zł – 10,28 %).

Wartość kontraktów podpisanych z 1 386 świadczeniodawcami na 2022 rok na **leczenie psychiatryczne oraz uzależnień** wzrosła o 33% w stosunku do nakładów z roku ubiegłego i wyniosła ok. 4,4 mld zł. Liczba osób korzystających z tych świadczeń wynosiła 1,6 mln pacjentów. W 2022 r. najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano na świadczenia oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych (mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wyniosła 38 dni - skrócenie czasu oczekiwania o 2 dni w porównaniu z rokiem poprzednim), i poradni zdrowia psychicznego (dla dzieci – 30 dni - skrócenie o 6 dni a dla dorosłych - 27 dni) oraz poradni dla osób z autyzmem dziecięcym - 19 dni (skrócenie czasu o 18 dni). Należy podkreślić, że pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne do wymienionych komórek organizacyjnych 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 2022 rok na opiekę pielęgnacyjną i opiekuńczą wyniosła 2 807 037 tys. zł (co oznacza wzrost o 24,7% w stosunku do nakładów z roku ubiegłego). Umowy realizowało 1 449 świadczeniodawców, którzy udzielili świadczeń prawie 116 tys. osób. W przypadku świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej – wartość umów wzrosła o 29,5 % i wyniosła 1 140 649 tys. zł. Świadczeń udzielało 545 świadczeniodawców (wzrost o 23

świadczeniodawców), którzy objęli opieką ponad 98 tys. pacjentów. Pozytywnie należy ocenić dostępność do oddziałów szpitalnych i poradni medycyny paliatywnej, które przyjmują pacjentów na bieżąco.

Wartość kontraktów podpisanych na 2022 rok w **rehabilitacji leczniczej** wzrosła w porównaniu z rokiem poprzednim o 43% i wyniosła 4,1 mld zł, a liczba zakontraktowanych świadczeniodawców wyniosła 2 727 . Świadczenia uzyskało ponad 3,2 mln osób. Czasy oczekiwania na świadczenia z zakresu rehabilitacji należą do jednych z najdłuższych – najtrudniej dostępne są świadczenia rehabilitacji leczniczej: ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych (mediana średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wynosi 224 dni), zakładów i ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej (157 dni), rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych (147 dni) fizjoterapii ambulatoryjnej (112 dni) oraz zakładów/ośrodków rehabilitacji leczniczej dziennej (98 dni). W porównaniu z rokiem ubiegłym skrócenie czasu oczekiwania odnotowano w przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych o 40 dni.

Wartość zawartych umów w 2022 roku na **opiekę stomatologiczną** wyniosła 2,3 mld zł, co oznacza wzrost w porównaniu z rokiem 2021 o 30,4%. Świadczeń udzielało 5 816 świadczeniodawców. Z leczenia stomatologicznego skorzystało ok. 5,7 mln pacjentów. Najdłuższe średnie czasy oczekiwania dotyczą poradni ortodontycznych dla dzieci (mediana średniego czasu oczekiwania dla przypadków stabilnych wynosiła 54 dni i uległa skróceniu w porównaniu z rokiem poprzednim o 44 dni), poradni ortodontycznych - 50 dni, poradni chirurgii stomatologicznej - 16 dni. W przypadku większości poradni stomatologicznych świadczenia udzielane są na bieżąco.

Wartość zawartych umów w roku 2022 w rodzaju **świadczenia kontraktowane odrębnie** wyniosła 2,8 mld zł, czyli o 23,7 % więcej niż w roku 2021. Umowy w tym zakresie zawarto z 432 świadczeniodawcami, którzy udzielili ponad 10,6 mln świadczeń 255 845 tys. pacjentom. Do świadczeń kontraktowanych odrębnie należą: dializoterapia otrzewnowa, hemodializoterapia, terapia hiperbaryczna, tlenoterapia domowa, żywienie pozajelitowe oraz dojelitowe w warunkach domowych, badania zgodności tkankowej, badania genetyczne, badania izotopowe, terapia izotopowa, zaopatrzenie protetyczne, pozytonowa tomografia emisyjna, leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci oraz dorosłych, kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej, leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej, teleradioterapia protonowa, domowa antybiotykoterapia dożylna, kompleksowe leczenie ran przewlekłych, telekonsylium kardiologiczne, telekonsylium geriatryczne, koordynowana opieka nad kobietą w ciąży,

koordynowana opieka nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju, dziecięca opieka koordynowana, 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.

W rodzaju **pomoc doraźna i transport sanitarny** Fundusz finansuje świadczenia realizowane przez zespoły sanitarne typu „N" (neonatologiczne), udzielające świadczeń w stanach nagłego pogorszenia stanu zdrowia dziecka od jego urodzenia do ukończenia 4. tygodnia życia, a w przypadkach uzasadnionych medycznie – do końca pierwszego roku życia dziecka oraz świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego, realizowane w przypadku konieczności przetransportowania pacjenta między świadczeniodawcami realizującymi świadczenia gwarantowane z zakresu leczenia szpitalnego, w określonych stanach chorobowych (niewydolność oddechowa wymagająca sztucznej wentylacji, niewydolność układu krążenia, stany wymagające interwencji chirurgicznej po zabiegach, inne (np. drgawki), obejmujące transport oraz udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej. W 2022 r. 31 zespołów sanitarnych typu „N" wykonało 7 689 transportów, udzielając świadczeń 6 761 dzieciom. Natomiast 127 zespołów transportu medycznego w 2022 r. wykonało łącznie 36 041 transportów, udzielając świadczeń 34 810 osobom.

W 2022 roku obowiązywało rozwiązanie zgodnie z którym zadania zespołów **ratownictwa medycznego** były finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentami byli poszczególni wojewodowie. Wojewodowie przekazywali te środki Funduszowi w formie dotacji celowej. W 2022 r. odnotowano wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń w porównaniu do roku 2021 o 27,9% do kwoty 3 157 633 tys. zł. Zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie ponad 2,9 mln wyjazdów, udzielając świadczeń 2,4 mln osobom.

Wartość zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju **leczenie uzdrowiskowe** wzrosła o 22,17% w stosunku do roku poprzedniego i wyniosła 1 148 867 tys. zł. W 2022 r. wzrosła także wartość zrealizowanych świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego o 98% w porównaniu z rokiem poprzednim, co było spowodowane m.in. czasowym zawieszeniem działalności uzdrowisk w I kw. 2021 r. w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 a także dwukrotną zmianą wyceny osobodnia. W 2022 r. zrealizowano 406 695 skierowań na leczenie uzdrowiskowe (398 244 – w trybie stacjonarnym, 8 451 – w trybie ambulatoryjnym) dla 405 988 osób. W porównaniu do 2021 r. zwiększyła się liczba zrealizowanych skierowań oraz liczba osób, które skorzystały ze świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego, w obu przypadkach nastąpił wzrost o ponad 50%. 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 część *Sprawozdania* stanowi opis najważniejszych zadań realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, w tym takich jak:

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

W 2022 r. terenowe wydziały kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadziły łącznie 629 kontroli realizacji umów w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach których skontrolowały łącznie prawidłowość realizacji 586 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W 2022 roku przeprowadzono 54 kontrole realizacji i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Najwięcej kontroli dotyczyło udzielania teleporad lekarskich na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 (26 kontroli) oraz hospitalizacji pacjentów związanych z leczeniem COVID-19 (25 kontroli). W 2022 roku przeprowadzono mniej kontroli realizacji umów, natomiast skutki finansowe zrealizowanych działań kontrolnych były wyższe niż w 2021 roku i wyniosły łącznie 58 389,81 tys. zł (wzrost o 97,6%).

W 2022 roku najwięcej kontroli dotyczyło umów w rodzaju leczenie szpitalne (178), podstawowa opieka zdrowotna (162) oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna (109). W wyniku kontroli zakwestionowano środki finansowe jako nienależnie wypłacone na kwotę ponad 19 596 ,7 tys. zł oraz nałożono kary w wysokości ponad 38 793,08 tys. zł. Najczęściej stwierdzone nieprawidłowości nie ulegają zmianie na przestrzeni ostatnich lat i dotyczą głównie rozliczeń (w tym zawyżania wartości rozliczanych świadczeń, wykazywania jako hospitalizacji świadczeń, które mogły być wykonane w warunkach ambulatoryjnych, nieprzestrzegania wymaganych warunków udzielania świadczenia lub udzielania ich niezgodnie z harmonogramem, wykazywania do rozliczenia świadczeń niezasadnych albo których faktycznie nie zrealizowano, gromadzenie informacji lub prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób naruszający przepisy prawa).

Wykonując zadanie w zakresie monitorowania ordynacji lekarskich w 2022 roku terenowe wydziały kontroli NFZ przeprowadziły 1 891 kontroli, obejmując postępowaniem 4 238 osób uprawnionych do wystawiania recept. Większość kontroli ordynacji tj. 1 452 przypadki (77% ogółu) dotyczyły ordynacji realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki

zdrowotnej , natomiast w 439 przypadkach skontrolowano osoby uprawnione do wystawiania recept (23%). Skutki finansowe przeprowadzonych w 2022 roku kontroli ordynacji wyniosły łącznie 17 338,06 tys. zł i były wyższe o 1 494,52 tys. zł, niż w roku poprzednim.

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

Od listopada 2014 roku Fundusz realizuje zadania wynikające z implementacji do polskiego porządku prawnego postanowień dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Przepisy wprowadzone do ustawy o świadczeniach zapewniły polskim świadczeniobiorcom prawo do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, będących świadczeniami gwarantowanymi, udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE lub EOG na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach. W 2022 roku w oddziałach wojewódzkich Funduszu złożono łącznie 14 176 wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE lub EOG (o 51,6 % więcej niż w roku 2021) na kwotę 40 093,84 tys. zł (wzrost o 47,62% w porównaniu z rokiem poprzednim). 80% złożonych wniosków oraz 77,84% wnioskowanej kwoty zwrotu dotyczyło leczenia na terenie Czech.

W 2022 r. Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 72 874 świadczeń opieki zdrowotnej, wykazanych łącznie na 11 862 wnioskach o zwrot kosztów złożonych przez świadczeniobiorców, którzy skorzystali ze świadczeń zdrowotnych podczas pobytu na terenie 13 państw członkowskich UE lub EOG (na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach) na kwotę 26 339,77 tys. zł. W porównaniu do 2021 r. liczba wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty z tytułu zwrotu kosztów udzielonych świadczeń oraz kwota dokonanych wypłat były niższe odpowiednio o 30% i 33,6%. Średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń, w przeliczeniu na jeden wniosek złożony w oddziale wojewódzkim Funduszu wyniosła 2,22 tys. zł. Największa kwota zwrotów dotyczyła świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego (23 080,70 tys. zł tj. 87,6% łącznej kwoty zwrotów), w tym 17 645,55 tys. zł dotyczyło 8 618 zabiegów usunięcia zaćmy.

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 98 zgód, co stanowiło 91,6% wszystkich wydanych decyzji (wzrost liczby zgód w stosunku do roku poprzedniego o 15,3 %). W 2022 r. największa liczba zgód dotyczyła leczenia lub badań diagnostycznych w Niemczech (39,8%) oraz w USA (26,5 %). W 2022 r., analogicznie jak w latach poprzednich, największa liczba zgód dotyczyła przeprowadzenia świadczeń z zakresu genetyki klinicznej, kardiochirurgii oraz ortopedii

i traumatologii narządu ruchu. W 2022 r. szacunkowy koszt zgód na które pacjenci byli kierowani poza granice kraju wzrósł 2,5 krotnie w porównaniu do 2021 r. i wyniósł 114 385,79 tys. zł (47 140,57 tys. zł w 2021 r.)
Ponadto w 2022 r. Prezes NFZ wydał 43 decyzje wyrażające zgodę na pokrycie kosztów transportu na leczenie lub badania diagnostyczne poza granicami kraju, co oznacza wzrost o 26,5% w stosunku do roku poprzedniego . Szacowany koszt wydanych decyzji wyniósł 3 902,1 tys. zł (przy 340,47 tys. zł w 2021 r.) i był wyższy w porównaniu z rokiem poprzednim o 1 146%. Zwiększenie kosztów wynikało z większej liczby złożonych wniosków o zgodę na sfinansowanie medycznego transportu lotniczego do miejsca udzielenia świadczeń, który generuje większe koszty. Koszty lotniczego transportu sanitarnego związane z wydanymi decyzjami wynosiły od 40 do 1 500 tys. zł.

3) prowadzenie Centralnego Wykazu Ubezpieczonych

Zgodnie z danymi zgromadzonymi w Centralnym Wykazie Ubezpieczonych na koniec 2022 r., prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z tytułu ubezpieczenia posiadało 34 128 951 osób. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 371 921 osób to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 734 254 osoby to członkowie rodzin. Umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego zawarło 17 242 osoby, które zgłosiły do ubezpieczenia zdrowotnego 5 534 członków rodzin. Ponadto 12 679 osobom nieubezpieczonym spełniającym kryterium dochodowe, wydano decyzje potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, na podstawie których mogli korzystać ze świadczeń.

Działania nakierowane na walkę z pandemią

W roku 2022 podobnie jak w roku poprzednim Narodowy Fundusz Zdrowia kontynuował działania nakierowane na walkę z pandemią. W 2022 r. z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, na działania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 przeznaczono ponad 5,54 mld zł. Ze środków tych Fundusz finansował koszty: transportu sanitarnego, wykonywanego w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, dodatkowego świadczenia pieniężnego dla personelu medycznego i jednorazowego dla personelu niemedycznego, testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2, miejsc odpoczynku nocnego lub odpoczynku po zakończeniu wykonywania czynności zawodowych lub służbowych przez personel medyczny, infolinii szczepionkowej oraz szczepień przeciwko grypie, programu pilotażowego w zakresie oddziaływania terapeutycznego skierowanego do dzieci i młodzieży

problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin jak również koszty bezpieczeństwa teleinformatycznego.

Podstawowe działania Narodowego Funduszu Zdrowia związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 dotyczyły m.in.:

- wprowadzenia produktów rozliczeniowych, umożliwiających rozliczanie świadczeń pacjentom zakażonym wirusem SARS-CoV-2 oraz pacjentom po przebytej chorobie COVID-19,
- określenia zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, realizowanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19,
- wsparcia i usprawnienia procesu leczenia zakażonych wirusem SARS-CoV-2, poprzez zachęcenie do włączenia i czynnego udziału poprzez regularny monitoring stanu zdrowia pacjentów biorących udział w programie Domowa Opieka Medyczna (DOM). Program ten wykorzystuje pulsoksymetr jako narzędzie diagnostyczne i aplikację DOM do przekazywania i monitoringu danych pacjentów,
- możliwości przeprowadzania testów antygenowych w aptekach ogólnodostępnych, medycznych laboratoriach diagnostycznych i mobilnych punktach pobrań,
- prowadzenia Infolinii Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19. Pod bezpłatnym numerem telefonu zainteresowane osoby mogły uzyskać aktualne informacje na temat szczepień, zapisać siebie lub inną uprawnioną osobę na szczepienie, anulować lub zmienić termin wizyty. Dodatkowym atutem infolinii była obsługa w kilku językach tj. polskim, angielskim, rosyjskim oraz ukraińskim, a także w języku migowym oraz za pośrednictwem czatu i poczty elektronicznej).

Gospodarka finansowa Narodowego Funduszu Zdrowia

Szczegółowe informacje dotyczące gospodarki finansowej Funduszu zostały przedstawione w *Sprawozdaniu finansowym Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2022* oraz w *Sprawozdaniu z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za rok 2022.* Minister Zdrowia nie zgłosił uwag do tych *Sprawozdań.*

Minister Finansów

Warszawa, 20 lipca 2023 roku

Sprawa: Odp. na pismo z 29 czerwca 2023 r., znak DLU.07.88.2023.ID
Znak sprawy: FS1.4542.11.2023
Kontakt: Kancelaria MF
tel.: +48 22 694 55 55
e-mail: kancelaria@mf.gov.pl

Adam Niedzielski
Minister Zdrowia

Sprawozdanie z działalności NFZ za 2022 rok

Szanowny Panie Ministrze,

uprzejmie informuję, że nie zgłaszam uwag do przekazanego rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2022 rok przyjętego przez Radę NFZ (uchwała nr 16/2023/IV z dnia 26 czerwca 2023 roku).

Podstawa prawna

1. Art. 187 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2561, z późn. zm.)

Z wyrazami szacunku

Z upoważnienia Ministra Finansów

Sebastian Skuza
Sekretarz Stanu

tel.: +48 22 694 55 55
fax: +48 22 694 36 84
gov.pl/finanse
e-mail: kancelaria@mf.gov.pl

ul. Świętokrzyska 12
00-916 Warszawa

UCHWAŁA Nr 16/2023/IV
RADY NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA
z dnia 26 czerwca 2023 r.
w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2022 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 2022 r. poz. 2561, 2674 i 2770 oraz z 2023 r. poz. 605, 650 i 658), Rada Funduszu

uchwala, co następuje:

§ 1.

Rada Narodowego Funduszu Zdrowia, po rozpatrzeniu wniosku z dnia 19 czerwca 2023 r. Zastępcy Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw operacyjnych, działającej z upoważnienia Prezesa NFZ, przyjmuje roczne Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2022 r., stanowiące załącznik do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Signed by / Podpisano przez:

Rudolf Borusiewicz

Date / Data: 2023-06-26 16:16

Przewodniczący Rady
Narodowego Funduszu Zdrowia

Rudolf Borusiewicz

/dokument podpisano elektronicznie/

Uzasadnienie uchwały Nr 16/2023/IV
Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 czerwca 2023 r.
w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności
Narodowego Funduszu Zdrowia za 2022 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 2022 r. poz. 2561 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.

Wnioskiem z 19 czerwca 2023 r. Zastępca Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw operacyjnych, działająca z upoważnienia Prezesa NFZ przekazała Radzie Funduszu roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2022 r.

Rada rozpatrzyła i przyjęła sprawozdanie na posiedzeniu w dniu 26 czerwca 2023 r.

Uchwała Nr 16/2023/IV Rady Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 czerwca 2023 r. w sprawie przyjęcia rocznego sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2022 r. została podjęta jednogłośnie, dziesięcioma głosami „za".

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

Narodowy Fundusz Zdrowia

SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA ZA 2022 ROK

Warszawa, czerwiec 2023 rok

Małgorzata Dziedziak

Zastępca Prezesa ds. operacyjnych

z up. Prezesa

Narodowego Funduszu Zdrowia

/Dokument podpisany elektronicznie/

Spis treści

Wstęp 6

I. Podstawy prawne działalności Funduszu 7

II. Rola Funduszu w okresie pandemii 13

II.1. Regulacje prawne 13

II.2. Zadania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 18

II.3. Infolinia Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 20

III. Pomoc obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym 22

IV. Strategia 28

V. Informacje o zakresach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz 33

V.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2022 roku 33

V.1.1. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) 33

V.1.2. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS) 36

V.1.3. Profilaktyczne programy zdrowotne 37

V.1.4. Leczenie szpitalne 40

V.1.5. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej 53

V.1.6. Opieka kompleksowa 56

V.1.6.1. KOS – Zawał 56

V.1.6.2. Onkologiczne świadczenia kompleksowe - KON 57

V.1.7. Programy pilotażowe 60

V.1.7.1. Program pilotażowy z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOSM 60

V.1.7.2. Program pilotażowy w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19 61

V.1.7.3. Program pilotażowy dotyczący leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych 61

V.1.7.4. Program pilotażowy w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami 62

V.1.7.5. Program pilotażowy opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej 62

V.1.7.6. Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR 62

V.1.7.7. Program pilotażowy w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin 63

V.1.7.8. Program pilotażowy: w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin 63

V.1.7.9. Program pilotażowy Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy 64

V.1.7.10. Program pilotażowy opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej 64

V.1.7.11. Program pilotażowy leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych 65

V.1.8. Świadczenia Kontraktowane Odrębnie....65
V.1.9. Opieka Paliatywna i Hospicyjna....66
V.1.10. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej....66
V.1.11. Zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie....67
V.1.12. Leczenie stomatologiczne....68
V.1.13. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień....69
V.1.14. Centra Zdrowia Psychicznego....71
V.1.15. Rehabilitacja lecznicza....72
V.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej....75
V.2.1. System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej....75
V.2.1.1. Funkcjonowanie systemu PSZ w latach 2021-2022....75
V.2.2. Postępowania w zaprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej....80
V.2.2.1. Liczba i wartość umów w 2022 roku....81
V.2.3. Podstawowa opieka zdrowotna....82
V.2.4. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna....86
V.2.5. Leczenie szpitalne....88
V.2.6. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień....90
V.2.6.1. Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży....92
V.2.6.2. Centra Zdrowia Psychicznego....93
V.2.7. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze....93
V.2.8. Opieka paliatywno-hospicyjna....95
V.2.9. Rehabilitacja lecznicza....97
V.2.10. Leczenie stomatologiczne....99
V.2.11. Świadczenia odrębnie kontraktowane....103
V.2.12. Profilaktyczne programy zdrowotne....105
V.2.13. Zaopatrzenie w wyroby medyczne....106
V.2.14. Lecznictwo uzdrowiskowe....107
V.2.15. Pomoc doraźna i transport sanitarny....110
V.2.15.1. Świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”....110
V.2.15.2. Świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego....111
V.2.16. Ratownictwo medyczne....115
V.2.17. Chemioterapia....118
V.2.18. Programy lekowe....120
V.2.19. Refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę....125
V.2.20. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie środków finansowych przekazanych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń....132

V.2.21. Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ)....136
VI. Opis realizacji przez centralę Funduszu oraz oddziały wojewódzkie Funduszu zadań określonych w ustawie 140
VI.1. Zadania, o których mowa w art. 42a pkt 2 ustawy o świadczeniach....140
VI.2. Zadania, o których mowa w art. 42d ustawy o świadczeniach....146
VI.3. Zadania, o których mowa w art. 42i ustawy o świadczeniach....150
VI.4. Zadania, o których mowa w art. 42j ustawy o świadczeniach....151
VI.5. Centralny Wykaz Ubezpieczonych....152
VI.6. Plany zakupu świadczeń....157
VI.7. Zadania z zakresu monitorowania i kontroli....158
VI.8. Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego....171
VII. Informacje o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków NFZ....175
VII.1. Liczba osób oczekujących....175
VII.1.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna....179
VII.1.2. Leczenie szpitalne....181
VII.1.3. Rehabilitacja lecznicza....182
VII.1.4. Opieka paliatywna i hospicyjna....184
VII.1.5. Leczenie stomatologiczne....185
VII.1.6. Wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących....187
VII.1.7. Komórki organizacyjne oraz świadczenia, w których nastąpiła w okresie od grudnia 2021 r. do grudnia 2022 r. zmiana liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób....190
VII.1.8. Przyczyny ograniczonej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej....194
VII.2. Geograficzna dostępność świadczeń opieki zdrowotnej według województw – w podziale na poszczególne zakresy tych świadczeń....199
VIII. Opis organizacji Funduszu....208
VIII.1. Struktura organizacyjna Funduszu....208
VIII.2. Stan zatrudnienia w centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu....213
VIII.3. Działania podejmowane w zakresie informatyzacji Funduszu, w tym realizowane projekty....214
VIII.3.1. Systemy informatyczne....214
VIII.3.2. Infrastruktura....223
VIII.4. Wybrane projekty realizowane przez Fundusz....225
VIII.4.1. Projekt POZ PLUS (Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS)....225
VIII.4.2. Wypracowanie i wdrożenie systemu kompleksowej oceny funkcjonalnej w rehabilitacji z wykorzystaniem doświadczeń i rozwiązań zagranicznych....227
VIII.4.3. Projekt SCIROCCO Exchange....229
VIII.4.4. Otwarte dane - dostęp, standard, edukacja....230

VIII.4.5. Wypracowanie i wdrożenie systemu kompleksowej oceny funkcjonalnej w rehabilitacji z wykorzystaniem doświadczeń i rozwiązań zagranicznych. 231
VIII.5. Działania edukacyjne i informacyjne 233
VIII.5.1. Zdrowe Dane 239
VIII.5.2. Telefoniczna Informacja Pacjenta (TIP) 240
VIII.5.3. Sale obsługi klientów Narodowego Funduszu Zdrowia 245
VIII.5.4. Upraszczanie języka w komunikacji Narodowego Funduszu Zdrowia 246
VIII.5.5. Forum Organizacji Pacjentów 247
VIII.5.6. Badanie doświadczeń klientów 248
VIII.5.7. Działania informacyjne 252
VIII.5.8. Profilaktyka i promocja zdrowia 255
IX. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących Funduszu 260
IX.1. Kontrole wewnętrzne przeprowadzone przez Fundusz 260
IX.2. Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w Funduszu 264
IX.3. Audyt wewnętrzny w Funduszu 266
IX.4. Sprawy sądowe 267
IX.5. Podejmowane przez Fundusz działania naprawcze 268
X. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących świadczeniodawców 269

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 2022 r. poz. 2561 z późn. zm.), 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 2023 r. poz. 349), zwanym dalej również „statutem NFZ".

Wewnętrzna organizacja Funduszu została szczegółowo określona w regulaminach organizacyjnych Centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu. 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 niniejsze sprawozdanie, określony został w obowiązującym od dnia 28 czerwca 2016 r. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 czerwca 2016 r. w sprawie rocznych i okresowych sprawozdań z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia oraz informacji przekazywanych wojewodom i marszałkom województw (Dz. U. Poz. 923), zwanym dalej 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 oddziałów wojewódzkich Funduszu.

I. Podstawy prawne działalności Funduszu

Zasadniczym aktem prawnym stanowiącym podstawę działania NFZ jest ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach, która statuuje Narodowy Fundusz Zdrowia jako państwową jednostkę organizacyjną posiadającą osobowość prawną oraz określa organizację, zadania i zasady sprawowania nadzoru i kontroli nad finansowaniem i realizacją świadczeń. Ponadto, ustawa o świadczeniach określa warunki udzielania, zakres, zasady i tryb finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej, a także reguluje zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu.

W 2022 roku ustawa o świadczeniach była nowelizowana następującymi aktami prawnymi:

1. Ustawą z dnia 17 listopada 2021 r. o rodzinnym kapitale opiekuńczym (Dz. U. poz. 2270), którą dodano przepis na podstawie którego Narodowy Fundusz Zdrowia obowiązany jest przekazywać informacje i dane zgromadzone w Funduszu, Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych w celu weryfikacji danych dotyczących osób ubiegających się o rodzinny kapitał opiekuńczy, o którym mowa w ustawie z dnia 17 listopada 2021 r. o rodzinnym kapitale opiekuńczym (Dz. U. poz. 2270), osób pobierających to dofinansowanie oraz członków ich rodzin. Ustawa weszła w życie w dniu 1 stycznia 2022 r.
2. Ustawą z dnia 29 października 2021 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2105), realizującą program „Polski Ład" regulacją wprowadzono m.in. zmiany podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz uniemożliwia jej odliczenie od podatku dochodowego od osób fizycznych. Ustawa wprowadziła m.in. zmiany w zakresie wysokości składki zdrowotnej opłacanej przez przedsiębiorców oraz nowe tytuły objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. Ustawa weszła w życie w dniu 1 stycznia 2022 r.
3. Ustawą z dnia 17 września 2021 r. o zmianie ustawy o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1981), którą dodano przepis na podstawie którego NFZ przekazuje informacje i dane zgromadzone w Funduszu, Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych w celu weryfikacji prawa do świadczenia wychowawczego, o którym mowa w ustawie z dnia 11 lutego 2016 r. o pomocy państwa w wychowywaniu dzieci (Dz. U. z 2019 r. poz. 2407 oraz z 2021 r. poz. 1162 i 1981) i świadczenia dobry start. Ustawa weszła w życie w dniu 1 stycznia 2022 r.
4. Ustawą z dnia 20 maja 2021 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1292), Celem nowelizacji ustawy o świadczeniach było rozwinięcie wprowadzonych w 2014 r. map potrzeb zdrowotnych mających na celu umożliwienie prowadzenia długoterminowej polityki zdrowotnej opartej o potrzeby zdrowotne świadczeniobiorców. Zmiana umożliwiła określanie priorytetów z uwagi na ograniczone zasoby, nie tylko finansowe, ale i czasowe oraz kadrowe. Przyjęte rozwiązania odnoszące się do zatwierdzania wojewódzkich planów zakupu świadczeń służą ich weryfikacji pod kątem zgodności z mapą potrzeb oraz planami transformacji w ramach nadzoru nad czynnościami Prezesa NFZ przez Ministra Zdrowia. Ustawa weszła w życie w dniu 1 stycznia 2022 r.

5. Ustawą z dnia 14 sierpnia 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). Wprowadzone przedmiotową regulacją zmiany dotyczą rozdziału 2a ustawy o świadczeniach, zmierzających do uproszczenia i usprawnienia przewidzianych w tym rozdziale postępowań administracyjnych, związanych z finansowaniem świadczeń uzyskiwanych poza granicami kraju.

   Ponadto, zmiana w przepisach regulujących wystąpienie pokontrolne miała na celu usunięcie wątpliwości interpretacyjnych i ma charakter porządkujący. Dodatkowo wprowadzono zmiany w przepisach dotyczących korpusu kontrolerskiego – usunięto wymaganie posiadania predyspozycji psychofizycznych na egzaminie kwalifikacyjnym na stanowisko kontrolera. Określono sposób pozyskiwania przez Prezesa NFZ informacji o spełnianiu przez pracownika części warunków, których spełnienie jest konieczne do powołania danego pracownika na stanowisko kontrolera. Doprecyzowano możliwość finansowania informatyzacji świadczeniodawców, której celem jest udzielanie przez nich świadczeń opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, prowadzenie i wymiana elektronicznej dokumentacji medycznej, w tym digitalizacja dokumentacji medycznej prowadzonej w postaci papierowej oraz udostępnianie elektronicznych usług świadczeniobiorcom lub innym podmiotom.

   Ponadto, przedmiotową regulacją wprowadzono zmianę umożliwiającą bardziej elastyczne kształtowanie długości okresów rozliczeniowych, obowiązujących przy rozliczaniu świadczeń opieki zdrowotnej i finansowanych w formie ryczałtu poprzez możliwość wydłużenia, w drodze aneksowania obowiązujących umów, obowiązującego okresu rozliczeniowego. Zmiana wynikła ze znacznym ograniczeniem skali prowadzonej działalności, w szczególności ograniczeniem przyjęć planowych. Ustawa w tym zakresie weszła w życie w dniu 1 stycznia 2022 r.

6. Ustawą z dnia z dnia 17 grudnia 2021 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 64). Przepisy ustawy wprowadzają świadczenia kompensacyjne oraz tworzą Fundusz Kompensacyjny Szczepień Ochronnych, stanowiące realizację zasady solidarności społecznej, która jest kluczem dla powszechnej realizacji szczepień ochronnych. Powszechność szczepień ochronnych ma za zadanie zarówno zapewnienie ochrony przed chorobami zakaźnymi tych osób, które zostały zaszczepione, jak również – przez przerwanie krążenia patogenów w populacji i powstanie odporności zbiorowej – ochronę tych osób, które ze względów zdrowotnych nie mogą być poddane szczepieniom (osoby chore na choroby nowotworowe, dzieci z wrodzonymi lub nabytymi niedoborami odporności). Ustawa weszła w życie w dniu 27 stycznia 2022 r.

7. Ustawą z dnia 17 grudnia 2021 r. o zmianie ustawy o cudzoziemcach oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 91). Intencją zmian przepisów ustawy o świadczeniach było uzupełnienie przepisów określających katalog osób, które mogą zostać objęte ubezpieczeniem zdrowotnym, o osoby przebywające na terytorium Polski na podstawie wizy wydanej na podstawie art. 60 ust. 1 pkt 23 ustawy o cudzoziemcach oraz osoby ubiegające się o udzielenie ochrony międzynarodowej, które posiadają zaświadczenie

wydane na podstawie art. 35 ustawy o udzielaniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej. Ustawa weszła w życie w dniu 29 stycznia 2022 r.

8. Ustawą z dnia 12 marca 2022 r. o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. poz. 583), zwana dalej również „ustawą o pomocy obywatelom Ukrainy". Ustawa reguluje kwestię dostępu obywateli Ukrainy, których pobyt na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej uważa się za legalny, do opieki medycznej obejmującej świadczenia opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie, w jakim osobom objętym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym przysługuje prawo do świadczeń na podstawie ustawy o świadczeniach. Koszty tych świadczeń będą rozliczane ze świadczeniodawcami oraz aptekami przez NFZ, a finansowane z dotacji celowej z budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia. Ustawa weszła w życie w dniu 12 marca 2022 r.
9. Ustawą z dnia 24 lutego 2022 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 526), której przepisy umożliwiły przyjęcie za podstawę wyliczenia kolejnego ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, na pierwsze półrocze 2022 r. jako konsekwencja przedłużenia o kolejne 6 miesięcy, tj. do dnia 31 grudnia 2022 r. wykazów świadczeniodawców zakwalifikowanych do ww. systemu. Ustawa weszła w życie w dniu 19 marca 2022 r.
10. Ustawą z dnia 9 lutego 2022 r. o zmianie ustawy - Kodeks spółek handlowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 807); zmiany dotyczą zakresu zasad ustalania podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne osób prowadzących działalność gospodarczą opodatkowanych na zasadach ogólnych (wg skali lub podatkiem liniowym) albo podatkiem zryczałtowanym. Ustawa weszła w życie w dniu 13 kwietnia 2022 r.
11. Ustawą z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny (Dz. U. poz. 655). Regulacja umożliwiła dofinansowanie z budżetu państwa przez Ministra Obrony Narodowej, z części, której jest dysponentem, świadczenia gwarantowane, w celu zaspokajania dodatkowych potrzeb zdrowotnych osób, o których mowa w przepisach ustawy z dnia 11 marca 2022 r. o obronie Ojczyzny (Dz. U. poz. 655). Świadczenia gwarantowane podlegają dofinansowaniu na podstawie umowy zawartej między Ministrem Obrony Narodowej a świadczeniodawcą, dla którego jest on podmiotem tworzącym. Ustawa weszła w życie 23 kwietnia 2022 r.
12. Ustawą z dnia 7 kwietnia 2022 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. poz. 974). Zmiana w ustawie o świadczeniach polegała na doprecyzowaniu definicji wyrobów medycznych w celu dostosowania do rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/745 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych, zmiany dyrektywy 2001/83/WE, rozporządzenia (WE) nr 178/2002 i rozporządzenia (WE) nr 1223/2009 oraz uchylenia dyrektyw Rady 90/385/EWG i 93/42/EWG (Dz. Urz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 1, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2017/746 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz uchylenia dyrektywy 98/79/WE i decyzji Komisji 2010/227/UE (Dz. Urz. UE L 117 z 05.05.2017, str. 176, z późn. zm.), które mają na celu zapewnienie sprawnego

funkcjonowania rynku wewnętrznego w obszarze wyrobów medycznych i wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro, przyjmując jako podstawę wysoki poziom ochrony zdrowia z myślą o pacjentach i użytkownikach, z uwzględnieniem małych i średnich przedsiębiorstw działających w tym sektorze. Ustawa weszła w życie 26 maja 2022 r.

13. Ustawą z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z rozwojem publicznych systemów teleinformatycznych (Dz. U. poz. 1002). Zmiana w ustawie o świadczeniach dotyczyła dookreślenia dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń obywateli Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym w Ukrainie oraz informacji przekazywanych do Centrali NFZ przez organ prowadzący rejestr PESEL. Ustawa weszła w życie w dniu 27 maja 2022 r.
14. Ustawą z dnia 28 kwietnia 2022 r. o zasadach realizacji zadań finansowanych ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027 (Dz. U. poz. 1079). Zmiana w ustawie o świadczeniach wynikła z konieczności dostosowania przepisów do kompleksowego określenia rozwiązań dedykowanych zarządzaniem programami z zakresu polityki spójności. Doprecyzowano że podmiotem zgłaszającym do ubezpieczenia zdrowotnego osobę pobierającą stypendium w okresie odbywania szkolenia, stażu lub przygotowania zawodowego dorosłych może być podmiot kierujący na szkolenie, staż lub przygotowanie zawodowe dorosłych korzystający z publicznych środków wspólnotowych i publicznych środków krajowych w ramach dofinansowania projektu ze środków europejskich w perspektywie finansowej 2021-2027. Ustawa weszła w życie w dniu 4 czerwca 2022 r.
15. Ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1352). Wprowadzone przepisy stanowią realizację ustaleń zawartych we wspólnym stanowisku Trójstronnego Zespołu do Spraw Ochrony Zdrowia, przyjętych w dniu 5 listopada 2021 r. przez stronę rządową, stronę reprezentatywnych central związkowych oraz stronę reprezentatywnych organizacji pracodawców. Rozszerzono zakres działania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o uprawnienie do wydawania rekomendacji w zakresie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w związku ze wzrostem kosztów udzielania tych świadczeń, w szczególności wzrostem najniższego wynagrodzenia. Ustawa weszła w życie w dniu 29 czerwca 2022 r.
16. Ustawą z dnia 9 czerwca 2022 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1265) w konsekwencji zmian wprowadzonych przepisami tej ustawy w zakresie rozliczania dochodów uzyskiwanych z tytułu pobierania rent rodzinnych przez dzieci do 18. roku życia, zawiera rozwiązania wyłączające wskazaną grupę spod tytułu ubezpieczenia zdrowotnego jednocześnie zachowując uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej. Inną zmianą przepisów jest wskazanie wprost prokurentów jako osób podlegających ubezpieczeniu zdrowotnemu, co miało na celu doprecyzowanie przepisów w tym zakresie. Ustawa weszła w życie w dniu 1 lipca 2022 r.

17. Ustawą z dnia 9 czerwca 2022 r. o wspieraniu i resocjalizacji nieletnich (Dz. U. poz. 1700). Zmiany, odnoszące się do nieletniego umieszczonego w młodzieżowym ośrodku wychowawczym, okręgowym ośrodku wychowawczym, zakładzie leczniczym, zakładzie poprawczym lub schronisku dla nieletnich stanowią, że nieletniemu nie przysługuje prawo wyboru świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu POZ, świadczeniodawcy udzielającego ambulatoryjnych świadczeń, lekarza dentysty oraz szpitala, określone w ustawie). Ponadto, przepisami ustawy zabezpieczono transport sanitarny przysługujący (nieletniemu) bezpłatnie w związku z realizacją świadczenia gwarantowanego w określonym zakładzie leczniczym. Ponadto, uregulowano procedurę doprowadzania i przewozu nieletniego do określonego przez sąd rodzinny zakładu leczniczego. Ustawa weszła w życie w dniu 1 września 2022 r.

18. Ustawą z dnia 7 października 2022 r. o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2180). Zmiana ustawy o świadczeniach poległa na uregulowaniu sytuacji, gdy ubezpieczony przedsiębiorca (tzw. ryczałtowiec) nie przekaże do ZUS informacji o miesięcznym przychodzie z działalności gospodarczej (art. 81 ust. 2zc ustawy o świadczeniach). Ustawa weszła w życie w dniu 26 października 2022 r.

19. Ustawą z dnia 1 grudnia 2022 r. o zmianie ustawy o Funduszu Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2674). Zmiany w ustawie o świadczeniach mają charakter dostosowań w zakresie objęcia finansowaniem ze środków Funduszu Medycznego świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych osobom do ukończenia 18. r.ż., związanych z diagnostyką genetyczną. Ustawa weszła w życie w dniu 20 grudnia 2022 r.

20. Ustawą z dnia 16 listopada 2022 r. o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 2770). Zmiany obejmują:

    a) przeniesienie źródła finansowania kosztów świadczeń wysokospecjalistycznych i leków dla osób po 75. roku życia i leków dla kobiet w ciąży z budżetu państwa do NFZ,

    b) finansowanie wybranych programów polityki zdrowotnej przez NFZ,

    c) rezygnację z opłacania składki na ubezpieczenie zdrowotne finansowanej z budżetu państwa w ramach działu 851 – Ochrona zdrowia,

    d) dodanie podstawy prawnej, zobowiązującej Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego oraz inne właściwe organy rentowe wypłacające rentę rodzinną do przekazywania do Funduszu danych osób pobierających rentę rodzinną,

    e) finansowanie zakupu szczepionek – włączenie do finansowania przez Fundusz kosztów zakupu szczepionek wykorzystywanych do szczepień obowiązkowych w ramach Programu Szczepień Ochronnych oraz szczepionek i innych immunologicznych produktów leczniczych stanowiących rezerwę, stosowanych w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii za wyjątkiem szczepionek COVID-19. Ustawa weszła w życie w dniu 27 grudnia 2022 r.

Ponadto, w 2022 roku ogłoszony został tekst jednolity ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2561).

Zarządzeniem Nr 45/2022/GPF Prezesa NFZ z dnia 8 kwietnia 2022 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia zostało uchylone zarządzeniem Nr 147/2021/GPF Prezesa NFZ z dnia 25 sierpnia 2021 r. Regulamin organizacyjny Centrali, wprowadzony zarządzeniem nr 45/2022/GPF został zmieniony zarządzeniami: Nr 153/2022/GPF z dnia 23.11.2022 r. oraz Nr 180/2022/GPF z dnia 30.12.2022 r.

II. Rola Funduszu w okresie pandemii

II.1. Regulacje prawne

Wydane zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19:

1. Zarządzenie Nr 11/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 stycznia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19:

Zarządzenie było wykonaniem polecenia Ministra Zdrowia z 20 stycznia 2021 r., znak: DLU.736.15.2022.KB. Zgodnie z jego treścią koszt finansowania wykonania jednego testu powinien wynosić: 113 zł (z kosztem odczynników), a drugi 66 zł (bez kosztu odczynników), a w przypadku, gdy odczynniki do wykonania testu zostały dostarczone laboratorium lub ich koszty pokryte, przez podmiot sektora finansów publicznych, który w sytuacji niedotrzymania warunku wykonania testu w terminie nie dłuższym niż 24 godziny od dostarczenia materiału do laboratorium, podlega pomniejszeniu o kwotę 25 zł, oraz:

1) 197 zł w przypadku wykonania szybkiego testu RT-PCR na obecność wirusa SARS-CoV-2 pacjentowi w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć i przekazania wyniku w czasie krótszym niż 4 godziny od dostarczenia materiału do laboratorium,
2) 42 zł w przypadku wykonania szybkiego testu RT-PCR na obecność wirusa SARS-CoV-2 w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć, gdy odczynniki do wykonania testu zostały dostarczone laboratorium lub ich koszty pokryte, przez podmiot sektora finansów publicznych i przekazanie wyniku nastąpiło w czasie krótszym niż 4 godziny od dostarczenia materiału do laboratorium.

W związku z powyższym, w zarządzeniu utworzono nowe produkty rozliczeniowe: Wykonanie szybkiego testu RT-PCR na obecność wirusa SARS-CoV-2 oraz Wykonanie szybkiego testu RT-PCR na obecność wirusa SARS-CoV-2 (bez kosztu odczynników) – koszt wykonania testu metodą RT-PCR, rozliczany jest przez podmiot zamieszczony na wykazie, o którym mowa w § 1 ust. 1 zarządzenia, realizujący świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne, posiadający własne laboratorium lub na zasadach podwykonawstwa; do rozliczenia w przypadku wykonania szybkiego testu RT-PCR na obecność wirusa SARS-CoV-2 pacjentowi w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć; do rozliczenia wyłącznie w sytuacji przekazania wyniku w czasie krótszym niż 4 godziny od dostarczenia materiału do laboratorium; nie dopuszcza się rozliczenia kosztu wykonania testu: rozliczonego produktem 99.05.0001, 99.05.0002, 99.05.0003 lub 99.05.0004 oraz testu sfinansowanego z innych środków. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

2. Zarządzenie Nr 12/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 stycznia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19:

Zarządzenie było wykonaniem polecenia Ministra Zdrowia z 26 stycznia 2021 r. znak DLU.736.24.2022.KM. Mając na względzie pogarszającą się sytuację epidemiczną, której

rezultatem było stale zwiększająca się liczba osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2, co przekładało się na zwiększoną liczbę osób wymagających izolacji, zasadne stało się zwiększenie liczby funkcjonujących dotychczas izolatoriów. Zmiana brzmienia przepisu § 3 ust. 13 zarządzenia miała na celu umożliwienie bieżącego dostosowywania liczby utworzonych na terenie danego województwa izolatoriów do aktualnej sytuacji epidemicznej tak, aby zapewnić konieczną opiekę dla osób zakażonych wirusem SARSCoV-2.

Kolejna zmiana dotycząca wprowadzenia możliwości wykonywania testów antygenowych w aptekach ogólnodostępnych miała na celu zwiększenie dostępności do diagnostyki SARS-CoV-2, w związku z pojawieniem się wariantu koronawirusa Omikron, który wykazuje duży potencjał zakaźny. W takim przypadku pojawiło się ryzyko szybkiego rozprzestrzeniania się epidemii i zwiększenia dynamiki zakażeń. W związku z powyższym, niezbędne było uruchomienie kolejnych punktów testowania w celu zidentyfikowania przypadków z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2. W tym celu utworzono nowe produkty rozliczeniowe:

- 99.05.0009 Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2 o wartości 35,83 zł (obejmuje koszty: pobrania materiału biologicznego, testu antygenowego i wykonania testu; finansowaniu podlegają tylko testy antygenowe, których wykonanie zostało zlecone w systemie CeZ; konieczność sprawozdania wyniku testu diagnostycznego),
- 99.05.0010 Wykonanie testu antygenowego na obecność wirusa SARS-CoV-2 (bez kosztu testu)o wartości 23,24 zł (obejmuje koszty: pobrania materiału biologicznego i wykonania testu (bez kosztu testu); finansowaniu podlegają tylko testy antygenowe, których wykonanie zostało zlecone w systemie CeZ; konieczność sprawozdania wyniku testu diagnostycznego).

Przepisy zarządzenia dot. rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 27.01.2022 r.

3. Zarządzenie Nr 13/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 stycznia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19:

Zarządzenie było wykonaniem polecenia Ministra Zdrowia z 26 stycznia 2021 r., znak: DLU.736.24.2022.KM, zmienionego poleceniem z 27.01.2022 r., znak: DLU.736.26.2022.KM. Wprowadzono zmianę mającą na celu zwiększenie dostępności do diagnostyki SARS-CoV-2 poprzez wprowadzenie możliwości wykonania testów antygenowych w medycznych laboratoriach diagnostycznych i mobilnych punktach pobrań.

Przepisy zarządzenia dot. rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 28.01.2022 r.

4. Zarządzenie Nr 14/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 lutego 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19:

Zarządzenie było wykonaniem polecenia Ministra Zdrowia z 31 stycznia 2021 r., znak: DIWP.07.3.2022.KW. Wprowadzona zmiana miała na celu zapewnienie wsparcia i usprawnienie procesu leczenia zakażonych wirusem SARS-CoV-2, zakwalifikowanych do programu Domowej Opieki Medycznej (DOM), poprzez zachęcenie do włączenia

i czynnego udziału poprzez regularny monitoring stanu zdrowia pacjentów biorących udział w programie (za pomocą danych uzyskiwanych z pulsoksymetrów otrzymanych w ramach programu). W tym celu utworzono nowy produkt rozliczeniowy: Kwalifikacja do programu Domowej Opieki Medycznej i monitorowanie aktywności pacjenta w programie o wartości 49,58 zł (wycena sporządzona przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji). Jego rozliczenie jest możliwe w sytuacji, gdy pacjent przez co najmniej 5 z 7 następujących po sobie dni w okresie izolacji, co najmniej dwa razy dziennie dokona pomiaru za pośrednictwem pulsoksymetru otrzymanego w ramach programu DOM i wprowadzi dane do aplikacji DOM Doctor. Wartość produktu obejmuje również: rejestrację pacjenta w programie, instrukcję dotyczącą konieczności badania pulsoksymetrem przez kolejnych 7 dni, a także sprawdzanie każdego dnia aktywności w aplikacji i ewentualną rozmowę z pacjentem w celu przypomnienia o dokonaniu badania pulsoksymetrem. Pogram Domowej Opieki Medycznej ma na celu zdalne monitorowanie stanu zdrowia pacjentów. Program wykorzystuje pulsoksymetr jako narzędzie diagnostyczne i aplikację Domowa Opieka Medyczna do przekazywania i monitoringu danych pacjentów.

Przepisy zarządzenia dot. rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 lutego 2022 r. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

5. Zarządzenie Nr 24/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19:

Zarządzenie było wykonaniem polecenia Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2022 r. (znak: DLU.736.63.2022.KB) i z dnia 28 lutego 2022 r. (znak: DLU.736.67.2022.KB).Wprowadzono zmianę polegającą na finansowaniu od dnia 1 kwietnia 2022 r. świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 określonych w załączniku nr 2 do zarządzenia (Katalog produktów rozliczeniowych) przez podmioty umieszczone w wykazie, którego nowy wzór określono w załączniku nr 1 do zarządzenia. Mając na celu kontynuację finasowania świadczeń udzielanych na rzecz pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2, od 1 kwietnia 2022 r. świadczenia te finansowane są na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 kwietnia 2022 r.

6. Zarządzenie Nr 35/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 marca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19:

Zarządzenie było wykonaniem polecenia Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2022 r., znak: DLU.736.63.2022.KB, z dnia 28 lutego 2022 r., znak: DLU.736.67.2022.KB, z dnia 7 marca 2022 r., znak: DLU.736.68.2022.KB, z dnia 18 marca 2022 r., znak: DLU.736.74.2022. KB/KM oraz z dnia 23 marca 2022 r., znak: DLU.736.84.2022.KB, zgodnie z którymi z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 finansowane będą świadczenia, które mają kluczowe znaczenie w przeciwdziałaniu chorobie i w powrocie do pełnej sprawności już po COVID-19: szczepienia przeciwko COVID-19 oraz rehabilitacja pocovidowa (stacjonarna, ambulatoryjna, dzienna, domowa i psychiatryczna).

Wprowadzone zmiany polegały na finansowaniu od 1 kwietnia 2022 r. świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 określonych w załączniku nr 2 do zarządzenia (Katalog produktów rozliczeniowych) przez podmioty umieszczone w wykazie, którego nowy wzór określono w załączniku nr 1 do zarządzenia. W celu rozliczenia świadczeń udzielonych do dnia 31 marca 2022 r., podmiot wpisany do wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, obowiązany jest do przekazania dokumentów rozliczeniowych, w terminie do dnia 20 kwietnia 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem 01.04.2022 r.

7. Zarządzenie Nr 70/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 czerwca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19:

Zarządzenie było wykonaniem poleceń Ministra Zdrowia z 31 marca 2022 r., znak: DLG.744.15.2022.BT i DLG.745.3.2022.BT zmienionych decyzjami z dnia 23 maja 2022 r. znak: DLG.744.15.2022.BT i DLG.745.3.2022.BT oraz polecenia z dnia 5 kwietnia 2022 r., znak: ZPP.743.56.2022 zmienionego decyzją z dnia24 maja 2022 r., znak: ZPP.743.56.2022. Decyzje te przewidywały zniesienie finansowania świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej dla osób po przebytym COVID-19, w tym rehabilitacji stacjonarnej w trybie ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 2095, z późn. zm.). Świadczeniobiorcy po przebytej chorobie COVID-19, których stan zdrowia będzie wskazywał na potrzebę rehabilitacji, będą mogli skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach. W celu rozliczenia świadczeń opieki zdrowotnej związanych z przeciwdziałaniem COVID-19, o których mowa w § 2 ust. 4-6 zarządzenia zmienianego, udzielonych do dnia 30 czerwca 2022 r., podmiot wpisany do wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, obowiązany został do przekazania dokumentów rozliczeniowych w terminie do dnia 20 lipca 2022 r. Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 lipca 2022 r.

8. Zarządzenie Nr 106/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 19 sierpnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19:

Zarządzenie stanowiło wykonanie polecenia Ministra Zdrowia wyrażonego w piśmie z dnia 10 sierpnia 2022 r., znak: ZPŚ.641.265.2022.JK. Podmioty znajdujące się w wykazie podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które udzielają świadczenia opieki zdrowotnej w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, a także apteki ogólnodostępne realizujące szczepienia przeciw COVID-19, otrzymały środki finansowe z przeznaczeniem na finansowanie do dnia 31 grudnia 2022 r. wykonanych szczepień ochronnych przeciwko grypie w sezonie 2022/2023 u osób szczepionych w zakresie zalecanej profilaktyki, z wyłączeniem możliwości rozliczenia szczepień wykonanych w ramach programów polityki zdrowotnej, gdzie:

1) wysokość finansowania kosztu pojedynczego szczepienia przeciwko grypie, u osób szczepionych w ramach udzielanej usługi, obejmującej:

a) kwalifikację w elektronicznej Karcie Szczepień do szczepienia, którą może przeprowadzić lekarz, felczer, lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny oraz farmaceuta (u osób pełnoletnich),

b) wykonanie szczepienia przez lekarza, felczera, pielęgniarkę, położną, ratownika medycznego, higienistkę szkolną, lekarza dentystę, farmaceutę, fizjoterapeutę oraz diagnostę laboratoryjnego, posiadających dokument potwierdzający ukończenie kursu lub szkolenia w zakresie szczepień ochronnych lub posiadających co najmniej 6-miesięczną praktykę w zakresie przeprowadzania szczepień ochronnych, w tym szczepień przeciw COVID-19,

wynosi 21,83 zł (słownie: dwadzieścia jeden zł osiemdziesiąt trzy gr);

2) informacje o statusie osoby zaszczepionej, podlegające weryfikacji są zawarte w elektronicznej Karcie Szczepień;

3) apteki wykonujące szczepienia osób dorosłych spełniają wymagania określone w przepisach wydanych na podstawie art. 97 ust. 5 i art. 98 ust. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 1977, z późn. zm.).

W związku z powyższym, wprowadzono dedykowany produkt rozliczeniowy: 99.03.0806 Szczepienie ochronne przeciwko grypie o wartości 21,83 zł (Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji dokonała aktualizacji wyceny z 22.07.2022 r.), obejmujące: kwalifikację oraz wykonanie szczepienia przez osobę uprawnioną. Zmodyfikowano załączniki o dane dotyczące szczepień przeciwko grypie. Przedmiotowe świadczenia będą finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia do dnia 31 grudnia 2022 r. ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia (zgodnie z decyzją Ministra Zdrowia z dnia 10 sierpnia 2022 r.).

Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 września 2022 r.

9. Zarządzenie Nr 118/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 września 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19:

Zarządzenie wprowadziło nowy sposób rozliczeń szczepień przeciwko SARS-CoV-2, oparty na modelu wprowadzonym przy rozliczeniach szczepień ochronnych przeciwko grypie. Automatyzacja systemu rozliczeń miała przyczynić się do jego poprawy oraz usprawnienia rozliczania wykonanych szczepień. Dane o szczepieniach na bieżąco wprowadzane przez podmioty wpisane do wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 w systemie informatycznym Centrum e-Zdrowia (CeZ) wpływają do systemów OW NFZ w trybie on-line, co znacznie usprawnia proces rozliczeń i komunikację pracowników OW NFZ z uprawnionymi podmiotami w przypadkach wymagających wyjaśnień lub korekt sprawozdanych szczepień. Dostosowano przepisy zarządzenia do nowego systemu rozliczeń. Nadano nowe kody zakresów, dedykowane dla szczepień przeciwko SARS-CoV-2 oraz nowy kod produktu rozliczeniowego: Szczepienie przeciwko SARS-CoV-2-wykonanie. Warunkiem umożliwiającym rozliczenie od 1 października 2022 r. szczepień przeciwko SARS- CoV-2 jest posiadanie/ założenie przez podmiot uprawniony do szczepień profilu w systemie informatycznym NFZ

(Portale Świadczeniodawcy/SZOI), który uwzględnia m.in. numer rachunku bankowego, konieczny do rozliczeń między OW NFZ a tym podmiotem. Natomiast w celu rozliczenia szczepień przeciwko SARS-CoV-2 wykonanych do dnia 30 września 2022 r. podmiot wpisany do wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, który nie przekazał dokumentów rozliczeniowych, został obowiązany do ich przekazania w terminie do dnia 31 grudnia 2022 r. Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 października 2022 r.

10. Zarządzenie Nr 170/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 grudnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19:

Zarządzenie wprowadziło zmiany, w związku z zakończeniem 31 grudnia 2022 r. finansowania szczepień ochronnych przeciwko grypie w sezonie 2022/2023 u osób szczepionych w zakresie zalecanej profilaktyki, z wyłączeniem możliwości rozliczenia szczepień wykonanych w ramach programów polityki zdrowotnej (zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia wyrażonego w piśmie z dnia 10 sierpnia 2022 r., znak: ZPŚ.641.265.2022.JK).

W celu rozliczenia szczepień ochronnych przeciw grypie w sezonie 2022 /2023 udzielonych do dnia 31 grudnia 2022 r., zgodnie z § 2 zarządzenia, podmiot wpisany do wykazu podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, będzie obowiązany do przekazania dokumentów rozliczeniowych, o których mowa w § 3 ust. 1 zarządzenia Nr 217/2021/DSOZ, w terminie do 10 stycznia 2023 r. Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2023 r.

II.2. Zadania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19

Przepisami ustawy COVID-19 określono, że świadczenia opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 są finansowane przez NFZ ze środków pochodzących z budżetu państwa lub Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

W związku z:

- poleceniami Ministra Zdrowia, w tym: z dnia 7.04.2020 r. (ze zmianami), z dnia 4.09.2020 r. (ze zmianami), z dnia 7.07.2020 r. (ze zmianami), z dnia 5.02.2021 r. (ze zmianami), z dnia 2.03.2021 r. (ze zmianami), z dnia 2.04.2021 r., z dnia 8.09.2021 r. (ze zmianami), z dnia 8.12.2021 r. (ze zmianami), z dnia 29.04.2022 r. (ze zmianami);
- realizacją zadania wynikającego z art. 15ea ustawy COVID-19;
- informacją Ministra Zdrowia zgodnie z którą wyraża on zgodę na zabezpieczenie w budżecie państwa na 2022 r. środków z przeznaczeniem na funkcjonowanie do 30.06.2022 r. infolinii Narodowego Programu Szczepień przeciw Covid-19,

łączna wartość środków finansowych ujęta w planie finansowym NFZ na 2022 r., pochodząca z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, przeznaczona na działania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, wyniosła 6 248 483 tys. zł.

Tabela nr II.1. Koszty finansowania zadań związanych z zapobieganiem i zwalczaniem COVID-19 w 2022 r. finansowane ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 (w tys. zł).

Wyszczególnienie	Pozycja planu	Plan finansowy 2022	Wykonanie planu finansowego 2022	% realizacji planu
Koszty świadczeń opieki zdrowotnej oraz realizacji zadań zespołów ratownictwa medycznego, w tym transportu sanitarnego , wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem Covid-19 (w tym ryczałt 3%)	B2	3 921 740	3 723 824,43	94,95%
	B4	22 130	19 787,29	89,41%
Dodatkowe świadczenie pieniężne dla personelu medycznego i niemedycznego	F4	1 163 564	1 110 504,90	95,44%
Wartość umorzonych zobowiązań z tyt. Covid-19	F4	3 419	4 421,80	129,33%
Testy RT PCR	B2.3	715 446	456 418,01	63,79%
„Hotel" dla medyka	F4	2 445	2 444,27	99,97%
Infolinia szczepionkowa	D2	20 821	13 913,60	66,82%
PP – uzależnienia cyfrowe	B2.21	220	114,98	52,26%
Szczepienia p. grypie	B2.1	2 798	2 398,74	85,73%
Świadczenia dla cudzoziemców	B2.3	0	0,00	-
Bezpieczeństwo teleinformatyczne	F4	395 900	205 212,23	51,83%
Razem		6 246 483	5 539 040,25	88,65%

Poniesione w 2022 roku przez OW NFZ koszty zadań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 finansowane ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 wyniosły łącznie 5 539 040,25 tys. zł i były niższe od wartości planowanej o 11,35%, z tego:

- 3 743 611,72 tys. zł stanowiły koszty finansowania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19;
- 1 110 504,90 tys. zł stanowiły koszty finansowania dodatkowego świadczenia pieniężnego dla personelu medycznego i jednorazowego dodatkowego świadczenia pieniężnego dla personelu niemedycznego;
- 4 421,80 tys. zł stanowiła wartość umorzonych zobowiązań wynikających z kwot wypłaconych świadczeniodawcom zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych;
- 456 418,01 tys. zł stanowiły koszty wykonanych testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2;
- 2 444,27 tys. zł stanowiły koszty sfinansowanych miejsc odpoczynku nocnego lub odpoczynku po zakończeniu wykonywania czynności zawodowych lub służbowych przez personel medyczny;
- 13 913,60 tys. zł stanowiły koszty finansowania infolinii szczepionkowej;
- 114,98 tys. zł stanowiły koszty finansowania programu pilotażowego w zakresie oddziaływania terapeutycznego skierowanego do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin;

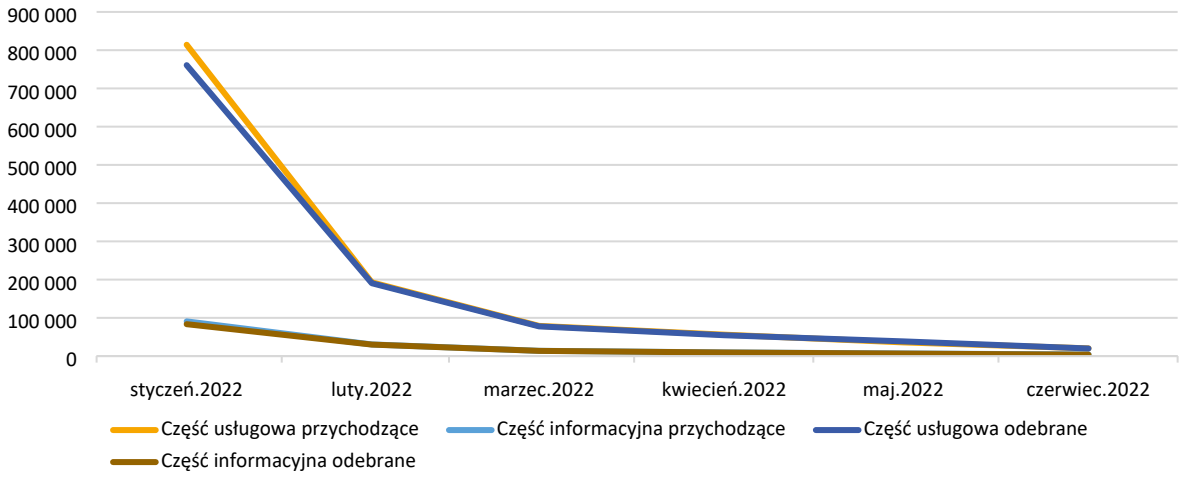
– 2 398,74 tys. zł stanowiły koszty finansowania szczepień przeciwko grypie;

– 205 212,23 tys. zł stanowiły koszty bezpieczeństwa teleinformatycznego.

II.3. Infolinia Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19

Narodowy Fundusz Zdrowia na polecenie Kancelarii Prezesa Rady Ministrów i Ministra Zdrowia w okresie od 16 grudnia 2020 r. do 30 czerwca 2022 r. prowadził Infolinię Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19, zwaną dalej również „Infolinią NPSz", KTÓRA była jednym w najważniejszych elementów strategii walki z COVID-19. Pod bezpłatnym numerem 989 zainteresowane osoby mogły nie tylko uzyskać aktualne informacje na temat szczepień, ale także zapisać siebie lub inną uprawnioną osobę na szczepienie. Możliwe było także anulowanie lub zmiana terminu wizyty. Jeden numer dostępny dla osób w całym kraju umożliwiał szybką i łatwą rejestrację na dogodny termin i miejsce szczepienia. Dodatkowym atutem infolinii była obsługa w kilku językach tj. polskim, angielskim, rosyjskim oraz ukraińskim, a także w języku migowym oraz za pośrednictwem czatu i poczty elektronicznej. Od dnia uruchomienia Infolinii NPSz zanotowano 17 890 719 połączeń przychodzących, z czego 16 146 372 zostało odebranych. Zdecydowaną większość (ponad 82%) stanowiły połączenia na część zapisową, gdzie zanotowano 14 735 082 połączeń przychodzących, z czego 13 481 816 zostało odebranych (odbieralność na poziomie 91%).

Wykres nr II.1. Rozkład ruchu na infolinii NPSz w 2022 r.

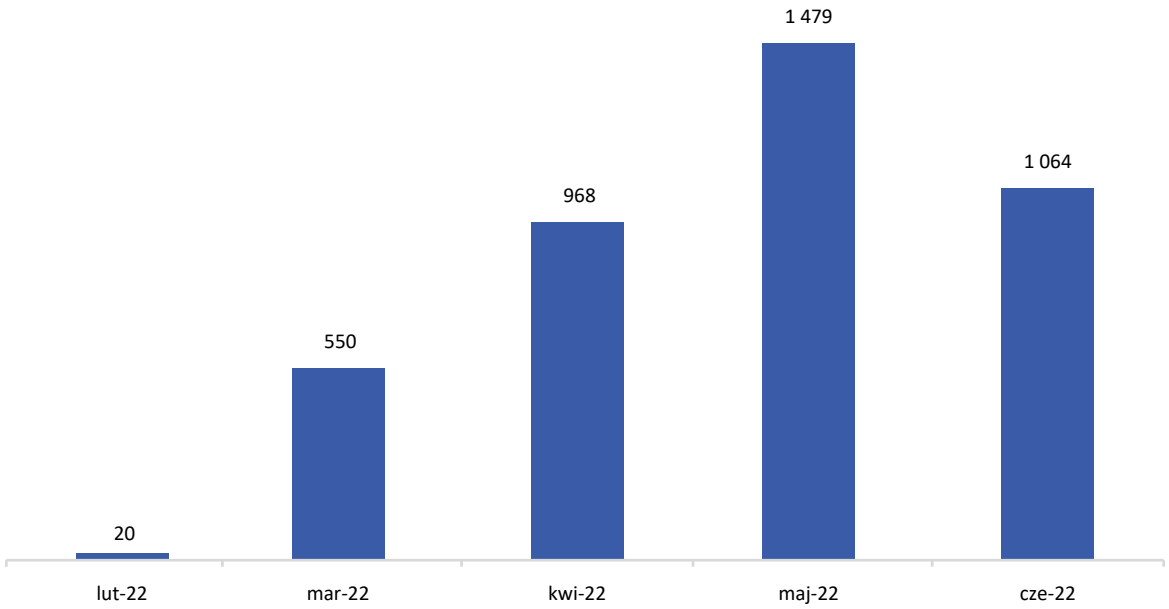


W 2022 roku odnotowano 1 353 604 połączeń przychodzących z zauważalną stałą tendencją spadkową.

Pracownicy Centrali NFZ czuwali nad zapewnieniem wysokiej jakości obsługi oraz prawidłowości przekazywanych klientom informacji. Obszar szczepień, jako temat szczególnie wrażliwy wymagał indywidualnego podejścia do każdego klienta, a także niejednokrotnie wykazania empatii i zrozumienia dla jego potrzeb. Dodatkowo harmonogramy pracy konsultantów planowano w taki sposób, aby czas oczekiwania na odebranie połączenia oraz czas rozmowy były jak najbardziej optymalne i korzystne dla klienta – celem był szybki i łatwy kontakt klienta z Infolinią. Infolinia NPSz była obsługiwana nie tylko przez firmy z branży contact center, ale również przez pracowników oddziałów wojewódzkich NFZ, studentów czy

spółki Skarbu Państwa. Działania związane z jej funkcjonowaniem pokazały bardzo dobrą współpracę pomiędzy instytucjami w celu realizacji zadań związanych ze Strategią Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 na jak najwyższym poziomie. Mimo, że głównym rodzajem obsługiwanych połączeń były połączenia przychodzące, to w ciągu całego okresu funkcjonowania Infolinii, konsultanci realizowali także kampanie wychodzące tzw. kampanie outbound, wspierające NPSz. Łącznie za pośrednictwem infolinii na szczepienie zostało zapisanych 4 317 630 osób. W związku z konfliktem zbrojnym na terytorium Ukrainy i zwiększającą się liczbą obywateli Ukrainy w Polsce, w lutym 2022 r. podjęto decyzję o ułatwieniu im dostępu do szczepień przeciw COVID-19. W tym celu od 26 lutego 2022 r. uruchomiono na Infolinii obsługę w języku ukraińskim.

Wykres nr II.2. Liczba połączeń przychodzących na część ukraińskojęzyczną.



Infolinia NPSz była jednym z trzech kanałów zapisu na szczepienie przeciw COVID-19. Jej sprawne funkcjonowanie niejednokrotnie wymagało dyspozycyjności i szybkiego reagowania na dynamiczne zmiany związane z sytuacją epidemiczną. Dzięki dobrej organizacji Infolinia stanowiła istotny element walki z pandemią COVID-19 i zabezpieczała potrzeby społeczeństwa w zakresie uzyskania informacji o szczepieniach oraz możliwości szybkiego zapisu na szczepienie, bez potrzeby wychodzenia z domu.

III. Pomoc obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym

Na podstawie art. 12 pkt 13 ustawy o świadczeniach, Fundusz został zobowiązany do finansowania świadczeń zdrowotnych obywatelom Ukrainy, posiadających szczególne uprawnienie wskazane w przepisach dotyczących pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa. Ustawa z dnia 13 stycznia 2023 r. o zmianie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa oraz niektórych innych ustaw Dz. U. 2023 r. poz. 185, weszła w życie 12 marca 2022 roku, z mocą obowiązywania od 24 lutego 2022 roku. Przyznaje ona prawo do świadczeń medycznych udzielanych przez świadczeniodawców, na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, oraz przez apteki, na podstawie umów na realizację recept, zawartych z NFZ. Refundacji leków i zaopatrzenia w wyroby medyczne obywatelom Ukrainy, którzy przybyli do Polski w związku z agresją Rosji, na analogicznych zasadach, jakie przysługują ubezpieczonym. Z wyjątkiem: leczenia uzdrowiskowego, rehabilitacji uzdrowiskowej, prawa do leczenia za granicą, zwrotu środków za leczenie za granicą na podstawie dyrektywy „transgranicznej". Uprawnieni do świadczeń medycznych na gruncie przepisów ww. ustawy:

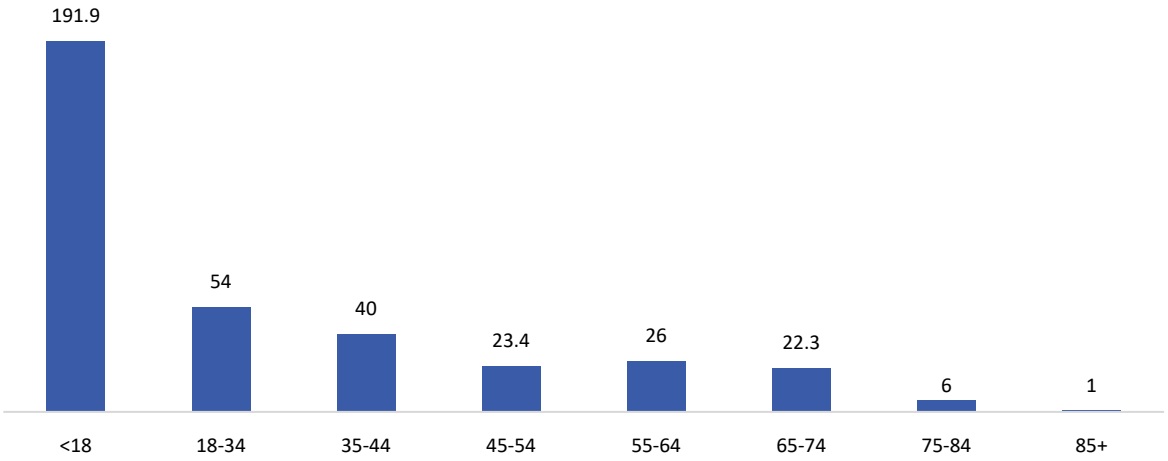
Prawo do świadczeń w Polsce, jak dla osób ubezpieczonych, obejmuje:

1) obywateli Ukrainy, którzy przybyli z terytorium Ukrainy na terytorium RP,
2) nieposiadających obywatelstwa ukraińskiego małżonków obywateli Ukrainy, którzy przybyli z terytorium Ukrainy na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej,
3) obywateli Ukrainy z Kartą Polaka, którzy przybyli do Rzeczypospolitej Polskiej,
4) członków najbliższej rodziny obywatela Ukrainy z Kartą Polaka, którzy przybyli do Rzeczypospolitej Polskiej - którzy przybyli do Polski od 24 lutego 2022 roku.

Prawo do świadczeń obejmuje także dziecko urodzone już w Polsce, jeżeli jego matka jest osobą określoną w pkt. 1 lub 2. Uprawnienia do świadczeń medycznych na mocy specustawy nie przysługują osobom, które przed 24 lutego 2022 roku przebywały legalnie w Polsce na podstawie zezwoleń pobytowych lub miały status uchodźcy, lub złożyły wniosek o uzyskanie takiego statusu.

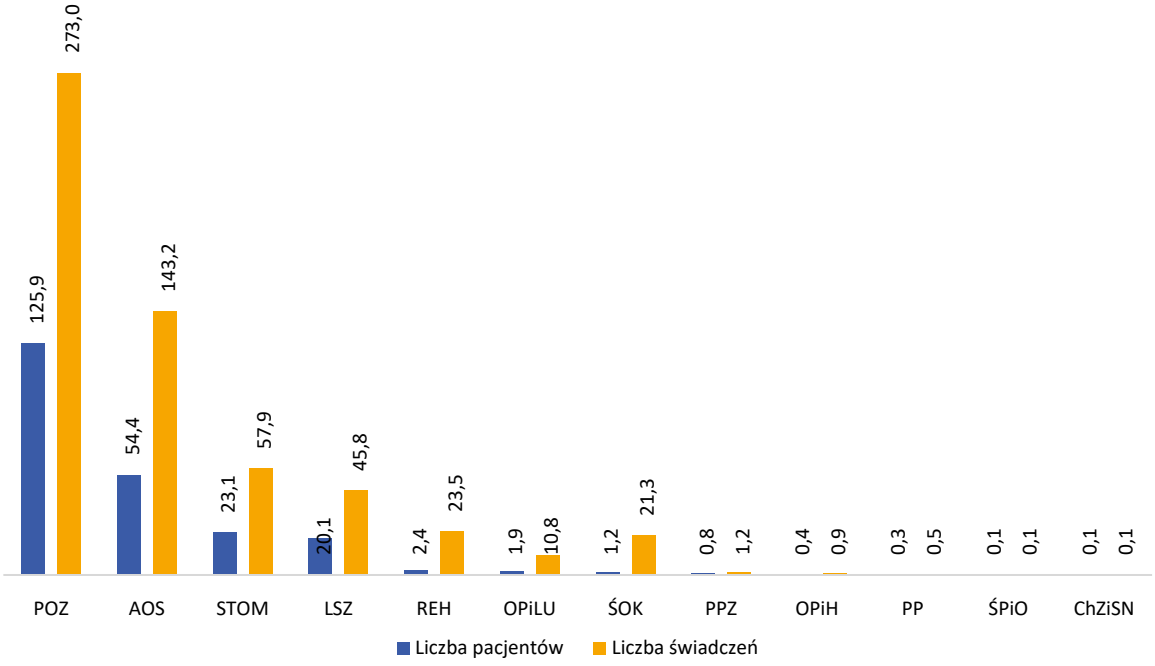
W 2022 roku liczba pacjentów obywateli Ukrainy ze specjalnym uprawnieniem wyniosła 364 571. Łącznie udzielono 1 147 023 świadczeń na kwotę 581 756,18 tys. zł. Średnia liczba świadczeń na pacjenta wyniosła 3,15.

Wykres nr III.1. Liczba pacjentów (w tys.) w podziale na grupy wiekowe - świadczenia udzielone obywatelom Ukrainy ze specjalnym uprawnieniem w 2022 roku.



Osoby poniżej 18 r.ż. stanowili największą liczbą pacjentów spośród całej grupy wiekowej – 191,9 tys., natomiast najmniejszą grupę stanowili pacjenci powyżej 85 r.ż. w liczbie 1 tys. oraz od 75 do 84 r.ż. – 6 tys.

Wykres nr III.2. Liczba pacjentów i liczba świadczeń (w tys.) w podziale na rodzaj świadczeń[1] - obywatele Ukrainy ze specjalnym uprawnieniem (dorośli).

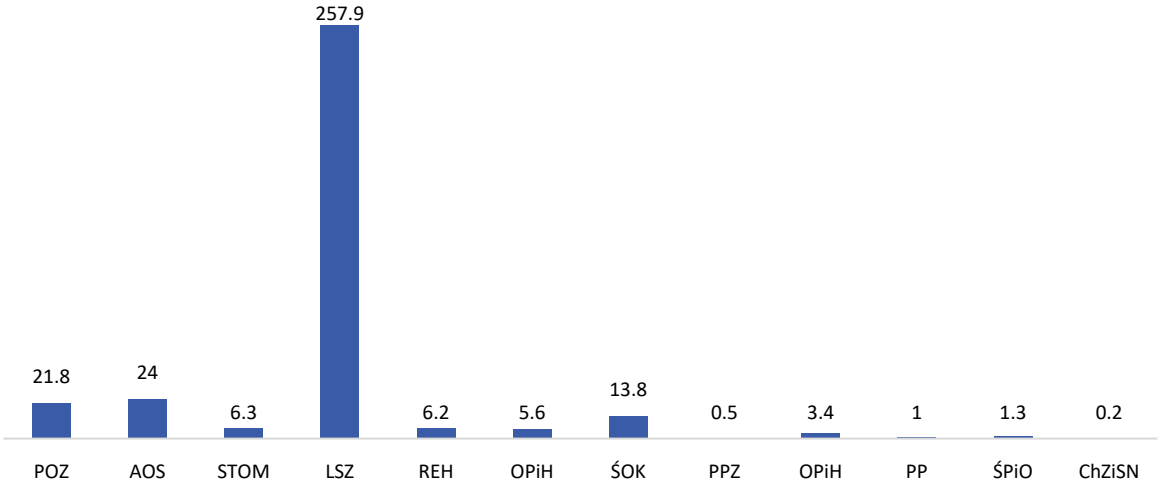


Najwięcej pacjentów skorzystało ze świadczeń w podstawowej opieki zdrowotnej – 125,9 tys., w ambulatoryjnych świadczeniach specjalistycznych – 54,4 tys., w leczeniu stomatologicznym – 23,1 tys. i w leczeniu szpitalnym – 20,1 tys.

Najwięcej świadczeń udzielono w ramach POZ – 273 tys., AOS – 143,2 tys. i STOM – 57,9 tys.

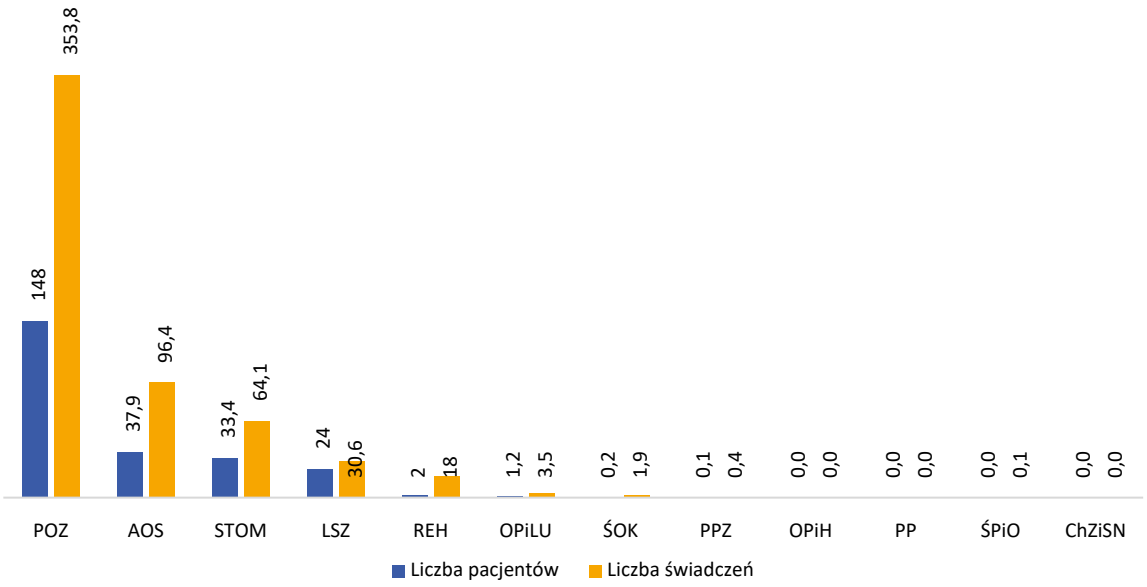
[1] POZ - Podstawowa opieka zdrowotna; AOS - Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne; STOM - Leczenie stomatologiczne; LSZ - Leczenie szpitalne; REH - Rehabilitacja lecznicza; OPiLU - Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień; ŚOK - Świadczenia odrębnie kontraktowane ; PPZ - Profilaktyczne programy zdrowotne; OPiH - Opieka paliatywna i hospicyjna; PP - Programy pilotażowe; ŚPiO - Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze; ChZiSN - Choroby zakaźne i stany nadzwyczajne.

Wykres nr III.3. Wartość refundacji (w mln zł) w podziale na rodzaj świadczeń – obywatele Ukrainy ze specjalnym uprawnieniem (dorośli).



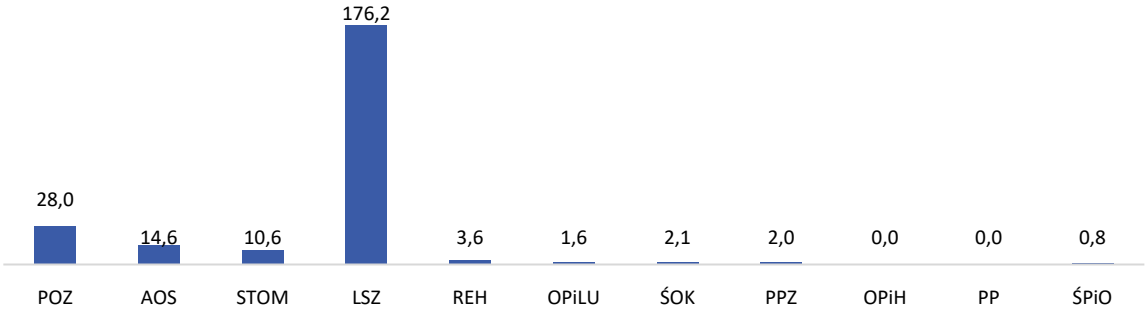
Największa wartość refundacji wyniosła niecałe 258 mln zł w rodzaju LSZ.

Wykres nr III.4. Liczba pacjentów i liczba świadczeń (w tys.) w podziale na rodzaj świadczeń – obywatele Ukrainy ze specjalnym uprawnieniem osoby poniżej 18 roku życia.



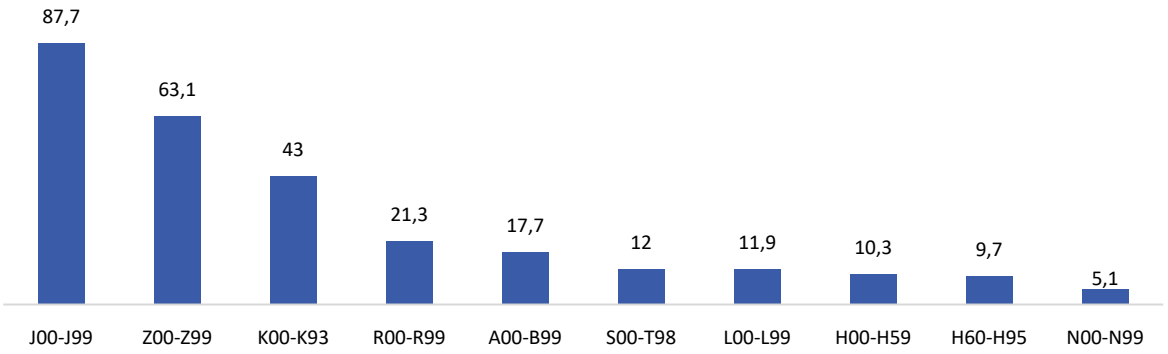
Zgodnie z powyższym wykresem w 2022 roku najwięcej świadczeń udzielono w zakresie Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) – 353,8 tys. (ponad 62% wszystkich świadczeń), Stomatologii (STM) – 96,4 tys., Ambulatoryjnej Świadczeń Specjalistycznych (AOS) – 64,1 tys., Leczenie Szpitalne (SZP) – 30,6 tys. i Rehabilitacji Leczniczej (REH) – 18 tys., natomiast nikt z pacjentów nie został odnotowany do świadczeń z zakresu Chorób zakaźnych i stanów nadzwyczajnych, Programów pilotażowych i Profilaktycznych programów zdrowotnych.

Wykres nr III.5. Wartość refundacji (w mln zł) w podziale na rodzaj świadczeń - obywatele Ukrainy ze specjalnym uprawnieniem osoby poniżej 18 roku życia.

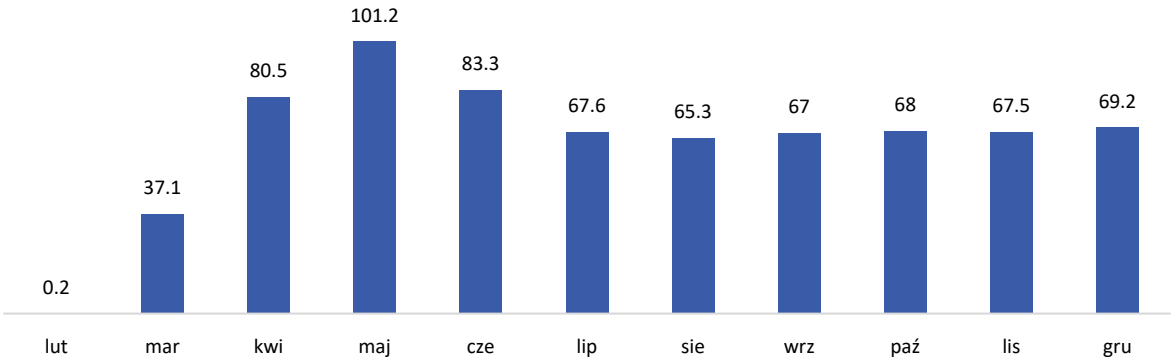


W 2022 roku łączna wartość refundacji wszystkich świadczeń dla pacjentów poniżej 18 r.ż. wyniosła 239,5 mln zł z czego ponad 73,5% kwoty dotyczyło Leczenia szpitalnego - 176,2 mln zł. Najmniejsza kwota refundacji opiewała na 0,8 mln zł (Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze).

Wykres nr III.6. Liczba pacjentów (w tys.) wg. nazw grup ICD-10[2] osobom poniżej 18 roku życia w 2022 roku.



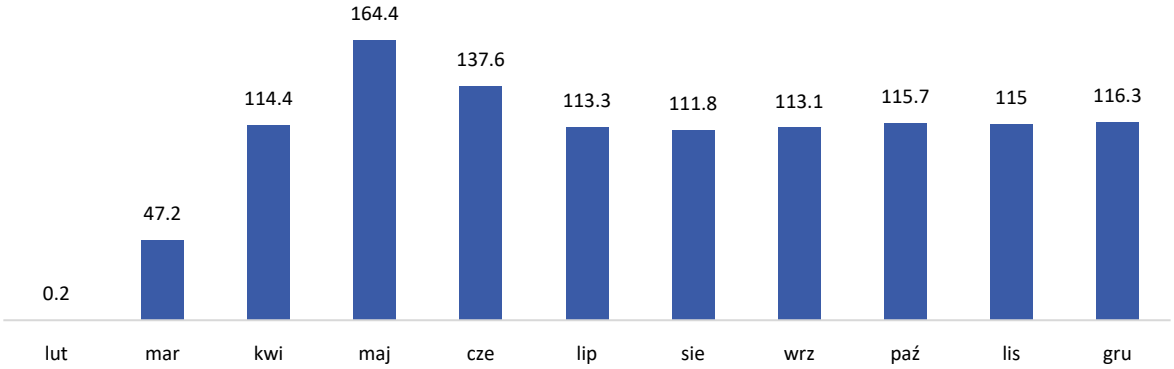
Wykres nr III.7. Liczba pacjentów (w tys.) w podziale na miesiące w 2022 roku.



Najmniejszą liczbę pacjentów odnotowano w lutym – 0,2 tys., wraz z kolejnymi miesiącami tendencja ta jest rosnąca. Najwięcej pacjentów odnotowano w maju – 101,2 tys. pacjentów. W miesiącach wrzesień-grudzień przedział pacjentów oscylował średnio 67,92 tys. pacjentów.

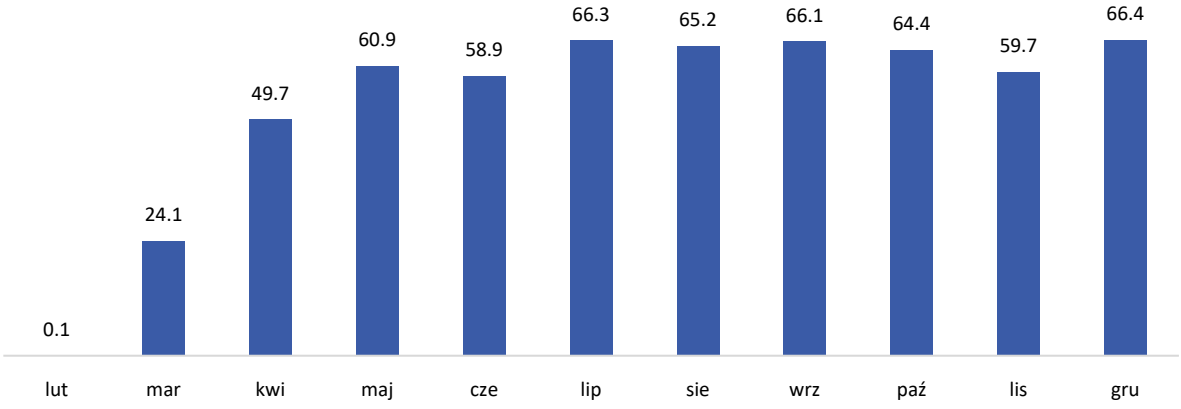
[2] J00-J99 - Choroby układu oddechowego; Z00-Z99 - Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia; K00-K93 - Choroby układu pokarmowego; R00-R99 - Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej; A00-B99 - Wybrane choroby zakaźne i pasożytnicze; S00-T98 - Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych; L00-L99 - Choroby skóry i tkanki podskórnej; H00-H59 - Choroby oka i przydatków oka; H60-H95 - Choroby ucha i wyrostka sutkowatego; N00-N99 - Choroby układu moczowo-płciowego

Wykres nr III.8. Liczba świadczeń (w tys.) w podziale na miesiące w 2022 roku.



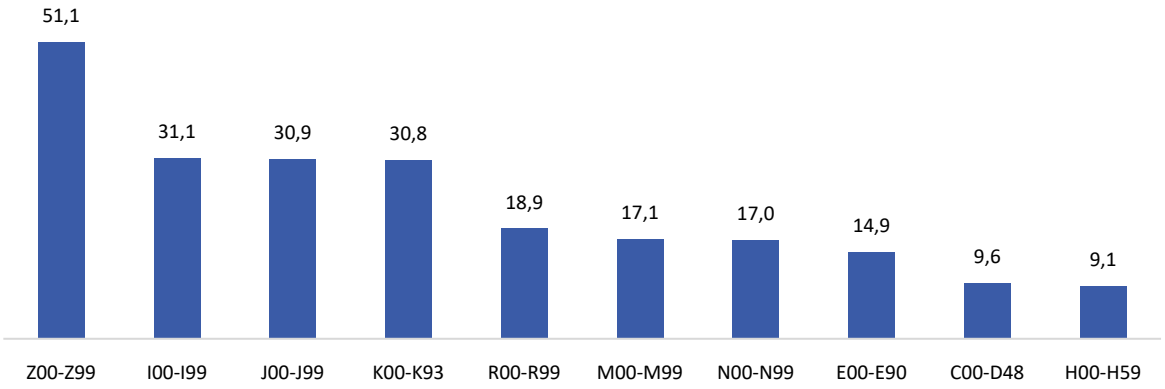
W 2022 roku najmniej świadczeń odnotowano w lutym, tj. 0,2 tys. (24 lutego 2022 roku rozpoczęła się wojna na Ukrainie), najwięcej świadczeń zaś odnotowano w maju w liczbie 164,4 tys.. W miesiącach lipiec-grudzień średnia liczba świadczeń wynosiła 114,2 tys.

Wykres III.9. Kwota refundacji (w mln zł) w podziale na miesiące w 2022 roku.



Największa kwota refundacji wynosiła w miesiącach grudzień, lipiec, wrzesień.

Wykres nr III.10. Liczba pacjentów (w tys.) wg. nazw grup ICD-10[3] (dorośli)



[3] Z00-Z99 - Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia; I00-I99 - Choroby układu krążenia; J00-J99 - Choroby układu oddechowego; K00-K93 - Choroby układu pokarmowego; R00-R99 - Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej; M00-M99 - Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej; N00-N99 - Choroby układu moczowo-płciowego; E00-E90 - Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych; C00-D48 - Nowotwory; H00-H59 - Choroby oka i przydatków oka; Z00-Z99 - Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia.

W 2022 roku najwięcej pośród dorosłych pacjentów zostało zdiagnozowanych z czynników wpływających na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia. Najmniej zdiagnozowano z grupy Chorób oka i przydatków oka – 9,1 tys. oraz Nowotwory – 9,6 tys.

Tabela nr III.1. Liczba dzieci uchodźców z Ukrainy urodzonych w 2022 r. w Polsce od dnia wybuchu wojny w Ukrainie.

OW NFZ	Liczba urodzonych dzieci
dolnośląskie	417
kujawsko-pomorskie	131
lubelskie	174
lubuskie	151
łódzkie	291
małopolskie	399
mazowieckie	863
opolskie	104
podkarpackie	179
podlaskie	67
pomorskie	337
śląskie	409
świętokrzyskie	73
warmińsko-mazurskie	77
wielkopolskie	426
zachodniopomorskie	208
Razem	4 306

Źródłem powyższego zestawienia są dane przekazywane przez świadczeniodawców komunikatem sprawozdawczym SWIAD oraz dane o porodach zrealizowanych w ramach Koordynowanej opieki nad kobietą w ciąży (KOC). Ze względu na specyfikę procesu sprawozdawczego, dane przekazane przez SWIAD obejmują porody, które miały miejsce do listopada 2022 r. włącznie.

IV. Strategia

Strategia Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 została przyjęta przez Radę Narodowego Funduszu Zdrowia Uchwałą nr 7/2019/III, z dnia 28 marca 2019 r. Dokument poświęcony jest koncepcji zmian, jakie będą zachodziły w NFZ w najbliższych latach. Głównym celem „Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023", zwanej dalej również „Strategią NFZ", jest osiągnięcie przez NFZ statusu innowacyjnej instytucji zaufania społecznego. Realizacja powyższego celu jest możliwa poprzez zapewnienie sprawnej, przyjaznej i rzetelnej obsługi klientów.

W 2022 r. w NFZ podejmowane były przedsięwzięcia ukierunkowane na realizację celu „Wzrost pozytywnych doświadczeń w kontaktach z publicznym systemem opieki zdrowotnej" m. in. poprzez utworzenie korpusu oficerów językowych. Głównym celem tego projektu jest poprawa jakości obsługi pacjentów, lepsza komunikacja wewnętrzna i zewnętrzna w NFZ. Korpus pracuje w centrali i oddziałach wojewódzkich Funduszu, a jego zadaniem jest prowadzenie szkoleń dla pracowników NFZ na temat prostego języka, udzielanie indywidualnych konsultacji i upraszczanie tekstów, w tym artykułów na stronę internetową.
Fundusz prowadzi również badania doświadczeń klientów NFZ (client experience). Głównym celem tego projektu jest poprawa obsługi przez NFZ i wzrost poziomu zadowolenia klientów z tej obsługi. W ramach projektu w 2019 roku określono bazowy poziom zadowolenia klientów. Badania powtarzano w latach 2020-2022 w celu uzyskania informacji o zachodzących zmianach. Na podstawie corocznych wyników przeprowadzane są szkolenia dla pracowników front office – sal obsługi i Telefonicznej Informacji Pacjenta (TIP), koordynatorów i II linii wsparcia NFZ. Głównym produktem wytworzonym w trakcie projektu będzie raport z badań ankietowych.

W oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2022 r. wdrożono usługę e-Doradca NFZ, której celem jest umożliwienie klientom Funduszu kontaktu z pracownikami SOK za pośrednictwem wideokonferencji, w sposób alternatywny do tradycyjnej formy obsługi bezpośredniej.

W ramach dostosowywania standardów obsługi klienta przez OW NFZ do Księgi Jakości w NFZ, w oddziale dolnośląskim prowadzono prace nad stworzeniem nowoczesnej sali obsługi klienta w budynku delegatury w Jeleniej Górze oraz Punktu Obsługi Interesariuszy we Wrocławiu. Wdrożenie jednolitych standardów oznacza, że klienci są obsługiwani w ten sam, profesjonalny sposób we wszystkich placówkach, co m.in. ma korzystny wpływ na wizerunek Funduszu.

W ramach realizacji celu „Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej", rozpoczęto prace nad rozwojem aplikacji dla kobiet z cukrzycą ciążową Sweet Pregna. Istniejąca od 2017 roku aplikacja Sweet Pregna wymagała aktualizacji i dodania nowych funkcjonalności. Zadaniem aplikacji jest edukowanie użytkowniczek oraz pomoc w kontrolowaniu codziennych nawyków, które mają wpływ na rozwój cukrzycy ciążowej (prawidłowe żywienie, aktywność fizyczna, kontrola masy ciała, regularne badania) oraz dostarczać wartościowej wiedzy na tematy związane z opieką prenatalną.

W 2022 roku rozpoczęto projekt HEALTH4EUKids, którego celem jest promowanie zdrowego stylu życia w rodzinach oraz zapobieganie otyłości. Aplikacja Smart Family ma zapewnić

narzędzia pomagające pielęgniarkom podstawowej opieki i innym pracownikom służby zdrowia w poruszaniu z rodzinami kwestii związanych ze stylem życia bez wzbudzania poczucia winy oraz w zachęcaniu rodzin do określenia swoich mocnych stron w zakresie nawyków zdrowotnych.

W Wielkopolskim OW NFZ przeprowadzono pogłębioną identyfikację potrzeb ubezpieczonych w zakresie terapii lekowych. Celem projektu była poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych w zakresie dwóch programów lekowych wyłonionych na podstawie uprzednio przeprowadzonej analizy w dotyczącej występowania największej liczby oczekujących, najwyższego poziomu realizacji świadczeń oraz występowania największej migracji ubezpieczonych do innych województw. Poprawa dostępności w ww. zakresie będzie możliwa poprzez właściwą alokację środków finansowych w oparciu o zidentyfikowane potrzeby zdrowotne ubezpieczonych z województwa wielkopolskiego oraz skrócenie czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia. Fundusz prowadził również przedsięwzięcia realizujące cel „Upowszechnienie wiedzy o zdrowiu i publicznym systemie opieki zdrowotnej". Cel ten został osiągnięty poprzez działania ukierunkowane na poprawę komunikacji społecznej, poprawę obsługi pacjentów oraz skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia. W celu upowszechniania wiedzy dotyczącej możliwości leczenia poza granicami kraju prowadzono szereg działań nakierowanych na pacjenta, których celem była popularyzacja informacji na temat możliwości uzyskania zgody Prezesa NFZ na takie leczenie. Równocześnie podjęto działania wspierające efektywną współpracę pomiędzy lekarzami i konsultantami w ochronie zdrowia oraz NFZ, co jest niezbędne w procesie kierowania pacjentów na leczenie planowane za granicą.

W 2022 r. w oddziałach wojewódzkich NFZ przeprowadzono szereg kampanii informacyjnych i edukacyjnych upowszechniających wiedzę o systemie opieki zdrowotnej. Umożliwiło to pacjentom na sprawne poruszanie się po systemie, zwiększyło ich poczucie bezpieczeństwa, a tym samym zaufanie do Funduszu.

Wśród ww. kampanii znalazły się m.in. następujące działania:

- „Lekcje z NFZ" – podniesienie świadomości młodzieży o zasadach obowiązujących w systemie opieki zdrowotnej, poszerzenie wiedzy istotnej z punktu widzenia pacjenta. Młodzież wkraczająca w dorosłe życie, po odbyciu Lekcji z NFZ, zdobyła praktyczną wiedzę m.in. co to jest NFZ, ile razy w roku można zmienić lekarza, jak długo ważne jest skierowanie, jak korzystać z programów profilaktycznych finansowanych przez NFZ;
- „Żyj zdrowo z podlaskim NFZ" – podniesienie świadomości mieszkańców Podlasia na temat ogromnego wpływu zdrowego stylu życia na rozwój chorób cywilizacyjnych;
- „Spokój błękitu" – edukacja pacjentów dotycząca alternatywnych możliwości uzyskania porady w stanie nagłego zachorowania. Skrócenie czasu oczekiwania w SOR na udzielenie świadczenia;
- „Widzę i pomagam" – wsparcie dziecka w sytuacji covidowej po powrocie do szkoły poprzez zorganizowanie cyklu spotkań w wybranych szkołach, wdrożenie broszury informacyjnej i wskazanie podmiotów zewnętrznych udzielających wsparcia w sytuacjach kryzysowych.

Dodatkowo, w celu wprowadzenia skutecznej komunikacji na linii NFZ – Pacjent oraz NFZ – Świadczeniodawca, NFZ prowadzi badania zrozumiałości tekstów i materiałów promocyjno-informacyjnych. Wyniki tych badań stanowią bazę do upraszczania tekstów dokumentów.

Realizując cel ze Strategii NFZ „Wspieranie świadczeniodawców w budowie mikroekonomicznej efektywności" zrealizowano projekt „Wdrożenie systemu Hospital-Based HTA (HB-HTA) – Szpitalnej Oceny Innowacyjnych Technologii Medycznych". Celem projektu było wdrożenie metodologii szpitalnej oceny technologii medycznych, służącej zwiększeniu możliwości zarządzania systemem opieki zdrowotnej na poziomie lokalnym (dyrektorzy szpitali) oraz pośrednio na poziomie ogólnopolskim poprzez systematyczne dostarczanie wiedzy na temat technologii medycznych (nielekowych), w oparciu o dowody naukowe. Projekt był realizowany w ramach Programu „Społeczny i gospodarczy rozwój Polski w warunkach globalizujących się rynków" GOSPOSTRATEG i finansowany przez Narodowe Centrum Badań i Rozwoju (NCBiR).

Kolejny projekt realizowany w 2022 r. to NFZ Knowledge Transfer HUB, którego głównym celem jest wzmocnienie potencjału instytucji jaką jest NFZ, poprzez wymianę wiedzy na forum krajowym i międzynarodowym m.in. z zakresu opieki kompleksowej i koordynowanej nad pacjentem. Głównym rezultatem będzie utworzenie polskiego HUB Wymiany Wiedzy – NFZ Knowledge Transfer HUB, harmonizacji go z międzynarodowym Knowledge Management Hub stanowiącym ważne źródło wiedzy o doświadczeniach i dobrych praktykach międzynarodowych w zakresie integracji opieki zdrowotnej. Korzyścią będzie identyfikacja nowoczesnych i innowacyjnych rozwiązań w ochronie zdrowia, wymiana i dzielenie się wiedzą z szerokim gronem interesariuszy, budowanie uporządkowanego repozytorium dobrych praktyk, usystematyzowanie wiedzy, promowanie NFZ w kraju i za granicą, nawiązanie współpracy międzynarodowej w zakresie opieki zintegrowanej, innowacyjnych rozwiązań technologicznych, organizacyjnych i finansowych w ochronie zdrowia. W ramach celu „Poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej" w Lubelskim OW NFZ realizowano projekt „Efektywność wykorzystania przez NFZ środków publicznych w zakresie optymalizacji zabezpieczenia dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych". Celem głównym jest zabezpieczenie dostępności do usług medycznych w placówkach położonych najbliżej miejsca zamieszkania/pobytu pacjenta oraz zapewnienie dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowych przez NFZ w obszarach kontraktowania i zakresach świadczeń, w których aktualnie nie zabezpieczono możliwości leczenia.

Lubelski OW NFZ rozpoczął projekt, który pozwoli na poprawę jakości świadczonych usług poprzez wdrożenie kompleksowego zestawu działań instruktażowych skierowanych do aptek/punktów aptecznych. Ma on poprawić efektywność czasową i jakościową procesu zawarcia, aneksowania, rozwiązania umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę. Poszerzenie wiedzy i świadomości aptek/punktów aptecznych odbywać się będzie poprzez opracowanie i umieszczenie na stronie internetowej Lubelskiego OW NFZ i na portalu SZOI instrukcji postępowania dla ww. podmiotów.

W ramach celu „Optymalizacja procesów wewnętrznych” realizowano projekt, którego celem jest optymalizacja procesów kluczowych i pomiar ich efektywności we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ. Efektem projektu będzie zmniejszenie zróżnicowania przebiegów, mierzonych średnim odchyleniem standardowym miar procesowych (sprawność, jakość, wydajność). Korzyściami płynącymi z realizacji tego projektu będzie m.in. prowadzenie kultury pomiaru pracy: „nie mierzysz, nie zarządzasz” oraz podniesienie kompetencji pracowników w obszarze analizy procesów, identyfikacja nieefektywności w procesach kluczowych (mierzona czasem i kosztem, jakością, produktywnością, zadowoleniem klientów) z punktu widzenia organizacji procesów (przepływ informacji i produktów) i posiadanych zasobów (pracownicy, zasoby rzeczowe).

Realizując cel Strategii „Usprawnienie organizacji, zapewniające skuteczną realizację zadań” opracowano model kompetencyjny dla kierowników projektów i członków zespołów. Podjęto działania mające na celu stworzenie społeczności kierowników projektów, która będzie stanowiła podstawę do efektywnego wdrożenia kultury projektowej w NFZ. W ramach projektu wytworzono model kompetencji oparty na efektywności, opracowano zasady oceny kierowników projektów oraz narzędzie do oceny kompetencji, oceniono również kompetencje i zaplanowano indywidualne ścieżki dla osób pełniących funkcje kierownika projektu. W 2022 roku rozpoczęto cykl spotkań, szkoleń i warsztatów w celu uzyskania przez kierowników projektów kompetencji opisanych w modelu oraz zbudowanie współpracy w obszarze zarządzania projektami.

Ponadto, zakończono prace nad opracowaniem modelu kompetencyjnego w NFZ. Budowa modelu kompetencji jest ważnym krokiem w kierunku stworzenia strategii kompleksowego systemu zarządzania zasobami ludzkimi. Model kompetencyjny pozwoli na mierzenie efektów większości działań związanych z zasobami ludzkimi. Analiza wyników tych działań będzie podstawą do wprowadzenia zmian w sposobie zarządzania pracownikami na bardziej efektywny i motywujący. Korzyści z wdrożenia zarządzania kompetencjami to wysoka innowacyjność, wzrost zaangażowania i motywacji do pracy, zwiększenie poziomu satysfakcji pracowników, podniesienie poziomu wymaganych kompetencji, a co za tym idzie efektywności i jakości pracy (planowany rozwój). Projekt umożliwi przyciągnięcie do organizacji kompetentnych pracowników, zmniejszenie rotacji personelu, zatrzymanie i optymalne wykorzystanie talentów w organizacji (ścieżki kariery) oraz zbudowanie pozytywnego empoyer brandingu organizacji.

W 2022 roku zakończono prace nad optymalizacją intranetu. Zaprojektowano nowy portal stanowiący główny kanał komunikacji w Funduszu oraz pierwsze narzędzie, po które będą sięgać pracownicy poszukujący informacji. Intranet jest interaktywną platformą komunikacyjną, dającą użytkownikom dostęp do szczegółowych informacji na temat funkcjonowania Funduszu.

W 2022 roku trwały prace nad wdrożeniem monitoringu ruchu cyfrowego w celu pełnego nadzoru nad przepływem informacji, skutecznej kontroli danych i skutecznej analizy obecności złośliwego kodu. Wdrożenie monitoringu pozwoli na zmniejszenie zagrożenia związanego zarówno z ryzykiem infekcji złośliwym oprogramowaniem, jak też ryzykiem wycieku informacji.

W celu zapewnienia bezpieczeństwa danych rozpoczęto projekt związany z zakupem i wdrożeniem usługi SOC (Security Operations Center w tłumaczeniu Centrum Monitorowania Bezpieczeństwa). Celem projektu jest zapewnienie niezakłóconego świadczenia usług kluczowych i usług cyfrowych oraz osiągnięcie odpowiednio wysokiego poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych służących do świadczenia tych usług poprzez szybką reakcję na incydenty i zdarzenia, które mogą mieć negatywny wpływ na działalność Funduszu. W ramach realizacji celu Strategicznego „Poprawa efektywności funkcjonowania NFZ" pozyskano i uruchomiono oprogramowanie wspierające Politykę ZSZ poprzez m.in. automatyczne powiadomienia użytkowników o zadaniach przekazanych do realizacji w zakresie Polityki Zintegrowanego Systemu Zarządzania wdrożonego w NFZ. Oprogramowanie zostało wdrożone i przetestowane. Zostało też zasilone danymi koniecznymi do opracowania kart procesów i pierwszymi wynikami analizy BIA. Skonfigurowano moduły do obsługi ochrony danych osobowych, mierników, systemu zarządzania bezpieczeństwem informacji, ciągłości działania, zarządzania incydentami, kierowania zaleceń, audytów i kontroli, dzienników administracyjnych i raportowania.

W NFZ w 2022 roku realizowano 54 projekty, w tym 36 w Centrali Funduszu i 18 w oddziałach wojewódzkich NFZ. W 2022 roku 13 projektów rozpoczęło się, a 24 zakończyło.

Realizowano projekty finansowane z środków własnych NFZ oraz cztery projekty finansowane ze źródeł zewnętrznych: POZ PLUS (zakończony w 2022 roku), Scirocco Exchange (zakończony w 2022 roku), Wdrożenie systemu Hospital-Based HTA (HB-HTA) – Szpitalnej Oceny Innowacyjnych Technologii Medycznych (zakończony w 2022 roku) oraz Wypracowanie i wdrożenie systemu kompleksowej oceny funkcjonalnej w rehabilitacji z wykorzystaniem doświadczeń i rozwiązań zagranicznych (nadal realizowany).

V. Informacje o zakresach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz

V.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2022 roku

V.1.1. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)

W ramach realizacji świadczeń w podstawowej opieki zdrowotnej w 2022 r. kontynuowano działania zmierzające do poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej poprzez wdrożenie regulacji organizacyjnych i finansowych w tym nowych zadań jakim jest opieka koordynowana.

Zarządzeniem Nr 38/2022/DSOZ[4] od 1 kwietnia 2022 r. wprowadzono wzór Indywidualnego Kalendarza Szczepień (IKSz) dla dzieci i młodzieży z Ukrainy w oparciu o Program Szczepień Ochronnych obowiązujący w Polsce, na zasadach wskazanych dla szczepień obowiązkowych. Świadczenie zdrowotne związane z oceną stanu zaszczepienia oraz stanu zdrowia osoby spoza listy świadczeniobiorców innej niż ubezpieczona, uprawnionej do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa (Dz. U. z 2022 r. poz. 583), obejmuje: weryfikację dostępnej dokumentacji medycznej w kontekście wykonanych szczepień ochronnych; ocenę ogólnego stanu zdrowia wraz z kwalifikacją do szczepienia; ustalenie indywidualnego kalendarza szczepień (IKSz), zgodnie ustalonym wzorem, w oparciu o aktualny Program Szczepień Ochronnych; wykonanie pierwszego szczepienia/szczepień ustalonych w IKSz; wpisanie wykonanego szczepienia do e-karty szczepień.

Zarządzeniem Nr 64/2022/DSOZ[5] wprowadzono zmiany wynikające z nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej[6]. W związku z powyższym, zmianie uległ załącznik nr 23 do zarządzenia stanowiący wykaz badań diagnostycznych obowiązujący dla realizacji umowy o udzielanie świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wraz z ich okodowaniem dla celów sprawozdawczości. W załączniku dodano w części 6 - Badania mikrobiologiczne, pkt. 4 - test antygenowy SARS-CoV-2 uzyskiwany za pomocą Systemu Dystrybucji Szczepionek (SDS).

Od 1 lipca zarządzeniem Nr 79/2022/DSOZ[7] uszczegółowiono sposób finansowania i rozliczania świadczeń wynikający z wprowadzenia budżetu powierzonego diagnostycznego w związku z wejściem w życie zmiany rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych

[4] Zarządzenie Nr 38/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 marca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

[5] Zarządzenie Nr 64/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 maja 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

[6] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 834).

[7] Zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej[8]. Zgodnie z rozporządzeniem, wszystkim świadczeniodawcom realizującym umowy w zakresie lekarza POZ ustalono budżet powierzony diagnostyczny na realizację badań wynikających z rozporządzenia. Wykaz badań objętych budżetem powierzonym diagnostycznym w poz: Ferrytyna, Witamina B12, Kwas foliowy, Anty–CCP, CRP - szybki test ilościowy (populacja do ukończenia 6 r.ż.), Przeciwciała anty-HCV, Antygen H. pylori w kale – test kasetkowy, Antygen H. pylori w kale – test laboratoryjny, Strep-test.

Jednocześnie, w związku z opublikowaniem w czerwcu 2022 r. kolejnego rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej[9], w celu poprawy jakości i dostępności do badań profilaktycznych od 1 lipca 2022 r., wprowadzono kwartalny i roczny dodatek motywacyjny dla świadczeniodawców realizujących świadczenia zdrowotne w ramach profilaktyki ChUK. Dodatek został uzależniony od poziomu realizacji w/w świadczeń na rzecz pacjentów zapisanych do danego świadczeniodawcy poz. dotyczącej realizacji świadczeń w ramach profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK).

W związku ze zmianą rozporządzenia, wprowadzono również możliwość realizacji przez pielęgniarki POZ świadczeń w ramach profilaktyki ChUK. Należy dodać, że rozporządzeniem Ministra Zdrowia[10] rozszerzono grupę świadczeniobiorców mogących realizować ww. świadczenia. W chwili obecnej są to osoby w wieku 35-65 lat, u których nie została dotychczas rozpoznana choroba układu krążenia, cukrzyca, przewlekła choroba nerek lub rodzinna hipercholesterolemia i które w okresie ostatnich 5 latach nie korzystały ze świadczeń udzielanych w ramach profilaktyki chorób układu krążenia.

Zarządzeniem Nr 93/2022/DSOZ[11] i Nr 96 /2022/DSOZ[12] zmianie uległy wartości stawek kapitacyjnych, porad i ryczałtów. W związku z powyższym zmianie uległ załącznik nr 1 do zarządzenia.

Od 1 października 2022 r. zarządzeniem Nr 124/2022/DSOZ[13] wprowadzono nowy przedmiot świadczeń w poz: świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej. W zarządzeniu Prezesa zaimplementowano przepisy wynikające z rozporządzenia Ministra

[8] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 1293),
[9] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 poz. 1355),
[10] Zarządzenie Nr 79/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 czerwca 2022 r. w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna
[11] Zarządzenie Nr 93/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 25 lipca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
[12] Zarządzenie Nr 96/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 27 lipca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.
[13] Zarządzenie Nr 124/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 29 września 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna.

Zdrowia[14]. Przystąpienie do realizacji świadczeń wynikających z rozporządzenia jest dobrowolne dla świadczeniodawcy wykonującego zadania lekarza POZ. Każdy świadczeniodawca realizujący zakres: świadczenia lekarza POZ, może przystąpić do realizacji umowy poprzez złożenie wniosku do oddziału wojewódzkiego Funduszu o rozszerzenie umowy o nowy zakres świadczeń. Świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej są skierowane do pacjentów poz w wieku powyżej 18 r.ż. W ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej wprowadzono możliwość diagnostyki i leczenia: nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków, diagnostyki i leczenia cukrzycy, diagnostyki i leczenia astmy oskrzelowej i przewlekłej choroby obturacyjnej płuc, diagnostyki i leczenia niedoczynności tarczycy oraz diagnostyki guzków pojedynczych i mnogich tarczycy.

Nowelizacja rozporządzenia Ministra Zdrowia wprowadziła: wykaz nowych, dodatkowych badań, na które może kierować lekarz poz, poradę kompleksową, określenie elementów jakie powinien zawierać „Indywidualny Planu Opieki Medycznej" (IPOM), odzwierciedlony w dokumentacji medycznej pacjenta: konsultacje: pacjent – lekarz specjalista, lekarz poz – lekarz specjalista, dietetyczne, porady edukacyjne wykonywane przez lekarza lub pielęgniarkę poz.

Nowe badania jakie lekarz na jakie lekarz może skierować pacjenta w POZ to:

- grupa dziedzinowa kardiologia: EKG wysiłkowe (próba wysiłkowa EKG), Holter EKG 24, Holter EKG 48, Holter EKG 72, Holter RR, USG Doppler tętnic szyjnych, USG Doppler naczyń kończyn dolnych, ECHO serca, przezklatkowe BNP (NT-pro-BNP), albuminuria (stężenie albumin w moczu), UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu), konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie kardiologii,.
- grupa dziedzinowa diabetologia: albuminuria (stężenie albumin w moczu), UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu), USG Doppler naczyń kończyn dolnych, konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie diabetologii, konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie diabetologii,
- grupa dziedzinowa pulmonologia: spirometria, spirometria z próbą rozkurczową, konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie pulmonologii lub konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie alergologii,
- grupa dziedzinowa endokrynologia: celowana biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana do 2 procedur(u dorosłych), celowana biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy celowana do 3 procedur (u dorosłych), anty TPO (przeciwciała przeciw peroksydazie tarczycowej), antyTSHR (przeciwciała przeciw receptorom TSH), anty Tg (przeciwciała przeciw tyreoglobulinie), konsultacja z lekarzem specjalistą w dziedzinie endokrynologii

Jednocześnie warto podkreślić, że świadczeniodawcy, realizujący: świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej oraz koordynację opieki - zadania koordynatora, zostali zobowiązani do rozszerzenia działań o dodatkowe obowiązki:

[14] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1965).

- monitorowanie obiegu dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy, w tym nadzór nad jej kompletnością,
- nawiązywanie i utrzymywanie kontaktu ze świadczeniobiorcą i jego rodziną podczas procesu leczenia,
- ustalanie terminów realizacji poszczególnych etapów opieki zdrowotnej,
- zapewnienie komunikacji pomiędzy personelem administracyjnym a personelem medycznym podmiotu leczniczego, w którym jest zatrudniony, oraz innych świadczeniodawców zaangażowanych w proces udzielania świadczeń,
- udzielanie informacji związanych z procesem koordynacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej,
- analizowanie i udział w doborze populacji świadczeniobiorców objętych opieką do odpowiednich interwencji zdrowotnych,
- monitorowanie realizacji Indywidualnych Planów Opieki Medycznej.

V.1.2. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)

W 2022 roku kontynuowano działania mające na celu zwiększenie roli trybu ambulatoryjnego w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej i poprawy dostępności do przedmiotowych świadczeń. Zarządzeniem Nr 61/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 06.05.2022 r. na podstawie nowelizacji rozporządzeń Ministra Zdrowia[15]:

- dodano produkty rozliczeniowe dedykowane hemofilii oraz pokrewnym skazom krwotocznym,
- dodano badania laboratoryjne służące, oprócz diagnostyki i leczeniu hemofilii i pokrewnych skaz krwotocznych, również rozpoznawaniu innych jednostek chorobowych,
- dodano nowe badanie rezonansu magnetycznego piersi,
- wprowadzenie świadczeń dedykowanych pacjentom z hemofilią i pokrewnymi skazami krwotocznymi zapewni świadczeniobiorcom kompleksową diagnostykę oraz ciągłość i jakość opieki w warunkach poradni specjalistycznej.

Dla świadczeń 1. typu w zakresie genetyki dedykowanych pacjentom pierwszorazowym (W40) do ukończenia 18 r.ż. zastąpiono dotychczas stosowane współczynniki, odpowiednio współczynnikami: 2,0 w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom do ukończenia 3. roku życia oraz 1,7 w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom w wieku od 4. roku życia do ukończenia 18. roku życia. Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych nie wcześniej niż od dnia 1 kwietnia 2022 r.

[15] z dnia 14 kwietnia 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 727), nowelizacji rozporządzenia z dnia 2 lutego 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2022 poz. 365) oraz z dnia 23 lutego 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2022 poz. 482).

Zarządzeniem Nr 129/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10.10.2022 r. w Katalogu Ambulatoryjnych Grup Świadczeń Specjalistycznych (załącznik nr 5a) nastąpiła zmiana wycen następujących procedur zabiegowych: cystoskopia przezcewkowa (57.32), inna uretroskopia (58.22), biopsja stercza przezodbytnicza wielomiejscowa (60.111), przezskórna biopsja gruczołu krokowego (60.113), operacja stulejki (64.0), wycięcie lub biopsja i zniszczenie zmiany skóry prącia (64.21), szycie rany prącia (64.41).

Dla świadczeń w zakresie logopedii dodano możliwość rozliczania porady W40 – świadczenia pierwszorazowego 1-go typu.

W Katalogu Specjalistycznych Świadczeń Odrębnych (załącznik nr 5b) w poz. 12 - „Posiew z antybiogramem w kierunku Mycobacterium", w uwagach odnoszących się do zasad rozliczania i finansowania świadczeń, dodano zapis o możliwości sumowania z innym typem porady.

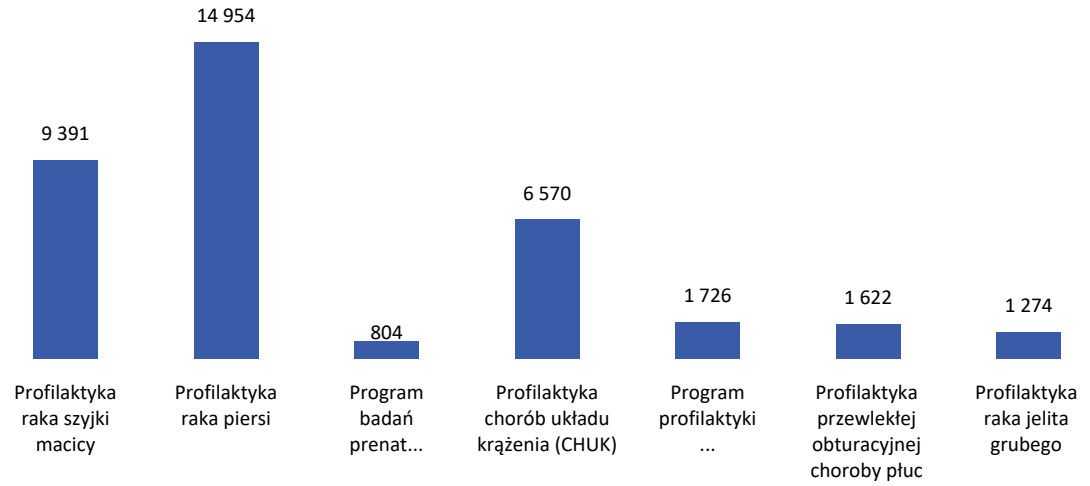
Dodano przepis umożliwiający zlecanie przez lekarza POZ badania tomografii komputerowej płuc po stwierdzeniu nieprawidłowości w badaniu radiologicznym klatki piersiowej, przy wskazaniach do pogłębienia diagnostyki. Przepisy zarządzenia mają zastosowanie do świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych nie wcześniej niż od dnia 1 października 2022 r.

V.1.3. Profilaktyczne programy zdrowotne

W 2022 r. Fundusz kontynuował realizację założeń Strategii na lata 2019-2023 w zakresie zwiększenia działań profilaktycznych i upowszechnienia wiedzy o zdrowiu i publicznym systemie opieki zdrowotnej. Działania profilaktyczne wiązały się z upowszechnianiem wiedzy o programach profilaktycznych finansowanych przez NFZ i tym samym miały na celu zwiększenie liczby osób, które skorzystają z programów profilaktycznych. Działania te były podejmowane m.in.: poprzez cykliczną akcję „Środa z Profilaktyką", eventy profilaktyczne i stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia w salach obsługi klientów NFZ. Fundusz promował profilaktyczne programy zdrowotne poprzez cykliczną akcję „Środa z Profilaktyką". Jest to dzień regularnej edukacji zdrowotnej, poświęcony profilaktyce chorób i promocji zdrowia. Każda środa to inny, ważny temat w obszarze profilaktyki chorób i promocji zdrowia. W 2022 r. omawiane tematy w dużej mierze dotyczyły najbardziej powszechnych problemów zdrowotnych. Regularnie poruszana była tematyka odnosząca się do najczęściej diagnozowanych chorób, dotyczących największej grupy osób. W ramach cyklu zrealizowane były m.in. „Środy z Profilaktyką" poświęcone tematom programów profilaktycznych, tj.: „Profilaktyka zdrowia kobiety-Mammografia", „Profilaktyka zdrowego mężczyzny nowotwory męskie", „Profilaktyka chorób – astma". Zwrócono także uwagę na mniej powszechne problemy zdrowotne, które dotykają społeczeństwo. Przykładem mogą być „Środy z Profilaktyką" poświęcone takim tematom jak: „Styl życia w profilaktyce Alzhaimera", „Profilaktyka bólów kręgosłupa", czy „Profilaktyka depresji poporodowej". W ramach akcji realizowany był też cykl „Profilaktyka od najmłodszych lat". Podczas akcji poruszone zostały tematy związane z kształtowaniem prawidłowych nawyków wśród młodszej grupy społeczeństwa. W ramach cyklu realizowane były m.in. „Środy z Profilaktyką" o następującej tematyce: „Profilaktyka od najmłodszych lat", Higiena jamy ustnej", „Kształtowanie nawyków żywieniowych", „Wady postawy". W 2022 r. Wydziały Obsługi Klientów i Profilaktyki

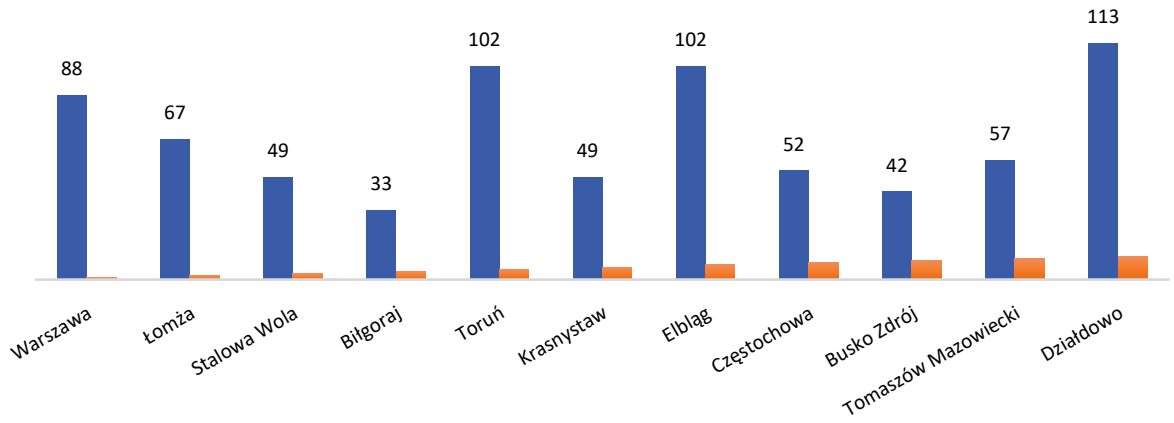
oddziałów wojewódzkich NFZ przekazywały informacje o profilaktycznych programach zdrowotnych poprzez organizację i uczestnictwo w wydarzeniach stacjonarnych w salach obsługi klientów NFZ oraz eventach plenerowych na terenie całego kraju. Podczas akcji prowadzono stoiska edukacyjne, na których udzielano m.in.: informacji o programach profilaktycznych finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Podczas eventów, które odbyły się od kwietnia 2022 r. do grudnia 2022 r. udzielono informacji o 36 341 programach profilaktycznych NFZ.

Wykres nr IV.1. Liczba informacji udzielonych w 2022 r. o programach profilaktycznych finansowanych przez NFZ.



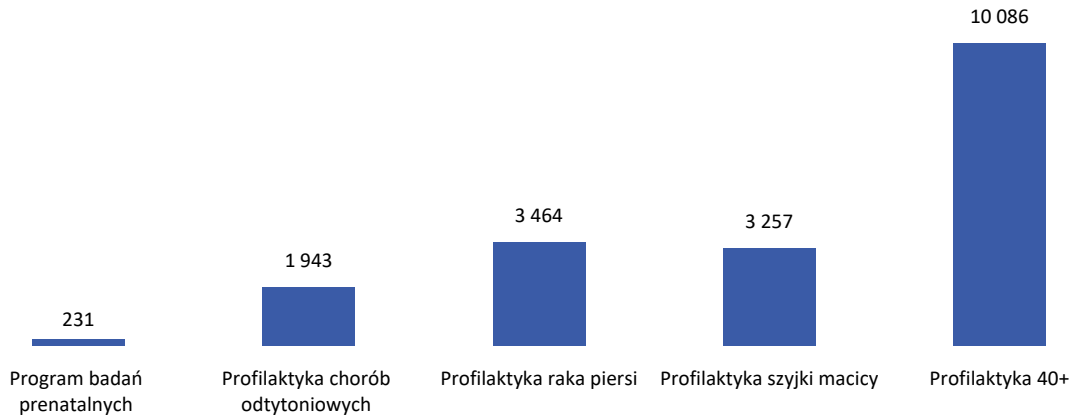
„Zdrowe Życie" to ogólnopolski projekt profilaktyki zdrowia i zdrowego stylu życia, który Patronatem Honorowym objęli Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej Andrzej Duda i Małżonka Prezydenta Agata Kornhauser-Duda. Był to pierwszy na taką skalę ogólnopolski projekt poświęcony profilaktyce zdrowotnej, w którym jednym z partnerów był NFZ. Jednym z elementów projektu była Mobilna Strefa Zdrowia, w której wszyscy chętni mogli bezpłatnie i bez skierowania skorzystać ze specjalistycznych badań i konsultacji medycznych oraz dowiedzieć się o programach profilaktycznych i zdrowym stylu życia. W 2022 roku „Zdrowe Życie" odwiedziło 11 polskich miast i miasteczek. Podczas akcji wszystkich zainteresowanych informowano o programach profilaktycznych finansowanych przez NFZ i MZ. Kobiety mogły natomiast skorzystać z programu profilaktyki raka piersi badania mammograficzne wykonały 754 kobiety, a do dalszej diagnostyki skierowano 27 kobiet.

Wykres nr IV.2. Liczba mammografii wykonanych podczas postoju Mobilnych Stref Życia w 2022 r.



W ramach działania stanowisk ds. profilaktyki i promocji zdrowia funkcjonujących w oddziałach wojewódzkich NFZ klienci mają możliwość uzyskania informacji o dostępnych programach profilaktycznych. Doradcy informują oraz przekazują materiały dotyczące programów profilaktycznych finansowanych przez NFZ. Klienci korzystający w 2022 r. z usług na stanowiskach ds. profilaktyki i promocji zdrowia najczęściej zainteresowani byli następującymi programami profilaktycznymi: Profilaktyka 40+; Profilaktyka raka piersi; Profilaktyka szyjki macicy; Profilaktyka chorób nowotworowych; Program badań prenatalnych.

Wykres nr IV.3. Liczba klientów, zainteresowanych tematami programów profilaktyki zdrowotnej omówionych na stanowiskach ds. profilaktyki i promocji zdrowia w 2022 r.



W 2022 r. We wskazanym okresie klienci poruszyli łącznie 18 981 tematów związanych z programami profilaktycznymi.

W 2022 roku NFZ kontynuował finansowanie następujących programów profilaktycznych:

1. Program profilaktyki raka piersi obejmujący przesiewowe badania mammograficzne kobiet w wieku 50-69 lat. W przypadku nieprawidłowego wyniku mammografii w ramach programu zapewniona jest dalsza diagnostyka: mammografia uzupełniająca lub USG i biopsja zmiany z badaniem histopatologicznym. Finansowany jest w ramach programów profilaktycznych zgodnie z rzeczywistym wykonaniem.
2. Program profilaktyki raka szyjki macicy obejmujący przesiewowe badania cytologiczne kobiet w wieku 25-59 lat. W przypadku nieprawidłowego wyniku cytologii w ramach programu zapewniona jest dalsza diagnostyka: kolposkopia lub kolposkopia z biopsją 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 programów profilaktycznych. Świadczenia we wszystkich etapach finansowane są zgodnie z rzeczywistym wykonaniem.
3. Program badań prenatalnych, który skierowany jest do kobiet w ciąży spełniających co najmniej jedno z następujących kryteriów: wiek matki od 35 lat, wystąpienie w poprzedniej ciąży aberracji chromosomowej płodu lub dziecka, stwierdzenie wystąpienia strukturalnych aberracji chromosomowych u ciężarnej lub u ojca dziecka, stwierdzenie znacznie większego ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą uwarunkowaną monogenowo lub wieloczynnikową, stwierdzenie w czasie ciąży nieprawidłowego wyniku badania USG i/lub badań biochemicznych wskazujących na zwiększone ryzyko aberracji

chromosomowej lub wady płodu. Obejmuje badania biochemiczne, USG tzw. „genetyczne", obliczenie ryzyka wystąpienia chorób u płodu, a w uzasadnionych przypadkach badanie genetyczne materiału płodowego i poradę genetyczną. Finansowany jest w ramach programów profilaktycznych.

4. Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym przewlekłej obturacyjnej choroby płuc -POChP) obejmujący edukację antynikotynową, spirometrię w uzasadnionych przypadkach, edukację oraz terapię antynikotynową. Finansowany jest w ramach programów profilaktycznych. Etap podstawowy adresowany jest do osób powyżej 18. roku życia palących papierosy, w tym - w zakresie diagnostyki POChP (przewlekłej obturacyjnej choroby płuc) - do kobiet i mężczyzn pomiędzy 40. a 65. rokiem życia. Etap specjalistyczny 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. Na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych z dnia 10 listopada 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 2209), wprowadzono stosowne zmiany w warunkach realizacji programu (zarządzenie nr 139/2022/DSOZ).
5. Program badań przesiewowych raka jelita grubego – wprowadzono jako świadczenie gwarantowane rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2022 poz. 1366). Narodowy Fundusz Zdrowia wyłonił realizatorów programu i rozpoczął go finansować na podstawie zarządzenia Nr 111/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 września 2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie Świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne. Celem programu jest zapewnienie nie tylko spadku umieralności świadczeniobiorców dzięki możliwości wykrywania wczesnych bezobjawowych postaci raka poprzez wykonanie kolonoskopii przesiewowej, ale także spadek zapadalności – czyli liczby nowych nowotworów w przyszłości dzięki usuwaniu polipów w trakcie badania przesiewowego. W ramach profilaktycznych programów zdrowotnych, o których mowa w pkt 1-4, dla świadczeń realizowanych w 2022 roku, dwa razy została zwiększona wycena świadczeń, od kwietnia o 4,5 % na podstawie analizy przeprowadzonej przez AOTMiT, zawierającej propozycję stopy wzrostu cen punktów stosowanych w umowach o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pomiędzy NFZ, a świadczeniodawcami oraz od lipca na podstawie rekomendacji nr 65 AOTMiT.

V.1.4. Leczenie szpitalne

Zarządzenie Nr 1/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 03.01.2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:

Zmiany dokonane w niniejszym zarządzeniu objęły:

1) w celu ujednolicenia z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2021 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2022 r. (Dz. U. poz. 1768), dokonano zmian wartości wysokości opłat w 2022 r. Zgodnie z wynikami analizy wysokości kosztów ponoszonych przez jednostki organizacyjne publicznej służby krwi w związku z pobieraniem krwi i jej składników oraz preparatyką, przechowywaniem i ich wydawaniem, w odniesieniu do uzyskiwanych przychodów z tego tytułu, uległy zmianie wartości dwóch produktów rozliczeniowych (Przetoczenie ubogoleukocytarnego koncentratu krwinek płytkowych z aferezy – 1 000 zł oraz Filtrowanie jednostki krwi lub jej składników – 77 zł). Ponadto, zgodnie z § 8 ust. 2 ww. rozporządzenia stworzono produkt rozliczeniowy: Osocze świeżo mrożone pobrane metodą aferezy o wartości 45 zł, możliwy do sumowania z produktem rozliczeniowym: Przetoczenie osocza świeżo mrożonego. Zmiana, wynikająca z ww. rozporządzenia, podyktowana została koniecznością doprecyzowania i rozwiania wątpliwości interpretacyjnych związanych z podziałem donacji;

2) w związku ze zmianą wysokości limitu finansowania ustalonego w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 października 2021 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdrow. z 2021 r. poz. 82) ustalonego na dzień 1 listopada 2021 r. zmodyfikowano wartość produktu rozliczeniowego z załącznika nr 1c: Leczenie przetoczeniami immunoglobulin. Obecnie wartość ta wynosi 255,15 zł za każdy 1 gram immunoglobulin;

3) w zakresie załącznika nr 1b do zarządzenia (Katalog produktów odrębnych) utworzono nowe produkty rozliczeniowe: Pobyt do podania leku w leczeniu orbitopatii tarczycowej (obejmuje dożylną sterydoterapię wraz z wykonaniem rutynowych badań laboratoryjnych monitorujących terapię, przy rozliczeniu konieczne wykazanie rozpoznania ICD- 10: E05.0, E06.3, H06.2) oraz Pobyt do wykonania upustu krwi w przebiegu chorób krwi i narządów krwiotwórczych (konieczne wskazanie procedury 38.99), na zasadach określonych w § 26 pkt 13 zarządzenia (w uzasadnionych medycznie przypadkach umożliwiono wykazanie do rozliczenia pomimo nieprzekroczenia 14 dniowego okresu między ich udzieleniem podczas odrębnych pobytów pacjenta w szpitalu);

4) zmodyfikowano załącznika nr 1b i 1c w zakresie produktów rozliczeniowych dedykowanych pobraniom narządowym. Zmiany te związane są z koniecznością dostosowania przepisów zarządzenia Prezesa NFZ z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2014 r. poz. 469, z późn. zm.). W związku z tym, w załącznikach utworzone zostały odpowiednie produkty rozliczeniowe wraz z wartościami wynikającymi z ww. rozporządzenia;

5) zmiany w obrębie załączników 2a, 2b i 2c, stanowiących wzory umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne / leczenie szpitalne - teleradioterapia / brachyterapia / terapia izotopowa / terapia protonowa nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku/ leczenie szpitalne - świadczenia

wysokospecjalistyczne wynikają z konieczności ich dostosowania do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.) modyfikacje w zakresie załącznika nr 1ts do zarządzenia mają charakter porządkujący (zmiany wynikające ze zmian z załącznika nr 1b);

6) świadczeniodawcom, w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r. ż., którzy zrealizowali JGP: PZB02 Zabiegi z wykonaniem witrektomii <18 r. ż, PZB03 Średnie zabiegi na oczodole i aparacie łzowym < 18 r.ż. oraz PZB05 Duże zabiegi na rogówce i twardówce <18 r.ż., określone w załączniku nr 3d do zarządzenia, a w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, ich udział w realizacji poszczególnych JGP na rzecz świadczeniobiorców poniżej 18 r.ż. przekroczył 10% wszystkich zrealizowanych na rzecz tych świadczeniobiorców odpowiednich JGP, umożliwiono korygowanie wartości produktu rozliczeniowego z katalogu grup o współczynnik o wartości 1,2 (załącznik nr 3d do zarządzenia);

7) realizując wnioski pokontrolne Najwyższej Izby Kontroli pt. Realizacja świadczeń zdrowotnych w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, w celu zminimalizowania skutków epidemii COVID-19, które wpłynęły na zmniejszenie liczby wykonanych zabiegów endoprotezoplastyki i przesunięcie ich w czasie umożliwiono świadczeniodawcom korygowanie wartości produktu rozliczeniowego z katalogu grup z zastosowaniem współczynników na podstawie realizacji świadczeń udzielonych w roku 2019 albo 2021) zmiany w charakterystyce JGP (załącznik nr 9 do zarządzenia) obejmują:

   - B31 Duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka - w związku z wynikami opracowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji nr WT.5403.40.2021 z dnia 5 listopada 2021 r. w sprawie oszacowania kosztów operacji opadania powiek umożliwiono rozliczanie procedury 08.34 Operacja opadania powiek - operacja mięśnia dźwigacza u pacjentów poniżej 18 roku życia w ramach grupy B31 Duże rekonstrukcje na aparacie ochronnym oka (w grupie B31 został utworzony dodatkowy warunek: wskazanie procedury 08.34 Operacja opadania powiek - operacja mięśnia dźwigacza oraz wiek <18 r.ż.),
   - C14 Średnie zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani - procedurę 27.499 Wycięcie w zakresie jamy ustnej przeniesiono do grupy C15 Małe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani (z listy procedur C14 została usunięta procedura: Wycięcie w zakresie jamy ustnej – inne pozostawiono),
   - C15 Małe zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani - do listy procedur C15 dodano procedurę 27.499 Wycięcie w zakresie jamy ustnej – inne (procedura przeniesiona z grupy C14),
   - C31 Kompleksowe zabiegi uszu - w grupie C31 Kompleksowe zabiegi uszu w przypadku realizacji procedur: Radykalne wycięcie zmiany ucha zewnętrznego i Wycięcie zmiany ucha środkowego poza dotychczasowym warunkiem związanym ze wskazaniem procedury wykonania badania histopatologicznego (Y90) należy dodatkowo sprawozdać jedno z wybranych rozpoznań wg. ICD 10: C30.1 Nowotwór złośliwy (ucho środkowe), C43.2 Czerniak złośliwy ucha i przewodu słuchowego

zewnętrznego, C44.2 Nowotwór złośliwy (skóra ucha i przewodu słuchowego zewnętrznego), C49.0 Nowotwór złośliwy(tkanka łączna i inne tkanki miękkie głowy, twarzy i szyi),

- D18, D47, D48 - w obszarze chorób związanych z zapaleniem płuc zrezygnowano z dotychczasowego podziału grup ze względu na możliwość wystąpienia powikłań lub chorób współistniejących bądź ich brak. Grupa D47 Zapalenie płuc z powikłaniami i chorobami współistniejącymi została usunięta, z kolei z nazwy grupy D48 Zapalenie płuc bez powikłań i chorób współistniejących została usunięta część informująca, że grupa dotyczy hospitalizacji bez powikłań i chorób współistniejących. Z nazwy grupy D18 Zapalenie płucnie typowe, wirusowe usunięto słowo „wirusowe", a rozpoznania wg ICD10 o nieuszczegółowionej diagnozie zostały przeniesione do grupy D48 Zapalenie płuc. Do grupy D48 Zapalenie płuc zostały dodane rozpoznania o nieuszczegółowionej diagnozie (rozpoznania o nieuszczegółowionej diagnozie wg ICD 10 przeniesione z grupy D18 Zapalenie płuc nietypowe),
- F58E Choroby zapalne jelit >65 r.ż., F58F Choroby zapalne jelit < 66r.ż. - dla grup F58E Choroby zapalne jelit > 65 r.ż. oraz F58F Choroby zapalne jelit < 66r.ż. został dodane warunki wykonania dodatkowych procedur medycznych wg ICD 9,
- H22 Artroskopia lecznicza - w grupie H22 Artroskopia lecznicza umożliwiono realizację procedur: Plastyka ścięgna i mięśnia, Ufiksowanie ścięgna, Tenodeza - inna niż ręki oraz Plastyka ścięgna,
- P04 Choroby dolnych dróg oddechowych, P30 Infekcje wirusowe określone- umożliwione zostało rozliczanie hospitalizacji pacjentów leczonych z powodu COVID-19 w oddziałach pediatrycznych. W grupie P04 Choroby dolnych dróg oddechowych oraz P30 Infekcje wirusowe określone do listy rozpoznań dodano rozpoznanie o kodzie: U07.1 COVID-19,
- Q22 Zakrzepowe zapalenie żył - leczenie operacyjne - z charakterystyki JGP została usunięta grupa Q22 Zakrzepowe zapalenie żył - leczenie operacyjne. Procedury, które dotychczas były rozliczane w ramach tej grupy są nadal możliwe do rozliczenia w grupie Q23 Operacje żylaków z safenektomią oraz w grupie Q24 Operacje żylaków bez safenektomii.

Wprowadzenie zmian wynikających z przedmiotowego zarządzenia będzie wiązało się z alokacją środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej w wysokości 63 035 198 zł. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

Zarządzenie Nr 36/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 marca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:

W związku z wejściem w życie ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy przyznającej prawo do opieki medycznej obejmującej świadczenia opieki zdrowotnej na zasadach i w zakresie, w jakim osobom objętym obowiązkowym lub dobrowolnym ubezpieczeniem zdrowotnym przysługuje prawo do świadczeń na podstawie ustawy o świadczeniach (z wyłączeniem

leczenia uzdrowiskowego i rehabilitacji uzdrowiskowej) w załączniku nr 1c do zarządzenia utworzono produkt rozliczeniowy: Koszt pobytu pacjenta (obywatela Ukrainy) przed przekazaniem do ośrodka za granicą celem dalszego leczenia o wartości 649 pkt (produkt obejmuje: koordynację i przygotowanie pacjenta celem przekazania do ośrodka za granicą, przedstawienie w sposób skuteczny, przystępny i zrozumiały dla pacjenta informacji w zakresie dalszego postępowania, oraz koszty tłumaczenia dokumentacji, w tym zapewnienie tłumacza, kwalifikacja do transportu w czasie poniżej 3 dni). Rozliczenie produktu umożliwi podmiotom leczniczym pokrycie dodatkowych kosztów ponoszonych przed przekazaniem pacjenta, obywatela Ukrainy, do specjalistycznego ośrodka za granicą celem jego dalszego leczenia. Świadczenia te finansowane będą z dotacji celowej z budżetu państwa udzielanej z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia, za pośrednictwem NFZ. Według danych Straży Granicznej (stan na 21 marca 2022 r.) od 24 lutego 2022 r. do Polski przybyło 2,125 mln osób. Skutek finansowy dla wprowadzonych zmian nie jest możliwy do oszacowania. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

Zarządzenie Nr 41/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 marca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:

W związku z wejściem w życie z dniem 1 kwietnia 2022 r. zarządzenia Nr 35/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 marca 2022 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, mając na celu kontynuację finansowania świadczeń udzielanych na rzecz pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 (od 1 kwietnia 2022 r. świadczenia te finansowane są na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) dla JGP: D18 Zapalenie płuc nietypowe dodano warunek wskazania rozpoznania zasadniczego U07.1 COVID-19 oraz rozpoznania współistniejącego J12.8 Zapalenie płuc wywołane innym wirusem, a dla D52 Niewydolność oddechowa wskazanie rozpoznania zasadniczego U07.1 COVID-19 oraz rozpoznania współistniejącego z listy z tej grupy (równocześnie umożliwiono rozliczanie w zakresie choroby zakaźne). Zaznaczyć należy, że rozpoznanie U07.1 COVID-19 rozliczyć można także w innych JGP: P04 Choroby dolnych dróg oddechowych, P30 Infekcje wirusowe określone oraz S57 Inne choroby wirusowe. Jednocześnie, pozostawiono finansowanie produktu z załącznika nr 1c do zarządzenia: Koszt pobytu związanego z udzielaniem świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 o wartości 415 pkt możliwy do jednorazowego dosumowania w trakcie pobytu pacjenta, którego hospitalizacja nastąpiła z powodu leczenia specjalistycznego, z równoczesnym potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Powyższe JGP nie podlegają sumowaniu z tym produktem rozliczeniowym. W zarządzeniu uchylono przepisy § 20 dotyczące zasad realizacji, sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2020 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato (Dz. U. poz. 2360). Uchylenie przepisu z dniem 1 kwietnia 2022 r. spowodowane jest zakończeniem pilotażu JGPato, którego etap realizacji zaplanowano na 9 miesięcy.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 245), które

weszło w życie z dniem 1 kwietnia 2022 r. wprowadziło świadczenie gwarantowane leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego nowotworu złośliwego gruczołu krokowego. W konsekwencji tego w zarządzeniu w załączniku nr 1a utworzono nową grupę: L31R Prostatektomia radykalna z zastosowaniem systemu robotowego o wartości 19 842 pkt. Wycena została opracowana przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji na podstawie zlecenia Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2021 r. Finansowanie przez NFZ nowego świadczenia gwarantowanego ma na celu poprawę wyników leczenia i jakości życia pacjentów z nowotworem złośliwym gruczołu krokowego przez zapewnienie pacjentom dostępu do postępowania chirurgicznego z wykorzystaniem systemu robotowego w leczeniu nowotworów złośliwych gruczołu krokowego. Zgodnie z przekazanymi w toku konsultacji uwagami środowiska, umożliwiono rozliczanie przedmiotowej grupy także w trybie hospitalizacja planowa.

W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2022 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 419) wprowadzającym nowe świadczenia gwarantowane: Leczenie rekonstrukcyjne z wykorzystaniem endoprotez onkologicznych u pacjentów do ukończenia 18. roku życia oraz Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną i metodą wielokolorowej cytometrii przepływowej w ostrych białaczkach u dzieci, przedmiotowe świadczenia zaimplementowano do zarządzenia.

Świadczenie: Leczenie rekonstrukcyjne z wykorzystaniem endoprotez onkologicznych u pacjentów do ukończenia 18. roku życia umożliwiono do rozliczania i sprawozdawania w grupie H11 Zabiegi resekcyjne zmian nowotworowych lub guzowatych z endoprotezoplastyką lub zabieg rewizyjny z użyciem protez poresekcyjnych (załącznik nr 1a do zarządzenia). W odniesieniu do świadczenia Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną i metodą wielokolorowej cytometrii przepływowej w ostrych białaczkach w załączniku nr 1c do zarządzenia, po uwzględnieniu uwag przekazanych przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie onkologii dziecięcej i hematologii, utworzono następujące produkty rozliczeniowe. Wartości poszczególnych produktów zostały określone na podstawie opracowania Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 30 sierpnia 2021 r. Produkty te dedykowane są dla świadczeniodawców spełniających warunki realizacji dla świadczenia gwarantowanego: Monitorowanie minimalnej choroby resztkowej metodą molekularną i metodą wielokolorowej cytometrii przepływowej. Ich rozliczenie natomiast odbywa się zgodnie ze schematem i we wskazaniach określonych w lp. 60 zał. nr 4 do rozporządzenia szpitalnego. W załączniku nr 1b do zarządzenia utworzono natomiast produkty rozliczeniowe: Pobyt diagnostyczny do monitorowania minimalnej choroby resztkowej (MRD) - w trybie ambulatoryjnym o wartości 150 pkt oraz Pobyt diagnostyczny do monitorowania minimalnej choroby resztkowej (MRD) o wartości 551 pkt, które są możliwe do rozliczenia zgodnie z § 26 pkt 25 zarządzenia.

Jednocześnie, umożliwiono ich łączne rozliczenie ze świadczeniem podstawowym z katalogu grup (załącznikiem nr 1a do zarządzenia), a produkt Pobyt diagnostyczny do monitorowania minimalnej choroby resztkowej (MRD) umożliwiono do sumowania z produktem Znieczulenie ogólne lub dożylne u dziecka. Wprowadzone rozwiązania odpowiadają szczególnym uwarunkowaniom procesu diagnostycznego w leczeniu AML oraz ALL. Z uwagi na fakt, że

finansowanie leczenia dzieci z nowotworami kości, jak i monitorowanie minimalnej choroby resztkowej w ramach Narodowej Strategii Onkologicznej (zadania z zakresu onkologii dziecięcej) zakończyło się z dniem 31 grudnia 2021 r., konieczne było zapewnienie ich finansowania, jako świadczeń w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, od dnia 1 stycznia 2022 r. w celu zachowania ciągłości ich udzielania i objęcia finansowaniem ze środków NFZ. Ponadto, zmiany wprowadzone w załączniku nr 1a do zarządzenia obejmują rozliczanie JGP E02 w zakresie kardiologia wyłącznie dla procedury: Inne przezskórne zabiegi naprawcze serca i osierdzia (w związku z tym symetrycznej zmiany dokonano w załączniku nr 3a do zarządzenia). Zmodyfikowano produkty rozliczeniowe dedykowane pobraniom narządowym, zarówno w załączniku nr 1b, jak i 1c do zarządzenia. Ich aktualny kształt i wycena, wynikająca z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2010 r. w sprawie szczegółowego sposobu ustalania kosztów czynności związanych z pobieraniem, przechowywaniem, przetwarzaniem, sterylizacją i dystrybucją komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2014 r. poz. 469 z późn, zm.), ma na celu ich prawidłowe sprawozdawanie i finansowanie od dnia 1 stycznia 2022 r., z uwzględnieniem kosztów ponoszonych przez Poltransplant (z wyłączeniem możliwości ewentualnego podwójnego finansowania). Zmiany w obrębie załącznika nr 1b obejmują ponadto umożliwienie rozliczania produktów: Hospitalizacja do przezskórnego lub z innego dostępu wszczepiania zastawek serca, Hospitalizacja do przezskórnego lub z innego dostępu wszczepiania zastawek serca z powikłaniami* i chorobami współistniejącymi lub ≥ 80 lat w zakresie kardiologia/ kardiologia dla dzieci.

W związku z wejściem w życie z dniem 14 stycznia 2022 r rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 2482) umożliwiono rozliczanie produktu: Opieka psychologiczna także w zakresach: położnictwo i ginekologia oraz położnictwo i ginekologia - drugi poziom referencyjny (do tej pory wyłącznie w zakresie położnictwo i ginekologia - trzeci poziom referencyjny).

Zgodnie z ww. rozporządzeniem, wprowadzającym świadczenia gwarantowane: Koherentna tomografia optyczna tętnic obwodowych (OCT) oraz Koherentna tomografia optyczna tętnic wieńcowych (OCT) przedmiotowe świadczenia wprowadzono do załącznika nr 1c.

W związku z tym zmodyfikowano produkt FFR/ IVUS tętnic wieńcowych dodając OCT (FFR/ IVUS tętnic wieńcowych/OCT). Finansowanie przedmiotowego świadczenia następuje od dnia 14 stycznia 2022 r., co jest symetryczne z wejściem w życie rozporządzenia.

W następstwie zmiany wysokości limitu finansowania ustalonego w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. Urz. Min. Zdrowia z 2022 r. poz. 18) ustalonego na dzień 1 marca 2021 r. zmodyfikowano wartość produktu rozliczeniowego z załącznika nr 1c: Leczenie przetoczeniami immunoglobulin. Obecnie wartość ta wynosi 340,20 zł za każdy 1 gram immunoglobulin. Pozostałe zmiany w załączniku nr 1c mają charakter porządkujący.

W związku z przekazanymi przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie gastroenterologii oraz Konsultant Wojewódzkiej w dziedzinie chorób zakaźnych dla województwa mazowieckiego

uwagami w niniejszym zarządzeniu przywrócono warunek realizacji JGP (załącznik nr 9 do zarządzenia): F58E/F - Choroby zapalne jelit > 65 r.ż./< 66 r.ż., obowiązujący do końca 2021 r. (z mocą obowiązywania od 1 stycznia 2022 r.).

Projekt zarządzenia Prezesa NFZ, zgodnie z art. 146 ust. 4 ustawy o świadczeniach oraz zgodnie z § 2 ust. 3 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.), został poddany konsultacjom zewnętrznym na okres 14 dni. W ramach konsultacji projekt został przedstawiony do zaopiniowania właściwym w sprawie podmiotom: konsultantom krajowym we właściwej dziedzinie medycyny, samorządom zawodowym (Naczelna Rada Lekarska, Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Krajowa Rada Fizjoterapeutów, Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych) oraz reprezentatywnym organizacjom świadczeniodawców, w rozumieniu art. 31sb ust. 1 ustawy o świadczeniach. W toku uzgadniania uwag skierowanych do przedłożonego projektu uwzględniono ponadto:

- umożliwiono rozliczanie produktu: Powikłania infekcyjne u chorego po przeszczepieniu narządu lub szpiku - diagnostyka, leczenie (diagnostyka, leczenie pacjenta od 31 dnia po wykonaniu przeszczepu) <4 dni – w zakresie kardiochirurgia/kardiochirurgia dla dzieci;
- w grupie D20 Gruźlica dodano rozpoznanie warunkujące grupę A15.3 Gruźlica płuc potwierdzona nieokreślonymi sposobami. Rozpoznanie A15.3 Gruźlica płuc potwierdzona nieokreślonymi sposobami jest stawiane pacjentom z potwierdzoną chorobą gruźlicy płuc na podstawie wykonania badania PCR (nie jest to gruźlica płuc potwierdzona histologicznie lub posiewem);
- umożliwiono rozliczanie grupy K27 Zaburzenia odżywiania (dokonano zmiany nazwy grupy) w zakresie onkologia kliniczna. Opieka nad pacjentem onkologicznym jest opieką interdyscyplinarną. Wyrównanie metaboliczne pacjentów przed rozpoczęciem leczenia onkologicznego daje korzystne efekty zarówno co do skuteczności, jak i tolerancji leczenia. Dodanie możliwości stosowania grupy K27 w zakresie onkologii klinicznej przygotuje pacjentów wymagających interwencji żywieniowej jeszcze przed rozpoczęciem właściwej terapii i pozwoli na szybsze wdrożenie opieki żywieniowej;
- w załączniku nr 9 do zarządzenia (Charakterystyka grup) wprowadzono, poprzez dodanie warunków w wybranych JGP, rozpoznania dotyczące leczenia pocovidowych powikłań u dzieci: U10 Wieloukładowy zespół zapalny powiązany z COVID-19 oraz U10.9 Wieloukładowy zespół zapalny powiązany z COVID-19, nieokreślony (P12 Inne zaburzenia żołądkowo-jelitowe i metaboliczne, P20 Choroby skóry, układu mięśniowo-kostnego lub tkanki łącznej, P21 Choroby układu krążenia, P37 Zaburzenia rytmu serca <1 r.ż. lub < 18 r.ż.z powikłaniami i chorobami współistniejącymi, P40 Inne choroby układu krążenia < 1 r.ż. albo < 18 r.ż. z pw.);
- w grupie J01G Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej dodano warunek z rozpoznaniem Z40.0;
- w grupie Q41 Zabiegi endowaskularne - 1. grupa* umożliwiono wyłącznie dla zakresu nefrologia realizację procedury 39.427 Endowaskularne udrożnienie przetoki dializacyjnej.

Skutek finansowy dla wprowadzonych zmian wynosi 92 061 907 zł. Dla zmian w obszarze leczenia pacjentów z potwierdzonym zakażeniem SARS-CoV-2 skutek finansowy nie jest możliwy do oszacowania. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych:

- od dnia 1 stycznia 2022 r. w zakresie:- lp. 220 - 221 oraz lp. 265 załącznika nr 1a,- lp. 47 - 56 oraz lp. 110 - 111 załącznika nr 1b,- lp. 33 - 42 załącznika nr 1c,
- od dnia 14 stycznia 2022 r. w zakresie lp. 48 oraz lp. 64 załącznika nr 1c.

Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 kwietnia 2022 r

Zarządzenie Nr 81/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:

Wprowadzane zmiany w zarządzeniu obejmują:

1) implementację taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne obejmujących operacje wad serca i aorty piersiowej, zgodnie z obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 4 kwietnia 2022 r. (załącznik nr 1ws do zarządzenia);
2) zmianę mechanizmu rozliczania leczenia guza olbrzymiokomórkowego kości w przypadku dorosłych i młodzieży z dojrzałym układem kostnym, u których występuje guz nieoperacyjny lub u których zabieg chirurgiczny może spowodować ciężkie okaleczenie (ICD-10: D48.0), w tym celu w załączniku nr 1b do zarządzenia utworzono produkt rozliczeniowy: Pobyt do podania leku w leczeniu guza olbrzymiokomórkowego kości (wartość 100 pkt), który podlega sumowaniu z utworzonym w załączniku nr 1c do zarządzenia produktem: Koszt produktu leczniczego stosowanego w leczeniu guza olbrzymiokomórkowego kości (oba produkty udostępniono w trybie hospitalizacji oraz ambulatoryjnym);
3) w załączniku nr 3b: w pakiecie – hospitalizacja: poprawiono kod zakresu ortopedia i traumatologia narządu ruchu - hospitalizacja - pakiet onkologiczny oraz dodano zakres chirurgia onkologiczna - hospitalizacja - pakiet onkologiczny i grupę J33 Średnie zabiegi skórne (procedura: 86.4 Radykalne wycięcie zmiany skóry);
4) w załączniku nr 9: dokonano przeniesienia procedury 54.59 Inne usunięcie zrostów otrzewnowych z grupy F42 Duże zabiegi jamy brzusznej do grupy F44 Diagnostyczne i lecznicze zabiegi jamy brzusznej, jednocześnie w grupie F43E Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej > 65 r.ż. oraz w grupie F43F Średnie i endoskopowe lecznicze zabiegi jamy brzusznej < 66 r.ż. dodano procedury: 54.52 Usunięcie zrostów otrzewnowych - laparoskopowo (z rozszerzeniami).

Skutek finansowy dla wprowadzonych zmian taryf wynosi 37,4 mln zł. Dla pozostałych zmian skutek finansowy nie jest możliwy do oszacowania. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii NFZ – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 lipca 2022 r.

Zarządzenie Nr 87/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 lipca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:

Przedmiotową nowelizacją, zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2022 r. znak ZPŚ.7802.1.2022.MB, wprowadzone zostały zmiany uwzględniające opracowanie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z 22 kwietnia 2022 r. w sprawie ustalenia wyceny świadczenia „Hospitalizacja pacjenta z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem gruźlicą" (WT.5403.15.2022), które obejmują:

1) implementację nowego produktu rozliczeniowego z zakresu leczenie szpitalne obejmującego hospitalizację pacjenta z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem gruźlicą - w tym celu utworzono w załączniku 1b do zarządzenia nowy produkt rozliczeniowy: 5.52.01.0001569 - Hospitalizacja związana z leczeniem gruźlicy wielolekoopornej wg standardów WHO niezawierająca kosztów leków dedykowanych leczeniu gruźlicy, (wartość 433,02 pkt), który podlega sumowaniu z utworzonym w załączniku nr 1c do zarządzenia produktem: Koszt produktu leczniczego stosowanego w leczeniu gruźlicy wielolekoopornej wg standardów WHO (oba produkty udostępniono do realizacji w trybie hospitalizacji);
2) zmianę wyceny świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenie szpitalne dotyczących długoterminowego leczenia gruźlicy, zgodnie z ww. opracowaniem - analizie poddano trzy produkty rozliczeniowe związane z długoterminowym leczeniem gruźlicy z załącznika 1b do zarządzenia. Zmiany wyceny, zgodnie z rekomendacją AOTMiT, dotyczą dwóch z nich.

Skutek finansowy dla wprowadzonych zmian wynosi 50,4 mln zł w skali roku. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2022 r. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

Zarządzenie Nr 127/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 września 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:

Zarządzenie wprowadziło zmiany wynikające z publikacji obwieszczeń Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 12 sierpnia 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki nad noworodkiem, w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych obejmujących zabiegi w zakresie kończyn i miednicy (JGP: H31E–H33, H41–H43 oraz PZH03-PZH07), w zakresie leczenia szpitalnego oraz w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w obszarze choroby układu moczowo-płciowego, w zakresie leczenia szpitalnego oraz wybranych świadczeń z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które obejmują:

1) w zakresie załącznika nr 1a do zarządzenia na podstawie ww. obwieszczeń Prezesa AOTMiT i odpowiednich raportów dokonano stosownych zmian polegających na:
   a) zmianach w zakresie opieki nad noworodkiem w grupach N20 – N25, w tym wprowadzeniu dwóch nowych grup rozliczeniowych i implementacji taryf, dla grup: N20 Noworodek wymagający normalnej opieki, N21 Ciężka patologia noworodka > 30 dni, N21A Ciężka patologia noworodka urodzonego przedwcześnie > 30 dni, N22

Noworodek wymagający intensywnej terapii, N22A, Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki, N23 Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki, N24 Noworodek wymagający szczególnej opieki·N25 Noworodek wymagający wzmożonego nadzoru;

b) zmianach w zakresie świadczeń obejmujących zabiegi w zakresie kończyn i miednicy poddanych analizie JGP: H31E–H33, H41–H43 oraz PZH03-PZH07, dotyczących wprowadzenia nowych taryf, które są wyższe od dotychczasowej wyceny, z wyjątkiem grup H31E, H31F, H41 oraz PZH03, gdzie wycena pozostała bez zmian. Taryfy zostały podniesione w nw. grupach: H32 Duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy*, H33 Średnie zabiegi na kończynie dolnej*, H42 Duże zabiegi na kończynie górnej*, H43 Średnie zabiegi na kończynie górnej*, PZH04 Duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy < 18 r.ż.*, PZH05 Średnie zabiegi na kończynie dolnej <18 r.ż.*·PZH06 Duże zabiegi na kończynie górnej < 18 r.ż.*, PZH07 Średnie zabiegi na kończynie górnej < 18 r.ż.*;

   Ponadto, dla analizowanych grup, zgodnie z rekomendacją, ponownie wyznaczono liczbę dni finansowanych grupą, z uwagi na to, że od wprowadzenia w życie systemu JGP długości hospitalizacji uległy znacznym zmianom. Zrezygnowano również z taryf dla hospitalizacji poniżej 3 dni dla grup gdzie mediana oraz dominanta są równe bądź niższe od 2 dni (H32, H33, H41, H42, H43),

c) zmianach w zakresie świadczeń szpitalnych w ramach sekcji L Choroby układu moczowo – płciowego, dla których w związku z przyjętą przez AOTMiT etapowością taryfikowania świadczeń w obszarze sekcji L, przy wyborze świadczeń podlegających taryfikacji przyjęto kryterium małoinwazyjnych zabiegów lub wykonywanych przeważnie w trybie jednodniowym oraz uwzględniono priorytetowość świadczeń w grupie najczęstszych wskazań onkologicznych.

   W związku z powyższym wydzielono z grupy L31 Radykalna prostatektomia* grupę związaną z technikąoperacyjną laparoskopową - L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy* i wprowadzono nowe taryfy dla grup, które są wyższe od dotychczasowej wyceny, z wyjątkiem grupy L47, której wycena spadła, co wynika bezpośrednio ze zmian charakterystyki tej grupy: L09 Małe zabiegi nerek*, L26 Średnie zabiegi endoskopowe na pęcherzu moczowym*, L30 Małe zabiegi pęcherza moczowego*, L31L Radykalna prostatektomia – zabieg laparoskopowy*, L45 Endoskopowe zabiegi gruczołu krokowego lub pęcherza moczowego*, L47 Małe zabiegi gruczołu krokowego lub pęcherza moczowego*, L104 Inne procedury w zakresie układu moczowo - płciowego*;

2) w zakresie załącznika nr 1c do zarządzenia (Katalog produktów do sumowania) zmiany:

a) charakterze porządkowym wynikające ze zmian w grupach N20 – N25 w kolumnach: Uwagi oraz Produkty dedykowane do sumowania dla określonej JGP w następujących produktach rozliczeniowych: Żywienie dojelitowe, Żywienie dojelitowe mlekiem z banku mleka kobiecego lub odciągniętym mlekiem matki, Żywienie dojelitowe mlekiem modyfikowanym, Zabieg chirurgiczny u noworodka, Hipotermia lecznicza;

b) w związku z wejściem w życie od 1 września 2022 r. programu lekowego: Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR) (ICD-10: A15) w produkcie do sumowania w katalogu 1c - Koszt produktu leczniczego stosowanego w leczeniu gruźlicy wielolekoopornej wg standardów WHO wprowadzono zmianę treści uwag do produktu, dotyczącą wyłączenia substancji czynnych określonych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, stosowanych w ramach programu lekowego: Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną(MDR/XDR) (ICD-10: A15) u pacjentów zakwalifikowanych do tego programu. Wejście w życie tej zmiany od 1 września 2022 r., analogicznie do publikacji obwieszczenia Ministra Zdrowia;

3) w zakresie załącznika nr 3b do zarządzenia (Produkty rozliczeniowe dedykowane dla świadczeń udzielanych na podstawie Karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego, o której mowa w art. 32a ust. 1 ustawy o świadczeniach) zmiana związana z wprowadzeniem nowej grupy L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy*;

4) w zakresie załącznika nr 3c do zarządzenia (Katalog produktów dedykowanych dla wybranych rozpoznań onkologicznych (produkty objęte współczynnikiem korygującym) zmiana związana z wprowadzeniem w części dotyczącej nowotworu złośliwego gruczołu krokowego (C61) nowej grupy L31L Radykalna prostatektomia - zabieg laparoskopowy*0;

5) w zakresie załącznika nr 3d do zarządzenia (Katalog produktów dedykowanych dla wybranych JGP udzielanych świadczeniobiorcom poniżej 18 r.ż. (produkty objęte współczynnikiem korygującym)świadczeniodawcom, w przypadku udzielania świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r. ż., którzy zrealizowali JGP: G34 Zabiegi endoskopowe i przezskórne dróg żółciowych i trzustki*, M01 Kompleksowe zabiegi dolnej części układu rozrodczego bez pw*, PZN01 Kompleksowe zabiegi chirurgii noworodka i niemowlęcia*, Q31Choroby krwotoczne naczyń mózgowych - remodeling naczyń z zastosowaniem stentu*, Q45 Zabiegi endowaskularne - 5. Grupa*, a w roku poprzedzającym rok, w którym stosowany jest współczynnik korygujący, ich udział w realizacji poszczególnych JGP na rzecz świadczeniobiorców poniżej18 r.ż. przekroczył 10% wszystkich zrealizowanych na rzecz tych świadczeniobiorców odpowiednich JGP, umożliwiono korygowanie wartości produktu rozliczeniowego z katalogu grup o współczynnik o wartości 1,2;

6) Wprowadzono zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia, wyrażonym w piśmie z dnia 21 września 2022 r. znak: MMI.7802.10.2022.MMIL zmiany w oparciu o opracowanie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 20 września 2022 r. nr WT.5403.29.2022.JM. mające na celu złagodzenie skutków wprowadzenia podwyżek wynagrodzeń poprzez dodanie załącznika nr 3e Katalog produktów dedykowanych dla wybranych JGP zachowawczych z katalogu grup z sekcji A (choroby układu nerwowego), E (choroby układu krążenia), F (choroby przewodu pokarmowego), G (choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony), K (choroby układu dokrewnego), L (choroby układu moczowo-płciowego), Q (choroby naczyń), T (obrażenia, urazy) objętych współczynnikami korygującymi.

7) w zakresie załącznika nr 9 do zarządzenia (Charakterystyka JGP):

a) zmiany w grupach noworodkowych N20 – N25 polegające na: dodaniu nowych warunków związanych z wiekiem noworodka i czasem hospitalizacji, uporządkowaniu wymaganych do rozliczenia rozpoznań oraz wykonanych procedur, utworzeniu grupy N21A Ciężka patologia noworodka urodzonego przedwcześnie > 30 dni, która pozwoli na utrzymanie wysokiego standardu leczenia noworodków z urodzeniową masa ciała< 1000g i/lub urodzonych przed ukończeniem 28-ego tygodnia ciąży, utworzeniu grupy N22A Noworodek wymagający intensywnego monitorowania i specjalistycznej opieki, zmianie w grupie N23 na Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki, która pozwoli na przeprowadzenie pełnej diagnostyki noworodka w adekwatnej cenie;

b) zmiany w grupach obejmujących zabiegi w zakresie kończyn i miednicy: przeniesienie procedury 78.2482 Resekcja kości stępu z grupy H32 Duże zabiegi w zakresie kończyny dolnej i miednicy* do grupy H33 Średnie zabiegi na kończynie dolnej* zgodnie z sugestią Konsultanta Krajowego, z uwagi na jednorodność kliniczną i spójność kosztową z pozostałymi procedurami chirurgii stopy;

c) zmiany w grupach chorób układu moczowo – płciowego: utworzenie grupy L31L Radykalna prostatektomia – zabieg laparoskopowy*, przeniesienie z charakterystyki grupy L47 Małe zabiegi gruczołu krokowego lub pęcherza moczowego* procedury 60.942 Cystoskopia celem opanowania krwawienia ze stercza do charakterystyki JGP L45 Endoskopowe zabiegi gruczołu krokowego lub pęcherza moczowego* oraz procedury 60.96 Nacięcie przezcewkowe stercza (TUIP) do charakterystyki L43 Przezcewkowa resekcja gruczołu krokowego* ze względu na znacznie wyższe koszty i charakter tych zabiegów, dla celów sprawozdawczych w grupach L104 Inne procedury w zakresie układu moczowo – płciowego* oraz PZL13 Procedury diagnostyczno zabiegowe w zakresie układu moczowo - płciowego < 18 r.ż.* zastąpiono procedurę ICD-9 57.32 Cystoskopia przezcewkowa dwiema procedurami: 57.321 Cystoskopia przezcewkowa endoskopem sztywnym i 57.322 Cystoskopia przezcewkowa endoskopem giętkim, w zależności od zastosowanej metody;

8) w zakresie treści normatywnej zarządzenia zmiany o charakterze porządkowym w § 12 ust. 1 pkt 10, ust. 3 pkt 4 i w §26 ust. 24 związane z wprowadzeniem nowych grup noworodkowych N21A i N22A;

9) zakresy skojarzone II i III poziomu referencyjnego: Neonatologia - Hospitalizacja II poziom referencyjny - N20, N22, N23, N24, N25 i Neonatologia - Hospitalizacja III poziom referencyjny - N20, N21, N22, N23, N24, N25 uwzględniają nowo wydzielone grupy JGP N21A, N22A, wobec czego nazwa zakresu nie ulega zmianie.

Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych zmian wynikających z obwieszczeń Prezesa AOTMiT wynosi ok. 284,75 mln zł w skali roku. Skutek finansowy wynikający ze zmiany załącznika 3d do zarządzenia wynosi ok. 1,55 mln zł w skali roku. Skutek finansowy wynikający z wprowadzenia załącznika nr 3e do zarządzenia wynosi 321,8 mln zł w skali roku. Dla pozostałych wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian na dzień publikacji zarządzenia nie jest możliwy do oszacowania.

W ramach uzgodnień w toku prac legislacyjnych nad przedłożonym projektem uwzględniono uwagi dotyczące załącznika nr 9 do zarządzenia (Charakterystyka grup) polegające na dodaniu wskazanych procedur ICD-9 określających stan kliniczny pacjenta wykorzystywanych w diagnostyce m.in. zaburzeń napięcia mięśniowego, zespołów napadowych, ustalenia dawkowania leków, do grup noworodkowych N21-N24. Wprowadzono na wniosek Konsultant krajowej do grupy N23 Noworodek wymagający rozszerzonej diagnostyki procedurę ICD-9 89.143 aEEG (Amplitude integrated electroencephalography) - EEG ze zintegrowaną amplitudą, służącą do neuromonitoringu, w takich stanach jak niewydolność krążeniowo-oddechowa, encefalopatia niedotlenieniowo-niedokrwienna, drgawki, neuroinfekcje, posocznica, wodogłowie, zaburzenia metaboliczne oraz w celu monitorowania stosowanej terapii. Umożliwiono rozliczenie w grupie PZN03 operację Nadziąślaka wrodzonego K06.8 kod ORPHA 157826 z procedurą ICD-9 24.31 wycięcie zmiany dziąsła, który może powodować zaburzenia oddychania i kłopoty z karmieniem w pierwszej dobie życia. W drodze konsultacji dodano do grup N23 i N24 szereg badań diagnostycznych narządowych. Dopisano do grupy N22a do listy procedur ICD-9a procedurę F26 Cytomegalovirus (CMV) DNA. Dodano również procedury wykonywane przez fizjoterapeutów w grupie N24 Noworodek wymagający szczególnej opieki.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 października 2022 r., z wyjątkiem lp. 153 załącznika nr 2 do niniejszego zarządzenia, którą stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 września 2022 r.

V.1.5. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej

Zarządzenie Nr 27/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10 marca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej:

Zmiany w zarządzeniu wynikają z możliwości procedowania dokumentów związanych z ratunkowym dostępem do technologii lekowych (RDTL) z wykorzystaniem aplikacji portalowej - Centralnej Bazy Wniosków i Decyzji (CBWiD). Aplikacja służy uproszczeniu, skróceniu i usprawnieniu składania i procedowania niezbędnych dokumentów w ramach procedury RDTL dla świadczeniodawców, konsultantów krajowych i konsultantów wojewódzkich oraz oddziałów wojewódzkich NFZ. Przedmiotowe zarządzenie, wprowadziło od dnia 1 kwietnia 2022 r. obowiązek procedowania dokumentacji związanej z RDTL z wykorzystaniem aplikacji CBWiD, zgodnie z harmonogramem określonym w załączniku nr 10 do zarządzenia. Proces wprowadzania do stosowania aplikacji CBWiD został podzielony na dwa etapy: w pierwszym kwartale 2022 r. dotyczy czterech oddziałów wojewódzkich NFZ (dolnośląskiego, mazowieckiego, wielkopolskiego i śląskiego), następnie w trzecim kwartale 2022 r. pozostałych oddziałów. Aplikacja umożliwia składanie przez świadczeniodawcę zarówno autoryzowanych wniosków do konsultanta krajowego lub wojewódzkiego o zastosowanie leku w ramach RDTL, jak i ich pozytywnych opinii w sprawie zastosowania u pacjenta leku w ramach RDTL lub informacji w sprawie kontynuacji leczenia pacjenta lekiem w ramach RDTL do oddziału wojewódzkiego Funduszu wyłącznie w formie elektronicznej. To rozwiązanie wprowadziło całkowicie elektroniczny tryb procedowania dokumentów,

bez konieczności przesyłania ich w formie papierowej. Zarządzenie wprowadziło również nowy produkt rozliczeniowy dedykowany RDTL z wykorzystaniem aplikacji CBWiD. Jednocześnie zachowano dotychczasowy produkt rozliczeniowy dedykowany RDTL bez wykorzystania aplikacji CBWiD. Ponadto, zarządzenie wprowadziło zmiany w załącznikach nr 5, 6 i 7 do zarządzenia, polegające na zastosowaniu szablonów o przejrzystym układzie graficznym. Modyfikacja wynikała z konieczności dostosowania szablonów do wersji elektronicznej celem ułatwienia obiegu dokumentacji, w tym jej elektronizacji. Ustawodawca, w art. 16 ust. l ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2021 r. poz. 2070) zobowiązał podmiot publiczny do zapewnienia możliwości przekazywania danych również w postaci elektronicznej przez wymianę dokumentów elektronicznych związanych z załatwianiem spraw należących do jego zakresu działania, wykorzystując informatyczne nośniki danych lub środki komunikacji elektronicznej. Powyższe zmiany miały na celu zoptymalizowanie procesu procedowania dokumentów w ramach RDTL, przy jednoczesnym skróceniu czasu jego trwania. W zarządzeniu uchylono rozdział 6 dotyczący zasad realizacji, sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2020 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato (Dz. U. poz. 2360), oraz uchylono załączniki nr 2a, 8 i 9 do zarządzenia odnoszące się do realizowanego programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato, w związku z zakończeniem pilotażu JGPato. Do udziału w projekcie wytypowano 39 jednostek w Polsce, z czego 23 przystąpiło do realizacji kompleksowej diagnostyki patomorfologicznej na zasadach określonych w programie pilotażowym. Przedmiotowy program wszedł w życie z dniem 1 kwietnia 2021 r., natomiast etap realizacji programu pilotażowego zaplanowano na 9 miesięcy. W większości oddziałów wojewódzkich Funduszu umowy zawarte były z realizatorami przedmiotowego pilotażu z okresem obowiązywania od 1 kwietnia 2021 r. do 31 grudnia 2021 r. Podkarpacki OW NFZ zawarł umowę na realizacje programu JGPato z okresem obowiązywania od 13 kwietnia 2021 r. do 12 stycznia 2022 r. zaś Zachodniopomorski od 12 kwietnia 2021 r. do 11 stycznia 2022 r. Zarządzenie nie wywołuje skutku finansowego po stronie NFZ. Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 kwietnia 2022 r., z wyjątkiem § 1 pkt 1, 3, 4, 8 i 9, które weszły w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

Zarządzenie Nr 40/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 marca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej:

Zmiany w ww. regulacji wynikają z art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 24 lutego 2022 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 526), który stanowi, że przy ustalaniu ryczałtu systemu zabezpieczenia, o którym mowa w art. 136c ust. 1 ustawy o świadczeniach, w przypadku danych, o których mowa w art. 136c ust. 3 pkt 2 lit. a tej ustawy, uwzględnia się dane dotyczące liczby i rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych i sprawozdanych za okres rozliczeniowy obejmujący 2019 r., finansowanych w formie ryczałtu systemu zabezpieczenia. Ze względu na powyższą regulację, która wprowadziła odstępstwa od określonych przepisów oraz odmienny sposób ustalenia ryczałtu systemu zabezpieczenia za okres rozliczeniowy

obejmujący okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r., mając na względzie konieczność zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia stabilności finansowania systemu zabezpieczenia, konieczne stało się wydłużenie terminu wyliczenia wartości ryczałtu PSZ do dnia 30 kwietnia 2022 r. Zarządzenie weszło w życie z dniem 31 marca 2022 r.

Zmiany w zarządzeniu Nr 46/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 8 kwietnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wynikają z wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2022 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres rozliczeniowy obejmując okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r. (Dz. U. poz. 774). Ze względu na powyższą regulację, która wprowadziła odstępstwa od określonych przepisów oraz odmienny sposób ustalenia ryczałtu systemu zabezpieczenia za okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r., mając na względzie konieczność zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia stabilności finansowania systemu zabezpieczenia, zasadne stało się wprowadzenie analogicznych zmian, wynikających z powyższego rozporządzenia, w zakresie zmiany terminu przekazywania dyrektorowi OW NFZ certyfikatów akredytacyjnych i świadectw jakości wydawanych laboratoriom diagnostycznym, do niniejszego zarządzenia. W związku z powyższym warunkiem do ustalenia współczynników korygujących dla zakresów wyodrębnionych w ramach PSZ rozliczanych ceną jednostki rozliczeniowej na okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r., jest przekazanie dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu, nie później niż w terminie 7 dni od dnia wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 kwietnia 2022 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r., certyfikatów akredytacyjnych i świadectw jakości wydawanych laboratoriom diagnostycznym. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

Zmiany w zarządzeniu Nr 103/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16 sierpnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wynikały z wejścia w życie ustawy z dnia 26 maj 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 1352). Ze względu na powyższą regulację, która zapewnia wzrost wynagrodzeń zasadniczych dla medycznych i niemedycznych pracowników zatrudnionych w ramach umowy o prace w podmiotach leczniczych oraz mając na uwadze zapewnienie stabilności finansowej podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia w sposób umożliwiający bilansowanie się działalności szpitali, których w największym stopniu dotyczy wprowadzona regulacja, zasadne jest podniesienie poziomu wartości ryczałtu dla szpitali zakwalifikowanych do I i II poziomu systemu zabezpieczenia, u których udział kosztów pracy personelu medycznego jest najwyższy. W związku z powyższym, dla świadczeń rozliczanych w ryczałcie dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do I stopnia poziomu

PSZ ustala się zwiększenie wartości współczynnika korygującego z 1,02 do 1,04, natomiast dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do II stopnia poziomu PSZ ustala się zwiększenie wartości współczynnika korygującego z 1,01 do 1,03. Działanie to przyczyni się do poprawy sytuacji finansowej szpitali powiatowych, które pełnią kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia i stanowią gwarancję opieki zdrowotnej w zakresie lecznictwa szpitalnego dla mieszkańców, zapewniając im podstawową opiekę najbliżej miejsca zamieszkania. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania, a jego przepisy stosuje się do świadczeń udzielanych od dnia 1 sierpnia 2022 r.

Zmiany w zarządzeniu Nr 114/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 12 września 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej są następstwem wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 lipca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r. (Dz. U. poz. 1653).Ze względu na powyższą regulację, która wprowadza odstępstwa od określonych przepisów oraz odmienny sposób ustalenia ryczałtu systemu zabezpieczenia za okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r., mając na względzie konieczność zabezpieczenia odpowiedniego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej oraz zapewnienia stabilności finansowania systemu zabezpieczenia, zasadne było wprowadzenie analogicznych zmian, wynikających z powyższego rozporządzenia, 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. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

V.1.6. Opieka kompleksowa

V.1.6.1. KOS – Zawał

Zarządzenie Nr 2/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe. Opracowanie zarządzenia miało na celu ujednolicenie przepisów oraz zachowanie ich przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania. Zmiany dokonane w niniejszym zarządzeniu obejmują:

1) dostosowanie § 4 – Warunki finansowania świadczeń oraz § 6 – Kary umowne załącznika nr 2 do zarządzenia stanowiącego wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne - świadczenia kompleksowe do przepisów § 16 załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. z 2020 r. poz. 320, z późn. zm.);

2) w zakresie załącznika nr 1k do zarządzenia dodano produkt rozliczeniowy Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z możliwością jego rozliczenia w ramach stacjonarnej rehabilitacji kardiologicznej. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

Zarządzenie Nr 174/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 grudnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe. Zmiany dokonane w niniejszym zarządzeniu obejmują:

- usunięcie współczynnika o wartości 1,08, który miał zastosowanie w przypadku realizacji świadczeń w zakresie KOS-Zawał w ramach grup: E23G, E24G, E26, E29, E04, E05, E06, E32, E33, E34, E36. Współczynnik wprowadzony został zarządzeniem Nr 134/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 sierpnia 2020 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe. Usunięcie współczynnika nastąpiło w związku z planowaną zmianą ceny jednostki rozliczeniowej z 1,34 na 1,59 od dnia 1 stycznia 2023 r. w umowach o udzielanie Kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-Zawał);
- uchylenie w § 14 ust. 2 i 4. Zmiana wynika z braku zakwalifikowania się świadczeniodawców do stosowania współczynników korygujących z ww. przepisów.

Skutek finansowy po stronie płatnika publicznego dla wprowadzonych zmian w niniejszym zarządzeniu wynosi ok. 79 mln w skali roku. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od 1 stycznia 2023 r. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

V.1.6.2. Onkologiczne świadczenia kompleksowe - KON

Zarządzenie Nr 3/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 stycznia 2022 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych. Opracowanie zarządzenia miało w szczególności na celu ujednolicenie przepisów oraz zachowanie ich przejrzystości, a tym samym ułatwienie interesariuszom ich stosowania. Zmiany wprowadzone w niniejszym zarządzeniu obejmują:

- w celu zachowania spójności przepisów dokonano zmiany brzmienia § 4 ust. 1, polegającej na wskazaniu wszystkich katalogów obejmujących produkty jednostkowe dedykowane do rozliczenia onkologicznych świadczeń kompleksowych w umowie PSZ w zakresie Kompleksowa opieka onkologiczna nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Pierś) oraz Kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego (KON-JG);
- w zakresie załącznika nr 1on (Katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych), w celu skorelowania przepisów załącznika z przepisami zarządzenia Nr 55/2021/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne (z późn. zm.), zarządzenia Nr 182/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie

określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (z późn. zm.) oraz zarządzenia Nr 195/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (z późn.zm.) wprowadzono:

- produkty rozliczeniowe: Badanie genetyczne materiału archiwalnego; Wytworzenie stałego dostępu naczyniowego z wytworzeniem tunelu podskórnego przeznaczonego do użytku długoterminowego z hospitalizacją; Usunięcie stałego dostępu naczyniowego z wytworzonym tunelem podskórnym przeznaczonego do użytku ,długoterminowego z hospitalizacją; W02 Świadczenie receptowe; Z100 Świadczenia zabiegowe - grupa 100; znieczulenie całkowite dożylne; konsultacja w zakresie kwalifikacji do wykonania znieczulenia do zabiegu diagnostycznego oraz
- możliwość sumowania produktu ROKO Rehabilitacja ogólnoustrojowa w ramach kompleksowej opieki nad świadczeniobiorca z nowotworem piersi w warunkach stacjonarnych z produktem Koszt pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności z załącznika 1c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne.

Pozostałe zmiany wprowadzone w zarządzeniu mają charakter porządkowy. Skutek finansowy dla wprowadzanych niniejszym zarządzeniem zmian w chwili obecnej nie jest możliwy do oszacowania. Powyższe działania zostały podjęte w ramach realizacji celu nr 2 Strategii NFZ – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej. Z dniem wejścia w życie zarządzenia utraci moc obowiązującą dotychczasowe zarządzenie Nr 70/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 kwietnia 2021 r. w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

Zarządzenie Nr 28/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10 marca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych. Zarządzenie wprowadza następujące zmiany:

1) uchyleniu uległy przepisy w zakresie programu pilotażowego realizowanego na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego dotyczącego kompleksowych badań patomorfologicznych JGPato z dnia 16 grudnia 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 2360). Powyższe zmiany wynikały z zakończenia okresu realizacji programu pilotażowego, określonego w ww. rozporządzeniu;
2) w załączniku nr 1on do zarządzenia (katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych) zmieniono wartość punktową następujących produktów rozliczeniowych:
   a) Wizyta fizjoterapeutyczna w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych,

b) indywidualna praca z pacjentem (np. Ćwiczenia bierne, czynno-bierne, ćwiczenia według metod neurofizjologicznych, metody reedukacji nerwowo-mięśniowej, ćwiczenia specjalne, mobilizacje i manipulacje) - nie mniej niż 30 min. w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych,

c) masaż suchy - częściowy - minimum 20 minut na jednego pacjenta , w tym min. 15 minut czynnego masażu, masaż limfatyczny ręczny, masaż podwodny w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych,

d) pozostałe zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi w warunkach ambulatoryjnych.

Wprowadzone zmiany miały na celu zachowanie spójności przepisów zmienianej regulacji z przepisami zarządzenia Nr 195/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 grudnia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką (w związku ze zmianami wprowadzonymi zarządzeniem Nr 7/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 stycznia 2022 r.).

Zarządzenie Nr 58/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 kwietnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych. Zarządzenie wprowadza następujące zmiany:

1. W załączniku nr 1on (katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych):

   1) dokonano technicznej zmiany nazwy i kodu produktu rozliczeniowego RM piersi na MR badanie piersi w celu ujednolicenia nazwy i kodu badania rezonansu piersi w zakresie onkologicznych świadczeń kompleksowych i w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna,

   2) zmieniono wartość punktową produktu rozliczeniowego MR badanie piersi (przyjęte rozwiązanie jest zgodne z wytycznymi Ministra Zdrowia określonymi w piśmie z dnia 27 marca 2022 r., znak: DLG.741.5.2021.WN),

   3) doprecyzowano definicję produktu rozliczeniowego Z100 Świadczenia zabiegowe – grupa 100 – wskazując, że rozliczanie ww. świadczenia odbywa się na warunkach obowiązującej charakterystyki grup ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych określonej w zarządzeniu w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, w zakresie procedur ICD-9 właściwych dla onkologicznych świadczeń kompleksowych. Jako procedury ICD-9 dedykowane dla rozliczenia onkologicznych świadczeń kompleksowych w grupie Z100 uwzględniono procedury ICD-10: Aspiracja z tkanek miękkich – inne; Aspiracja z piersi; Nacięcie lub drenaż skóry lub tkanki podskórnej – inne; Usunięcie szwów, staplerów, gdzie indziej niewymienione; Wymiana cewnika w ranie; Usunięcie szwów z klatki piersiowej; Usunięcie szwów ze ściany jamy brzusznej; Usunięcie szwów z innej okolicy,

4) dla wybranych produktów rozliczeniowych dodano uwagę, że świadczeniobiorcy przysługuje nie więcej niż 5 zabiegów fizjoterapeutycznych dziennie, zgodnie z warunkami określonymi w rozporządzeniu REH, możliwych do rozliczenia za pomocą tych produktów.

2. W celach sprawozdawczych w załączniku nr 2 (katalog zakresów świadczeń - onkologiczne świadczenia kompleksowe) utworzono skojarzone zakresy świadczeń:

   1) kompleksowa opieka onkologiczna - monitorowanie w nowotworze piersi,

   2) kompleksowa opieka onkologiczna - rehabilitacja w nowotworze piersi,

   3) kompleksowa opieka onkologiczna - monitorowanie w nowotworze jelita grubego.

Zmiana miała na celu umożliwienie sprawozdawania świadczeń realizowanych odpowiednio w ramach modułu monitorowanie nowotworu piersi, modułu rehabilitacja oraz modułu monitorowanie po leczeniu nowotworu jelita grubego, bez konieczności realizacji przedmiotowych świadczeń na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO), o której mowa w art. 32a ustawy o świadczeniach (przyjęte rozwiązanie jest zgodne z wytycznymi Departamentu Lecznictwa Ministerstwa Zdrowia określonymi w piśmie z dnia 29 marca 2022 r. znak: DLG.75.1.2022.GK). Skutek finansowy dla wprowadzonych w niniejszym zarządzeniu zmian wynosi 181 967 zł w skali roku. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 kwietnia 2022 r. Zarządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

Zarządzenie Nr 95/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 lipca 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych:

Zarządzenie wprowadza zmianę w załączniku nr 1on do zarządzenia (katalog onkologicznych świadczeń kompleksowych) polegającą na usunięciu procedury 54.59 Inne usunięcie zrostów otrzewnowych z grupy F42 Duże zabiegi jamy brzusznej*. Zmiana w zakresie merytorycznym wynika bezpośrednio (symetryzacja przepisów) z zarządzenia Nr 81/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 czerwca 2022 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne. Skutek finansowy dla wprowadzonej w niniejszym zarządzeniu zmiany nie jest możliwy do oszacowania. Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2022 r. Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

V.1.7. Programy pilotażowe

V.1.7.1. Program pilotażowy z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOSM

Program pilotażowy KOSM jest realizowany od 1 września 2022 r. do 31 grudnia 2023 r. na podstawie zarządzenia Prezesa NFZ nr 110/2022/DSOZ z dnia 29 sierpnia 2022 r. w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOSM (z późniejszymi zmianami).

Celem pilotażu jest zbadanie możliwości uzyskania poprawy efektów terapii pacjentów z rozpoznanym stwardnieniem rozsianym (SM), w tym: ograniczania występowania rzutów i pojawiania się nowych zmian demielinizacyjnych oraz cofnięcie istniejących już zmian w układzie nerwowym poprzez zmianę sposobu organizacji udzielania świadczeń i objęcie świadczeniobiorców z rozpoznaniem ICD-10 G-35, kompleksową opieką. Produkty wynikowe do osiągnięcia poprzez realizacje pilotażu to zmniejszenie liczby rzutów choroby, zmniejszenie nasilenia rzutów choroby, odroczenie momentu wystąpienia utrwalonej niepełnosprawności, spowolnienie postępu niepełnosprawności, wydłużenie okresu zdolności do pełnej samoobsługi i niezależności od osób trzecich, zmniejszenie liczby hospitalizacji, zmniejszenie liczby dni absencji chorobowej, utrzymanie zdolności do pracy zarobkowej, uczestnictwo w życiu społecznym, poprawa jakości życia chorego i bliskich.

Program pilotażowy KOSM realizowany był w 2022 r. przez 5 ośrodków na terenie województw: dolnośląskiego, mazowieckiego, pomorskiego, warmińsko-mazurskiego i wielkopolskiego.

V.1.7.2. Program pilotażowy w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19

Program pilotażowy REH-COVID był realizowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2020 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1246 ze zm.) oraz Zarządzenia Nr 117/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 lipca 2020 r. Umowa na pilotaż obowiązywała od 1 września 2020 r. do 31 grudnia 2022r. Celem programu pilotażowego było przetestowanie programu rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19, ukierunkowanego na remisję tej choroby, poprawę wydolności wysiłkowej i krążeniowej, sprawności oddechowej, siły mięśniowej i ogólnej sprawności fizycznej oraz wsparcie zdrowia psychicznego, a także ocena jego efektywności organizacyjnej i klinicznej. Przedmiotowy program pilotażowy, realizowany był przez jeden ośrodek z województwa opolskiego - SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głuchołazach, który został wskazany przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu jako realizator programu. W okresie od 1 września 2020 r. do 31 grudnia 2022 r. do programu pilotażowego zostało włączonych 3 090 pacjentów.

V.1.7.3. Program pilotażowy dotyczący leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych

Program realizowany na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1985 z późn.zm.) oraz Zarządzenia Nr 128/2018/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 grudnia 2018 r. (z późniejszymi zmianami). Celem pilotażu jest ocena skuteczności praktycznej oraz wypracowanie optymalnego modelu organizacji leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą

przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych. Okres realizacji programu pilotażowego trwa od 1 grudnia 2018 roku do 31 grudnia 2023 roku Od 1 grudnia 2021 roku do 31 grudnia 2022 roku program był realizowany przez 17 świadczeniodawców na terenie 15 województw, a do pilotażu włączono w tym okresie 3 497 pacjentów.

V.1.7.4. Program pilotażowy w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami

Program 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 2020 r. poz. 1185 z późn.zm.) 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 realizowane przez 3 lata od dnia podpisania umowy. 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 z NF/RAS. Zgodnie z zapisem w rozporządzeniu program pilotażowy realizowany jest przez cztery ośrodki wskazane przez Ministra Zdrowia.

V.1.7.5. Program pilotażowy opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej z dnia 10 maja 2021 r. (tj. Dz. U. z 2023 r. poz. 83).

Zostało opublikowane nowe Zarządzenia nr 166/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 21.12.2022 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej.

Na mocy rozporządzenia sieć kardiologiczna została rozszerzona o 6 nowych województw i obejmuje łącznie 7 województw.

Etap organizacji pilotażu dla nowych województw trwał do 31.03.2023 r. do tego dnia podpisywano umowy ze świadczeniodawcami na udzielanie świadczeń w zakresie programu pilotażowego. Etap realizacji pilotażu został przedłużony do końca 2024 r.

V.1.7.6. Program pilotażowy w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR

Do 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 2021 r. poz. 1622), które zostało zmienione rozporządzeniem z dnia 13 lipca 2022 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcą leczonym z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR. Na mocy ww. rozporządzenia zostały zmienione założenia pilotażu dotyczące sposobu rozliczenia

świadczeń udzielonych w ramach modułu III rehabilitacja lecznicza przed i pooperacyjna. Zmianie uległo również Zarządzenie Nr 181/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 08.11.2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS- BAR. Zarządzenie zostało zmienione zarządzeniem Nr 104/2022/DSOZ oraz Nr 132/2022/DSOZ. W 2022 roku wprowadzono w szczególności nowe produkty rozliczeniowe - znieczulenie całkowite dożylne oraz konsultację do tego znieczulenia. W 2022 r. na mocy rozporządzenia KOS-BAR rozszerzono listę realizatorów o 5 nowych realizatorów. Łącznie na realizację pilotażu KOS-BAR podpisano 19 umów. Czas trwania pilotażu został przedłużony do końca czerwca 2024 r. Celem programu jest kompleksowa opieka specjalistyczna nad dorosłymi świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej.

V.1.7.7. Program pilotażowy w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin.

Rzeczony program pilotażowy został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia 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. poz. 2253) oraz zarządzenia Nr 199/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10.12.2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin (z późn. zm.). Program pilotażowy jest realizowany od dnia 1 grudnia 2021 r. do dnia 30 czerwca 2023 r. przez 13 świadczeniodawców na terenie 10 województw. Celem programu pilotażowego jest praktyczne sprawdzenie efektywności różnych programów oddziaływań terapeutycznych przedstawionych przez realizatorów programu pilotażowego. Jednocześnie program ma 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. Ostatecznie ma on wpłynąć na poprawę stanu zdrowia psychicznego i poprawę funkcjonowania społecznego małych pacjentów i ich najbliższych. Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego obejmują świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

V.1.7.8. Program pilotażowy: w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin

Rzeczony program pilotażowy został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia 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. poz. 2253) oraz zarządzenia Nr 199/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10.12.2021 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo

korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin (z późn. zm.). Program pilotażowy jest realizowany od dnia 1 grudnia 2021 r. do dnia 30 czerwca 2023 r. przez 13 świadczeniodawców na terenie 10 województw. Celem programu pilotażowego jest praktyczne sprawdzenie efektywności różnych programów oddziaływań terapeutycznych przedstawionych przez realizatorów programu pilotażowego. Jednocześnie program ma 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. Ostatecznie ma on wpłynąć na poprawę stanu zdrowia psychicznego i poprawę funkcjonowania społecznego małych pacjentów i ich najbliższych. Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego obejmują świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

V.1.7.9. Program pilotażowy Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy

Od 2 września 2019 r., w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, realizowany był nowy zakres świadczeń obejmujący ww. pilotaż. Był to innowacyjny pilotaż, który jako pierwszy rządowy program – kompleksowo określał i uszczegóławiał standardy modelu żywienia, w ramach kompleksowej opieki szpitalnej. Skierowany był do kobiet przebywających w szpitalach w całej Polsce na oddziałach o profilu: neonatologicznym lub położniczo-ginekologicznym lub ginekologicznym lub patologii ciąży lub położniczym lub położnictwa i neonatologii lub ginekologii onkologicznej. Realizacja pilotażu odbywała się przez co najmniej 12 miesięcy od daty podpisania umowy na pilotaż. Celem programu było podniesienie jakości żywienia pacjentek oraz zwiększenie ich satysfakcji z hospitalizacji, uzyskanie wiedzy z zakresu zdrowego odżywiania poprzez edukację i poradnictwo dietetyczne. Celem strategicznym pilotażu było zwiększenie oferty opieki kompleksowej i koordynowanej nad pacjentem, w tym poprzez rozwój usług telemedycznych tj. propagowanie zasad prawidłowych nawyków żywieniowych wśród pań – także po zakończeniu leczenia szpitalnego – poprzez konsultacje on-line. Okres obowiązywania umów na realizację pilotażu obejmował okres od 18 września 2019 r. do 31 maja 2022 r. W oparciu o założenia pilotażu, obecnie trwa ewaluacja programu. NFZ opracuje raport końcowy, który zostanie umieszczony na stronie podmiotowej Funduszu i przekazany do Ministra Zdrowia.

V.1.7.10. Program pilotażowy opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej

Program realizowany od lutego 2019 roku na terenie województw świętokrzyskiego i dolnośląskiego, od grudnia 2019 r. - podlaskiego, a od kwietnia 2020 r. – pomorskiego. Celem projektu jest ocena organizacji, jakości i efektów opieki onkologicznej w ramach sieci onkologicznej. W pilotażu oceniana jest zasadność oraz skuteczność funkcjonowania modelu opartego na sieci ośrodków onkologicznych oraz zapewnienie świadczeniobiorcy kompleksowej i skoordynowanej opieki onkologicznej w pięciu wybranych typach nowotworów złośliwych: gruczołu krokowego, jajnika, jelita grubego, piersi, lub płuca. W ramach realizacji programu planuje się osiągnąć poprawę bezpieczeństwa, jakości leczenia onkologicznego i satysfakcji pacjenta oraz optymalizację kosztową opieki onkologicznej.

W celu zapewnienia ciągłości kompleksowej opieki nad pacjentami onkologicznymi objętymi programem, do czasu wejścia w życie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, wdrażającej rozwiązania przetestowane w ramach pilotażu, program został przedłużony do 31 marca 2023 r.

V.1.7.11. Program pilotażowy leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych

Program został wprowadzony na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2022 r. w sprawie programu pilotażowego leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych (Dz. U. 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. Głównym celem programu pilotażowego jest sprawdzenie modelu leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych w Rzeczpospolitej Polskiej oraz ponadnarodowa harmonizacja leczenia gruźlicy wielolekoopornej i wdrożenie standardów Światowej Organizacji Zdrowia w okresie wyzwań epidemiologicznych. Jednocześnie ma wspomóc w rozwiązaniu problemu ciągłości terapii osób, o których mowa w art. 1 ust. 1 i 2 ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy - leczonych z powodu gruźlicy wielolekoopornej. Dodatkowo ma za zadanie przetestować telemonitoring nad osobami z gruźlicą wielolekooporną oraz ograniczyć hospitalizację osób z gruźlicą wielolekooporną na rzecz leczenia prowadzonego w trybie ambulatoryjnym. Program skierowany jest do osób powyżej 18 roku życia, które nie wymagają hospitalizacji i które posiadają udokumentowane rozpoznanie wstępne gruźlicy wielolekoopornej. W myśl rozporządzenia w sprawie rzeczonego programu realizowany jest przez Centralny Ośrodek Koordynujący (Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie) oraz docelowo przez 37 regionalnych ośrodków koordynujących na obszarze 16 województw. Realizację zaplanowano w okresie od dnia 1 października 2022 r. do dnia 30 września 2024 r.

V.1.8. Świadczenia Kontraktowane Odrębnie

W 2022 r. w obowiązującym zarządzeniu Prezesa NFZ z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie dokonano zmiany wynikającej z wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1542) polegającej na wprowadzeniu do wykazu świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej trzech nowych świadczeń opieki zdrowotnej, tj. opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na: raka piersi lub raka jajnika; raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy; siatkówczaka lub chorobę von Hippel–Lindau (VHL).

Zmiana, wprowadzona zarządzeniem Nr 100/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 sierpnia 2022 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie, weszła w życie od dnia 1 września 2022 r. Zmiana ta wprowadziła nowe zakresy świadczeń, odpowiadające ww. nowym świadczeniom gwarantowanym, co umożliwiło finansowanie przez NFZ świadczeń

zapewniających prewencję i wczesne wykrywanie wybranych nowotworów dziedzicznych (raka piersi, raka jajnika, raka jelita grubego, raka błony śluzowej trzonu macicy, siatkówczaka, choroby von Hippel–Lindau (VHL)). Przedmiotowe zmiany mają na celu umożliwienie identyfikacji osób z rodzin wysokiego ryzyka zachorowania na nowotwory dziedziczne oraz objęcie ich specjalistyczną opieką. NFZ zawarł umowy na finansowanie tych świadczeń w zakresie opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory obowiązujące od dnia 1 września 2022 r. Przeprowadzenie postępowań w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na przedmiotowe świadczenia jeszcze w trakcie obowiązywania dotychczasowych umów świadczeniodawców z Ministrem Zdrowia zapewniło możliwość nieprzerwanej realizacji tych świadczeń na rzecz osób z wysokim ryzykiem zachorowania na dziedzicznie uwarunkowane nowotwory.

V.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 opieka paliatywnej. Przedstawiciele NFZ uczestniczyli w pracach powołanego przez Ministra Zdrowia zespołu w spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej.

V.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 2022 r. poz. 965 ze zm.).

Świadczenia realizowane były:

1) w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym / opiekuńczo – leczniczym,
2) w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym dla dzieci i młodzieży / opiekuńczo - leczniczym dla dzieci i młodzieży,
3) w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie / opiekuńczo - leczniczym dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
4) w zakładzie pielęgnacyjno – opiekuńczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie / opiekuńczo – leczniczym dla dzieci wentylowanych mechanicznie,

5) w ramach zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie,
6) w ramach zespołu długoterminowej opieki domowej dla dzieci wentylowanych mechanicznie,
7) w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej.

Wydano zarządzenie nr 55/2022/DSOZ Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej z dnia 25 kwietnia 2022 r. Wydane zarządzenie wprowadziło do stosowania taryfę określoną w obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 11 lutego 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z obszaru świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej dla świadczeń obejmujących zespoły długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie. Ponadto uzupełniono w § 14 ust. 4 zapis dotyczący koincydencji w rozliczaniu świadczeń realizowanych przez logopedów w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej pacjent przebywający w zakładzie opiekuńczym ma już zagwarantowane świadczenia udzielane przez logopedę. Wydano również zarządzenie nr 156/2022/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Wprowadzana zmiana polegała na zobowiązaniu świadczeniodawców udzielających świadczeń rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej do ustalenia - przed złożeniem dokumentów rozliczeniowych - czy nie nastąpił wypis świadczeniobiorcy ze szpitala lub zgon świadczeniobiorcy. Wprowadzone rozwiązanie ma na celu ograniczenie występowania błędów w sprawozdawczości, polegających na wykazywaniu przez świadczeniodawców pacjentów do rozliczeń, w przypadku, gdy pacjent ten zmarł w szpitalu. Uzyskanie informacji o zgonie chorego w czasie pobytu w szpitalu, pozwoli świadczeniodawcy na wcześniejsze przyjęcie kolejnego pacjenta z listy oczekujących, zwiększając tym samym dostępność do świadczeń w przedmiotowym zakresie. Zamieszczanie informacji o wypisie lub zgonie pacjenta, który został skierowany do szpitala, jest więc niezbędne w celu prawidłowego rozliczenia świadczeń zrealizowanych w zakładzie opiekuńczym, zwłaszcza, że Fundusz finansuje rezerwację łóżka w zakładzie opiekuńczym w wysokości 15% wartości osobodnia przez 15 dni pobytu chorego w szpitalu. Dlatego ustalenie terminu powrotu chorego ze szpitala do zakładu leży w gestii zakładu opiekuńczego.

V.1.11. Zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie

Zaopatrzenie w wyroby medyczne na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawa, o których mowa w ustawie o refundacji[16] jest świadczeniem gwarantowanym. Realizacja tych świadczeń odbywa się na podstawie umowy zawartej ze świadczeniodawcą spełniającym warunki

[16] Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2022 r. poz. 2555, z późn. zm.).

do zawarcia umowy określone przez Prezesa Funduszu 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.

W związku z wejściem w życie od dnia 1 stycznia 2023 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie w wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. z 2022 r. poz. 2319), dokonano zmian w słowniku wyrobów medycznych obejmujących wprowadzenie nowych pozycji uwzgledniających nowe limity finansowania oraz aktualizację kryteriów przyznawania i wzorców kompetencji. Zakres zmian obejmował m.in.:

1) dodanie nowych pozycji właściwych dla wyrobów uciskowych;
2) zmianę limitów finasowania soczewek okularowych i kontaktowych, lup, aparatów słuchowych i systemów wspomagających słyszenie;
3) rozszerzenie kryteriów przyznawania zestawów infuzyjnych do osobistej pompy insulinowej oraz zbiorków na insulinę do osobistej pompy insulinowej;
4) zmianę limitów finansowania: rurek tracheostomijnych, worków do zbiórki moczu, wyrobów stomijnych, środków absorpcyjnych, balkoników i podpórek ułatwiających chodzenie);
5) rozszerzenie kryteriów przyznawania wózków inwalidzkich dziecięcych;
6) dodanie nowych pozycji dedykowanych grupie wózków inwalidzkich dla dziecięcych i dorosłych;
7) rozszerzenie kryteriów przyznawania sensorów i transmiterów do systemu ciągłego monitorowania glikemii;
8) rozszerzenie kryteriów przyznania czujników do systemu monitorowania glikemii dla kobiet w okresie ciąży, połogu z cukrzycą wymagające insulinoterapii, osób niewidomych z orzeczeniem o niepełnosprawności leczonych insuliną, osób powyżej 18. roku życia z cukrzycą wymagającą intensywnej insulinoterapii;
9) dodanie nowej pozycji wymienników ciepła i wilgoci HME dla pacjentów po laryngektomii całkowitej.

V.1.12. Leczenie stomatologiczne

W 2022 roku w przepisach tego rozporządzenia nastąpiła zmiana listy materiałów stomatologicznych wykorzystywanych do wykonywania wypełnień w zębach mlecznych oraz stałych. Zamiast amalgamatu rtęci wprowadzono glassjonomery o różnych właściwościach fizycznych. Materiały te umożliwiają wykonywanie bardziej estetycznych wypełnień (występują w odcieniach koloru białego) we wszystkich zębach w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Zapewniono również możliwość finansowania przez Fundusz usunięcia wypełnienia amalgamatowego, warunkiem wykonania świadczenia jest dodatkowe wyposażenie stanowiska stomatologicznego w separator amalgamatu. Zmiany

te skutkowały opracowaniem przez AOMiT zmiany wyceny świadczeń dotyczących wypełnień w zębach mlecznych i stałych. W 2022 r. kontynuowane były prace w AOTMiT oraz w Ministerstwie Zdrowia nad wyceną pakietów świadczeń stomatologicznych w oparciu o charakterystykę świadczeń opracowanych we współpracy z NFZ. Wprowadzenie rozliczania niektórych świadczeń stomatologicznych pakietami, zgodnie z wytycznymi Ministerstwa Zdrowia oraz zmiana wyceny wypełnień przyczynią się do zwiększenia zainteresowania świadczeniodawców zawieraniem i realizacją umów z Funduszem o udzielanie stomatologicznych świadczeń gwarantowanych.

V.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 (Dz.U. z 2019 r. poz. 1285 z późn. zm.) i udzielane 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 w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 852 z późn. zm.).

Warunki zawierania i realizacji umów o udzielanie powyższych świadczeń opieki zdrowotnej określono odpowiednio w zarządzeniu nr 7/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16 stycznia 2020 r. z późn. zm. oraz zarządzeniu nr 55/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 9 kwietnia 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego z późn. zm.

<u>Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (I, II i III poziom referencyjny)</u>

W 2022 roku Narodowy Fundusz Zdrowia kontynuował realizację nowych rozwiązań w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży, wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia, opartych na środowiskowym modelu realizacji świadczeń tj. blisko miejsca pobytu pacjenta. W tym zakresie przeprowadzono następujące działania legislacyjne.

Zarządzeniem nr 29/2022/DSOZ z dnia 10 marca 2022 r. zmieniającym zarządzenie Prezesa NFZ zaimplementowano przepisy nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia Zdrowia z dnia 15 grudnia 2021 r., określające dodatkowe świadczenia gwarantowane. W zakresie I poziomu referencyjnego dodano „zespół środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny", oraz w zakresie II poziomu referencyjnego dodano „centrum zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – poradnia zdrowia psychicznego – II poziom referencyjny". Dla zespołu – I poziom referencyjny wymagana liczba personelu realizującego świadczenia została zmniejszona do dwóch etatów

w stosunku do ośrodków – I poziom referencyjnego, gdzie wymiar wymaganych etatów personelu powinien wynosić 4. Z kolei wprowadzenie świadczenia w zakresie centrum – poradnia – II poziom referencyjny, umożliwiło zakontraktowanie samych poradni zdrowia psychicznego, które co do zasady funkcjonowały w ramach dotychczasowych świadczeń gwarantowanych. Ponadto uregulowano sposób finansowania przez Fundusz świadczeń zrealizowanych w ramach I poziomu referencyjnego przez personel dodatkowy, w związku z przekroczeniem zobowiązania finansowego Funduszu określonego w umowie. Zgodnie z dyspozycją wskazaną w ww. rozporządzeniu, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia przedstawili świadczeniodawcom spełniającym przesłanki określone w przepisie, propozycje zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie określonym w załączniku nr 8 do rozporządzenia, obejmujące postanowienia dotyczące wymagań w zakresie personelu, zakresu udzielanych świadczeń, organizacji udzielania świadczeń, pozostałych wymagań oraz sposobu i poziomu ich finansowania. Nowelizacja zarządzenia nr 29/2022/DSOZ Prezesa NFZ, wprowadziła również, określone obwieszczeniem Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 21 stycznia 2022 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży, wyceny nowych świadczeń gwarantowanych, oraz nowy sposobu finansowania świadczeń na I poziomie referencyjnym. Dotychczasowy ryczałtowy sposób finansowania świadczeń realizowanych w I poziomie referencyjnym zmieniono, wprowadzając finansowanie hybrydowe polegające na jednorazowym co miesięcznym przekazaniu kwoty ryczałtu przeznaczonej na pokrycie kosztów infrastruktury, kosztów dojazdu do świadczeniobiorcy, obsługi ośrodka oraz części wynagrodzeń zespołu terapeutycznego proporcjonalną do czasu jaki poświęca na sesje koordynacji, udział w konsyliach oraz superwizjach. Pozostały nieopłacony w ramach ryczałtu czas pracy personelu (2 etaty specjalistów w zespole oraz 4 etaty specjalistów w ośrodku), finansowany jest w ramach fee for service, czyli za udzielone bezpośrednio świadczeniobiorcy świadczenie.

Następnie w dniu 8 lipca 2022 r. weszło w życie kolejne zarządzenie zmieniające Nr 83/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 lipca 2022 r., które wprowadziło modyfikację w zakresie rozliczania świadczeń zrealizowanych w zakresie ośrodka – I poziom referencyjny. Zmiana umożliwiła rozliczenie 188 godzin dla zespołu oraz 376 godzin dla ośrodka, świadczeń udzielonych przez 2 etatowy dla zespołu oraz 4 etatowy dla ośrodka zespół specjalistów wymaganych rozporządzeniem, na rozliczenie realizacji świadczeń na ww. zasadach w okresie kwartału.

Ponadto, zarządzeniem nr 164/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 grudnia 2022 r wprowadzono zmiany wynikające z rozporządzenia zmieniającego Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2022 r. w zakresie świadczeń gwarantowanych dla osób z autyzmem dziecięcym, w tym w zakresie porady kompleksowo-konsultacyjnej dla osób z autyzmem dziecięcym oraz programu terapeutyczno-rehabilitacyjny dla osób z autyzmem dziecięcym. Umożliwiono realizację porady kompleksowo-konsultacyjnej oraz programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego w ramach II poziomu referencyjnego, tj. w zakresie centrum – poradnia – II poziom referencyjny oraz centrum – II poziom referencyjny.

Zmodyfikowano przepisy zarządzenia Prezesa NFZ, umożliwiając świadczeniodawcom zawarcie umowy na więcej niż jeden zakres świadczeń w zakresie zespołu – I poziom referencyjny oraz ośrodka – I poziom referencyjny, w ramach kolejnej poradni psychologicznej, utworzonej pod tym samy adresem. Zgodnie z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia, dla poszczególnych świadczeń gwarantowanych jednostkowych realizowanych w ramach I i II poziomu referencyjnego wprowadzono możliwość ich realizacji w miejscu pobytu świadczeniodawcy (w domu lub środowisku), dodając dodatkowe produkty rozliczeniowe.

Zgodnie z dyspozycją wskazaną w rozporządzeniu Ministra Zdrowia, dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie 3 miesięcy od dnia wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia przedstawili świadczeniodawcom spełniającym przesłanki określone w przepisie, propozycje zmiany umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w zakresie określonym w załączniku nr 8 do rozporządzenia, obejmujące postanowienia dotyczące wymagań w zakresie personelu, zakresu udzielanych świadczeń, organizacji udzielania świadczeń, pozostałych wymagań oraz sposobu i poziomu ich finansowania.

W efekcie ww. działań NFZ na koniec 2022 roku zawarł umowy na realizację świadczeń z:

- 348 ośrodkami środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny,
- 68 centrami zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – poradnia zdrowia psychicznego – II poziom referencyjny,
- 49 centrami zdrowia psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny posiadający w strukturze organizacyjne poradnię zdrowia psychicznego i oddział dzienny,30 ośrodkami wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej – III poziom referencyjny (świadczeniodawcy prowadzący ośrodek zobowiązani są również do realizacji świadczeń w zakresie jednej z form II poziomu referencyjnego).

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – pozostałe działania

Ponadto Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia podejmował inne działania regulujące zakres opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Należy tu wymienić regulację wprowadzoną zarządzeniem zmieniającym nr 83/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 lipca 2022 r. W związku z trwającą od kilku lat dyskusją dotyczącą samobójstw oraz braku informacji o liczbie osób leczonych w zakresie opieki psychiatrycznej z powodu próby samobójczej, wprowadzono obowiązek informowania Funduszu o takich przypadkach w ramach sprawozdawczości, odpowiednim rozpoznaniem wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako rozpoznanie współistniejące. Ponadto w zarządzeniu zmieniającym nr 164/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 grudnia 2022 r wprowadzono produkty rozliczeniowe do rozliczania świadczeń realizowanych w warunkach ambulatoryjnych, udzielonych świadczeniobiorcom na podstawie orzeczenia sądu o zastosowaniu środków zabezpieczających na podstawie kodeksu karnego.

V.1.14. Centra Zdrowia Psychicznego

W 2022 roku kontynuowano realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, który rozpoczął się z dniem 1 lipca 2018 r. w związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 852 z późn. zm.). Celem programu pilotażowego jest przetestowanie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej opartego na centrach zdrowia psychicznego w aspektach organizacji, finansowania, jakości oraz dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Na koniec 2022 roku NFZ zawarł umowy na realizację świadczeń w ramach centrum zdrowia psychicznego z 70 świadczeniodawcami.

Pilotażem objęte są świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, zawarte w wykazie określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy o świadczeniach z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, z wyłączeniem: świadczeń z zakresu leczenia uzależnień w warunkach stacjonarnych, dziennych i ambulatoryjnych; świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży oraz świadczeń psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia.

Pilotaż, który co do zasady testuje sposób realizacji świadczeń wg określonego modelu, wymaga bieżących aktualizacji przepisów umożliwiających rozliczenie udzielonych świadczeń. Zatem zaistniała potrzeba nowelizacji obowiązującego zarządzenia nr 55/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 9 kwietnia 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego.

Zarządzeniem zmieniającym nr 19/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 lutego 2022 r dodano produkt rozliczeniowy mający na celu pokrycie kosztów leczenia świadczeniobiorców zamieszkujących poza obszarem działania centrum, u których potwierdzono zakażenie wirusem SARS-CoV-2 oraz postawiono zgodnie z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 rozpoznanie U07.1. Przedmiotowy koszt leczenia obejmuje koszt testów diagnostycznych oraz izolacji lub leczenia pacjentów przez okres 10 dni. Jednocześnie, wprowadzono rozwiązanie, które umożliwiało zwiększenie o 10 dni okresu rozliczenia pobytu pacjenta, z zastosowaniem wskaźnika korygującego o wartości 1.

Kolejna nowelizacja zarządzenia nr 82/2022/DSOZ z dnia 5 lipca 2022 r. umożliwiła sprawozdanie i rozliczenie świadczeń realizowanych w hostelu dla osób z zaburzeniami psychicznymi.

Wprowadzono również obowiązek przekazywania do Funduszu, w ramach sprawozdawczości tj. odpowiednim rozpoznaniem wg Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 jako rozpoznanie współistniejące, informacji o liczbie osób leczonych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień z powodu prób samobójczych.

V.1.15. Rehabilitacja lecznicza

W 2022 roku 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 obywała się rehabilitacja w zakresach skojarzonych dedykowanych dla osób o znacznym stopniu niepełnosprawności z wyjątkiem leczenia dzieci i dorosłych ze śpiączka.

Dnia 11.01.2022 r. opublikowano zarządzenie Nr 7/2022/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 zmiany konstrukcji katalogu produktów rozliczeniowych ujętych w załączniku nr 1 m do zarządzenia dla świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej. Na podstawie konsultacji ze środowiskami fizjoterapeutycznymi i współpracy z Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) ustalono, że głównym założeniem nowego katalogu powinno być wprowadzenie produktów w uproszczonej formie, dla których jednostką rozliczeniową jest czas zaangażowania fizjoterapeuty oraz realizacja samodzielności zawodowej. Tym samym przepisy umożliwiły rozliczenie rzeczywistego czasu pracy fizjoterapeuty poświęconego na prowadzenie terapii z pacjentem, a nie wycenę konkretnych procedur. Takie podejście usprawniło osiąganie przyjętych, indywidualnych celów fizjoterapii, a także wsparło większą samodzielność zawodową fizjoterapeutów. Nowy mechanizm rozliczania świadczeń w fizjoterapii domowej pozwala na urealnienie sprawozdawczości oraz finansowania w tym obszarze poprzez zniwelowanie dotychczasowego wielokrotnego rozliczania kosztów dojazdu w przypadku świadczeniobiorców przebywających pod jednym adresem zamieszkania. Ponadto, wprowadzono zmianę wyceny dla nowo zdefiniowanych produktów rozliczeniowych określonych w załączniku 1m oraz z uwagi na fakt, iż wizyta fizjoterapeutyczna jest elementem procesu leczenia w ramach świadczeń fizjoterapeutycznych, zmianę wyceny produktów rozliczeniowych określonych w załączniku 1n.

W lutym 2022 r. nastąpiła także zmiana ceny za punkt w ramach rehabilitacji realizowanej w oddziałach dziennych i stacjonarnych. Każdy z podmiotów uzyskał wzrost ceny o 25% lub 30%, w zależności od tego, czy jego zakontraktowana cena była mniejsza lub większa od średniej ceny w kraju. Celem było podniesienie ceny o tę samą wartość każdemu świadczeniodawcy, a nie narzucenie jednakowej ceny za punkt w całym kraju, gdyż jest ona negocjowana w postępowaniu konkursowym. Działania te miały na celu zmniejszenie różnic pomiędzy oddziałami wojewódzkimi NFZ dla podmiotów realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych oraz w oddziałach/ośrodkach dziennych.

Z uwagi na wzrost inflacji w kraju, a co za tym idzie wzrost kosztów utrzymania placówek, wartość zawartych umów z zakresu rehabilitacji leczniczej wzrosła od kwietnia o 4,5%. Poziom wzrostu finansowania podmiotów został oszacowany przez AOTMiT.

Dnia 29.12.2022r. opublikowano zarządzenie Nr 175/2022/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie Nr 195/2020/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką, w którym wprowadzono zmiany o charakterze doprecyzowującym. Zmiany te dotyczyły rozliczania świadczeń realizowanych w warunkach domowych w ramach zakresu fizjoterapii ambulatoryjnej. Dotychczas przepisy odnosiły się tylko do zakresu fizjoterapii domowej. Ponadto ustalono, że wystawione błędnie skierowania na świadczenia rehabilitacyjne, z pominięciem danych, wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia, będą mogły być uzupełniane przez fizjoterapeutę bądź lekarza podczas wizyty bez obciążania pacjenta skutkami braków formalnych. Modyfikacji uległy także przepisy dotyczące rozliczania rehabilitacji dla osób powyżej 18 r.ż., ale nie dłużej niż do ukończenia 25r.ż- w przypadku posiadania przez te osoby orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego lub orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych. W zaktualizowanych przepisach świadczeniodawca nie będzie musiał występować z wnioskiem, a jedynie odnotować fakt posiadania dokumentu przez pacjenta w dokumentacji medycznej.

Z uwagi na występujące ograniczenia w świadczeniach gwarantowanych, postanowiono dodać zapis, który określi stopień możliwych do wystąpienia koincydencji, o których powinien wiedzieć świadczeniodawca, chcący udzielić świadczeń rehabilitacji leczniczej. Dzięki temu usystematyzowano świadczenia rehabilitacyjne dostępne również wśród innych świadczeń gwarantowanych.

V.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej

V.2.1. System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej

W rozdziale przedstawiono efekty wprowadzenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Porównano funkcjonowanie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia", „siecią szpitali", „PSZ" lub „systemem PSZ", w okresie 2021-2022 tj. rok do roku. Dane wykorzystane do analizy pochodzą z systemu informatycznego Centrali NFZ i zostały wygenerowane w dniu 16 maja 2023 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.

V.2.1.1. Funkcjonowanie systemu PSZ w latach 2021-2022

Tabela nr V.1. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ za okres 2021-2022 (wartości świadczeń wyrażone w mln zł).

OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2021	2022	2021	2022
Dolnośląski	2 701 189	2 944 526	3 139	4 407
Kujawsko-pomorski	2 367 950	2 906 186	2 296	3 279
Lubelski	2 650 565	2 913 566	2 122	3 107
Lubuski	956 313	1 060 058	897	1 280
Łódzki	2 923 367	3 204 957	2 591	3 682
Małopolski	3 947 810	4 283 484	3 537	5 053
Mazowiecki	7 270 464	8 055 408	6 817	9 596
Opolski	970 270	1 049 534	744	1 064
Podkarpacki	2 341 190	2 556 500	1 921	2 776
Podlaski	1 628 595	1 803 240	1 187	1 778
Pomorski	2 602 238	2 895 464	2 389	3 385
Śląski	4 931 595	5 395 176	4 959	6 879
Świętokrzyski	1 375 303	1 542 189	1 276	1 862
Warmińsko-mazurski	1 502 168	1 682 538	1 251	1 820
Wielkopolski	3 079 602	3 351 799	3 614	5 072
Zachodniopomorski	2 175 185	2 299 670	1 818	2 536
Polska	43 423 804	47 944 295	40 557	57 578

Tabela nr V.2. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne za okres 2021-2022 r. (wartości świadczeń wyrażone w mln zł).

OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2021	2022	2021	2022
Dolnośląski	1 166 667	1 362 895	2 869	4 009
Kujawsko-pomorski	591 972	1 056 379	2 036	2 908
Lubelski	738 940	876 376	1 862	2 705
Lubuski	283 574	323 222	789	1 110
Łódzki	944 753	1 112 520	2 297	3 236
Małopolski	1 171 746	1 332 666	3 151	4 480
Mazowiecki	2 342 775	2 738 107	6 078	8 511
Opolski	287 412	334 151	640	911
Podkarpacki	777 191	873 002	1 719	2 461
Podlaski	401 957	461 820	1 040	1 550
Pomorski	929 968	1 074 027	2 129	2 982
Śląski	1 716 211	1 972 930	4 476	6 156
Świętokrzyski	472 472	547 021	1 134	1 637
Warmińsko-mazurski	433 796	523 014	1 089	1 572
Wielkopolski	1 282 629	1 492 594	3 278	4 580
Zachodniopomorski	711 792	763 078	1 591	2 200
Polska	14 253 855	16 843 802	36 179	51 007

Tabela nr V.3. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ w rodzaju AOS za okres 2021-2022 (wartości świadczeń w mln zł).

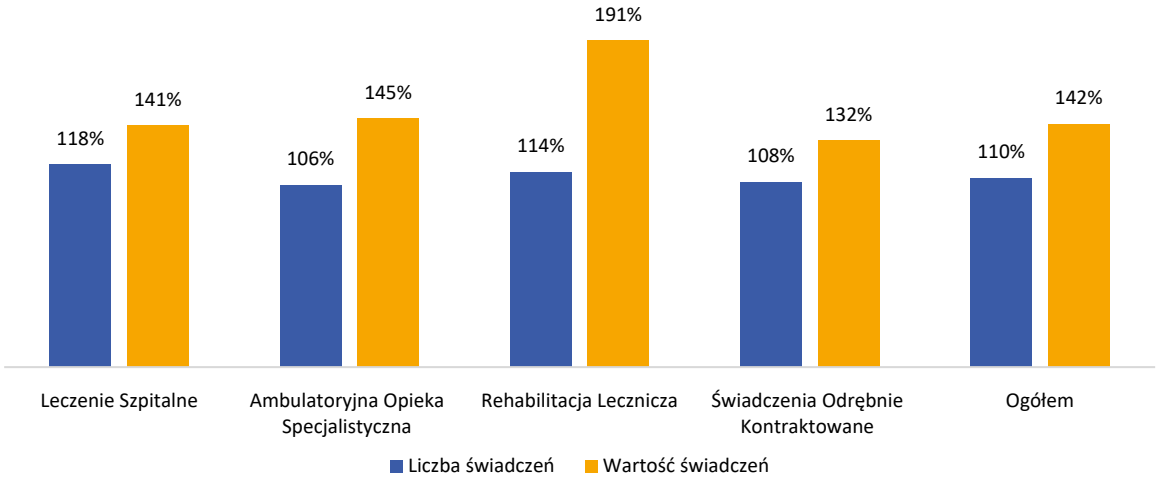
OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2021	2022	2021	2022
Dolnośląski	1 473 274	1 518 897	195	268
Kujawsko-pomorski	1 755 237	1 827 698	204	285
Lubelski	1 833 546	1 957 299	195	294
Lubuski	666 697	729 509	87	129
Łódzki	1 894 255	2 003 930	216	325
Małopolski	2 655 257	2 795 746	305	439
Mazowiecki	4 451 480	4 771 817	522	740
Opolski	666 751	697 184	74	103
Podkarpacki	1 519 516	1 634 644	161	243
Podlaski	1 195 357	1 300 349	126	191
Pomorski	1 544 293	1 693 265	195	294
Śląski	3 100 412	3 299 434	366	535
Świętokrzyski	847 621	931 430	95	142
Warmińsko-mazurski	985 458	1 069 600	111	165
Wielkopolski	1 736 028	1 795 920	226	314

OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
Zachodniopomorski	1 447 609	1 520 963	193	274
Polska	27 772 791	29 547 685	3 271	4 743

Tabela nr V.4. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ za okres 2021-2022 wg rodzaju świadczeń (wartości świadczeń w mln zł).

Rodzaj świadczeń	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2021	2022	2021	2022
Leczenie Szpitalne	14 253 855	16 843 802	36 179	51 007
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	27 772 791	29 547 685	3 271	4 743
Rehabilitacja Lecznicza	749 996	853 234	624	1 189
Świadczenia Odrębnie Kontraktowane	647 162	699 574	483	638
RAZEM	**43 423 804**	**47 944 295**	**40 557**	**57 578**

Wykres nr V.1. Porównanie dynamiki wzrostu w ujęciu liczbowym i wartościowym wg rodzaju świadczeń.

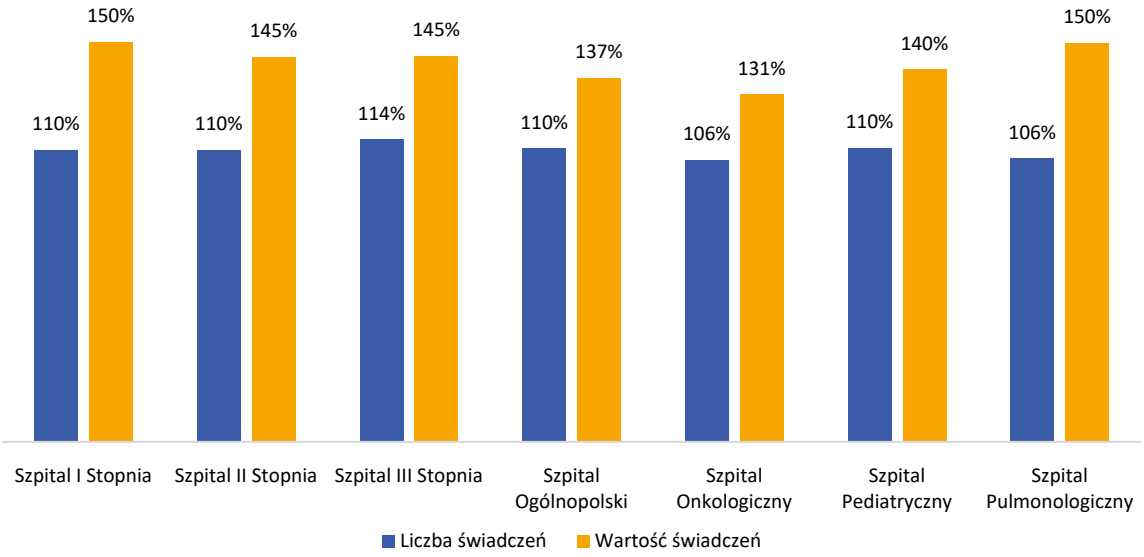


Wzrost liczby świadczeń w okresie 2021-2022 r. objętych systemem PSZ to ok. 10% w skali kraju. W analizowanym okresie odnotowano wzrost liczby świadczeń we wszystkich rodzajach świadczeń. Największy wzrost odnotowano w rodzaju leczenia szpitalne (18%) oraz rehabilitacja lecznicza (14%). Należy mieć jednak 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. 42%. Istotny wzrost wartości świadczeń jest konsekwencją działań podjętych w związku z rekomendacją Nr 65/2022 Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie wzrostu poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. W 2022 roku nastąpił istotny wzrost ceny jednostki sprawozdawczej w ryczałcie systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z poziomu 1,16 w styczniu do 1,62 od sierpnia. Wprowadzono również dla świadczeń rozliczanych w ryczałcie dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do I stopnia poziomu PSZ zwiększenie wartości współczynnika korygującego z 1,02 do 1,04, natomiast dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do II poziomu PSZ zwiększenie wartości współczynnika korygującego z 1,01 do 1,03.

Tabela nr V.5. Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ za okres 2021-2022 wg poziomu PSZ (wartości świadczeń w mln zł).

Poziom zabezpieczenia zdrowotnego	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2021	2022	2021	2022
Szpital I Stopnia	10 219 699	11 219 065	6 552	9 849
Szpital II Stopnia	8 776 502	9 622 301	7 033	10 172
Szpital III Stopnia	8 805 436	10 006 321	8 744	12 685
Szpital Ogólnopolski	11 397 701	12 573 099	14 069	19 237
Szpital Onkologiczny	2 653 687	2 813 915	2 `837	3 706
Szpital Pediatryczny	935 713	1 033 334	557	781
Szpital Pulmonologiczny	635 066	676 260	765	1 148
Ogółem	43 423 804	47 944 295	40 557	57 578

Wykres nr V.2. Porównanie dynamiki w ujęciu liczbowym i wartościowym wg poziomu szpitali.

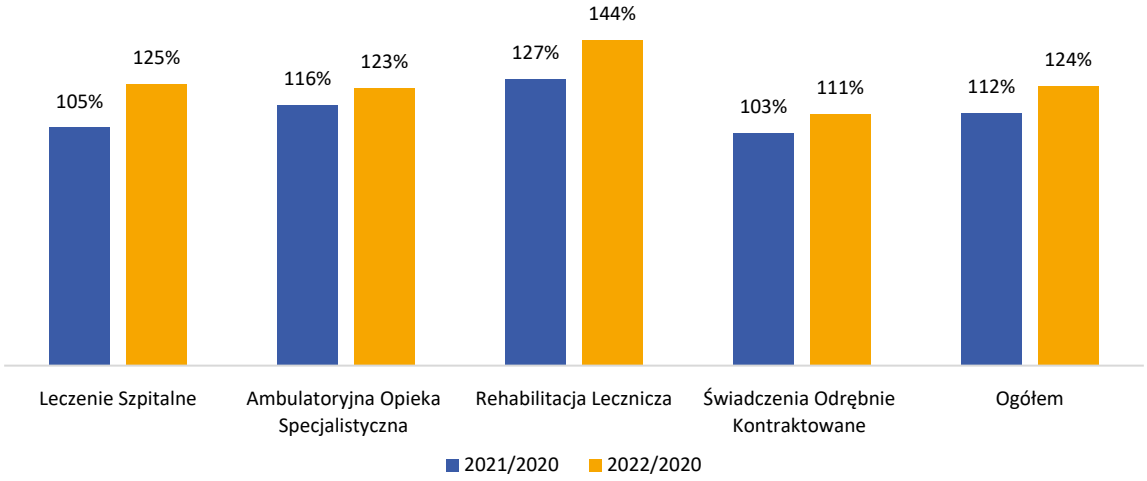


Wzrost liczby udzielonych świadczeń zanotowały szpitale wszystkich poziomów zabezpieczenia zdrowotnego. Największy względny wzrost odnotowano w podmiotach zakwalifikowanych do III stopnia poziomu zabezpieczenia.

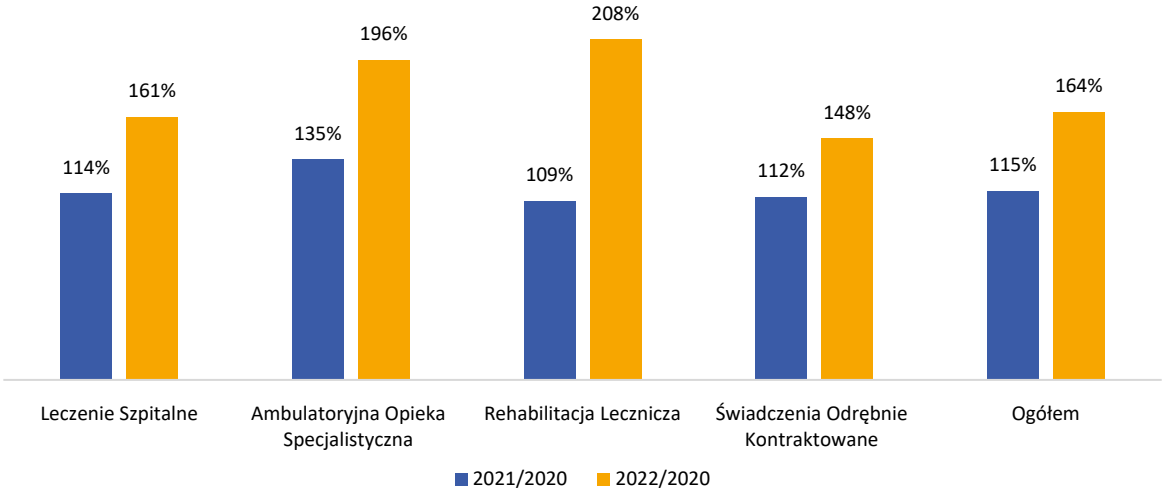
Tabela nr V.6. Liczba szpitali zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów PSZ.

Poziom PSZ	2021	2022
Szpital I Stopnia	274	275
Szpital II Stopnia	97	96
Szpital III Stopnia	61	61
Szpital Onkologiczny	19	18
Szpital Pulmonologiczny	31	30
Szpital Pediatryczny	12	12
Szpital Ogólnopolski	88	86
RAZEM	580	578

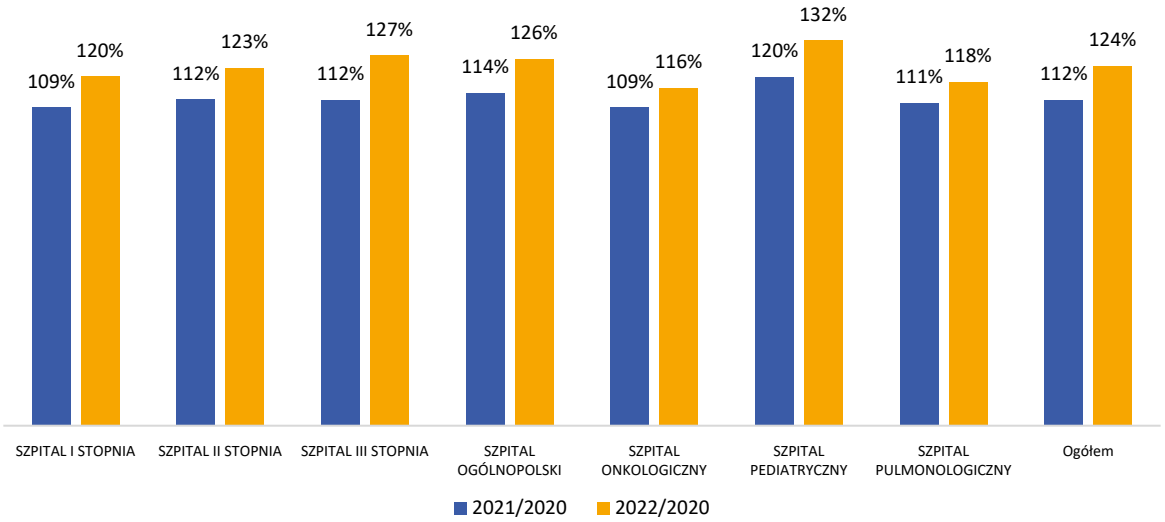
Wykres nr V.3. Porównanie dynamiki w ujęciu liczbowym wg rodzaju świadczeń (zmiana procentowa w stosunku do 2020 roku - liczba świadczeń).



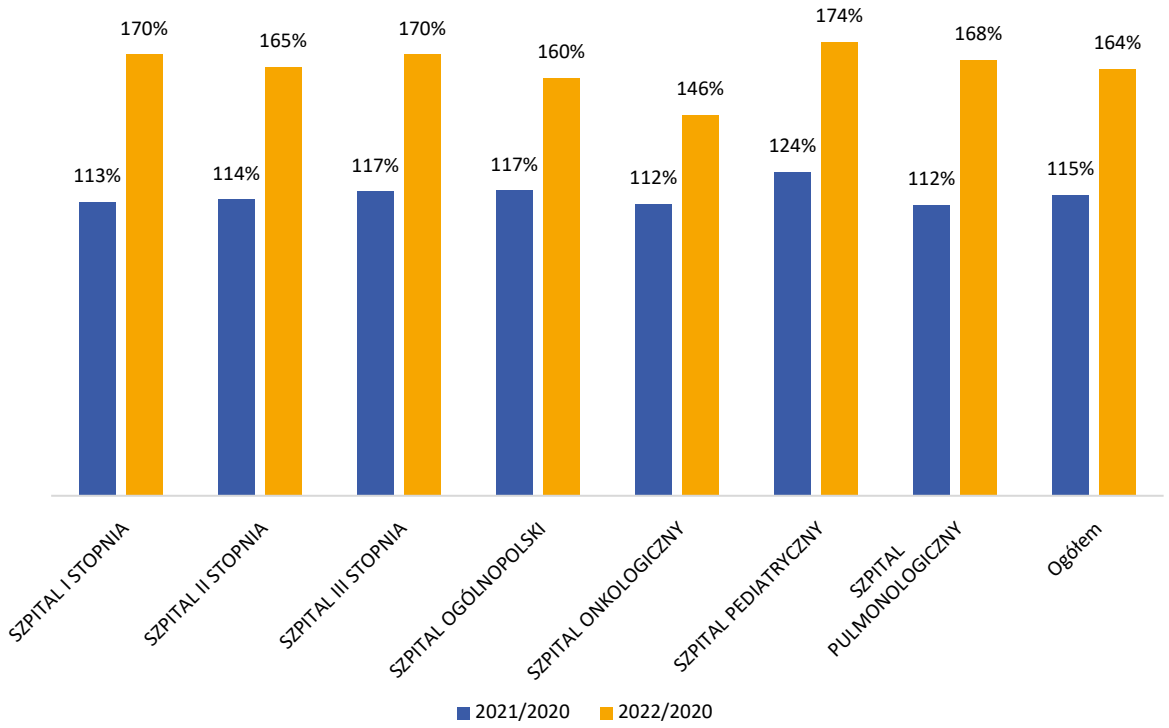
Wykres nr V.4. Porównanie dynamiki w ujęciu wartościowym wg rodzaju świadczeń (zmiana procentowa w stosunku do 2020 roku - wartość świadczeń).



Wykres nr V.5. Porównanie dynamiki w ujęciu liczbowym wg poziomu szpitali (zmiana procentowa w stosunku do 2020 roku - liczba świadczeń).



Wykres nr V.6. Porównanie dynamiki w ujęciu wartościowym wg poziomu szpitali (zmiana procentowa w stosunku do 2020 roku - wartość świadczeń).



Kwalifikacja do systemu PSZ na lata 2023-2027

Na podstawie przepisu art. 95n ust. 1 - 2 ustawy o świadczeniach, działający w imieniu Prezesa NFZ - na podstawie stosownych pełnomocnictw - dyrektorzy poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ, ogłosili wykazy świadczeniodawców zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Wykazy obowiązują od dnia 1 stycznia 2023 r. do dnia 30 czerwca 2027 r. W przypadkach niezakwalifikowania do systemu zabezpieczenia, kwalifikacji do niewłaściwego poziomu lub niewłaściwego wskazania profili systemu zabezpieczenia, zakresów lub rodzajów, świadczeniodawcy posiadający w dniu ogłoszenia wykazów umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, mogli wnieść do Prezesa NFZ, w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia wykazu, środek odwoławczy w postaci protestu. Łącznie wniesiono 8 protestów (w tym: 2 po terminie). W wyniku rozpatrzenia protestów Prezes Funduszu wydał: 2 postanowienia o pozostawieniu protestu bez rozpatrzenia oraz 6 decyzji (3 decyzje uwzględniające i 3 decyzje, w których odmówiono uwzględnienia). W przypadku 1 decyzji, w której Prezes Funduszu odmówił uwzględnienia protestu - wniesiono 1 odwołanie do ministra właściwego do spraw zdrowia. W wyniku rozpatrzenia niniejszego odwołania – Minister Zdrowia wydał decyzję o utrzymaniu w mocy zaskarżonej decyzji.

V.2.2. Postępowania w zaprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

W 2022 roku przeprowadzono postępowania w trybie konkursu ofert i rokowań. Wszystkich postępowań było 3 165. Rozstrzygnięto 1 521, unieważniono bądź odwołano 1 620, 6 postepowań miały status zakończony.

Tabela nr V.7. Liczba postępowań w 2022 roku stan na 31.12.2022 r. (wszystkie).

Nazwa Oddziału	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	Ratownictwo medyczne	Pomoc doraźna i transport sanitarny	liczba postępowań
Dolnośląski	2	39	41	50	5	10	2	5	2					156
Kujawsko-Pomorski		34	50	1	1	34	1	4	4		1			130
Lubelski		123	62	26	15	29		11	4	101	129		3	503
Lubuski		25	41	4	60	25		5	3	17	20			200
Łódzki		63	58	26	3	22		12	47	1	80			312
Małopolski	3	28	42	9	1	12	2	5	3		29		5	139
Mazowiecki	2	65	39	18	7	122		37	6		11			307
Opolski	1	11	25	6	2	14		1	13	1	4			78
Podkarpacki		52	35	9	4	13		2	8		3		2	128
Podlaski	1	40	45	25	31	88	1	6	13	6	2			258
Pomorski	2	3	18	18	1			30	4	1	2			79
Śląski		24	46	13		16		6	32			3		140
Świętokrzyski		18	71	2		14		15	3	4				127
Warmińsko-Mazurski		52	41	3	5	13		19	28	5				166
Wielkopolski	2	107	30	17	55	22		11	17		66			327
Zachodniopomorski		24	25	7		49	4	3	3					115
Razem	13	708	669	234	190	483	10	172	190	136	347	3	10	3 165

V.2.2.1. Liczba i wartość umów w 2022 roku

Tabela nr V.8. Liczba i wartość umów w 2022 roku w podziale na oddziały wojewódzkie (w tys. zł).

OW NFZ	Liczba umów	Wartość umów
Dolnośląski	2 403	7 654 357
Kujawsko-Pomorski	1 699	5 189 851
Lubelski	2 020	5 734 730
Lubuski	1 171	2 376 326
Łódzki	2 179	6 684 999
Małopolski	2 449	8 914 792
Mazowiecki	3 640	15 542 133
Opolski	1 003	2 208 084
Podkarpacki	2 342	5 316 927
Podlaski	1 286	3 258 349

OW NFZ	Liczba umów	Wartość umów
Pomorski	1 586	5 804 022
Śląski	3 654	12 182 878
Świętokrzyski	1 224	3 275 944
Warmińsko-Mazurski	1 467	3 276 842
Wielkopolski	4 238	8 562 674
Zachodniopomorski	1 334	4 051 757
Razem	33 695	100 034 665

V.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 zdrowotne. Przedmiotem zwieranych 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 V.9. Liczba świadczeniodawców w podstawowej opiece zdrowotnej 2020-2022.

Nazwa Oddziału	Liczba świadczeniodawców		
	2020	2021	2022
Dolnośląski	709	707	707
Kujawsko-Pomorski	427	432	435
Lubelski	562	558	552
Lubuski	404	403	400
Łódzki	490	496	491
Małopolski	695	690	688
Mazowiecki	827	833	838
Opolski	261	262	264
Podkarpacki	675	677	664
Podlaski	294	299	295
Pomorski	508	501	496

Nazwa Oddziału	Liczba świadczeniodawców		
Śląski	996	993	998
Świętokrzyski	272	270	272
Warmińsko-Mazurski	458	455	459
Wielkopolski	1 434	1 427	1 420
Zachodniopomorski	440	436	432
Razem	9 452	9 439	9 411

Z powyższych danych zaobserwować można nieznaczny spadek liczby świadczeniodawców w stosunku do ubiegłego roku.

Tabela nr V.10. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w latach 2020-2022 i ich wykonanie (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2020	Koszty realizacji świadczeń 2020	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2021	Koszty realizacji świadczeń 2021	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2022	Koszty realizacji świadczeń 2022
Dolnośląski	1 039 644,00	1 039 403,77	1 264 065,00	1 256 110,64	1 158 241,00	1 144 204,38
Kujawsko-Pomorski	739 712,00	739 668,11	900 965,00	894 167,44	925 662,00	808 625,19
Lubelski	778 469,00	772 622,57	930 539,00	895 774,02	828 372,00	826 155,53
Lubuski	361 007,00	357 186,47	451 386,00	436 672,75	398 253,00	391 862,89
Łódzki	919 176,00	911 207,98	1 102 584,00	1 088 552,73	1 000 056,00	989 694,31
Małopolski	1 228 394,00	1 230 612,58	1 474 648,00	1 460 643,86	1 381 232,00	1 360 091,57
Mazowiecki	2 045 587,00	2 040 848,80	2 520 001,00	2 486 162,84	2 319 245,00	2 302 781,58
Opolski	332 177,00	326 376,29	409 670,00	391 313,46	376 861,00	356 997,78
Podkarpacki	753 701,00	746 439,51	856 003,00	854 973,50	799 736,00	793 029,43
Podlaski	410 351,00	408 744,81	506 421,00	480 648,68	442 507,00	438 670,24
Pomorski	848 599,00	839 891,23	1 032 689,00	1 029 720,05	947 014,00	936 755,71
Śląski	1 636 385,00	1 627 083,44	1 953 378,00	1 943 118,47	1 852 448,00	1 776 685,81
Świętokrzyski	432 747,00	428 419,85	509 658,00	504 241,36	501 456,00	463 927,39
Warmińsko-Mazurski	487 293,00	487 253,06	587 380,00	585 160,98	541 432,00	534 345,71
Wielkopolski	1 289 530,00	1 282 697,90	1 593 115,00	1 558 918,41	1 477 572,00	1 440 086,36
Zachodniopomorski	601 627,00	591 907,33	743 211,00	723 903,23	679 382,00	665 299,29
Razem	13 904 399,00	13 830 363,70	16 835 713,00	16 590 082,42	15 629 469,00	15 229 213,17

Na podstawie powyższych danych zaobserwować można spadek kosztów finansowania świadczeń i ich wykonania w stosunku do ubiegłego roku. Zmiana ta jest podyktowana wyhamowywaniem m.in. szczepień ochronnych przeciw COVID-19.

Tabela nr V.11. Porównanie liczby pacjentów (wg unikalnego identyfikatora) i liczby wykonanych świadczeń w POZ w latach 2020-2022.

Nazwa Oddziału	2020		2021		2022	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	1 943 480	11 137 440	2 020 181	12 024 880	2 113 660	12 470 226
Kujawsko-Pomorski	1 443 870	8 442 300	1 487 489	9 132 385	1 540 805	9 451 565
Lubelski	1 493 779	8 829 401	1 551 951	9 795 676	1 600 873	10 225 769
Lubuski	687 664	3 859 703	719 128	4 230 815	751 767	4 323 401
Łódzki	1 765 430	10 501 188	1 826 889	11 396 988	1 896 009	11 778 824
Małopolski	2 304 671	12 371 537	2 423 670	13 737 574	2 538 871	14 366 064
Mazowiecki	3 560 029	18 746 996	3 754 020	20 685 365	3 926 888	21 688 944
Opolski	636 648	3 596 233	653 668	3 835 039	682 199	4 045 345
Podkarpacki	1 456 447	7 946 268	1 508 410	8 690 365	1 556 149	9 038 137
Podlaski	806 394	4 576 835	846 041	5 043 842	872 539	5 253 531
Pomorski	1 616 521	8 951 714	1 709 044	9 948 956	1 779 461	10 265 193
Śląski	3 175 745	18 059 041	3 264 986	19 753 413	3 389 810	20 785 900
Świętokrzyski	848 303	4 910 296	873 553	5 233 364	899 985	5 476 803
Warmińsko-Mazurski	963 683	5 589 887	1 008 341	6 200 002	1 039 904	6 412 549
Wielkopolski	2 483 495	14 433 840	2 605 727	15 962 653	2 741 774	16 981 873
Zachodniopomorski	1 166 779	7 024 208	1 226 269	7 707 338	1 273 862	7 976 894
Razem	26 352 938	148 976 887	27 479 367	163 378 655	28 604 556	170 541 018

Powyższe dane przedstawiają wzrost liczby świadczeń z jednoczesnym wzrostem liczby pacjentów w stosunku do roku ubiegłego.

Tabela nr V.12. Zestawienie kosztów świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej sfinansowanych w 2022 r.

Nazwa świadczenia	Koszt świadczeń w 2022 r. (w PLN), w tym:	Koszt wzrostu finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, zrealizowany w związku z przepisami OWU (w PLN)	Średniomiesięczna populacja świadczeniobiorców uwzględnionych w rozliczeniu 2022 r. (średnia z 12 miesięcy**)
Świadczenia lekarza POZ			
Świadczenia lekarza poz - kapitacja, w tym:	10 798 767 287,86	33 845 671,85	34 463 906,07
• grupa 0-6 r.ż	1 178 152 040,75	3 801 631,91	2 374 175,09
• grupa 7-19 r.ż.	1 107 427 274,14	3 482 652,59	5 054 660,00
• grupa 20-39 r.ż.	1 481 733 088,64	4 528 986,35	8 057 563,08
• grupa 40-65 r.ż.	2 685 656 860,41	8 651 477,72	10 928 031,00
• grupa powyżej 65 r.ż.	0,00	0,00	0,00
• grupa 66 - 75 r.ż.	1 820 775 665,05	6 072 079,29	3 678 046,00
• grupa powyżej 75 r.ż.	1 188 570 450,33	3 496 746,52	2 091 298,75
• grupa dps	45 214 300,40	137 286,90	79 046,75
• grupa opieka nad chorymi przewlekle	1 291 237 608,14	3 674 810,55	2 201 085,41
Świadczenia lekarza POZ w ramach realizacji profilaktyki ChUK	20 697 257,98	27 874,53	3 004,00
Świadczenia lekarza POZ udzielane świadczeniobiorcom spoza listy	91 981 777,87	99 159,06	23 885,00
Świadczenia lekarza POZ w ramach kwalifikacji do realizacji transportu „dalekiego" w POZ	34 060,10	300,56	36,00

Nazwa świadczenia	Koszt świadczeń w 2022 r. (w PLN), w tym:	Koszt wzrostu finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, zrealizowany w związku z przepisami OWU (w PLN)	Średniomiesięczna populacja świadczeniobiorców uwzględnionych w rozliczeniu 2022 r. (średnia z 12 miesięcy**)
Porady związane z wydaniem Karty DiLO	3 611 607,93	25 993,68	1 459,00
Porada lekarska związana z wydaniem zaśw. osobie niezdolnej do samodz. egzystencji	4 375 477,75	6 672,12	1 042,00
Budżet powierzony diagnostyczny	8 190 300,00	0,00	103 534,00
Świadczenia w budzecie powierzonym opieki koordynowanej	1 843 132,39	0,00	57 405,00
test antygenowy w kierunku: SARS-CoV-2/grypy A+B/RSV	0,00	0,00	0,00
Pierwszorazowe świadczenie lekarza POZ związane z oceną stanu zaszczepienia oraz stanu zdrowia wraz ze szczepieniem dla osoby spoza listy świadczeniobiorców innej niż ubezpieczona, uprawnionej do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy	694 628,60	540,80	240,00
Świadczenie lekarza POZ związane z realizacją indywidualnego kalendarza szczepień (IKSz) dla osoby spoza listy świadczeniobiorców innej niż ubezpieczona, uprawnionej do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy	379 680,00	231,12	243,00
Razem	10 930 575 210,48	34 006 443,72	34 654 754,07
Świadczenia pielęgniarki POZ			
Świadczenia pielęgniarki POZ - kapitacja, w tym:	1 842 818 144,22	391 750 646,03	32 932 732,08
• grupa 0-6 r.ż	189 030 940,00	42 647 779,98	2 137 380,84
• grupa 7-65 r.ż.	1 056 160 414,64	223 696 304,70	24 062 842,42
• grupa powyżej 65 r.ż.	586 491 989,72	123 089 381,93	6 659 637,58
• grupa dps	11 134 799,86	2 317 179,42	72 871,25
Świadczenia pielęgniarki POZ w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy	5 992 606,17	144 205,67	4 249,00
Świadczenia pielęgniarki POZ udzielane świadczeniobiorcom spoza listy	244 887,79	659,52	385,00
Świadczenia pielęgniarki POZ w ramach realizacji profilaktyki ChUK	6 377 874,34	27 874,53	2 683,00
Kompleksowa Opieka Pielęgniarska w ramach opieki przejściowej w miejscu udzielania świadczeń	0,00	0,00	0,00
Kompleksowa Opieka Pielęgniarska w ramach opieki przejściowej w domu świadczeniobiorcy	0,00	0,00	0,00
Razem	1 855 433 512,52	391 923 385,75	32 940 049,08
Świadczenia położnej POZ			
Świadczenia położnej POZ - kapitacja	461 380 279,88	162 498 571,02	13 534 066,25
Świadczenia położnej POZ - wizyty	75 698 572,59	159 167,85	43 993,00
Świadczenia położnej POZ - przesiewowe badania cytologiczne	326 180,84	822,12	503,00
Świadczenia położnej POZ udzielane świadczeniobiorcom spoza listy	94 025,09	181,44	263,00
Razem	537 499 058,40	162 658 742,43	13 578 825,25
Świadczenia pielęgniarki szkolnej			
Świadczenia pielęgniarki szkolnej - kapitacja wg typów uczniów, w tym:	562 320 789,27	181 565 190,19	4 522 966,75
• uczniowie typ I.1	368 129 544,99	120 444 693,26	3 832 284,17
• uczniowie typ I.2	31 784 979,69	10 231 058,63	190 978,91
• uczniowie typ I.3A	27 462 790,04	8 375 378,83	55 552,66
• uczniowie typ I.3B	5 190 021,99	1 610 594,06	5 693,25

Nazwa świadczenia	Koszt świadczeń w 2022 r. (w PLN), w tym:	Koszt wzrostu finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, zrealizowany w związku z przepisami OWU (w PLN)	Średniomiesięczna populacja świadczeniobiorców uwzględnionych w rozliczeniu 2022 r. (średnia z 12 miesięcy**)
• uczniowie typ I.3C	3 485 287,55	1 009 856,41	1 384,91
• uczniowie typ II	62 891 243,92	19 963 375,75	373 743,00
• uczniowie typ IIIA	15 218 373,10	4 640 083,50	30 125,59
• uczniowie typ IIIB	19 962 416,00	6 350 765,97	21 659,92
• uczniowie typ IIIC	28 196 132,00	8 939 383,77	11 544,33
Świadczenia pielęgniarki szkolnej udzielane w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej- kapitacja w klasach I-VI szkół podstawowych	11 633 375,85	47 389,93	1 774 730,42
Razem	573 954 165,12	181 612 580,12	6 297 697,17
Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej			
Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej - ryczałt	809 432 650,43	13 430 358,67	31 705,00
Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej - UE	1 786 526,17	0,00	114,00
Razem	811 219 176,60	13 430 358,67	31 819,00
Świadczenia transportu sanitarnego w POZ			
Świadczenia transportu sanitarnego w POZ – kapitacja	222 128 224,27	1 175 480,20	25 864 089,08
Świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego" w POZ	596 391,35	3 934,76	0,00
Razem	222 724 615,62	1 179 414,96	25 864 089,08
Koordynacja opieki- zadania koordynatora	59 075 431,75	284 724,09	3 909 869,25
Koordynacja opieki - ryczałt miesięczny	0,00	0,00	14 511,00
Razem	59 075 431,75	284 724,09	3 924 380,25
Koszt ogółem	14 990 481 170,49	785 095 649,73	117 291 613,90

V.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, gastroskopia i in.).

Tabela nr V.13. Liczba świadczeniodawców w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej 2020-2022.

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców 2020	Liczba świadczeniodawców 2021	Liczba świadczeniodawców 2022
Dolnośląski	459	444	433
Kujawsko-Pomorski	304	296	293
Lubelski	245	236	233
Lubuski	151	143	137
Łódzki	348	342	328
Małopolski	389	386	379

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców 2020	Liczba świadczeniodawców 2021	Liczba świadczeniodawców 2022
Mazowiecki	519	528	514
Opolski	173	164	166
Podkarpacki	321	317	316
Podlaski	199	193	188
Pomorski	282	274	265
Śląski	844	827	798
Świętokrzyski	253	251	245
Warmińsko-Mazurski	284	279	273
Wielkopolski	601	577	552
Zachodniopomorski	235	230	218
Razem	5 607	5 487	5 338

Zauważalny jest spadek liczby świadczeniodawców w porównaniu do lat 2020 i 2021.

Tabela nr V.14. Wartość i wykonanie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w latach 2020-2022 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2020		2021		2022	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	353 385	336 189	408 487	397 599	559 398	529 074
Kujawsko-Pomorski	174 847	173 965	207 324	207 479	288 879	289 274
Lubelski	190 351	187 261	237 204	235 108	349 307	348 073
Lubuski	95 805	95 055	113 749	114 511	156 495	154 556
Łódzki	250 228	241 344	333 816	309 087	494 914	464 763
Małopolski	366 910	343 903	431 055	429 182	586 064	570 208
Mazowiecki	555 766	515 538	635 351	631 285	894 733	887 493
Opolski	84 641	83 768	98 638	99 143	134 848	130 727
Podkarpacki	217 129	217 469	274 999	279 590	380 727	372 571
Podlaski	137 831	130 462	169 746	163 567	229 691	225 858
Pomorski	277 242	271 843	329 401	331 283	464 658	457 513
Śląski	630 455	628 829	737 095	737 772	1 029 539	1 005 086
Świętokrzyski	136 934	122 046	168 518	158 984	231 621	224 331
Warmińsko-Mazurski	156 523	157 535	177 614	175 769	247 633	243 980
Wielkopolski	447 115	393 151	502 192	496 208	727 325	691 562
Zachodniopomorski	136 017	137 588	161 203	162 827	228 202	228 307
Razem	4 211 178	4 035 945	4 986 392	4 929 395	7 004 033	6 823 377

Widoczny wzrost planowych kosztów finansowania świadczeń i ich wykonania w stosunku do lat poprzednich.

Tabela nr V.15. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2020-2022.

Nazwa Oddzialu	2020		2021		2022	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	1 089 834	4 698 471	1 161 558	5 441 301	1 210 788	5 626 079
Kujawsko-Pomorski	841 100	3 658 701	862 870	4 048 483	899 420	4 230 607
Lubelski	834 283	3 778 330	888 838	4 504 272	949 168	4 902 814
Lubuski	390 819	1 652 438	407 001	1 832 517	430 239	1 923 968
Łódzki	981 447	4 499 354	1 033 648	5 232 910	1 089 727	5 606 288
Małopolski	1 311 590	6 239 510	1 384 542	7 166 961	1 446 477	7 468 433
Mazowiecki	2 070 167	9 242 776	2 184 849	10 666 098	2 307 634	11 433 352
Opolski	366 055	1 521 324	383 180	1 706 076	399 253	1 783 289
Podkarpacki	841 442	3 792 332	892 032	4 460 601	930 315	4 712 587
Podlaski	522 566	2 441 776	548 730	2 785 435	579 322	2 979 627
Pomorski	941 320	4 464 852	996 774	5 128 115	1 048 067	5 405 925
Śląski	1 940 602	9 634 327	2 053 345	11 054 470	2 132 803	11 569 419
Świętokrzyski	477 411	2 052 509	509 432	2 453 745	539 258	2 628 539
Warmińsko-Mazurski	574 713	2 540 514	598 713	2 847 589	624 666	2 982 189
Wielkopolski	1 339 167	5 810 071	1 400 345	6 530 379	1 451 872	6 689 590
Zachodniopomorski	661 810	2 943 875	692 379	3 350 468	718 975	3 459 375
Razem	15 184 326	68 971 160	15 998 236	79 209 420	16 757 984	83 402 081

Zauważalny wzrost liczby pacjentów z jednoczesnym wzrostem liczby świadczeń w porównaniu z latami ubiegłymi. 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.

V.2.5. Leczenie szpitalne

Tabela nr V.16. Liczba świadczeniodawców w leczeniu szpitalnym 2020-2022.

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców 2020	Liczba świadczeniodawców 2021	Liczba świadczeniodawców 2022
Dolnośląski	70	69	69
Kujawsko-Pomorski	59	57	54
Lubelski	56	56	57
Lubuski	29	29	29
Łódzki	66	63	63
Małopolski	69	68	68
Mazowiecki	116	117	115
Opolski	34	33	32

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców 2020	Liczba świadczeniodawców 2021	Liczba świadczeniodawców 2022
Podkarpacki	50	50	52
Podlaski	35	35	36
Pomorski	39	39	41
Śląski	125	122	121
Świętokrzyski	36	37	35
Warmińsko-Mazurski	50	49	51
Wielkopolski	89	90	87
Zachodniopomorski	36	38	37
Razem	959	952	947

Powyższe dane przedstawiają nieznaczny spadek liczby świadczeniodawców.

Tabela nr V.17. Wartość i wykonanie umów w rodzaju leczenie szpitalne w latach 2020-2022 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	Wartość umów w 2020	Koszty realizacji świadczeń w 2020	Wartość umów w 2021	Koszty realizacji świadczeń w 2021	Wartość umów w 2022	Koszty realizacji świadczeń w 2022
Dolnośląski	3 772 064,40	3 905 965,56	4 069 796,92	3 962 238,34	5 296 254,93	5 110 120,70
Kujawsko-Pomorski	2 785 770,42	2 970 977,36	2 894 671,88	2 898 146,51	3 808 597,02	3 817 484,72
Lubelski	2 891 074,16	3 076 079,20	3 014 937,58	2 994 641,58	3 966 254,20	3 962 817,46
Lubuski	1 115 266,35	1 269 631,03	1 139 230,24	1 134 616,64	1 535 662,65	1 502 306,87
Łódzki	3 486 855,53	3 719 970,58	3 702 851,97	3 558 148,91	4 847 473,92	4 669 665,05
Małopolski	4 404 734,12	4 736 367,60	4 639 137,35	4 601 554,64	6 179 101,44	6 045 021,87
Mazowiecki	8 455 030,52	8 380 374,63	8 831 389,29	8 901 022,24	11 556 394,75	11 465 248,24
Opolski	1 071 789,78	1 231 018,36	1 119 434,44	1 112 815,15	1 468 798,87	1 461 410,73
Podkarpacki	2 525 296,51	2 760 186,78	2 684 576,21	2 675 682,04	3 493 029,34	3 457 126,33
Podlaski	1 552 209,60	1 692 713,45	1 674 622,56	1 645 049,52	2 263 038,99	2 245 509,68
Pomorski	2 889 520,09	2 985 381,85	3 032 159,42	3 008 327,35	4 042 984,10	3 950 700,15
Śląski	6 218 625,03	6 272 325,44	6 540 954,46	6 486 233,09	8 527 213,13	8 320 339,66
Świętokrzyski	1 679 756,01	1 811 534,54	1 788 792,16	1 713 502,26	2 329 351,77	2 290 652,07
Warmińsko-Mazurski	1 710 294,51	1 852 160,71	1 767 538,13	1 736 771,16	2 291 997,92	2 291 670,36
Wielkopolski	4 348 567,69	4 582 655,73	4 700 370,34	4 547 797,99	6 126 826,53	5 979 137,41
Zachodniopomorski	2 104 853,45	2 269 524,75	2 216 277,08	2 209 841,02	2 917 338,08	2 921 213,36
Razem	51 011 708,17	53 516 867,57	53 816 740,04	53 186 388,45	70 650 317,65	69 490 424,67

Na podstawie powyższych danych zaobserwować można wzrost planowych kosztów finansowania świadczeń oraz realizacji świadczeń w stosunku do lat poprzednich.

Tabela nr V.18. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu szpitalnym w latach 2020-2022.

Nazwa Oddzialu	2020		2021		2022	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	504 528	963 988	526 278	1 048 910	621 538	1 233 402
Kujawsko-Pomorski	398 698	761 229	399 912	796 749	470 809	929 059
Lubelski	359 850	661 641	369 414	707 472	431 839	832 486
Lubuski	144 624	250 451	148 584	271 674	172 459	309 286
Łódzki	445 577	844 024	461 774	936 296	544 940	1 082 824
Małopolski	589 676	1 021 709	619 537	1 137 473	724 862	1 301 613
Mazowiecki	1 024 766	1 898 809	1 067 094	2 113 645	1 277 141	2 457 632
Opolski	164 096	267 249	171 421	292 526	203 091	343 733
Podkarpacki	378 039	662 445	395 582	742 229	459 575	844 480
Podlaski	203 778	358 031	215 941	403 305	248 296	463 166
Pomorski	427 685	791 505	442 352	845 648	523 511	987 571
Śląski	819 955	1 493 177	860 764	1 680 863	1 008 284	1 929 332
Świętokrzyski	222 018	397 602	232 770	429 889	273 507	502 072
Warmińsko-Mazurski	232 418	413 180	230 982	423 760	276 469	499 545
Wielkopolski	611 456	1 090 750	634 363	1 190 565	749 147	1 388 198
Zachodniopomorski	305 473	563 449	322 734	614 715	363 935	677 284
Razem	6 832 637	12 439 239	7 099 502	13 635 719	8 349 403	15 781 683

Biorąc pod uwagę powyższe dane można zaobserwować wzrost liczby pacjentów z jednoczesnym wzrostem liczby świadczeń w stosunku do ubiegłego roku.

V.2.6. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

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

Tabela nr V.19. Liczba świadczeniodawców w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień 2020-2022.

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców w 2020	Liczba świadczeniodawców w 2021	Liczba świadczeniodawców w 2022
Dolnośląski	118	120	120
Kujawsko-Pomorski	74	77	74
Lubelski	90	93	98
Lubuski	39	41	39
Łódzki	84	90	88
Małopolski	110	110	110
Mazowiecki	183	194	190
Opolski	44	43	44
Podkarpacki	62	66	66

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców w 2020	Liczba świadczeniodawców w 2021	Liczba świadczeniodawców w 2022
Podlaski	46	48	50
Pomorski	73	75	76
Śląski	148	149	149
Świętokrzyski	48	49	49
Warmińsko-Mazurski	45	48	46
Wielkopolski	134	128	126
Zachodniopomorski	62	63	61
Razem	1 360	1 394	1 386

Zauważalny nieznaczny spadek liczby świadczeniodawców w stosunku do roku poprzedniego.

Tabela nr V.20. Wartość i wykonanie umów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2020-2022 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2020	Koszty realizacji świadczeń 2020	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2021	Koszty realizacji świadczeń 2021	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2022	Koszty realizacji świadczeń 2022
Dolnośląski	277 253,15	266 032,95	298 916,86	261 026,35	401 410,41	377 258,44
Kujawsko-Pomorski	154 618,90	156 689,55	160 128,39	151 542,87	208 600,93	210 552,38
Lubelski	192 949,44	193 585,52	228 860,10	199 733,03	309 382,12	305 954,49
Lubuski	123 638,95	102 801,40	131 379,29	105 069,82	196 473,81	189 678,68
Łódzki	164 986,36	157 250,42	163 819,68	156 592,80	254 751,52	238 972,03
Małopolski	251 603,24	248 749,55	244 455,29	227 931,39	284 688,84	279 051,43
Mazowiecki	495 540,59	443 141,22	491 903,27	460 233,32	652 329,03	642 374,48
Opolski	88 478,63	85 369,72	89 411,14	73 651,26	133 235,65	133 111,18
Podkarpacki	138 953,88	141 853,48	149 029,52	135 880,79	190 295,27	188 488,21
Podlaski	103 065,87	90 152,65	117 620,11	90 472,48	172 769,86	170 853,85
Pomorski	225 729,17	204 176,25	229 471,32	205 387,74	302 565,21	299 083,31
Śląski	408 186,64	375 702,17	413 933,93	365 500,48	529 922,15	521 444,03
Świętokrzyski	98 224,40	102 936,73	93 948,80	365 500,48	116 787,37	115 823,83
Warmińsko-Mazurski	101 708,51	117 065,83	111 687,17	113 957,83	132 276,95	132 531,73
Wielkopolski	268 219,40	279 615,72	281 808,30	266 932,90	373 540,25	363 280,39
Zachodniopomorski	101 004,17	112 739,57	105 129,24	115 704,46	146 731,17	146 153,32
Razem	3 194 161,30	3 077 862,73	3 311 502,42	3 295 118,00	4 405 760,53	4 314 611,77

Widoczny wyraźny wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń oraz kosztów realizacji świadczeń.

Tabela nr V.21. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2020-2022.

Nazwa Oddziału	2020			2021			2022		
	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne
Dolnośląski	112 293	901 648	841 131	123 112	974 715	930 014	128 758	1 086 785	965 081
Kujawsko-Pomorski	90 569	547 638	443 923	93 207	570 170	454 767	97 749	629 032	461 934
Lubelski	81 053	596 877	644 584	94 261	709 570	701 335	103 672	969 602	744 597
Lubuski	37 271	318 226	532 015	39 062	347 210	551 310	43 105	409 133	568 292
Łódzki	84 586	566 074	397 658	90 852	649 060	461 787	97 878	757 927	536 213
Małopolski	110 291	847 485	470 045	119 275	882 615	533 058	118 739	931 904	530 994
Mazowiecki	188 773	1 780 014	1 221 919	207 806	2 018 145	1 256 719	224 940	2 414 410	1 322 240
Opolski	37 784	251 117	307 636	39 658	260 385	319 763	41 763	308 121	347 043
Podkarpacki	77 998	461 151	387 441	83 992	512 677	430 646	87 496	625 250	413 493
Podlaski	42 170	264 969	338 090	46 192	293 832	347 549	48 794	378 186	368 040
Pomorski	105 880	753 334	667 822	110 053	808 542	687 874	115 354	896 954	691 427
Śląski	162 253	1 295 491	1 212 774	179 583	1 398 779	1 253 010	183 927	1 580 020	1 255 184
Świętokrzyski	50 527	295 974	249 247	51 526	298 731	256 609	53 228	332 106	275 899
Warmińsko-Mazurski	45 810	277 159	322 137	52 627	295 532	321 761	54 472	342 107	344 468
Wielkopolski	150 170	997 184	862 684	157 490	1 027 618	886 648	163 609	1 129 160	928 728
Zachodniopomorski	55 863	364 784	341 001	59 325	399 814	348 217	61 732	443 686	369 328
Razem	1 433 291	10 519 124	9 240 107	1 548 021	11 447 395	9 741 067	1 625 216	13 234 383	10 122 961

Na podstawie powyższych danych zaobserwować można wzrost liczby pacjentów i liczby świadczeń w stosunku do lat ubiegłych.

V.2.6.1. Ochrona zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży

Tabela nr V.22. Porównanie liczby pacjentów (wg unikalnego identyfikatora) i liczby wykonanych świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień pacjentów poniżej 18 roku życia w latach 2020-2022.

Nazwa Oddziału	2020			2021			2022		
	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne
Dolnośląski	13 676	162 016	63 065	19 044	231 824	68 916	21 988	258 852	73 527
Kujawsko-Pomorski	12 270	63 781	25 557	14 711	88 816	30 479	16 695	105 891	20 923
Lubelski	8 288	127 666	22 119	16 043	269 533	25 103	20 592	340 577	33 629
Lubuski	3 875	36 246	46 165	5 326	63 320	50 756	7 166	88 871	36 915
Łódzki	7 136	97 706	37 812	10 260	159 370	49 413	12 978	200 936	42 547
Małopolski	13 145	118 575	9 376	18 858	215 911	16 033	20 716	212 070	11 351
Mazowiecki	27 523	330 475	84 962	39 526	562 545	99 388	50 117	693 614	84 878
Opolski	3 288	19 246	4 419	4 750	39 527	6 083	5 200	50 826	3 568
Podkarpacki	8 066	66 678	9 433	12 778	143 459	11 603	15 445	180 505	3 415
Podlaski	4 252	33 096	4 731	8 082	73 675	5 365	8 988	106 474	7 098
Pomorski	10 656	105 476	44 878	15 531	166 574	50 333	19 432	208 703	47 315

Nazwa Oddziału	2020			2021			2022		
	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne
Śląski	15 894	125 709	91 574	23 779	234 296	105 026	28 084	278 846	92 983
Świętokrzyski	4 535	32 610	10 344	6 430	56 519	11 405	7 510	69 050	12 438
Warmińsko-Mazurski	4 909	26 000	15 280	8 128	61 880	15 472	8 798	70 005	14 944
Wielkopolski	15 406	107 638	26 095	19 906	167 162	28 509	22 586	188 655	26 193
Zachodniopomorski	5 067	33 063	29 749	7 098	48 295	36 376	8 653	63 517	42 382
Razem	157 986	1 485 981	525 559	230 250	2 582 706	610 260	274 948	3 117 392	554 106

Widoczny coroczny wzrost liczby pacjentów oraz nieznaczny spadek liczby świadczeń w warunkach stacjonarnych z jednoczesnym wzrostem liczby świadczeń w trybie ambulatoryjnym.

V.2.6.2. Centra Zdrowia Psychicznego

Tabela nr V.23. Porównanie liczby świadczeniodawców, liczby pacjentów (wg unikalnego identyfikatora) i liczby wykonanych świadczeń w Centrach Zdrowia Psychicznego w latach 2020-2022.

Nazwa Oddziału	2020			2021			2022		
	liczba świadczeniodawców	liczba pacjentów wg identyfikatora	liczba świadczeń	liczba świadczeniodawców	liczba pacjentów wg identyfikatora	liczba świadczeń	liczba świadczeniodawców	liczba pacjentów wg identyfikatora	liczba świadczeń
Dolnośląski	1	2 994	49 539	1	2 590	29 015	4	11 030	70 766
Kujawsko-Pomorski	1	12 640	69 540	1	12 291	70 530	3	15 999	91 864
Lubelski	2	4 652	54 486	2	4 763	52 187	4	6 574	71 897
Lubuski	2	9 065	64 859	2	9 729	66 845	3	15 365	90 038
Łódzki	3	25 665	270 454	3	25 742	254 330	3	26 471	208 843
Małopolski	4	18 677	155 300	4	20 320	192 622	9	43 450	307 698
Mazowiecki	4	20 842	190 070	4	19 745	193 756	8	31 637	273 420
Opolski	1	688	2 442	1	2306	22853	1	2486	25019
Podkarpacki	2	9 581	79 217	2	10 465	91 330	6	21 096	160 707
Podlaski	4	16 252	106 902	4	17 497	119 158	4	18 311	129 587
Pomorski	2	10 602	65 428	2	12 003	86 609	4	19 827	122 762
Śląski	2	10 930	85 657	2	11 588	92 591	6	27 038	206 771
Świętokrzyski	2	4 544	32 796	2	7 588	71 091	3	9 531	81 341
Warmińsko-Mazurski	1	5 145	43 555	1	5111	36 642	2	8 064	54 147
Wielkopolski	1	1 331	11 172	1	1 815	17978	3	3548	23119
Zachodniopomorski	1	7 025	50 345	1	7 869	64 201	3	12 805	94 415
Razem	33	160 633	1 331 762	33	171 422	1 461 738	66	273 232	2 012 394

Widoczny wyraźny wzrost liczby świadczeniodawców, liczby pacjentów oraz liczby świadczeń w stosunku do lat ubiegłych.

V.2.7. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze

Tabela nr V.24. Liczba świadczeniodawców w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2020-2022.

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców 2020	Liczba świadczeniodawców 2021	Liczba świadczeniodawców 2022
Dolnośląski	137	138	134
Kujawsko-Pomorski	88	86	83
Lubelski	76	76	81

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców 2020	Liczba świadczeniodawców 2021	Liczba świadczeniodawców 2022
Lubuski	51	52	54
Łódzki	72	70	70
Małopolski	120	119	118
Mazowiecki	178	174	172
Opolski	52	52	52
Podkarpacki	151	152	152
Podlaski	41	42	40
Pomorski	47	47	48
Śląski	150	151	149
Świętokrzyski	51	51	51
Warmińsko-Mazurski	56	56	59
Wielkopolski	142	140	137
Zachodniopomorski	48	48	49
Razem	1 460	1 454	1 449

Powyższe dane przedstawiają nieznaczny spadek liczby świadczeniodawców w porównaniu do ubiegłego roku. 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 roku życia).

Tabela nr V.25. Wartość i wykonanie umów w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2020-2022 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2020	Koszty realizacji świadczeń 2020	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2021	Koszty realizacji świadczeń 2021	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2022	Koszty realizacji świadczeń 2022
Dolnośląski	181 942	177 638	198 776	194 192	250 474,60	243 641,96
Kujawsko-Pomorski	95 800	99 975	109 699	109 327	138 862,79	138 319,44
Lubelski	113 403	119 875	128 509	125 726	163 913,54	163 551,52
Lubuski	47 677	50 115	46 062	45 249	65 045,39	63 918,99
Łódzki	105 651	107 309	114 850	109 024	145 018,01	141 650,72
Małopolski	244 409	239 235	242 449	236 308	298 259,65	292 618,53
Mazowiecki	267 948	255 963	290 464	289 430	362 826,68	360 330,01
Opolski	75 650	74 256	82 472	80 666	99 115,48	98 411,69
Podkarpacki	176 425	173 618	188 406	185 002	242 823,18	242 115,22
Podlaski	50 184	52 504	55 946	54 163	69 251,22	68 744,20
Pomorski	78 676	74 820	83 384	82 752	107 175,87	105 245,12
Śląski	354 288	352 217	367 559	360 217	442 698,33	433 153,48
Świętokrzyski	74 442	78 521	82 962	78 551	100 254,88	98 140,10
Warmińsko-Mazurski	62 071	61 543	65 179	63 605	83 743,44	81 434,05

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2020	Koszty realizacji świadczeń 2020	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2021	Koszty realizacji świadczeń 2021	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2022	Koszty realizacji świadczeń 2022
Wielkopolski	117 087	113 073	126 128	119 206	153 377,60	146 243,21
Zachodniopomorski	62 618	64 903	67 851	67 467	84 196,49	83 928,95
Razem	2 108 271	2 095 563	2 250 697	2 200 886	2 807 037,14	2 761 447,17

Na podstawie powyższych danych zaobserwować można wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń i kosztów realizacji świadczeń w stosunku do lat ubiegłych.

Tabela nr V.26. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2020-2022.

Nazwa Oddziału	2020		2021		2022	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	7 948	1 889 901	8 149	1 918 981	8 383	1 958 161
Kujawsko-Pomorski	4 419	1 041 182	4 854	1 044 573	5 014	1 110 535
Lubelski	5 781	1 436 345	6 437	1 478 803	7 342	1 645 295
Lubuski	2 544	579 041	2 743	590 722	2 708	610 021
Łódzki	6 051	1 252 724	6 425	1 281 774	6 436	1 331 233
Małopolski	10 902	2 619 807	11 438	2 632 000	11 386	2 685 127
Mazowiecki	13 264	3 203 197	14 097	3 253 986	14 104	3 354 731
Opolski	4 394	1 077 635	4 485	1 076 970	4 481	1 085 652
Podkarpacki	8 943	2 221 576	9 371	2 228 487	9 725	2 344 959
Podlaski	2 402	541 068	2 729	567 461	2 806	599 518
Pomorski	3 434	664 088	3 621	665 373	3 902	696 641
Śląski	19 740	5 129 436	20 033	5 109 039	19 718	5 037 849
Świętokrzyski	4 040	981 852	4 417	1 000 719	4 527	1 054 092
Warmińsko-Mazurski	2 896	600 620	3 070	595 945	3 303	624 793
Wielkopolski	7 508	1 764 774	7 763	1 774 209	7 860	1 784 844
Zachodniopomorski	3 727	862 443	3 819	856 082	4 140	889 491
Razem	107 993	25 865 689	113 451	26 075 124	115 835	26 812 942

Zauważalny wzrost liczby pacjentów z jednoczesnym wzrostem liczby świadczeń.

V.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 roku życia) oraz ambulatoryjnych (poradnia medycyny paliatywnej).

Tabela nr V.27. Liczba świadczeniodawców w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2020-2022.

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców 2020	Liczba świadczeniodawców 2021	Liczba świadczeniodawców 2022
Dolnośląski	32	33	34
Kujawsko-Pomorski	21	22	22
Lubelski	27	30	33
Lubuski	14	14	15
Łódzki	33	33	35
Małopolski	41	39	47
Mazowiecki	72	73	73
Opolski	11	12	12
Podkarpacki	48	48	47
Podlaski	16	15	16
Pomorski	29	29	32
Śląski	55	53	52
Świętokrzyski	20	20	20
Warmińsko-Mazurski	24	22	23
Wielkopolski	53	55	60
Zachodniopomorski	25	24	24
Razem	521	522	545

Widoczny wzrost liczby świadczeniodawców w porównaniu do ubiegłych lat.

Tabela nr V.28. Wartość i wykonanie umów w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2020-2022 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2020 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2020 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2021 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2021 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2022 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2022 w tys. zł
Dolnośląski	84 179,28	84 273,64	91 908,97	89 369,52	119 166,91	116 582,89
Kujawsko-Pomorski	52 672,56	53 990,45	53 975,23	55 937,07	72 984,89	72 833,82
Lubelski	37 231,40	37 062,19	40 538,38	38 062,47	56 355,41	56 091,52
Lubuski	21 221,40	21 005,60	21 287,55	21 199,39	28 200,61	27 760,05
Łódzki	40 035,06	39 982,77	42 073,52	37 726,95	55 123,41	51 490,19
Małopolski	86 552,47	84 111,66	89 780,37	88 657,17	120 931,12	119 431,95
Mazowiecki	97 927,61	95 109,19	93 517,18	93 030,68	126 179,83	125 427,69
Opolski	27 431,42	27 112,60	28 914,12	28 509,93	37 952,62	37 554,62
Podkarpacki	60 442,61	59 814,98	62 518,30	61 708,00	79 506,28	78 660,94
Podlaski	23 067,93	23 520,51	24 674,54	24 228,71	31 938,97	31 905,54
Pomorski	52 274,90	51 529,81	53 999,45	53 327,76	69 657,69	69 153,35
Śląski	104 167,03	99 842,37	104 094,66	102 749,74	131 691,44	123 002,56
Świętokrzyski	34 114,60	33 249,73	39 375,00	35 377,30	48 898,49	45 929,80

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2020 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2020 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2021 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2021 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2022 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2022 w tys. zł
Warmińsko-Mazurski	27 346,41	26 874,35	27 761,03	27 022,84	32 690,33	32 071,69
Wielkopolski	75 818,22	66 884,34	80 714,00	71 435,07	95 458,59	89 931,36
Zachodniopomorski	24 897,84	26 757,34	25 808,97	25 566,73	33 912,89	33 438,23
Razem	849 380,75	831 121,53	880 941,28	853 909,33	1 140 649,48	1 111 266,20

Widoczny wyraźny wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń i kosztów realizacji świadczeń w stosunku do lat ubiegłych.

Tabela nr V.29. Porównanie liczby pacjentów i liczby świadczeń w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2020-2022.

Nazwa Oddziału	2020		2021		2022	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	8 948	1 133 511	9 396	1 248 633	9 892	1 385 960
Kujawsko-Pomorski	6 269	791 019	6 405	838 951	6 701	900 385
Lubelski	3 844	425 166	4 018	451 481	4 607	518 077
Lubuski	2 742	334 566	2 712	333 178	2 759	347 805
Łódzki	5 658	489 864	5 669	514 976	6 101	522 522
Małopolski	7 313	780 718	7 753	857 895	8 242	959 325
Mazowiecki	11 139	1 262 200	11 141	1 319 747	12 108	1 433 017
Opolski	2 707	379 431	2 774	403 728	2 777	424 287
Podkarpacki	4 550	631 701	4 726	651 353	5 163	700 698
Podlaski	2 236	232 687	2 458	240 338	2 397	249 603
Pomorski	5 746	536 880	5 906	633 399	6 071	608 687
Śląski	12 155	1 272 046	12 462	1 368 151	12 710	1 418 499
Świętokrzyski	3 373	298 829	3 278	307 595	3 588	310 802
Warmińsko-Mazurski	3 382	366 890	3 253	366 417	3 335	367 356
Wielkopolski	7 809	801 940	8 155	856 962	8 607	935 088
Zachodniopomorski	3 266	337 049	3 340	353 893	3 374	371 584
Razem	91 137	10 074 497	93 446	10 746 697	98 432	11 453 695

Biorąc pod uwagę powyższe dane można zaobserwować wzrost liczby pacjentów w stosunku do roku ubiegłego z jednoczesnym corocznym wzrostem liczby świadczeń.

V.2.9. Rehabilitacja lecznicza

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

Tabela nr V.30. Liczba świadczeniodawców w rehabilitacji leczniczej w latach 2020-2022.

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców 2020	Liczba świadczeniodawców 2021	Liczba świadczeniodawców 2022
Dolnośląski	168	165	164
Kujawsko-Pomorski	179	180	182
Lubelski	149	148	144
Lubuski	79	80	81
Łódzki	188	189	183
Małopolski	258	254	248
Mazowiecki	311	305	298
Opolski	85	81	81
Podkarpacki	337	341	339
Podlaski	47	48	49
Pomorski	118	114	110
Śląski	300	295	286
Świętokrzyski	138	138	135
Warmińsko-Mazurski	103	101	103
Wielkopolski	240	241	237
Zachodniopomorski	87	89	87
Razem	2 787	2 769	2 727

Powyższe dane obrazują widoczny spadek liczby świadczeniodawców.

Tabela nr V.31. Wartość i wykonanie umów w opiece rehabilitacji leczniczej w latach 2020-2022 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2020		2021		2022	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń w tys. zł
Dolnośląski	170 440,98	160 039,26	210 631,38	206 687,32	302 045	292 995
Kujawsko-Pomorski	105 136,38	104 641,80	128 115,14	130 309,10	195 849	197 581
Lubelski	107 650,87	106 199,74	147 052,52	144 239,72	220 377	217 647
Lubuski	45 608,13	45 209,18	56 546,99	57 188,93	85 063	81 745
Łódzki	108 283,90	104 939,24	137 661,79	133 834,93	200 615	188 406
Małopolski	262 191,66	255 423,58	307 576,41	310 730,59	434 841	424 505
Mazowiecki	433 043,57	426 072,97	488 608,02	500 489,55	688 107	689 509
Opolski	48 329,87	48 787,58	60 548,91	60 920,71	93 529	90 145
Podkarpacki	181 764,84	182 316,92	246 471,20	249 014,99	349 625	341 696
Podlaski	53 715,35	52 354,84	65 685,55	65 100,23	96 503	96 123
Pomorski	128 562,63	127 588,07	177 699,22	178 071,68	240 548	237 301
Śląski	332 260,82	329 891,90	393 525,97	393 017,05	549 803	526 349
Świętokrzyski	83 118,40	78 519,79	99 416,92	95 060,89	135 421	130 661
Warmińsko-Mazurski	56 098,99	59 951,01	66 769,56	65 958,41	102 441	101 697

Nazwa Oddziału	2020		2021		2022	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń w tys. zł
Wielkopolski	160 811,15	155 452,06	209 033,99	206 893,99	303 513	299 150
Zachodniopomorski	73 288,03	74 151,21	85 206,90	86 747,35	124 196	124 254
Razem	2 350 305,56	2 311 539,13	2 880 550,47	2 884 265,44	4 122 477	4 039 764

Powyższe dane przedstawiają wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń i kosztów realizacji świadczeń w stosunku do ubiegłego roku.

Tabela nr V.32. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w rehabilitacji leczniczej w latach 2020-2022.

Nazwa Oddziału	2020			2021			2022		
	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne	liczba pacjentów	liczba świadczeń warunki ambulatoryjne	liczba świadczeń warunki stacjonarne
Dolnośląski	175 681	7 534 594	41 390	195 131	9 662 012	52 920	211 975	18 365 418	63 199
Kujawsko-Pomorski	162 756	7 478 815	15 164	175 570	9 235 761	15 517	195 468	17 950 532	20 361
Lubelski	144 715	6 928 849	10 906	161 189	9 039 933	10 140	181 347	18 329 567	14 215
Lubuski	67 573	3 551 865	21 672	74 032	4 281 406	18 829	82 161	8 255 787	33 095
Łódzki	191 701	8 716 229	10 242	202 029	10 541 406	9 140	216 371	18 994 575	14 989
Małopolski	263 200	12 048 202	54 769	291 609	15 268 838	58 217	312 985	28 738 487	59 761
Mazowiecki	434 940	20 216 603	53 015	467 756	25 234 598	59 036	510 061	45 595 168	70 647
Opolski	57 522	2 557 754	22 201	61 403	3 038 819	22 550	68 540	5 879 510	30 696
Podkarpacki	189 135	10 986 296	26 435	206 283	13 842 706	31 439	220 560	26 262 940	41 431
Podlaski	89 044	3 553 865	7 824	94 085	4 370 008	8 256	101 518	8 567 916	10 075
Pomorski	179 482	7 595 072	18 855	197 472	10 166 569	21 798	213 339	19 207 096	28 321
Śląski	300 213	13 053 601	90 781	336 808	16 982 624	120 746	366 946	31 937 154	140 314
Świętokrzyski	91 049	4 135 948	15 258	101 091	5 082 336	19 227	108 493	9 623 838	24 888
Warmińsko-Mazurski	89 349	3 268 812	27 233	96 737	4 000 467	28 705	104 732	7 612 732	41 611
Wielkopolski	195 679	9 580 568	38 659	210 003	11 906 497	35 801	225 863	22 498 063	51 305
Zachodniopomorski	88 287	3 844 876	7 380	94 497	4 625 080	8 175	102 366	8 584 011	9 926
Razem	2 720 326	125 051 950	461 784	2 965 695	157 279 060	520 496	3 222 725	296 402 796	654 833

Powyższe dane prezentują wzrost liczby pacjentów z jednoczesnym wzrostem liczby świadczeń w warunkach ambulatoryjnych oraz stacjonarnych.

V.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 V.33. Liczba świadczeniodawców w leczeniu stomatologicznym w latach 2020-2022.

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców 2020	Liczba świadczeniodawców 2021	Liczba świadczeniodawców 2022
Dolnośląski	562	522	455
Kujawsko-Pomorski	397	346	314
Lubelski	522	476	453
Lubuski	185	167	151
Łódzki	372	353	333
Małopolski	412	399	393
Mazowiecki	621	594	576
Opolski	226	200	179
Podkarpacki	556	510	480
Podlaski	249	230	220
Pomorski	277	254	252
Śląski	684	637	600
Świętokrzyski	274	246	235
Warmińsko-Mazurski	330	298	280
Wielkopolski	706	649	611
Zachodniopomorski	331	309	284
Razem	6 704	6 190	5 816

Widoczny coroczny spadek liczby świadczeniodawców przy jednoczesnym wzroście liczby świadczeń i kosztów realizacji świadczeń.

Tabela nr V.34. Wartość i wykonanie umów w leczeniu stomatologicznym w latach 2020-2022 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2020 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2020 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2021 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2021 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2022 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2022 w tys. zł
Dolnośląski	123 022,02	107 122,33	124 112,85	112 146,65	156 011,73	131 926,04
Kujawsko-Pomorski	90 340,03	87 609,37	83 681,45	84 704,67	107 878,76	108 567,03
Lubelski	114 099,55	104 408,30	145 163,32	135 067,82	181 776,12	177 021,54
Lubuski	30 786,47	32 129,56	31 112,92	30 317,74	40 328,51	35 909,33
Łódzki	126 221,59	112 668,69	129 426,35	115 140,31	169 424,95	155 692,88
Małopolski	215 021,15	187 600,73	207 952,76	201 992,60	284 412,73	251 736,63
Mazowiecki	229 060,44	209 436,18	229 960,35	246 068,51	334 935,76	334 208,56
Opolski	35 667,89	36 875,26	34 381,84	34 052,71	43 787,87	40 441,78
Podkarpacki	98 264,88	96 171,36	109 170,42	106 860,10	136 561,67	130 508,60
Podlaski	64 686,22	58 382,15	66 607,19	68 067,30	94 553,89	94 363,25
Pomorski	109 502,45	103 912,06	109 241,22	106 393,85	146 545,36	139 471,62
Śląski	189 440,71	166 188,68	181 961,50	176 029,84	221 899,56	213 252,60
Świętokrzyski	59 912,81	55 320,17	56 947,81	55 502,34	72 805,21	69 487,86
Warmińsko-Mazurski	76 964,42	73 484,07	78 888,75	77 631,97	98 728,89	97 076,28

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2020 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2020 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2021 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2021 w tys. zł	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2022 w tys. zł	Koszty realizacji świadczeń 2022 w tys. zł
Wielkopolski	150 709,97	129 470,23	146 911,06	138 687,08	179 059,43	166 280,08
Zachodniopomorski	68 136,12	69 569,96	68 873,09	71 119,61	83 889,26	83 406,85
Razem	1 781 836,72	1 630 349,10	1 804 392,87	1 759 783,09	2 352 599,71	2 229 350,93

W powyższej tabeli zaprezentowane dane uwidaczniają wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń oraz kosztów realizacji świadczeń w stosunku do roku ubiegłego.

Tabela nr V.35. Porównanie liczby pacjentów i liczby świadczeń w leczeniu stomatologicznym w latach 2020-2022.

Nazwa Oddziału	2020		2021		2022	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	321 331	2 883 019	352 491	3 705 967	361 400	3 920 295
Kujawsko-Pomorski	258 613	2 212 280	264 879	2 697 382	280 454	2 841 227
Lubelski	346 807	3 558 775	391 855	5 182 705	413 274	5 757 887
Lubuski	98 969	748 642	102 655	877 097	107 185	945 582
Łódzki	328 450	3 262 539	366 955	4 269 069	387 058	4 696 999
Małopolski	530 820	6 538 033	589 894	8 634 279	621 161	9 509 724
Mazowiecki	560 501	10 269 085	631 567	14 071 172	701 062	16 540 509
Opolski	104 124	808 997	108 184	948 883	108 891	1 046 449
Podkarpacki	313 891	2 605 030	342 120	3 281 916	348 086	3 476 688
Podlaski	200 660	2 474 055	219 119	3 101 926	230 914	3 702 025
Pomorski	297 878	4 302 657	330 767	5 781 068	352 170	6 647 610
Śląski	566 027	4 402 309	626 061	5 596 247	619 970	5 694 515
Świętokrzyski	169 149	1 807 765	182 925	2 402 930	189 070	2 321 827
Warmińsko-Mazurski	223 970	2 222 174	235 393	2 761 255	239 650	2 961 386
Wielkopolski	453 335	3 411 475	487 718	4 397 473	498 300	5 003 512
Zachodniopomorski	220 777	1 384 065	228 544	1 619 767	229 276	1 618 497
Razem	4 995 302	52 890 899	5 461 127	69 329 136	5 687 921	76 684 732

Z danych przedstawionych powyżej zaobserwować można zdecydowany wzrost liczby pacjentów z jednoczesnym wzrostem liczby świadczeń w stosunku do roku ubiegłego.

Tabela nr V.36. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu stomatologicznym dla pacjentów poniżej 18 r.ż. w latach 2020-2022.

Nazwa Oddziału	2020		2021		2022	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	88 029	843 896	99 874	1 181 995	119 524	1 425 896
Kujawsko-Pomorski	88 029	930 860	93 981	1 206 638	108 936	1 376 362
Lubelski	139 071	1 827 709	158 034	2 817 687	173 414	3 289 610
Lubuski	28 713	250 518	31 181	316 760	36 887	396 840

Nazwa Oddziału	2020		2021		2022	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Łódzki	99 619	1 135 364	112 249	1 544 553	126 788	1 809 242
Małopolski	173 154	2 376 532	193 803	3 271 082	213 108	3 838 618
Mazowiecki	198 051	3 454 591	229 669	5 076 969	285 033	6 903 189
Opolski	33 179	304 309	36 369	385 204	39 086	465 340
Podkarpacki	100 329	1 002 903	111 921	1 351 471	117 660	1 513 288
Podlaski	63 267	843 897	70 742	1 113 407	78 395	1 433 305
Pomorski	90 249	1 222 620	102 240	1 720 004	117 058	2 163 179
Śląski	157 409	1 373 076	179 454	1 873 178	188 516	2 085 985
Świętokrzyski	57 260	733 052	64 508	1 165 569	69 507	1 099 534
Warmińsko-Mazurski	62 733	657 867	69 421	892 834	74 912	1 059 101
Wielkopolski	144 747	1 397 019	163 174	1 991 192	186 405	2 777 880
Zachodniopomorski	60 337	424 177	61 806	505 659	64 458	520 908
Razem	1 584 176	18 778 389	1 778 426	26 414 202	1 999 687	32 158 277

Powyższe dane przedstawiają wzrost liczby pacjentów i liczby świadczeń w porównaniu do roku ubiegłego.

Tabela nr V.37. Liczba świadczeniodawców, liczba pacjentów, liczba wykonanych świadczeń oraz wartość rozliczonych świadczeń w zakresie „świadczenia udzielane w dentobusie” za 2022 rok.

Nazwa Oddziału	Liczba świadczeniodawców	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń
Dolnośląski	1	19 279	121 272	2 156 324,10
Kujawsko-Pomorski	1	13 819	18 867	1 121 956,82
Lubelski	1	3 184	28 374	486 953,67
Lubuski	1	6 788	70 147	1 372 634,89
Łódzki	1	7 749	56 224	891 447,18
Małopolski	1	9 196	14 508	821 592,50
Mazowiecki	1	8 534	58 154	794 249,01
Opolski	1	10 781	82 584	1 153 800,02
Podkarpacki	1	6 175	6 187	665 106,59
Podlaski	1	9 766	134 093	1 942 426,71
Pomorski	1	8 447	12 539	729 490,16
Śląski	1	12 577	12 681	918 998,75
Świętokrzyski	1	7 393	26 863	731 256,80
Warmińsko-Mazurski	1	9 436	19 701	870 852,37
Wielkopolski	1	2 483	6 279	307 014,77
Zachodniopomorski	1	5 747	30 357	843 514,13
Razem	16	141 354	698 830	15 807 618,42

V.2.11. Świadczenia odrębnie kontraktowane

W świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie wyodrębnia się następujące zakresy: dializoterapia otrzewnowa; hemodializoterapia; terapia hiperbaryczna; tlenoterapia domowa; żywienie pozajelitowe w warunkach domowych; żywienie dojelitowe w warunkach domowych; badania zgodności tkankowej; badania genetyczne; badania izotopowe; 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 opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej; teleradioterapia protonowa; domowa antybiotykoterapia dożylna; kompleksowe leczenie ran przewlekłych (KLRP-1, KLRP-2); telekonsylium kardiologiczne; telekonsylium geriatryczne; 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).

Tabela nr V.38. Liczba świadczeniodawców w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2020-2022.

Nazwa OW	Liczba świadczeniodawców 2020	Liczba świadczeniodawców 2021	Liczba świadczeniodawców 2022
Dolnośląski	29	29	31
Kujawsko-Pomorski	30	29	29
Lubelski	28	28	30
Lubuski	14	15	16
Łódzki	25	23	24
Małopolski	32	30	30
Mazowiecki	51	51	52
Opolski	16	16	15
Podkarpacki	27	28	29
Podlaski	20	20	21
Pomorski	18	18	18
Śląski	37	37	39
Świętokrzyski	20	20	20
Warmińsko-Mazurski	20	19	21
Wielkopolski	34	34	35
Zachodniopomorski	22	22	22
Razem	423	419	432

Powyższe dane przedstawiają wzrost liczby świadczeniodawców w porównaniu do ubiegłego roku.

Tabela nr V.39. Wartość i wykonanie umów w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2020-2022 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2020		2021		2022	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	150 593,10	149 381,96	154 430,88	147 605,60	230 841	218 287
Kujawsko-Pomorski	109 822,87	109 819,51	103 392,20	103 216,56	127 001	127 101
Lubelski	168 386,17	166 016,47	185 159,31	176 889,80	213 044	211 931
Lubuski	80 878,18	80 484,04	80 526,41	80 283,90	103 218	100 771
Łódzki	162 601,16	157 558,44	174 673,55	160 406,36	207 193	189 087
Małopolski	279 456,90	281 178,27	290 371,46	289 427,72	350 925	342 276
Mazowiecki	245 715,20	242 385,76	233 986,20	233 662,48	292 440	292 441
Opolski	54 868,31	54 107,88	55 987,02	55 783,49	74 699	71 786
Podkarpacki	104 670,78	103 919,18	99 250,67	98 706,20	132 559	131 435
Podlaski	72 764,97	72 635,67	77 168,09	76 827,68	102 282	99 877
Pomorski	116 770,70	115 139,19	113 387,70	112 464,10	138 543	138 230
Śląski	258 957,00	258 472,21	247 369,77	246 247,72	299 151	292 461
Świętokrzyski	60 614,74	56 682,73	62 449,86	54 901,76	75 102	69 057
Warmińsko-Mazurski	61 481,70	60 581,02	61 931,73	55 070,80	71 327	68 639
Wielkopolski	222 667,88	214 422,63	225 214,57	206 390,43	261 192	252 111
Zachodniopomorski	163 912,27	161 910,18	156 402,89	154 757,20	193 338	192 606
Razem	2 314 161,91	2 284 695,14	2 321 702,31	2 252 641,80	2 872 855	2 798 098

Widoczny wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń i kosztów realizacji świadczeń w stosunku do roku ubiegłego.

Tabela nr V.40. Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2020-2022.

Nazwa Oddziału	2020		2021		2022	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	15 470	680 459	17 522	675 866	19 688	689 898
Kujawsko-Pomorski	13 172	564 072	13 433	561 229	14 318	589 496
Lubelski	8 154	528 060	9 276	521 471	10 562	540 639
Lubuski	4 034	239 157	4 396	223 172	5 852	227 293
Łódzki	15 939	620 369	17 828	573 617	18 939	584 043
Małopolski	15 515	866 158	18 158	874 552	20 243	921 427
Mazowiecki	33 530	1 429 813	36 662	1 385 365	42 155	1 446 603
Opolski	4 098	280 032	4 729	275 940	5 519	293 761
Podkarpacki	7 441	628 761	8 232	606 881	9 657	670 829
Podlaski	5 960	266 567	6 550	271 617	8 111	293 450
Pomorski	9 817	533 447	11 036	541 604	12 444	606 285
Śląski	23 336	1 369 570	25 754	1 354 450	28 754	1 426 390
Świętokrzyski	7 203	412 810	8 479	409 122	9 581	433 719
Warmińsko-Mazurski	6 948	360 977	6 979	364 822	8 713	369 261

Nazwa Oddziału	2020		2021		2022	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Wielkopolski	18 462	1 065 499	20 260	1 067 050	23 374	1 106 309
Zachodniopomorski	13 367	394 250	14 364	380 357	17 935	395 071
Razem	202 446	10 240 001	223 658	10 087 115	255 845	10 594 474

Dane zaprezentowane w powyższej tabeli wskazują na wzrost liczby pacjentów z jednoczesnym wzrostem liczby świadczeń w stosunku do lat ubiegłych.

V.2.12. Profilaktyczne programy zdrowotne

Tabela nr V.41. Wartość i wykonanie umów w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2020-2022 (w tys. zł) - dotyczy wszystkich programów profilaktycznych.

Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2020	Koszty realizacji świadczeń 2020	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2021	Koszty realizacji świadczeń 2021	Wartość zakontraktowanych świadczeń 2022	Koszty realizacji świadczeń 2022
Dolnośląski	15 282,47	12 732,22	21 304,00	14 753,00	18 816,58	15 368,10
Kujawsko-Pomorski	10 602,20	10 095,27	14 287,00	10 592,00	11 346,69	11 338,05
Lubelski	7 383,69	6 559,33	14 198,00	7 668,00	10 609,25	9 194,20
Lubuski	5 756,92	5 675,55	8 095,00	5 690,00	7 186,72	7 163,85
Łódzki	12 313,47	10 727,33	17 126,00	10 903,00	15 750,75	12 750,52
Małopolski	16 163,82	13 524,83	18 521,00	16 699,00	19 520,14	18 978,83
Mazowiecki	25 371,47	21 506,82	29 032,00	22 000,00	28 360,62	26 205,30
Opolski	4 686,09	3 838,92	5 368,00	4 724,00	4 945,85	4 832,68
Podkarpacki	7 162,02	6 860,54	11 519,00	9 111,00	9 261,24	9 136,82
Podlaski	5 624,03	5 265,53	6 085,00	4 940,00	6 059,81	5 904,88
Pomorski	11 374,75	9 036,30	12 107,00	9 425,00	11 351,59	11 269,64
Śląski	32 607,53	28 768,37	33 368,00	31 088,00	40 070,33	34 911,26
Świętokrzyski	5 968,84	4 985,48	9 171,00	5 623,00	7 696,37	6 145,82
Warmińsko-Mazurski	5 804,77	4 972,01	7 159,00	6 092,00	7 219,36	6 523,77
Wielkopolski	16 626,48	14 411,03	24 715,00	17 462,00	21 827,51	18 161,80
Zachodniopomorski	8 032,54	7 317,72	15 291,00	8 120,00	8 521,42	8 700,38
Razem	190 761,08	166 277,25	247 346,00	184 890,00	228 544,25	206 585,90

Widoczny nieznaczny spadek wartości zakontraktowanych świadczeń z jednoczesnym wzrostem kosztów realizacji.

Tabela nr V.42. Liczba pacjentów i liczba wykonanych świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych w 2022 r.

lp.	Nazwa i etap programu zdrowotnego	Liczba osób objętych programem	Liczba świadczeniodawcó w realizujących program	Liczba wykonanych świadczeń w poszczególnych zakresach
1	Pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego - zakres skojarzony z 02.1450.001.02 (zrealizowane)	356 038	1 433	360 392
2	Świadczenia położnej poz w programie profilaktyki raka szyjki macicy	15 015	123	15 128
3	Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny	349 264	73	353 422
4	Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap pogłębionej diagnostyki	1 440	55	1 440
5	Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni stacjonarnej	407 233	257	423 023
6	Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni mobilnej	499 656	71	508 128
7	Program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki	31 260	135	80 468
8	Program badań prenatalnych	106 434	132	330 116
9	Program badań prenatalnych - część położniczo-ginekologiczna	3237	4	5 265
10	Program badań prenatalnych - część genetyczna	1874	2	3 063
11	Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym pochp) - etap podstawowy	1647	57	1655
12	Program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym pochp) - etap specjalistyczny	913	17	1 210
13	Program badań przesiewowych raka jelita grubego (realizacja programu od listopada 2022 roku)	640	178	bd

Tabela nr V.43. Liczba pacjentów i liczba wykonanych świadczeń w ramach profilaktyki Chorób układu krążenia.

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	164 725	1 915	164 725
Świadczenia pielęgniarki poz w ramach realizacji profilaktyki (realizacja zakresu od 1 lipca 2022 roku)	51 934	619	51 934

V.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), 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 Funduszu 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 V.44. Planowane i zrealizowane koszty świadczeń w rodzaju wyroby medyczne w latach 2020-2022 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	ZSP 2020		ZSP 2021		ZSP 2022	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Dolnośląski	100 246,00	96 253,56	112 000,00	108 258,50	129 666,00	124 761,94
Kujawsko-Pomorski	76 716,00	71 970,07	85 094,00	79 365,56	91 057,00	90 414,92
Lubelski	66 686,00	65 845,20	77 552,00	75 602,32	87 997,00	87 970,68
Lubuski	34 869,00	32 727,97	39 133,00	36 102,21	44 231,00	42 394,48
Łódzki	85 000,00	78 793,73	88 776,00	87 696,06	104 155,00	102 385,64
Małopolski	103 800,00	102 550,09	120 073,00	117 473,22	139 000,00	137 511,54
Mazowiecki	186 300,00	160 899,91	203 737,00	181 454,28	239 708,00	223 952,44
Opolski	34 814,00	31 866,02	37 447,00	36 589,85	44 034,00	43 383,85
Podkarpacki	69 500,00	68 535,26	81 140,00	77 302,23	87 823,00	87 922,83
Podlaski	37 900,00	36 839,46	44 000,00	40 891,91	47 700,00	47 698,93
Pomorski	73 900,00	72 265,41	83 600,00	83 117,95	98 175,00	97 635,34
Śląski	168 250,00	161 955,65	194 393,00	190 914,36	227 193,00	224 037,75
Świętokrzyski	46 000,00	45 968,73	54 959,00	54 881,81	62 056,00	61 183,00
Warmińsko-Mazurski	46 777,00	43 862,97	51 775,00	50 519,42	59 588,00	58 556,80
Wielkopolski	128 104,00	116 313,71	141 990,00	130 328,50	154 222,00	152 550,12
Zachodniopomorski	52 680,00	50 883,57	60 129,00	55 870,89	71 631,00	63 814,90
Razem	1 311 542,00	1 237 531,31	1 475 798,00	1 406 369,07	1 688 236,00	1 646 175,16

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

V.2.14. Lecznictwo uzdrowiskowe

Lecznictwo uzdrowiskowe zajmuje się leczeniem, profilaktyką i rehabilitacją chorób przewlekłych. Z leczenia uzdrowiskowego w Polsce w 2022 roku skorzystało 406 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 2022 rok Fundusz zawarł kontrakty na szerokie spektrum świadczeń uzdrowiskowych ze 138 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 V.45. Liczba świadczeniodawców, z którymi NFZ zawarł umowy oraz liczba zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe (kontraktowanie świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego jest prowadzone przez 13 oddziałów wojewódzkich NFZ, na terenie których swoje siedziby posiadają świadczeniodawcy, udzielający tych świadczeń).

Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba zawartych umów w latach		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Dolnośląski	13	13	13	13	13	15
Kujawsko-Pomorski	25	26	26	25	26	26
Lubelski	6	6	6	6	6	6
Łódzki	1	1	1	1	1	1
Małopolski	30	29	29	30	29	30
Mazowiecki	1	1	1	1	1	1
Podkarpacki	14	14	14	14	14	14
Podlaski	2	2	3	3	3	3
Pomorski	4	4	4	4	4	4
Śląski	7	7	7	7	7	7
Świętokrzyski	8	8	8	8	8	8
Warmińsko- Mazurski	2	2	2	2	2	2
Zachodniopomorski	24	23	24	24	23	24
Razem	137	136	138	138	137	141

NFZ w 2022 r. zawarł łącznie 141 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe ze 138 świadczeniodawcami. W porównaniu do lat poprzednich, w 2021 r. NFZ zawarł o 4 umowy więcej. O dwóch zwiększyła się liczba świadczeniodawców w stosunku do roku poprzedniego.

Tabela nr V.46. Wartość i wykonanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w latach 2020-2022 (w tys. zł).

Nazwa OW NFZ	2020		2021		2022	
	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	76 274,90	29 223,11	91 729,16	46 580,91	119 832,05	94 425,95
Kujawsko-Pomorski	46 917,56	19 481,93	57 771,14	28 231,15	68 762,91	66 730,86
Lubelski	47 512,54	23 596,77	54 083,09	31 470,75	60 668,56	56 533,38
Lubuski	15 258,17	7 095,70	18 050,01	11 638,74	23 564,60	23 987,80
Łódzki	47 476,26	23 599,33	55 905,56	36 677,64	70 157,91	71 829,01
Małopolski	61 363,90	24 134,28	73 918,09	38 691,62	107 091,13	97 589,40
Mazowiecki	114 713,76	51 190,79	133 933,48	80 473,30	169 519,36	160 483,16
Opolski	14 102,15	7 585,02	16 541,23	11 544,43	22 442,00	22 704,89

Nazwa OW NFZ	2020		2021		2022	
	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń
Podkarpacki	40 448,65	18 143,60	47 530,96	27 343,49	51 706,98	49 123,48
Podlaski	22 374,28	11 026,06	26 301,38	18 232,00	31 318,34	32 398,02
Pomorski	40 265,77	19 065,70	47 179,85	29 207,19	55 045,19	53 768,09
Śląski	98 769,14	41 446,63	115 616,64	65 664,73	150 414,58	137 383,36
Świętokrzyski	32 888,25	13 371,59	39 271,47	19 698,17	40 538,18	34 809,35
Warmińsko- Mazurski	25 504,27	13 047,91	29 779,32	23 017,27	33 809,79	34 987,88
Wielkopolski	79 578,62	37 420,65	92 886,11	57 665,32	109 189,53	106 223,86
Zachodniopomorski	33 928,16	12 015,63	39 882,97	18 313,00	34 806,29	34 745,44
Razem	797 376,39	351 444,68	940 380,47	544 449,70	1 148 867,40	1 077 723,92

Wartość zrealizowanych świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego w 2022 r. wyniosła 1 077 723,92 tys. zł i w stosunku do 2021 roku wzrosła o 98%. Duży wzrost realizacji świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego w roku 2022 w stosunku do 2021 roku, związany jest m.in. z czasowym zawieszeniem działalności uzdrowisk w m.in. w I kwartale 2021 r. (do 10 marca), na skutek ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2, a także z dwukrotną zmianą wyceny osobodnia w lecznictwie uzdrowiskowym (w kwietniu i w lipcu).

Tabela nr V.47. Zestawienie liczby pacjentów oraz liczby wykonanych świadczeń w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w latach 2020-2022.

OW NFZ, który kieruje świadczeniobiorców z terenu swojego województwa na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową	2020 r.			2021 r.			2022 r.		
	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	16 926	16 513	435	22 329	22 059	312	35 342	34 767	586
Kujawsko-Pomorski	11 375	11 043	351	13 951	13 501	492	25 143	24 637	548
Lubelski	13 472	13 224	296	15 248	14 914	398	21 099	20 555	593
Lubuski	4 155	4 140	17	5 670	5 669	11	9 003	8 983	25
Łódzki	13 923	13 840	92	18 220	18 133	104	27 421	27 278	149
Małopolski	15 325	12 946	2 413	20 014	17 755	2 321	37 964	34 841	3 313
Mazowiecki	29 259	28 690	624	38 523	37 880	766	60 149	59 223	1 035
Opolski	4 495	4 472	24	5 751	5 729	23	8 632	8 602	31
Podkarpacki	10 477	10 185	315	13 419	12 951	504	18 450	17 837	650
Podlaski	6 393	6 365	30	8 846	8 819	35	12 162	12 131	48
Pomorski	11 382	11 220	162	14 403	14 279	126	20 579	20 384	196
Śląski	24 480	24 289	288	32 804	32 417	497	52 304	51 727	747
Świętokrzyski	7 871	7 576	300	9 738	9 444	295	13 363	12 938	430

OW NFZ, który kieruje świadczeniobiorców z terenu swojego województwa na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową	2020 r.			2021 r.			2022 r.		
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń stacjonarnych	Liczba świadczeń ambulatoryjnych	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń stacjonarnych	Liczba świadczeń ambulatoryjnych	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń stacjonarnych	Liczba świadczeń ambulatoryjnych
Warmińsko-Mazurski	7 279	7 256	25	11 053	11 020	38	13 031	13 003	38
Wielkopolski	21 321	21 309	20	27 467	27 474	25	39 285	39 301	26
Zachodniopomorski	6 176	6 149	34	8 016	8 015	17	12 061	12 037	36
Razem	204 309	199 217	5 426	265 452	260 059	5 964	405 988	398 244	8 451

W 2022 r. zrealizowano 406 695 skierowań na leczenie uzdrowiskowe (398 244 – w trybie stacjonarnym, 8 451 – w trybie ambulatoryjnym) dla 405 988 osób. W porównaniu do 2021 r. zwiększyła się liczba zrealizowanych skierowań oraz liczba osób, które skorzystały ze świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego, w obu przypadkach nastąpił wzrost o ponad 50%.

V.2.15. Pomoc doraźna i transport sanitarny

V.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 roku życia dziecka. Transport sanitarny dla tej grupy pacjentów odbywa się przy użyciu zestawu inkubatora transportowego w przypadku konieczności niezwłocznego wykonania zabiegu w innym podmiocie leczniczym lub w przypadku, gdy zaistnieje potrzeba kontynuacji leczenia pacjenta w innym podmiocie leczniczym. Świadczeniodawcy realizujący umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w niniejszym zakresie świadczeń w 2022 r. zapewniali dobową gotowość do udzielania świadczeń przez 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 2021 r., poz. 290 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 2022 r. w 14 oddziałach wojewódzkich NFZ przeprowadzony został proces aneksowania niewygasających z końcem 2021 r. umów o udzielanie świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w zakresie: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”. W Małopolskim OW NFZ oraz Podkarpackim OW NFZ przeprowadzono postępowania konkursowe. W wyniku ww. postępowań, w Małopolskim OW NFZ zawarto 1 umowę o udzielanie niniejszych świadczeń z okresem obowiązywania od 1 listopada 2022 r. do 31 października 2025 r., natomiast Podkarpacki OW NFZ zawarł 2 umowy na okres od 1 lipca 2022 r. do 30 czerwca 2027 r. W I połowie 2022 r. świadczenia opieki zdrowotnej

w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny zabezpieczone zostały przez działanie 33 wyjazdowych zespołów sanitarnych typu „N", w tym: przez 32 zespoły funkcjonujące całodobowo oraz 1 zespół funkcjonujący 12 godzin na dobę, w godzinach 8-20 (w woj. łódzkim). Od 1 lipca 2022 r., po przeprowadzonym przez Podkarpacki OW NFZ postępowaniu konkursowym, 2 zespoły funkcjonujące dotychczas całodobowo, zostały przekształcone w zespoły funkcjonujące czasowo (jeden zespół funkcjonuje w godz. 7-19, drugi – w godz. 18-6). Wskazania wymaga, iż świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N" zostały uznane za jeden z profili systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (PSZ), w związku z powyższym łącznie 16 zespołów sanitarnych typu „N" (w 10 OW NFZ) funkcjonuje w ramach PSZ.

Tabela nr V.48. 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". Dane obejmują lata 2020-2022.

Nazwa OW NFZ	Świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu "N"					
	Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba umów zawartych w latach		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
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	1
Małopolski	1	1	1	1	1	1
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
Pomorski	1	1	1	1	1	1
Śląski	5	4	4	5	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	32	31	31	32	31	31

V.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; zachowania ciągłości leczenia u innego świadczeniodawcy. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w zakresie świadczeń udzielanych przez zespoły transportu medycznego w 2022 r. w okresie od 01.01.-31.03. zabezpieczone zostały przez działanie 126 zespołów. Od 1.04.2022 r. niniejsze świadczenia były realizowane przez 127 zespołów transportu medycznego. Powyższe było wynikową dodatkowego zakontraktowania jednego zespołu przez Śląski OW NFZ. Szczegółową liczbę świadczeniodawców oraz umów zawartych w poszczególnych zakresach świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, przedstawia poniższa tabela.

Tabela nr V.49. 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. Dane obejmują lata 2020-2022.

Nazwa OW NFZ	świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego					
	Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba umów zawartych w latach		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022
Dolnośląski	8	8	8	8	8	8
Kujawsko-Pomorski	5	5	5	5	5	5
Lubelski	1	1	1	1	1	1
Lubuski	2	2	2	2	2	2
Łódzki	1	1	1	1	1	1
Małopolski	3	3	3	3	3	3
Mazowiecki	6	6	6	6	6	6
Opolski	1	1	1	1	1	1
Podkarpacki	5	5	5	5	5	5
Podlaski	2	2	2	2	2	2
Pomorski	4	4	4	4	4	4
Śląski	7	7	7	7	7	7
Świętokrzyski	1	1	1	1	1	1
Warmińsko- Mazurski	4	4	4	4	4	4
Wielkopolski	3	3	3	7	7	7
Zachodniopomorski	2	2	2	2	2	2
Razem	55	55	55	59	59	59

Ujęta w planie finansowym NFZ na 2022 r. wartość zaplanowanych kosztów finansowania świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, wyniosła 310 549,00 tys. zł. W 2022 r. wykonanie planu finansowego zamknęło się kwotą 302 826,59 tys. zł, co stanowi 97,51% wykorzystania zaplanowanych środków.

Tabela nr V.50. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w latach 2020-2022 i ich wykonanie (w tys. zł).

Nazwa OW NFZ	2020 r.		2021 r.		2022 r.	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Dolnośląski	25 984,00	20 828,74	25 922,00	24 905,90	28 000,00	27 715,58
Kujawsko-Pomorski	15 759,00	16 138,02	23 475,00	22 343,89	27 076,00	25 547,62
Lubelski	9 547,00	8 276,25	15 021,00	10 278,82	8 540,00	7 257,89
Lubuski	10 658,00	10 215,68	17 340,00	16 886,74	14 205,00	14 025,75
Łódzki	13 544,00	12 351,96	14 237,00	13 975,74	11 784,00	11 781,87
Małopolski	15 260,00	13 814,26	15 386,00	15 436,96	11 495,00	11 308,03
Mazowiecki	37 095,00	36 260,67	42 575,00	41 084,06	37 451,00	37 399,75
Opolski	9 508,00	9 124,99	12 053,00	11 562,57	8 304,00	8 302,12
Podkarpacki	18 798,00	18 363,28	23 439,00	23 299,66	20 888,00	20 692,15
Podlaski	13 396,00	13 272,62	20 764,00	18 991,32	15 626,00	15 516,23
Pomorski	17 013,00	17 009,86	23 029,00	22 600,75	25 513,00	25 509,88
Śląski	35 795,00	34 536,44	44 720,00	41 896,92	33 163,00	31 905,20
Świętokrzyski	8 385,00	7 999,26	12 057,00	10 418,79	10 237,00	9 671,84
Warmińsko- Mazurski	12 525,00	12 234,68	16 735,00	15 854,50	18 202,00	18 123,37
Wielkopolski	24 345,00	20 149,67	28 682,00	24 897,93	27 447,00	25 458,97
Zachodniopomorski	12 015,00	11 448,63	14 501,00	13 365,22	12 618,00	12 610,34
Razem	279 627,00	262 025,01	349 936,00	327 799,77	310 549,00	302 826,59

W 2022 r. zespoły sanitarne typu „N" wykonały łącznie 7 689 transportów, udzielając świadczeń 6 761 różnym osobom. Zarówno liczba wyjazdów zespołów sanitarnych typu „N" jak i liczba osób, którym zespoły udzieliły świadczeń w 2022 r., zmniejszyła się w stosunku do roku poprzedniego.

Tabela nr V.51. Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba osób, którym świadczeń udzieliły wyjazdowe zespoły sanitarne typu „N" w latach 2020 - 2022.

Oddział Wojewódzki NFZ	2020 r.		2021 r.		2022 r.	
	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń
Dolnośląski	682	528	715	553	591	460
Kujawsko-Pomorski	552	440	536	450	494	408
Lubelski	386	379	454	443	333	330
Lubuski	114	91	114	92	93	82
Łódzki	382	355	446	408	465	439
Małopolski	500	460	519	478	517	481
Mazowiecki	1 221	1 158	1 241	1 182	1 192	1 142

Oddział Wojewódzki NFZ	2020 r.		2021 r.		2022 r.	
	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń
Opolski	273	199	256	201	249	145
Podkarpacki	441	397	374	345	331	303
Podlaski	228	228	233	225	184	155
Pomorski	564	459	466	414	480	397
Śląski	1 101	986	1 370	1 218	1 403	1 263
Świętokrzyski	144	127	150	129	151	138
Warmińsko- Mazurski	307	269	311	282	207	197
Wielkopolski	911	751	943	771	808	664
Zachodniopomorski	221	190	211	177	191	157
Razem	8 027	7 017	8 339	7 368	7 689	6 761

Zespoły transportu medycznego w 2022 r. wykonały łącznie 36 041 transportów, udzielając świadczeń 34 810 różnym osobom. Zarówno liczba wyjazdów zespołów transportu medycznego jak i liczba osób, którym zespoły udzieliły świadczeń w 2022 r., zmniejszyła się w stosunku do roku poprzedniego.

Tabela nr V.52. Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba osób, którym świadczeń udzieliły zespoły transportu medycznego w latach 2020-2022.

Oddział Wojewódzki NFZ	2020 r.		2021 r.		2022 r.	
	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń
Dolnośląski	2 389	2 332	3 261	3 180	2 817	2 729
Kujawsko-Pomorski	2 130	2 084	2 611	2 538	3 288	3 278
Lubelski	235	224	317	305	343	336
Lubuski	1 335	1 268	1 535	1 468	1 640	1 559
Łódzki	1 382	1 367	1 251	1 239	1 157	1 137
Małopolski	796	785	1 089	1 064	1 213	1 159
Mazowiecki	5 451	5 434	6 601	6 560	4 721	4 673
Opolski	931	888	952	942	920	908
Podkarpacki	1 064	1 049	5 402	5 253	979	975
Podlaski	1 288	1 257	1 554	1 506	1 688	1 598
Pomorski	2 281	2 179	3 800	3 550	3 624	3 364
Śląski	3 312	3 183	6 136	5 894	4 681	4 503
Świętokrzyski	1 754	1 663	2 030	1 937	2 803	2 631
Warmińsko- Mazurski	1 849	1 776	2 704	2 643	2 789	2 674

Oddział Wojewódzki NFZ	2020 r.		2021 r.		2022 r.	
	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń
Wielkopolski	2 936	2 863	3 189	3 105	3 007	2 918
Zachodniopomorski	336	335	446	443	371	368
Razem	29 469	28 687	42 878	41 627	36 041	34 810

V.2.16. Ratownictwo medyczne

Zespoły ratownictwa medycznego są mobilnymi jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, których zadaniem jest podejmowanie akcji prowadzenia medycznych czynności ratunkowych, czyli świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w warunkach pozaszpitalnych, w celu ratowania osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zgodnie z obowiązującym w 2022 r. porządkiem prawnym zadania zespołów ratownictwa medycznego w 2022 r. były finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentami byli poszczególni wojewodowie. W 2022 r. wojewoda powierzał przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, zawieranie i rozliczanie wykonywania tych umów dyrektorowi właściwego OW NFZ. Dyrektor OW NFZ zawierał umowy na rejony operacyjne, na podstawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz w ramach środków przewidzianych w budżecie państwa, w części, której dysponentem był wojewoda, ujętych w planie finansowym Funduszu. Środki na finansowanie umów wojewoda przekazywał Funduszowi w formie dotacji celowej w trybie i na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych w celu zapewnienia finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego na terenie właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ. W 2022 r. we wszystkich 16 oddziałach wojewódzkich NFZ zostało przeprowadzone aneksowanie umów niewygasających z dniem 31 grudnia 2021 r. Ponadto, w związku z końcem obowiązywania umów z dniem 31.01.2022 r., Śląski OW NFZ przeprowadził postępowanie konkursowe, w celu zawarcia umów obowiązujących od dnia 1.02.2022 r. W wyniku niniejszego postępowania konkursowego zawarto 3 umowy na realizację zadań przez zespoły ratownictwa medycznego (od 1.02.2023 r. w woj. śląskim funkcjonują 3 skoncentrowane dyspozytornie medyczne). Zgodnie z zapisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2022 r. poz. 1720, z późn. zm.) umowy na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego zawierane są na rejony operacyjne, na podstawie planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Rejon operacyjny to rejon działania dyspozytorni medycznej określony w wojewódzkim planie działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. W 2022 r. w Polsce kontynuowany był proces koncentracji dyspozytorni medycznych. Wg stanu na koniec 2022 r. funkcjonowały łącznie 23 skoncentrowane dyspozytornie medyczne, zatem umowy o udzielanie świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne dotyczyły 23 rejonów operacyjnych. Liczba umów w przedmiotowym rodzaju świadczeń zmniejszyła się o 1 w stosunku do 2021 roku. Należy podkreślić, że informacji o liczbie zawartych umów

o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne nie można utożsamiać z dostępnością do świadczeń w powyższym rodzaju, ponieważ liczba ta jest bezpośrednio związana z liczbą rejonów operacyjnych, wynikającą z wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Tabela nr V.53. Liczba świadczeniodawców oraz umów zawartych w latach 2020-2022 w rodzaju ratownictwo medyczne.

Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców w latach					Liczba umów zawartych w latach				
	2020	2021		2022		2020	2021		2022	
Dolnośląski	2	2		2		2	2		2	
Kujawsko-Pomorski	2	1		1		2	*do 31.03*	*od 01.04*	1	
							2	1		
Lubelski	4	1		1		4	1		1	
Lubuski	1	1		1		1	1		1	
Łódzki	1	1		1		1	1		1	
Małopolski	2	2		2		2	2		2	
Mazowiecki	5	do 31.03	od 01.04	3		5	do 31.03	od 01.04	3	
		5	3				5	3		
Opolski	1	1		1		1	1		1	
Podkarpacki	5	do 28.02	od 01.03	1		5	do 28.02	od 01.03	1	
		5	1				5	1		
Podlaski	3	1		1		3	1		1	
Pomorski	2	2		2		2	2		2	
Śląski	4	4		do 31.01	od 01.02.	4	4		do 31.01	od 01.02
				4	3				4	3
Świętokrzyski	1	1		1		1	1		1	
Warmińsko- Mazurski	1	1		1		1	1		1	
Wielkopolski	2	do 31.09	od 01.10	1		2	do 31.09	od 01.10	1	
		2	1				2	1		
Zachodniopomorski	1	1		1		1	1		1	
Razem	37	24 (wg stanu na koniec 2021 r.)		23 (od 1.02.2022 r.)		37	24 (wg stanu na koniec 2021 r.)		23 (od 1.02.2022 r.)	

Ujęta w planie finansowym NFZ na 2022 r. wartość zaplanowanych kosztów finansowania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne wyniosła 3 157 633,00 tys. zł i była o 689 733 tys. zł (27,95%) wyższa od kwoty planowanej w 2021 r. W 2022 r. wartość realizacji planu finansowego w niniejszym rodzaju zamknęła się kwotą 3 151 477,47 tys. zł, co stanowi 99,81% wykorzystania zaplanowanych środków.

Tabela nr V.54. Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne w latach 2020-2022 i ich wykonanie (w tys. zł).

Nazwa OW NFZ	2020 r.		2021 r.		2022 r.	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Dolnośląski	179 625,00	176 945,80	183 844,00	182 510,34	231 726,00	231 725,02
Kujawsko-Pomorski	143 829,00	142 611,93	144 051,00	143 915,85	186 025,00	185 199,51
Lubelski	148 770,00	144 543,85	151 502,00	147 925,20	191 985,00	191 695,93
Lubuski	84 044,00	83 015,64	86 709,00	84 440,89	110 746,00	110 463,25
Łódzki	160 156,00	159 554,70	162 955,00	162 801,29	209 271,00	206 977,25
Małopolski	192 490,00	192 102,21	193 213,00	192 724,84	247 248,00	247 246,81
Mazowiecki	302 339,00	301 138,20	306 007,00	302 515,36	394 344,00	394 342,74
Opolski	71 028,00	69 140,41	69 964,00	69 961,17	89 887,00	89 885,76
Podkarpacki	140 727,00	140 306,26	142 293,00	141 937,60	182 927,00	182 925,99
Podlaski	91 130,00	90 918,93	93 022,00	92 909,23	119 000,00	118 943,00
Pomorski	139 314,00	138 018,95	142 508,00	141 879,54	183 472,00	183 235,33
Śląski	259 781,00	259 177,81	264 010,00	261 477,84	334 276,00	332 930,13
Świętokrzyski	74 899,00	74 820,80	75 226,00	75 121,67	96 959,00	96 957,94
Warmińsko- Mazurski	122 230,00	122 223,88	124 878,00	124 689,35	158 300,00	158 298,66
Wielkopolski	193 088,00	192 985,18	196 085,00	193 881,27	251 938,00	251 121,94
Zachodniopomorski	131 346,00	130 319,21	131 633,00	130 687,39	169 529,00	169 528,21
Razem	2 434 796,00	2 417 823,76	2 467 900,00	2 449 378,83	3 157 633,00	3 151 477,47

W 2022 r. zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 2 980 853 wyjazdy, udzielając świadczeń 2 408 150 różnym osobom. Zarówno liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego jak i liczba osób, którym te zespoły udzieliły świadczeń w 2022 r. uległa zwiększeniu w porównaniu do roku poprzedniego.

Tabela nr V.55. Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w latach 2020-2022 oraz liczba osób, wg unikalnych nr PESEL, którym udzielono przedmiotowych świadczeń w poszczególnych latach.

Oddział Wojewódzki NFZ	2020 r.		2021 r.		2022 r.	
	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń
Dolnośląski	243 404	186 890	261 399	200 052	267 175	208 820
Kujawsko-Pomorski	156 154	119 142	171 753	130 832	143 447	110 161
Lubelski	138 029	111 233	153 906	125 240	163 576	132 341
Lubuski	68 317	50 630	82 775	64 666	89 925	68 995
Łódzki	175 040	168 782	193 209	155 200	200 188	159 337
Małopolski	203 836	189 556	226 991	211 040	238 855	222 649

Oddział Wojewódzki NFZ	2020 r.		2021 r.		2022 r.	
	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń
Mazowiecki	360 910	293 213	400 101	323 432	404 243	326 100
Opolski	64 864	59 014	72 525	65 154	78 687	67 909
Podkarpacki	136 513	126 743	138 064	88 385	152 562	136 302
Podlaski	62 179	47 632	60 059	47 114	52 669	41 620
Pomorski	148 899	110 368	156 209	128 994	177 452	131 217
Śląski	307 688	242 428	369 726	293 472	401 933	313 468
Świętokrzyski	98 235	73 915	105 015	80 226	105 166	80 089
Warmińsko- Mazurski	112 613	89 562	122 924	99 564	118 165	84 074
Wielkopolski	179 177	160 711	211 064	189 244	220 638	196 858
Zachodniopomorski	154 226	117 984	171 925	132 468	166 172	128 210
Razem	2 610 084	2 147 803	2 897 645	2 335 083	2 980 853	2 408 150

V.2.17. Chemioterapia

W 2022 roku Fundusz sfinansował świadczenia w zakresach chemioterapii na kwotę 1 529 090 tys. zł. Wartość umów podpisanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu na te świadczenia została zagwarantowana w planie finansowym kwotą 1 650 202 tys. zł. Faktyczne wykonanie stanowiło 92,70% kwoty planowanej. Różnice w wartościach dotyczących wykonania mogą wynikać z różnych dat generowania raportów w systemach NFZ oraz możliwych zmian danych sprawozdawczych, wynikających m.in. z korekt świadczeniodawców czy migracji.

Tabela nr V.56. Wartość świadczeń w poszczególnych zakresach chemioterapii (w tys. zł), wg stanu na 28.04.2023 r.

Nazwa zakresu świadczeń	2022 rok	
	Suma z kontraktów zakresie	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych
03.0000.111.02 chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	112 927	112 770
03.0000.112.02 chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	289 991	287 723
03.0000.113.02 chemioterapia - hospitalizacja z zakresem skojarzonym	617 988	603 647
03.0000.115.02 chemioterapia	17 688	17 585
03.0001.111.01 substancje czynne z 1t - chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	954	632
03.0001.111.02 substancje czynne w chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	143 087	140 214
03.0001.112.01 substancje czynne z 1t - chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	1 464	1 115

Nazwa zakresu świadczeń	2022 rok	
	Suma z kontraktów zakresie	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych
03.0001.112.02 substancje czynne w chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	182 579	175 645
03.0001.113.01 substancje czynne z 1t - chemioterapia - hospitalizacja z zakresem skojarzonym	4 005	3 493
03.0001.113.02 substancje czynne w chemioterapii - hospitalizacji z zakresem skojarzonym	187 864	181 063
03.0001.115.01 substancje czynne z 1t - chemioterapia	43	42
03.0001.115.02 substancje czynne w chemioterapii	5 228	5 161
Razem	1 563 817	1 529 090

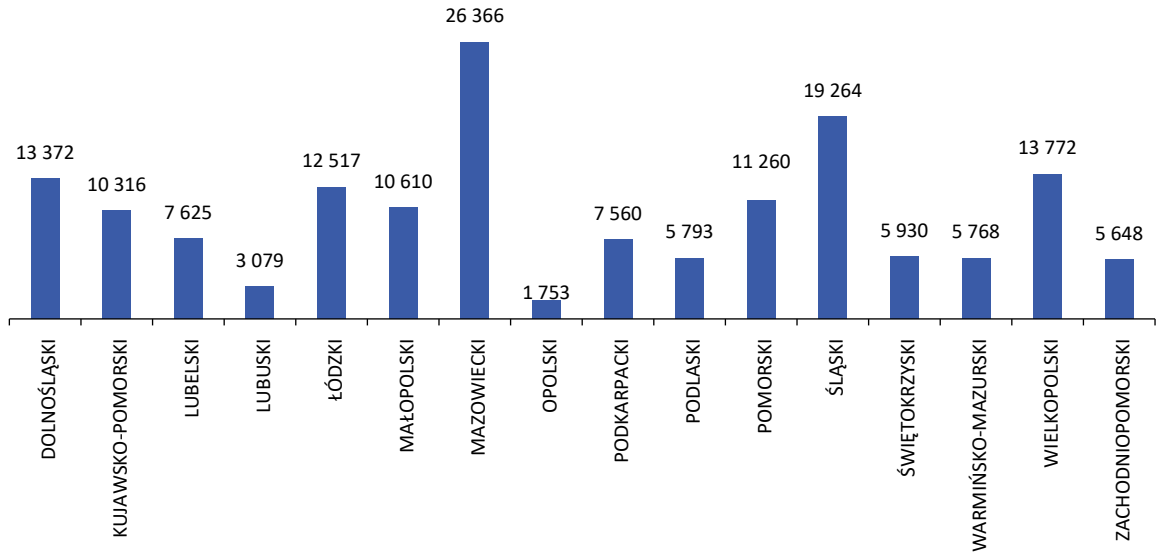
W zakresach związanych z realizacją chemioterapii również jak w programach lekowych zauważa się większy udział kobiet niż mężczyzn (57,6% kobiet, 42,4% mężczyzn) ze średnim wiekiem 61,6 lat. Najwyższą wartość środków rozliczonych wydatkowano na chemioterapię w województwie mazowieckim z kwotą 268 213 tys. zł, śląskim (200 265 tys. zł) oraz wielkopolskim (138 401 tys. zł).

Tabela nr V.57. Wartość zrealizowanych i rozliczonych jednostek rozliczeniowych w chemioterapii w podziale na OW NFZ w 2022 roku, wg stanu na 28.04.2023 r. (w tys. zł).

l.p.	Oddział wojewódzki Funduszu	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
1	Dolnośląski	2 583 940	120 274	465	120 027	465
2	Kujawsko-pomorski	1 771 685	84 192	475	83 303	470
3	Lubelski	1 822 385	99 319	545	98 892	543
4	Lubuski	873 215	29 999	344	29 709	340
5	Łódzki	2 221 145	109 439	493	109 309	492
6	Małopolski	3 098 482	103 358	334	99 348	321
7	Mazowiecki	5 170 511	269 154	521	268 213	519
8	Opolski	803 973	18 344	228	18 344	228
9	Podkarpacki	1 819 083	67 426	371	67 401	371
10	Podlaski	1 015 917	53 453	526	52 319	515
11	Pomorski	2 101 488	89 580	426	89 435	426
12	Śląski	3 961 379	200 621	506	200 265	506
13	Świętokrzyski	1 047 126	52 315	500	51 362	491
14	Warmińsko-mazurski	1 166 937	44 730	383	44 721	383
15	Wielkopolski	3 239 986	138 774	428	138 401	427
16	Zachodniopomorski	1 431 699	58 176	406	58 040	405

* dane wg Centralnego Wykazu Ubezpieczonych wg stanu na koniec 2022 r.

Wykres nr V.7. Liczba świadczeniobiorców w ramach finansowania chemioterapii w 2022 r., wg stanu na 28.04.2023 r.



V.2.18. Programy lekowe

W 2022 roku wartość świadczeń udzielonych w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe wyniosła 7 245 455 tys. zł, liczba pacjentów objętych leczeniem w zakresie programów lekowych wyniosła 208 866 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 2022 r. na refundację programów lekowych przewidywał kwotę 7 865 134 tys. zł. Faktyczne wykonanie stanowiło zatem 92,1% kwoty planowanej. W 2022 roku Fundusz finansował 120 programów lekowych w tym 41 programów onkologicznych. Zgodnie z decyzjami podejmowanymi przez Ministra Zdrowia w 2022 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 2022 r. poz. 2555, 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 2022 r.:
   - B.128.FM. „Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat” (substancja czynna giwosyran) - styczeń 2022 r.,
   - B.129.FM. „Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1” (substancja czynna lumazyran) - marzec 2022 r.,
   - B.130. „Leczenie chorych z dystrofią mięśniową Duchenne’a spowodowaną mutacją nonsensowną w genie dystrofiny” (substancja czynna ataluren) - marzec 2022 r.,

- B.131. „Leczenie pacjentów z idiopatyczną wieloogniskową chorobą Castlemana” (substancja czynna siltuksymab) - lipiec 2022 r.,
- B.132. „Stosowanie letermowiru w celu zapobiegania reaktywacji cytomegalowirusa (CMV) i rozwojowi choroby u dorosłych, seropozytywnych względem CMV pacjentów, którzy byli poddani zabiegowi przeszczepienia allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych” (substancja czynna letermowir) - lipiec 2022 r.,
- B.133. „Profilaktyczne leczenie chorych na migrenę przewlekłą” (substancje czynne erenumab, fremanezumab, toksyna botulinowa typu A) - lipiec 2022 r.,
- B.134. „Zapobieganie powikłaniom kostnym u dorosłych pacjentów z zaawansowanym procesem nowotworowym obejmującym kości z zastosowaniem denosumabu” (substancja czynna denosumab) - lipiec 2022 r.,
- B.135. „Leczenie nintedanibem choroby śródmiąższowej płuc związanej z twardziną układową” (substancja czynna nintedanib) - lipiec 2022 r.,
- B.136.FM. „Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)” (substancje czynne bedakilina i pretomanid) - wrzesień 2022 r.,
- B.137.FM. „Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki” (substancja czynna imlifidaza) - wrzesień 2022 r.,
- B.138.FM. „Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)” (substancja czynna satralizumab) - listopad 2022 r.,
- B.139. „Leczenie pacjentów z nowotworami neuroendokrynnymi układu pokarmowego z zastosowaniem radiofarmaceutyków” (substancja czynna oksodotreotyd lutetu lu-177) - listopad 2022 r.,
- B.140. „Leczenie wspomagające zaburzeń cyklu mocznikowego” (substancja czynna fenylomaślan glicerolu) - listopad 2022 r.,
- B.141. „Leczenie pacjentów z rakiem urotelialnym” (substancja czynna awelumab) - listopad 2022 r.

2. Nowe substancje czynne objęte finansowaniem w ramach dotychczas funkcjonujących programów lekowych:
   - styczeń 2022 r.:
     - niraparibum w programie lekowym B.50. „Leczenie chorych na raka jajnika, raka jajowodu lub raka otrzewnej”,
     - ustekinumab w programie lekowym B.55. „Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)”,
   - marzec 2022 r.:
     - apalutamid, darolutamid w programie lekowym B.56. „Leczenie chorych na opornego na kastrację raka gruczołu krokowego”,

- iwakaftor + lumakaftor, iwakaftor + tezakaftor, iwakaftor + tezakaftor + eleksakaftor w programie lekowym B.112. „Leczenie chorych na mukowiscydozę”,

- maj 2022 r.:
  - atezolizumab w programie lekowym B.5. „Leczenie chorych na raka wątrobowokomórkowego”,
  - ipilimumab w programie lekowym B.10. „Leczenie pacjentów z rakiem nerki”,
  - dupilumab w programie lekowym B.44. „Leczenie chorych z ciężką postacią astmy”,
  - tisagenlecleucel, aksykabtagen cyloleucelu, polatuzumab wedotyny w programie lekowym B.93. „Leczenie chorych na chłoniaki rozlane z dużych komórek B oraz inne chłoniaki B-komórkowe”,
- lipiec 2022 r.:
  - upadacytynib, anakinra w programie lekowym B.33. „Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów”,
  - upadacytynib w programie lekowym B.35. „Leczenie chorych z aktywną postacią łuszczycowego zapalenia stawów (ŁZS)”,
  - upadacytynib, iksekizumab w programie lekowym B.36. „Leczenie chorych z aktywną postacią zesztywniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK)”,
  - fedratynib w programie lekowym B.81. „Leczenie mielofibrozy pierwotnej oraz mielofibrozy wtórnej w przebiegu czerwienicy prawdziwej i nadpłytkowości samoistnej”,
  - iksekizumab, sekukinumab w programie lekowym B.82. „Leczenie pacjentów z aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK”,
  - lenalidomid w programie lekowym B.93. „Leczenie chorych na chłoniaki rozlane z dużych komórek B oraz inne chloniaki B-kmórkowe”,
- wrzesień 2022 r.,:
  - pembrolizumab w programie lekowym B.52. „Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi”,
  - rysdyplam i onasemnogen abeparwowek w programie lekowym B.102.FM. „Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni”,
  - gemtuzumab ozogamycyny, gilterytynib i wenetoklaks w programie lekowym B.114. „Leczenie chorych na ostrą białaczkę szpikową”,
- listopad 2022 r.:
  - alpelisyb, sacytuzumab gowitekan, talazoparyb w programie lekowym B.9.FM. „Leczenie chorych na raka piersi”,

- ofatumumab, ozanimod, ponesimodum, siponimod, alemtuzumab, kladrybina, fingolimod, natalizumab, okrelizumab w programie lekowym B.29. „Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane”,
- ramucirumabum, niwolumab w programie lekowym B.58. „Leczenie chorych na zaawansowanego raka przełyku i żołądka”,
- olaparyb w programie lekowym B.85. „Leczenie pacjentów z gruczolakorakiem trzustki”,
- inklisiran w programie lekowym B.101. „Leczenie pacjentów z zaburzeniami lipidowymi”,
- baricytynib, upadacytynib w programie lekowym B.124. „Leczenie chorych z ciężką postacią atopowego zapalenia skóry”.

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

- sacytuzumab gowitekan w programie lekowym B.9.FM. „Leczenie chorych na raka piersi”,
- onasemnogen abeparwowek w programie lekowym B.102.FM. „Leczenie chorych na rdzeniowy zanik mięśni”,
- giwosyran w nowym programie lekowym B.128.FM. „Leczenie chorych na ostrą porfirię wątrobową (AHP) u dorosłych i młodzieży w wieku od 12 lat”,
- lumazyran w programie lekowym B.129.FM. „Leczenie chorych na pierwotną hiperoksalurię typu 1”,
- pretomanid w programie lekowym B.136.FM. „Leczenie chorych na gruźlicę lekooporną (MDR/XDR)”,
- imlifidaza w programie lekowym B.137.FM. „Odczulanie wysoko immunizowanych dorosłych potencjalnych biorców przeszczepu nerki”,
- satralizumab w programie lekowym B.138.FM. „Leczenie pacjentów ze spektrum zapalenia nerwów wzrokowych i rdzenia kręgowego (NMOSD)”.

W poniższej tabeli przedstawiono dane dotyczące wartości zrealizowanych i rozliczonych jednostek rozliczeniowych w programach lekowych w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ w 2022 r. oraz wartości w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Tabela nr V.58. Wartość wykonanych świadczeń w ramach finansowania programów lekowych (w tys. zł) w 2022 roku, wg stanu na dzień 28.04.2022 r.

Oddział wojewódzki Funduszu	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	2 583 940	621 794	2406	614 980	2 380
Kujawsko-Pomorski	1 771 685	369 502	2086	363 049	2 049
Lubelski	1 822 385	369 759	2029	367 852	2 019
Lubuski	873 215	103 360	1184	103 064	1 180
Łódzki	2 221 145	521 428	2348	519 036	2 337
Małopolski	3 098 482	747 365	2412	709 276	2 289
Mazowiecki	5 170 511	1 324 361	2561	1 310 150	2 534
Opolski	803 973	98 655	1227	97 996	1 219
Podkarpacki	1 819 083	323 963	1781	323 270	1 777
Podlaski	1 015 917	190 389	1874	187 985	1 850
Pomorski	2 101 488	481 525	2291	480 572	2 287
Śląski	3 961 379	863 344	2179	860 353	2 172
Świętokrzyski	1 047 126	207 913	1986	207 450	1 981
Warmińsko-Mazurski	1 166 937	189 709	1626	185 831	1 592
Wielkopolski	3 239 986	653 159	2016	647 376	1 998
Zachodniopomorski	1 431 699	267 837	1871	267 206	1 866

*dane wg Centralnego Wykazu Ubezpieczonych wg stanu na koniec 2022 r.

Najwyższą wartość środków wydatkowano na programy lekowe w województwie mazowieckim z kwotą 1 310 150 tys. zł. Następnymi z kolei województwami, w których wydatkowano najwyższe środki pieniężne jest województwo śląskie (860 353 tys. zł) oraz małopolskie (709 276 tys. zł).

Największe środki zostały wydatkowane w programie leczenia raka piersi 760 860 tys. zł, co stanowi 10,78% kosztu wszystkich wykonanych świadczeń związanych z programami lekowymi, następnie kolejny to program leczenia niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca (744 552 tys. zł), program lekowy leczenia chorych na stwardnienie rozsiane (438 176 tys. zł), oraz leczenia czerniaka skóry lub błon śluzowych (423 735 tys. zł) odpowiednio 10,28%; 6,05%; 5,85%.

Tabela nr V.59. Top 10 substancji czynnych wg kwoty refundacji w 2022 r. (w tys. zł), wg stanu na dzień 28.04.2023 r.

Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych
Pembrolizumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	429 193
Nivolumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	335 453
Pertuzumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	246 747
Enzalutamidum - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg	239 462
Dimethylis Fumaras - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg	199 780
Nusinersenum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	181 002
Olaparibum - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg	150 946
Ivacaftorum, Tezacaftorum, Elexacaftorum - O - Doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg	143 892
Eculizumabum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	143 195
Aflibercептum - P - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	122 263

W programach onkologicznych i nieonkologicznych zauważa się większy udział kobiet niż mężczyzn. W programach onkologicznych leczonych jest ponad 55,5% kobiet, nieonkologicznych 55,9% kobiet. W 2022 r. w związku z leczeniem 54 tys. pacjentów w ramach programów lekowych onkologicznych wydatkowano 3 985 315,9 tys. zł, natomiast w programach lekowych nieonkologicznych wydatkowano 3 260 128,6 tys. zł na leczenie 156 tys. pacjentów. Środki wydatkowane na terapię kobiet w ramach programów lekowych stanowią 53,7% całości. Wydatki na terapię kobiet w podziale na programy onkologiczne oraz nieonkologiczne stanowią odpowiednio 52,8% i 54,9%. Większy odsetek leczonych kobiet niż mężczyzn może być spowodowany większą dbałością kobiet o zdrowie, rozpoznaniem choroby w jej wcześniejszym stadium oraz wcześniej rozpoczynanym leczeniem. 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.

V.2.19. 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 2022 roku. Przedstawione zestawienia zostały opracowane na podstawie danych szczegółowych przekazywanych przez OW NFZ i gromadzonych w bazach danych Centrali NFZ. Pokazane kwoty uwzględniają dotację przeznaczoną na programy wynikające z art. 43b ustawy o świadczeniach. Liczba zrefundowanych przez Fundusz opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w 2022 roku jest

większa o 1,62% w stosunku do 2021 roku. Wzrost nastąpił we wszystkich oddziałach wojewódzkich.

Tabela nr V.60. Liczba zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych, suma za okres od 1 stycznia 2022 do 31 grudnia 2022 r. (Dane - stan na dzień 5 maja 2023 r.).

Oddział Wojewódzki NFZ	Liczba jednostkowych opakowań leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zrefundowanych w okresie od 1 stycznia 2022 r do 31 grudnia 2022 r.
Dolnośląski	31 711 644
Kujawsko-Pomorski	24 476 100
Lubelski	23 654 957
Lubuski	10 330 950
Łódzki	30 678 118
Małopolski	36 353 354
Mazowiecki	61 275 958
Opolski	10 633 062
Podkarpacki	20 561 453
Podlaski	11 449 186
Pomorski	26 224 883
Śląski	51 728 019
Świętokrzyski	13 606 443
Warmińsko-Mazurski	15 097 230
Wielkopolski	40 438 472
Zachodniopomorski	19 313 973
Razem	427 533 801

Tabela nr V.61. Liczba zrefundowanych opakowań jednostkowych (w tys. opakowań) leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych w 2022 r. z podziałem na poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ w ujęciu miesięcznym (data generacji danych 5 maja 2023 r.).

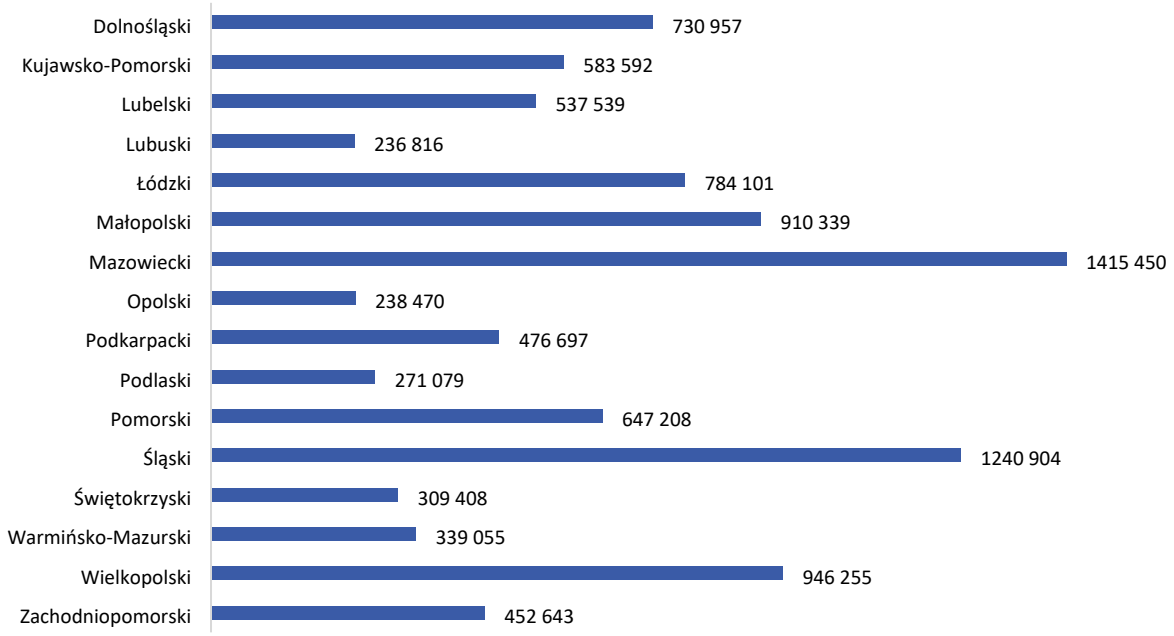
OW NFZ	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień
Dolnośląski	2 466	2 446	2 911	2 622	2 585	2 584	2 547	2 563	2 714	2 723	2 692	2 858
Kujawsko-Pomorski	1 887	1 906	2 214	2 012	1 982	1 988	1 964	1 987	2 108	2 109	2 090	2 227
Lubelski	1 839	1 863	2 169	1 904	1 918	1 930	1 894	1 920	2 044	2 024	2 010	2 139
Lubuski	791	802	936	857	837	843	830	846	882	890	877	940
Łódzki	2 374	2 380	2 831	2 527	2 490	2 491	2 468	2 445	2 630	2 639	2 614	2 789
Małopolski	2 796	2 861	3 356	2 983	2 956	2 946	2 929	2 904	3 114	3 139	3 118	3 250
Mazowiecki	4 794	4 756	5 715	5 004	4 984	4 985	4 891	4 856	5 261	5 310	5 237	5 482
Opolski	826	820	974	869	857	861	858	866	912	920	908	962
Podkarpacki	1 612	1 618	1 883	1 665	1 643	1 670	1 624	1 654	1 782	1 765	1 771	1 875
Podlaski	890	909	1 051	916	929	928	913	932	995	986	978	1 021
Pomorski	2 031	2 001	2 411	2 142	2 132	2 154	2 126	2 122	2 265	2 264	2 229	2 346

OW NFZ	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień
Śląski	3 954	4 014	4 772	4 309	4 220	4 205	4 171	4 128	4 400	4 492	4 420	4 642
Świętokrzyski	1 049	1 066	1 254	1 105	1 094	1 104	1 100	1 121	1 175	1 167	1 161	1 212
Warmińsko-Mazurski	1 169	1 170	1 374	1 228	1 224	1 233	1 218	1 248	1 302	1 286	1 281	1 364
Wielkopolski	3 082	3 162	3 707	3 364	3 280	3 300	3 229	3 259	3 452	3 495	3 398	3 711
Zachodniopomorski	1 520	1 472	1 762	1 601	1 569	1 592	1 578	1 602	1 668	1 650	1 603	1 697

Wielkość refundacji

W 2022 roku płatnik na refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych wydatkował łącznie kwotę 10 120 510 tys. zł (razem z dotacją związaną z realizacją programów wynikających z art. 43b). W stosunku do 2021 roku nastąpił wzrost wartości refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych o 5,6%.

Wykres nr V.8. Wartość refundacji leków w 2022 roku z podziałem na oddziały wojewódzkie NFZ (w tys. zł).; stan na dzień 5 maja 2023 r.



Analiza wydatków na refundację leków w 2022 roku w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ wykazała, że największy udział procentowy w ogólnej kwocie refundacji miał oddział mazowiecki z wynikiem 14% oraz oddział śląski z wynikiem 12,3%.

Tabela nr V.62. Struktura wydatków na leki w 2022 roku w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ, data generacji danych 5 maja 2023 r. (kwoty wyrażone w tys. zł).

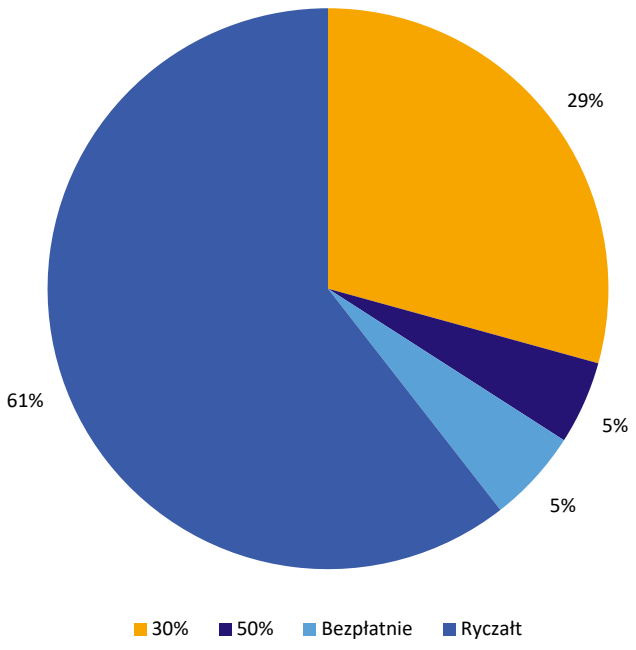
Oddział wojewódzki	Kwota refundacji (w tys. zł)	Udział procentowy
Dolnośląski	730 957	7,2%
Kujawsko-Pomorski	583 592	5,8%
Lubelski	537 539	5,3%

Oddział wojewódzki	Kwota refundacji (w tys. zł)	Udział procentowy
Lubuski	236 816	2,3%
Łódzki	784 101	7,7%
Małopolski	910 339	9,0%
Mazowiecki	1 415 450	14,0%
Opolski	238 470	2,4%
Podkarpacki	476 697	4,7%
Podlaski	271 079	2,7%
Pomorski	647 208	6,4%
Śląski	1 240 904	12,3%
Świętokrzyski	309 408	3,1%
Warmińsko-Mazurski	339 055	3,4%
Wielkopolski	946 255	9,3%
Zachodniopomorski	452 643	4,5%

Rodzaje odpłatności

Analiza struktury wydatków na refundację leków w 2022 roku w podziale na rodzaje odpłatności (bezpłatne, 30%, 50% ryczałt) wykazała, że ponad połowę (61%) ogólnej kwoty refundacji wydatkowano dla pacjentów wnoszących opłatę ryczałtową, przeznaczono na ten cel 6 126 886,52 tys. zł. Kolejne grupy co do wartości wydatkowanych środków stanowią: leki wydawane za 30% odpłatnością - 29% (kwota refundacji 2 963 870,27 tys. zł; leki wydawane bezpłatnie - 5% (kwota refundacji 544 006,66 tys. zł); leki wydawane za 50% odpłatnością - 5% (kwota refundacji 485 746,73 tys. zł).

Wykres nr V.9. Analiza struktury wydatków na refundację leków w 2022 roku w podziale na odpłatności, data generacji danych 5 maj 2023 r.



Typy uprawnień

Poniżej przedstawiono analizę struktury wydatków na refundacje leków w podziale na uprawnienia do świadczeń gwarantowanych i uprawnienia dodatkowe pacjenta w 2022 r.

Tabela nr V.63. Przedstawienie typów uprawnień[17] dodatkowych pacjentów w podziale na odpłatności, data generacji danych 5 maja 2022 r. (kwoty zostały wyrażone w tys. zł).

Typ uprawnień	Kwota refundacji (tys. zł)	Udział procentowy
AZ	8	0,0001%
BW	267	0,003%
C	46 045	0,5%
CN	142	0,001%
DN	57 703	0,6%
IB	89 834	0,9%
IN	12 363	0,1%
IW	637	0,01%
PO	87	0,001%
S	2 039 584	20,2%
WE	91	0,001%
WP	14	0,0001%
X	7 827 738	77,3%
ZK	45 997	0,5%

[17] AZ - pracownicy i byli pracownicy zakładów produkujących wyroby zawierające azbest. Przysługuje im bezpłatnie zaopatrzenie w leki związane z chorobami wywołanymi pracą przy azbeście;
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 połogiem.
DN - osoby nieubezpieczone do ukończenia 18 roku życia.
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 - do otrzymania bezpłatnych leków uprawnieni są świadczeniobiorcy, którzy ukończyli 75 rok życia, o których mowa w art. 43a ust. 1 ustawy o świadczeniach). Obowiązuje od 1 września 2016 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.

Grupy ATC

Największe wydatki związane były z refundacją leków z grup: leki stosowane w leczeniu schorzeń układu sercowo-naczyniowego stanowiących 16,5% ogólnej kwoty refundacji, leki stosowane w leczeniu schorzeń ośrodkowego układu nerwowego stanowiących 14,4% ogólnej kwoty refundacji, leki stosowane w leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego i metabolicznych stanowiących 13,9% ogólnej kwoty refundacji, leki stosowane w leczeniu schorzeń układu oddechowego stanowiących 11,8% ogólnej kwoty refundacji. Wymienione wyżej 4 grupy ATC generowały 56,7% wszystkich kosztów refundacji leków w 2022 roku.

Tabela nr V.64. Struktura wydatków na leki w 2022 roku w podziale na Grupy ATC, data generacji danych 5 maja 2023 r. (kwoty zostały wyrażone w tys. zł).

Grupa ATC	Kwota refundacji	%
c) układ sercowo naczyniowy	1 669 934	16,5%
(n) ośrodkowy układ nerwowy	1 462 390	14,4%
(a) przewód pokarmowy i metabolizm	1 408 756	13,9%
(r) układ oddechowy	1 197 945	11,8%
(b) krew i układ krwiotwórczy	706 948	7,0%
(v) varia	589 976	5,8%
(l) leki przeciwnowotworowe i immunomodulacyjne	519 308	5,1%
(g) układ moczowo-płciowy i hormony płciowe	377 156	3,7%
(j) leki stosowane w zakażeniach	296 961	2,9%
(m) układ mięśniowo-szkieletowy	224 528	2,2%
(s) narządy wzroku i słuchu	195 375	1,9%
(h) leki hormonalne do stosowania wewnętrznego	173 017	1,7%
(d) dermatologia	27 723	0,3%
(p) leki przeciwpasożytnicze, owadobójcze i repelenty	4 185	0,04%
Inne	1 266 311	12,5%

Najczęściej refundowane substancje czynne

Tabela nr V.65. 20 substancji czynnych generujących najwyższe koszty w 2022 roku wg nazw powszechnie stosowanych), data generacji danych 5 maja 2023 r. (kwoty zostały wyrażone w tys. zł).

Lp.	Substancje czynne	Kwota refundacji
1	Enoxaparinum natricum	418 179
2	Insulinum humanum	245 365
3	Metformini hydrochloridum	222 101
4	Budesonidum	206 943
5	Rosuvastatinum	199 803
6	Olanzapinum	197 446
7	Atorvastatinum	190 788
8	Insulinum aspartum	160 708

Lp.	Substancje czynne	Kwota refundacji
9	Tamsulosini hydrochloridum	156 124
10	Rivaroxabanum	155 003
11	Ramiprilum	143 563
12	Insulinum lisprum	134 044
13	Nebivololum	132 999
14	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	125 892
15	Methotrexatum	121 265
16	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	114 609
17	Finasteridum	113 769
18	Paliperidonum	107 260
19	Aripiprazolum	102 524
20	Telmisartanum	94 376
Razem		3 342 760

Struktura wydatków NFZ z tytułu refundacji leków pokazuje, że refundacja 20 pierwszych substancji pociąga za sobą 33% ogólnej kwoty refundacji. Wśród tych substancji, znajdują się leki stosowane w leczeniu między innymi: choroby zakrzepowo-zatorowej (Enoxaparinum Natricum, Rivaroxabanum), cukrzycy (Metformini Hydrochloridum, Insulinum Humanum, Insulinum Aspartum, Insulinum Lisprum), chorób psychicznych, schizofrenii (Aripiprazolum, Olanzapinum, Paliperidonum), astmy oskrzelowej (Budesonidum, Budesonidum z Formoterolem, Fluticasoni Propionas z Salmeterolum), hipercholesterolemii (Atorvastatinum, Rosuvastatinum), chorób układu krążenia i nadciśnienia tętniczego (Nebivololum, Ramiprilum, Telmisartanum), przerostu gruczołu krokowego (Tamsulosini Hydrochloridum, Finasteridum), chorób autoimmunizacyjnych (Methotrexatum).

Produkty handlowe

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

Tabela nr V.66. Przedstawienie 20 produktów generujących największy koszt refundacji leków w 2022 roku, data generacji danych 8 maja 2022 r. (kwoty zostały wyrażone w tys. zł).

Lp.	Nazwa handlowa leku	Kwota refundacji (w tys. zł)
1	Neoparin	260 842
2	Xarelto	155 003
3	Clexane	145 929
4	Contour Plus	136 098
5	Fostex	123 839
6	Jardiance	84 830
7	Xeplion	82 005
8	Atoris	79 784

Lp.	Nazwa handlowa leku	Kwota refundacji (w tys. zł)
9	Alvesco 160	79 081
10	Metex	78 344
11	Milurit	74 667
12	Nebbud	73 194
13	Rispolept Consta	72 095
14	Accu-Chek Performa	71 784
15	NovoRapid Penfill	71 272
16	Roswera	68 125
17	Salmex	68 028
18	Zypadhera	67 966
19	Symbicort Turbuhaler	62 365
20	Forxiga	58 542
Razem		1 913 793

Pierwsze pięć produktów z powyższej listy to następujące leki lub wyroby medyczne: Neoparin (Enoxaparinum natricum) - lek przeciwzakrzepowy w postaci ampułko - strzykawek; Xarelto (Rivaroxabanum) – lek przeciwzakrzepowy w postaci tabletek powlekanych ;Clexane (Enoxaparinum natricum) - lek przeciwzakrzepowy w postaci ampułko – strzykawek; Contour plus - test paskowy stosowany do oznaczenia poziomu glukozy we krwi; Fostex (Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus) - lek stosowany w leczeniu astmy w postaci aerozolu wziewnego. Refundacja wymienionych powyżej 5 produktów wyniosła 821 711 tys. zł, co stanowi 8,1% ogólnej kwoty refundacji.

V.2.20. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie środków finansowych przekazanych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń

Tabela nr V.67. Wartość środków finansowych wykorzystanych w latach 2015-2022 przez świadczeniodawców na wzrost i wyrównanie wynagrodzeń oraz ich dynamika (w tys. zł).

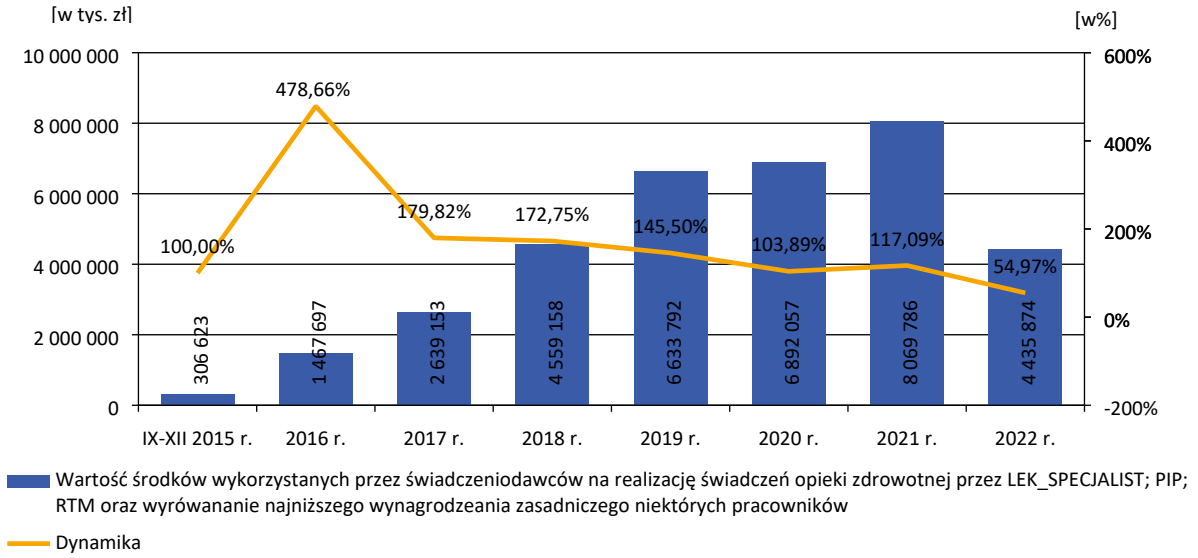
Wyszczególnienie	IX-XII 2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Wartość środków wykorzystanych przez świadczeniodawców na wzrost wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentystów posiadających specjalizację	-	-	-	315 208,53	671 131,14	653 561,33	638 284,33	291 253,95
Wartość środków wykorzystanych przez świadczeniodawców na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne	306 623,38	1 467 696,58	2 602 981,14	4 029 563,73	5 649 384,13	5 817 227,56	5 560 634,14	2 724 386,06
Wartość środków wykorzystanych przez świadczeniodawców na realizację świadczeń opieki zdrowotnej przez ratowników medycznych w szpitalnym systemie ratownictwa medycznego	-		-	67 603,77	90 612,09	123 063,81	114 938,08	-381,30
Wartość środków wykorzystanych przez świadczeniodawców na realizację świadczeń opieki zdrowotnej przez ratowników medycznych w pozaszpitalnym systemie ratownictwa medycznego	-	-	36 171,69	146 781,45	222 664,53	298 203,70	208 105,59	55 903,60

Wyszczególnienie	IX-XII 2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Wartość środków wykorzystanych na wyrównanie najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych przy udziale pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny	-	-	-	-	-	-	1 548 061,22	1 364 711,71
Wartość środków wykorzystanych przez świadczeniodawców na realizację świadczeń opieki zdrowotnej przez LEK_SPECJALIST; PIP; RTM oraz wyrównanie najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników	306 623,38	1 467 696,58	2 639 152,83	4 559 157,48	6 633 791,89	6 892 056,40	8 070 023,36	4 435 874,02
Dynamika	100,00%	478,66%	179,82%	172,75%	145,50%	103,89%	117,09%	54,97%

W 2022 Fundusz kontynuował przekazywanie świadczeniodawcom środków finansowych, na realizację świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne, ratowników medycznych w szpitalnym systemie ratownictwa medycznego oraz ratowników w pozaszpitalnym systemie ratownictwa medycznego, na wzrost wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentystów posiadających specjalizację oraz na realizację świadczeń udzielanych przez pracowników wykonujących zawód medyczny oraz przy udziale pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, zatrudnionych w podmiocie leczniczym, których wynagrodzenie zasadnicze jest niższe od najniższego wynagrodzenia zasadniczego, ustalonego na zasadach określonych w ustawie z dnia 8.06.2017 r. o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r. poz. 2139), w formie współczynników korygujących określonych przez Prezesa NFZ. W zarządzeniu nr 122/2021/DEF z dnia 30.06.2021 r. w sprawie określenia współczynników korygujących dotyczących świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne oraz ratowników medycznych, Prezes NFZ dokonał określenia współczynników korygujących dotyczących świadczeń udzielanych przez te grupy osób.

W zarządzeniu nr 130/2021/DEF z dnia 9.07.2021 r. w sprawie określenia współczynników korygujących dotyczących świadczeń udzielanych przez pracowników wykonujących zawód medyczny oraz przy udziale pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny, a także lekarzy i lekarzy dentystów posiadających specjalizację, Prezes NFZ dokonał określenia współczynników korygujących dotyczących świadczeń udzielanych przez te grupy osób. W oparciu o wartość ustalonych współczynników korygujących oddziały wojewódzkie Funduszu przekazywały środki finansowe świadczeniodawcom, przeznaczone na pokrycie kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki, położne i ratowników medycznych, kosztów podwyższenia wynagrodzenia lekarzy i lekarzy dentystów posiadających specjalizację oraz kosztów podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego pracowników wykonujących zawód medyczny i pracowników działalności podstawowej, innych niż pracownicy wykonujący zawód medyczny. Łączna wartość wykorzystanych w 2022 roku przez świadczeniodawców środków uzyskanych od NFZ na ten cel wyniosła 4 435 874,02 tys. zł.

Wykres nr V.10. Środki finansowe przekazane świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentystów posiadających specjalizację, środki finansowe przekazane świadczeniodawcom na realizację świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne oraz ratowników medycznych, środki finansowe przekazane świadczeniodawcom na wzrost najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych w latach 2015-2022.



Mając na uwadze przepis art. 31n pkt 2c w związku z art. 31ha ustawy o świadczeniach Prezes Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji przygotował na zlecenie Ministra Zdrowia rekomendację Nr 65/2022 z dnia 13 lipca 2022r. Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w sprawie zmiany sposobu lub poziomu finansowania świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższa rekomendacja Prezesa AOTMiT po zatwierdzeniu przez Ministra Zdrowia w dniu 13 lipca 2022 r. została opublikowana w Biuletynie Informacji Publicznej AOTMiT. Zgodnie ze stanowiskiem Ministra Zdrowia przedstawionym w piśmie z dnia 13 lipca 2022 r., znak: MMI.7802.3.2022.GK Minister Zdrowia zatwierdził do realizacji rekomendacje uwzględnione wariancie nr 2, tj: uwzględniającym wzrost najniższego wynagrodzenia wprowadzany ustawą z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2022 r., poz. 1352), wzrost wynagrodzeń pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych na podstawie umów innych niż umowa o pracę, związanych z prognozą wskaźnika inflacji w latach 2022-2023 r., symulację zmniejszenia różnic pomiędzy świadczeniodawcami w poszczególnych zakresach świadczeń wartości jednostek rozliczeniowych stosowanych w umowach zawieranych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz odrębne rozwiązania dla obszarów świadczeń zidentyfikowanych jako wymagające pilnej interwencji w zakresie zwiększenia poziomu finansowania. W związku z powyższym dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ niezwłocznie przedstawili świadczeniodawcom aneksy do umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej implementujące wariant nr 2 rekomendacji Prezesa AOTMiT. Dla każdej z grup zakresów ustalono ceny jednostki rozliczeniowej co najmniej na poziomie szóstego decyla rozkładu cen jednostek rozliczeniowych jako minimalną wartość odzwierciedlającą poziom kosztów realizacji świadczeń o zapewnionym określonym stopniu jakości, przy uwzględnieniu minimalnego wynagrodzenia, a następnie zwiększenie uzyskanej w ten sposób ceny jednostki

rozliczeniowej zgodnie z rekomendacją Prezesa AOTMiT. Skutek finansowy wdrożenia rekomendacji Prezesa AOTMiT w 2022 r. wyniósł ok. 9 270 mln zł. Dodatkowo od dnia 1 sierpnia 2022 r. zwiększona została wartość ryczałtu PSZ w związku ze zwiększeniem z 1,59 zł do 1,62 zł ceny jednostki sprawozdawczej w ryczałcie PSZ i zwiększeniem o 2 pkt % współczynników korygujących dla szpitali zakwalifikowanych do I i II poziomu PSZ (zarządzenie nr 103/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16 sierpnia 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej). Skutek finansowy powyższej zmiany w 2022 r. wyniósł ok. 352 mln zł. W związku z zakończeniem prac Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji w zakresie analizy sytuacji finansowej podmiotów należących do systemu podstawowego zabezpieczenia szpitalnego oraz w sprawie przygotowania analiz kosztowych i propozycji nowych wycen w odniesieniu do świadczeń udzielanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym, Izbie Przyjęć oraz w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej oraz współczynników dla JGP podlegających taryfikacji w ramach projektu choroby wewnętrzne oraz JGP z obszaru chorób układu moczowopłciowego zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 21.09.2022 r., znak: MMI.7802.10.2022.MMIL wdrożono z mocą od 1 września 2022 r. współczynniki korygujące dla podmiotów leczniczych zgodnie z pismem Prezesa AOTMIT z dnia 20 września 2022 r. nr WT.5403.19.2022.AS.83 na okres czasowy do dnia 30 czerwca 2023 r. (zarządzenie nr 120/2022/DEF Prezesa NFZ z dnia 23 września 2022 w sprawie określenia współczynników korygujących dotyczących świadczeń udzielanych przez świadczeniodawców zakwalifikowanych do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej). Miesięczną wartość współczynnika korygującego dla danego świadczeniodawcy zakwalifikowanego do PSZ jest równa 1/6 różnicy pomiędzy sumą wartości jego umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na II półrocze 2022 r. według stanu na dzień 30 czerwca 2022 r., powiększoną o 16%, a sumą wartości jego umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na II półrocze 2022 r. według stanu na dzień 30 września 2022 r., z wyłączeniem leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego objętych programami lekowymi, leków stosowanych w chemioterapii, leków stosowanych w ratunkowym dostępie do technologii lekowej. Wprowadzane rozwiązanie ma celu stworzenie specjalnego instrumentu w postaci współczynnika korygującego wyrażonego kwotowo, który pozwoliłby na zwiększenie indywidualnych wartości kwoty zobowiązania tak, aby szpitale zakwalifikowane do PSZ uzyskały 16% procent wzrostu wartości umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na II półrocze 2022 r., co pozwoli zagwarantować kompleksowość i ciągłość udzielanych świadczeń i stabilność finansowania. Elementem przekazania dodatkowych funduszy powinno być opracowanie, w ciągu trzech miesięcy od zmiany warunków finansowania, kierunku działań mających na celu zrównoważenie kosztów i przychodów, dokonane przez podmioty w porozumieniu z organami założycielskimi szpitali oraz wojewódzkimi oddziałami NFZ, w celu zapobieżenia pogarszania się sytuacji ekonomiczno-finansowej podmiotu, w szczególności zagrożenia utratą płynności finansowej i zwiększeniem wartości zobowiązań wymagalnych. Rekomenduje się przeprowadzenie analizy sytuacji ekonomicznej, organizacyjnej i kadrowej podmiotu leczniczego celem określenia obszarów problematycznych i obarczonych ryzykiem. Uzyskane wnioski powinny pozwolić na wskazanie działań i strategii dalszego funkcjonowania w celu optymalizacji działalności podmiotu leczniczego i osiągnięcia oczekiwanych wyników finansowych. Zasadne

jest, aby powyżej wskazane analizy sporządziły w szczególności te podmioty, dla których wartość dodatkowych środków wynikających z minimalnego wzrostu wartości umów wynosi poniżej 10% wzrostu wartości netto (po włączeniu w wycenę współczynników korygujących dotyczących wynagrodzeń) umów na II półrocze 2022 w stosunku do wartości tych umów według stanu na dzień 30.06.2022 r. Skutek finansowy współczynnika korygującego PSZ w 2022 r. wyniósł ok. 130 mln zł. Zarządzeniem nr 125/2022/DSM Prezesa NFZ z dnia 30 września 2022 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć dokonano zwiększenia od dnia 1 października 2022 r. wyceny świadczeń udzielanych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym i Izbie Przyjęć. Skutek finansowy wprowadzonej zmiany wyceny w 2022 r. wyniósł ok. 123,1 mln zł. Zarządzeniem nr 126/2022/DSM Prezesa NFZ z dnia 30 września 2022 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dokonano zwiększenia od dnia 1 października 2022 r. wyceny świadczeń udzielanych w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej. Skutek finansowy wprowadzonej zmiany wyceny w 2022 r. wyniósł ok. 16,5 mln zł. Zarządzeniem nr 127/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 września 2022 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne wprowadzono od dnia 1 października 2022 r. współczynniki korygujące dla JGP podlegających taryfikacji w ramach projektu choroby wewnętrzne oraz JGP z obszaru chorób układu moczowo-płciowego. Skutek finansowy wprowadzonych współczynników korygujących w 2022 r. wyniósł ok. 80,4 mln zł.

V.2.21. 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 aktualizuję 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.:

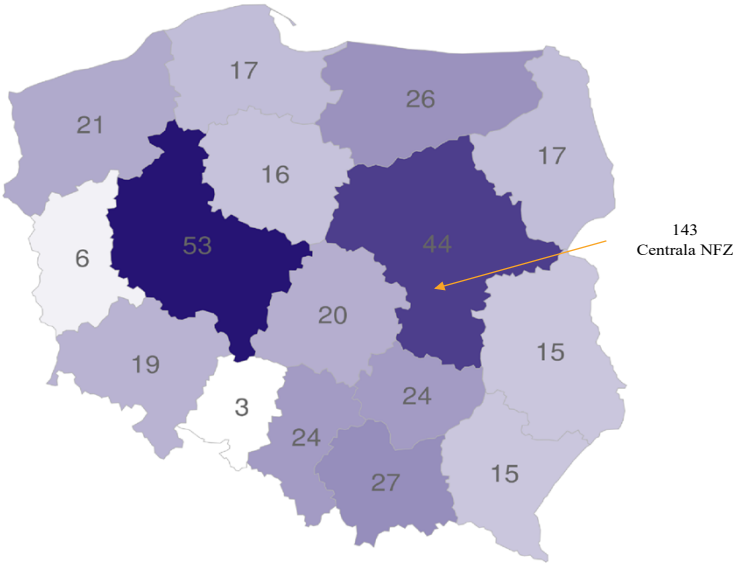
- rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie formularza Instrumentu Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia dla inwestycji skutkujących zmianą zakresu udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2021 poz. 2487);

– 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 wniosku pod kątem formalnym.

Centrala NFZ/Oddział Wojewódzki 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/informacji. Na podstawie końcowej punktacji przyznawana jest pozytywna lub negatywna opinia wydawana przez Ministra Zdrowia lub odpowiedniego Wojewodę.

Wykres nr V.14. Liczba ocenionych wniosków IOWISZ w 2022 roku w podziale na OW NFZ i Centralę NFZ.

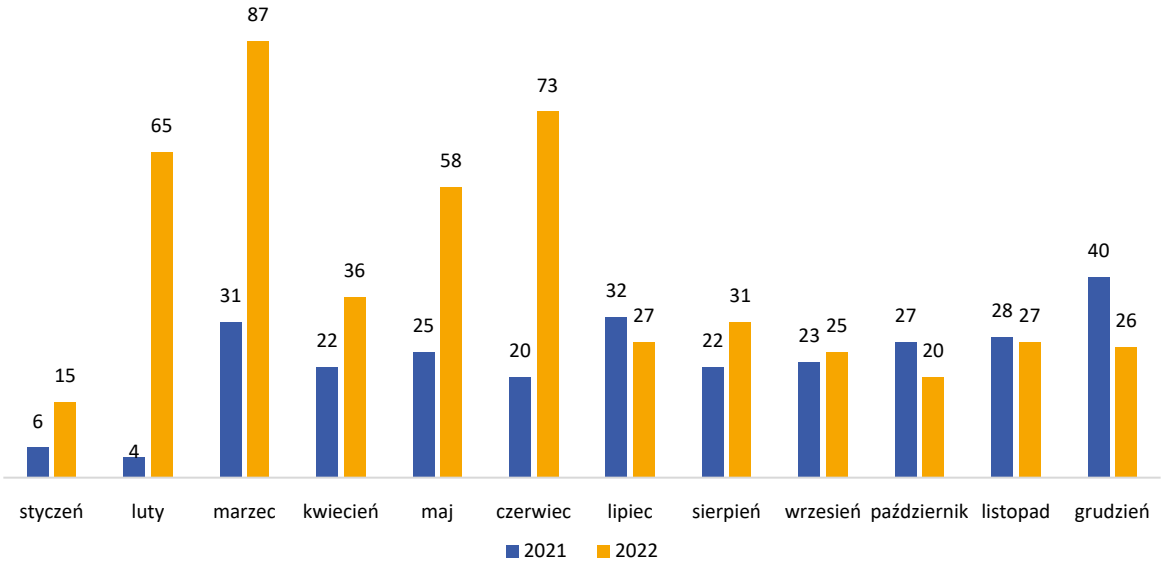


Do Funduszu w 2022 roku wpłynęło 490 wniosków IOWISZ, co w porównaniu z 2021 rokiem stanowi wzrost o 75% (280 wniosków). Najwięcej wniosków, w 2022 roku, oceniono w Centrali NFZ - 143 (58 wniosków w 2021 r.), Wielkopolskim OW NFZ - 53 (17 wniosków w 2021 r.) oraz w Mazowieckim OW NFZ – 44 (38 wniosków w 2021 roku). Natomiast najmniej wniosków oceniono w Opolskim OW NFZ - 3 oraz w Lubuskim OW NFZ – 6 wniosków. W 2021 roku najmniej, bo tylko 3 wnioski oceniono w Podkarpackim OW NFZ.

Biorąc pod uwagę liczbę wniosków, które wpłynęły do oceny przez Centralę Funduszu to zauważyć należy znaczny wzrost o ponad 146% w porównaniu do poprzedniego roku. W 2022 roku w Centrali Funduszu oceniono 29,2% wszystkich wniosków (20,6% w 2021 r.),

które wpłynęły do NFZ. Oznacza to, że do Centrali Funduszu wpływa kilkukrotnie więcej wniosków do oceny niż do poszczególnych oddziałów wojewódzkich Funduszu.

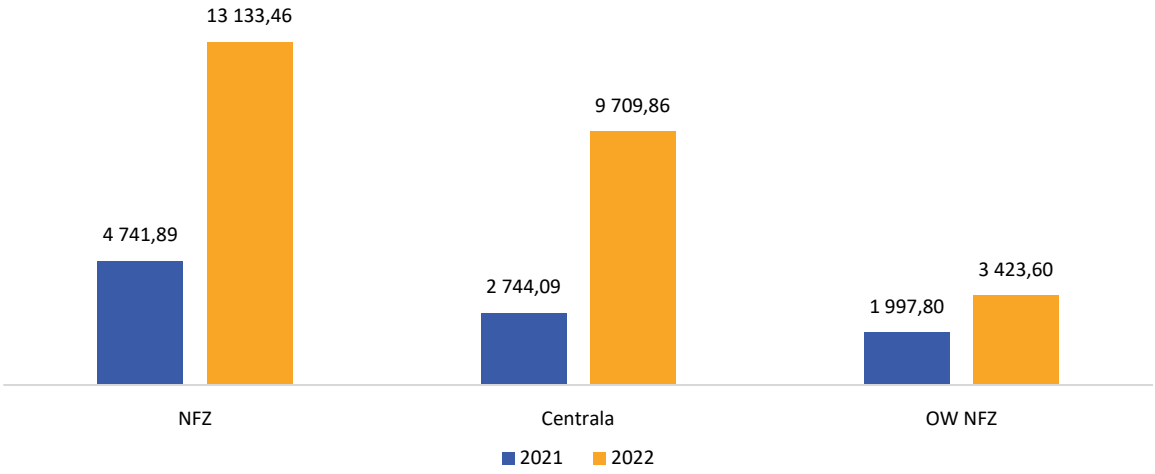
Wykres nr V.11. Liczba ocenionych wniosków IOWISZ w NFZ w latach 2021-2022 w podziale na miesiące.



Najwięcej wniosków (87) zostało złożonych w marcu 2022 roku co stanowi 17,8% wszystkich wniosków ocenionych w danym roku. Dla porównania, w 2021 roku oceniono najwięcej wniosków w grudniu (40) i było to nieco ponad 14% wszystkich wniosków ocenionych w 2021 r.

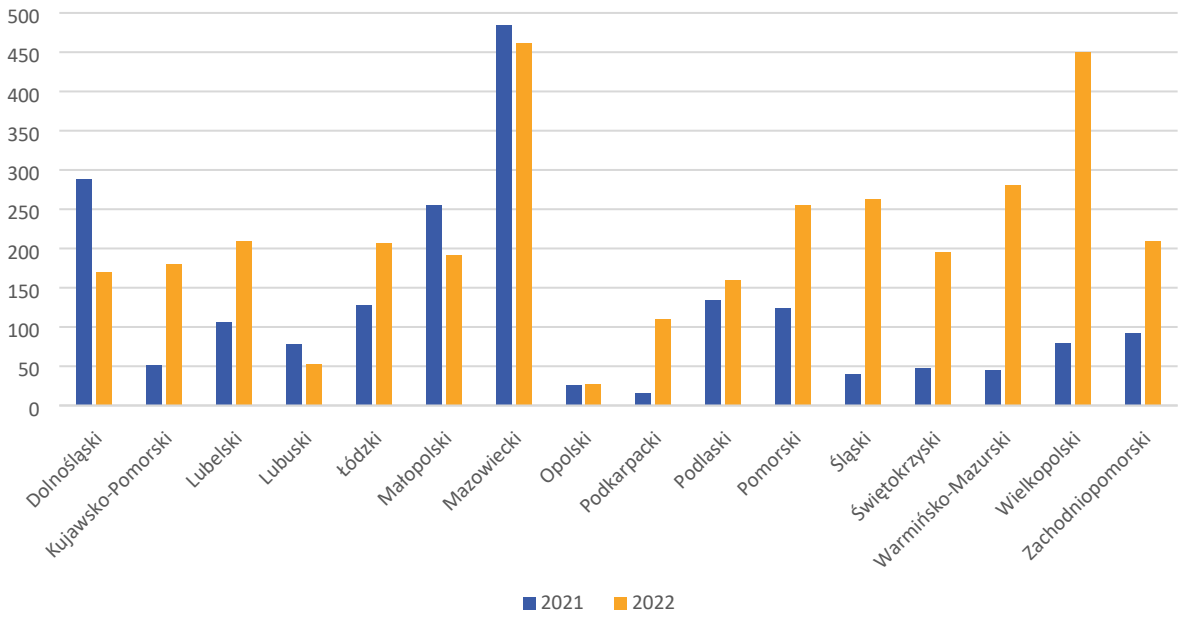
Opinia na temat wniosku powinna być przekazywana przez Prezesa Funduszu/ Dyrektorów OW NFZ maksymalnie w terminie do 14 dni kalendarzowych, od dnia przekazania za pośrednictwem Systemu IOWISZ wniosku przez Ministerstwo Zdrowia/Urząd Wojewódzki.

Wykres nr V.12. Łączna kwota inwestycji wniosków IOWISZ w latach 2021-2022 (w mln zł).



Łączna kwota inwestycji z wniosków IOWISZ w 2022 roku ocenianych przez Narodowy Fundusz Zdrowia wyniosła 13 133,46 mln zł i jest to w porównaniu do 2021 r. wzrost o prawie 177%. Wartości wniosków ocenianych w Centrali NFZ stanowią blisko 74% całości kwoty inwestycji z wniosków IOWISZ (57,9% w 2021 r.).

Wykres nr V.13. Łączna kwota inwestycji z wniosków IOWISZ w latach 2021-2022 roku w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ (w mln zł).



W 2022 roku łączna kwota inwestycji opiniowanych w OW NFZ wyniosła 3 423,60 mln zł (1 997,80 mln zł w 2021 r.). Ponad 26,6% tej kwoty (911,33 mln zł) została wykorzystana przez dwa oddziały wojewódzkie Funduszu: mazowiecki i wielkopolski. Najmniejszą kwotę inwestycji odnotowano w Opolskim OW NFZ, tj. 27,12 mln zł (w 2021 r. Podkarpacki OW NFZ 15,93 mln zł).

Nowelizacja w 2021 roku 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 NFZ. W 2022 roku wpłynęło 45 takich wniosków (14 wniosków w 2021 r.).

VI. Opis realizacji przez centralę Funduszu oraz oddziały wojewódzkie Funduszu zadań określonych w ustawie

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

Od 2004 roku NFZ 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 oddziały wojewódzkie Funduszu oraz zadania instytucji łącznikowej - poprzez Departament Współpracy Międzynarodowej w 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 polskim ubezpieczonym 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 oraz krajowymi punktami kontaktowymi do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej innych państw członkowskich UE lub EOG oraz Komisją Europejską,
- opracowywanie wytycznych dla oddziałów wojewódzkich Funduszu 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 oddziałami wojewódzkimi Funduszu i instytucjami łącznikowymi w zakresie rozliczania kosztów rzeczowych świadczeń zdrowotnych udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji osobom uprawnionym na terenie RP oraz świadczeniobiorcom na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA, 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,
- 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 EU,
- 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, 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 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. Narodowy Fundusz Zdrowia 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 Funduszu 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 2022 roku wydano łącznie 1 780 729 dokumentów uprawniających osoby ubezpieczone w Funduszu do korzystania z rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA, co stanowi wzrost w stosunku do porównywanego okresu roku poprzedniego o 40,07%. W strukturze rodzajowej 99,12% łącznej liczby wydanych dokumentów stanowiła EKUZ. Największą liczbę dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń wydano w 2022 roku osobom z Mazowieckiego OW NFZ (14,50%).

Tabela nr VI.1. Liczba zaświadczeń wydanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w 2022 r. w podziale na wydające oddziały wojewódzkie NFZ oraz rodzaje dokumentów.

Oddział wojewódzki	EKUZ	Certyfikat	S1	S2	S3	DA1	ŁĄCZNIE
Dolnośląski	203 144	1 617	480	7	1	107	205 356
Kujawsko-Pomorski	112 310	993	322	9	0	66	113 700
Lubelski	102 055	561	107	0	0	63	102 786
Lubuski	63 949	554	60	5	0	51	64 619
Łódzki	139 870	1 509	152	5	0	45	141 581
Małopolski	256 020	1 083	493	8	0	253	257 857
Mazowiecki	357 784	1 749	1 930	18	0	105	361 586
Opolski	66 124	460	140	0	0	56	66 780
Podkarpacki	136 015	659	85	4	0	100	136 863
Podlaski	59 425	257	66	3	0	45	59 796
Pomorski	165 051	1 020	297	7	0	72	166 447
Śląski	348 170	1 633	520	8	0	179	350 510
Świętokrzyski	62 900	459	71	6	0	108	63 544
Warmińsko-Mazurski	70 522	521	139	2	0	56	71 240
Wielkopolski	236 299	956	191	12	0	134	237 592
Zachodniopomorski	92 632	937	411	5	0	74	94 059
Razem	2 472 270	14 968	5 464	99	1	1 514	2 494 316

Rozliczanie kosztów świadczeń za ubezpieczonych i uprawnionych

W 2022 r. do Centrali Funduszu wpłynęło 695 zbiorczych dokumentów rozliczeniowych na łączną kwotę wynoszącą 729 839,88 tys. zł[18]. Wartość ta obejmuje również kwoty wynikające z 241 pism zawierających odstąpienia od roszczeń przedstawionych w poprzednich okresach rozliczeniowych oraz 258 not korygujących. Roszczenia przedstawione zostały przez 31 państw członkowskich UE/EFTA na 163 100 formularzach rozliczeniowych E 125. W porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego wartość zgłoszonych roszczeń zwiększyła się o 11,49 wraz z jednoczesnym wzrostem liczby załączonych do not formularzy

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

o 14,38%. W całkowitej kwocie roszczeń, roszczenia przedstawione przez instytucje niemieckie stanowiły 71,04% i obejmowały 63,84% łącznej liczby formularzy przesłanych przez instytucje innych państw członkowskich UE/EFTA. W związku z prowadzeniem rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA, wykazywanych w oparciu o formularz służący do rozliczeń wg kosztów rzeczywistych, Fundusz dokonał w 2022 r. płatności na rzecz instytucji innych państw członkowskich w kwocie łącznej w wysokości 821 049,11 tys. zł[19]. Z całkowitej kwoty dokonanych płatności 70,48% dotyczyło rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych na terenie Niemiec.

Tabela nr VI.2. Struktura roszczeń w oparciu o koszty rzeczywiste w 2022 roku zgłoszonych przez państwa członkowskie.

Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (tys. zł)
Niemcy	104 123	518 465,90
Belgia	20 896	39 838,93
Francja	2 426	32 872,26
Austria	6 754	25 582,75
Wielka Brytania	1 867	19 461,54
Holandia	1 804	16 916,33
Szwecja	2 219	15 328,73
Szwajcaria	2 560	11 226,41
Włochy	2 159	11 081,11
Hiszpania	3 794	10 497,60
Czechy	4 322	9 139,03
Dania	367	4 370,42
Słowacja	1 495	2 362,04
Norwegia	127	2 229,27
Luksemburg	128	1 868,88
Chorwacja	3 169	1 624,48
Irlandia	732	1 023,88
Finlandia	297	994,66
Islandia	267	887,18
Portugalia	813	844,19
Węgry	566	565,33
Litwa	270	563,50
Malta	227	460,04
Słowenia	307	447,00
Cypr	38	400,19
Grecja	721	287,04

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

Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (tys. zł)
Bułgaria	129	222,67
Łotwa	154	144,95
Rumunia	330	91,46
Estonia	36	30,50
Liechtenstein	3	11,65
Ogółem	163 100	729 839,88

Wysokość kosztów rozliczanych w oparciu o stawki ryczałtowe wynosiła w 2022 r. 37 159,99 tys. zł, co stanowiło 4,84% wszystkich kosztów przedstawionych przez państwa członkowskie UE/EFTA w oparciu o przepisy o koordynacji. W związku z realizacją przepisów o koordynacji NFZ realizuje także zadania w zakresie prowadzenia rozliczeń w oparciu o koszt zryczałtowany. Ponieważ Polska od zmiany przepisów o koordynacji w 2010 r. nie ma podstaw do przedstawiania kosztów w oparciu o tę metodę, a skala rozliczeń przedstawianych Polsce, w porównaniu do kosztów rozliczanych według metody rzeczywistej jest dużo mniejsza i w związku ze stopniową rezygnacją państw, posiada tendencję malejącą nie będzie opisywana szczegółowo w niniejszym sprawozdaniu. Zgodnie z danymi zawartymi na formularzach służących do rozliczeń wg kosztów rzeczywistych, wystawionych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w 2022 r., osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji udzielone zostały na terenie Polski rzeczowe świadczenia opieki zdrowotnej na kwotę łączną w wysokości 479 578,01 tys. zł. Kwota ta przedstawiona została instytucjom łącznikowym 31 innych państw członkowskich UE/EFTA na 1 282 983 formularzach, z czego 56,64% formularzy skierowane zostało do instytucji niemieckich. Koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z Niemiec stanowiły przy tym 54,71% całkowitych kosztów świadczeń dotyczących 2022 r. Liczba formularzy E 125 wystawionych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w 2022 roku w porównaniu z 2021 rokiem spadła o 3,24%, przy wzroście całkowitego kosztu świadczeń wykazanego na tych formularzach na poziomie 30,50%.

Tabela nr VI.3. Struktura roszczeń przedstawionych przez Fundusz w oparciu o koszty rzeczywiste za 2022 r. wg państw członkowskich (bez uwzględnienia formularzy korygujących).

Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (tys. zł)
Niemcy	726 738	262 355,40
Norwegia	158 821	50 955,57
Holandia	73 335	31 093,59
Wielka Brytania	41 569	28 242,81
Czechy	76 537	21 851,81
Dania	59 088	15 731,37
Austria	48 041	15 213,26
Szwecja	17 409	9 497,18
Włochy	11 196	7 916,14
Irlandia	11 082	7 186,39
Belgia	17 888	7 064,13
Francja	9 835	6 737,16

Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (tys. zł)
Luksemburg	8 873	2 840,62
Szwajcaria	5 316	2 672,63
Słowacja	2 896	2 047,60
Hiszpania	3 706	2 000,94
Litwa	1 566	1 313,30
Islandia	2 069	1 085,98
Finlandia	2 220	719,82
Bułgaria	971	629,61
Grecja	728	405,81
Rumunia	365	400,16
Łotwa	266	361,69
Węgry	505	315,09
Portugalia	417	273,40
Malta	550	173,63
Cypr	284	130,72
Słowenia	191	104,41
Estonia	143	88,19
Chorwacja	256	84,96
Liechtenstein	122	84,64
Ogółem	1 282 983	479 578,01

W 2022 r. państwa członkowskie UE/EFTA 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 RP, w kwocie łącznej w wysokości 335 663,58 tys. zł. Najwyższe kwoty płatności na rzecz Polski dokonały instytucje niemieckie (50,09% łącznej kwoty) oraz instytucje norweskie (10,92% łącznej kwoty). W analogicznym okresie roku poprzedniego kwota łączna dokonanych płatności wyniosła 276 244,78 tys. zł. Zgodnie z informacjami zgromadzonymi w systemie dziedzinowym, w 2022 r. osoby ubezpieczone złożyły w oddziałach wojewódzkich Funduszu 4 017 wniosków o refundację kosztów świadczeń poniesionych podczas czasowego pobytu na terenie innych państw członkowskich UE/EFTA, do których załączone zostały rachunki opiewające na łączną kwotę 9 495,54 tys. zł[20]. Na podstawie kwot określonych przez instytucje miejsca pobytu na terenie innego państwa członkowskiego, Fundusz dokonał w okresie sprawozdawczym zwrotu kosztów poniesionych przez 3 379 osoby ubezpieczone w wysokości łącznej 5 808,95 tys. zł. W 2022 roku, w porównaniu do roku poprzedniego, liczba wystawionych formularzy E 126 PL i ich odpowiedników elektronicznych była wyższa o 16,23%, a kwota wynikająca z załączonych do formularzy rachunków była wyższa o 20,22%.

[20] 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.

Liczba osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń także była wyższa o 21,81%, a kwota dokonanych wypłat była wyższa o 35,76%. Najwyższą łączną kwotę zwrotu kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA w 2022 roku wypłacił Lubuski OW NFZ, który dokonał wypłat 3019 osobom ubezpieczonym w łącznej kwocie 5 244,41 tys. zł, co stanowiło 90,28% całkowitej wysokości środków finansowych poniesionych na ten cel przez Fundusz oraz 89,35% wszystkich osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń. Zwiększenie liczby rozpatrywanych wniosków i dokonywanych wypłat wynika z przejęcia przez Centrum Usług Wspólnych w Gorzowie Wielkopolskim obsługi wniosków o zwrot z wszystkich pozostałych oddziałów wojewódzkich NFZ. Z łącznej liczby osób ubezpieczonych, które otrzymały w 2022 roku zwrot poniesionych kosztów świadczeń 44,87% to osoby korzystające z leczenia na terenie Niemiec (dla porównania w roku poprzednim było to 54,24%). W strukturze kosztowej udział refundacji kosztów świadczeń związanych z leczeniem 1 516 osób na terenie Niemiec stanowił 54,49% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz w 2022 r.

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

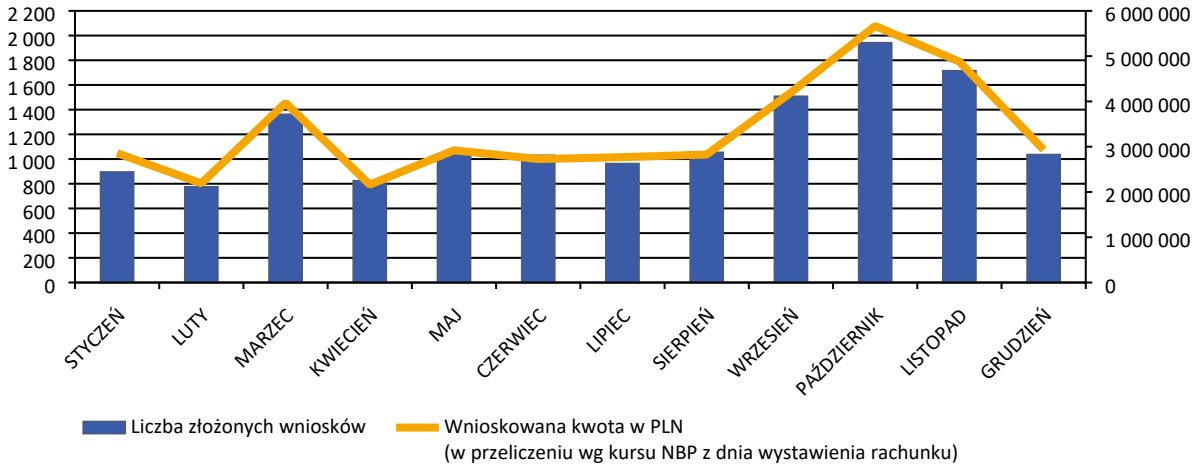
NFZ realizuje zadania wynikające z implementacji do polskiego porządku prawnego postanowień dyrektywy Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej. Postanowienia te zostały uregulowane ustawą z dnia 10 października 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2014 r. poz. 1491) i weszły w życie z dniem 15 listopada 2014 r. Przedmiotowe przepisy zapewniły polskim świadczeniobiorcom prawo do otrzymania od Funduszu zwrotu kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, będących świadczeniami gwarantowanymi, udzielonych na terenie innych państw członkowskich UE. 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 Funduszu. Decyzja wydana przez Prezesa Funduszu jest ostateczna i przysługuje na nią skarga do sądu administracyjnego.

W 2022 r. w oddziałach wojewódzkich Funduszu złożonych zostało łącznie 14 176 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 40 093,84 tys. zł. W 2022 r., w porównaniu do 2021 r., liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów była wyższa o 51,63%, natomiast łączna wartość kwot wynikająca ze złożonych wniosków była wyższa o 47,62%. Jednocześnie 80,50% liczby wniosków złożonych w Funduszu w 2022 r. ogółem oraz 77,84%, wnioskowanej kwoty zwrotu ogółem dotyczyło leczenia na terenie Czech.

Wykres nr VI.1. Liczba wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE lub EOG na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach złożonych w 2022 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 2022 r. Fundusz dokonał zwrotu w odniesieniu do 11 862 wniosków o zwrot kosztów złożonych przez świadczeniobiorców, którzy skorzystali ze świadczeń zdrowotnych podczas pobytu na terenie 13 państw członkowskich UE lub EOG. Łączna wartość dokonanych zwrotów z tytułu świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach wyniosła 26 339,77 tys. zł. W 2022 r., w porównaniu do 2021 r., liczba wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty z tytułu zwrotu kosztów udzielonych świadczeń oraz kwota dokonanych wypłat były wyższe odpowiednio o 29,98% i 33,61%.

Średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń, w przeliczeniu na jeden wniosek złożony w oddziale wojewódzkim Funduszu, wyniosła 2,22 tys. zł. W 2022 r. Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 72 874,5 świadczeń opieki zdrowotnej, wykazanych łącznie na 11 862 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. Ujęte

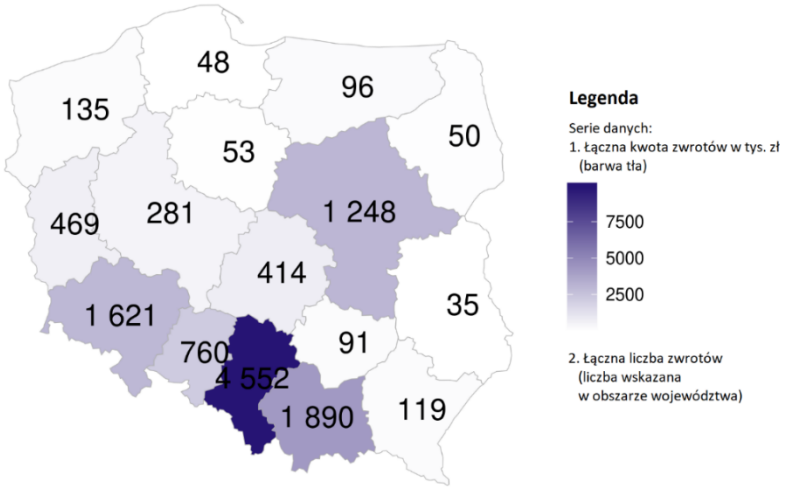
w statystykach niepełne świadczenie dotyczy zakupu mniejszego o połowę opakowania leku w porównaniu do opakowań dostępnych na terenie RP.

Tabela VI.4. Liczba i wartość świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty w 2022 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 w tys. zł
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	539	50,45
leczenie stomatologiczne	50 857	3 102,39
leczenie szpitalne	21 227	23 080,70
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	2	0,67
podstawowa opieka zdrowotna	5	0,38
refundacja leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę	86,5	7,03
rehabilitacja lecznicza	84	1,74
zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy	74	96,41
Łącznie	72 874,5	26 339,77

W przypadku świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego Fundusz przyznał najwyższy zwrot kosztów za 8 618 zabiegów usunięcia zaćmy, które były wykazane na 8 581 wnioskach o zwrot kosztów na łączną kwotę 17 645,55 tys. zł. Dodatkowo za świadczenia towarzyszące zabiegowi usunięcia zaćmy zwrot kosztów został dokonany w kwocie 2 572,92 tys. zł, z czego wartość 217,43 tys. zł stanowi zwrot za wizytę kwalifikacyjną do zabiegu usunięcia zaćmy – w trybie ambulatoryjnym, natomiast kwota 2 355,49 tys. zł odnosi się do zwrotu kosztów za kontrolną poradę specjalistyczną zrealizowaną po 14 dniach od zabiegu. 87,90% łącznej liczby wniosków, w stosunku do których w 2022 r. Fundusz dokonał zwrotu poniesionych kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach i 89,80% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz w 2022 r. dotyczyło leczenia na terenie Czech. Struktura liczby dokonanych zwrotów oraz kwot wypłaconych przez poszczególne oddziały wojewódzkie Funduszu została zaprezentowana na poniższym wykresie. Największa liczba wypłat w 2022 r. została dokonana przez Śląski OW NFZ, który dokonał zwrotu w stosunku do 4 552 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę 9 924,42 tys. zł. Kwota ta stanowiła 37,68% całkowitej wysokości kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz.

Wykres nr VI.2. Liczba dokonanych zwrotów oraz kwoty zwrotu wypłacone w 2022 r. za świadczenia udzielone na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach - wg oddziałów.



Najczęstsze trudności, które powstały w trakcie procedowania wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w 2022 r. wynikały 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. Wątpliwości budziła kwestia zasadności kierowania pacjentów na zabiegi przez pośredników, dla których prowadzona działalność miała głównie charakter zarobkowy, w tym kierowania na zabiegi, które w opinii Funduszu mogły być dla pacjenta nadmiarowe i obarczone negatywnymi konsekwencjami w postaci wystąpienia niepożądanych skutków ubocznych. Powyżej opisane obserwacje budzą wątpliwości również ze względu na fakt, że zgodnie z dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady nr 2011/24/UE do zadań państw członkowskich UE lub EOG nie należy zachęcanie pacjentów do korzystania ze świadczeń poza granicami kraju. Tymczasem podstawą działania firm pośredniczących jest zachęcanie pacjentów do korzystania z ich usług, czyli również do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w innych państwach członkowskich. W przypadku dostrzeżenia nieprawidłowości w zakresie jakości udzielanych świadczeń i bezpieczeństwa pacjentów, Fundusz składał do prokuratury zawiadomienia o możliwości popełnienia przestępstwa przez polskich lekarzy, oferujących zabiegi w innych państwach członkowskich UE lub EOG. Stosowne wnioski były też składane do właściwej Okręgowej Izby Lekarskiej oraz Izby Administracji Skarbowej. 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 2022 r. przez Fundusz na bieżąco. Spośród wydanych w 2022 r. przez oddziały wojewódzkie Funduszu decyzji w sprawie zwrotu kosztów 96,54% stanowiły decyzje pozytywne, przyznające zwrot kosztów.

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

W 2022 r. do Funduszu wpłynęło 11 wniosków o przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (art. 42i ustawy o świadczeniach).

Spośród ww. wniosków 10 zawierało braki formalne uniemożliwiające wszczęcie postępowania w sprawie, w związku z czym wezwano strony celem usunięcia braków formalnych wniosku. Żaden z tych wniosków nie wpłynął ponownie. W przypadku 1 wniosku, który spełniał wymogi formalne, zostało wszczęte postępowanie w sprawie. Procedura rozpatrywania tego wniosku została zakończona wydaniem decyzji wyrażającej zgodę na skierowanie wnioskodawcy (byłego pracownika przygranicznego) na leczenie poza granicami kraju – ze względu na kontynuację leczenia rozpoczętego w Czechach w zakresie opieki zdrowotnej związanej z chorobą płuc oraz ich następową transplantacją – na podstawie ww. decyzji pacjentowi został wystawiony formularz S3. Ww. zgoda dotyczyła leczenia z zakresu chorób płuc (pacjent po przeszczepie płuc), którego koszt został oszacowany na kwotę 62,96 tys. zł.

W analogicznym okresie roku ubiegłego do NFZ wpłynęło 9 wniosków o przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, z czego: 8 wniosków pozostawiono bez rozpoznania ze względu na nieusunięcie braków formalnych. W przypadku 1 wniosku, który spełniał wymogi formalne, zostało wszczęte postępowanie w sprawie. Procedura rozpatrywania tego wniosku została zakończona wydaniem decyzji odmownej. Powodem wydania decyzji odmownej było ustalenie możliwości leczenia na terenie kraju w terminie niezbędnym.

Reasumując, liczba wpływających w 2022 r. wniosków o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych na terytorium innego państwa członkowskiego UE lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach nieznacznie wzrosła w stosunku do 2021 r. Zarówno w 2021 r. jak i w 2022 r. Prezes NFZ na podstawie ww. przepisów prawa wydał po 1 decyzji, przy czym w 2021 r. była to decyzja odmowna, natomiast w 2022 r. decyzja pozytywna. Liczba decyzji wydanych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w 2022 r. – analogicznie do 2021 r. – wynika z niewielkiej liczby wniosków składanych w trybie ww. przepisów, jak również z licznych braków formalnych, które te wnioski zawierają, co uniemożliwia ich procedowanie.

Ponadto, w 2022 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wydali 45 decyzji dotyczących pokrycia kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju – w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach, w tym: 41 decyzji wyrażających zgodę na pokrycie kosztów ww. transportu (91,1%), 3 decyzje umarzające postępowanie (6,66%) i 1 decyzję odmowną (2,2%). Natomiast w 2021 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu wydali 48 decyzji w sprawie wniosków o wyrażenie zgody na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju złożonych w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach, w tym: 46 decyzji wyrażających zgodę na pokrycie kosztów ww. transportu (95,83%) i 2 decyzje odmowne (4,17%). Powyższe dane oznaczają nieznaczny spadek liczby wydanych w 2022 r.

decyzji, których podstawę prawną stanowił art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach, w stosunku do liczby decyzji wydanych w 2021 r. W 2022 r. zrealizowanych i rozliczonych zostało 41 transportów do miejsca leczenia w kraju na podstawie decyzji wydanych w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach. Łączny koszt ww. transportów wyniósł 678,70 tys. zł. W 2021 r. zrealizowanych i rozliczonych zostało 46 transportów do miejsca leczenia w kraju na podstawie decyzji wydanych w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach. Łączny koszt transportów zrealizowanych i rozliczonych w 2021 r. wyniósł 622,38 tys. zł. Oznacza to, że liczba transportów zrealizowanych w 2022 r. spadła w stosunku do 2021 r. o 10,2% z jednoczesnym wzrostem ich kosztu o 9,05%.

Realizacja zadań prowadzonych przez Fundusz na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach w 2022 r. prowadzona była na bieżąco. W trakcie realizacji działań prowadzonych przez Fundusz w 2022 r. wynikających z art. 42i ustawy o świadczeniach nie zaobserwowano trudności, które wymagałyby podejmowania specjalnych działań mających na celu ich rozwiązywanie.

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

W 2022 r. Prezes NFZ wydał 107 decyzji dotyczących skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych (art. 42j ustawy o świadczeniach), w tym: 98 zgód, co stanowi 91,6% wszystkich wydanych decyzji, 6 odmów, co stanowi 5,6% wszystkich wydanych decyzji, 3 umorzenia, co stanowi 2,8% wszystkich wydanych decyzji. W 2021 r. Prezes NFZ wydał 98 decyzji dotyczących skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, w tym: 85 zgód, co stanowi 86,73% wszystkich wydanych decyzji, 8 odmów, co stanowi 8,16% wszystkich wydanych decyzji, 5 umorzeń, co stanowi 5,11% wszystkich wydanych decyzji. Porównując powyższe dane można zaobserwować wzrost liczby decyzji wydanych w 2022 r. w stosunku do liczby decyzji wydanych w 2021 r. - liczba zgód wydanych w 2022 r. w stosunku do liczby zgód wydanych w 2021 r. wzrosła o 15,3%, liczba odmów wydanych w 2022 r. w stosunku do liczby odmów wydanych w 2021 r. spadła o 25%, liczba umorzeń wydanych w 2022 r. w stosunku do liczby umorzeń wydanych w 2021 r. zmalała o 40%. W 2022 r. największa liczba zgód dotyczyła leczenia lub badań diagnostycznych w Niemczech (39,8%) oraz w USA (26,5%). Również w 2021 r. pierwszym państwem pod względem liczby zgód były Niemcy (43,5%), a drugim USA (21,2%). Zarówno w 2022 r., jak i w 2021 r., największa liczba zgód Prezesa NFZ dotyczyła przeprowadzenia świadczeń z zakresu genetyki klinicznej, kardiochirurgii oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Należy nadmienić, że w 2022 r. wszystkie decyzje kierujące do przeprowadzenia leczenia poza granicami kraju w dziedzinie kardiochirurgii dotyczyły pacjentów pediatrycznych. Świadczenia z dziedziny genetyki klinicznej nadal stanowią najwyższy odsetek pozytywnych decyzji Prezesa NFZ. Porównanie danych z 2022 r. do danych z 2021 r. wskazuje, że szacowany koszt świadczeń opieki zdrowotnej, na które pacjenci byli kierowani poza granice kraju przez Prezesa NFZ w 2022 r. wzrósł 2,5-krotnie w porównaniu do 2021 r. W 2022 r. szacunkowy koszt zgód wyniósł 114 385,79 tys. zł, co stanowi 142,6% szacunkowych kosztów z 2021 r. (47 140,57 tys. zł) Niezmiennie największe koszty dotyczą decyzji z zakresu kardiochirurgii dziecięcej i ortopedii i traumatologii narządu ruchu kierujących pacjentów do USA (100 982,56 tys. zł). Szacunkowy

koszt decyzji kierujących pacjentów na leczenie do USA stanowił 88,3% całości szacunkowych kosztów leczenia, na które Prezes NFZ skierował pacjentów w 2022 r. Najwyższy oszacowany koszt dotyczył leczenia kardiochirurgicznego w USA i wyniósł 13 813,14 tys. zł. Dodatkowo w 2022 r. Prezes NFZ wydał 43 decyzje wyrażające zgodę na pokrycie kosztów transportu na podstawie art. 42j ust. 2 ustawy o świadczeniach, natomiast w 2021 r. Prezes NFZ wydał 34 decyzje pozytywne w ww. zakresie. Powyższe oznacza wzrost (26,5%) ogólnej liczby wydanych 2022 r. decyzji kierujących do przeprowadzenia leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju w stosunku do liczby decyzji wyrażających zgodę na pokrycie kosztów transportu wydanych w 2021 r. Szacunkowy łączny koszt decyzji wyrażających zgodę na pokrycie kosztów transportu w trybie art. 42j ust. 2 ustawy o świadczenia wydanych w 2022 r. wyniósł 3 902,1 tys. zł, natomiast łączny szacunkowy koszt decyzji wydanych w tym samym trybie w 2021 roku wyniósł 340,47 tys. zł. Widoczna znaczna różnica w oszacowanych kwotach związanych z decyzjami wyrażającymi zgodę na pokrycie kosztów transportu pomiędzy 2022 r., a 2021 r. wynika z większej liczby złożonych w 2022 r. wniosków o sfinansowanie medycznego transportu lotniczego do miejsca udzielenia świadczeń, który generuje największe koszty. Koszty lotniczego transportu sanitarnego związane z decyzjami wydanymi w 2022 r. wynoszą od 40 tys. zł, do 1 500 tys. zł. W dniu 9 czerwca 2022 r. weszło w życie nowe rozporządzenie w sprawie wydawania zgody , które wprowadziło zmiany w zakresie wypełniania i rozpatrywania wniosków do Prezesa NFZ o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych poza granicami kraju, m.in.:

- zmieniono wzór wniosków do Prezesa NFZ o przeprowadzenie leczenia poza granicami kraju,
- rozszerzono grono lekarzy, którzy wraz z pacjentem wypełniają wniosek do Prezesa NFZ (wniosek obecnie wypełnić może doktor nauk medycznych – zrezygnowano z wymogu posiadania przez lekarza habilitacji),
- zobligowano konsultantów w ochronie zdrowia, powoływanych przez organ do zajęcia stanowiska w sprawie wniosku, do wykazania doświadczenia krajowych świadczeniodawców wraz z określeniem skuteczności wnioskowanego leczenia lub badań diagnostycznych w przypadku stwierdzenia możliwości przeprowadzenia wnioskowanego świadczenia na terenie kraju.

W trakcie realizacji działań prowadzonych przez Fundusz w 2021 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 2022 r. prowadzona była na bieżąco.

VI.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 „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 Funduszu, o osobach uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji, o osobach innych niż ubezpieczeni uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów ustawy o świadczeniach,
- wydawania poświadczeń i zaświadczeń w zakresie swojej działalności,
- rozliczania kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, w tym udzielanych na podstawie przepisów o koordynacji.

Osoby, które określa się mianem ubezpieczonych było 34 128 951, 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, 34 106 175 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 22 776 osób posiadających uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, po zawarciu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 371 921 osób, to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 734 254 osób to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 17 242 osób, ze zgłoszonymi 5 534 członkami rodziny.

Tabela nr VI.5. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie - wg stanu na koniec 2022 roku.

l.p.	Oddział wojewódzki Funduszu	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych
		ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
1	2	3	4	5	6	7	8	9=(3+6)
	Ogółem	34 106 175	26 371 921	7 734 254	22 776	17 242	5 534	34 128 951
1	Dolnośląski	2 582 006	2 038 438	543 568	1 934	1 599	335	2 583 940
2	Kujawsko-Pomorski	1 770 673	1 378 319	392 354	1 012	812	200	1 771 685
3	Lubelski	1 821 349	1 409 337	412 012	1 036	956	80	1 822 385
4	Lubuski	872 801	682 707	190 094	414	261	153	873 215
5	Łódzki	2 220 429	1 762 183	458 246	716	572	144	2 221 145
6	Małopolski	3 096 216	2 345 362	750 854	2 266	1 815	451	3 098 482
7	Mazowiecki	5 165 534	3 983 889	1 181 645	4 977	3 820	1 157	5 170 511
8	Opolski	803 697	630 930	172 767	276	225	51	803 973
9	Podkarpacki	1 818 611	1 365 221	453 390	472	437	35	1 819 083
10	Podlaski	1 015 491	775 671	239 820	426	321	105	1 015 917
11	Pomorski	2 098 142	1 587 610	510 532	3 346	2 104	1 242	2 101 488
12	Śląski	3 959 836	3 062 505	897 331	1 543	1 251	292	3 961 379
13	Świętokrzyski	1 046 985	820 040	226 945	141	108	33	1 047 126
14	Warmińsko-Mazurski	1 166 590	901 271	265 319	347	211	136	1 166 937
15	Wielkopolski	3 237 921	2 504 277	733 644	2 065	1 673	392	3 239 986
16	Zachodniopomorski	1 429 894	1 124 161	305 733	1 805	1 077	728	1 431 699

Na koniec 2021 r., 34 202 895 osób, które określa się mianem ubezpieczonych, tj. mają w CWU status: 1 (ubezpieczony), 8 (rezydent UE), 21 (zgłoszony z ZUS, brak składek), 22 (zgłoszony

z KRUS, brak składek). W ogólnej liczbie osób ubezpieczonych, 34 180 107 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 22 788 osób ubezpieczonych dobrowolnie. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 455 318 osoby, to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 724 789 osoby, to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 16 843 osób, ze zgłoszonymi 5 945 członkami rodziny.

Tabela nr VI.6. Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – wg stanu na koniec 2022 r.

l.p.	Oddział wojewódzki Funduszu	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych
		ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
	Ogółem	34 180 107	26 455 318	7 724 789	22 788	16 843	5 945	34 202 895
0	Nieokreślony	2 571 243	2 035 790	535 453	1 808	1 425	383	2 573 051
1	Dolnośląski	1 788 348	1 392 710	395 638	944	745	199	1 789 292
2	Kujawsko-Pomorski	1 843 579	1 425 345	418 234	834	760	74	1 844 413
3	Lubelski	877 841	686 398	191 443	380	237	143	878 221
4	Lubuski	2 238 837	1 781 289	457 548	708	574	134	2 239 545
5	Łódzki	3 088 518	2 340 042	748 476	2 408	1 861	547	3 090 926
6	Małopolski	5 120 094	3 956 227	1 163 867	5 327	4 008	1 319	5 125 421
7	Mazowiecki	810 334	636 473	173 861	248	193	55	810 582
8	Opolski	1 833 021	1 375 850	457 171	593	551	42	1 833 614
9	Podkarpacki	1 018 794	779 306	239 488	419	293	126	1 019 213
10	Podlaski	2 085 434	1 579 317	506 117	3 309	1 972	1 337	2 088 743
11	Pomorski	3 991 093	3 086 821	904 272	1 501	1 157	344	3 992 594
12	Śląski	1 062 705	832 570	230 135	159	121	38	1 062 864
13	Świętokrzyski	1 180 107	911 346	268 761	334	210	124	1 180 441
14	Warmińsko-Mazurski	3 233 998	2 505 936	728 062	2 074	1 723	351	3 236 072
15	Wielkopolski	1 436 161	1 129 898	306 263	1 742	1 013	729	1 437 903
16	Zachodniopomorski	34 180 107	26 455 318	7 724 789	22 788	16 843	5 945	34 202 895

Dla prawidłowej interpretacji danych konieczne jest uwzględnienie informacji, że statusy w CWU to opis umożliwiający sprawne odczytanie danych na podstawie przetwarzanych

informacji[21]. Należy zaznaczyć, że dane w CWU są przetwarzane w trybie ciągłym, jest to baza dynamiczna, w której każda implementacja danych (z ZUS, KRUS, KPRM), czy też aktualizacja z wykorzystaniem dostępnych narzędzi i funkcji aktualizuje dane statystyczne.

W poniższej tabeli przedstawione są dane dotyczące obowiązujących w okresie. 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 sprawozdawczym uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej, które wydano na podstawie decyzji wydawanych zgodnie z art do NFZ są wpisane dane, w tym informacja o obywatelstwie i statusie uchodźcy. Porównując dane między okresami, w ogólnej liczbie osób zarejestrowanych na podstawie decyzji z art. 54 ustawy o świadczeniach, w 2022 r. wydano 3 910 decyzji więcej niż w 2021 r.

[21] UBEZPIECZONY; ID statusu 1: przypisany do danych osób, które zostały zgłoszone do ubezpieczenia (tzw. aktywne zgłoszenie) oraz mają opłaconą składkę na ubezpieczenie zdrowotne za ostatnie 3 miesiące, a także zgłoszeni do systemu ubezpieczeń zdrowotnych członkowie ich rodzin.
NIEUBEZPIECZONY*;* ID statusu 3 – przypisany do danych osób powyżej 18 r. życia, które nie mają aktywnego zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz brak jest informacji o opłaconej składce na ubezpieczenie tj. osób wyrejestrowanych z ubezpieczenia zdrowotnego przez ZUS lub KRUS; przypisany do danych osób, które ukończyły 18 r. życia, a które były zgłoszone jako członkowie rodziny i nie wpłynęło dla nich wyrejestrowanie wraz z wyrejestrowaniem osoby zgłaszającej (głównego ubezpieczonego); status ten mają również osoby powyżej 18 r. życia, które zgłoszone były z tytułem „członek rodziny – dziecko", bez określonego stopnia niepełnosprawności, które ukończyły 26 rok życia.
UPRAWNIONY DO 18 R.Ż.; ID statusu 4 - inne niż wymienione w art. 2 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o świadczeniach, osoby, które nie ukończyły 18. roku życia posiadające obywatelstwo polskie (niezgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego).
NIE ŻYJE; ID statusu 5 – przypisany do danych osób, dla których do Funduszu wpłynęła informacja z organu prowadzącego centralną ewidencję PESEL o dacie zgonu – art. 87 ust. 10 a ustawy o świadczeniach.
NUMER PESEL ANULOWANY (INFORMACJA Z MSWiA); ID statusu 6 – przypisany do danych osób, dla których do Funduszu wpłynęła informacja z organu prowadzącego centralną ewidencję PESEL o anulowaniu numeru PESEL – art. 87 ust. 10a ustawy o świadczeniach.
ZGŁOSZONY Z KCH; ID statusu 7 – przypisany do danych osób, których dane pochodzą z rejestrów byłych Kas Chorych, a nie ma żadnych okresów ubezpieczenia z ZUS lub KRUS i informacji o opłaconej składce.
REZYDENT UE; ID statusu 8 – status ten otrzymują osoby, będące obywatelami państw członkowskich UE lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu (EFTA) – uprawnione do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie przepisów o koordynacji.
TYLKO DANE PERSONALNE I ADRESOWE; ID statusu 9 – taki status otrzymują osoby powyżej 18 roku życia, dla których do Funduszu wpłynęła informacja z organu prowadzącego centralną ewidencję PESEL o nadaniu numeru PESEL – art. 87 ust. 10a ustawy o świadczeniach a nie ma żadnych okresów ubezpieczenia z ZUS lub KRUS i informacji o opłaconej składce.
UPRAWNIONY NA PODSTAWIE ART. 54 USTAWY; ID statusu -9 (minus 9) – przypisany do danych osób, dla których dokumentem potwierdzającym prawo do świadczeń opieki zdrowotnej jest decyzja wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, rejestrowana w systemie przez Fundusz.
UPRAWNIONY NA PODSTAWIE ART. 67 UST. 6 USTAWY o świadczeniach*;* ID statusu -8 (minus 8) – status przypisany do danych osób pobierających zasiłek przyznany na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, którego nie zalicza się do podstawy wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz członków ich rodzin, zgłaszanych do systemu przez ZUS, które pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia mają wraz z członkami rodziny prawo do świadczeń opieki zdrowotnej w okresie pobierania przez tę osobę.
UPRAWNIONY NA PODSTAWIE ART. 67 UST. 7 USTAWY ; ID statusu -7 (minus 7) – status przypisany do danych osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty, które pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia mają wraz z członkami rodziny prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.
UPRAWNIONY NA PODSTAWIE KARTY POLAKA; ID statusu -6 (minus 6) – dotyczy osób uprawnionych do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie Karty Polaka wydanej zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 września 2007 r. o Karcie Polaka (Dz. U. z 2019 poz.1598), rejestrowanych w systemie przez Fundusz.
ZGŁOSZONY Z ZUS, BRAK SKŁADEK; ID statusu 21 – przypisany do danych osób, które zostały zgłoszone do ubezpieczenia (tzw. aktywne zgłoszenie) ale brak jest informacji o opłaconej składce a także zgłoszeni do systemu ubezpieczeń zdrowotnych członkowie ich rodzin.
ZGŁOSZONY Z KRUS, BRAK SKŁADEK; ID statusu 22 – przypisany do danych osób, które zostały zgłoszone do ubezpieczenia (tzw. aktywne zgłoszenie) ale brak jest informacji o opłaconej składce a także zgłoszeni do systemu ubezpieczeń zdrowotnych członkowie ich rodzin.
SKŁADKI Z ZUS, BRAK ZGŁOSZENIA; ID statusu 23 – przypisany do danych osób, dla których wpłynęła z ZUS informacja o opłaconej składce a brak jest zgłoszenia do ubezpieczenia, a także zgłoszeni do systemu ubezpieczeń zdrowotnych członkowie ich rodzin.
SKŁADKI Z KRUS, BRAK ZGŁOSZENIA; ID statusu 24 - przypisany do danych osób, dla których wpłynęła z KRUS informacja o opłaconej składce a brak jest zgłoszenia do ubezpieczenia, a także zgłoszeni do systemu ubezpieczeń zdrowotnych członkowie ich rodzin.
NIEUBEZPIECZONY Z PRAWEM DO ŚWIADCZEŃ PO WYREJESTROWANIU; ID statusu 41 – przypisany do danych osób, które mają prawo do świadczeń opieki zdrowotnej przez 30 dni od dnia wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego (art. 67 ust. 4 ustawy o świadczeniach).
STATUS 0 (nieokreślony): dotyczy osób, dla których w momencie generowania raportu nieukończone było pełne przetwarzanie danych.

Tabela nr VI.7. Centralny Wykaz Ubezpieczonych – decyzje z art. 54 – stan na koniec 2022 roku.

L.p.	Oddział wojewódzki Funduszu	Liczba wydanych decyzji					Liczba osób, którym wydano decyzje		
		ogółem	na wniosek		przez burmistrza/wójta/prezydenta		ogółem	posiadających	
			świadczeniobiorcy	świadczeniodawcy	z urzędu	na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu		obywatelstwo polskie	status uchodźcy
	Ogółem	12 669	7 973	2 992	214	10	12 679	12 650	1
1	Dolnośląski	911	415	247	8	1	912	912	0
2	Kujawsko-Pomorski	539	414	125	0	0	539	538	1
3	Lubelski	382	242	131	3	0	382	382	0
4	Lubuski	717	502	194	21	0	717	714	0
5	Łódzki	779	504	149	15	2	781	780	0
6	Małopolski	929	684	238	6	0	929	927	0
7	Mazowiecki	1 549	840	356	40	4	1 553	1 546	0
8	Opolski	228	172	56	0	0	228	228	0
9	Podkarpacki	452	298	140	14	2	454	453	0
10	Podlaski	275	159	113	0	0	275	274	0
11	Pomorski	887	641	176	2	0	887	880	0
12	Śląski	1 308	399	293	14	1	1 309	1 306	0
13	Świętokrzyski	382	187	186	0	0	382	382	0
14	Warmińsko-Mazurski	796	555	216	25	0	796	796	0
15	Wielkopolski	1 662	1 303	166	65	0	1 662	1 661	0
16	Zachodniopomorski	873	658	206	1	0	873	871	0

Tabela nr VI.8. Decyzje wydawane na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach, różnice miedzy rokiem 2022 a 2021.

l.p.	Oddział wojewódzki Funduszu	liczba wydanych decyzji					liczba osób, którym wydano decyzje		
		ogółem	na wniosek		przez burmistrza/wójta/prezydenta		ogółem	posiadającym	
			świadczeniobiorcy	świadczeniodawcy	z urzędu	na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu		obywatelstwo polskie	status uchodźcy
	Ogółem	3 910	2 389	1 149	-10	-2	3 908	3 915	0
1	Dolnośląski	184	60	32	-4	1	185	185	0
2	Kujawsko-Pomorski	153	134	71	-52	0	153	152	1
3	Lubelski	138	68	77	-8	0	138	138	0
4	Lubuski	215	101	93	21	0	215	216	0
5	Łódzki	359	217	43	1	-1	358	359	0
6	Małopolski	291	216	79	-1	0	291	290	0
7	Mazowiecki	426	230	138	-9	-4	422	423	0
8	Opolski	43	36	9	-2	0	43	43	0
9	Podkarpacki	155	83	64	8	2	157	156	0
10	Podlaski	60	10	51	0	0	60	61	-1

l.p.	Oddział wojewódzki Funduszu	liczba wydanych decyzji					liczba osób, którym wydano decyzje		
		ogółem	na wniosek		przez burmistrza/wójta/prezydenta		ogółem	posiadającym	
			świadczeniobiorcy	świadczeniodawcy	z urzędu	na wniosek oddziału wojewódzkiego Funduszu		obywatelstwo polskie	status uchodźcy
11	Pomorski	306	234	74	-3	0	306	310	0
12	Śląski	356	158	76	6	0	356	355	0
13	Świętokrzyski	110	26	75	0	0	110	110	0
14	Warmińsko-Mazurski	252	157	83	18	0	252	252	0
15	Wielkopolski	471	380	66	15	0	471	475	0
16	Zachodniopomorski	391	279	118	0	0	391	390	0

VI.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 i jednostek naturalnych, 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),
- kolejek 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 rozpoczyna się od części opisowej zawierającej m.in. następujące elementy: charakterystyka sytuacji epidemiologicznej i demograficznej, założenia planu zakupu (w tym priorytety ogólnopolskie określone przez Prezesa NFZ), 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.: a) liczbę jednostek rozliczeniowych do zakontraktowania ogółem (poziom szczegółowości: zakres i województwo PSZ / poza PSZ), b) informacje o planowanym zakupie wyrażone w jednostkach naturalnych,
- 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. Oddział wojewódzki NFZ dwa razy w roku przesyła do Centrali NFZ w formie elektronicznej aktualną wersję planu oraz informację o dokonanych zmianach wraz z uzasadnieniem. 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, z uwzględnieniem priorytetów ogólnopolskich, w oparciu o plan finansowy przyjęty na rok następny. Tworzenie planu i zakres zawartych w nim danych (wzory tabel) określa procedura: „Planowanie rzeczowe - opracowanie planu zakupu świadczeń opieki zdrowotnej v 1.0”.

W dniu 1 lipca 2022 roku OW NFZ przekazały do Centrali NFZ ostateczną wersję planów na 2022 rok, natomiast dnia 9 grudnia 2022 r. do Centrali NFZ przekazane zostały zatwierdzone przez Rady Oddziałów plany na 2023 rok.

VI.7. Zadania z zakresu monitorowania i kontroli

W 2022 roku[22] Terenowe Wydziały Kontroli Departamentu Kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia (zwane dalej TWK) przeprowadziły łącznie 4 358 kontroli i czynności sprawdzających. Centralizacja i włączenie Wydziałów Kontroli Oddziałów Wojewódzkich NFZ w struktury Departamentu Kontroli dało możliwość prowadzenia działań kontrolnych wobec podmiotów na terenie województwa innego, niż siedziba terenowego wydziału kontroli prowadzącego postępowanie. Wprowadzone zmiany pozwoliły również na prowadzenie działań kontrolnych przez zespoły złożone z pracowników różnych komórek organizacyjnych Departamentu Kontroli. Powyższa eksterytorialność działań kontrolnych pozwala optymalnie

[22] Kwalifikacja kontroli do danego kwartału sprawozdawczego następuje na podstawie daty przekazania wystąpienia pokontrolnego, a w przypadku czynności sprawdzających - daty zakończenia czynności sprawdzających.

wykorzystywać efekt synergii Departamentu Kontroli Centrali NFZ, zwany dalej również „DK”.

W 2022 roku przeprowadzono łącznie 640 działań kontrolnych wobec podmiotów, których siedziba mieściła się w innym województwie, niż komórka kontrolująca. Najwięcej takich działań przeprowadziły TWK w Krakowie, Lublinie i Rzeszowie (52% wszystkich działań kontrolnych eksterytorialnych).

Biorąc pod uwagę miejsce realizacji umowy kontrolowanego podmiotu w 2022 r. najwięcej eksterytorialnych działań przeprowadzono wobec podmiotów z województw: wielkopolskiego, śląskiego oraz lubelskiego.

W okresie sprawozdawczym DK realizował czynności kontrolne w nowych obszarach. Departament zrealizował czynności sprawdzające wobec 32 podmiotów w 14 województwach w zakresie realizacji obowiązku wdrożenia Systemu Zarządzającego Trybami Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym zwanym „TOPSOR”. W związku z faktem, że na podstawie art. 18 ust. 1 ww. ustawy administratorem TOPSOR, jest Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (dalej LPR), DK nawiązał współpracę z przedstawicielami LPR w ramach której DK pozyskało wiedzę merytoryczną w zakresie zasad funkcjonowania i raportowania statusów pacjentów w systemie TOPSOR, a także listę podmiotów, które nie wdrożyły systemu TOPSOR, albo wdrożyły, ale nie raportują statusów pacjentów. Pomimo aktywności LPR ponad 30 świadczeniodawców nie wdrożyło systemu TOPSOR. Na podstawie powyższych informacji przeprowadzono czynności sprawdzające zorientowane na: potwierdzenie faktu niewdrożenia systemu TOPSOR oraz wyjaśnienia przyczyn tego stanu.

W wyniku przeprowadzonych 32 postępowań:

- na każdy z 29 podmiotów zostały nałożone sankcję w wysokości 10 000 zł. Kary umowne zostały nałożone na podstawie § 30 ust. 1 pkt 1 lit f załącznika do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015 r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 320) w związku z zawinionym nie wdrożeniem systemu TOPSOR, co pozostawało w sprzeczności z art.33a ust. 4 ustawy 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. z 2021 r. poz. 2053), § 6 ust. 7 w zw. z art. 2 ust. 1 rozporządzenia MZ z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. z 2021 r. poz. 2048) oraz art. 19 ustawy z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2019 r. poz. 399),
- na 3 podmioty lecznicze nie została nałożona sankcja z uwagi na treść złożonych wyjaśnień, które dały podstawę do odstąpienia od nakładania sankcji,
- 28 podmiotów (87,5%) nawiązało kontakt z LPR w celu wdrożenia systemu TOPSOR, jednak nie rozpoczęły raportowania, pozostałe 4 podmioty nie przejawiły takiej aktywności,
- w kolejnych okresach planowane są kolejne działania DK zorientowane na weryfikację wdrożenia systemu TOPSOR.

W 2022 r. osiągnięty został poziom tworzenia korpusu kontrolerskiego umożliwiający realizację zadań kontrolnych według zasad określonych w dziale IIIa ustawy o świadczeniach. W okresie sprawozdawczym wprowadzono zmiany w przepisach wewnętrznych

w przedmiotowym zakresie (26 lipca 2022 r.): weszło w życie nowe zarządzenie w sprawie egzaminu kontrolerskiego, Prezes NFZ zatwierdził Regulamin przeprowadzania egzaminu.

Zmiany wprowadzone nowym zarządzeniem są w szczególności konsekwencją dotychczasowych doświadczeń w realizacji procesu przeprowadzenia egzaminu kwalifikacyjnego na stanowisko kontrolera w NFZ oraz zakończenia, z dniem 1 czerwca 2022 r., trzyletniego okresu przejściowego dedykowanego na utworzenie korpusu kontrolerskiego w NFZ. Do najważniejszych zmian wprowadzonych w ww. regulacjach należy:

- rezygnacja z utrzymania możliwości składania wniosku o uwzględnienie wyniku uzyskanego z części egzaminu kwalifikacyjnego na stanowisko kontrolera w następnej sesji egzaminacyjnej,
- wprowadzenie obowiązku publikowania w intranecie NFZ informacji o obszarze kontroli, z którego kandydaci będą sporządzać pracę w ramach egzaminu w części sprawdzającej umiejętności,
- podniesienie do 75 łącznej liczby punktów, jakie musi uzyskać kandydat z obu części egzaminu, aby uzyskać pozytywny wynik egzaminu,
- wprowadzenie nowego wzoru Zgłoszenia do egzaminu kwalifikacyjnego na stanowisko kontrolera NFZ,
- uporządkowanie kwestii organizacyjnych egzaminu.

W 2022 r. przeprowadzono 4 sesje egzaminacyjne. Do egzaminów przystąpiło 74 kandydatów, 27 kandydatów uzyskało wynik pozytywny.

Łączna liczba pracowników zatrudnionych w Terenowych Wydziałach Kontroli DK w 2022 r. wynosiła 462 osoby, z czego 344 osoby to pracownicy realizujący kontrole i czynności sprawdzające. Z 344 pracowników TWK DK 102 stanowiło powołanych kontrolerów (29,65%), a 242 to osoby realizujące czynności kontrolne zgodnie z art. 61e ust. 2 ustawy o świadczeniach (70,35%).

W trakcie roku podjęto liczne działania mające na celu ujednolicenie realizacji zadań kontrolnych w całym kraju, w szczególności przeprowadzając zmiany regulacji prawnych na poziomie zarządzeń Prezesa Funduszu dotyczących zadań kontrolnych oraz kierując do TWK kilkadziesiąt analiz i interpretacji przepisów prawa w obszarze kontroli.

W 2022 roku Departament Kontroli poszerzył zakres informacji publikowanych na stronie Biuletynu Informacji Publicznej o „Wnioski / rekomendacje". Zamieszczane materiały zawierają cenne informacje i wskazówki, zarówno dla świadczeniodawców, aptek, jak i osób uprawnionych do ordynacji produktów refundowanych, których wykorzystanie gwarantuje w przyszłości pozytywny wynik kontroli Funduszu. Pierwszą publikacją był artykuł pt. „Wyniki kontroli ordynacji wybranych leków zawierających substancje czynne Rivaroxabanum i Dabigatranum etexilatum, czyli co powinni wiedzieć lekarze wypisujący recepty na te leki."

W 2022 roku Terenowe Wydziały Kontroli Departamentu Kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia, zwane dalej RÓWNIEŻ „TWK" przeprowadziły łącznie 4 358 kontroli i czynności sprawdzających w obszarach: realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – 936; ordynacji produktów refundowanych – 2 654; realizacji umowy na wydawanie

refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę w aptekach i punktach aptecznych – 709; pozostałe (m.in. w zakresie prawidłowości i zasadności udzielania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, realizacja obowiązku dotyczącego podłączenia do systemu teleinformatycznego Elektronicznej Platformy Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1)) – 59.

Tabela nr VI.9. Liczba działań kontrolnych przeprowadzonych przez TWK NFZ w latach 2021-2022 (razem kontrole i czynności sprawdzające).

Działania kontrolne dotyczące świadczeń		Działania kontrolne dotyczące ordynacji		Działania kontrolne dotyczące aptek		Działania kontrolne inne		Działania kontrolne razem		Zmiana 2021/2022
2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	
1 321	936	1 557	2 654	581	709	186	59	3 645	4 358	713

Skutki finansowe działań kontrolnych[23] w 2022 r. po uwzględnieniu środków odwoławczych wyniosły łącznie 87 806,08 tys. zł, w tym wartość nienależnie przekazanych środków finansowych 27 581,84 tys. zł oraz wartość nałożonych kar 60 224,24 tys. zł.

Tabela nr VI.10. Skutki finansowe działań kontrolnych TWK NFZ w podziale na wartość zakwestionowanych środków, wartość nałożonych kar w latach 2021-2022 (w tys. zł).

Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Skutki finansowe kontroli		Zmiana 2021/2022
2021	2022	2021	2022	2021	2022	
35 354,31	27 581,84	18 514,70	60 224,24	53 869,01	87 806,08	33 937,07

Kontrole realizowane na terenie innego województwa niż siedziba TWK.

W 2022 roku przeprowadzono łącznie 640 działań kontrolnych wobec podmiotów, których siedziba mieściła się w innym województwie, niż komórka kontrolująca. Najwięcej takich działań przeprowadziły TWK w Krakowie, Lublinie i Rzeszowie (52% wszystkich działań kontrolnych eksterytorialnych). Spośród tych działań największy udział stanowiły postępowania kontrolne dotyczące ordynacji w liczbie 560 (88%). Kolejne miejsce zajmują kontrole świadczeń – 47 (7%) oraz czynności sprawdzające – 33 (5%).

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

W sprawozdawanym okresie przeprowadzono 2 714 kontroli dotyczących realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ordynacji i aptek. Na podstawie ustaleń kontroli TWK sformułowały następujące oceny ogólne kontrolowanych podmiotów: ocena pozytywna - 102 kontrole, ocena pozytywna z nieprawidłowościami - 193 kontrole, ocena negatywna – 2 416 kontroli, w 3 kontrolach nie wydano oceny ogólnej. W przypadku 96% postępowań kontrolnych kontrolerzy stwierdzili nieprawidłowości w ocenianej działalności. Tylko w 4%

[23] Pod 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.

zakończonych kontroli nie stwierdzono nieprawidłowości lub stwierdzono uchybienia, które nie miały wpływu na kontrolowaną działalność.

Tabela nr VI.11. Liczba kontroli przeprowadzonych przez TWK NFZ w latach 2021-2022.

Kontrole realizacji umów oraz dot. Covid-19		Kontrole ordynacji		Kontrole aptek		Razem kontrole		Zmiana 2021/2022
2021	2022	2021	2022	2021	2022	2021	2022	
877	629	289	1 891	261	194	1 427	2 714	1 287

Kontrole realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

W 2022 roku przeprowadzono 575 kontroli 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 podstawowej opieki zdrowotnej.

Tabela nr VI.12. Liczba skontrolowanych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2021-2022 (kontrole wielorodzajowe zostały wykazane we wszystkich rodzajach, których dotyczyły).

Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej	2021	2022	Zmiana 2021/2022
AOS	210	109	-101
OPH	1	3	2
PDT	2	0	-2
POZ	69	162	93
PPZ	2	3	1
PSY	16	10	-6
REH	70	11	-59
RTM	11	7	-4
SOK	3	3	0
SPO	21	44	23
STM	122	40	-82
SZP	234	178	-56
UZD	0	1	1
ZPO	16	15	-1
Razem	777	586	-191

W 2022 roku przeprowadzono 54 kontrole dotyczące realizacji i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Najwięcej kontroli dotyczyło udzielania teleporad lekarskich na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 (26 kontroli) oraz hospitalizacji pacjentów związanych z leczeniem COVID-19 (25 kontroli). W 2022 roku przeprowadzono mniej kontroli realizacji umów, natomiast skutki finansowe zrealizowany działań kontrolnych

były wyższe niż w 2021 roku. Skutki finansowe przeprowadzonych kontroli świadczeń wyniosły łącznie 58 389,81 tys. zł.

Tabela nr VI.13. Skutki finansowe kontroli zrealizowanych w obszarze udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz dot. Covid-19 po uwzględnieniu środków odwoławczych przez TWK NFZ w latach 2021-2022 (w tys. zł).

Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Skutki finansowe kontroli		Zmiana 2021/2022
2021	2022	2021	2022	2021	2022	
15 242,48	19 596,73	14 308,84	38 793,08	29 551,33	58 389,81	28 838,48

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

- gromadzenie informacji lub prowadzenie dokumentacji medycznej w sposób naruszający przepisy prawa,
- niepodanie do wiadomości świadczeniobiorców lub podanie błędnych informacji dotyczących zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń, trybu składania skarg i wniosków, praw pacjenta, imion i nazwisk osób kierujących pracą komórki organizacyjnej lub osób udzielających świadczeń, a także godzin i miejsc udzielania świadczeń,
- nieprawidłowe sprawozdawanie i rozliczanie udzielonych świadczeń,
- nieprowadzenie listy oczekujących na udzielenie świadczenia lub prowadzenie tej listy w sposób naruszający przepisy prawa,
- nieudzielanie świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie,
- niewłaściwa kwalifikacja do leczenia szpitalnego pacjentów, dla których cel leczenia mógł być osiągnięty w warunkach ambulatoryjnych (naruszenie zapisów art. 58 ustawy o świadczeniach),
- niezasadnych realizacji teleporady lub odmów udzielenia teleporady,
- rozbieżności w danych dotyczących osób realizujących świadczenia pomiędzy raportami statystycznymi przekazywanymi do OW NFZ a dokumentacją medyczną,
- udzielanie świadczeń przez osobę nieuprawnioną lub nieposiadającą kwalifikacji i uprawnień do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny,
- udzielanie świadczeń w sposób lub w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie, w tym brak wymaganego sprzętu lub aparatury medycznej,
- wykazywanie do rozliczenia świadczeń niezasadnych, nieprawidłowych lub niezgodnych ze stanem faktycznym.

Kontrole ordynacji produktów refundowanych

W 2022 roku przeprowadzono łącznie 1 891 kontroli ordynacji. Większość kontroli ordynacji, tj. 1 452 przypadki (77% ogółu), dotyczyła ordynacji realizowanej w ramach zawartych z NFZ umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W 439 przypadkach kontrolowano osoby uprawnione, co stanowi 23% wszystkich przeprowadzonych kontroli ordynacji.

Tabela nr VI.14. Liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept przez TWK NFZ w latach 2021-2022 (pojedyncze NPWZ).

Liczba skontrolowanych osób uprawnionych, nie zdublowane NPWZ		Liczba skontrolowanych osób uprawnionych (umowy ze świadczeniodawcami), nie zdublowane NPWZ		Razem liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept, nie zdublowane NPWZ		
2021	2022	2021	2022	2021	2022	Zmiana 2021/2022
44	439	783	3 799	827	4 238	3 411

Skutki finansowe przeprowadzonych w 2022 roku kontroli ordynacji wyniosły łącznie 17 338,06 tys. zł i były wyższe o 1 494,52 tys. zł, niż w roku poprzednim.

Skutki finansowe kontroli ordynacji po uwzględnieniu środków odwoławczych w 2021 roku wyniosły 15 843,54 tys. zł a 2022 roku 17 338,06 tys. zł.

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

- brak udokumentowania zasadności ordynacji leków,
- brak informacji o uprawnieniach dodatkowych pacjenta na recepcie,
- brak udokumentowania w indywidualnej dokumentacji medycznej wskazań refundacyjnych do ordynacji leków ze zniżką,
- brak informacji o liczbie opakowań i sposobie dawkowania leku na recepcie,
- brak prawidłowego opisania, udokumentowania oraz uzasadnienia przekroczenia zapotrzebowania pacjenta na kontrolowane leki,
- nieprawidłowo oznaczony poziom odpłatności na recepcie,
- ordynacji leku lub środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego niezgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi,
- prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej pacjentów w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami prawa (m.in. brak wpisu zaleconych leków, dawkowania i liczby opakowań, brak wpisu porady lub wizyty) lub brak dokumentacji medycznej,
- przepisanie leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego w ilościach przekraczających zapotrzebowanie pacjenta wyliczone na podstawie przepisanego dawkowania.

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

W 2022 roku TWK przeprowadziły 194 postępowania kontrolne w zakresie realizacji umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego, z czego 185 kontroli zakończyło się przekazaniem zaleceń pokontrolnych.

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

- brak faktur zakupu leków/ surowców oraz nieprawidłowe udokumentowanie przychodu/rozchodu,
- brak potwierdzenia realizacji recepty,
- brak potwierdzenia uprawnień dodatkowych pacjenta (np. IB, ZK),
- brak podpisu i pieczątki lub imienia i nazwiska osoby realizującej receptę,
- nieprawidłowe wykonanie leku recepturowego,
- niesprawozdanie lub przekazanie do OW NFZ w komunikatach elektronicznych danych niezgodnych ze stwierdzonym w aptekach stanem faktycznym dotyczącym zrealizowanych recept,
- niesprawozdanie lub błędne sprawozdanie daty wystawienia recepty, uprawnień dodatkowych pacjenta, identyfikatora osoby nieubezpieczonej posiadającej prawo do świadczeń opieki zdrowotnej, identyfikatora oddziału NFZ, identyfikatora osoby realizującej receptę, informacji o wydaniu zamiennika oraz kodu EAN leku zaordynowanego, kodu EAN/GTIN składnika leku recepturowego, adnotacji pro familiae,
- przekazanie do OW NFZ w komunikatach elektronicznych, dotyczących zrealizowanych recept podlegających refundacji z Funduszu, danych niezgodnych ze stwierdzonym w aptekach stanem faktycznym dotyczącym zrealizowanych recept,
- realizacja recepty po terminie ważności,
- realizacja recepty przez osobę nieposiadającą kwalifikacji i uprawnień do jej realizacji,
- sprawozdanie realizacji częściowej, mimo że wydano wszystkie opakowania zaordynowane na recepcie;
- wydanie leku lub wyrobu medycznego innego niż zaordynowany na recepcie, niespełniającego wymogów zamiennika,
- wydanie leków w ilości większej niż przepisana przez lekarza,
- wydanie większej ilości leku, niż wynika ze sposobu dawkowania lub przy braku podanego sposobu dawkowania,

– zamieszczenie w komunikacie elektronicznym danych, które w przekazanej postaci nie powinny stać się przedmiotem sprawozdawczości do Funduszu oraz podstawą wypłaty refundacji w związku z wadliwą realizacja recepty,

– zastosowanie przez aptekę innej marży detalicznej, niż wynikająca z ustawy o refundacji.

W 2022 roku przeprowadzono 194 kontrole aptek, o 67 mniej, niż w roku poprzednim. Natomiast skutki finansowe były o 5 411,98 tys. zł wyższe, co stanowiło ponad 330% więcej zakwestionowanych środków i nałożonych kar w porównaniu do roku ubiegłego.

Tabela nr VI.15. Skutki finansowe kontroli aptek po uwzględnieniu środków odwoławczych w latach 2021-2022 (w tys. zł).

Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		Zmiana 2021/2022
2021	2022	2021	2022	2021	2022	
1 876,16	6 692,89	471,26	1 066,51	2 347,42	7 759,40	5 411,98

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

Czynności sprawdzające realizowane są na podstawie art. 61w ustawy o świadczeniach. W 2022 roku TWK przeprowadziły łącznie 1 644 czynności sprawdzających. Większość TWK przeprowadziła mniej czynności sprawdzających niż w roku poprzednim, w jednym przypadku liczba czynności zrealizowanych jest taka sama, a w przypadku sześciu TWK czynności sprawdzających wykonano więcej niż w 2021 r. W 2022 r. przeprowadzono o 574 czynności sprawdzających mniej, niż w 2021 r. Wartość skutków finansowych czynności sprawdzających była niższa o 1 807,92 tys. zł niż w roku poprzednim, co stanowiło około 30% mniej zakwestionowanych środków w porównaniu do roku ubiegłego.

Tabela nr VI.16. Skutki finansowe czynności sprawdzających po uwzględnieniu środków odwoławczych w latach 2021-2022 (w tys. zł).

Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe czynności kontrolnych		Zmiana 2021/2022
2021	2022	2021	2022	2021	2022	
2 945,25	1 292,22	3 181,47	3 026,59	6 126,73	4 318,81	-1 807,92

Procesy odwoławcze od wyników działań kontrolnych

Istotnym zadaniem realizowanym przez Fundusz 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 Funduszu 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 Funduszu – w przypadku, gdy podmiot kontrolowany zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- skargi do sądu administracyjnego – w przypadku określenia sankcji finansowych w drodze decyzji administracyjnej.

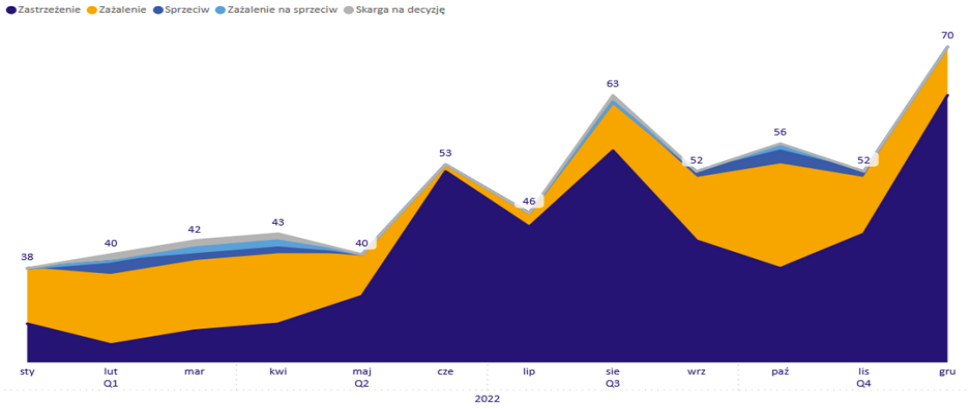
Zastrzeżenia do wystąpienia pokontrolnego oraz zażalenia na czynności Prezesa Funduszu są kierowane zarówno wobec ustaleń stanu faktycznego, stwierdzanych nieprawidłowości, ocen sformułowanych w związku z powyższymi ustaleniami, a także wobec skutków finansowych kontroli w postaci sankcji. W 2022 roku kontrolowane podmioty złożyły 487 zastrzeżeń do ocen i wniosków zawartych w wystąpieniach pokontrolnych. W tym samym okresie rozpatrzonych zostało 467 zastrzeżeń, z czego 39 zostało uwzględnionych w części lub w całości. Ponadto w okresie sprawozdawczym wpłynęło 93 zażaleń na czynności Prezesa NFZ, złożonych na podstawie art. 160 ustawy o świadczeniach, w tym 43 dotyczące czynności sprawdzających i 50 zażaleń dotyczących kontroli. W tym samym okresie rozpatrzone zostały 97 zażalenia, z czego 13 zostało uwzględnione w części lub całości. W sprawozdawanym okresie zostało wniesione również 8 sprzeciwów oraz 3 zażalenia na rozpatrzenie sprzeciwu (nieuwzględnione).

Tabela nr VI.17. Liczba środków odwoławczych wniesionych i rozpatrzonych w 2022 r. (jako złożone należy rozumieć wszystkie środki, które wpłynęły w 2022 roku natomiast, jako rozpatrzone środki rozpatrzone w 2022 r. bez względu na datę wpływu i datę zakończenia kontroli)

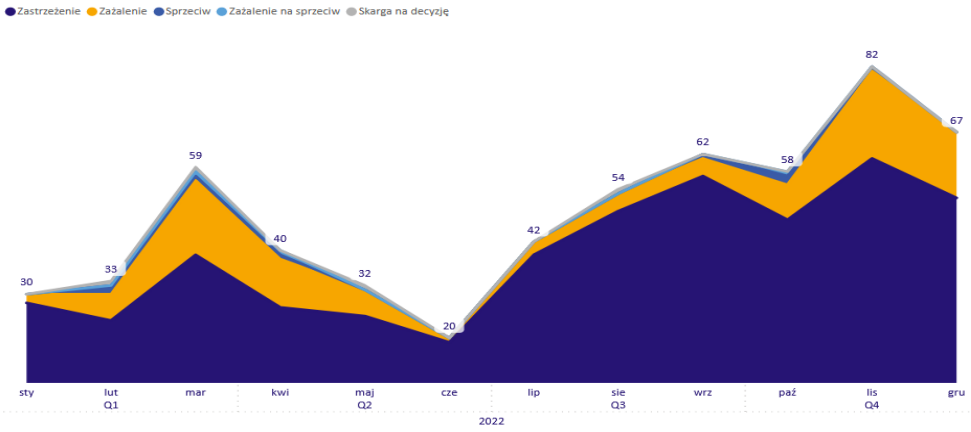
Środek odwoławczy	Liczba środków odwoławczych
Złożone zastrzeżenia	487
Rozpatrzone zastrzeżenia	467
Zastrzeżenia uznane w części lub w całości	39
Złożone zażalenia na czynności Prezesa - kontrole	50
Rozpatrzone zażalenia na czynności Prezesa - kontrole	51
Zażalenia na czynności Prezesa uznane w części lub w całości - kontrole	6
Złożone zażalenia na czynności Prezesa - czynności sprawdzające	43
Rozpatrzone zażalenia na czynności Prezesa - czynności sprawdzające	46
Zażalenia na czynności Prezesa uznane w części lub w całości - czynności sprawdzające	7
Złożone sprzeciwy	8
Rozpatrzone sprzeciwy	8
Sprzeciwy uznane	0
Złożone zażalenia na rozpatrzenie sprzeciwu	3
Rozpatrzone zażalenia na rozpatrzenie sprzeciwu	3
Zażalenia na rozpatrzenie sprzeciwu uznane	0
Złożone skargi na decyzję administracyjną	4

W okresie sprawozdawczym wpłynęło łącznie 595 środków odwoławczych, natomiast rozpatrzono 575 środków odwoławczych. Poniższe wykresy skumulowane prezentują rozkład środków złożonych i rozpatrzonych według miesięcy i rodzaju środka.

Wykres nr VI.3. Liczba złożonych środków odwoławczych wg daty wpływu środka.



Wykres nr VI.4. Liczba rozpatrzonych środków odwoławczych wg daty rozpatrzenia środka.



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) oddziały wojewódzkie Funduszu 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 podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej (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.

Przeprowadzono działania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 poprzez:

- bieżące monitorowanie celowości zabezpieczania świadczeń w zakresie kategorii świadczeń określonych w stosownych Zarządzeniach Prezesa NFZ;
- kontrolę merytoryczną dokumentów rozliczeniowych świadczeniodawców za usługi zrealizowane: weryfikacja i zatwierdzanie rachunków w KS-SIKCH; weryfikacja sprawozdań z realizacji świadczeń oraz prowadzenie postępowań wyjaśniających mających na celu wyeliminowanie stwierdzonych nieprawidłowości; monitorowanie rozliczenia tzw. 1/12 bez sprawozdawczości.

Do zadań oddziałów wojewódzkich Funduszu 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, określane są wskaźniki wojewódzkie lub dołączane są ogólnopolskie statystyki JGP. W sytuacjach, kiedy w ocenie oddziału 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", „Ciąża", jak również dla obywateli Ukrainy 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

NFZ w ramach monitorowania przedmiotowych uprawnień, powołał w Centrali NFZ i oddziałach wojewódzkich NFZ, konsultantów do spraw weteranów poszkodowanych, którzy także w swych zakresach obejmują monitorowanie uprawnień do świadczeń kombatantów inwalidów wojennych i wojskowych. Koordynacja zadań polega na rozpatrywaniu indywidualnych spraw związanych z dostępem do świadczeń oraz uprawnieniami wynikającymi z przepisów prawa, publikacji i aktualizacji uprawnień dla tej grupy świadczeniobiorców na stronach internetowych Centrali i oddziałów wojewódzkich NFZ. Delegowanie personalne konsultantów ma na celu łatwą, szybką i bezpośrednią drogę kontaktowania się uprawnionych z osobą odpowiedzialną, która ma za zadanie oprócz udzielania stosownych wyjaśnień i rozwiazywania indywidulanych problemów, prowadzić uprawnionego po systemie opieki zdrowotnej. NFZ przy współpracy z Departamentem Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Departamentem Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, współuczestniczy w opiniowaniu udzielania weteranom poszkodowanym świadczeń niezakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane i odpłatnych świadczeń zdrowotnych. Ponadto, koordynuje realizację udzielania świadczeń weteranom poszkodowanym w ramach korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w aspekcie transgranicznym.

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

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

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

Żołnierze uprawnieni lub pracownicy wojska – Fundusz pozyskuje informacje o żołnierzach uprawnionych i pracownikach wojska, którzy doznali uszczerbku w działaniach poza granicami państwa z Ministerstwa Obrony Narodowej.

Oddziały wojewódzkie NFZ przekazują do Ministerstwa Obrony Narodowej informacje w formie zestawienia o wysokości należnej kwoty dofinansowania za zrealizowane w poprzednim kwartale zaopatrzenie uprawnionych żołnierzy i pracowników wojska w produkty lecznicze.

Oddziały wojewódzkie NFZ, przekazują do Centrali NFZ, dane dotyczące weteranów poszkodowanych żołnierzy i funkcjonariuszy w zakresie list aktywnych POZ, wartości świadczeń POZ oraz informacje o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej co do zakresu, rodzaju, miejsca udzielania i wartości udzielonego świadczenia. Na podstawie przedmiotowych danych, Centrala NFZ opracowuje kwartalne sprawozdania z realizacji świadczeń udzielonych weteranom poszkodowanym odpowiednio do Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. W 2022 r. status weterana poszkodowanego żołnierza posiadało 818 osób natomiast status weterana poszkodowanego funkcjonariusza – 84 osoby. W 2022 r. udzielono łącznie 1 676 świadczeń weteranom poszkodowanym żołnierzom na łączną kwotę 2 182 578,30 oraz 174 świadczenia weteranom poszkodowanym funkcjonariuszom na łączną kwotę 174 657,80 zł.

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

Decyzje administracyjne w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, zwane dalej „decyzjami" wydawane są przez dyrektorów OW NFZ oraz Prezesa NFZ, w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach.

W przypadku wniosków o wydanie decyzji, które wpłynęły do dnia 31 sierpnia 2020 r. od decyzji Dyrektora OW NFZ przysługiwało odwołanie do Prezesa NFZ na podstawie art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach. Z uwagi na wejście 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 Funduszu a postępowanie jest jednoinstancyjne, czyli decyzje wydawane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ na podstawie upoważnienia Prezesa Funduszu są ostateczne i przysługuje od nich prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie.

Decyzje wydane przez dyrektorów OW NFZ na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ

Od dnia 1 września 2020 r. w związku z art. 4 pkt 52b ustawy z dnia 14 sierpnia 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) decyzje wydawane są przez dyrektorów OW NFZ z upoważnienia Prezesa Funduszu są ostateczne i przysługuje na nie skarga do WSA. W 2022 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu wydali na podstawie upoważnienia Prezesa NFZ 4366 decyzji i 471 postanowień. Wśród najczęściej pojawiającej się tematyki decyzji dotyczyło pozarolniczej działalności (2 507 decyzji), dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego (713 decyzji), umowy o dzieło przekwalifikowanej na umowę zlecenia (458 decyzji). Na decyzje i postanowienia wydane przez poszczególnych dyrektorów OW NFZ na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ w 2022 r. zostało wniesionych 412 skarg. W 2022 r. w wyniku rozpatrzenia przez WSA w Warszawie oraz skarg na decyzje i postanowienia wydane przez dyrektorów OW NFZ na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ z zakresu indywidualnych spraw dotyczących ubezpieczenia zdrowotnego do oddziałów wojewódzkich NFZ wpłynęło 381 orzeczeń, z czego 172 stanowiły orzeczenia uchylające lub zmieniające decyzję Prezesa Funduszu.

Według stanu na koniec 2022 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wydali w tym na podstawie upoważnienia Prezesa NFZ 4627 decyzji, co stanowi wzrost o 4,38% w porównaniu do liczby wydanych decyzji w 2021 r., kiedy to wydano łącznie 4433 decyzje oraz wzrost o 12.77% w stosunku do roku 2020 r., kiedy wydano 4 103 decyzji.

Na wszystkie wydane decyzje Prezesa NFZ (również w tych, w których dyrektor OW NFZ działa na podstawie pełnomocnictwa Prezesa NFZ) wniesiono 1 043 skargi w omawianym okresie, co stanowi wzrost o 76,48% w stosunku do 2021 roku, kiedy to wniesiono 591 skarg.

Decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym

W 2022 r. oddziały wojewódzkie NFZ, jako organ I instancji wydały łącznie 256 decyzji (dalej określane jako decyzje dyrektorów OW NFZ) w ww. zakresie. Z uwagi na sytuację, w której decyzje dyrektorów OW NFZ stanowią już nieliczną część rozstrzygnięć, nie należy tej liczby porównywać do analogicznych okresów z ubiegłych lat.

Na decyzje wydane w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego w 2022 roku przez dyrektorów OW NFZ składają się: 255 decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym (najczęściej dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umów zlecenia oraz umorzenia postępowań) oraz 1 decyzja dotyczące ustalenia prawa do świadczeń.

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

W 2022 r., w postępowaniach, które rozpoczęły się przed 1 września 2020 r. strony złożyły 16 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ wydanych w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym do Prezesa NFZ. W omawianym okresie Prezes NFZ rozpatrzył łącznie 2 245 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydając 2 035 decyzji, 148 postanowień kończących sprawę, a w 40 przypadkach pozostawił sprawę bez rozpoznania, co stanowi wzrost o 38% w stosunku do analogicznego okresu ubiegłego roku, w którym rozpatrzono 1626 odwołań. Wszystkie decyzje dotyczyły objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym. Na decyzje Prezesa NFZ stronom służy skarga do WSA

w Warszawie. Według stanu na koniec 2022 r. strony wniosły 661 skarg do WSA w Warszawie na decyzje Prezesa NFZ w sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego. Dla porównania w analogicznym okresie roku ubiegłego odnotowano 175 skarg do WSA w Warszawie. W 2022 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 Narodowego Funduszu Zdrowia wpłynęło 206 orzeczeń, z czego 20 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 2022 r. poz. 2000, z późn. zm.).

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 art. 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach. Artykuł 50 ust. 18 ustawy o świadczeniach nakazuje Prezesowi NFZ wydawanie decyzji ustalających obowiązek poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej opłaconych przez Fundusz w stosunku do osób, które okazały dokumenty potwierdzające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej lub oświadczyły o prawie do tych świadczeń, a nie znalazło to potwierdzenia w danych posiadanych przez Fundusz. Należy wskazać, że od dnia 12 stycznia 2017 r. wprowadzono nowelizację ustawy o świadczeniach (Dz. U. z 2016 r. poz. 2173). Dzięki noweli osoba, która w momencie korzystania ze świadczeń zdrowotnych spełniała przesłanki do bycia osobą ubezpieczoną (np. żona/mąż osoby ubezpieczonej, uczące się dziecko osoby ubezpieczonej, które nie ukończyło 26. roku życia) może dokonać „wstecznego" zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego. Warunkiem nieobciążania kosztami leczenia jest dokonanie przez płatnika składek, np. w przypadku pracownika poprzez pracodawcę, zleceniodawcę w przypadku zleceniobiorcy, organu emerytalno-rentowego w przypadku emeryta-rencisty „wstecznego" (prawidłowego) zgłoszenia członka rodziny. W przypadku dokonania powyższej czynności nie wszczyna się lub umarza już wszczęte postępowanie administracyjne ustalające obowiązek poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej. Na koniec 2022 r. oddziały wojewódzkie NFZ w tym z upoważnienia Prezesa wydały 9 358 decyzji (w tym decyzji umarzających postępowanie) z czego 5 915 decyzji obciążających kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej osoby do nich nieuprawnione. W analogicznym okresie 2021 r. dyrektorzy OW NFZ wszystkich decyzji w sprawie ustalenia obowiązku poniesienia kosztów udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej (w tym decyzji umarzających postępowanie) wydali łącznie 10 717 decyzji, w tym 6 641 obciążających osoby nieuprawnione kosztami udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej. Prezes NFZ na koniec 2022 r. rozpatrzył 447 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ, wydając 332 decyzje, 100 postanowień kończących formalnie sprawy, 15 spraw pozostawił bez rozpoznania ze względu na nieuzupełnienie braków formalnych odwołania. Na koniec 2022 r. wydano z up. Prezesa NFZ 5 913 decyzji obciążających osoby

kosztami udzielonych świadczeń, 129 decyzji stwierdzających działanie osoby w usprawiedliwionym błędnym przekonaniu oraz 3 313 decyzji umarzających postępowanie administracyjne. Natomiast na koniec 2021 r. Prezes NFZ rozpatrzył 590 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ, w tym 473 decyzje i 98 postanowień. Ze względu na nieuzupełnienie braków formalnych 19 spraw zostało pozostawionych bez rozpoznania. Liczba wydanych decyzji przez Prezesa NFZ wynika z art. 40 ust. 2 ustawy o COVID-19 ustawy zmieniającej, zgodnie z którym postępowania administracyjne i sądowo-administracyjne w sprawach dotyczących ustalenia obowiązku poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych w przypadkach określonych w art. 50 ust. 16 ustawy zmienianej w art. 4 (ustawy o świadczeniach), które poniósł NFZ do dnia wejścia w życie niniejszej ustawy (tj. do 01 września 2020 r.), nie wszczyna się, a wszczęte umarza, jeżeli wysokość kosztu poniesionego przez NFZ, o którym mowa w art. 50 ust. 15 ustawy zmienianej w art. 4 (ustawy o świadczeniach), nie przekracza kwoty 500 zł. Z uwagi na wejście w życie od dnia 01 września 2020 r. ustawy zmieniającej, Prezes Funduszu wydaje decyzje administracyjne ustalające obowiązek poniesienia kosztów, ich wysokość oraz termin płatności, jak również decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym i ustalenia prawa do świadczeń. Wobec powyższego należało rozgraniczyć w sprawozdaniu decyzje wydawane przez dyrektorów OW NFZ na podstawie postępowania administracyjnego wszczętego i nie zakończonego przed do 31 sierpnia 2020 r. na które służy odwołanie do Prezesa NFZ oraz decyzje wydawane na podstawie udzielonego pełnomocnictwa Prezesa NFZ, gdzie postępowanie administracyjne zostało wszczęte po 31 sierpnia 2020 r. Decyzje te są ostateczne i w tym przypadku nie służy odwołanie do Prezesa NFZ. Od decyzji wydawanych z upoważnienia Prezesa NFZ przysługuje skarga do WSA zgodnie z miejscem zamieszkania strony postępowania.

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

VII.1. Liczba osób oczekujących

Dane statystyczne z zakresu list oczekujących w 2022 roku świadczeniodawcy przekazywali co miesiąc do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziałów wojewódzkich NFZ, szczegółowymi komunikatami sprawozdawczymi XML określonymi w zarządzeniu Nr 13/2015/DI Prezesa NFZ z dnia 3 marca 2015 roku. W porównaniu z rokiem poprzedzającym, a w przypadku wielu komórek organizacyjnych oraz świadczeń – także zestawiając dane za poprzedzające dwa lata – zaobserwowano zdecydowany wzrost liczby zrealizowanych świadczeń.

Przesyłane co miesiąc przez świadczeniodawców komunikaty XML obejmowały informacje sporządzane dla komórek organizacyjnych świadczeniodawców w podziale na kategorie medyczne „przypadek pilny" i „przypadek stabilny" dotyczące:

- liczby 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,
- liczby osób skreślonych z listy oczekujących w danym okresie sprawozdawczym,
- liczby osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym,
- liczby osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ostatnich trzech miesiącach.

Powyższe informacje świadczeniodawcy przekazywali również w odniesieniu do wybranych świadczeń, tj.: wymienionych w załączniku nr 8 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (tj. z dnia 17 stycznia 2022 r. Dz.U. z 2022 r. poz. 434 z późn.zm.) obejmującym świadczenia w przypadku udzielania, których świadczeniodawcy prowadzą harmonogram przyjęć w tym listy oczekujących, na udzielenie świadczenia. W poniższej tabeli przedstawiono odsetek świadczeniodawców, którzy w podanych okresach sprawozdawczych przekazali do właściwych ze względu na miejsce udzielania świadczeń oddziałów wojewódzkich Funduszu komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących. Wyróżniającym się oddziałem jest oddział małopolski, który na koniec każdego kwartału sprawozdawczego przekazał dane statystyczne z zakresu list oczekujących od 100% świadczeniodawców. W pozostałych oddziałach wojewódzkich Funduszu w wymaganym okresie sprawozdawczym nie wszyscy świadczeniodawcy przesłali komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących, jednak odsetek świadczeniodawców nieprzekazujących tych informacji nie przekroczył 14%.

Tabela nr VII.1. Procent świadczeniodawców, którzy przesłali komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących do oddziałów wojewódzkich NFZ w wybranych okresach sprawozdawczych (według stanu na 31 marca 2023 r.).

Lp.	Nazwa OW NFZ	Okres sprawozdawczy			
		marzec 2022	czerwiec 2022	wrzesień 2022	grudzień 2022
1	Dolnośląski	98,5%	98,7%	98,9%	98,2%
2	Kujawsko-Pomorski	99,7%	99,8%	100,0%	100,0%
3	Lubelski	99,2%	99,3%	99,5%	99,9%
4	Lubuski	99,4%	99,7%	98,8%	99,4%
5	Łódzki	94,2%	94,5%	92,5%	90,5%
6	Małopolski	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
7	Mazowiecki	96,0%	98,0%	98,0%	96,0%
8	Opolski	95,6%	96,0%	96,5%	94,1%
9	Podkarpacki	98,5%	97,8%	96,3%	95,5%
10	Podlaski	99,3%	99,5%	100,0%	100,0%
11	Pomorski	99,3%	100,0%	99,8%	99,3%
12	Śląski	99,9%	99,8%	100,0%	100,0%
13	Świętokrzyski	97,7%	97,9%	98,1%	97,5%
14	Warmińsko-Mazurski	86,6%	90,3%	88,4%	89,8%
15	Wielkopolski	98,6%	98,3%	98,4%	98,7%
16	Zachodniopomorski	98,1%	98,1%	97,0%	98,2%
Dane przedstawione w tabeli zostały zaokrąglone w dół do jednej cyfry po przecinku.					

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, ponieważ świadczeniodawcy zobowiązani byli do ich przekazywania z wyłączeniem sobót, niedziel oraz dni ustawowo wolnych od pracy. Dzięki temu możliwa była znacznie częstsza aktualizacja informacji publikowanych w Informatorze o Terminach Leczenia.

W przypadku świadczeń wymienionych w załączniku nr 9 do przywołanego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. świadczeniodawcy byli zobowiązani do przekazywania w 2022 r. za pośrednictwem udostępnionej przez Fundusz aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE) list oczekujących na te świadczenia w czasie rzeczywistym, tj. każdy wpis na listę oczekujących, skreślenie z listy czy zmiana planowanego terminu udzielenia świadczenia powinny być na bieżąco wprowadzone w trybie on-line i w chwili ich wprowadzenia widoczne również przez monitorujących harmonogramy przyjęć i listy oczekujących pracowników Funduszu.

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

- świadczenia ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresów: onkologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kardiologii, endokrynologii,
- 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, gastroskopia, kolonoskopii,
- 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 lekowych określonych w przepisach ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2022 r. poz. 2555-tekst jednolity): 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 roku życia 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 sztucznymi komorami, przezcewnikowa nieoperacyjna naprawa zastawki mitralnej u chorych wysokiego ryzyka.

NFZ dla zapewnienia kompletności, terminowości oraz poprawności sprawozdawczości z zakresu list oczekujących podejmował w oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2022 r. szereg działań:

- 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 oddziałów wojewódzkich NFZ komunikatów dla świadczeniodawców przypominających o obowiązkach sprawozdawczych i zasadach sporządzania sprawozdań dla Funduszu a także informujących o brakach w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących,
- telefoniczne monitowanie świadczeniodawców nieprzekazujących danych z zakresu list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, przekazujących je nieterminowo albo z błędami,
- prowadzenie korespondencji (w formie papierowej i elektronicznej) 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;
- weryfikacja 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 prowadzenia list oczekujących.

W ramach przeprowadzonych kontroli świadczeniodawców oraz weryfikacji danych z zakresu list oczekujących w 2022 r. oddziały wojewódzkie NFZ nałożyły 159 kar umownych na świadczeniodawców za nieprowadzenie list oczekujących lub prowadzenie ich w sposób naruszający przepisy prawa. Ponadto, oddziały wojewódzkie NFZ przeprowadziły w 2022 r. 1 823 ankiet sprawdzających działanie rejestracji świadczeniodawców w zakresie dokonywania wpisów na listy oczekujących oraz udzielania informacji zgodnych z obowiązującymi przepisami prawa.

Przedstawione dalej tabele prezentują informacje o komórkach organizacyjnych świadczeniodawców udzielających świadczeń zdrowotnych w zakresie: ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, lecznictwa szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opieki paliatywnej i hospicyjnej, leczenia stomatologicznego,

świadczeń opieki zdrowotnej, na które są prowadzone 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 2022 r. Obok liczby osób oczekujących zawierają one medianę oraz trzeci kwartyl średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określonego w dniach.

Sprawozdanie zawiera również sporządzoną dla każdego zakresu świadczeń tabelę prezentującą liczbę osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w okresie od 2020 r. do 2022 r. z list oczekujących do ww. komórek organizacyjnych z największą według stanu na koniec 2022 r. wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określonego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny".

Informacje o liczbie osób oczekujących, medianie oraz trzecim kwartylu średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, a także liczbie osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia zostały zaprezentowane również w odniesieniu do 10 świadczeń objętych sprawozdawczością z zakresu list oczekujących, z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określonego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny", wybranych spośród 30 świadczeń z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec 2022 r.

VII.1.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2022 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, poradni specjalistycznych: endokrynologicznych, gastroenterologicznych, kardiologicznych, okulistycznych i diabetologicznych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni endokrynologicznej dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" wyniosła 174 dni, a do 75% tych poradni nie przekroczyła 267 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie okulistyczne i kardiologiczne wyróżniły się dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą odpowiednio: 404 316 i 180 911 osób. W latach 2020-2022 mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla tych wybranych poradni ambulatoryjnych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" zwiększyła się, podobnie jak liczba osób oczekujących. Poradnie okulistyczne wyróżniły się z pośród innych pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w 2022 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 1 053 881 osób. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w w/w poradniach w 2022 r. zwiększyła się w porównaniu z 2021 r. Wśród osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w przypadku wszystkich poradni odnotowano wzrost udziału osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny" w odniesieniu do 2021 roku.

Tabela nr VII.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 2020, 2021, 2022 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2020			2021			2022		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci
1	Poradnie endokrynologiczne	Przypadek pilny	5 187	16	76	9 497	32	80	14 710	43	106
		Przypadek stabilny	80 590	194	329	95 423	136	236	99 869	174	267
2	Poradnie gastroenterologiczne	Przypadek pilny	4 334	10	46	8 440	27	74	13 129	42	99
		Przypadek stabilny	42 170	74	151	61 697	88	152	75 551	125	203
3	Poradnie kardiologiczne	Przypadek pilny	8 396	8	37	20 045	21	60	28 489	29	72
		Przypadek stabilny	93 969	75	171	155 864	87	146	180 911	104	176
4	Poradnie okulistyczne	Przypadek pilny	6 097	0	9	12 733	0	21	20 654	2	31
		Przypadek stabilny	236 884	49	137	342 214	60	117	404 316	76	146
5	Poradnie diabetologiczne	Przypadek pilny	1 412	0	12	3 427	6	30	5 298	13	49
		Przypadek stabilny	38 967	33	75	58 342	56	99	68 631	75	126

Tabela nr VII.3. Informacje o osobach skreślonych w okresie od styczeń-grudzień 2020 r., 2021 r. i 2022 r. z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022
1	Poradnie endokrynologiczne	Przypadek pilny	22 185	1 849	29 119	2 427	37 722	3 144
		Przypadek stabilny	113 455	9 455	143 404	11 950	154 455	12 871
2	Poradnie gastroenterologiczne	Przypadek pilny	10 631	886	19 334	1 611	25 631	2 136
		Przypadek stabilny	73 617	6 135	111 855	9 321	120 986	10 082
3	Poradnie kardiologiczne	Przypadek pilny	53 085	4 424	82 116	6 843	103 723	8 644
		Przypadek stabilny	284 738	23 728	406 509	33 876	468 076	39 006
4	Poradnie okulistyczne	Przypadek pilny	34 306	2 859	62 827	5 236	94 347	7 862
		Przypadek stabilny	568 692	47 391	942 630	78 553	1 053 881	87 823
5	Poradnie diabetologiczne	Przypadek pilny	7 906	659	14 984	1 249	22 482	1 874
		Przypadek stabilny	105 317	8 776	168 023	14 002	171 728	14 311

VII.1.2. Leczenie szpitalne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec 2022 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, oddziałów otorynolaryngologicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurochirurgicznych i reumatologicznych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów otorynolaryngologicznych dla dzieci dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" wyniosła 132 dni, a w 75% tych oddziałów nie przekroczyła 182 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych oddziały: otorynolaryngologiczne i chirurgii urazowo-ortopedycznej wyróżniły się największą liczbą osób oczekujących, wynoszącą odpowiednio: 83 977 i 83 462 osób. W grudniu 2022 r. w porównaniu do grudnia 2021 r. w omawianych oddziałach szpitalnych zaobserwowano wzrost liczby osób oczekujących w kategorii „przypadek stabilny'' z wyjątkiem nieznacznego spadku w oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej. We wszystkich ww. oddziałach w 2022 r. zaobserwowano wzrost liczby osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w porównaniu z 2021 r.

Tabela nr VII.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 2022 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2020			2021			2022		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci
1	Oddziały otorynolaryngologiczne dla dzieci	Przypadek pilny	1 104	34	90	1 233	30	86	2 397	58	89
		Przypadek stabilny	8 053	145	275	8 139	92	150	12 237	132	182
2	Oddziały otorynolaryngologiczne	Przypadek pilny	4 559	3	26	5 059	5	30	5 330	7	37
		Przypadek stabilny	66 943	86	235	74 049	67	150	83 977	103	187
3	Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	Przypadek pilny	20 757	13	43	24 824	15	54	28 127	13	45
		Przypadek stabilny	78 197	94	221	83 592	98	221	83 462	94	223
4	Oddziały neurochirurgiczne	Przypadek pilny	7 237	13	51	8 116	18	71	8 221	14	58
		Przypadek stabilny	29 069	100	226	32 003	84	266	32 065	76	238
5	Oddziały reumatologiczne	Przypadek pilny	2 193	5	21	3 806	9	36	4 701	15	32
		Przypadek stabilny	6 908	37	104	8 247	45	81	9 639	47	80

Tabela nr VII.5. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2020 r. do 2022 r. z list oczekujących do 5 wybranych komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022
1	Oddziały otorynolaryngologiczne dla dzieci	Przypadek pilny	1 793	149	2 142	179	2 265	189
		Przypadek stabilny	5 320	443	8 193	683	10 556	880
2	Oddziały otorynolaryngologiczne	Przypadek pilny	6 952	579	9 911	826	11 801	983
		Przypadek stabilny	32 344	2 695	50 062	4 172	66 495	5 541
3	Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	Przypadek pilny	17 089	1 424	27 745	2 312	32 827	2 736
		Przypadek stabilny	28 137	2 345	44 486	3 707	51 849	4 321
4	Oddziały neurochirurgiczne	Przypadek pilny	7 309	609	11 187	932	12 592	1 049
		Przypadek stabilny	9 275	773	15 275	1 273	22 226	1 852
5	Oddziały reumatologiczne	Przypadek pilny	13 008	1 084	8 981	748	15497	1 291
		Przypadek stabilny	27 928	2 327	14 344	1 195	28 278	2 357

VII.1.3. Rehabilitacja lecznicza

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec 2022 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących komórek , wybranych spośród komórek organizacyjnych/świadczeń z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących na świadczenia rehabilitacji leczniczej: rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, zakładów/ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej, fizjoterapii ambulatoryjnej, zakładów/ośrodków rehabilitacji leczniczej dziennej oraz poradni rehabilitacyjnych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" wyniosła 224 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych oraz świadczeń rehabilitacyjnych fizjoterapia ambulatoryjna wyróżniła się dużą liczbą osób oczekujących dla kategorii medycznej „przypadek stabilny", wynoszącą 691 026 osób. W porównaniu do 2021 roku mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" w 2022 roku zwiększyła się w przypadku: zakładów/ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej, fizjoterapii ambulatoryjnej, zakładów/ośrodków rehabilitacji leczniczej dziennej i rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych. Natomiast w przypadku rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych wskaźnik zmniejszył się. Liczba osób oczekujących dla kategorii medycznej „przypadek stabilny'' uległa spadkowi w rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, a wzrosła w pozostałych komórkach organizacyjnych. Fizjoterapia ambulatoryjna wyróżniła się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy

oczekujących w 2022 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 1 648 509 osób. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2022 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" wzrosła w porównaniu z 2021 r. dla wszystkich ww. komórek i świadczeń.

Tabela nr VII.8. 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 2022 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2020			2021			2022		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci
1	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	Przypadek pilny	21 740	20	55	23 191	27	61	27 251	31	66
		Przypadek stabilny	128 522	258	681	106 015	264	856	95 312	224	774
2	Zakłady/Ośrodki rehabilitacji pulmonologicznej	Przypadek pilny	2	0	0	0	0	0	39	50	50
		Przypadek stabilny	854	103	103	1 148	137	137	1 623	157	157
3	Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	Przypadek pilny	684	0	9	810	6	45	747	4	59
		Przypadek stabilny	5 762	55	231	5 362	64	236	5 890	147	253
4	Fizjoterapia ambulatoryjna	Przypadek pilny	74 759	25	66	117 572	32	71	182 842	47	97
		Przypadek stabilny	431 862	92	196	540 122	81	142	691 026	112	176
5	Zakłady/Ośrodki rehabilitacji leczniczej dziennej	Przypadek pilny	16 851	12	64	20 963	24	82	29 671	35	92
		Przypadek stabilny	62 097	89	247	67 154	79	212	74 758	98	220

Tabela nr VII.9. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2020 r. do 2022 r. z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022
1	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	Przypadek pilny	37 101	3 092	43 998	3 667	56 013	4 668
		Przypadek stabilny	29 264	2 439	39 355	3 280	45 064	3 755
2	Zakłady/Ośrodki rehabilitacji pulmonologicznej	Przypadek pilny	0	0	0	0	40	3
		Przypadek stabilny	1 006	84	1 921	160	2277	190
3	Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	Przypadek pilny	753	63	1 919	160	1230	103
		Przypadek stabilny	4 737	63	5 152	429	6894	575
4	Fizjoterapia ambulatoryjna	Przypadek pilny	300 205	25 017	433 695	36 141	479 597	39 966

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022
		Przypadek stabilny	1 286 175	107 181	1 608 259	134 022	1 648 509	137 376
5	Zakłady/Ośrodki rehabilitacji leczniczej dziennej	Przypadek pilny	27 565	2 297	48 094	4 008	62 381	5 198
		Przypadek stabilny	75 089	6 257	115 596	9 633	126 903	10 575

VII.1.4. Opieka paliatywna i hospicyjna

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2022 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" wynika, że najwięcej osób oczekiwało do hospicjów domowych/zespołów domowej opieki paliatywnej tj. 1 935 osób oraz do hospicjów stacjonarnych/stacjonarnych ośrodków opieki paliatywnej oczekiwało 417 osób. Największą liczbę osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia zaobserwowano w hospicjach domowych/zespołach domowych opieki paliatywnej 10 454 osób. W 2022 r. w większości komórek organizacyjnych w rodzaju opieki paliatywnej i hospicyjnej wzrosła liczba osób oczekujących w kategorii „przypadek stabilny". Natomiast w przypadku poradni medycyny paliatywnej zaobserwowano spadek liczby osób oczekujących. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia na koniec 2022 r. zwiększyła się w porównaniu z rokiem poprzedzającym w przypadku hospicjum stacjonarnego/stacjonarnego, oddziałów medycyny paliatywnej, hospicjów domowych dla dzieci/zespołów domowej opieki paliatywnej dla dzieci i wyniosła odpowiednio: 4 593, 2 079 oraz 136 osób. W przypadku pozostałych komórek na koniec 2022 r. wartość ta spadła.

Tabela nr VII.10. Informacja o liczbie osób oczekujących oraz średnim rzeczywistym czasie oczekiwania do poradni medycyny paliatywnej – „przypadki stabilne" – wg stanu na koniec grudnia 2022 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2020			Grudzień 2021			Grudzień 2022		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci
1	Hospicjum domowe/zespół domowej opieki paliatywnej	Przypadek pilny	270	0	0	542	0	0	340	0	0
		Przypadek stabilny	1 328	0	5	1 526	0	4	1 935	0	5
2	Hospicjum stacjonarne/stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej	Przypadek pilny	146	0	0	98	0	0	104	0	0
		Przypadek stabilny	176	0	5	301	0	4	417	0	5
3	Oddziały medycyny paliatywnej	Przypadek pilny	26	0	0	23	0	0	31	0	0
		Przypadek stabilny	374	0	1	289	0	0	392	0	1
4	Poradnie medycyny paliatywnej	Przypadek pilny	1	0	0	4	0	0	10	0	0

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2020			Grudzień 2021			Grudzień 2022		
			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
		Przypadek stabilny	189	0	0	312	0	0	175	0	1
5	Hospicjum domowe dla dzieci/zespół domowej opieki paliatywnej dla dzieci	Przypadek pilny	0	0	0	0	0	0	0	0	0
		Przypadek stabilny	15	0	0	15	0	0	19	0	0

Tabela nr VII.11. Informacje o osobach skreślonych w okresie 2020-2022 r. z list oczekujących do poradni medycyny paliatywnej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022
1	Hospicjum domowe/zespół domowej opieki paliatywnej	Przypadek pilny	2 032	169	2 600	217	2 873	239
		Przypadek stabilny	7 596	633	10 567	881	10 454	871
2	Hospicjum stacjonarne/stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej	Przypadek pilny	875	73	1 017	85	1 310	109
		Przypadek stabilny	2 026	169	3 227	269	4 593	383
3	Oddziały medycyny paliatywnej	Przypadek pilny	583	49	394	33	527	44
		Przypadek stabilny	1 662	139	1 552	129	2 079	173
4	Poradnie medycyny paliatywnej	Przypadek pilny	80	7	160	13	239	20
		Przypadek stabilny	1 945	162	2 542	212	2 177	181
5	Hospicjum domowe dla dzieci/zespół domowej opieki paliatywnej dla dzieci	Przypadek pilny	5	0	9	1	4	0
		Przypadek stabilny	51	4	114	10	136	11

VII.1.5. Leczenie stomatologiczne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2022 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek realizujących świadczenia stomatologiczne: poradni ortodontycznych dla dzieci, poradni ortodontycznych, poradni periodontologicznych oraz chorób błon śluzowych przyzębia, poradni chirurgii stomatologicznej i poradni stomatologicznych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni ortodontycznych dla dzieci dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" wyniosła 54 dni, a do 75% tych poradni nie przekroczyła 185 dni. Ze względu na dużą liczbę osób skreślonych w 2022 r. z listy oczekujących tzn. 1 317 895 osób z powodu wykonania świadczenia należy wyróżnić poradnie stomatologiczne.

We wszystkich poradniach realizujących świadczenia z zakresu leczenia stomatologicznego, liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia dla kategorii medycznej „przypadek stabilny", w 2022 r. zwiększyła się w porównaniu do 2021 r.

Tabela nr VII.12. Leczenie stomatologiczne – 5 komórek organizacyjnych z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określoną dla kategorii medycznej „przypadek stabilny", wybranych spośród 15 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących wg stanu na koniec 2022 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2020			2021			2022		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci
1	Poradnie ortodontyczne dla dzieci	Przypadek pilny	3	0	0	13	0	0	7	0	0
		Przypadek stabilny	3 416	106	335	4 638	98	285	5 412	54	185
2	Poradnie ortodontyczne	Przypadek pilny	167	0	0	179	0	0	274	0	0
		Przypadek stabilny	53 586	34	232	55 505	45	168	56 807	50	159
3	Poradnie periodontologiczne oraz chorób błon śluzowych przyzębia	Przypadek pilny	0	0	0	5	0	0	4	0	0
		Przypadek stabilny	1 302	0	11	1 608	8	31	3 099	21	50
4	Poradnie chirurgii stomatologicznej	Przypadek pilny	226	0	0	228	0	0	253	0	0
		Przypadek stabilny	20 772	6	30	26 791	10	36	34 889	16	51
5	Poradnie stomatologiczne	Przypadek pilny	766	0	0	538	0	0	292	0	0
		Przypadek stabilny	138 200	0	7	216 920	0	10	274 277	0	13

Tabela nr VII.13. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2020 r. do 2022 r. z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu leczenia stomatologicznego.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022
1	Poradnie ortodontyczne dla dzieci	Przypadek pilny	71	6	44	4	54	5
		Przypadek stabilny	4 547	379	7 694	641	10 854	905
2	Poradnie ortodontyczne	Przypadek pilny	656	55	1 034	86	1 379	115
		Przypadek stabilny	48 159	4 013	71 137	5 928	81 401	6 783
3	Poradnie periodontologiczne oraz chorób błon śluzowych przyzębia	Przypadek pilny	97	8	48	4	56	5
		Przypadek stabilny	4 703	392	5 395	450	9 195	766
4	Poradnie chirurgii stomatologicznej	Przypadek pilny	2 587	216	3 198	267	3 441	287
		Przypadek stabilny	53 271	4 439	93 718	7 810	107 085	8 924
5	Poradnie stomatologiczne	Przypadek pilny	6 534	545	5 809	484	5 732	478
		Przypadek stabilny	676 869	56 406	1 130 343	94 195	1 317 895	109 825

VII.1.6. Wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec 2022 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano na listach oczekujących na następujące świadczenia z zakresu: fizjoterapia ambulatoryjna, świadczenia z zakresu kardiologii, rezonans magnetyczny, świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, leczenie protetyczne, świadczenia z zakresu endokrynologii, kolonoskopia, tomografia komputerowa, rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, endoprotezoplastyka stawu kolanowego. Najwyższa mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dotyczy świadczeń z zakresu endoprotezoplastyki stawu kolanowego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" i wyniosła według stanu na koniec grudnia 2022 r. 244 dni, a do 75% oddziałów realizujących to świadczenie czas oczekiwania nie przekroczył 656 dni. Kolejnym świadczeniem z wysoką wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania jest rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, dla której w kategorii medycznej „przypadek stabilny" wartość ta wyniosła 224 dni, a do 75% oddziałów realizujących to świadczenie czas oczekiwania nie przekroczył 774 dni. Wysoka mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, wynosząca 171 dni zaobserwowana została również dla świadczeń z zakresu endokrynologii. W przypadku świadczeń z zakresu: fizjoterapii ambulatoryjnej, kardiologii, rezonansu magnetycznego oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu odnotowano największe liczby osób oczekujących, które według stanu na koniec 2022 r. wyniosły dla kategorii medycznej „przypadek stabilny'' odpowiednio: 691 026 osoby, 205 822 osób, 172 726 osób i 170 580 osób. Duża liczba osób oczekujących (118 534) odnotowana została również dla tej samej kategorii na świadczenia z zakresu leczenia protetycznego. W 2022 roku, dla uwzględnionych w tabeli świadczeniach dla kategorii „przypadek stabilny", odnotowano spadek liczby oczekujących na endoprotezoplastykę stawu kolanowego, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych oraz na leczenie protetyczne. Spadek mediany średniego czasu oczekiwania zaobserwowano w odniesieniu do endoprotezoplastyki stawu kolanowego, świadczeń rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych. Świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej dla kategorii „przypadek stabilny" wyróżniły się pod względem największej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w 2022 r. z powodu wykonania świadczenia (1 648 509 osoby). Dla większości świadczeń wymienionych w poniższej tabeli liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2022 r. uległa zwiększeniu w porównaniu z 2021 rokiem.

Tabela nr VII.14. Świadczenia opieki zdrowotnej z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny", wybrane spośród 30 świadczeń z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec 2022 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej/świadczenia	Kategoria medyczna	2020			2021			2022		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci
1	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	Przypadek pilny	19 808	47	200	19 032	66	220	20 474	71	181
		Przypadek stabilny	87 054	243	665	74 762	283	763	70 057	244	656
2	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	Przypadek pilny	24 839	20	54	23 228	27	61	27 251	31	66
		Przypadek stabilny	137 378	214	662	106 132	264	858	95 312	224	774
3	Świadczenia z zakresu endokrynologii	Przypadek pilny	7 329	13	77	11 344	31	80	17 438	43	114
		Przypadek stabilny	101 307	174	315	108 862	132	232	115 410	171	267
4	Fizjoterapia ambulatoryjna	Przypadek pilny	88 895	24	67	117 572	32	70	182 842	47	97
		Przypadek stabilny	516 997	93	198	540 171	81	142	691 026	112	176
5	Świadczenia z zakresu kardiologii	Przypadek pilny	12 145	8	36	22 076	21	58	31 429	30	73
		Przypadek stabilny	129 025	73	168	175 601	85	143	205 822	104	173
6	Kolonoskopia	Przypadek pilny	6 589	10	29	9 359	20	39	18 644	29	58
		Przypadek stabilny	51 538	52	124	70 099	55	92	112 738	79	129
7	Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	Przypadek pilny	11 222	6	18	17 972	13	31	29 528	18	38
		Przypadek stabilny	114 082	29	57	135 800	40	67	170 580	45	81
8	Rezonans magnetyczny	Przypadek pilny	24 536	14	26	36 991	21	32	61 568	24	38
		Przypadek stabilny	92 465	29	61	135 429	37	58	172 726	44	70
9	Tomografia komputerowa	Przypadek pilny	13 535	7	13	14 036	9	16	18 157	9	18
		Przypadek stabilny	82 387	15	32	87 066	17	36	99 433	19	40
10	Leczenie protetyczne	Przypadek pilny	367	0	0	333	0	0	225	0	0
		Przypadek stabilny	143 159	0	37	125 554	0	28	118 534	0	27

Tabela nr VII.15. Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2020 r. do 2022 r. z list oczekujących na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022
1	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	Przypadek pilny	11 010	918	13 068	1 089	15 134	1 261
		Przypadek stabilny	12 205	1 017	14 859	1 238	18 140	1 512
2	Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	Przypadek pilny	40 411	3 368	45 858	3 822	56 013	4 668
		Przypadek stabilny	32 196	2 683	41 583	3 465	45 064	3 755
3	Świadczenia z zakresu endokrynologii	Przypadek Pilny	26 804	2 234	34 697	2 891	43 186	3 599
		Przypadek Stabilny	144 056	12 005	173 209	14 434	179 312	14 943
4	Fizjoterapia ambulatoryjna	Przypadek pilny	333 813	27 818	454 335	37 861	479 597	39 966
		Przypadek stabilny	1 475 157	122 930	1 702 889	141 907	1 648 509	137 376
5	Świadczenia z zakresu kardiologii	Przypadek pilny	63 749	5 312	94 255	7 855	116 220	9 685
		Przypadek stabilny	357 067	29 756	485 879	40 490	525 901	43 825
6	Kolonoskopia	Przypadek pilny	31 133	2 594	39 708	3 309	63 914	5 326
		Przypadek stabilny	166 503	13 875	226 177	18 848	277 556	23 130
7	Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	Przypadek pilny	107 168	8 931	150 848	12 571	210 964	17 580
		Przypadek stabilny	656 098	54 675	921 776	76 815	1 002 867	83 572
8	Rezonans magnetyczny	Przypadek pilny	360 617	30 051	394 469	32 872	504 551	42 046
		Przypadek stabilny	766 191	63 849	1 035 492	86 291	1 128 038	94 003
9	Tomografia komputerowa	Przypadek Pilny	185 812	15 484	217 715	18 143	261 182	21 765
		Przypadek stabilny	660 428	55 036	949 993	79 166	997 430	83 119
10	Leczenie protetyczne	Przypadek pilny	1 518	127	1595	133	1490	124
		Przypadek stabilny	121 265	10 105	159 753	13 313	159 264	13 272

VII.1.7. Komórki organizacyjne oraz świadczenia, w których nastąpiła w okresie od grudnia 2021 r. do grudnia 2022 r. zmiana liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób

Poniżej zaprezentowano dane dotyczące komórek organizacyjnych i świadczeń, w przypadku których nastąpił od grudnia 2021 r. do grudnia 2022 r. wzrost lub spadek liczby osób oczekujących zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny" i „przypadek stabilny" o co najmniej 10 tys. osób. W przypadku świadczeń fizjoterapii ambulatoryjnej, poradni okulistycznej oraz świadczeń rezonansu magnetycznego nastąpił największy wzrost liczby osób oczekujących – odpowiednio: o 216 125, 70 445 i 61 874 osób. W 2022 r. najwięcej osób skreślono dla kategorii medycznej „przypadek stabilny" z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia w przypadku fizjoterapii ambulatoryjnej 1 648 509 osób, poradni stomatologicznej 1 317 895 osób, rezonansu magnetycznego 1 128 038 osób, poradni położniczo-ginekologicznej 1 057 149 osób, poradni okulistycznej 1 053 881 osób oraz świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu 1 002 867 osób. W porównaniu z 2021 r. wzrost liczby osób skreślonych dla tej kategorii medycznej z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia odnotowano w przypadku wszystkich świadczeń wykazanych w poniższej tabeli z wyjątkiem fizjoterapii ambulatoryjnej, gdzie zmalała o 54 380 osób.

Tabela nr VII.16. Wykaz komórek organizacyjnych, świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których w ciągu roku, porównując dane grudnia 2021 r. do grudnia 2022 r., nastąpiła zmiana w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2020			Grudzień 2021			Grudzień 2022			Zmiana liczby osób oczekujących ogółem w grudniu 2021 w stosunku do grudnia 2020
			liczba osób oczekują-cych	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekują-cych	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekują-cych	średni czas oczekiwania (w dniach)		
				mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci		mediana	kwartyl trzeci	
1	Fizjoterapia ambulatoryjna	Przypadek pilny	88 895	24	67	117 572	32	70	182 842	47	97	216 125
		Przypadek stabilny	516 997	93	198	540 171	81	142	691 026	112	176	
2	Poradnia okulistyczna	Przypadek pilny	6 053	0	9	12 597	0	22	20 654	2	31	70 445
		Przypadek stabilny	226 666	49	137	341 928	61	118	404 316	76	146	
3	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	24 536	14	26	36 991	21	32	61 568	24	38	61 874
		Przypadek stabilny	92 465	29	61	135 429	37	58	172 726	44	70	
4	Poradnia stomatologiczna	Przypadek pilny	582	0	0	546	0	0	292	0	0	58 173
		Przypadek stabilny	156 449	0	7	215 850	0	10	274 277	0	13	
5	Kolonoskopia	Przypadek pilny	6 589	10	29	9 359	20	39	18 644	29	58	51 924
		Przypadek stabilny	51 538	52	124	70 099	55	92	112 738	79	129	

			Grudzień 2020			Grudzień 2021			Grudzień 2022			Zmiana liczby
6	Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	Przypadek pilny	11 222	6	18	17 972	13	31	29 528	18	38	46 336
		Przypadek stabilny	114 082	29	57	135 800	40	67	170 580	45	81	
7	Poradnia neurologiczna	Przypadek pilny	10 273	4	20	25 283	11	37	37 394	21	53	41 368
		Przypadek stabilny	162 721	31	69	212 062	51	86	241 319	62	105	
8	Świadczenia z zakresu kardiologii	Przypadek pilny	12 145	8	36	22 076	21	58	31 429	30	73	39 574
		Przypadek stabilny	129 025	73	168	175 601	85	143	205 822	104	173	
9	Poradnia otorynolaryngologiczna	Przypadek pilny	3 011	0	4	8 522	1	10	12 993	4	15	36 225
		Przypadek stabilny	69 914	8	19	120 970	16	33	152 724	22	44	
10	Poradnia dermatologiczna	Przypadek pilny	1 293	0	4	4 121	0	11	7 810	2	19	33 722
		Przypadek stabilny	64 395	9	24	108 758	20	45	138 791	27	59	
11	Gastroskopia	Przypadek pilny	3 445	5	14	5 433	12	26	9 896	17	35	23 496
		Przypadek stabilny	35 292	22	53	47 018	36	58	66 051	46	77	
12	Poradnia położniczo-ginekologiczna	Przypadek pilny	415	0	0	1 119	0	0	1 283	0	0	19 362
		Przypadek stabilny	78 904	4	15	116 579	7	22	135 777	9	23	
13	Poradnia chirurgii ogólnej	Przypadek pilny	2 124	0	4	5 117	2	8	8 405	4	10	17 288
		Przypadek stabilny	45 469	6	13	81 588	9	20	95 588	10	22	
14	Poradnia gastroenterologiczna	Przypadek pilny	4 321	10	46	8 921	27	76	13 129	42	99	16 836
		Przypadek stabilny	42 229	75	153	62 923	88	152	75 551	125	203	
15	Świadczenia tomografii komputerowej	Przypadek pilny	13 535	7	13	14 036	9	16	18 157	9	18	16 488
		Przypadek stabilny	82 387	15	32	87 066	17	36	99 433	19	40	
16	Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	Przypadek pilny	16 204	14	65	21 444	24	81	29 671	35	92	14 873
		Przypadek stabilny	58 855	93	247	68 112	76	211	74 758	98	220	
17	Świadczenia z zakresu onkologii	Przypadek pilny	616	0	5	747	0	6	1 314	0	8	14 559
		Przypadek stabilny	29 908	11	25	34 399	14	31	48 391	15	36	
18	Poradnia alergologiczna	Przypadek pilny	720	0	8	2 297	3	24	3 498	8	44	13 539
		Przypadek stabilny	27 889	22	56	57 071	48	85	69 409	74	125	
19	Poradnia zdrowia psychicznego	Przypadek pilny	202	0	0	707	0	0	797	0	0	12 923

			Grudzień 2020			Grudzień 2021			Grudzień 2022			Zmiana liczby
		Przypadek stabilny	47 322	14	32	71 097	24	46	83 930	27	51	
20	Oddział otorynolaryngologiczny	Przypadek pilny	4 597	2	25	4 942	5	30	5 330	7	37	12 720
		Przypadek stabilny	67 351	84	239	71 645	64	157	83 977	103	187	
21	Świadczenia z zakresu endokrynologii	Przypadek pilny	7 329	13	77	11 344	31	80	17 438	43	114	12 642
		Przypadek stabilny	101 307	174	315	108 862	132	232	115 410	171	267	
22	Poradnia urologiczna	Przypadek pilny	3 603	4	15	8 398	11	28	12 157	15	37	11 661
		Przypadek stabilny	61 991	40	87	96 105	50	85	104 007	55	102	
23	Usunięcie migdałków podniebiennych	Przypadek pilny	931	0	0	914	0	3	2 024	0	30	10 837
		Przypadek stabilny	15 242	23	199	15 714	57	196	25 441	126	233	

Tabela nr VII.17. Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń – grudzień 2020 r., 2021 r. i 2022 r. z list oczekujących do komórek organizacyjnych, świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których, porównując dane za grudzień 2020 r. i grudzień 2022 r., nastąpiła zmiana w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022
1	Fizjoterapia ambulatoryjna	Przypadek pilny	333 813	27 818	454 335	37 861	479 597	39 966
		Przypadek stabilny	1 475 157	122 930	1 702 889	141 907	1 648 509	137 376
2	Poradnia okulistyczna	Przypadek pilny	34 058	2 838	62 295	5 191	94 347	7 862
		Przypadek stabilny	564 678	47 057	931 557	77 630	1 053 881	87 823
3	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	360 617	30 051	394 469	32 872	504 551	42 046
		Przypadek stabilny	766 191	63 849	1 035 492	86 291	1 128 038	94 003
4	Poradnia stomatologiczna	Przypadek pilny	6 535	545	5 806	484	5 732	478
		Przypadek stabilny	677 130	56 428	1 131 033	94 253	1 317 895	109 825
5	Kolonoskopia	Przypadek pilny	31 133	2 594	39 708	3 309	63 914	5 326
		Przypadek stabilny	166 503	13 875	226 177	18 848	277 556	23 130
6	Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	Przypadek pilny	107 168	8 931	150 848	12 571	210 964	17 580
		Przypadek stabilny	656 098	54 675	921 776	76 815	1 002 867	83 572
7	Poradnia neurologiczna	Przypadek pilny	54 914	4 576	99 791	8 316	143 913	11 993
		Przypadek stabilny	418 009	34 834	678 401	56 533	739 579	61 632
8	Świadczenia z zakresu kardiologii	Przypadek pilny	63 749	5 312	94 255	7 855	116 220	9 685

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022
		Przypadek stabilny	357 067	29 756	485 879	40 490	525 901	43 825
9	Poradnia otorynolaryngologiczna	Przypadek pilny	29 867	2 489	61 566	5 131	103 107	8 592
		Przypadek stabilny	440 930	36 744	785 570	65 464	918 578	76 548
10	Poradnia dermatologiczna	Przypadek pilny	16 840	1 403	35 704	2 975	55 600	4 633
		Przypadek stabilny	386 275	32 190	672 999	56 083	749 009	62 417
11	Gastroskopia	Przypadek pilny	32 271	2 689	44 075	3 673	64 014	5 335
		Przypadek stabilny	200 753	16 729	281 796	23 483	304 068	25 339
12	Poradnia położniczo-ginekologiczna	Przypadek pilny	4 829	402	6 344	529	7 450	621
		Przypadek stabilny	649 756	54 146	984 384	82 032	1 057 149	88 096
13	Poradnia chirurgii ogólnej	Przypadek pilny	31 980	2 665	74 716	6 226	120 331	10 028
		Przypadek stabilny	490 893	40 908	833 871	69 489	993 382	82 782
14	Poradnia gastroenterologiczna	Przypadek pilny	10 631	886	19 334	1 611	25 631	2 136
		Przypadek stabilny	73 617	6135	111 855	9 321	120 986	10 082
15	Świadczenia tomografii komputerowej	Przypadek pilny	185 812	15 484	217 715	18 143	261 182	21 765
		Przypadek stabilny	660 428	55 036	949 993	79 166	997 430	83 119
16	Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej dziennej	Przypadek pilny	27 603	2 300	48 113	4 009	62 386	5 199
		Przypadek stabilny	75 428	6 286	113 974	9 498	126 904	10 575
17	Świadczenia z zakresu onkologii	Przypadek pilny	16 976	1 415	20 047	1 671	24 828	2 069
		Przypadek stabilny	179 014	14 918	297 258	24 772	330 008	27 501
18	Poradnia alergologiczna	Przypadek pilny	6 936	578	13 726	1 144	19 380	1 615
		Przypadek stabilny	127 623	10 635	201 862	16 822	220 803	18 400
19	Poradnia zdrowia psychicznego	Przypadek pilny	1 854	155	2 980	248	5 183	432
		Przypadek stabilny	210 993	17 583	330 860	27 572	379 208	31 601
20	Oddział otorynolaryngologiczny	Przypadek pilny	7 044	587	9 911	826	11 801	983
		Przypadek stabilny	32 693	2 724	50 061	4 172	66 495	5 541
21	Świadczenia z zakresu endokrynologii	Przypadek pilny	26 804	2 234	34 697	2 891	43 186	3 599
		Przypadek stabilny	144 056	12 005	173 209	14 434	179 312	14 943
22	Poradnia urologiczna	Przypadek pilny	17 823	1 485	34 607	2 884	54 563	4 547
		Przypadek stabilny	173 522	14 460	295 422	24 619	329 958	27 497

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			2020	średnio miesięcznie 2020	2021	średnio miesięcznie 2021	2022	średnio miesięcznie 2022
23	Usunięcie migdałków podniebiennych	Przypadek pilny	1 187	99	1 621	135	2 276	190
		Przypadek stabilny	7 143	595	11 519	960	17 867	1 489

VII.1.8. Przyczyny ograniczonej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej

Poniżej zostały przedstawione najczęstsze przyczyny wydłużonego czasu oczekiwania na omówione świadczenia, tj. przede wszystkim na świadczenia:

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu: endokrynologii, gastroenterologii, kardiologii, okulistyki diabetologii, oraz świadczeń rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej, gastroskopii i kolonoskopii;
- szpitalne realizowane w oddziałach: otorynolaryngologicznych dla dzieci, otorynolaryngologicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej, neurochirurgicznych, reumatologicznych oraz świadczeń endoprotezoplastyki stawowej, zabiegów usunięcia migdałków podniebiennych;
- rehabilitacji leczniczej realizowane w: rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych, zakładach/ośrodkach rehabilitacji pulmonologicznej, rehabilitacji pulmonologicznej w warunkach stacjonarnych, fizjoterapii ambulatoryjnej, zakładach/ ośrodkach rehabilitacji leczniczej dziennej;
- realizowane w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w: oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych, poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci, poradniach zdrowia psychicznego, poradniach dla osób z autyzmem dziecięcym, poradniach psychologicznych,
- stomatologiczne realizowane w: poradniach ortodontycznych dla dzieci, poradniach ortodontycznych, poradniach periodontologicznych oraz chorób błon śluzowych przyzębia, poradniach chirurgii stomatologicznej, poradniach stomatologicznych;
- opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowane w hospicjach domowych/zespołach domowej opieki paliatywnej, hospicjach stacjonarnych/stacjonarnych ośrodkach opieki paliatywnej, oddziałach medycyny paliatywnej, poradniach medycyny paliatywnej, hospicjach domowych dla dzieci/zespołach domowej opieki paliatywnej dla dzieci.

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

Należy zwrócić uwagę na znaczące zwiększenie w porównaniu z latami poprzednimi, w omawianym okresie liczby osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w szeregu ich zakresach- co świadczy o poprawie dostępności do świadczeń.

Wśród najczęstszych przyczyn ograniczonej dostępności do ww. świadczeń, można wyróżnić:

- zwiększające się zapotrzebowanie na niektóre rodzaje świadczeń, co powoduje bardzo znaczne przyrosty liczby osób oczekujących np. na świadczenia rehabilitacyjne;
- procesy demograficzne, tj. starzenie się ludności oraz wydłużanie przeciętnej długości życia, powodujące wzrostu zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne;
- niewystarczające nakłady finansowe na finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej, niepozwalające na zrównoważenie popytu na świadczenia z podażą;
- preferowanie przez pacjentów placówek z określoną renomą lub też największych (najlepiej znanych) w rejonie/województwie, prowadzące do znacznych różnic między najdłuższymi, a najkrótszymi kolejkami oczekujących w danym zakresie świadczeń, odnotowywane np. w przypadku zabiegów endoprotezoplastyk stawowych;
- niewystarczająca liczba lekarzy określonej specjalności (np. neurochirurgii, ortodoncji, psychiatrii dziecięcej, gastroenterologii, endokrynologii, okulistyki zabiegowej) w skali kraju lub danego regionu powodująca wydłużanie czasu oczekiwania na świadczenia z danego zakresu albo brak zainteresowania zawieraniem umów z NFZ z uwagi na fakt znacznie wyższego wynagradzania w sektorze prywatnym;
- duża liczba pozostających pod opieką poradni specjalistycznych dłużej niż wskazywałby na to postęp choroby lub dynamika procesu chorobowego, przez co osoby kontynuujące leczenie „blokują" miejsca dla kolejnych pacjentów. Długoletnie przebywanie pod opieką specjalisty zdiagnozowanych pacjentów widoczne jest m.in. na przykładzie świadczeń z zakresu endokrynologii, kardiologii. Pacjenci niechętnie oddają się pod opiekę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i wielu z pacjentów chorych przewlekle wybiera stałe wizyty u specjalisty, pomimo że stan zdrowia nie wskazuje na taką konieczność pomimo, że kontrola stanu zdrowia mogłaby być realizowana przez lekarza POZ. Przy rosnącej liczbie pacjentów chorych przewlekle, pozostawanie ich pod stałą opieką specjalisty powoduje, że czasy oczekiwania na udzielenie świadczenia ulegają wydłużeniu. Poza kilkoma zakresami opieki kompleksowej zwraca się uwagę na brak standardów kontynuowania leczenia przez lekarzy POZ oraz niewystarczającą współpracę pomiędzy lekarzami z tego poziomu a lecznictwem specjalistycznym;
- zbyt pochopne lub niezasadne kierowanie pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do poradni specjalistycznych w sytuacjach, gdy dane schorzenie może być skutecznie leczone w POZ;
- brak zainteresowania świadczeniodawców możliwością zawarcia umów z NFZ na wykonywanie świadczeń, które mogłyby być realizowane w mniejszych miejscowościach, co utrudnia w nich dostęp do lekarzy;
- upowszechnienie wskazań i dostępności do świadczeń, np. badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, jako podstawowych badań diagnostycznych, co powoduje stały wzrost zapotrzebowania na świadczenia i zwiększenie liczby oczekujących oraz czasu oczekiwania;
- kierowanie pacjenta na badania kosztochłonne bez wcześniejszego wykorzystania innych metod diagnostycznych;

- zwiększenie wyceny procedur JGP dla pacjentów objętych kontynuacją leczenia po leczeniu operacyjnym, co powoduje zwiększenie wykonywania świadczeń w tym zakresie oraz wydłużenie czasu oczekiwania dla pacjentów z chorobami przewlekłymi;
- powolne wprowadzanie zasad/standardów postępowania w przypadku świadczeń z ograniczoną dostępnością np. pacjenci wpisywani w niektórych przypadkach zbyt wcześnie na listę oczekujących z powodu długiego czasu oczekiwania, co powoduje następnie wyznaczanie kolejnych terminów udzielenia świadczenia, blokując miejsca pozostałym pacjentom;
- tendencja do wzrostu liczby pacjentów kwalifikowanych przez lekarzy kierujących do kategorii medycznej „przypadek pilny" przy braku medycznego uzasadnienia- w przypadku długich czasów oczekiwania na określone świadczenia;
- brak informowania świadczeniodawców przez pacjentów o rezygnacji z udzielenia świadczenia lub braku możliwości stawienia się w ustalonym terminie. Powstają przerwy w udzielaniu świadczeń, co dezorganizuje pracę świadczeniodawców,
- wyznaczanie odległych terminów udzielenia świadczenia na życzenie pacjenta w oderwaniu od kolejności zgłoszeń, co przekłada się na wydłużenie średnich rzeczywistych czasów oczekiwania;
- niekorzystanie przez pacjentów ze wszystkich źródeł informacji o miejscach udzielania świadczeń. Wielokrotnie pacjenci kierują się do znanych sobie placówek medycznych, nie wiedząc, że mogą uzyskać dane świadczenie w krótszym terminie u innego świadczeniodawcy;
- błędy zdarzające się w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących powodujące, że niekiedy wykazywane są dłuższe czasy oczekiwania i większe liczby osób oczekujących w związku przede wszystkim z wykazywaniem osób wpisanych na wyodrębnioną kolejkę np. endoprotezoplastykę stawową także w kolejce do oddziału chirurgii urazowo-ortopedyczny (podwójne wpisywanie tego samego pacjenta do kilku kolejek). Błędy w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących są na bieżąco wyjaśniane przez oddziały wojewódzkie Funduszu;
- niepodawanie przez pacjentów numeru osobistego telefonu albo informacji o jego zmianie, uniemożliwiające wysłanie przez Fundusz informacji sms o zbliżającym się terminie udzielenia świadczenia.

Wybrane działania związane z obowiązkiem sprawozdawczym z zakresu list oczekujących, podejmowane albo wnioskowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia w okresie objętym niniejszym opracowaniem w celu zminimalizowania zjawiska ograniczonej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej to m.in.:

- wnioskowanie o wprowadzenie harmonogramów przyjęć/ listy oczekujących dla kolejnych świadczeń opieki zdrowotnej;
- monitorowanie obowiązku przekazywania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia każdego dnia roboczego, z wyłączeniem sobót, niedziel oraz dni ustawowo wolnych od pracy;

- aktualizacja słowników w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących: powodów skreślenia pacjenta z harmonogramu oraz słownika powodów zmian terminów;
- aktualizacja słownika uprawnień dodatkowych związanego z uprawnieniami do korzystania poza kolejnością ze świadczeń w podmiotach leczniczych;
- zwiększenie liczby powiadomień SMS o planowanym terminie wizyt;
- monitorowanie działania narzędzia automatycznej weryfikacji osób zmarłych wpisanych na listy oczekujących;
- monitorowanie i przedstawianie wniosków dla środowiska lekarzy specjalistów radiologów co do funkcjonowania słownika okolic ciała w aplikacji AP-KOLCE prowadzonej w czasie rzeczywistym dla świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego;
- 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 w celu znoszenia limitów na wybrane świadczenia w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa szpitalnego.

Ponadto, w celu zapewnienia kompletności, terminowości oraz poprawności sprawozdawczości z zakresu list oczekujących w oddziały wojewódzkie NFZ podejmują szereg działań:

- monitorowanie terminów spływu komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przekazywanych przez świadczeniodawców, wysyłanie do świadczeniodawców komunikatów o zbliżających się terminach sprawozdawczych;
- sprawdzanie kompletności i poprawności nadsyłanych komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia;
- monitorowanie poprawności prowadzenia przez świadczeniodawców list oczekujących w aplikacji udostępnionej przez Narodowy Fundusz Zdrowia Kolejki Centralne (AP-

KOLCE), w tym określania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, prowadzenia list oczekujących w czasie rzeczywistym;

- publikowanie, m.in. na stronach internetowych oddziałów wojewódzkich NFZ komunikatów dla świadczeniodawców przypominających o obowiązkach sprawozdawczych i zasadach sporządzania sprawozdań dla Funduszu, informujących o brakach w sprawozdawczości z zakresu list oczekujących;
- telefoniczne monitowanie świadczeniodawców nieprzekazujących danych z zakresu list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, przekazujących je nieterminowo lub z błędami;
- prowadzenie korespondencji (papierowej i elektronicznej) ze świadczeniodawcami nieprzekazującymi danych w terminie lub przekazującymi błędne dane;
- rozpatrywanie zgłoszeń dotyczących nieprawidłowych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przekazywanych przez pacjentów poprzez funkcjonalność „zgłoś nieprawidłowość" w Informatorze o Terminach Leczenia.
- weryfikacja poprawności działania rejestracji świadczeniodawców w zakresie dokonywania wpisów na listy oczekujących oraz udzielania informacji zgodnych z obowiązującymi przepisami poprzez przeprowadzanie ankiet;
- prowadzenie szkoleń dla świadczeniodawców dotyczących zasad prowadzenia list oczekujących oraz przygotowywania sprawozdań dla NFZ;
- nakładanie kar umownych na świadczeniodawców niewywiązujących się z obowiązków sprawozdawczych z zakresu list oczekujących oraz nieprzestrzegających zasad prowadzenia list oczekujących.
- przeprowadzanie ankiet weryfikujących działanie rejestracji świadczeniodawców w zakresie dokonywania wpisów na listy oczekujących oraz udzielania informacji zgodnych z obowiązującymi przepisami.

VII.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 oddziałach wojewódzkich NFZ w 2022 r. oraz wskaźnik dostępności niniejszych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Tabela nr VII.18. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w 2022 r. w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ.

Nazwa OW NFZ	Ogółem liczba uprawnionych	Liczba zrealizowanych skierowań w roku 2021	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 719 946	35 353	130
Kujawsko-Pomorski	1 865 797	25 185	135
Lubelski	1 899 605	21 148	111
Lubuski	923 925	9 008	97
Łódzki	2 312 952	27 427	119
Małopolski	3 219 528	38 154	119
Mazowiecki	5 434 583	60 258	111
Opolski	838 301	8 633	103
Podkarpacki	1 890 476	18 487	98
Podlaski	1 055 938	12 179	115
Pomorski	2 216 774	20 580	93
Śląski	4 114 004	52 474	128
Świętokrzyski	1 092 972	13 368	122
Warmińsko- Mazurski	1 233 066	13 041	106
Wielkopolski	3 399 677	39 327	116
Zachodniopomorski	1 517 633	12 073	80
Ogółem	35 735 177	406 695	114

W poniższych tabelach przedstawiono dane dotyczące liczby osób, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w poszczególnych w zakresach świadczeń w 2022 r. oraz wskaźniki dostępności do niniejszych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Przedstawienie danych dotyczących poszczególnych zakresów świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w osobnych tabelach wynika z ich odmiennej specyfiki w szczególności z faktu, że dedykowane są one odrębnym grupom świadczeniobiorców.

Tabela VII.19. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N" w 2022 r. w podziale na OW NFZ.

Nazwa OW NFZ	ogółem liczba ubezpieczonych	Liczba osób, którym udzielono świadczeń w roku 2022	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 719 946	460	1,69
Kujawsko-Pomorski	1 865 797	408	2,19
Lubelski	1 899 605	330	1,74
Lubuski	923 925	82	0,89
Łódzki	2 312 952	439	1,90
Małopolski	3 219 528	481	1,49
Mazowiecki	5 434 583	1 142	2,10
Opolski	838 301	145	1,73
Podkarpacki	1 890 476	303	1,60
Podlaski	1 055 938	155	1,47
Pomorski	2 216 774	397	1,79
Śląski	4 114 004	1 263	3,07
Świętokrzyski	1 092 972	138	1,26
Warmińsko- Mazurski	1 233 066	197	1,60
Wielkopolski	3 399 677	664	1,95
Zachodniopomorski	1 517 633	157	1,03
Ogółem	35 735 177	6 761	1,89

Tabela nr VII.20. Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane zespół transportu medycznego w 2022 r. w podziale na OW NFZ.

Nazwa OW NFZ	ogółem liczba ubezpieczonych	Liczba osób, którym udzielono świadczeń w roku 2022	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 719 946	2 729	10,03
Kujawsko-Pomorski	1 865 797	3 278	17,57
Lubelski	1 899 605	336	1,77
Lubuski	923 925	1 559	16,87
Łódzki	2 312 952	1 137	4,92
Małopolski	3 219 528	1 159	3,60
Mazowiecki	5 434 583	4 673	8,60
Opolski	838 301	908	10,83
Podkarpacki	1 890 476	975	5,16
Podlaski	1 055 938	1 598	15,13
Pomorski	2 216 774	3 364	15,18
Śląski	4 114 004	4 503	10,95

Nazwa OW NFZ	ogółem liczba ubezpieczonych	Liczba osób, którym udzielono świadczeń w roku 2022	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Świętokrzyski	1 092 972	2 631	24,07
Warmińsko- Mazurski	1 233 066	2 674	21,69
Wielkopolski	3 399 677	2 918	8,58
Zachodniopomorski	1 517 633	368	2,42
Ogółem	35 735 177	34 810	9,74

W 2022 roku funkcjonowało łącznie 1 607 zespołów ratownictwa medycznego, w tym: 1 285 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego (w tym 7 wodnych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego) oraz 322 specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego. Ogólna liczba zespołów ratownictwa medycznego wzrosła w 2022 r. względem roku poprzedniego o 5 (0,31%), przy czym liczba specjalistycznych zmniejszyła się o 14, natomiast liczba podstawowych wzrosła o 19. Wskazane powyżej zmiany w liczbie zespołów ratownictwa medycznego wynikają z modyfikacji treści wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz konieczności przekwalifikowywania specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego na zespoły podstawowe, z uwagi na brak personelu medycznego (lekarzy) niezbędnego do zapewnienia odpowiedniego ich funkcjonowania.

Tabela nr VII.21. Liczba zakontraktowanych na 2022 rok zespołów ratownictwa medycznego w podziale na rodzaj zespołów oraz informacje dotyczące ich dostępności w latach 2021-2022.

Liczba zespołów ratownictwa medycznego*			
Rodzaj zespołu	Liczba zespołów w 2021 r.	Liczba zespołów w 2022 r.	Liczba zespołów w 2022 r. w stosunku do liczby zespołów w 2021 r.
Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	1 266	1 285	101,50%
Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	336	322	95,83%
Razem	1 602	1 607	100,31%
Dostępność zespołów ratownictwa medycznego**			
Rodzaj zespołu	2021 r.	2022 r.	Dostępność zespołów w 2022 r. w stosunku do dostępności zespołów w 2021 r.
Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	1 211,10	1 232,53	101,77%
Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	335,67	322,32	96,02%
Razem	1 546,77	1 554,85	100,52%
*) 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 2021-2022, która oprócz informacji na temat zespołów ratownictwa medycznego funkcjonujących całodobowo przez cały rok, uwzględnia również te, które funkcjonują czasowo, tj. przez cały rok ale krócej niż przez 24 godziny na dobę (zwykle przez 12 godzin na dobę), okresowo, tj. przez 24 godziny na dobę ale tylko w pewnym okresie roku (np. od czerwca do sierpnia) lub czasowo-okresowo, czyli krócej niż przez 24 godziny na dobę w pewnym okresie roku. Z powyższych danych wynika, że ogólna dostępność zespołów ratownictwa medycznego była w roku 2022 o 0,52% wyższa niż w 2021 roku, przy czym dostępność podstawowych zespołów wzrosła o 1,77 %, natomiast dostępność specjalistycznych zespołów zmniejszyła się o 3,98%.

Poniższa przedstawia liczbę osób (w tys.) przypadającą na jeden zespół ratownictwa medycznego w poszczególnych województwach oraz liczbę zespołów ratownictwa medycznego przypadających na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach.

Drugi z wymienionych powyższej wskaźników przyjmuje:

- najwyższe wartości w województwach: warmińsko-mazurskim (0,58), lubuskim (0,57) oraz zachodniopomorskim (0,55);
- najniższe wartości w województwach: wielkopolskim (0,35), mazowieckim (0,35) oraz małopolskim (0,36).

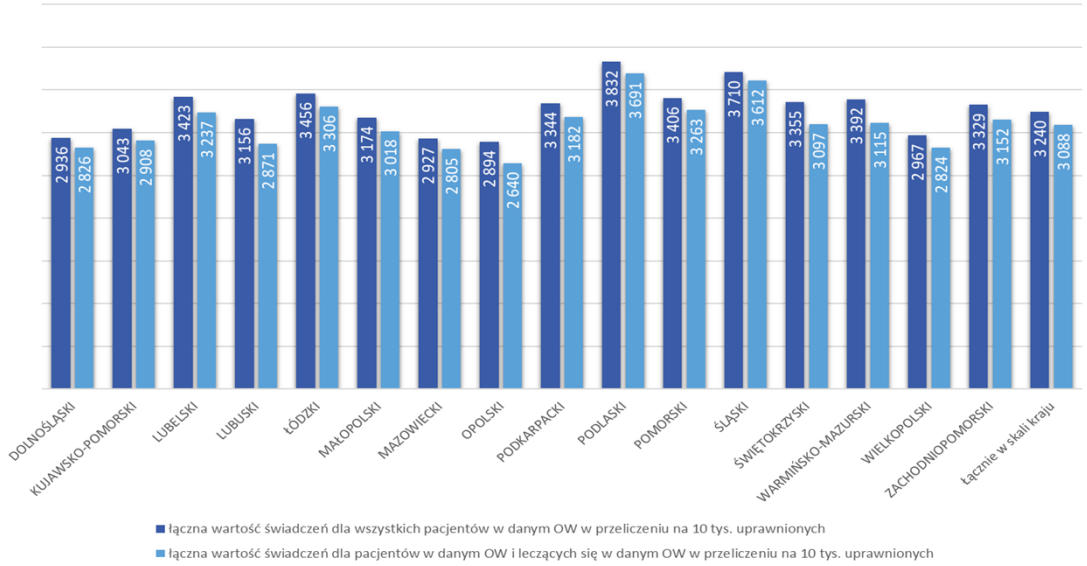
Średnia liczba zespołów ratownictwa medycznego w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w skali kraju wyniosła w 2022 r. 0,41.

Tabela nr VII.22. Liczba zakontraktowanych zespołów ratownictwa medycznego w 2022 r. w odniesieniu do ludności województw.

OW NFZ	Ludność w tys. os. *(wg GUS stan na 31.12.2022 r.)*	Liczba ZRM w 2022 r. (z uwzględnieniem dostępności)	Liczba osób (w tys.) przypadająca na jeden ZRM w 2022 r.	Liczba ZRM w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w 2022 r.
Dolnośląski	2 888,03	112,00	25,79	0,39
Kujawsko-Pomorski	2 006,88	93,00	21,58	0,46
Lubelski	2 024,64	91,00	22,25	0,45
Lubuski	979,98	56,00	17,50	0,57
Łódzki	2 378,48	103,00	23,09	0,43
Małopolski	3 429,01	122,91	27,90	0,36
Mazowiecki	5 510,61	192,16	28,68	0,35
Opolski	942,44	43,00	21,92	0,46
Podkarpacki	2 079,10	90,92	22,87	0,44
Podlaski	1 143,36	55,50	20,60	0,49
Pomorski	2 358,31	90,55	26,04	0,38
Śląski	4 346,70	167,00	26,03	0,38
Świętokrzyski	1 178,16	47,67	24,72	0,40
Warmińsko- Mazurski	1 366,43	78,67	17,37	0,58
Wielkopolski	3 493,58	121,00	28,87	0,35
Zachodniopomorski	1 640,62	90,47	18,13	0,55
Razem	37 766,33	1 554,86	24,29	0,41

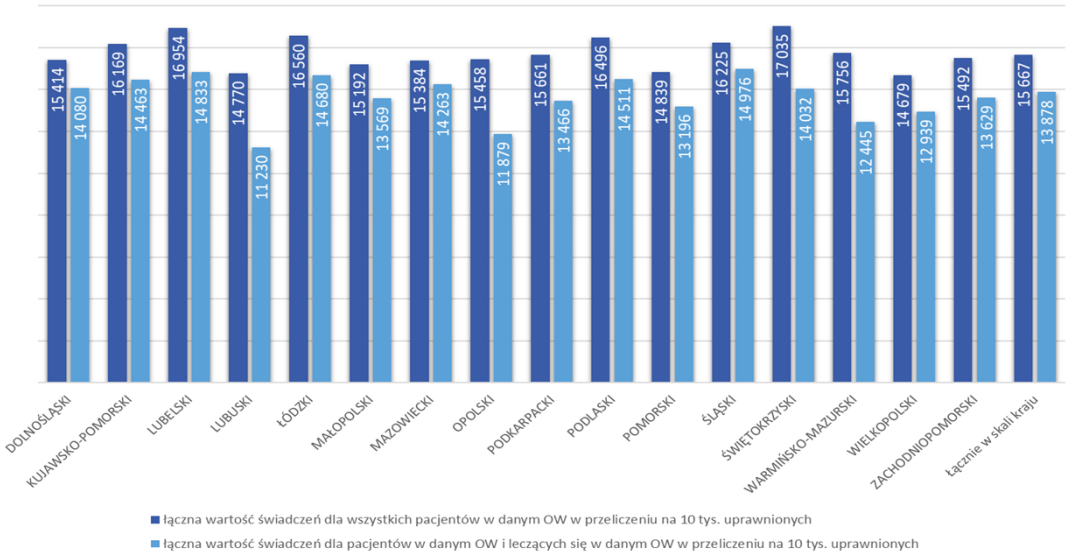
Poniżej na wykresach przedstawiono koszty świadczeń w pozostałych rodzajach świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych

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



Największy wskaźnik wydatków w AOS w przeliczeniu na 10 tys. „swoich" uprawnionych na terenie całego kraju w 2022 r., podobnie jak w roku ubiegłym, osiągnął oddział podlaski (3 832 tys. zł).

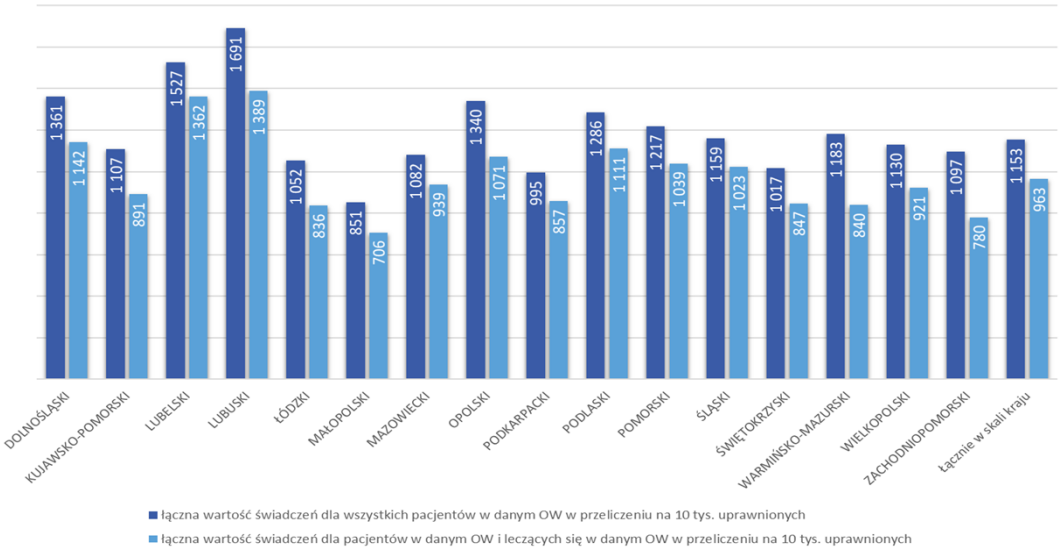
Wykres nr VII.2. Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały wojewódzkie Funduszu na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju leczenie szpitalne w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.).



Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono w 2022 roku na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty

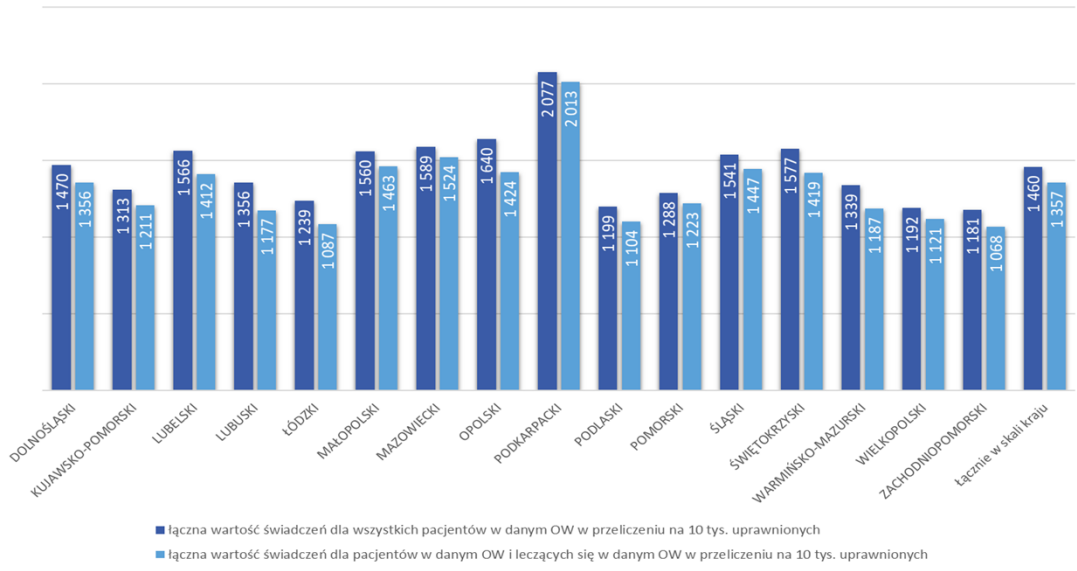
świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym" oddziale. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu szpitalnym na 10 tys. mieszkańców, poniosły oddziały świętokrzyski (17 035 tys. zł) i lubelski (16 954 tys. zł).

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



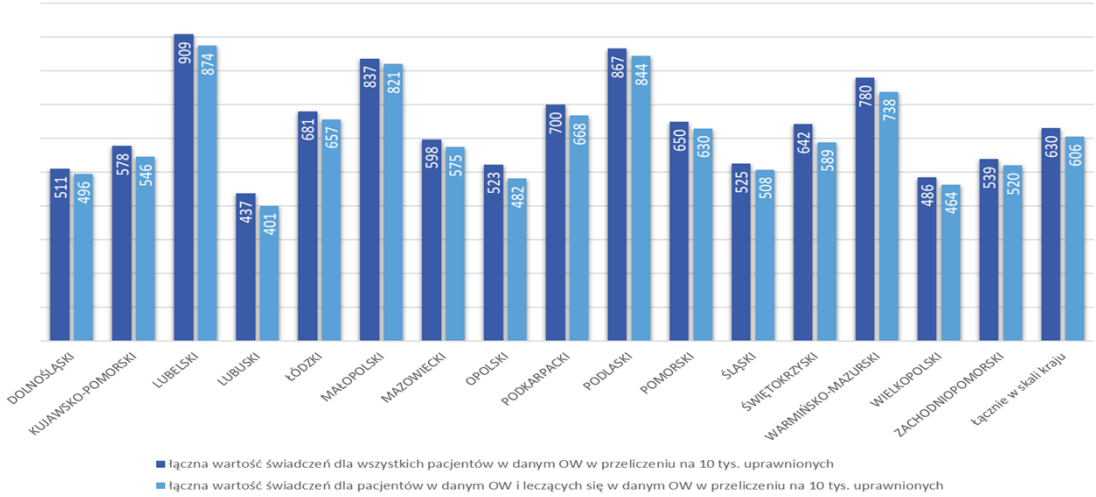
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poszczególne oddziały poniosły na leczenie uprawnionych w danym oddziale łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń uprawnionych rozliczone we „własnym" oddziale wojewódzkim Funduszu. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu psychiatrycznym i leczeniu uzależnień w 2022 r. osiągnął, podobnie jak w roku ubiegłym, lubuski oddział wojewódzki Funduszu (1 691 tys. zł).

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



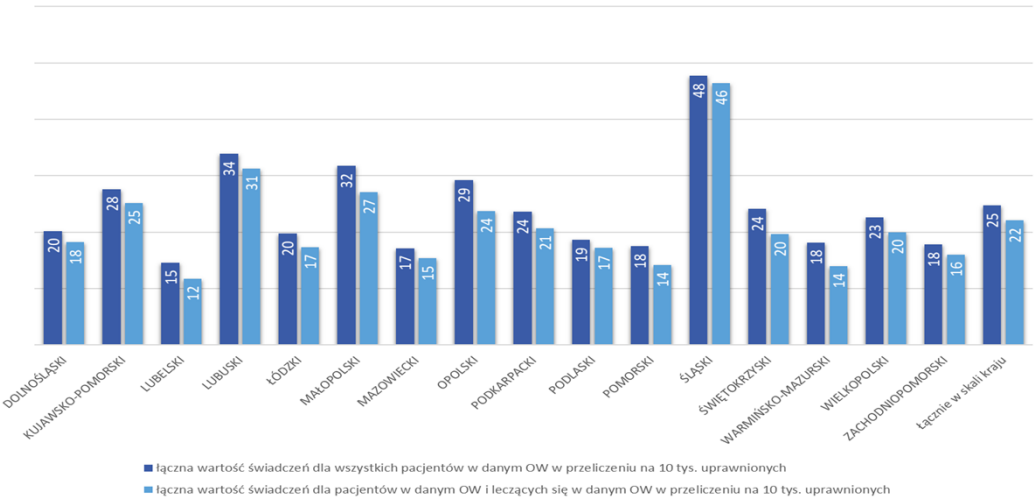
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym" oddziale. Największy wskaźnik wykonania w rodzaju rehabilitacja lecznicza na 10 tys. ubezpieczonych w 2022 r. osiągnął, podobnie jak w roku ubiegłym, podkarpacki oddział wojewódzki NFZ (2 077 tys. zł).

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



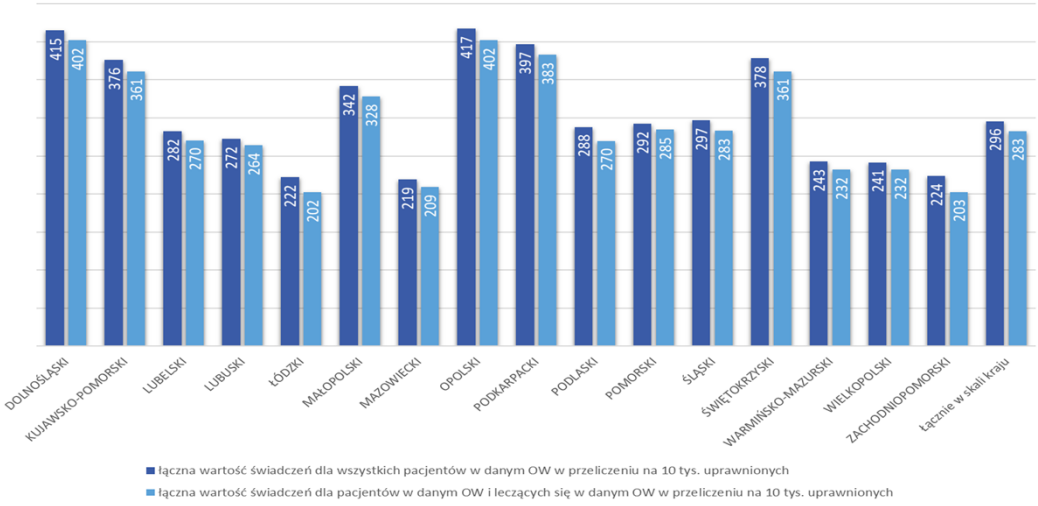
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym" oddziale. Największe koszty w leczeniu stomatologicznym na 10 tys. uprawnionych w 2022 r. osiągnęły oddziały: lubelski (909 tys. zł), podlaski (867 tys. zł) i małopolski (837 tys. zł).

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



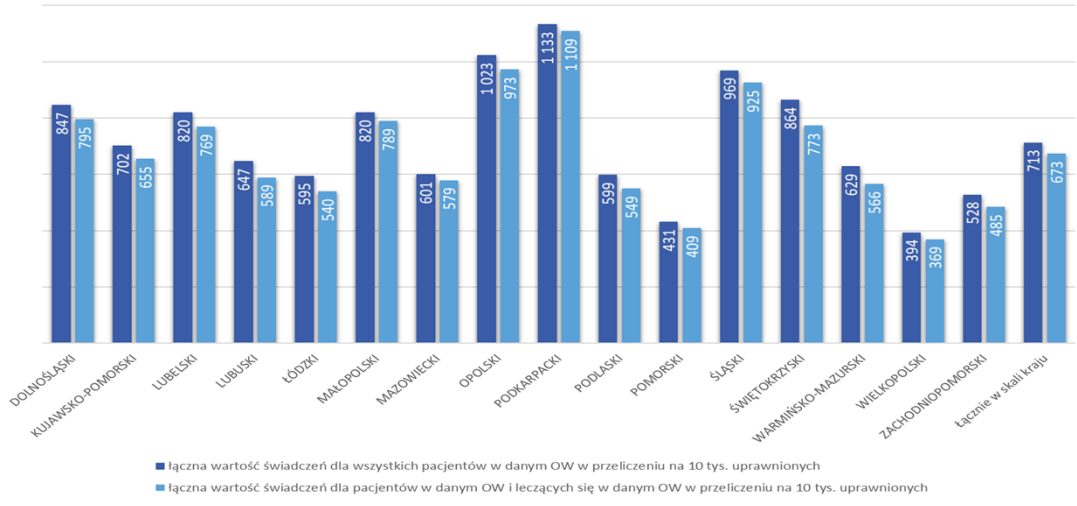
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym" oddziale. Największe koszty profilaktycznych programach zdrowotnych w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2022 r. osiągnął oddział śląski (48 tys. zł) a najmniej oddział lubelski (15 tys. zł).

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



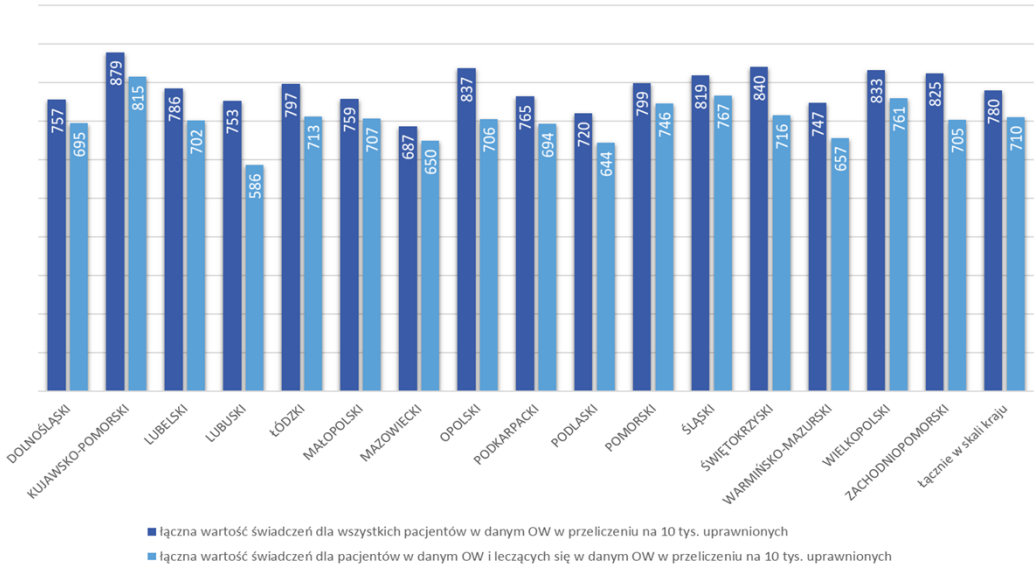
Powyższy wykres przedstawia koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym" oddziale. Największy wskaźnik wykonania w opiece paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych w 2022 r. osiągnęły oddziały: opolski 417 tys. zł, dolnośląski 415 tys. zł. i podkarpacki 397 tys. zł.

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



Na wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. ubezpieczonych), które poniesiono na rzecz uprawnionych w danym oddziale łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla wszystkich uprawnionych rozliczone we „własnym" oddziale. Największy wskaźnik wykonania w opiece długoterminowej na 10 tys. uprawnionych w 2022 r. osiągnęły oddziały: podkarpacki 1 133 tys. zł, opolski 1 023 tys. zł oraz śląski 969 tys. zł.

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



Powyżej przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczeń) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym" oddziale. Największy wskaźnik wykonania w świadczeniach zdrowotnych kontraktowanych odrębnie na 10 tys. uprawnionych w skali 2022 r. osiągnął, podobnie jak w roku ubiegłym, oddział kujawsko-pomorski (879 tys. zł).

Różnicę pomiędzy kosztem świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz kosztem świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym" oddziale przedstawiono w tabeli nr VII.23. Różnicę tą pokazano dla każdego z omawianych rodzajów świadczeń w poszczególnych oddziałach wojewódzkich NFZ. Może być ona interpretowana jako wartość świadczeń, które w danym rodzaju świadczeń, mogły być potencjalnie udzielone na terenie danego oddziału wojewódzkiego.

Tabela nr VII.24 przedstawia natomiast ranking poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ dla każdego z rodzajów świadczeń pod względem wartości omawianej różnicy. Zostały one uszeregowane w kolejności od największej do najmniejszej różnicy. W kolumnie „łączne miejsce w rankingu" pokazano uszeregowanie poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ pod kątem sumy pozycji danego oddziału wojewódzkiego w rankingu według rodzaju świadczeń.

VIII. Opis organizacji Funduszu

VIII.1. Struktura organizacyjna Funduszu

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

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

W ramach struktury organizacyjnej Centrali Funduszu mogą być tworzone wydziały, działy, sekcje i samodzielne stanowiska, a w ramach struktury organizacyjnej oddziałów wojewódzkich Funduszu, oraz w strukturach placówek terenowych, mogą być tworzone działy, sekcje i samodzielne stanowiska. Skład komórek organizacyjnych w Centrali Funduszu w 2022 roku zgodny był ze statutem NFZ. Powyższy akt prawny reguluje również skład komórek organizacyjnych w oddziałach wojewódzkich Funduszu, zezwalając jednocześnie Dyrektorom na łączenie i dzielenie komórek organizacyjnych w przypadkach uzasadnionych liczbą świadczeniobiorców zarejestrowanych w danym oddziale i zakresem wykonywanych zadań. W celu zapewnienia świadczeniobiorcom właściwej dostępności do Funduszu, ułatwienia współpracy ze świadczeniodawcami oraz usprawnienia realizacji zadań, w oddziałach wojewódzkich Funduszu mogą być tworzone placówki terenowe: delegatury oddziału, punkty obsługi klientów oraz centra usług wspólnych. Delegatury oddziału oraz centra usług wspólnych tworzy i znosi Prezes Funduszu. Utworzenie delegatury oddziału wymaga złożenia do Prezesa Funduszu umotywowanego wniosku przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Punkty obsługi klientów tworzy i znosi dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu, za zgodą Prezesa Funduszu. W celu zapewnienia koordynacji realizacji działań oraz doradztwa w zakresie spraw związanych z wykonywaniem zadań Prezes Funduszu może ustanowić swoich Pełnomocników.

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

Organizację oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz zakres ich zadań określają regulaminy organizacyjne nadane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, 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.

Rada Funduszu składa się z dziesięciu członków powoływanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia, w tym: 1) jednego członka powołuje się spośród kandydatów wskazanych przez Rzecznika Praw Pacjenta; 2) dwóch członków powołuje się spośród kandydatów

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

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

- kontrolowanie bieżącej działalności Funduszu we wszystkich dziedzinach jego działalności,
- uchwalanie: planu pracy NFZ na dany rok, rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych,
- opiniowanie: projektu planu finansowego na dany rok, systemu wynagradzania pracowników Funduszu,
- przyjmowanie: sprawozdania z wykonania planu finansowego Funduszu, okresowych i rocznych sprawozdań z działalności Funduszu,
- podejmowanie uchwał w sprawach dotyczących majątku Funduszu i inwestycji przekraczających zakres upoważnienia statutowego dla Prezesa Funduszu oraz nabywania, zbywania i obciążania nieruchomości stanowiących własność Funduszu, a także podejmowanie uchwał w sprawach, przeznaczenia zysku netto lub pokrycia straty netto za dany rok obrotowy,
- kontrola prawidłowej realizacji planu finansowego Funduszu,
- dokonywanie wyboru biegłego rewidenta do badania sprawozdania finansowego Funduszu,
- występowanie do Prezesa Funduszu z wnioskiem o wszczęcie kontroli w zakresie, o którym mowa w art. 61a kontrole przeprowadzane przez Prezesa Funduszu ust. 1-3,
- występowanie do Prezesa Funduszu o przeprowadzenie kontroli oddziału wojewódzkiego Funduszu,
- wyrażanie opinii w sprawie kandydata na Prezesa Funduszu lub kandydatów na jego zastępców,
- wyrażanie opinii w sprawie odwołania Prezesa Funduszu lub jego zastępców.

Rada Funduszu obecnej kadencji 2020-2025 w 2022 r. obradowała łącznie na 9 posiedzeniach, podjęła łącznie 30 uchwał, w tym 2 uchwały w trybie korespondencyjnego uzgodnienia stanowisk (tryb obiegowy). Większość posiedzeń Rady Funduszu w 20212 r. miało charakter hybrydowy. Podjęte przez Radę Funduszu uchwały są dostępne na stronie www.nfz.gov.pl

w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ. W trakcie odbytych w 2022 r. posiedzeń, jak również i w trybie obiegowym Rada Funduszu:

- uchwaliła Rzeczowy plan wydatków inwestycyjnych NFZ na 2023 r., Plan Pracy NFZ na 2023 r.,
- wyraziła opinie w sprawach: kandydata na stanowisko Zastępcy Prezesa NFZ ds. Operacyjnych, projektów zmian planu finansowego NFZ na 2022 r., projektu planu finansowego NFZ na 2023 r.,
- przyjęła: okresowe sprawozdania z działalności NFZ za IV kwartał 2021 r. oraz I, II i III kwartał 2022 r., roczne sprawozdanie z działalności NFZ za 2021 r., sprawozdanie z wykonania planu finansowego NFZ za 2021 r.,
- wyraziła zgodę na: zawarcie umowy najmu nieruchomości na potrzeby Dolnośląskiego OW NFZ, zmianę szacunkowej wartości zamówienia w postępowaniu o udzielenie zamówienia na świadczenie asysty technicznej i konserwacji (ATiK) do oprogramowania Oracle, skorzystanie z praw opcji przewidzianych w umowach o świadczenie usług konserwacji i subskrypcji Systemu Informatycznego Wspomagania Działalności NFZ, podjęcie czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego i zawarcie umowy na przyjęcie utrzymania systemu EESSI (RINA) oraz rozwój systemu w ramach pakietu 20 000 rbh, zawarcie aneksu do umowy o świadczenie usługi infolinii Telefonicznej Informacji Pacjenta na rzecz NFZ, podjęcie niezbędnych czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego i zawarcie umowy o „Udzielenie subskrypcji, licencji oraz zapewnienie wsparcia technicznego, aktualizacji i poprawek oprogramowania (Software Assurance) dla produktów Microsoft", zawarcie umowy najmu nieruchomości na potrzeby Mazowieckiego OW NFZ, podjęcie niezbędnych czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego i zawarcie umowy na „Integrację oprogramowania w ramach Budowy Zintegrowanego Systemu Informatycznego NFZ", podjęcie niezbędnych czynności w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego i zawarcie umowy na „Wytwarzanie oprogramowania w ramach programu budowy sytemu ZSI przez dedykowane Zespoły wytwórcze",
- dokonała: kilku zmian rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych NFZ na 2022 r.,
- zadecydowała o przeznaczeniu zysku netto NFZ za 2021 r.,
- zapoznała się z informacjami Prezesa Funduszu m.in. na temat: działań podjętych przez NFZ w walce z COVID-19 (na bieżąco), bieżących działań NFZ w związku z konfliktem zbrojnym w Ukrainie (na bieżąco), dokonanych przez Prezesa Funduszu zmian w rzeczowym planie wydatków inwestycyjnych NFZ na 2022 r. (na bieżąco), realizacji zadań inwestycyjnych zaplanowanych przez NFZ na 2021 r., zakończonego badania sprawozdania finansowego NFZ za 2021 r., realizacji Planu pracy Funduszu na 2021 r., zmian w SWZ w postępowaniu przetargowym na „Przejęcie utrzymania systemu EESSI (RINA) oraz rozwój systemu w ramach pakietu 20 000 rbh", realizacji Programu Budowy Zintegrowanego Systemu Informatycznego NFZ (ZSI NFZ), wdrożenia przez NFZ elektronicznego zlecenia na wyroby medyczne (e-zlecenia), wyroku KIO dot. zamówienia na „Wsparcie analityczne w zakresie analizy biznesowo-systemowej w realizacji zadań

związanych z wdrożeniem w organizacji ZSI NFZ, realizacji i kierunków aktualizacji Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023, kosztów związanych z wejściem w życie nowelizacji przepisów o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych, w perspektywie planu finansowego NFZ,

- dyskutowała na temat: projektu dokumentu „Zasady gospodarowania nieruchomościami NFZ", przedstawionej przez Prezesa NFZ prognozy przychodów i kosztów NFZ na kolejne trzy lata (2023-2025), finansowania szczepień przeciwko grypie, wniosku Prezesa Funduszu w sprawie wsparcia analitycznego w zakresie analizy biznesowo-systemowej w realizacji zadań związanych z wdrożeniem w organizacji Zintegrowanego Systemu Informatycznego NFZ.

Rada Funduszu w oparciu o przepisy Regulaminu działania Rady NFZ może również powoływać Zespoły Problemowe zajmujące się szczegółową analizą określonych obszarów działalności Funduszu, jak również szeroko pojętą problematyką świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. W związku z tym Rada Funduszu IV kadencji (2020-2025) uchwałą Nr 18/2020/IV z dnia 16 grudnia 2020 r. powołała stały Zespół Problemowy Rady NFZ do spraw kryteriów jakościowych w alokacji środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej. W grudniu 2022 roku Zespół odbył spotkanie, którego celem było omówienie propozycji mierników jakości świadczeń opieki zdrowotnej w Podstawowej Opiece Zdrowotnej.

Prezes Funduszu

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

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

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

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

Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu

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

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

Rada oddziału wojewódzkiego Funduszu

W oddziałach wojewódzkich NFZ działają rady oddziałów wojewódzkich Funduszu 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, w tym:

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

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

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

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

VIII.2. Stan zatrudnienia w centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu

Plan zatrudnienia ustalony na 2022 r., obowiązujący na koniec okresu sprawozdawczego dla NFZ, ukształtował się na poziomie 5 913,81 etatu. W porównaniu do 2021 r. został zwiększony o 1,64 etatu. Niewielkie wahanie spowodowane jest jedynie zmianami organizacyjnymi w Centrali i OW NFZ.

Tabela nr VIII.1. Plan zatrudnienia w Funduszu w podziale na osoby i etaty w latach 2021-2022.

Planowane etaty		
Grupy	**2021 r.**	**2022 r.**
Prezes Funduszu i zastępcy Prezesa	4,00	4,00
Dyrektorzy i zastępcy dyrektora OW	64,00	64,00
pozostała kadra kierownicza	945,00	932,15
pracownicy administracyjni	4 815,87	4 831,86
obsługa techniczna	83,30	81,80
Razem	5 912,17	5 913,81

Przeciętne zatrudnienie w NFZ w 2022 r. wyniosło 5 565,60 etatu. W stosunku do poprzedniego okresu sprawozdawczego odnotowano zmianę przeciętnego zatrudnienia o 22,18 etatu. 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 urlopach macierzyńskich, rodzicielskich oraz długich zwolnieniach lekarskich.

Tabela nr VIII.2. Przeciętne zatrudnienie w Funduszu w podziale na osoby i etaty w latach 2021-2022.

Przeciętne zatrudnienie (etaty)		
Grupy	**2021 r.**	**2022 r.**
Prezes Funduszu i zastępcy Prezesa	2,00	2,67
Dyrektorzy i zastępcy dyrektora OW	58,59	59,07
pozostała kadra kierownicza	906,18	907,66
pracownicy administracyjni	4 496,36	4 519,01
obsługa techniczna	80,29	77,19
Razem	5 543,42	5 565,60

Średnie miesięczne wynagrodzenie[24]

Średnie miesięczne wynagrodzenie w Funduszu na koniec okresu sprawozdawczego wyniosło 7 872,01 zł. Średnie miesięczne wynagrodzenie w Centrali NFZ wyniosło 10 115,87 zł, w oddziałach wojewódzkich Funduszu 7 332,89 zł. Podane kwoty zawierają wynagrodzenia Prezesa Funduszu, jego zastępców oraz dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ i ich zastępców.

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

Stałym zadaniem Departamentu Informatyki Centrali NFZ jest utrzymanie w ruchu całego systemu informatycznego Funduszu, włączając w to nadzór nad systemami oddziałów wojewódzkich 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. Dla realizacji tych zadań niezbędne jest przeprowadzenie kilkudziesięciu postępowań o zamówienie publiczne na nabycie poszczególnych składników systemu i towarzyszących im usług wsparcia, ale także regularne kontrolowanie i rozliczanie zawartych umów. Niezależnie od działań związanych ze stałą pielęgnacją systemu odbywa się także ciągły proces jego rozwoju wywołany zmianami w otoczeniu prawnym, to jest w ustawach, rozporządzeniach Ministra Zdrowia i zarządzeniach Prezesa NFZ, a także dążeniem do poprawy efektywności jego działania. Poniżej przedstawiono te prace w postaci najważniejszych projektów i grup zadań.

VIII.3.1. Systemy informatyczne

Sprawozdawczość i rozliczanie świadczeń

Jednym z priorytetowych wdrożeń w 2022 roku było dostosowanie SI NFZ w zakresie sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych cudzoziemcom przybyłym na terytorium RP, którzy opuścili terytorium Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym. Fundusz, na podstawie aktów prawnych i wytycznych przygotował systemy informatyczne do właściwego sprawozdawania (nowe tytuły uprawnień UA, TR) oraz poprawnego rozliczania świadczeń udzielonych obywatelom Ukrainy. Dostosowano m.in. system eWUŚ, AP-ZZ, SIMP, SMPT. Przygotowane i dostosowane zostały również mechanizmy zasilające system Funduszu (system SRP), procesy zliczające koszty udzielonych świadczeń (m.in. procesy przeksięgowywania kosztów udzielonych świadczeń itp.). Fundusz na bieżąco publikował komunikaty i instrukcje sprawozdawcze dotyczące komunikatów XML SWIAD, DEKL, ZPOSP dla świadczeniodawców. W 2022 roku kontynuowano wsparcie SI NFZ w zakresie dofinansowania aktywowania IKP, dodano m.in. obsługę wniosków o dofinansowanie aktywowania IKP. Przygotowano także wsparcie systemowe umożliwiające prawidłowe rozliczenia opłaty ryczałtowej tzw. 3% oraz blokadę rachunków złożonych po terminie –

[24] Informacja sporządzona na podstawie ostatecznych danych do Sprawozdania Finansowego NFZ za okres 01.01-31.12.2022 siedzibą w Warszawie.

zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 57/2022/DSOZ. Dodatkowo opracowywano zmiany, które zostały opublikowane w 2023 roku dotyczące dostosowanie grupera JGP.SZP do utworzenia mechanizmu tzw. „schodkowej" redukcji. Celem tych zmian było stworzenie mechanizmu, który wspiera efektywność świadczeniodawców m.in. poprzez skracanie czasu pobytu pacjentów na oddziałach czyli w efekcie zwalnianie zasobów szpitala przy równoległym uzyskiwaniu odpowiedniego przychodu.

PSZ – kwalifikacja i rozliczanie

W 2022 roku dokonano wydłużenia okresu obowiązywania umów PSZ zgodnie z obowiązującą kwalifikacją do sieci PSZ (do 31.12.2022), system informatyczny NFZ zapewnił także wsparcie dla procesu kwalifikacji świadczeniodawców do PSZ na lata 2023-2027. System wsparł również realizację przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres rozliczeniowy obejmujący okres od dnia 1 stycznia 2022 r. do dnia 31 grudnia 2022 r. poprzez wyliczanie i dokonywanie zmian wartości ryczałtu PSZ.

eZlecenie – elektroniczne zlecenie na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenie naprawy wyrobu medycznego

Rok 2022 to okres intensywnych prac nad eZleceniem prowadzonych wspólnie z Ministerstwem Zdrowia. Realizowane zadania skupiały się przede wszystkim na wypracowaniu projektów aktów prawnych umożliwiających wdrożenie (zmiany ustawowe, przygotowanie rozporządzeń wykonawczych) oraz opracowywaniu wymagań do rozwoju systemu informatycznego. Zweryfikowano także poprzednio przyjęte rozwiązania na rzecz upraszczania i optymalizacji. Równolegle prowadzono prace nad zmianą podejścia do sprawozdawania realizacji zleceń na zaopatrzenie – zastąpienie komunikatu XML ZPOSP nowymi komunikatami w zakresie zbiorczych zestawień zaopatrzenia w wyroby medyczne. Wdrożenie zmian zaplanowane jest na 2023 rok.

System AP-ZZ i eZWM

W związku z opublikowaniem rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 października 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (Dz. U. 2319) oraz rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2022 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz. U. 2713) dostosowano system informatyczny NFZ do zmienionych aktów prawnych. Przygotowano m.in. słowniki NFZ wykorzystywane do obsługi zleceń na zaopatrzenie, przygotowano system do aneksowania umów (uwzględnienie nowych kodów) oraz do obsługi nowych i zmodyfikowanych kodów wyrobów medycznych (wystawianie, realizacja i rozliczanie w OW NFZ). Dodatkowo zmianie uległ wzór zlecenia i wzór naprawy wyrobu medycznego, co również wymagało odpowiedniego przygotowania aplikacji, opublikowania zmiany specyfikacji usług oraz przygotowania środowiska testowego dla dostawców oprogramowania dla świadczeniodawców.

Zmiany w POZ

Rok 2022 obfitował w wiele zmian systemowych dla obszaru podstawowej opieki zdrowotnej. Do najważniejszej należy zapewnienie wsparcia systemowego dla obsługi budżetu powierzonego – opieki koordynowanej w POZ. Prace realizowano etapowo, zgodnie z priorytetami ustalanymi przez właściciela biznesowego. Wprowadzono zmiany umożliwiające świadczeniodawcom zawnioskowanie o budżet powierzony - koordynacyjny, dodano ujednoliconą postać umowy dla wszystkich świadczeniodawców POZ, dodano funkcję generowania załącznika „Plan rzeczowo-finansowy" do umowy POZ, przygotowano słowniki z nowym zakresem świadczeń BUDŻET POWIERZONY KOORDYNACYJNY oraz produktami. Dodano funkcjonalność wnioskowania o częściowe wypowiedzenie umowy - wypowiedzenie budżetu powierzonego – koordynacyjnego. Przygotowano system do prawidłowego rozliczania świadczeń (m.in. przygotowywano koncepcję zmiany rozliczania świadczenia lekarza POZ – opieka nad osobami chorymi przewlekle). Prace integracyjne dla IPOM (Indywidualny Plan Opieki Medycznej) realizowane były wspólnie z Centrum eZdrowia. Funkcjonalność przygotowania IPOM dla pacjenta została wdrożona w systemie eGabinet. Do NFZ wpływają dane z CEZ umożliwiające poprawne rozliczanie tego produktu. Przygotowano także wsparcie w zakresie wypłaty dodatku motywacyjnego związanego z poziomem zgłaszalności do programu „Profilaktyka 40 PLUS" zgodnie zasadami określonymi w § 54 zarządzenia nr 79/2022/DSOZ z dnia 29 czerwca 2022 r., po zakończeniu kwartału (III i IV kwartał). W IV kwartale 2022 roku opracowywano zakres wsparcia systemu informatycznego NFZ do zmian wprowadzonych zarządzeniem Nr 162/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14.12.2022 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna związanych z rozliczeniem świadczeń POZ w zakresie: wskaźników korygujących dla świadczeniobiorców w wieku: 0-6 lat; 7-19 lat, koordynatora realizującego zadania w zakresie świadczenia w budżecie powierzonym opieki koordynowanej, dot. pacjentów przewlekle chorych oraz przedłużeniem okresu naliczania premii za współczynnikiem korygującym, związanym z poziomem zgłaszalności do programu „Profilaktyka 40 PLUS".

Obszar recept

Rok 2022 obejmował szereg koniecznych zmian w SI NFZ w obszarze rozliczania, weryfikacji i walidacji danych o realizacji recept przekazywanych przez apteki. Zgodnie z ustawą o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa utworzono dodatkową grupę kosztową „UA", która pozwoliła na prawidłowe ujęcie kosztów refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych i przekazanie ich do rozliczenia z MZ. Kontynuowano rozpoczęte w 2021 r. prace nad wdrożeniem rozwiązania umożliwiającego pobieranie obrazu recept z systemu P1. Rozwiązanie to docelowo umożliwi jednoczesny eksport wielu obrazów recept w formacie PDF oraz uzupełnienie informacji wynikowych o status rozliczenia recepty. Dostosowanie znacząco ułatwi rozliczanie i weryfikację recept. Prowadzono także dalsze prace dostosowawcze nad stworzeniem w Portalu SZOI/SNRL oraz Portalu Świadczeniodawcy/ Personelu nowego rodzaju komunikatu umożliwiającego zwrotne przekazywanie danych w załącznikach do NFZ

od świadczeniodawców /aptek/ personelu. Zakończenie prac przewidziane jest w sierpniu 2023 roku.

CBWiD – Centralna Baza Wniosków i Decyzji

W ubiegłym roku wprowadzono zmiany służące ergonomii użytkowania portalu CBWiD. Dodano subskrypcję powiadomień, dzięki czemu każdy użytkownik portalu CBWiD w OW NFZ ma możliwość zdefiniowania powiadomień, które będą przychodzić na adres poczty elektronicznej. Wprowadzono monitorowanie czasu na wydanie decyzji; tj. w części dla OW NFZ system CBWiD wylicza termin 15 dni roboczych na wydanie decyzji dla wniosku. Poszerzono funkcjonalności CBWiD o funkcje serwisowe związane z cofaniem statusu wniosku. Ponadto dokonano szeregu zmian w raportach, takich jak nowe nagłówki kolumn raportu, dostosowanie formatu w kolumnach oraz zmian służących poszerzeniu obszaru pozyskiwanych danych. W ramach usprawnień na poziomie świadczeniodawców, rozdzielono dostęp do listy wniosków o rozliczenie indywidualne (RI) i listy wniosków RDTL. Poprawiono szybkość działania funkcji umożliwiającej wyświetlanie, obok kodów słownikowych, nazw dla zakresów świadczeń, świadczeń, rozpoznań, procedur, grup JGP na podglądzie wniosku oraz w pomocniczej postaci wniosku generowanej jak dokument PDF.

RDTL – Ratunkowy dostęp do technologii lekowych

W 2022r. został oddany do użytku portal RDTL będący częścią systemu CBWiD. Nowy portal służy do obsługi procesu wnioskowania o ratunkowy dostęp do technologii lekowych. Proces ten obejmuje złożenie wniosku, opiniowanie przez konsultanta medycznego, wydanie decyzji. Na podstawie odpowiednich uprawnień system jest dostępny dla 4 grup użytkowników: świadczeniodawców, konsultantów medycznych, operatorów OW NFZ oraz operatorów centrali NFZ. W aplikacji są dostępne 2 modele obsługi wniosków: obsługa tradycyjna i elektroniczna. W przypadku modelu elektronicznego zaimplementowano możliwość podpisywania dokumentów w formacie PDF podpisem kwalifikowanym, profilem zaufanym lub podpisem osobistym. System jest wciąż rozwijany i sukcesywnie ulepszany. Niewątpliwym udogodnieniem dla użytkowników jest zaimplementowany mechanizm powiadomień dla operatorów NFZ i konsultantów medycznych.

Portal Gdzie się Leczyć

W 2022 roku wprowadzono szereg udogodnień dla klientów w portalu Gdzie się Leczyć. W szczególności dostosowano przeglądarkę GSL do standardu WCAG 2.1 i zamieszczono Deklarację Dostępności wymaganą przepisami ustawy z dnia 4 kwietnia 2019 r. o dostępności cyfrowej stron internetowych i aplikacji mobilnych podmiotów publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 848, z późn.zm.) Udostępniono klientom informacje o czasowym zawieszeniu udzielania świadczeń przez świadczeniodawców. Dostosowano system do potrzeb właściwego przetwarzania danych. Przedstawiono w wyszukiwarce dane dotyczące jedynie podpisanych umów ze świadczeniodawcami, którzy mogą realizować świadczenia w zakresie Profilaktyki 40+. Rozpoczęto również prace umożliwiające wyszukiwanie aktualnych realizatorów szybkiej terapii onkologicznej zarówno w wyszukiwarce uniwersalnej, jak i z poziomu sekcji „Przychodnie i szpitale”.

Rejestr Endoprotezoplastyk

Rejestr Endoprotezoplastyk (RE) dawniej Centralna Baza Endoprotezoplastyk (CBE) pozwala rejestrować informacje o endoprotezach stawów wszczepionych przez świadczeniodawców, którzy zawarli umowy z NFZ na udzielanie tych świadczeń oraz wykonujących takie zabiegi komercyjnie. Rok 2022 to dalszy rozwój aplikacji, mający na celu optymalizację pracy zarówno pracowników NFZ, jak i świadczeniodawców pod kątem sprawozdawczości. Wprowadzono modyfikację i ujednolicenie nazewnictwa pól w poszczególnych zakładkach aplikacji RE, utworzono nowe funkcje wyszukiwania ankiet również po numerze księgi głównej oraz automatyzację weryfikacji operowanej strony z ankietami. Słownik endoprotez został zasilony nowymi produktami (ok. 5 000 pozycji).

Elektroniczny System Monitorowania Programów Lekowych (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 2022 roku otwarto 78 zgłoszeń (w tym również nadzory autorskie) obejmujących budowę lub modyfikację rejestrów SMPT dla programów lekowych, z czego 11 inicjowało budowę nowych rejestrów, a 67 zgłoszeń dotyczyło modyfikacji już istniejących rejestrów, w tym również dodania nowych substancji czynnych do programów lekowych. Dodatkowo w 2022 r. zrealizowano niezbędne zmiany w systemie umożliwiające korzystanie ze świadczeń w zakresie programów lekowych pacjentom z uprawnieniami UKR.

W 2022 roku uruchomiono pierwsze rejestry dla programów lekowych realizowanych w ramach Funduszu Medycznego oraz umożliwiono korzystanie z systemu Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji.

Automatyzacja procesu rozliczania - szczepienia ochronne przeciw COVID-19

W październiku 2022 r. – we współpracy z CeZ – na podstawie zarządzenia nr 118/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 września 2022 r. zmieniającego zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 uruchomiono zautomatyzowany proces sprawozdawania i rozliczenia tego produktu przez świadczeniodawców na analogicznych zasadach jak dla rozliczenia profilaktyki 40 PLUS i szczepień grypy (sprawozdawany wyłącznie za pośrednictwem systemu informatycznego Centrum e-Zdrowia i przekazywany do systemów informatycznych oddziałów wojewódzkich Funduszu z wykorzystaniem elektronicznego komunikatu sprawozdawczego SWCeZ.

Przekazywanie poprzez eWUŚ informacji o posiadaniu uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej na mocy ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy

W 2022 r. w systemie eWUŚ (aplikacja webowa oraz współpracujące usługi) uruchomiono proces przekazywania informacji o nowym rodzaju uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej. Celem udostępnienia tego dodatkowego rodzaju statusu było przekazanie świadczeniodawcom informacji o prawie do świadczeń przysługującym osobom na mocy ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy.

SIMP

W ramach Systemu Informatycznego Monitorowania Profilaktyki (SIMP) w listopadzie 2022 roku. uruchomiony został nowy Program badań przesiewowych raka jelita grubego. Program skierowany jest do osób w wieku 50 – 65 lat (grupa docelowa) i osób z grupy potencjalnego ryzyka w wieku 40-49 lat. Ze względu na ograniczenia wiekowe oraz wyłączenie z programu osób będących w trakcie leczenia i osób u których kolonoskopia została wykonana w okresie ostatnich 10 lat przygotowany został mechanizm weryfikacji udziału osób w badaniu profilaktycznym raka jelita grubego. Udostępnione funkcjonalności umożliwiają rejestrację na badanie, wprowadzenie ankiety badania profilaktycznego (kwalifikacja do programu), wprowadzenie danych dotyczących przebiegu i wyniku badania, zatwierdzenie badania, generację rachunku i rozliczenie świadczenia. System generuje wydruki na poszczególnych etapach realizacji badania, które są dostępne do pobrania w dowolnym momencie po ich wygenerowaniu. W trakcie zmiany są usługi sieciowe. Rozszerzona o profilaktykę raka jelita grubego zostanie usługa rejestrująca badania w SIMP oraz usługa weryfikująca uprawnienia do profilaktyki.

Zintegrowany System Informatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia (ZSI NFZ)

W 2022 roku prace nad budową Zintegrowanego Systemu Informatycznego NFZ były kontynuowane, a funkcję Właściciela Programu Budowy ZSI NFZ powierzono zastępcy Prezesa NFZ ds. Operacyjnych. Zgodnie z założeniami realizacji Programu celem pierwszego z zaplanowanych projektów „Feniks" Budowa ZSI NFZ – etap 1 – podstawy" jest wyłonienie podstaw merytorycznych (założeń i architektury wysokopoziomowej) oraz przeprowadzenie analiz i prac studyjnych niezbędnych do uruchomienia procesu wytwarzania nowego Zintegrowanego Systemu Informatycznego NFZ W 2022 r. kontynuowane były prace nad System Wspomagania Zarządzania Zasobami (SWZZ) – rozwiązaniem klasy ERP, który docelowo zastąpi obecne systemy finansowo-księgowe oraz kadrowo-płacowe we wszystkich Oddziałach Wojewódzkich i Centrali NFZ. Umowa na wdrożenie SWZZ została podpisana w dniu 11.03.2022 r. Kontynuowano również współpracę z obecnymi dostawcami systemów informatycznych dla NFZ w zakresie wytworzenia interfejsów integracyjnych zapewniających ciągłość działania pomiędzy „starym" a „nowym" systemem.

W ramach kolejnych prac związanych z budową ZSI NFZ toczą się postępowania o zamówienie publiczne na: Wsparcie analityczne w zakresie analizy biznesowo-systemowej, Wytwarzanie oprogramowania, Integrację oprogramowania w ramach Budowy Zintegrowanego Systemu Informatycznego NFZ wraz nadzorem jakości architektury, produktów wytwarzania i testami.

W 2022 r. zakończono prace związane z projektem budowy bazy teleadresowej, która jest bazą referencyjną do budowy bazy CRM (Customer Relationship Management). Wynikiem prac jest: dedykowany system do zarządzania danymi teleadresowymi klientów NFZ, interfejs importu z CWU danych personalnych, adresowych i kontaktowych klientów NFZ. 3. Interfejs uniwersalny do pozyskiwania danych adresowych i kontaktowych z dodatkowych źródeł, usługa weryfikacji tożsamości Klientów, usługa zdalnej autoryzacji klientów (kody autoryzacyjne przekazywane poprzez e-mail /SMS), usługa wysyłania masowej korespondencji do definiowanej grupy odbiorców, moduł raportowy, podręczniki użytkowników w podziale na role systemowe. Celem wdrożenia kompleksowego systemu obsługi relacji z klientami jest poprawa efektywności czasowej i jakościowej procesów obsługi klientów przez Fundusz, realizowanych w ramach obsługi bezpośredniej, telefonicznej oraz korespondencyjnej, poprzez zapewnienie wsparcia czynności wykonywanych przez pracowników poprzez dostęp do kompleksowej informacji dotyczącej klienta. Informacje te NFZ gromadził w wielu systemach wewnętrznych. Kontynuacja projektu wprowadzenia systemu CRM jest realizacją Strategii NFZ na lata 2019-2023 i wpłynie na poprawę oceny Funduszu jako Instytucji dbającej o zapewnienie wysokiego standardu obsługi, szanującej czas i potrzeby klientów oraz otwartej na wdrażanie nowych rozwiązań technologicznych. System CRM umożliwi dostęp do historii wszystkich kontaktów z konkretnym klientem w poszczególnych kanałach (m.in. wnioskach, złożonych skargach i innych dokumentach, pismach skierowanych do pacjenta, prowadzonych postępowaniach, wizytach w Sali Obsługi Klientów (SOK), spersonalizowanych kontaktach telefonicznych i mailowych) oraz do ich tematyki, zapewni możliwość dodawania na bieżąco informacji o wizytach w SOK, czy przeprowadzonej rozmowie telefonicznej. Docelowo możliwe będzie m.in. połączenie systemu z usługą elektroniczną umożliwiającą klientowi rezerwację wizyty w SOK. Zakłada się także możliwość budowy funkcjonalności pozwalających na dostęp do danych o akcjach profilaktycznych, w których brał udział klient lub funkcjonalności wspierających typowanie udziału obsługiwanego klienta w takich akcjach, na podstawie zdefiniowanych cech. Jako system referencyjny wykorzystany zostanie CWU. Wdrożone narzędzie w obsłudze bezpośredniej pozwoli na realizację przez klienta kilku rodzajów spraw w ramach jednego stanowiska, wymagających obecnie najczęściej obsługi przez kilka stanowisk np. założenie konta IKP, wydanie karty EKUZ, załatwienie spraw dot. leczenia uzdrowiskowego lub wyjaśnienie sytuacji ubezpieczeniowej. Zakłada się, że system będzie mógł wspierać również realizację nowych usług oferowanych klientom przez Fundusz w kanale telefonicznym, przy założeniu wypracowania rozwiązania zapewniającego bezpieczną autoryzację klienta w odniesieniu do usług oferowanych w kanale telefonicznym i elektronicznie, w tym na portalach dla klientów. Budowa systemu będzie kontynuowana w kolejnych latach. W 2022 r. zostały opracowane założenia wyglądu głównych elementów graficznych dla oprogramowania wytwarzanego w ramach Programu Budowy ZSI NFZ. Rozpoczęto również prace związane z uruchomieniem nowego modułu pn. Centrum Słowników. Celem projektu jest pozyskanie modułu do centralnego zarządzania słownikami, które powstają w NFZ – moduł ten jest niezbędny dla powstającego ZSI NFZ. Efektem wdrożenia modułu będzie standaryzacja i podniesienie jakości danych w systemach NFZ.

Opracowanie modelu kompleksowego systemu obsługi relacji z klientami (BTA/CRM)

Od 2020 r. Departament Obsługi Klientów i Profilaktyki Centrali NFZ realizuje projekt budowy i wdrożenia systemu klasy CRM. Projekt jest realizowany metodyką zwinną we współpracy z Departamentem Informatyki. W prace projektowe zostali włączeni również przedstawiciele innych departamentów, a także naczelnicy Wydziałów Obsługi Klientów i Profilaktyki z oddziałów wojewódzkich NFZ. Intensywna współpraca z wszystkimi interesariuszami projektu, ma służyć zbudowaniu systemu, który spełni bieżące i przyszłe potrzeby pracowników oraz organizacji. Projekt budowy i wdrożenia systemu klasy CRM stanowi realizację Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023. Jego produkty mają wpłynąć na poprawę oceny Funduszu, jako instytucji dbającej o zapewnienie wysokiego standardu obsługi, szanującej czas i potrzeby klientów oraz otwartej na wdrażanie nowych rozwiązań technologicznych. Celem wdrożenia kompleksowego systemu obsługi relacji z klientami jest poprawa jakości obsługi klientów przez Fundusz, realizowanych w ramach obsługi bezpośredniej, telefonicznej oraz korespondencyjnej. Docelowo system CRM ma na celu poznanie i zrozumienie potrzeb klientów oraz ich zaspokojenie poprzez działania organizacji i spersonalizowane produkty oraz usługi. Skutecznie wdrożony system zapewni możliwość przetwarzania dużej liczby informacji dotyczącej klientów oraz integrację danych w docelowym systemie CRM. Wdrożenie systemu pozwoli na pozyskiwanie przekrojowych informacji o kliencie, co umożliwi dopasowanie nowych produktów i usług do bieżących potrzeb, ze szczególnym uwzględnieniem działań profilaktycznych oraz dotyczących zdrowego stylu życia.

Sposób pracy

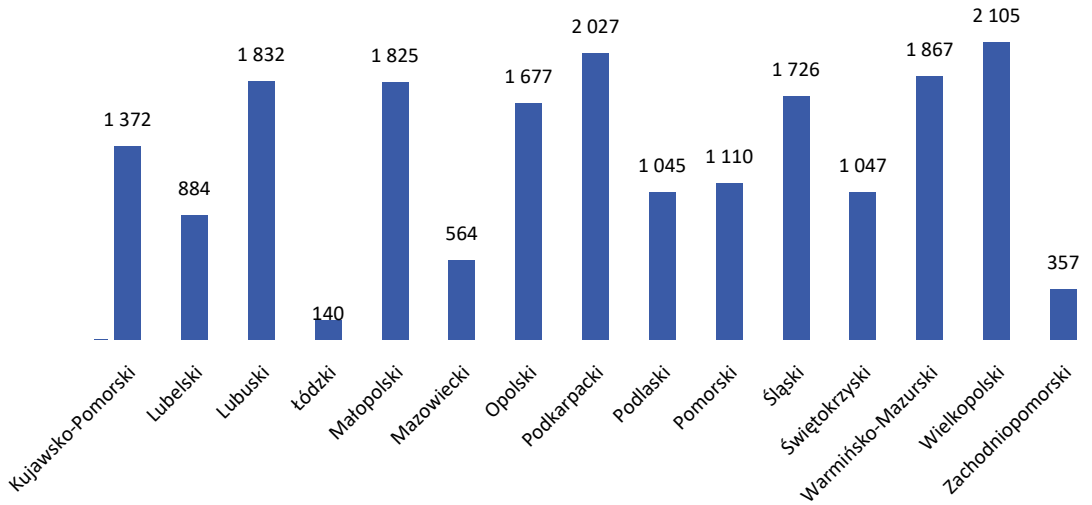
Projekt BTA/CRM realizowany jest metodyką zwinną, a samo wytwarzanie produktu realizowane jest przyrostowo. Takie podejście umożliwia dostosowywanie się do zmian w organizacji i przyczynia się do wytworzenia produktu, który będzie spełniał bieżące potrzeby właściciela biznesowego. Rozwój produktu podzielony jest na iteracje, zwane sprintami. Po każdym sprincie Wykonawca dostarcza działającą wersję produktu, a warunkiem odbioru wytworzonych funkcjonalności jest pozytywny wynik przeprowadzonych testów systemu.

Pierwszy produkt projektu – Baza teleadresowa (BTA)

Pierwsze półrocze 2022 r. było poświęcone pracom nad zbudowaniem i uruchomieniem pierwszego produktu projektu, czyli Bazy teleadresowej (BTA). System został udostępniony użytkownikom 16 sierpnia 2022 r. Jego uruchomienie zostało poprzedzone szkoleniami użytkowników oraz pilotażem w trzech oddziałach wojewódzkich NFZ : małopolskim, opolskim i lubelskim. BTA to centralny system do zarządzania danymi klientów NFZ. Dane zgromadzone w systemie to dane personalne, adresowe oraz kontaktowe (numer telefonu, adres e-mail). Do tej pory dane te były rozproszone w wielu niepowiązanych ze sobą systemach. Głównym źródłem danych zgromadzonych w BTA jest Centralny Wykaz Ubezpieczonych. To stamtąd są codziennie importowane dane personalne, adresowe i kontaktowe klientów. Dodatkowym źródłem danych mają być dane z systemu P1 Centrum e-Zdrowia – CeZ nadal pracuje nad przygotowaniem mechanizmu przekazywania danych. Dodatkowo dane

kontaktowe i adresowe są aktualizowane ręcznie przez pracowników obsługi bezpośredniej w Funduszu.

Wykres nr VIII.1. Liczba klientów, którym zaktualizowano dane w trakcie obsługi bezpośredniej w okresie od 16 sierpnia do 31grudnia 2022 r



W analizowanym okresie zaktualizowano łącznie dane 20 555 osób, co stanowi 3,3% wszystkich klientów obsłużonych na salach obsługi klientów NFZ.

Liczba aktualizacji danych stanowi również jeden z mierników obciążenia pracą pracowników obsługi bezpośredniej. Zebranie danych kontaktowych klientów w jednym systemie będzie stanowić bazę dla dalszych działań profilaktycznych m.in. informowania ich o dostępnych programach profilaktycznych za pośrednictwem wiadomości SMS lub wiadomości e-mail. W związku z tym, pracownicy NFZ pytają klientów o wyrażenie zgody na otrzymywanie spersonalizowanych powiadomień na temat dostępnych programów oraz akcji profilaktycznych. W 2022 r. taką zgodę wyraziło łącznie 11 402 klientów, z czego większość, bo 9 862 to zgody klientów na otrzymywanie wiadomości na podany numer telefonu.

Prace związane z wdrożeniem docelowego systemu klasy CRM

Druga połowa roku dotyczyła opracowania wymagań dla docelowego systemu CRM. Zgodnie z założeniami biznesowymi, CRM będzie składał się z 4 modułów.

1. Moduł operacyjny – służący do obsługi procesów związanych z obsługą klienta oraz toczących się spraw. System CRM umożliwi dostęp do historii wszystkich kontaktów z konkretnym klientem w poszczególnych kanałach oraz do ich tematyki. Moduł ten umożliwi rejestrację kontaktu osobistego, telefonicznego oraz korespondencyjnego. Obszar ten będzie gromadził dane o akcjach profilaktycznych, w których brał udział klient. Na podstawie tych danych będzie możliwe typowanie udziału obsługiwanego klienta w kolejnych akcjach. Dzięki temu, w trakcie obsługi bezpośredniej lub telefonicznej będzie możliwe poinformowanie klienta o dostępnych dla niego programach profilaktycznych wraz ze wskazaniem najbliższej placówki, gdzie z takiej usługi będzie mógł skorzystać.
2. Moduł integracyjny – służący do integracji z systemami do obsługi procesów biznesowych. W wyniku przeprowadzonej analizy i konsultacji z innymi komórkami merytorycznymi, została zebrana lista 27 procesów biznesowych związanych z obsługą spraw klientów,

które zostaną zaimplementowane do systemu CRM. System CRM pozwoli na zebranie w jednym miejscu informacji o sprawach klienta, które do tej pory były rozproszone w wielu, niepowiązanych ze sobą systemach.

3. Moduł analityczny – umożliwiający generowanie raportów ze zdefiniowanych obszarów oraz zapewniający transparentność realizacji procesów biznesowych oraz rozliczalność pracowników.
4. Moduł administracyjny – umożliwiający zarządzenie systemem oraz procesami związanymi z realizacją spraw klientów. W tym obszarze możliwe będzie również zarządzanie uprawnieniami użytkowników oraz dostępami do różnych kategorii danych.

System CRM będzie systemem skalowalnym i będzie przyrastał wraz z potrzebami organizacji. Ma on zapewniać samodzielne definiowanie nowych procesów dotyczących spraw klienta odpowiadając na ciągle zmieniającą się rzeczywistość. Zgodnie z obecnie obowiązującym harmonogramem wdrożenie właściwego systemu CRM przypadnie na lata 2023-2024. Realizując zasady zwinności system CRM będzie wdrażany w trzech etapach:

Etap 1: Wdrożenie systemu, w którym będzie możliwe gromadzenie i odnotowywanie informacji o kontakcie i tematyce kontaktu klienta z organizacją.

Etap 2: Rozbudowa systemu o gromadzenie informacji o bieżącym statusie sprawy klienta, na podstawie której pracownicy NFZ będą mogli udzielać informacji na jakim etapie jest realizowana sprawa. Na tym etapie nastąpi integracja z istniejącymi już systemami źródłowymi.

Etap 3: Rozbudowa systemu o zaawansowany moduł raportowy z uwzględnieniem pulpitów menadżerskich.

System CRM umożliwi pracownikom obsługi bezpośredniej udzielenie kompleksowej informacji przy użyciu jednego systemu, co pozwoli na efektywne wykorzystywanie czasu pracy pracowników, a także przyczyni się do podniesienia jakości obsługi klientów.

VIII.3.2. Infrastruktura

Rozwój systemów informatycznych jest procesem ciągłym, wymagającym stałego inwestowania i modernizacji w zakresie infrastruktury sprzętowej (serwery, macierze, urządzenia sieciowe i bezpieczeństwa), platformy wirtualizacyjnej i oprogramowania wspomagającego. Dlatego w 2022 roku kontynuowano projekty i inwestycje infrastrukturalne mające na celu usprawnienie funkcjonowania systemów informatycznych NFZ, dążące do podniesienia ich wydajności i dostępności oraz bezpieczeństwa przetwarzania danych.

Standardy jakości obsługi wprowadzane w Salach Obsługi Klientów (SOK) w 2022 roku

Fundusz wychodząc naprzeciw potrzebom klientów stale podnosi jakość realizowanych usług oraz standardów w salach obsługi klientów NFZ. Jednym z głównych założeń jest przełamywanie barier architektonicznych, poprzez wprowadzenie zmian w infrastrukturze sal obsługi klientów NFZ.

Tabela nr VIII.3. Zmiany w infrastrukturze oddziałów wojewódzkich NFZ w 2022 r.

Nazwa OW NFZ	Rodzaj placówki NFZ	Adres placówki NFZ	Zakres oraz data zmian w infrastrukturze
Śląski oddział wojewódzki NFZ	Punkt Obsługi Klientów	Gliwice, ul. Wincentego Pola 7	Zamknięcie 30.03.2022 r.
	Punkt Obsługi Klientów	Ruda Śląska, ul. Niedurnego 34	Otwarcie 27.04.2022 r.

Realizacja ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w NFZ

NFZ dostosowuje się do wymogów ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. W tym zakresie dba o dostępność: informacyjno-komunikacyjną, architektoniczną i cyfrową.

NFZ prowadzi szereg działań zapewniających dostępność:

1. Powstały nowe odsłony prowadzonych przez NFZ portali – Akademia NFZ i Diety NFZ – z uwzględnieniem wymogów dostępności cyfrowej. W nowym projekcie NFZ – BTA NFZ, czyli Baza Teleadresowa Narodowego Funduszu Zdrowia – zadbano o przestrzeganie standardów dostępności.
2. W Centrali NFZ i w każdym oddziale wojewódzkim NFZ jest koordynator dostępności, który dba o dostosowanie placówek NFZ do potrzeb pracowników i pacjentów.
3. Zapewnione są różne kanały kontaktu z NFZ: kontakt osobisty, wspierany pętlami indukcyjnymi, kontakt telefoniczny, czat, wideorozmowy z tłumaczem języka migowego, e-mail.
4. Na bieżąco wprowadzane są informacje o dostępności architektonicznej i informacyjno-komunikacyjnej sal obsługi klientów Narodowego Funduszu Zdrowia we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ – zarówno na stronie głównej NFZ, jak i na współtworzonym przez NFZ portalu pacjent.gov.pl.
5. Strony internetowe i aplikacje prowadzone przez NFZ są monitorowane pod względem dostosowania do standardów WCAG 2.1.
6. Na stronie internetowej NFZ został wprowadzony zaktualizowany „Wniosek o zapewnienie dostępności" dla osób ze szczególnymi potrzebami.
7. Prowadzone są cykliczne szkolenia kwartalne na temat dostępności dla nowych pracowników NFZ.

Wdrażane są również programy i projekty kierowane do klientów NFZ ze szczególnymi potrzebami:

1. W oddziałach wojewódzkich NFZ uruchomiono tzw. „Cichą godzinę". „Cicha godzina" to czas ograniczenia bodźców wzrokowych i słuchowych, których nadmierne natężenie jest szczególnie uciążliwe dla osób w spektrum autyzmu. W każdy wtorek od 14.00 do 15.00 w salach obsługi klientów NFZ panują specjalne warunki. Światła są wygaszone lub przyciemnione, a telefony i komunikaty głosowe wyciszone. Rozmowy są prowadzone – zarówno przez pracowników, jak i klientów – w sposób cichy i niezakłócający spokoju.

Osoby ze szczególnymi potrzebami oraz ich opiekunowie mogą zarezerwować „cichą" wizytę w oddziale wojewódzkim NFZ poprzez stronę internetową oddziału lub telefon, dzwoniąc na Telefoniczną Informację Pacjenta.

2. Wdrożona, a następnie udoskonalona została usługa e-Doradcy w oddziałach wojewódzkich NFZ. Głównym celem projektu jest umożliwienie klientom NFZ kontaktu z pracownikami sal obsługi klientów NFZ za pośrednictwem wideokonferencji.

VIII.4. Wybrane projekty realizowane przez Fundusz

VIII.4.1. Projekt POZ PLUS (Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS)

W oparciu o umowę zawartą pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a NFZ w dniu 28 listopada 2017 roku, NFZ rozpoczął realizację projektu pozakonkursowego pt.: „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa - model POZ PLUS". Termin realizacji: 01.10.2017-31.05.2022 r.

Celem projektu jest pilotażowe wdrożenie modelu opieki koordynowanej na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, tzw. modelu POZ PLUS, co wpłynie na zwiększenie efektywności systemu opieki zdrowotnej na poziomie POZ oraz poprawę jakości opieki zdrowotnej w wyniku polepszenia systemu organizacji świadczeń. Nowy model organizacji świadczeń POZ PLUS to strategia zogniskowana na pacjenta i zmieniająca system realizacji świadczeń oparty w dużej mierze na opiece stacjonarnej w model o większej elastyczności wykorzystując instrumenty profilaktyki w odpowiedzi na rosnący popyt i współczesne wyzwania w sektorze zdrowia.

Cele szczegółowe projektu POZ PLUS to: poprawa obsługi pacjentów przez świadczeniodawców, zwiększenie oferty opieki kompleksowej nad pacjentem, zwiększenie zakresu programów profilaktycznych, poprawa jakości usług medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki medycznej, zwiększenie liczby świadczeń medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki medycznej, poprawa koordynacji usług medycznych świadczonych na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

W 2022 roku wykonywano zadania podsumowujące realizację całości projektu. W szczególności prace skupione były na uruchomieniu nowej wersji platformy, jako narzędzia współpracy wzajemnej płatnika ze świadczeniodawcami na potrzeby pilotażowego wdrażania modelu oraz udostępnieniu narzędzi wsparcia dla pacjenta, które miały być dostępne publicznie również po zakończeniu pilotażu. W ramach prowadzonych prac zrealizowano następujące komponenty:

- udostępniono narzędzie generowania planów żywieniowych dla dietetyków wykonujących porady edukacyjne w projekcie POZ PLUS;
- opracowano repozytorium materiałów dla pracowników świadczeniodawców POZ PLUS udzielających porad edukacyjnych w zakresie zdrowego stylu życia jak również dla samych pacjentów;

- dostosowano dokumenty dla pacjentów do wymogów dokumentacji medycznej zgodnie z PIK HL7CDA co umożliwi finalnie zaimplementowanie ich na IKP. Dostosowaniu podlegały: kwestionariusz bilansowy, IPPZ, IPOM, kwestionariusz wizyty edukacyjnej oraz kwestionariusz wizyty edukacyjnej kontrolnej;
- utworzono odrębny portal dedykowany opiece koordynowanej do wymiany informacji pomiędzy realizatorami POZ PLUS a płatnikiem[25];
- opracowano szkolenia e-learningowe i blended learning: ABC Promocji zdrowia (szkolenie e-learningowe); cykl szkoleń stacjonarnych dla lekarzy rodzinnych i fizjoterapeutów z zakresu realizacji i rekomendacji fizjoterapii (03.11.2018 Gdańsk, 10.11.2018 Katowice, 23.11.2018 Wrocław, 08.12.2018 Łódź, 14.12.2018 Warszawa); Szkolenie Ocena palpacyjna mięśni oraz szkolenie z udzielania świadczeń w formie teleporad medycznych;
- publikacje edukacyjne: Opieka koordynowana. Lepiej i taniej; ebook dla pacjenta z zespołem metabolicznym; ebook - wczesne wykrywanie i leczenie depresji; komependium wiedzy o depresji; ebook Indywidualny program Odżywiania dla pacjentów z zespołem metabolicznym; Komunikacja interpersonalna i w social mediach - dla realizatorów POZ PLUS - zestaw praktycznych wskazówek dla podmiotów leczniczych w zakresie zachęcania pacjentów do udziału w badaniach profilaktycznych, ale również wskazówek dotyczących codziennej, podstawowej rozmowy między pacjentem, a personelem medycznym; ebook dla edukatora zdrowotnego oraz Przewodnik wdrożenia opieki koordynowanej w POZ;
- filmy instruktażowe dla pacjentów: Ocena palpacyjna mięśni, automasaż w: zespole bolesnego barku, dolegliwościach bólowych stawu biodrowego, dolegliwościach bólowych odcinka lędźwiowo-krzyżowego, dolegliwościach bólowych odcinka piersiowego kręgosłupa, dolegliwościach bólowych kręgosłupa odcinka szyjnego;
- filmy edukacyjne dla personelu świadczeniodawców z zakresu m.in. organizacji pracy i komunikacji z pacjentem: System identyfikacji pacjentów do badań bilansowych, Organizacja pracy w przychodni, Tworzenie efektywnego zespołu, Przygotowanie systemu IT, Metody zapraszania pacjentów do programów medycznych, Przykładowe scenariusze prowadzenia rozmów z pacjentami, Wsparcie pacjentów w realizacji IPOM, Organizacja edukacji dla pacjentów, Postępowanie po hospitalizacji;
- katalog innych forma pomocy pacjentowi • aplikacje edukacyjne mobilne – dla osób ze stanami zwyrodnieniowymi stawów, z wykorzystaniem filmów z fizjoterapii oraz planów usprawniających[26]; self-management w 5 chorobach przewlekłych[27].

Zgodnie z założeniami projektu i zarządzeniem Prezesa NFZ nr 23/2018/DAIS (z późn. zm.) w sprawie programu pilotażowego opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej „POZ PLUS wybrani do pilotażu świadczeniodawcy zakończyli realizacje umów o realizacje

[25] https://koordynowana.nfz.gov.pl

[26] https://mojefizjo.nfz.gov.pl

[27] https://mojezdrowie.nfz.gov.pl

pilotażu z dn. 30.09.2021 r. W pilotażu w okresie 01.07.2018 - 30.09.2021 r. wzięło udział łącznie 47 realizatorów, u których przeprowadzono u pacjentów 51 203 bilansów zdrowia oraz 38 625 osobom udzielono świadczeń w programie zarządzania chorobą przewlekłą. Zgodnie z założeniami modelu opieki koordynowanej w podstawowej opiece zdrowotnej realizatorzy pilotażu zatrudnili koordynatorów opieki łącznie na 70 etatach przeliczeniowych. Szczegółowe dane dotyczące liczby zrealizowanych świadczeń dostępne są na platformie projektowej[28] oraz na portalu ezdrowie.gov.pl.

W dniach 8-9 grudnia 2021 r. odbyła się dwujęzyczna konferencja online, podsumowująca wyniki dwóch projektów: PILOTAŻ POZ PLUS oraz SCIROCCO EXCHANGE pn. „OPIEKA KOORDYNOWANA W POLSCE – INTEGRATED CARE IN POLAND".

Prezentowane na konferencji wyniki pilotażu zostały opublikowane w formie raportów ewaluacyjnych. Najistotniejsze z nich to: „Rozwój podstawowej opieki zdrowotnej w Polsce – ocena POZ Plus", „Analiza narzędzi PROM/PREM/HLS – wyniki II tury badań ankietowych", które można znaleźć na stronie https://koordynowana.nfz.gov.pl/raporty-poz-plus.

VIII.4.2. Wypracowanie i wdrożenie systemu kompleksowej oceny funkcjonalnej w rehabilitacji z wykorzystaniem doświadczeń i rozwiązań zagranicznych

Projekt realizowany jest na podstawie Umowy nr UDA-POWR.04.03.00-00-0025/19-00 o dofinansowanie Projektu: „Wypracowanie i wdrożenie systemu kompleksowej oceny funkcjonalnej w rehabilitacji z wykorzystaniem doświadczeń i rozwiązań zagranicznych" w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, zawartej w Warszawie w dniu 30 grudnia 2020 r. pomiędzy Skarbem Państwa – państwową jednostką budżetową Centrum Projektów Europejskich a NFZ, działającym w imieniu własnym i na swoją rzecz oraz w imieniu i na rzecz Partnerów: Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki oraz Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt. Projekt ma na celu wypracowanie i wdrożenie systemu kompleksowej oceny funkcjonalnej w rehabilitacji. W ramach Projektu zostaną opracowane standardy oceny funkcjonalnej, które pozwolą na jednolity opis pacjentów, korzystających z rehabilitacji w formie stacjonarnej oraz w formie ambulatoryjnej.

Do ujednolicenia oceny funkcjonalnej pacjenta zastosowana będzie Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Wdrożone standardy oceny funkcjonalnej pozwolą na wprowadzenie jednolitego systemu planowania wsparcia pacjenta. W wybranych ośrodkach medycznych świadczących rehabilitację w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym, które wdrożą nowe rozwiązania we współpracy z Partnerem Ponadnarodowym, oceniana będzie jakość i efektywność rehabilitacji leczniczej na poziomie pacjenta oraz podmiotu realizującego usługi rehabilitacyjne a także wszystkich uczestników procesu rehabilitacji.

Ze względu na charakter, zakres i czas realizacji, projekt został podzielony na zadania: przygotowanie nowego rozwiązania we współpracy z partnerem ponadnarodowym, przetestowanie wypracowanych rozwiązań we współpracy z partnerem ponadnarodowym,

[28] https://koordynowana.nfz.gov.pl/poz-plus

analiza efektów testowanych rozwiązań wspólnie z partnerami ponadnarodowymi, wdrożenie nowego rozwiązania do praktyki, wypracowanie rekomendacji w celu zapewnienia skutecznej trwałości stosowania rozwiązania w praktyce.

Projekt zakłada przygotowanie i pilotażowe wdrożenie ICF do oceny stanu funkcjonalnego pacjenta a tym samym badanie wyników zastosowanego leczenia.

Pilotaż obejmie 10 podmiotów świadczących usługi rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej, które podpiszą umowę z Instytutem Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki na testowanie rozwiązań. Spośród tych 10 podmiotów zostanie zrekrutowana grupa specjalistów zajmujących się zarówno diagnozą funkcjonalną pacjentów, którzy korzystają z rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej jak również prowadzeniem rehabilitacji dla tych pacjentów a 320 pracowników oddziałów rehabilitacyjnych podniesie swoje kompetencje w zakresie wdrożenia ICF. W ramach projektu uczestniczyło będzie 1 500 pacjentów, z tego 1 000 korzystających z rehabilitacji w formie stacjonarnej oraz 500 w formie ambulatoryjnej. Sposób organizacji ich rehabilitacji będzie zgodny z obecnie obowiązującymi zasadami. Ich udział w projekcie będzie związany z przetestowaniem opracowanych systemów informatycznych i materiałów do oceny efektywności rehabilitacji.

Rezultatem projektu będzie opracowany nowy standard oceny efektywności prowadzonych działań rehabilitacyjnych, który zostanie wdrożony do praktyki poprzez Zarządzenie Prezesa NFZ, a oddziały rehabilitacyjne będą sprawozdawały efekty rehabilitacji.

Poprzez realizację projektu polscy pacjenci, w tym także osoby czasowo lub trwale niepełnosprawne, będą w sposób jednolity oceniani wg ICF, co pozwoli na wprowadzenie jednolitej oceny efektywności i jakości usług rehabilitacyjnych.

Łączna wysokość wydatków kwalifikowalnych Projektu wynosi prawie 14 097 tys. zł w tym: dofinansowanie w kwocie prawie 13 674 tys. zł, z następujących źródeł: ze środków europejskich w kwocie ponad 13 292 tys. zł oraz ze środków dotacji celowej w kwocie prawie 382 tys. zł; wkład własny w kwocie prawie 423 tys. zł.

Ramy czasowe projektu określono od 1 października 2020 r. do 30 września 2023 r.

W ramach projektu „Wypracowanie i wdrożenie systemu kompleksowej oceny funkcjonalnej w rehabilitacji z wykorzystaniem doświadczeń i rozwiązań zagranicznych" w 2021 r. Zespół ekspertów zakończył działania w ramach zadania 1. związanego z wypracowywaniem zasad kompleksowej oceny funkcjonalnej z uwzględnieniem dostępności dla różnych grup osób w tym z niepełnosprawnościami. W rama realizacji zadania 1 zostały przygotowane:

- ekspertyza pt. „Koncepcja kompleksowej oceny funkcjonalnej pacjentów w różnych środowiskach opieki zdrowotnej";
- ekspertyza pt. „Konceptualizacja, opracowanie, wdrożenie i ewaluacja kompleksowej (elektronicznej) oceny pacjenta w rehabilitacji medycznej";
- „Profil kategorialny KARDIO-PULMONOLOGICZNY z przykładami oceny";
- „Profil kategorialny NEUROLOGICZNY z przykładami oceny";
- „Profil kategorialny OGÓLNY z przykładami oceny";

- założenia oraz ramowy program szkoleń z zakresu zastosowania ICF w zarządzaniu procesem rehabilitacji z wykorzystaniem narzędzia IT;
- Polska wersja kwestionariusza WHODAS 2.0.36;
- wykonano i odebrano dedykowane narzędzie informatyczne do oceny efektywności rehabilitacji leczniczej.

VIII.4.3. Projekt SCIROCCO Exchange

Projekt Scirocco Exchange, realizowany od 1 stycznia 2019 r. do 31 maja 2022 r. w ramach 3. programu działań w dziedzinie zdrowia opiera się na projekcie SCIROCCO, który doprowadził do opracowania internetowego narzędzia samooceny zintegrowanej opieki, a także prac grupy B3 działającej w ramach europejskiego partnerstwa na rzecz innowacji sprzyjającej aktywnemu starzeniu się w dobrym zdrowiu.

Celem projektu SCIROCCO Exchange było wspieranie regionów, głównie władz zajmujących się opieką zdrowotną i społeczną, mających na celu przyjęcie i zintensyfikowanie zintegrowanej opieki. Cel ten został zrealizowany poprzez ułatwienie im dostępu do opartych na dowodach aktywów w zakresie zintegrowanej opieki, a także poprzez zachęcanie do zindywidualizowanego transferu wiedzy i planowaniu usprawnień w tym obszarze.

Wyniki tego projektu powinny być pomocne krajowym i regionalnym władzom medycznym w zbudowaniu niezbędnej zdolności do reformowania systemów opieki zdrowotnej i społecznej oraz zwiększenia skali integracji opieki. Organy odpowiedzialne za opiekę powinny być w stanie wykazać się wiedzą i doświadczeniem w zakresie projektowania, wdrażania i oceny zintegrowanej opieki, w tym mobilizacji inwestycji i zasobów. Wyniki przyczynią się również do zwiększenia zdolności organów odpowiedzialnych za opiekę do poszukiwania spersonalizowanego wsparcia i pomocy.

W ramach projektu Scirocco w 2022 roku zrealizowano m.in. następujące zadnia:

- udostępniano Centrum Zarządzania Wiedzą (KMH-Knowledge Management Hub), w tym moduł transferu wiedzy w zakresie dwunastu analizowanych obszarów.
- udostępniono „Wytyczne do systematycznego przeglądu literatury, dobrych praktyk zamieszczanych w repozytorium Scirocco Exchange Knowledge Management HUB" oraz Wytyczne do efektywnego i spersonalizowanego transferu wiedzy dla przedstawicieli podmiotów leczniczych, pacjentów, ogółu społeczeństwa [Facilitate the personalised and knowledge transfer]",
- zakończono przegląd literaturowy w zakresie opieki koordynowanej dostępnych w języku angielskim publikacji, przetłumaczono na język polski ponad 200 opisów dla poszczególnych pozycji oraz udostępniono je w polskim odpowiedniku Centrum Zarządzania Wiedzą Scirocco Exchange [29] w zakładce TRANSFER WIEDZY,

[29] centrumwiedzy.nfz.gov.pl

- udostępniano Scirocco Exchange Knowledge Management Hub User Guidance - szereg ilustracyjnych filmów wideo i innych zasobów edukacyjnych na stronie internetowej [30],
- aktualizowano polskie tłumaczenie i udostępniono na stronie internetowej [31] opis czym jest narzędzie samooceny Scirocco Exchange Maturity Model, opisano dwanaście obszarów modelu dojrzałości SCIROCCO dla opieki koordynowanej wraz z sześciostopniową skalą oceny [0-5],
- kontynuowano proces mapowania istniejących aktywów służących budowaniu zdolności oraz dowodów dotyczących opieki koordynowanej. Jest to zadanie trwające przez cały okres realizacji projektu,
- we współpracy z AER (Assembly of European Regions) przygotowano publikację podsumowującą dotyczącą sposobów gromadzenia najlepszych praktyk i metod dzielenia się wiedzą,
- zaproponowano Ministerstwu Zdrowia sposób zapewnienia trwałości projektu Scirocco Exchange w części związanej z wykorzystaniem narzędzia do oceny dojrzałości placówek POZ do realizacji opieki koordynowanej oraz transferem wiedzy z wykorzystaniem finansowania UE w ramach programu operacyjnego FERS.

VIII.4.4. Otwarte dane - dostęp, standard, edukacja

Publikacja danych na Otwartych Danych ma związek ze strategiczną inicjatywą Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, „Programem Otwierania Danych na lata 2021-2027". Program został przyjęty Ustawą z dnia 11 sierpnia 2021 r. o otwartych danych i ponownym wykorzystywaniu informacji sektora publicznego. Ustawa wprowadza do polskiego porządku prawnego przepisy Dyrektywy w sprawie otwartych danych i ponownego wykorzystywania informacji sektora publicznego. Akt prawny zakłada również wdrożenie rozwiązań wykraczających poza minimum wyznaczone wspomnianą dyrektywą, które usprawnią ponowne wykorzystywanie danych. Ustawa weszła w życie w grudniu 2021 r.

Od początku powstania portalu opublikowanych zostało 45 zbiorów na temat szeroko pojętej tematyki lekowej (refundowane leki, leki w chemioterapii czy w programach lekowych itd.), liczby świadczeń i pacjentów z rozpoznaniami głównymi dotyczącymi chorób odtytoniowych, zestawienia dotyczące liczby wydanych kart DiLO i wiele innych. W 2022 roku zostało umieszczonych przez Fundusz 5 zbiorów danych.

Poniżej przedstawiono najważniejsze z nich:

- liczba pacjentów, którym udzielono świadczenie w danym roku z danym kodem rozpoznania głównego wg klasyfikacji ICD-10 (do poziomu 3 i 5 znaków) w latach 2015-2021;

[30] https://www.sciroccoexchange.com/resources

[31] https://scirocco-exchange-tool.inf.ed.ac.uk/pl/

- liczba pacjentów, dla których w poszczególnych latach odnotowano w danych NFZ zaraportowanie świadczenia z danym kodem rozpoznania głównego wg klasyfikacji ICD-10 (do poziomu 3 znaków) po raz pierwszy w latach 2015-2021;
- liczby pacjentów, dla których w danym roku lub latach wcześniejszych odnotowano w danych NFZ zaraportowanie świadczenia z danym kodem rozpoznania głównego wg klasyfikacji ICD-10 (do poziomu 3 znaków) i żyjących w danym roku w latach 2015-2021;
- liczba świadczeń udzielonych w danym roku z zaraportowanym danym kodem rozpoznania głównego wg klasyfikacji ICD-10 (do poziomu 3 i 5 znaków) w latach 2015-2021.

Powyższe dane obejmują wszystkie rozpoznania, które wystąpiły w danych Centrali NFZ we wskazanym okresie. W zestawieniu nie są uwzględnione rozpoznania, o których mowa w ustawie z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi. Usunięto również zidentyfikowane oczywiste błędy sprawozdawcze. Należy również pamiętać, że w zestawieniach uwzględniono tylko rozpoznanie główne świadczenia. Decyzja o publikacji podyktowana była częstotliwością pojawiających się wniosków z prośbami o dostęp do informacji publicznych kierowanych do Funduszu.

W udostępnionych zbiorach znalazły się zarówno dane, które były już dostępne na stronie Zdrowe Dane (np. dane dotyczące kart Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego) oraz informacje publikowane wcześniej na stronie NFZ (np. dotyczące danych z realizacji profilaktycznych programów zdrowotnych; badań przesiewowych cytologii i mammografii, w ramach świadczeń gwarantowanych zgodnych).

Opublikowane zostały również dane dotyczące liczby świadczeń oraz wartość refundacji świadczeń osób objętych specustawą, a także dane na temat liczby zrealizowanych recept przez osoby objęte specustawą na refundowane leki gotowe. Na portalu znalazły się również m.in. informacje dotyczące hospitalizacji z powodu incydentów naczyniowych, jak i komunikat o realizacji i refundacji zleceń na wyroby medyczne za okres I-XII 2021 r.

Prace Departamentu Analiz i Innowacji Centrali NFZ ukierunkowane były głównie na poprawienie „otwartości" już wcześniej zamieszczonych na portalu danych. W związku z powyższym została podmieniona większość wcześniej udostępnianych zasobów tak, aby ułatwić użytkownikom możliwość ponownego ich wykorzystania. Dodatkowo już istniejące zbiory są na bieżąco aktualizowane o zasoby obejmujące analizy przeprowadzone na najnowszych danych.

VIII.4.5. Wypracowanie i wdrożenie systemu kompleksowej oceny funkcjonalnej w rehabilitacji z wykorzystaniem doświadczeń i rozwiązań zagranicznych.

Projekt realizowany jest na podstawie Umowy nr UDA-POWR.04.03.00-00-0025/19-00 o dofinansowanie Projektu: „Wypracowanie i wdrożenie systemu kompleksowej oceny funkcjonalnej w rehabilitacji z wykorzystaniem doświadczeń i rozwiązań zagranicznych" w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, zawartej w Warszawie w dniu 30 grudnia 2020 r. pomiędzy Skarbem Państwa – państwową jednostką budżetową Centrum Projektów

Europejskich a NFZ, działającym w imieniu własnym i na swoją rzecz oraz w imieniu i na rzecz Partnerów: Instytut Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki oraz Katholische Universität Eichstätt-Ingolstadt. Projekt ma na celu wypracowanie i wdrożenie systemu kompleksowej oceny funkcjonalnejw rehabilitacji. W ramach Projektu zostaną opracowane standardy oceny funkcjonalnej, które pozwolą na jednolity opis pacjentów, korzystających z rehabilitacji w formie stacjonarnej oraz w formie ambulatoryjnej.

Do ujednolicenia oceny funkcjonalnej pacjenta zastosowana będzie Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia (ICF). Wdrożone standardy oceny funkcjonalnej pozwolą na wprowadzenie jednolitego systemu planowania wsparcia pacjenta. W wybranych ośrodkach medycznych świadczących rehabilitację w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym, które wdrożą nowe rozwiązania we współpracy z Partnerem Ponadnarodowym, oceniana będzie jakość i efektywność rehabilitacji leczniczej na poziomie pacjenta oraz podmiotu realizującego usługi rehabilitacyjne a także wszystkich uczestników procesu rehabilitacji.

Ze względu na charakter, zakres i czas realizacji, projekt został podzielony na zadania: przygotowanie nowego rozwiązania we współpracy z partnerem ponadnarodowym, przetestowanie wypracowanych rozwiązań we współpracy z partnerem ponadnarodowym, analiza efektów testowanych rozwiązań wspólnie z partnerami ponadnarodowymi, wdrożenie nowego rozwiązania do praktyki, wypracowanie rekomendacji w celu zapewnienia skutecznej trwałości stosowania rozwiązania w praktyce.

Projekt zakłada przygotowanie i pilotażowe wdrożenie ICF do oceny stanu funkcjonalnego pacjenta a tym samym badanie wyników zastosowanego leczenia.

Pilotaż obejmie 10 podmiotów świadczących usługi rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej, które podpiszą umowę z Instytutem Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki na testowanie rozwiązań. Spośród tych 10 podmiotów zostanie zrekrutowana grupa specjalistów zajmujących się zarówno diagnozą funkcjonalną pacjentów, którzy korzystają z rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej jak również prowadzeniem rehabilitacji dla tych pacjentów a 320 pracowników oddziałów rehabilitacyjnych podniesie swoje kompetencje w zakresie wdrożenia ICF. W ramach projektu uczestniczyło będzie 1 500 pacjentów, z tego 1 000 korzystających z rehabilitacji w formie stacjonarnej oraz 500 w formie ambulatoryjnej. Sposób organizacji ich rehabilitacji będzie zgodny z obecnie obowiązującymi zasadami. Ich udział w projekcie będzie związany z przetestowaniem opracowanych systemów informatycznych i materiałów do oceny efektywności rehabilitacji.

Rezultatem projektu będzie opracowany nowy standard oceny efektywności prowadzonych działań rehabilitacyjnych, który zostanie wdrożony do praktyki poprzez Zarządzenie Prezesa NFZ, a oddziały rehabilitacyjne będą sprawozdawały efekty rehabilitacji.

Poprzez realizację projektu polscy pacjenci, w tym także osoby czasowo lub trwale niepełnosprawne, będą w sposób jednolity oceniani wg ICF, co pozwoli na wprowadzenie jednolitej oceny efektywności i jakości usług rehabilitacyjnych.

Łączna wysokość wydatków kwalifikowalnych Projektu wynosi prawie 14 097 tys. zł w tym: dofinansowanie w kwocie prawie 13 674 tys. zł, z następujących źródeł: ze środków

europejskich w kwocie ponad 13 292 tys. zł oraz ze środków dotacji celowej w kwocie prawie 382 tys. zł; wkład własny w kwocie prawie 423 tys. zł.

Ramy czasowe projektu określono od 1 października 2020 r. do 30 września 2023 r.

W ramach projektu „Wypracowanie i wdrożenie systemu kompleksowej oceny funkcjonalnej w rehabilitacji z wykorzystaniem doświadczeń i rozwiązań zagranicznych" w 2021 r. Zespół ekspertów wykonywał działania w ramach zadania 1. związane z wypracowywaniem zasad kompleksowej oceny funkcjonalnej z uwzględnieniem dostępności dla różnych grup osób w tym z niepełnosprawnościami. Eksperci wykorzystując doświadczenia zagraniczne analizowali stosowanie ICF, modele i projekty pod kątem czynników gwarantujących zasadność i powodzenie realizowanych działań, oceniali działania i programy aktywizacji rehabilitacyjno- społecznej i zawodowej osób chorych i z niepełnosprawnościami, przygotowywali koncepcję badania wdrożenia ICF i ewaluacji do wypracowania zasad kompleksowej oceny funkcjonalnej pacjentów, przygotowywali diagnostyczne narzędzia dla przeprowadzenia walidacji w Polsce oraz możliwości dokonania badań pilotażowych. Ponadto, eksperci wykonywali analizę możliwości realizacji zakładanych obszarów do testowania w kontekście uwarunkowań funkcjonujących oddziałów rehabilitacyjnych, ich struktury merytorycznej i organizacyjnej oraz planowanych rozwiązań w obszarze ICF.

VIII.5. Działania edukacyjne i informacyjne

Fundusz 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 edukacyjne i informacyjne realizowane przez NFZ wpisują się w cel 3.2 Poprawa komunikacji społecznej, wskazany w Strategii NFZ.

Działania informacyjne Funduszu 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 2022 roku m.in. z: Kancelarią Prezesa Rady Ministrów, Ministerstwem Zdrowia, Centrum e-Zdrowia, Głównym i Wojewódzkimi Inspektoratami Sanitarnymi, samorządami wszystkich szczebli, urzędami wojewódzkimi i marszałkowskimi, wojewódzkimi konsultantami w różnych dziedzinach medycyny, świadczeniodawcami, organizacjami pozarządowymi i pacjenckimi.

W 2022 r. w zakresie działań informacyjno-edukacyjnych dotyczących pandemii COVID-19, Fundusz kontynuował promocję szczepień przeciw COVID-19. Na bieżąco komunikował również wprowadzane zmiany w związku z poprawiającą się sytuacją epidemiologiczną i widocznym spadkiem liczby osób zakażonych wirusem SARS-CoV-2.

Działania NFZ skupiały się głównie na zachęcaniu i motywowaniu do szczepień przeciw COVID-19 poprzez propagowanie i szerzenie wiedzy o szczepieniach, opartej na faktach naukowych wypowiedziach ekspertów. Do promocji wykorzystano media regionalne m.in. płatne ogłoszenia prasowe i bezpłatne publikacje, a także udział rzeczników prasowych OW NFZ w audycjach radiowych i telewizyjnych poświęconych tematyce szczepień przeciwko

COVID-19. Promocję realizowano również w mediach społecznościowych na poziomie Centrali i oddziałów wojewódzkich NFZ oraz przez publikacje informacji na stronie internetowej NFZ.

Dodatkowym elementem promocyjnym szczepień przeciw COVID-19 były naklejki dla dzieci. Naklejki miały charakter motywacyjny. Fundusz zlecił wydruk naklejek motywacyjnych dla dzieci, które przyjęły szczepienie przeciw COVID-19 i rozdystrybuował je do punktów szczepień realizujących szczepienia dla dzieci.

W związku z trwającym konfliktem zbrojnym na terytorium Ukrainy i dużym napływem do Polski obywateli narodowości ukraińskiej, Minister Zdrowia wprowadził dodatkową możliwość szczepień dla cudzoziemców narodowości ukraińskiej, w ramach Narodowego Programu Szczepień przeciw Covid-19. Narodowy Fundusz Zdrowia szeroko informował o tej możliwości przez publikacje na stronie internetowej, w mediach społecznościowych oraz działania w mediach regionalnych.

Pozostałe informacje dotyczące pandemii COVID-19 komunikowano głównie poprzez publikacje komunikatów na stronie internetowej NFZ. Treści kierowane były zarówno do świadczeniodawców (np.: zmiany w finansowaniu testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2, zmiany finansowania części świadczeń covidowych z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19,) jak i pacjentów (np.: wykaz punktów wymazowych w kierunku koronawirusa, wynik testu na koronawirusa nie jest warunkiem rozpoczęcia realizacji skierowania na leczenie uzdrowiskowe, brak wyniku testu w dniu stawienia się pacjenta w wyznaczonym terminie i miejscu udzielania świadczeń nie może stanowić podstawy odmowy udzielenia świadczenia, nowe zasady testowania w kierunku koronawirusa oraz nowe zasady funkcjonowania infolinii Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19). Na bieżąco informowano media i opinię publiczną o tematach merytorycznie związanych z działalnością Funduszu w kontekście koronawirusa. Zadanie to było realizowane przez media społecznościowe, komunikaty prasowe, wypowiedzi dla mediów ogólnopolskich i regionalnych.

NFZ przez publikacje na swojej stronie internetowej upowszechniał również stanowiska, wytyczne środowiska medycznego (np.: stanowisko Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych w sprawie zasad hospitalizacji chorych z COVID-19 w oddziałach zakaźnych, postępowanie z pacjentami podejrzanymi o zakażenie i zakażonymi SARS-CoV-2: Stanowisko konsultanta krajowego medycyny rodzinnej).

Działania informacyjne

Działania informacyjne NFZ realizował przez: publikacje własne, serwisy internetowe Centrali i OW NFZ, media społecznościowe (serwisy Twitter, Facebook, YouTube), środki społecznego przekazu, patronaty oraz wydarzenia własne i partnerów, w tym m.in. Ministerstwa Zdrowia, organizacji pacjenckich, samorządów różnych szczebli i świadczeniodawców.

Serwisy internetowe

Fundusz utrzymuje serwis internetowy nfz.gov.pl. Własne serwisy internetowe posiadają wszystkie również OW NFZ. W serwisie internetowym NFZ na bieżąco zamieszczane były

projekty i zarządzenia Prezesa NFZ, ważne komunikaty departamentów Centrali NFZ, dotyczące m.in. refundacji leków, komunikatów dla świadczeniodawców, treści dla pacjentów oraz ogłoszenia o pracę w Funduszu. W 2022 roku strona internetowa NFZ zanotowała 9 459 429 sesji (odwiedzin).

Media społecznościowe (Twitter)

Fundusz prowadził w 2022 roku oficjalny kanał w serwisie społecznościowym Twitter (kontynuacja od 2016 roku). Twitter jest podstawowym i głównym kanałem komunikacji NFZ w mediach społecznościowych. Na koniec 2022 r. liczba osób obserwujących profil @NFZ_GOV_PL wynosiła 48 175.

Fanpage Akademia NFZ oraz kanał YouTube Akademia NFZ

Fundusz prowadzi również profile Akademii NFZ na Facebooku oraz YouTube. Portal Akademia NFZ jest serwisem zawierającym 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 zachęcają także do aktywności fizycznej, zdrowego żywienia.

Profil służy również do rozpowszechniania bezpłatnych materiałów dotyczących profilaktyki zdrowotnej. Publikujemy posty i grafiki dotyczące bezpłatnych usług oferowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia tj. portal Diety NFZ, ćwiczenia w ramach programów treningowych, aplikacje mobilne, kioski profilaktyczne.

NFZ publikuje filmy z wypowiedziami ekspertów z różnych dziedzin nagrywanych w ramach cyklicznej akcji „Środa z Profilaktyką". Za pośrednictwem mediów społecznościowych zapraszamy na wydarzenia o charakterze profilaktyczno-edukacyjnym w całej Polsce, które organizuje lub współorganizuje NFZ. Na koniec 2022 r. Fanpage Akademia NFZ miał 11 409 fanów. Natomiast liczba wyświetleń profilu wyniosła 10 188 142.

Na kanale YouTube Akademia NFZ publikowane były filmy o zdrowym odżywianiu, materiały eksperckie, filmy edukacyjne, treningi i spoty kampanii społecznych. Fundusz zachęcał do aktywności fizycznej, podpowiadał, jak na trwale zmienić swoje nawyki żywieniowe. W 2022 r. opublikowanych zostało blisko 100 nowych filmów, w tym filmy edukacyjne serii „Środa z Profilaktyką", podcasty z ekspertami – „Lepiej wiedzieć profilaktycznie", program edukacyjno-treningowy „8 tygodni do zdrowia po COVID-19".

Na kanale udostępnione były webinary realizowane przez NFZ dla świadczeniodawców. W 2022r. zrealizowaliśmy dwa szkolenia on-line dla świadczeniodawców: „Opieka koordynowana w POZ" oraz „Leczenie planowane za granicą - prosto i przystępnie". Kanał YouTube Akademia NFZ na koniec 2022 r. miał 8 995 subskrybentów. Liczba wyświetleń w 2022 r. wyniosła 342 539.

Środki społecznego przekazu

Fundusz współpracuje z ogólnopolskimi i regionalnymi mediami przez:

- bieżące kontakty, czyli codzienną obsługę dziennikarzy, dostarczanie materiałów prasowych, udzielanie odpowiedzi na pytania, nagrania radiowo-telewizyjne, przekazywanie informacji/komunikatów prasowych nt. działalności NFZ, przygotowywanie wyjaśnień/sprostowań do publikacji medialnych;
- briefingi i konferencje prasowe, które koncentrują się na prezentacji informacji dotyczących bieżącej działalności Funduszu, kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, reakcji na bieżące wydarzenia oraz komunikowania nowych rozwiązań dla pacjentów;
- organizację, koordynację oraz autoryzację wywiadów kierownictwa NFZ; w 2022 roku w Centrali NFZ zorganizowano 6 wywiadów prezesa i zastępcy prezesa Funduszu. Rozmowy zostały opublikowane w mediach ogólnopolskich i branżowych, m.in. Menedżer Zdrowia, Puls Medycyny, Rynek Zdrowia, Dziennik Gazeta Prawna.
- udział pracowników Funduszu w audycjach radiowych i programach telewizyjnych[32] w roli ekspertów,
- współpraca z tytułami prasowymi[33] (nawiązana przez OW NFZ),
- współpraca z portalami internetowymi[34] (nawiązana przez OW NFZ).

Działania promocyjne w 2022 roku

Projekt „Zdrowie Polaków" organizowany przez „Dziennik Gazetę Prawną".

W ramach projektu zorganizowano cykl debat dotyczących ochrony zdrowia po pandemii COVID-19. Przedstawiciele NFZ brali udział w 4 z 5 debat organizowanych w ramach projektu: „Dług zdrowotny i co dalej?", „Badania profilaktyczne – jak przekonać

[32] np. „Rozmowa dnia" TVP 3 Katowice, „W rytmie dnia" Polsat News, „Magazyn Medyczny" Radio CCM, „Fakty o Poranku" TVP 3, „Rozmowa Faktów" TVP 3, „Reakcja24" Radio Wrocław, „Gość Poranka" Radio KRDP, „Jest Sprawa" Radio RDC, „Opinie" TVP 3, „Bliższe Spotkania" Radio Olsztyn, „To nas dotyczy" TVP 3 Lublin, „Onkoczujni" oraz „Moja Historia" TVP Info, „Pogotowie Radiowe" Radio Lublin, „Rozmowa dnia" TVP Łódź, „Magiel" Radio Strefa FM, „Gość po 8" Radio Łódź, „Rozmowa Dnia" Radio Kraków, „Kronika" TVP 3 Szczecin, „Studio Bałtyk" Polskie Radio Koszalin, „Głos Dnia" TVP 3 Kielce, „ABC Zdrowia" radio eM Kielce, „Radio na każdą pogodę" Radio Kielce, „Opolskie o Poranku" TVP 3 Opole, „Kurier Opolski" TVP 3 Opole, „Pytać każdy może" Radio PiK, „Rozmowa dnia" TVP 3 Bydgoszcz, „Ważna Sprawa" Polskie Radio Białystok, „Kalejdoskop" Radio Rzeszów, „Masz prawo wiedzieć" Radio VIA, „Kluczowy Temat" Radio Poznań, „ Temat Dnia" TVP 3 Poznań, „Panorama" TVP 3 Gdańsk, „Pasmo południowe" Radio Gdańsk.

33 m.in. z: „Gazeta Wrocławska", „Gazeta Wyborcza" Wrocław, „Gazeta Lubuska", „Gazeta Olsztyńska", „Gazeta Wyborcza" Olsztyn, „Dziennik Wschodni", „Kurier Lubelski", „Dziennik Łódzki", „Express Ilustrowany", „Gazeta Wyborcza", „Głos Koszaliński", „ Kurier Szczeciński", „Dziennik Polski", „Gazeta Krakowska", Nowa Trybuna Opolska", „Gość Niedzielny", „Gazeta Pomorska", „Express Bydgoski", „Echo Dnia", „Tygodnik Starachowicki", „Gazeta Ostrowiecka", „Kurier Poranny", „Gazeta Współczesna", „Super Nowości", „Nowiny", „Dziennik Zachodni", „Goniec Górnośląski", „Gazeta Wyborcza", „Dziennik Gazeta Prawna", „Głos Wielkopolski", „Dziennik Bałtycki", „Głos Pomorza".

34 m.in. Przykłady portali internetowych: trojmiasto.pl, wybrzeze24.pl, epoznan.pl, gloswielkopolski.pl, prawo.pl, naszrybnik.pl, politykazdrowotna.com, czytajrzeszow.pl, rzeszow-news.pl, bydgoszczinformuje.pl, grudziadz365.pl, wzielonej.pl, gorzowianin.pl, nto.pl, naostro.info, echodnia.eu, 24kurier.pl, gk24.pl, sądeczanin.info, naszemiasto.pl, tulodz.pl.

nieprzekonanych?", „Czego w kontekście ochrony zdrowia nauczyła nas pandemia?" oraz „Rozwój e-zdrowia przyszłością polskiego systemu ochrony zdrowia".

W ramach projektu przeprowadzono i opublikowano rozmowę z Filipem Nowakiem, prezesem NFZ, dotyczącą długu zdrowotnego po pandemii oraz dodatkowo opublikowano artykuł promujący portal diety.nfz.gov.pl.

Promocja portalu Diety NFZ

Portal diety.nfz.gov.pl jest stale promowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Oprócz standardowych nieodpłatnych kanałów komunikacji, w 2022 roku promocję portalu uzupełniono o kampanie edukacyjne w prasie ogólnopolskiej i telewizji. Zlecono publikację artykułu „Odżywiaj się zdrowo z NFZ" w Dzienniku Gazecie Prawnej oraz w serwisie gazetaprawna.pl w ramach projektu „Zdrowie Polaków". Odpłatne artykuły wykupiono również w dziennikach: „Fakt" oraz „Super Express" w ramach kampanii „Poznaj Diety NFZ".

Kampania w prasie została rozszerzona o działania w porannych pasmach telewizji śniadaniowych na antenach TVP („Pytanie na Śniadanie") oraz TVN („Dzień dobry TVN"), gdzie zwracano uwagę na kształtowanie zdrowych nawyków żywieniowych. Zrealizowana kampania pod hasłem „Poznaj Diety NFZ" obejmowała również publikacje na temat portalu Diety NFZ w mediach społecznościowych oraz produkcję felietonów (w TVP) na temat zdrowego odżywiania osób z różnymi problemami zdrowotnymi, np. z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą, nadwagą i otyłością.

Podcasty edukacyjne „Lepiej wiedzieć profilaktycznie"

NFZ wspólnie z ekspertami przygotował serię 30. edukacyjnych podcastów pod hasłem „Lepiej wiedzieć profilaktycznie", których celem jest podniesienie wiedzy społeczeństwa na temat m.in. profilaktyki chorób cywilizacyjnych, roli aktywności fizycznej wypracowywaniu właściwych postaw prozdrowotnych oraz zdrowego odżywiania się. Do opracowania merytorycznego materiałów informacyjno-edukacyjnych zaangażowano ekspertów nauki i medycyny praktycznej. Cykl podcastów składa się z 5 modułów, każdy po 6 oddzielnych filmów. Tematy poruszane w ramach przygotowanych materiałów: Otyłość, Aktywność fizyczna, Onkologia, Zdrowie emocjonalne młodzieży i dorosłych, Zdrowie mężczyzn. Taka forma materiałów edukacyjnych cieszy się coraz większą popularnością, dzięki dostępności i możliwości odtwarzania w dowolnym momencie. NFZ korzystając z nowoczesnych form komunikacji chce docierać do wielu grup docelowych, a tym samym wpływać na poziom edukacji polskiego społeczeństwa dotyczący szeroko pojętego zdrowego trybu życia.

Cykliczna akcja NFZ „ŚRODA Z PROFILAKTYKĄ"

W 2022 r. kontynuowano cykliczną akcję edukacyjną „Środa z Profilaktyką". W każdą środę NFZ regularnie dostarczał treści edukacyjne, które dotyczyły zdrowia. W ramach akcji przypominano o profilaktyce chorób i promocji zdrowia. Każda środa był to inny, ważny temat w obszarze profilaktyki. Na każdą środę przygotowywano film edukacyjny z wypowiedziami ekspertów wraz z materiałami informacyjno-edukacyjnymi, które można bezpłatnie pobrać ze strony NFZ https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-oddzialow/. Treści edukacyjne związane ze „Środą z Profilaktyką" były publikowane m.in. w mediach społecznościowych

NFZ w tym na: kanale YouTube Akademia NFZ, Facebooku Akademia NFZ, Twitterze NFZ. Przekazywane były mediom ogólnopolskim i regionalnym oraz organizacjom zrzeszającym pacjentów. W 2022 r. przygotowano i opublikowano 50 materiałów edukacyjnych dotyczących m.in: profilaktyki cukrzycy: hiperinsulinemia, insulinooporność, profilaktyki otyłości u dzieci, cukrzycy typu 2, profilaktyki od najmłodszych lat – kształtowanie nawyków żywieniowych, aktywności fizycznej w walce z cukrzycą i otyłością., profilaktyki raka piersi, profilaktyki raka szyjki macicy, profilaktyki nowotworów skóry, profilaktyki chorób oczu, obturacyjnego bezdechu sennego, stresu oksydacyjnego, profilaktyki chorób pasożytniczych, profilaktyki zaburzeń odżywiania, higieny jamy ustnej, profilaktyki osteoporozy.

8 tygodni do zdrowia po COVID-19

„8 tygodni do zdrowia po COVID-19" to program edukacyjno-treningowy, dzięki któremu każdy odzyska siły po chorobie COVID-19 i szybciej wróci do formy. Jest to kontynuacja programu „8 tygodni do zdrowia" realizowanego przez NFZ w 2020 r. Z programu mogą korzystać również osoby, które nie chorowały na COVID-19. Aktywność fizyczna, doskonalenie technik oddychania, zadbanie o chwile relaksu i zdrowy posiłek są istotne dla zdrowia każdego.„8 tygodni do zdrowia po COVID-19" to 8 filmów ze wskazówkami i poradami ekspertów oraz 8 programów treningowych zawierających gotowe zestawy ćwiczeń i zalecenia na kolejny tydzień. W każdym filmie lekarze, fizjoterapeuta, trenerzy, psycholog oraz dietetyk doradzają i edukują jak najbezpieczniej odzyskać formę po chorobie i przyspieszyć powrót do zdrowia. NFZ przeprowadziło kampanię promocyjną programu „8 tygodni do zdrowia po Covid-19", w ramach której wyemitowano: cykl postów na Facebooku Akademia NFZ wraz ze wsparciem reklamowym, program ambasadorski z wybranymi influencami obejmujący m.in. publikacje w mediach społecznościowych, podcast i wpisy na blogu, e-mailing do łącznie 795 000 kont pocztowych bazy adresowej wp.pl, cykl 4 artykułów eksperckich w prasie ogólnopolskiej: „Newsweek", „Polityka", „Gość Niedzielny" i „W Sieci", podcast edukacyjny we współpracy z RMF FM, audycję radiową we współpracy z Polskim Radiem Program 1, kampanię odsłonową na portalu edukacyjnym Librus. Ponadto, przygotowano: ulotki i plakaty informacyjne o programie „8 tygodni do zdrowia po Covid-19" oraz pakiet edukacyjny dla szpitali i sanatoriów w formie ulotki/broszury informacyjnej o Programie „8 tygodni do zdrowia po Covid-19".

Projekt „Zdrowe Życie"

Jest to ogólnopolski projekt zachęcający do profilaktyki i zdrowego stylu życia zainicjowany w 2022 roku przez Prezydenta RP Andrzeja Dudę. Oprócz NFZ współorganizatorami projektu byli MZ, Ministerstwo Aktywów Państwowych, MEiN oraz Grupa PZU. Patronat Honorowy nad projektem sprawowała Para Prezydencka. Jednym z głównych elementów projektu były Mobilne Strefy Zdrowia, w których można było bezpłatnie i bez skierowania skorzystać ze specjalistycznych badań i konsultacji medycznych oraz dowiedzieć się o programach profilaktycznych oferowanych przez NFZ. Stanowiska Funduszu przygotowywane były przez Departament Obsługi Klientów i Profilaktyki oraz Wydziały Obsługi Klientów i Profilaktyki poszczególnych Oddziałów Wojewódzkich NFZ. Oprócz informacji na temat programów profilaktycznych, NFZ oferował również wydanie karty EKUZ, promował Internetowe Konto

Pacjenta i portal diety.nfz.gov.pl. W ramach programu profilaktyki raka piersi, kobiety w wieku 50- 69 lat, mogły „od ręki" wykonać bezpłatną mammografię. W 2022 roku mobilne strefy zdrowia stanęły w 11 miejscowościach. Łącznie wykonano w nich ponad 34 tys. specjalistycznych badań i konsultacji medycznych. Projekt kontynuowany jest również w 2023 roku.

Merytoryczne webinaria dla świadczeniodawców

W 2022 roku po raz pierwszy Fundusz zorganizował merytoryczne webinaria dla świadczeniodawców. Pierwsze odbyło się 3 listopada i dotyczyło opieki koordynowanej w POZ. Prelegentami byli m.in pracownicy Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Eksperci NFZ wyjaśniali m.in. jak złożyć wniosek o zawarcie umowy z NFZ, jak przygotować się do realizacji opieki koordynowanej. Drugie webinarium zostało zorganizowane 16 grudnia i dotyczyło leczenia planowanego za granicą. Pracownicy Departamentu Współpracy Międzynarodowej Centrali NFZ wyjaśniali szczegółowo zasady i tryby skierowań na leczenie za granicą. Oba webinaria cieszyły się dużym zainteresowaniem wśród świadczeniodawców. W webinarium na temat planowanego leczenia za granicą uczestniczyło ponad 100 osób. Natomiast z webinarium o opiece koordynowanej w POZ skorzystało ponad 1 600 osób.

Patronaty

W 2022 roku Fundusz, w oparciu m.in. o rekomendacje Biura Komunikacji Społecznej i Promocji, objął patronatem następujące wydarzenia (wykaz zawiera wybrane wydarzenia): Liderzy Ochrony Zdrowia IX edycja, organizator Fundacja im. Lesława A. Pagi, „Kongres Top Medical Trends 2022", organizator Termedia Sp. z o.o. Wydawnictwa Medyczne i Specjalistyczne, Wiosenna Konferencja Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, Kongres „Zdrowie Polaków" 2022, organizator Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie, Impact'22, organizator Fundacja Impact, Program certyfikacji „Bezpieczny szpital, bezpieczny pacjent'', organizator Koalicja na rzecz Bezpieczeństwa Szpitali, konkurs „Mother and Child Startup Challenge", organizator Instytut Matki i Dziecka w Warszawie, III edycja Konferencji Zmiany w Ochronie Zdrowia, organizator Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Kampania Społeczna #Odwołuje #Nie blokuję, organizator Centrum Medyczny Puławska Sp. z o.o, Konkurs Sukces Roku w Ochronie Zdrowia 2022 – Liderzy Medycyny oraz konferencja Priorytety w Ochronie Zdrowia 2023, organizator Termedia Sp. z o. o. Wydawnictwa Medyczne i Specjalistyczne, Optymalizacja wartości zdrowotnej poprzez redukcje antybiotykoodporności, organizator Uczelnia Łazarskiego Warszawa.

VIII.5.1. Zdrowe Dane

Celem projektu zdrowedane.nfz.gov.pl było uruchomienie strony internetowej dedykowanej udostępnianiu informacji w postaci zestawień, analiz, infografik, raportów i udostępnienie interesariuszom systemu ochrony zdrowia informacji będących w zasobach NFZ w możliwie intuicyjny, przejrzysty i usystematyzowany sposób. Rezultatami projektu jest portal Zdrowe Dane*, będący platformą przekazu danych pozostających w zasobach NFZ w przystępnej formie, oraz interaktywne dashboardy pozwalające na bieżące monitorowanie procesów (np. DiLO, zabiegów endoprotezoplastyki, wartości refundowanych świadczeń czy liczby

personelu medycznego zgłoszonego do realizacji świadczeń w ramach umowy z NFZ). Korzyści płynące z projektu to przede wszystkim budowanie wizerunku NFZ jako eksperta w dziedzinie analizy danych i prowadzenia polityki w oparciu o dane, skoordynowanie inicjatyw w zakresie analizy danych, w tym w szczególności przekształcanie inicjatyw (analiz) powstających na poziomie oddziałów wojewódzkich NFZ na cały kraj, budowanie świadomości wśród organizacji, pacjentów i pozostałych interesariuszy o systemie ochrony zdrowia, w szczególności o wykorzystaniu ograniczonych zasobów oraz udostępnienie pewnych zasobów, które są obecnie opracowywane jedynie przez prywatne firmy analityczne, szerszemu gremium odbiorców, w tym środowisku akademickiemu i organizacjom pacjentów. Przeniesienie platformy zdrowedane.nfz.gov.pl na portal ezdrowie.gov.pl, pozwoliło to na nie tylko ograniczenie kosztów po stronie NFZ, ale przede wszystkim stało się początkiem gromadzenia w jednym miejscu różnych zbiorów danych i opracowań o systemie ochrony zdrowia. Obecnie Zdrowe Dane są częścią szerszej grupy wraz z Biuletynami Statystycznymi Ministerstwa Zdrowia czy Formularzami Statystycznymi przekazywanymi za pomocą Systemu Statystyki w Ochronie Zdrowia. Do istniejących raportów czy zestawień, w 2022 roku dodano 105 nowych, w tym: nowe raporty cykliczne dot. ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, świadczeń wysokospecjalistycznych oraz wyrobów medycznych, raporty z serii „NFZ o zdrowiu" w zakresie choroby Alzheimera i chorób pokrewnych oraz choroby HIV/AIDS. Opublikowano również dashboardy dot.: wartości refundacji świadczeń i leków oraz liczby personelu medycznego zgłoszonego do realizacji świadczeń w ramach umów z NFZ. Raporty i zestawienia cykliczne na bieżąco są aktualizowane i jednocześnie publikowane są zestawienia jednorazowe.

VIII.5.2. Telefoniczna Informacja Pacjenta (TIP)

W 2022 r. całodobowa bezpłatna Telefoniczna Informacja Pacjenta, zwana dalej „TIP" 800 190 590 kontynuowała swoją działalność. TIP, jako jeden wspólny numer telefonu do Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Biura Rzecznika Praw Pacjenta w świadomości pacjentów utrwalił się jako główny kanał komunikacyjny gwarantujący szybki, kompleksowy i łatwy dostęp do informacji o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zakres udzielanych i przekazywanych informacji obejmuje następujące tematy:

1) zasady 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),

- informacji dotyczących usług e-zdrowia,
- zasad wystawiania skierowań/zleceń/zaświadczeń,
- zasad wystawiania 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 zdrowotnej w tym wykorzystania systemu eWUŚ,
- zasad dostępu do pomocy psychologicznej,
- zakresu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych,
- zasad prowadzenia list oczekujących na udzielenie świadczenia i sprawdzenia czasu oczekiwania na świadczenie oraz wskazania kontaktu do placówek i miejsc udzielania świadczeń,
- informacji dotyczących zasad koordynacji systemu zabezpieczenia zdrowotnego w krajach UE/EFTA – zasad uzyskania EKUZ, formularzy S, leczenia planowego i nieplanowanego za granicą, zwrotu kosztów leczenia, recepty transgranicznej – ewentualnie wskazania kontaktu do Krajowego Punktu Kontaktowego,
- korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach przepisów dyrektywy transgranicznej – wskazania kontaktu do Krajowego Punktu Kontaktowego,
- informacji dotyczącej zasad korzystania z programów profilaktycznych realizowanych przez instytucje publiczne oraz z zakresu promocji zdrowia,
- informacji o zasadach korzystania z nowych usług, w tym usług elektronicznych, udostępnianych klientom w obszarze zdrowia;

2) zasady dostępu do informacji o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem dostępu do Internetowego Konta Pacjenta (bez logowania się na konto klienta) oraz zasad 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 oddziałów wojewódzkich NFZ oraz danych świadczeniodawców przekazanych Wykonawcy przez Zamawiającego;
5) nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;
6) zagadnień związanych z tematyką COVID-19;
7) pomocy dla uchodźców z Ukrainy w zakresie świadczeń opieki zdrowotnej jakie mogą uzyskać w Polsce.

W wyniku postępowania przetargowego wyłoniono wykonawcę, konsorcjum, którego liderem jest Arteria Customer Services Arteria Management Sp. z o.o. Sp.k., która od 14 stycznia 2022 r. świadczy usługę infolinii Telefonicznej Informacji Pacjenta dla NFZ.

Zaznaczyć należy, że NFZ do końca czerwca 2022 r. odpowiadał za dwie infolinie: Telefoniczną Informację Pacjenta (TIP) i Infolinię Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 (INPSz-19). Od 1 lipca 2022 r. INPSz-19 jest prowadzona przez Ministerstwo Zdrowia. Numer Infolinii pozostał ten sam: 989.

W 2022 r. infolinia TIP obsłużyła ponad 1,7 miliona połączeń od Klientów oraz ponad 34 tysiące innych interakcji za pośrednictwem czatu, wiadomości e-mail oraz videoczatu. Największy ruch połączeń odnotowywany były w czasie epidemii oraz z początkiem konfliktu zbrojnego na terytorium Ukrainy.

Wykres nr VIII.2. Połączenia odebrane na TIP w 2022 r., w podziale na poszczególne miesiące.

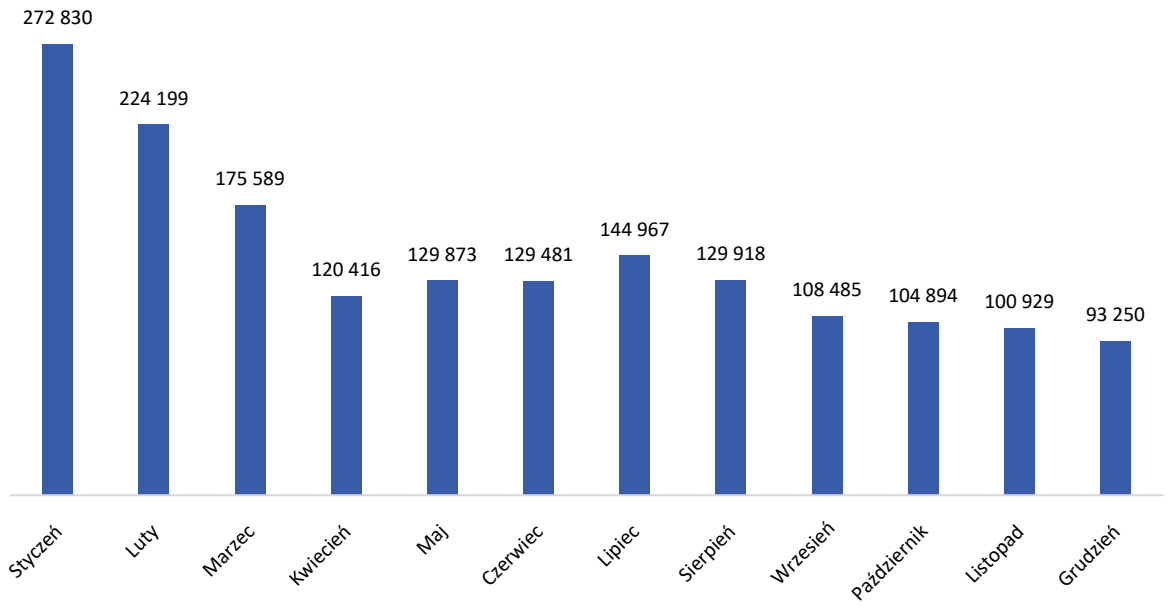


Tabela nr VIII.4. Liczba połączeń przychodzących i odebranych a także średni czas rozmowy i oczekiwania na połączenie w 2022 r.

Liczba połączeń przychodzących	Liczba połączeń obsłużonych	Średni czas rozmowy w minutach	Średni czas oczekiwania na połączenie
1 890 034	1 734 831	03:23	00:00:15

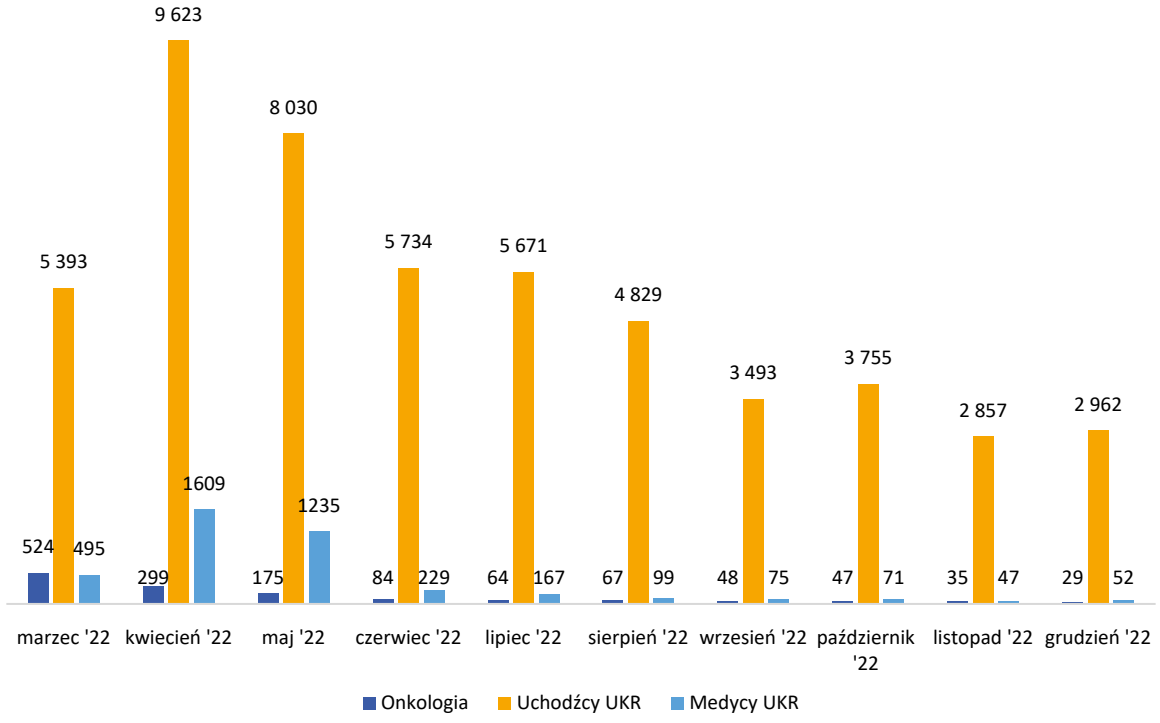
Telefoniczna Informacja Pacjenta - nitka ukraińska

W związku z konfliktem zbrojnym w Ukrainie do Polski przybywali obywatele tego państwa, szukając m.in. schronienia i pomocy. Wśród nich były osoby, które potrzebowały pomocy medycznej. Dlatego też w ramach Telefonicznej Informacji Pacjenta została uruchomiona dodatkowa „nitka", na której uchodźcy z Ukrainy mogli uzyskać informacje na temat świadczeń opieki zdrowotnej jakie mogą uzyskać w Polsce. Stąd też zanotowano duży wzrost połączeń w językach obcych – zwłaszcza ukraińskim.

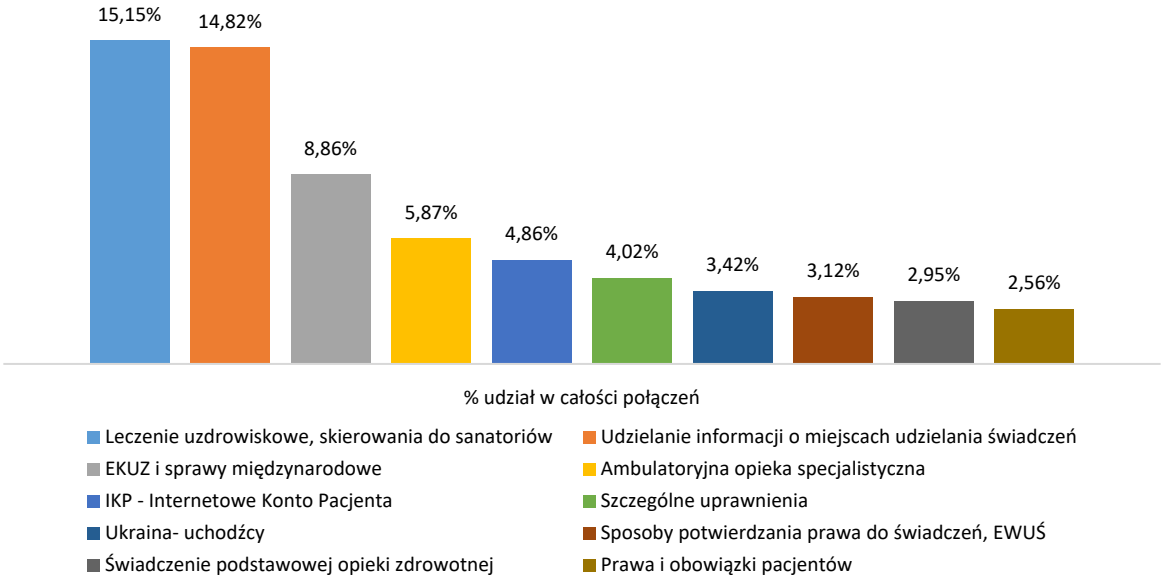
Dnia 9 marca 2022 r. za pośrednictwem infolinii NFZ umożliwiono kontakt pacjentów: będących obywatelami ukraińskimi; leczonych onkologicznie lub hematologicznie na terytorium Ukrainy, którzy, w związku z działaniami zbrojnymi przekroczyli polsko-ukraińską granicę od 24 lutego 2022 r., a tym samym nie mogli kontynuować leczenia na Ukrainie, z ośrodkami, w których mogło być kontynuowane leczenie onkologiczne lub hematologiczne w Polsce.

Dzwoniąc pod bezpłatny numer infolinii TIP 800 190 590, pacjent mógł zgłosić potrzebę kontynuacji leczenia onkologicznego lub hematologicznego w Polsce. Dotyczyło to pacjentów, którzy potrzebowali kontynuacji leczenia onkologicznego i z zakresu hematologii, rozpoczętego na terytorium Ukrainy. Do 31 grudnia 2022 r. dane były przekazywane do ośrodka podejmującego się organizacji dalszego leczenia. W każdym województwie przynajmniej jedna placówka onkologiczna była gotowa do przyjęcia pacjentów z Ukrainy. Z tej formy pomocy skorzystały 1 372 osoby. Przepisy ustawy o pomocy obywatelom Ukrainy umożliwiły pracę kadrze medycznej w placówkach w Polsce. Od 21 marca 2022 r. personel medyczny z Ukrainy, na Telefonicznej Informacji Pacjenta mógł uzyskać komplet informacji na temat zasad zatrudnienia w Polsce. Rozmowy były prowadzone w językach ukraińskim i polskim. Do 31 grudnia 2022 r. Telefoniczna Informacja Pacjenta obsłużyła 4 079 połączeń dotyczących możliwości podjęcia zatrudnienia w Polsce przez ukraińską kadrę medyczną. Zainteresowanie dedykowaną obywatelom Ukrainy „nitką" z każdym miesiącem było coraz mniejsze. W listopadzie odnotowano 70% spadek liczby połączeń przychodzących w porównaniu do kwietnia 2022 r. w związku z czym usługi realizowane w ramach wyodrębnionej „nitki" od 1 stycznia 2023 r. są realizowane w ramach podstawowych zadań Telefonicznej Informacji Pacjenta.

Wykres nr VIII.3. Liczba połączeń obsłużonych na nitce dedykowanej dla obywateli Ukrainy za okres 9 marca-31 grudnia 2022 r.

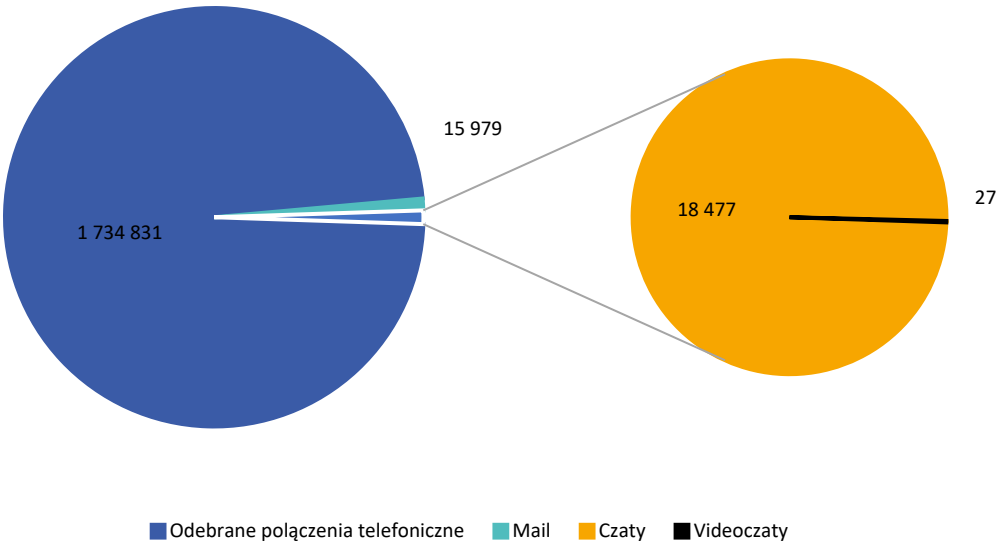


Wykres nr VIII.4. Najczęstsze tematy rozmów na TIP w 2022 r.



Na powyższym wykresie przedstawiono najczęściej pojawiające się pytania na infolinii TIP w 2022 r. które dotyczyły między innymi leczenia uzdrowiskowego i informacji o miejscach udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Trzecim pod względem liczby połączeń na Telefonicznej Informacji Pacjenta był temat unijnego dokumentu tj. Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego. Poza połączeniami telefonicznymi w języku polskim, oferuje obsługę także w językach obcych: angielskim, rosyjskim i ukraińskim.

Wykres nr VIII.5. Dostępne kanały kontaktu w TIP oraz liczba obsłużonych interakcji w 2022 r.

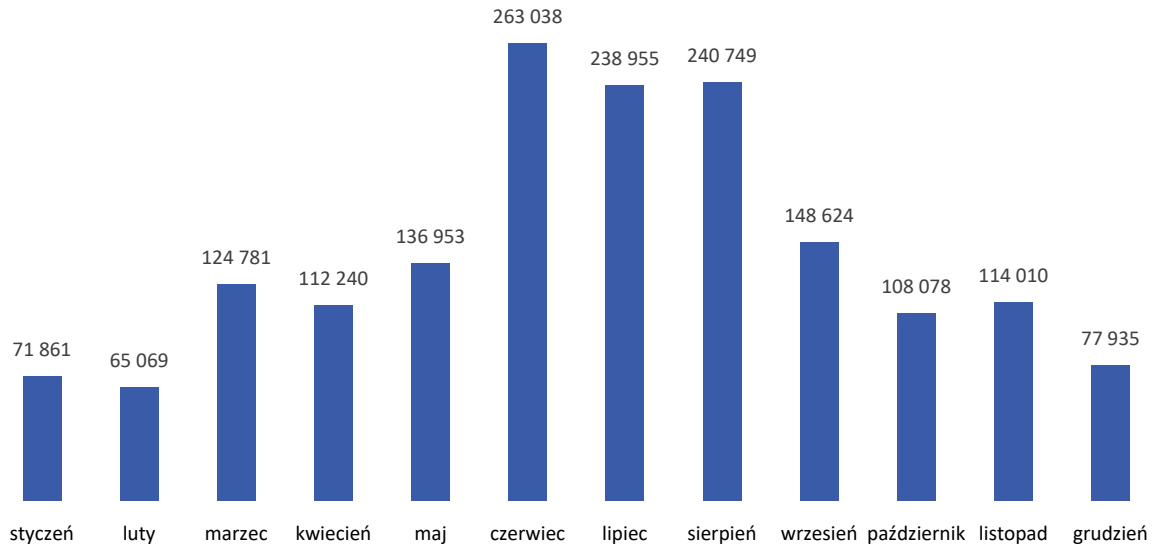


Za pośrednictwem TIP Klient mógł uzyskać informację innymi kanałami kontaktu – za pośrednictwem e-mail, czat oraz videoczat, których udział w interakcjach TIP uległ zwiększeniu.

VIII.5.3. Sale obsługi klientów Narodowego Funduszu Zdrowia

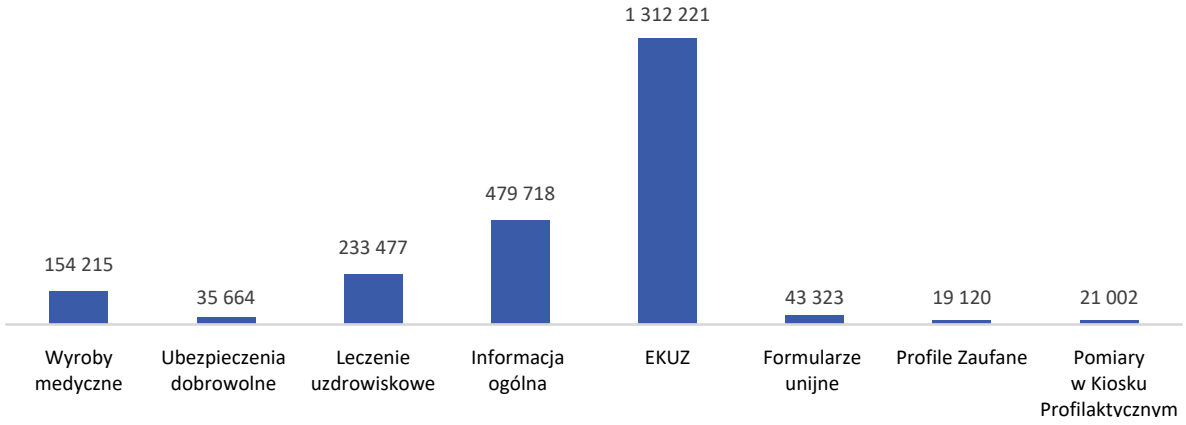
Z uwagi na trwającą pandemię wirusa COVID-19, obsługa klientów w salach obsługi klientów zwanych dalej również „SOK" i w Biurze Podawczym w Centrali NFZ, w okresie od 24 stycznia do 28 lutego 2022 r. odbywała się z zachowaniem środków ostrożności dostosowanych do aktualnej sytuacji sanitarno-epidemiologicznej w Polsce. W trosce o bezpieczeństwo klientów, SOK, Biura Podawcze, delegatury i Punkty Obsługi Klientów NFZ, zwanych dalej również „POK", realizowały stacjonarną obsługę klientów w ograniczonym zakresie. W Centrali Funduszu opracowano szczegółowe wytyczne, z zakresu obsługi bezpośredniej klientów zarówno w OW NFZ jak i Biurze Podawczym w Centrali NFZ. Obsługa stacjonarna odbywała się po uprzednim umówieniu wizyty. Klienci i pracownicy NFZ zobowiązani byli przestrzegać zasad sanitarnych. Stanowiska do obsługi klientów były oddalone od siebie o minimum 2 metry. Wszelkie elementy wyposażenia stanowiska bezpośredniej obsługi klientów tj. przesłona chroniąca pracowników, blat biurka i długopisy były starannie dezynfekowane po każdym kontakcie z klientem. Nad płynnością obsługi i dbaniem o przestrzeganie obostrzeń sanitarnych czuwał wyznaczony pracownik NFZ, który był obecny na sali. Ze względów bezpieczeństwa, przed każdą salą obsługi klientów NFZ oraz przed Biurem Podawczym znajdowały się specjalne skrzynki podawcze, w których klienci mogli zostawić pisma, skargi i wnioski, bez konieczności wchodzenia do siedziby oddziału. Kontakt klienta z NFZ odbywał się telefonicznie, mailowo, listownie, poprzez skrzynkę ePUAP i usługę e- Doradcy. Od 28 lutego 2022 r., ze względu na zmniejszoną liczbę zakażeń wirusem SARS-CoV-2, przywrócono pełen zakres usług realizowanych w placówkach NFZ, z zachowaniem środków ostrożności dostosowanych do aktualnej sytuacji sanitarno-epidemiologicznej w Polsce. W 2022 r. OW NFZ, obsłużyły 1 702 293 klientów.

Wykres nr VIII.6. Łączna liczba obsłużonych klientów w OW NFZ, w podziale na miesiące w 2022 r.



W 2022 r. łącznie zrealizowano 2 298 740 usług. Dużym zainteresowaniem wśród klientów cieszyła się obsługa telefoniczna (461 966 spraw) oraz e-mailowa (273 513 spraw).

Wykres nr VIII.7. Łączna liczba zrealizowanych usług, w OW NFZ, w podziale na miesiące w 2022 r.



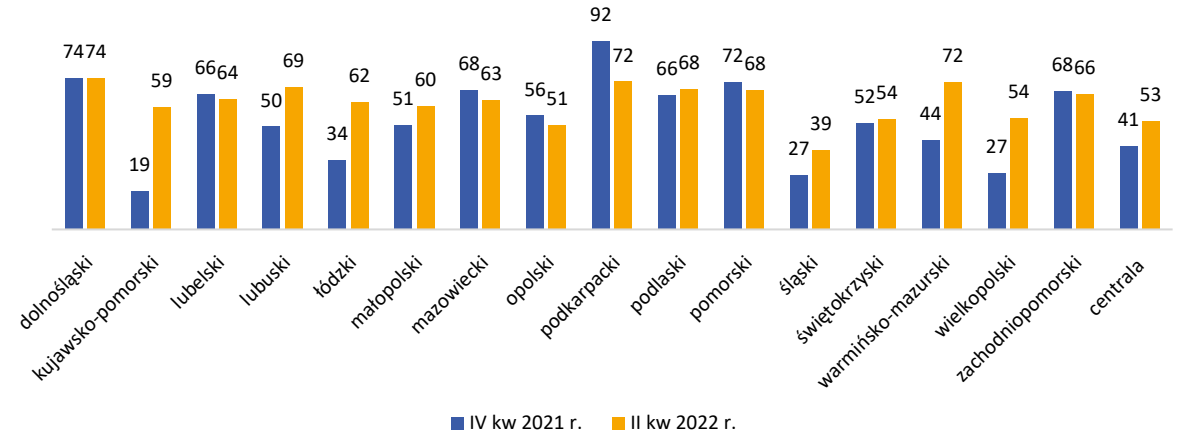
VIII.5.4. Upraszczanie języka w komunikacji Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2022 roku kontynuowano prace nad uproszczeniem komunikacji z klientami. To jeden z celów strategii Narodowego Funduszu Zdrowia. Ponadto, w ten sposób NFZ realizuje zapisy międzyresortowego porozumienia „Prosto i kropka", do którego przystąpił w 2020 r.

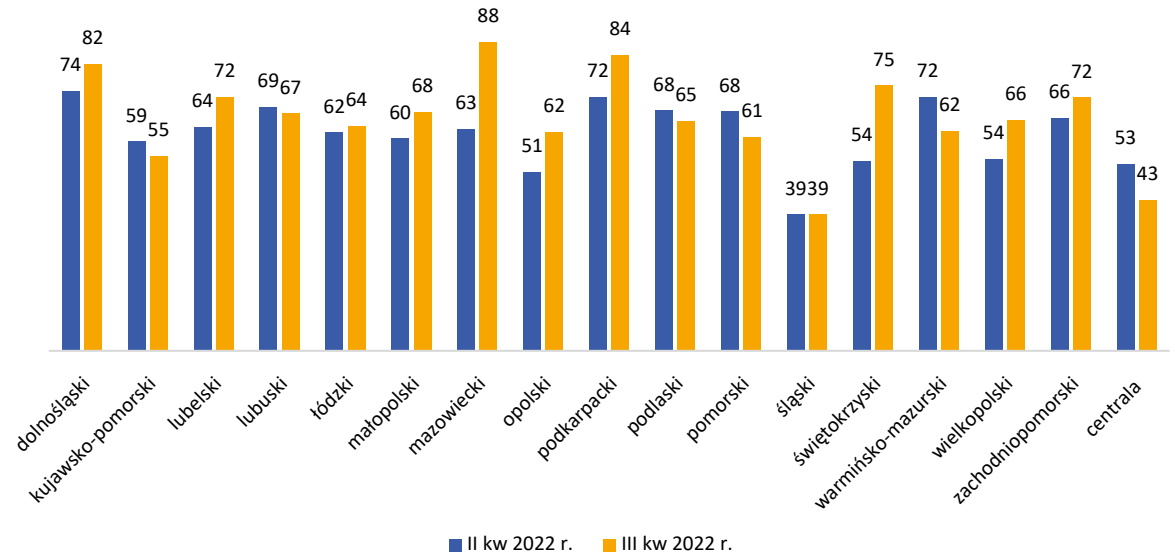
Dzięki wprowadzeniu prostego języka NFZ chce osiągnąć różne cele, m.in.:

1. Poprawę obsługi klienta i zwiększenie satysfakcji – dzięki jaśniejszym formularzom, zrozumiałym informacjom i przystępnym instrukcjom klient łatwiej i szybciej może załatwić sprawę w urzędzie;
2. Wyższą świadomość społeczna i świadomość pacjentów – klienci i pacjenci rozumieją, co mogą uzyskać w urzędzie i jakie mają prawa w systemie opieki zdrowotnej. W 2022 r. NFZ prowadził szereg działań na rzecz prostego języka: spotkania z oficerami językowymi z Centrali NFZ i oddziałów wojewódzkich NFZ, moderacja Forum Korpusu Oficerów Językowych, szkolenia językowe, publikacja materiałów o prostym języku i dostępności, uproszczenie dokumentów oraz organizacja kwartalnych badań zrozumiałości pism: w Centrali NFZ i oddziałach wojewódzkich NFZ zbadano ponad 500 dokumentów: II kwartał 2022 r. – 62%; III kwartał 2022 r. – 66%; IV kwartał 2022 r. – 70%.

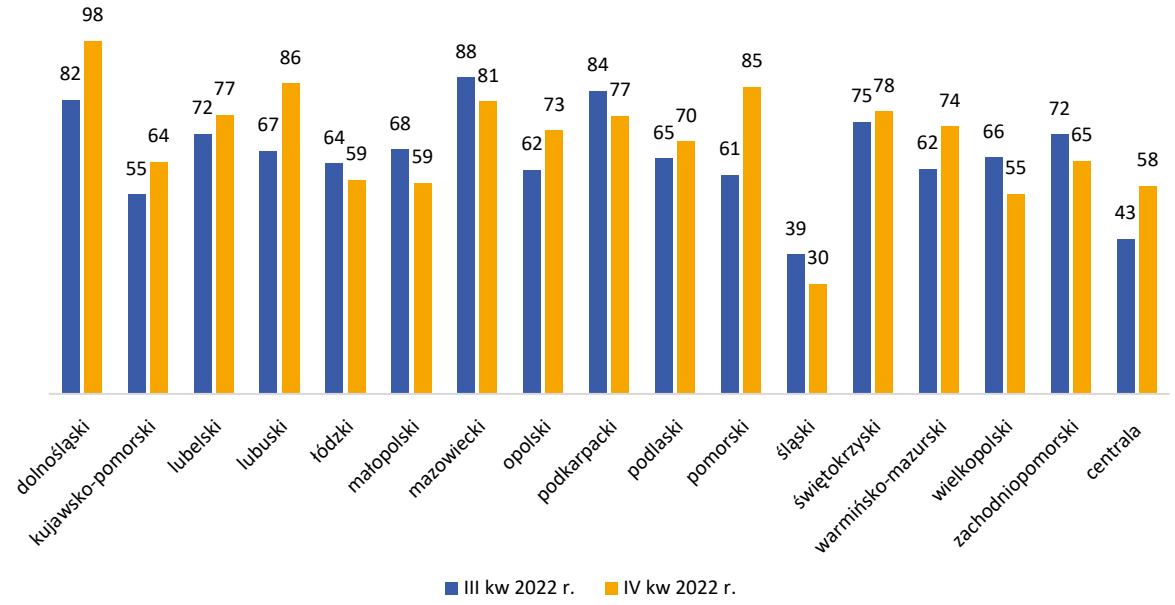
Wykres nr VIII.8. Badanie zrozumiałości pism kierowanych do klientów w oddziałach wojewódzkich NFZ IV kwartał 2021 r. oraz II kwartał 2022 r.



Wykres nr VIII.9. Badanie zrozumiałości pism kierowanych do klientów w oddziałach wojewódzkich NFZ II kwartał 2022 r. oraz III kwartał 2022 r.



Wykres nr VIII.10. Badanie zrozumiałości pism kierowanych do klientów w oddziałach wojewódzkich NFZ III kwartał 2022 r. oraz IV kwartał 2022 r.



VIII.5.5. Forum Organizacji Pacjentów

W 2022 r. Narodowy Fundusz Zdrowia kontynuował współpracę w ramach Forum Organizacji Pacjentów, zwanych dalej „FOP". Współpraca z organizacjami pacjentów została zainicjowana w 2020 r. Jej celem jest szerzenie wiedzy na temat profilaktyki, leczenia i dostępu do świadczeń medycznych dla pacjentów. Dzięki współpracy NFZ pomaga pacjentowi kompleksowo, w całym cyklu jego życia z chorobą, przed udzieleniem świadczenia, jak i po nim. Efektem tej współpracy są wspólne działania i projekty.

W ramach Forum Organizacji Pacjentów w 2022 r. zorganizowano (pierwsze po pandemii) spotkanie stacjonarne. Na spotkaniu podsumowano realizację działań w ramach FOP, przedstawiono usługi realizowane przez Fundusz, omówiono udogodnienia funkcjonujące w salach obsługi klientów Narodowego Funduszu Zdrowia, a także zasady leczenia za granicą oraz konsultowano powstające w NFZ artykuły i materiały edukacyjne.

W ramach współpracy organizacje wspierały NFZ przy tworzeniu publikacji na stronie Pacjent.gov.pl, tworzeniu magazynu „Ze Zdrowiem", opiniowaniu nowych wersji portali NFZ: Akademia NFZ i Diety NFZ a także akcjach profilaktycznych w salach obsługi klientów Narodowego Funduszu Zdrowia.

W ramach kampanii przygotowano magazyn „Ze Zdrowiem", którego tematem jest utrzymanie dobrej kondycji zdrowotnej w starszym wieku oraz opublikowano artykuły na temat zdrowia seniorów na stronie pacjent.gov.pl. Materiały udostępniono w mediach społecznościowych. Kampania ta cieszyła się dużym powodzeniem. Łącznie odnotowano 35 238 odsłon artykułów z kampanii na stronie pacjent.gov.pl oraz 333 261 zasięgów postów opublikowanych na Facebooku Akademii NFZ. Ponadto w ramach działań FOP w trakcie Parlamentu Seniorów uruchomiono stanowisko z profilowaną oferta edukacyjną i profilaktyczną. Wybrane organizacje zrzeszone w FOP uczestniczyły również w projekcie badania satysfakcji pacjenta w AOS, konsultując pytania ankiety kierowanej do pacjentów.

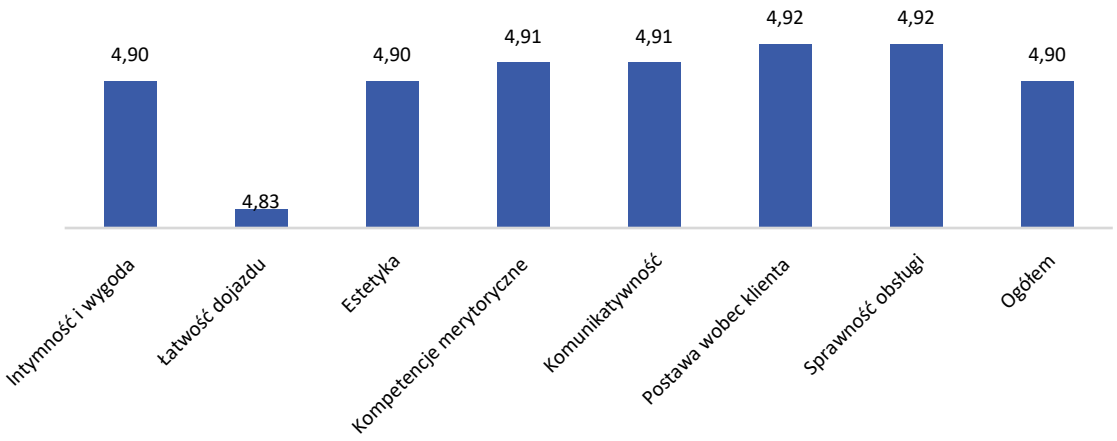
VIII.5.6. Badanie doświadczeń klientów

W pierwszym kwartale 2022 r. Departament Obsługi Klientów i Profilaktyki we współpracy z zewnętrzną firmą, zrealizował drugą edycję badania doświadczeń klientów, którzy skorzystali z obsługi bezpośredniej w salach obsługi klientów Narodowego Funduszu Zdrowia. Badanie przeprowadzono za pomocą indywidualnych wywiadów kwestionariuszowych z wykorzystaniem tabletu. Badanie zostało zrealizowane w ramach projektu: Badania doświadczeń klientów NFZ (Client experience) – opracowanie metodyki oraz przeprowadzenie badania przez firmę zewnętrzną i wynikało z realizacji założeń Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023. Strategia przewiduje rozszerzenie działań przekładających się na wzrost satysfakcji klientów z obsługi oraz budowanie pozytywnego wizerunku Narodowego Funduszu Zdrowia. Metodologię badania oparto o celowo dobrane wskaźniki, tj.:

1. Wskaźnik CSI (ang. Customer Satisfaction Index) - to wskaźnik zadowolenia klientów. Odnosi się jednocześnie do oczekiwań, jak i poziomu satysfakcji klientów. Jest to jeden z najczęściej wykorzystywanych wskaźników pomiaru satysfakcji klientów. W wyniku badań otrzymuje się syntetyczny wskaźnik zadowolenia, który jest średnią oceną zadowolenia dla wszystkich klientów. Do jego określenia używa się średniej ważonej ocen zadowolenia klientów z określonych cech produktu/usługi;
2. Wskaźnik CES (ang. Customer Effort Score) - to wskaźnik odnoszący się do wysiłku klientów, jaki został przez nich podjęty w celu rozwiązania danego problemu. Wskaźnik ten jest skuteczny w prognozowaniu skutków interakcji z działem obsługi klientów. Został stworzony, jako alternatywa dla innych wskaźników, a według jego założeń kluczem do zdobycia lojalności klientów ma być zaspokojenie ich potrzeb w najmniej skomplikowany sposób.

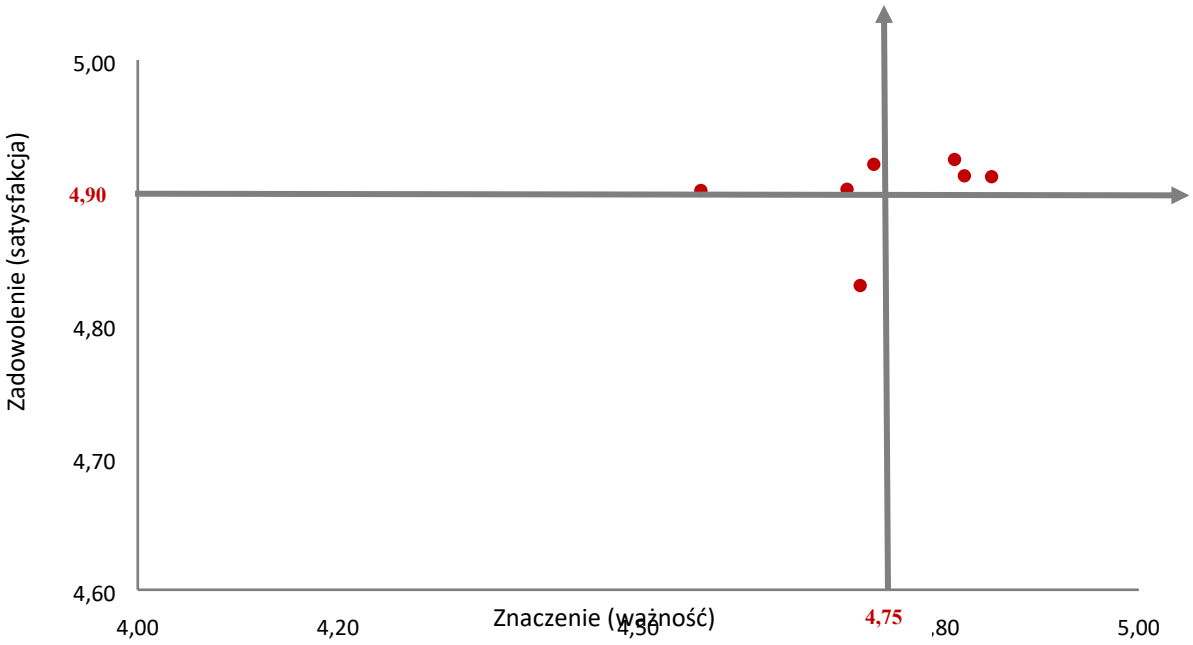
Analiza wyników z przeprowadzonego badania wskazała na bardzo wysoki poziom satysfakcji klientów NFZ. Ogólna wartość wskaźnika CSI w 2022 r. wyniosła 4.90 w 5-stopniowej skali. Najwyższe wartości wskaźnika CSI odnotowano w przypadku aspektów tj.: postawa wobec klienta i sprawność obsługi (po 4,92). Najniżej oceniona pod względem zadowolenia została łatwość dojazdu i poruszania się po oddziale (4,83). Biorąc pod uwagę cel wizyty, najwyższy wskaźnik CSI dotyczył wyrobienia Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (4,91), a najniższy – sprawy związanej ze skargą (4,55).

Wykres nr VIII.11. Wartość wskaźnika CSI w 2022 r.



Na podstawie otrzymanych wyników sporządzono także mapę jakości (satysfakcji) dla ogółu badanych. W badaniu do mocnych stron oddziałów wojewódzkich NFZ zakwalifikowano: postawę wobec klienta, kompetencje merytoryczne i komunikatywność.

Wykres nr VIII.12. Mapa jakości (satysfakcji) dla ogółu badanych w 2022 r.



W przeprowadzonym w 2022 r. badaniu określono także wskaźnik CES, który odniósł się do wysiłku klienta, który włożył on w rozwiązanie danego problemu. Wartość tego wskaźnika ustalono na podstawie odpowiedzi respondentów na następujące pytanie: Do jakiego stopnia zgadza się Pan/i z następującym stwierdzeniem: „Pracownicy NFZ zrobili wszystko, aby pomóc w sprawie, z którą się do nich zwróciłem/am”?. W badaniu 96,9% respondentów zgodziło się z tym, że pracownicy NFZ zrobili wszystko co mogli, aby im pomóc w załatwieniu sprawy, z którą przyszli do oddziału wojewódzkiego NFZ. Uzyskany w ten sposób w 2022 r. wskaźnik CES wyniósł 95,3%.

W ramach Projektu Departament Obsługi Klientów i Profilaktyki we współpracy z zewnętrzną firmą szkoleniową zrealizował także szkolenia on-line dla wytypowanych pracowników bezpośredniej obsługi klientów z oddziałów wojewódzkich NFZ, koordynatorów Telefonicznej Informacji Pacjenta oraz pracowników Centrali NFZ. Szkolenie w formie podcastów zrealizowano w październiku 2022 r. Łącznie w szkoleniu wzięło udział 234 pracowników.

Podcasty szkoleniowe dla pracowników bezpośredniej obsługi klientów (Moduł I) oraz II linii wsparcia i koordynatorów Telefonicznej Informacji Pacjenta obejmowały 4 tematy:

1. Proaktywna obsługa klienta i umiejętność wyjścia z ofertą do klienta.
2. Zarządzanie stresem i przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu.
3. Multitasking i efektywność osobista oraz zarządzanie czasem.
4. Badanie satysfakcji klientów – znaczenie badania, opis stosowanych narzędzi i mierników, korzyści z przeprowadzania badania satysfakcji.

Dla pracowników II linii wsparcia i koordynatorów Telefonicznej Informacji Pacjenta przygotowano dodatkowy piąty temat (Moduł II): Call Center – zarządzanie stresem w rozmowie telefonicznej, doskonalenie umiejętności prowadzenia rozmów, kanały komunikacji voicebot, IVR.

Dodatkowo w Projekcie zrealizowano szkolenia stacjonarne z „Proaktywnej obsługi klientów, umiejętności prezentacji usług i aktywnego pozyskiwania nowych klientów”. W szkoleniach wzięli udział pracownicy z oddziałów wojewódzkich NFZ i Centrali NFZ. Szkolenie zostało przeprowadzone w pięciu, 17 osobowych grupach i objęło łącznie 85 pracowników. Program szkolenia objął m.in.: elementy psychologii w relacji z klientami NFZ, warsztaty z wypracowania potencjalnych korzyści/wartości dla klientów NFZ, w kontekście ich potencjalnych potrzeb, trening prowadzenia rozmów z klientami NFZ oraz trening obsługi trudnych zachowań klientów NFZ.

Badanie Tajemniczego Klienta w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia

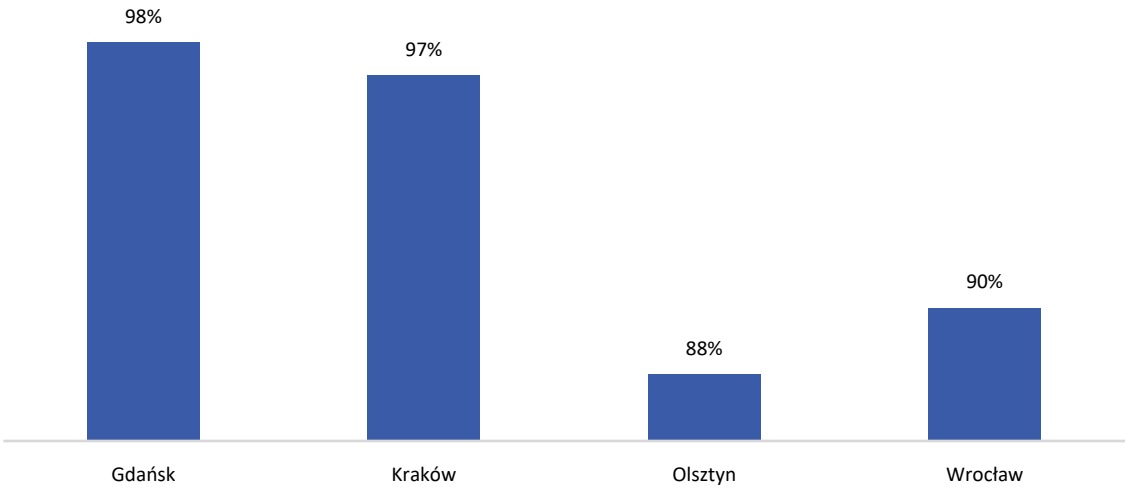
W 2022 r. Departament Obsługi Klientów i Profilaktyki w Centrali NFZ przeprowadził badanie jakości obsługi klientów z wykorzystaniem metody badawczej „Tajemniczego Klienta”. Badanie to miało na celu weryfikację realizacji założeń Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 w zakresie poprawy obsługi klientów przez pracowników NFZ. Wyznaczony pracownik Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki, który pełnił rolę Tajemniczego Klienta, oceniał poziom jakości obsługi klientów na salach obsługi klientów Narodowego Funduszu Zdrowia pod kątem zachowania pracownika (powitania i pożegnania

klienta oraz utrzymywania kontaktu wzrokowego z klientem), zaangażowania pracownika w obsługę klienta i zainteresowania sprawą klienta. Oceniana była także poprawność merytoryczna oraz zrozumiałość wypowiedzi pracownika. Ponadto, zadaniem Tajemniczego Klienta było sprawdzenie, czy oznakowanie placówki NFZ jest czytelne oraz czy w widocznym miejscu są umieszczone godziny jej otwarcia. Po wejściu do budynku Tajemniczy Klient oceniał dostępność formularzy i wniosków dla klientów, miejsc siedzących do ich wypełniania i miejsc siedzących dla osób oczekujących na obsługę.

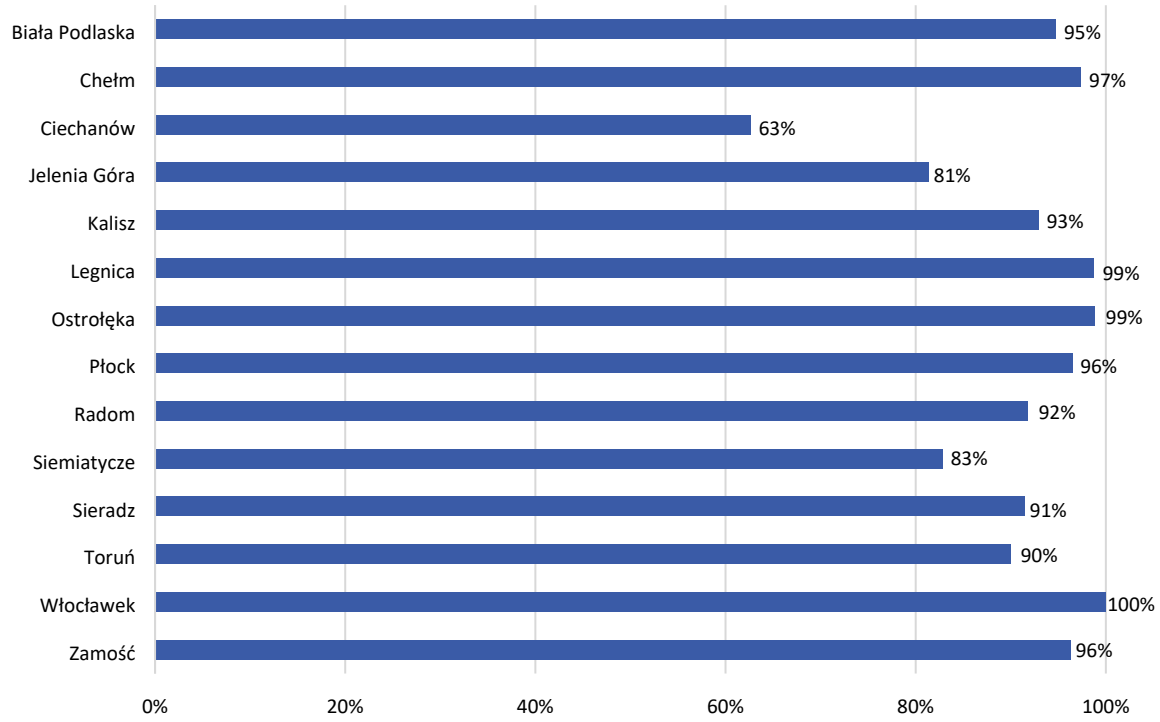
Kolejnym etapem badania było zweryfikowanie czy placówki NFZ są dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami, w szczególności, czy posiadają toaletę, podjazd dla wózków i wyznaczone miejsca parkingowe.

Badanie Tajemniczego Klienta obejmowało również wizytę na stanowisku ds. profilaktyki i promocji zdrowia, w ramach, której oceniano zachowanie doradcy ds. profilaktyki i promocji zdrowia (powitanie i pożegnanie klienta, zachęcenie klienta do wykonania pomiarów w Kiosku Profilaktycznym, podsumowanie wizyty i przekazanie klientowi materiałów promocyjnych). W 2022 r. pracownicy Departamentu Obsługi Klientów i Profilaktyki zrealizowali łącznie 25 wizyt Tajemniczego Klienta w 10 województwach. Odwiedzono 4 sale obsługi klientów Narodowego Funduszu Zdrowia w których skorzystano z usług 4 stanowisk ds. profilaktyki i promocji zdrowia, 14 delegatur i 4 Punkty Obsługi Klientów NFZ. Odwiedzono także 3 Punkty Obsługi Klientów NFZ, które nie zostały w pełni ocenione, ze względu na zamknięcie w dniu wizyty Tajemniczego Klienta.

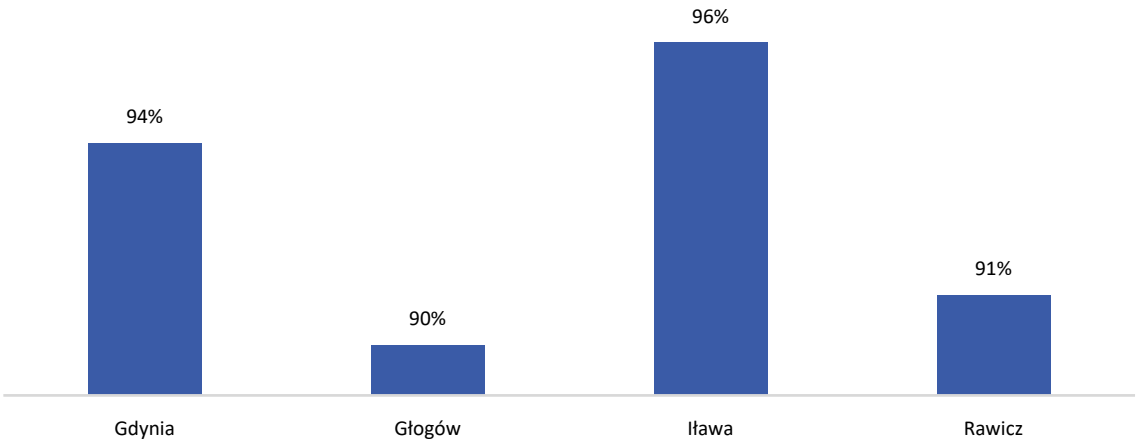
Wykres nr VIII.13. Ogólna ocena wizyt Tajemniczego Klienta na salach obsługi klientów NFZ w 2022 r.



Wykres nr VIII.14. Ogólna ocena wizyt w delegaturach NFZ w 2022 r.



Wykres nr VIII.15. Ogólna ocena wizyt w Punktach Obsługi Klientów NFZ w 2022 r.



VIII.5.7. Działania informacyjne

Biuletyn dla klientów „Ze zdrowiem”

Fundusz stworzył magazyn „Ze zdrowiem”, który jest praktycznym przewodnikiem po systemie zdrowia, a także zbiorem użytecznych porad skierowanych do pacjentów. W 2022 r. wydano dwa numery biuletynu: nr 6 „Stres” i nr 7 „Pierwsza pomoc”.

Głównymi odbiorcami pisma są osoby odwiedzające oddziały wojewódzkie NFZ, ale również internauci, bo magazyn ma formę papierową i elektroniczną.

Oprócz informacji dotyczących świadczeń realizowanych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej na łamach nowego tytułu pojawiają się także informacje związane z prawami

pacjenta. Znajdują się w nim też 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.

Każdy numer magazynu „Ze zdrowiem" liczy 16 stron. Nakład wynosi 80 tys. egz. Magazyn jest dostępny w oddziałach wojewódzkich NFZ oraz w postaci darmowego e-wydania.

Portal pacjent.gov.pl

Pacjent.gov.pl, serwis Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia to portal, 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-Zdrowie.

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 aktualizowanie 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:

1. Zakładka „Profilaktyka", w której publikowane są artykuły uszeregowane w 5 grupach tematycznych:
   - zapobiegaj zamiast leczyć – informacje, w jakim stopniu mamy wpływ na zachorowalność: 60 artykułów (do końca 2022 r.);
   - jak żyć z chorobą – informacje, jak funkcjonować w trakcie choroby, jak zapobiegać spadkowi kondycji psychicznej i fizycznej: 21 artykułów;
   - znajdź swoją dietę – informacje o dietach: ogólne i w konkretnych chorobach; 23 artykuły;
   - programy profilaktyczne – informacje o 19 programach profilaktycznych NFZ i MZ (jak cytologia, kolonoskopia, mammografia itd.): jak i gdzie z nich skorzystać; 22 artykuły;
   - szczepienia – informacje o szczepieniach obowiązkowych i zalecanych, 4 filmy tłumaczące, na czym polegają szczepienia, i zachęcające do szczepienia się.
2. Zakładka „Linia życia" – informacje uszeregowane pod kątem potrzeb w zależności od momentu życia (dziecko, rodzic, osoba w kwiecie wieku, osoba na emeryturze itd.); ok. 300 artykułów rozmieszczonych w poszczególnych zakładkach.

3. Publikowanie artykułów o tematyce prozdrowotnej w „Aktualnościach” i linkowanie w nich do konkretnych programów profilaktycznych:
    - przypominanie o profilaktyce i zachęcanie do niej – również z podziałem na płeć i wiek: tutaj m.in. profilaktyka dotycząca najczęstszych chorób, zagrożeń, problemów, jak np.: nowotwory u kobiet, badanie piersi, mammografia, cytologia, osteoporoza, depresja okołoporodowa i in., nowotwory u mężczyzn, rak jąder, prostaty, prącia; najczęstsze nowotwory: płuc, jelita grubego; choroby przewlekłe, jak cukrzyca, choroby układu krążenia, POChP; Profilaktyka 40+ oraz profilaktyka uzależnień: choroby odtytoniowe, e-uzależnienia dzieci.
    - przedstawianie dostępnych badań i programów profilaktycznych;
    - wskazanie korzyści prozdrowotnego życia i regularnego badania się;
    - ukazywanie nowych aspektów lub zasad korzystania z systemu opieki zdrowotnej.
4. 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);
    - podaje telefony do placówki, informacje o dojeździe i mapę oraz ułatwieniach dla osób z niepełnosprawnością.

Księga znaku i Księga identyfikacji wizualnej

W 2022 r. kontynuowano prace nad nową wersją Księgi znaku i Księgą identyfikacji wizualnej. Księga znaku standaryzuje umieszczanie i budowę logo Narodowego Funduszu Zdrowia, kolorystykę oraz typografię. Natomiast Księga identyfikacji wizualnej przedstawia standardy projektowania materiałów promocyjnych, druków, pism z uwzględnieniem logo. Realizacja tego zadania poprawi wizerunek Narodowego Funduszu Zdrowia poprzez wyznaczenie jednakowych standardów wizualizacji. Księga znaku i Księga identyfikacji wizualnej pomaga uspójnić wizualnie działania informacyjno-promocyjne Narodowego Funduszu Zdrowia, które powinny być jednoznacznie kojarzone z działalnością NFZ oraz rozpoznawalne.

W 2021 r. w ramach tego działania wprowadzono 4. część Księgi identyfikacji wizualnej. Określiła ona m.in.: stosowanie typografii i kolorów; wprowadzenie i prezentację danych; sposób nawigacji, układy i kontenery.

Egzekwowano wprowadzanie zmian i koordynowano prace nad wprowadzaniem zmian w oddziałach wojewódzkich NFZ.

Prace graficzne i poligraficzne

W 2022 r. kontynuowano realizowanie Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 w zakresie uspójniania wizerunku Narodowego Funduszu Zdrowia – zgodnie z przyjętą Księgą znaku i Księgą identyfikacji wizualnej. 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 magazyn „Ze Zdrowiem" nr 6 i 7).

VIII.5.8. Profilaktyka i promocja zdrowia

Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z przyjętą Strategią Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023, uczynił profilaktykę zdrowotną jednym z priorytetów. W związku z potrzebą szerzenia wiedzy w zakresie zdrowego stylu życia oraz aktywnego udziału w badaniach profilaktycznych, a w konsekwencji poprawy stanu zdrowia Polaków, NFZ prowadził liczne działania informacyjne i edukacyjne, tak na poziomie ogólnopolskim, jak i regionalnym. W 2022 r. w każdym oddziale wojewódzkim NFZ Wydziały Obsługi Klientów Profilaktyki przejęły nadzór i rozwijały działania w obszarze profilaktyki chorób i promocji zdrowia na poziomie regionalnym. Działania te obejmowały m.in.: cykliczną akcję „Środa z Profilaktyką", eventy profilaktyczne oraz stanowisko ds. profilaktyki i promocji zdrowia.

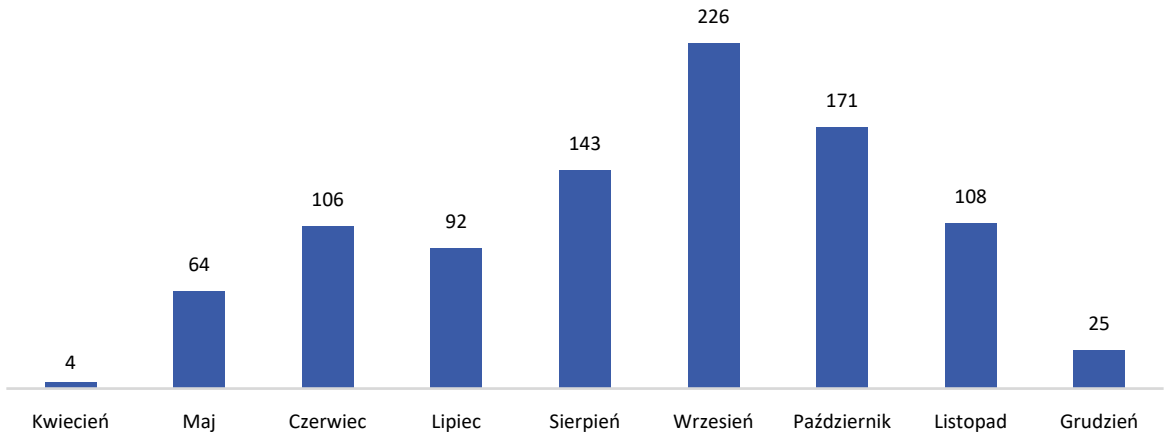
Cykliczna akcja NFZ „ŚRODA Z PROFILAKTYKĄ"

W 2022 r. Narodowy Fundusz Zdrowia kontynuował cykliczną akcję „Środa z Profilaktyką". Jest to dzień regularnej edukacji zdrowotnej, dedykowany profilaktyce chorób i promocji zdrowia. Każda środa to inny ważny temat w obszarze profilaktyki chorób i promocji zdrowia. W ramach „Środy z Profilaktyką" przygotowywane są materiały informacyjno-edukacyjne oraz film – wywiad z ekspertem w danej dziedzinie. Działalność związana z edukacją koncentrowała się na produkcji filmów i ulotek publikowanych w Internecie oraz w środkach masowego przekazu (m.in. portal Akademia NFZ, YouTube Akademia NFZ, Facebook – profil Akademia NFZ) oraz dystrybuowanych w salach obsługi klientów Narodowego Funduszu Zdrowia.

EVENTY promujące zdrowy tryb życia

Wydziały Obsługi Klienta i Profilaktyki w oddziałach wojewódzkich NFZ organizowały i uczestniczyły w wydarzeniach stacjonarnych organizowanych w salach obsługi klientów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz eventach plenerowych na terenie całego kraju. W okresie kwiecień – grudzień 2022 r. oddziały wojewódzkie NFZ wzięły udział w 939 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.

Wykres nr VIII.17. Łączna liczba zrealizowanych wydarzeń o charakterze profilaktycznym przez oddziały wojewódzkie NFZ w okresie od 22.04.2022 r. do 31.12.2022 r.



Portal żywieniowy DIETY.NFZ.GOV.PL

Portal diety.nfz.gov.pl to strona, na której NFZ promuje zdrowe nawyki i wspiera osoby z chorobami przewlekłymi w wyborze odpowiedniej diety. To witryna, na której zarejestrowało się już ponad 700 000 użytkowników. Nowa wersja strony Diety NFZ powstała po to, aby odpowiedzieć na potrzeby i oczekiwania Polaków, którzy chcą zmienić swój styl odżywiania na zdrowszy. Dzięki wprowadzonym zmianom korzystanie z portalu jest od 2022 r. jeszcze łatwiejsze.

Poza nową szatą graficzną strona zyskała wiele merytorycznych treści. Na portalu znajduje się: 10 planów żywieniowych opartych na diecie DASH, takich jak: Hashimoto, cukrzyca, senior, czy classic; możliwość indywidualnego doboru planu żywieniowego do preferencji użytkownika; plan żywieniowy dla całej rodziny; ponad 7500 przepisów opracowanych przez dietetyków; 67 filmów z poradami żywieniowymi i przepisami; ponad 20 artykułów z poradami na temat zdrowego odżywiania; quizy o zdrowych nawykach; e-booki z przepisami.

Akademia NFZ to strona o profilaktyce, która łatwy sposób ma przypominać o regularnych badaniach profilaktycznych i zdrowych nawykach. W 2022 r. powstała jej nowa odsłona. Dzięki niej NFZ przypomina o profilaktyce w różnej formie, poprzez publikację: Artykułów w zakładce PROFILAKTYKA; Podcastów i filmów w zakładce MULTIMEDIA; Quizów.

Na stronie Akademii NFZ uruchomił kalendarz badań profilaktycznych – bazę wiedzy o profilaktyce zdrowotnej dla osób w każdym wieku. Wystarczy wybrać płeć, wpisać swój wiek, a kalendarz wygeneruje spis rekomendowanych badań oraz zaleceń. Listę zalecanych badań otrzymają także kobiety w ciąży.

Zakładka profilaktyka to miejsce, w którym publikowane są najważniejsze informacje dotyczące zdrowych nawyków i programów profilaktycznych. Zakładkę podzielona jest na kategorie tematyczne. W ten sposób każdy, kto chce przeczytać więcej na temat konkretnej dolegliwości, może wybrać odpowiedni temat z zaproponowanych kategorii lub wyszukać dane słowo w wyszukiwarce.

Multimedia to podstrona, na której użytkownicy mogą: poczytać e-booki, pobrać przydatne aplikacje, obejrzeć filmy, posłuchać podcastów oraz rozwiązać quizy.

Zakładkę jest podzielona na kategorie, aby ułatwić użytkownikom zarówno wyszukiwanie konkretnego tematu, jak i form publikacji.

Stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia w salach obsługi klientów

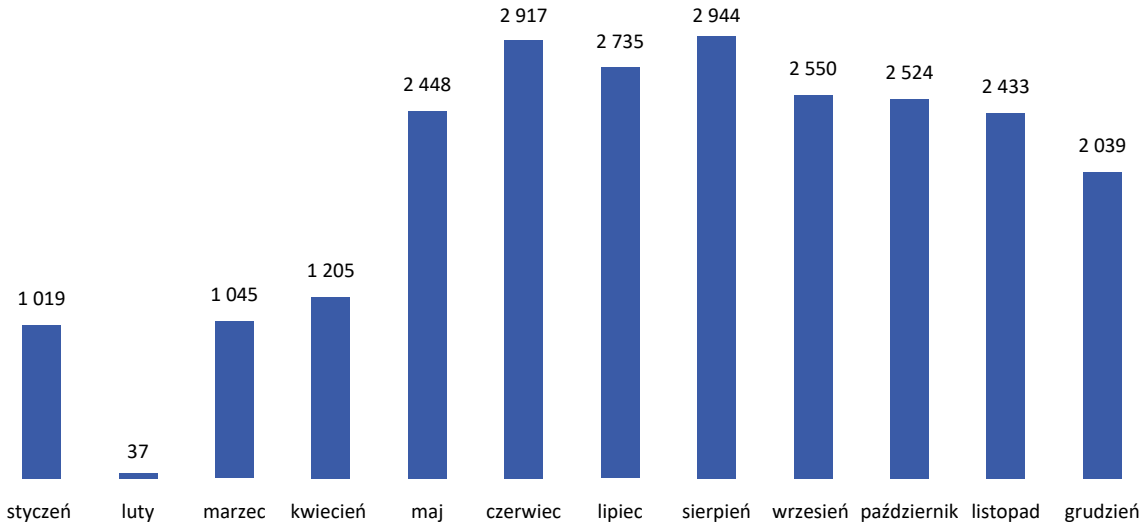
W 2022 r. kontynuowano działanie stanowisk ds. profilaktyki i promocji zdrowia w salach obsługi klientów Narodowego Funduszu Zdrowia. Celem uruchomienia stanowiska była realizacja założeń Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 w zakresie zwiększenia działań profilaktycznych i upowszechnienia wiedzy o zdrowiu i publicznym systemie opieki zdrowotnej.

Stanowiska ds. profilaktyki i promocji zdrowia umiejscowione są w salach obsługi klientów w NFZ. Integralnym elementem stanowiska jest Kiosk Profilaktyczny, który umożliwia klientom wykonanie bezpłatnych pomiarów, tj.: wzrost, masa ciała, wskaźnik BMI, skład ciała oraz ciśnienie tętnicze krwi. W trakcie wizyty na stanowisku klient może wykonać pomiary w Kiosku, a także porozmawiać z doradcą.

W trakcie rozmowy klient ma możliwość: uzyskania informacji dotyczących norm uzyskanych pomiarów w Kiosku Profilaktycznym, otrzymania materiałów promocyjnych oraz informacji o programach profilaktycznych realizowanych przez NFZ i Ministerstwo Zdrowia oraz wydruku przykładowego planu żywienia ze strony internetowej diety.nfz.gov.pl.

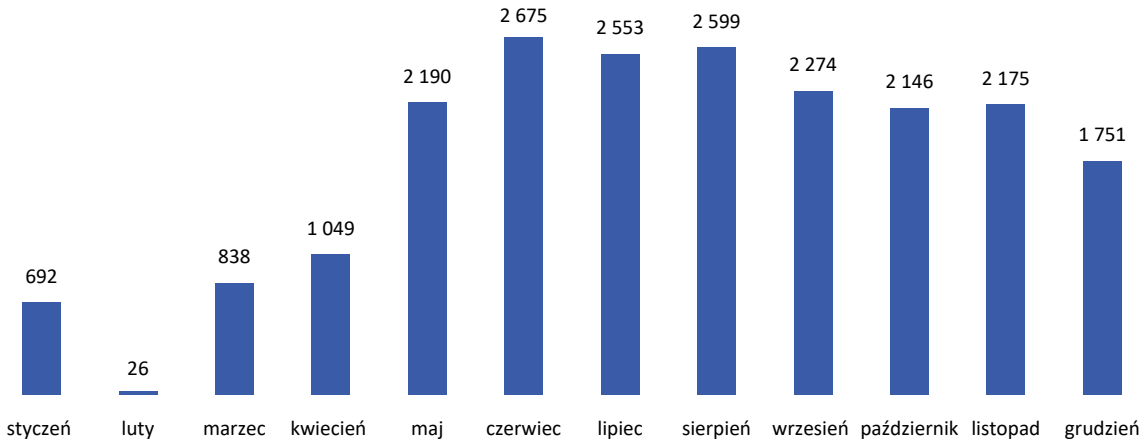
W 2022 r. we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ, obsłużono na stanowisku ds. profilaktyki i promocji zdrowia 23 896 klientów.

Wykres nr VIII.18. Liczba klientów obsłużonych na stanowisku ds. profilaktyki i promocji zdrowia w okresie w 2022 r.



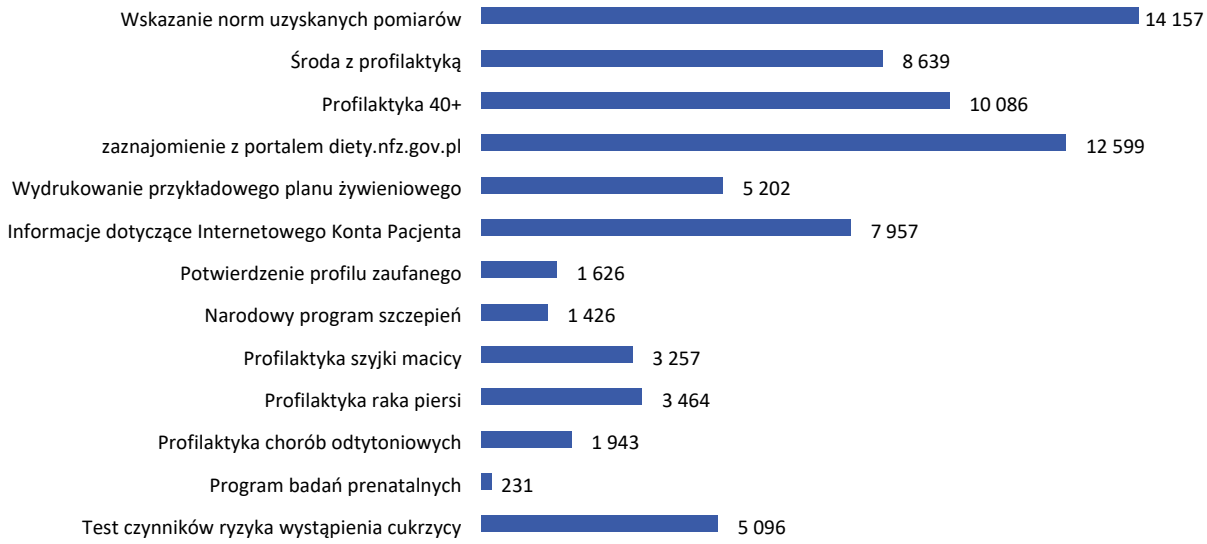
W 2022 r. z możliwości wykonania pomiarów w Kiosku Profilaktycznym we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ skorzystało 20 968 klientów.

Wykres nr VIII.19. Łączna liczba klientów, którzy wykonali pomiary w Kiosku Profilaktycznym w podziale na województwa, w okresie w 2022 r.



Podczas wizyty przy stanowisku, klient ma również możliwość skorzystania z konsultacji z doradcą ds. profilaktyki i promocji zdrowia. Doradca, na życzenie klienta wskazuje normy uzyskanych pomiarów w Kiosku Profilaktycznym, zachęca do korzystania z portalu diety.nfz.gov.pl, promuje Internetowe Konto Pacjenta, a także informuje o programach profilaktycznych realizowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia.

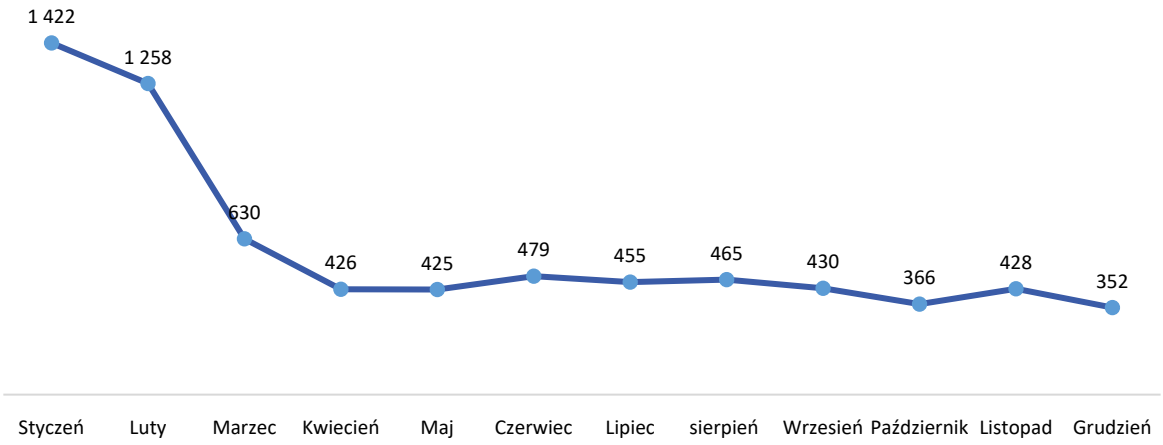
Wykres nr VIII.20. Liczba omawianych zakresów tematycznych podczas konsultacji z doradcą, na stanowisku ds. profilaktyki i promocji zdrowia, w 2022 r.



Działania profilaktyczne na Telefonicznej Informacji Pacjenta

Telefoniczna Informacja Pacjenta wspiera także działania profilaktyczne dla obywateli. Kontynuowano pilotaż dotyczący profilaktyki nowotworowej za pośrednictwem infolinii. Wybierając „3" przy połączeniu na TIP można skontaktować się konsultantami, którzy udzielają informacji dotyczących nowotworów oraz działań zapobiegających rakowi. Bazę wiedzy z pytaniami przygotował Narodowy Instytut Onkologii. Do 31 grudnia 2022 r. Telefoniczna Informacja Pacjenta - nitka profilaktyka onkologiczna, obsłużyła ponad 22 tys. połączeń.

Wykres nr VIII.21. Dane dotyczące połączeń obsługiwanych w sprawie profilaktyki onkologicznej od 1.01.2022 r. do 31.12.2022 r.



Pacjenci, którzy dzwonią w sprawie profilaktyki onkologicznej najczęściej poruszają następujące tematy: Program Profilaktyka 40+; 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, przeciwtężcowej, odtytoniowej, raka szyjki macicy); Refundacja konkretnych zabiegów onkologicznych; Gdzie można wykonać biopsję, mammografię, cytologię; Zapobieganie występowaniu chorób nowotworowych.

IX. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących Funduszu

IX.1. Kontrole wewnętrzne przeprowadzone przez Fundusz

Kontrola wewnętrzna w Centrali NFZ w 2022 r. realizowana była w ramach kontroli instytucjonalnej przez Biuro Nadzoru Wewnętrznego (BNW) oraz kontroli funkcjonalnej, w zakresie nadzoru merytorycznego przez właściwe komórki organizacyjne Centrali NFZ.

W ramach kontroli instytucjonalnej BNW przeprowadziło łącznie 39 kontroli, w tym: 35 planowych oraz 4 kontrole doraźne.

Najczęstszym przedmiotem kontroli działalności NFZ, przeprowadzanych przez BNW było:

1. Prawidłowość wydawania decyzji administracyjnych, na podstawie art. 42d ustawy o świadczeniach, w sprawie zwrotu kosztów leczenia poza granicami kraju. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: nie wysłanie pisemnych wezwań z wyznaczeniem terminu na uzupełnienie wniosku, sporządzanie i przekazanie zawiadomienia o wszczęciu postępowania administracyjnego bezpośrednio przed wydaniem decyzji administracyjnej, a nie po wpływie wniosku do Oddziału, nie zawiadomienie wnioskodawcy o możliwości czynnego udziału w postępowaniu i możliwości wypowiedzenia się co do zebranego materiału dowodowego przed wydaniem decyzji administracyjnej, podjęcie postępowania administracyjnego, na podstawie skanów wniosków nieopatrzonych kwalifikowanym podpisem elektronicznym, podpisem osobistym albo podpisem zaufanym, nieterminowe wydawanie decyzji administracyjnych, nie wystosowanie do wnioskodawców zawiadomienia o wszczęciu postępowania administracyjnego, nieprawidłowe daty wpływu wniosku i wydania decyzji oraz numeru decyzji.
2. Prawidłowość przeprowadzania windykacji należności w wyniku kontroli świadczeniodawców i aptek. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia: nie dokonywanie przez kierownika komórki właściwej ds. księgowości w module windykacji, weryfikacji/akceptacji poprawności zapisu w Wykazie Należności, nie wprowadzenie czynności związanych ze sporządzeniem, akceptacją i przekazaniem oświadczenia o potrąceniu wierzytelności, wprowadzenie błędnych dat czynności związanych z analizą opłacalności windykacji, wykonanie operacji księgowych bez pisemnego upoważnienia; nieterminowe sporządzenie wniosku o dokonanie windykacji; wystawienie noty księgowej z tytułu nienależnie przekazanych środków finansowych po siedmiu miesiącach od wystosowania do świadczeniodawcy wezwania do zapłaty; nie wystosowanie przedsądowego wezwania do zapłaty przed złożeniem pozwu do sądu; nieterminowe sporządzenie pozwu do sądu; nie przekazanie warunków ugody w formie pisemnej; nieterminowe przesłanie pisemnej propozycji warunków ugody dłużnikowi; nieterminowe zawarcie ugody; nie zrealizowanie warunków ugody, dotyczących natychmiastowej wymagalności pozostałej części należności, w związku z uchybieniem terminu płatności kolejnych rat; prowadzenie wykazu należności podlegających windykacji niezgodnie ze wzorem; nie przesłanie do dłużnika oświadczeń o potrąceniu wierzytelności.

3. Prawidłowość przeprowadzania postępowań w zakresie zamówień publicznych do 130 tys. PLN. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: prowadzenie rejestru postępowań o zamówienia publiczne rejestru niezgodnie ze wzorem; zaakceptowanie i przekazanie do dalszego procedowania wniosku o zamówienie publiczne zawierającego niewłaściwie określone źródło finansowania zamówienia; sporządzenie wniosku niezgodnie ze wzorem; sporządzenie wniosku bez wskazania udokumentowania szacowania wartości zamówienia; w notatce służbowej brak terminu, w którym dokonano rozeznania rynku, terminu składania ofert, zaproponowanych lub ustalonych warunków realizacji zamówienia oraz propozycji wyboru oferty wykonawcy wraz z uzasadnieniem wyboru; w zapytaniu ofertowym brak terminu składania ofert i kryteriów oceny ofert; w zestawieniu ofert zawarcie danych, których nie odzwierciedlały złożone oferty; podjęcie decyzji o wyborze wykonawcy przez osobę nieuprawnioną; w aktach sprawy brak zaakceptowanej przez dyrektora notatki służbowej, zawierającej wymagane elementy, w tym propozycję wyboru oferty wykonawcy wraz z uzasadnieniem wyboru; sporządzenie notatki służbowej przed wyrażeniem zgody na realizację zamówienia publicznego.
4. Prawidłowość przeprowadzania postępowań w zakresie zamówień publicznych, podlegających przepisom ustawy prawo zamówień publicznych. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: wnioski o zamówienie nie zawierały sposobu zabezpieczenia środków finansowych i zgodności z planem finansowym/ rzeczowym planem wydatków inwestycyjnych oraz źródła finansowania przedmiotu zamówienia, opinii w zakresie zakwalifikowania wydatku do ujęcia w księgach rachunkowych, decyzji dyrektora w zakresie wyrażenia lub nie wyrażenia zgody na realizację wniosku; nie zaopiniowanie wniosków w zakresie stosowania ustawy; nie zaparafowanie projektu umowy przez osoby wskazane w regulaminach zamówień publicznych; nie sporządzenie protokołów z posiedzeń; zażądanie wadium w wysokości wyższej niż 1,5% wartości zamówienia; nie zatwierdzenie zmiany treści specyfikacji warunków zamówienia i ogłoszenia w zakresie terminu otwarcia ofert; sprawdzenie oferty pod względem merytorycznym bez zachowania kworum komisji; nie zażądanie od oferentów wyjaśnień w zakresie rażąco niskiej ceny; nie wezwanie oferentów do złożenia harmonogramów wykonania usługi, o których mowa w specyfikacji warunków zamówienia; nie odnotowanie w protokołach z posiedzeń komisji przetargowej nieobecności członków komisji; opublikowanie ogłoszenia o udzieleniu zamówienia w Biuletynie Zamówień Publicznych po terminie; zwrócenie wadium wykonawcy po terminie i bez odsetek; dokonanie nieuprawnionej zmiany na dokumencie zatwierdzonym przez dyrektora OW NFZ.
5. Prawidłowość przeprowadzania postępowań w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: brak w aktach sprawy informacji o ogłoszeniu o postępowaniach w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, skierowanej do okręgowej izby lekarskiej/okręgowej izby pielęgniarek i położnych oraz potwierdzenia wysłania informacji o ogłoszeniu o postępowaniu do właściwych izb; nie przeprowadzenie przez komisję konkursową weryfikacji oferentów w terminie trzech miesięcy od dnia rozpoczęcia realizacji umów; przekazanie do sądu administracyjnego oryginału

dokumentów postępowania konkursowego bez sporządzenia kopii dokumentów poświadczonych za zgodność z oryginałem; nie zapewnienie w składzie komisji konkursowej udziału osoby o wykształceniu wyższym, posiadającej tytuł zawodowy magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu w dyscyplinie nauki medyczne lub nauki o zdrowiu; przyjęcie przez komisję konkursową do dalszego postępowania jednej złożonej oferty, pomimo że na obszarze wskazanym w ogłoszeniu znajdowały się inne podmioty mogące udzielać świadczeń w tym zakresie; niewezwanie przez komisję konkursową oferenta do złożenia oświadczenia o zobowiązaniu do kontynuowania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu umowy na cały okres obowiązywania umowy z NFZ; zakwalifikowanie oferty do części niejawnej postępowania, pomimo niespełniania przez nią wymagań formalnych; błędne wypełnienie formularzy.

6. Prawidłowość postępowania przy opracowaniu rocznego planu kontroli i prowadzeniu kontroli wewnętrznych. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: nie poinformowanie kontrolowanego pisemnie o przedłużeniu ważności upoważnień; nie wpisanie upoważnienia z informacją o jego przedłużeniu do wykazu akt kontroli; błędne wskazanie dnia rozpoczęcia czynności kontrolnych w zawiadomieniu o kontroli; przekazanie zawiadomienia o kontroli kontrolowanym e-mailem, przed podpisaniem upoważnień do kontroli przez dyrektora Oddziału; podjęcie czynności kontrolnych przed datą ważności upoważnienia; w wykazach akt kontroli brak pisma z informacją o sposobie realizacji zaleceń pokontrolnych; włączenie do akt kontroli dowodów, niepotwierdzonych za zgodność z oryginałem; sporządzenie protokołu przyjęcia ustnych wyjaśnień niezgodnie ze wzorem; włączenie do akt kontroli zestawienia, bez oświadczenia o zgodności z danymi zawartymi w systemie informatycznym; nie podpisanie wystąpień pokontrolnych podpisem kwalifikowanym.
7. Prawidłowość postępowania OW NFZ przy rozpatrywaniu wniosków o zgodę na transport sanitarny daleki w poz. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia: nie dołączenie do akt spraw notatek służbowych wskazujących na telefoniczne wezwania do uzupełnienia wniosków/e-maili z informacją o sposobie rozpatrzenia wniosku; nie przekazanie wnioskodawcom lub realizatorom przewozu zaakceptowanych wniosków; wpisanie błędnej daty wpływu wniosku.
8. Prawidłowość przygotowania i przeprowadzenia egzaminu kwalifikacyjnego na stanowisko kontrolera NFZ. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia: nie podpisanie protokołów z posiedzenia komisji przez wszystkich członków komisji egzaminacyjnej obecnych na posiedzeniu; błędne wyliczenie przez komisję egzaminacyjną średniej arytmetycznej obu ocen egzaminatorów i w konsekwencji ostatecznej oceny punktowej egzaminu; nie odzwierciedlanie pełnego przebiegu załatwienia sprawy.
9. Prawidłowość rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: przekazanie nienależnych środków finansowych; przekazanie środków finansowych za udzielone świadczenia opieki zdrowotnej, w terminie dłuższym niż 7 dni od dnia otrzymania dokumentacji rozliczeniowej; przekazanie środków

finansowych na świadczenia dodatkowe dla personelu medycznego, w terminie dłuższym niż 3 dni robocze od dnia otrzymania informacji; przyjęcie sprawozdań niezgodnych ze wzorami.

10. Prawidłowość monitorowania i rozliczania realizacji umów. Stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: nie zatwierdzenie przez osobę uprawnioną zgłoszenia wsparcia merytorycznego; nieprawidłowe monitorowanie rozliczenia umowy, tj. wskazanie niewłaściwej kwoty wykorzystanej i pozostałej do wykorzystania w opisie merytorycznym faktur; nie wykonanie obowiązku pełnienia nadzoru nad realizacją i rozliczeniem umowy.

W ramach kontroli funkcjonalnej komórki organizacyjne Centrali Funduszu przeprowadziły łącznie 23 kontrole, w tym: Departament Ekonomiczno-Finansowy (DEF) 6 kontroli, Departament Służb Mundurowych (DSM) 5 kontroli, Biuro Księgowości (BK) 4 kontrole, Gabinet Prezesa Funduszu (GPF) 1 kontrolę, Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej (DSOZ) 3 kontrole i Departament Obsługi Klienta i Promocji (DOKiP) 4 kontrole.

1. DEF przeprowadził kontrole w zakresie wykonania planu finansowego. Stwierdzono następujące uchybienia: aneksowanie umowy po terminie; rozpatrzenie po terminie wniosków o wypłatę wynagrodzenia za świadczenie opieki zdrowotnej udzielone świadczeniobiorcy w stanie nagłym.
2. DSM przeprowadził kontrole w zakresie:
   - realizacji zadań obronnych, obrony cywilnej i zarządzania kryzysowego. Stwierdzono następujące uchybienia: nieprawidłowe prowadzenie dokumentacji z zakresu obronności i zarządzania kryzysowego i obrony cywilnej;
   - oceny prawidłowości przeprowadzania procesu aneksowania/zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne na 2022 rok. Nie stwierdzono uchybień i nieprawidłowości.
3. BK przeprowadziło kontrole w zakresie prawidłowości prowadzenia ksiąg rachunkowych i sporządzania sprawozdań finansowych, obiegu dowodów księgowych oraz regulowania zobowiązań i dochodzenia należności. Nie stwierdzono uchybień i nieprawidłowości.
4. GPF przeprowadził kontrolę w zakresie wydawania decyzji w indywidualnych sprawach z ubezpieczenia zdrowotnego - art. 109 ustawy o świadczeniach oraz z tytułu poniesienia kosztów świadczeń opieki zdrowotnej udzielonych osobom nieuprawnionym - art. 50 ustawy o świadczeniach. Nie stwierdzono uchybień i nieprawidłowości.
5. DSOZ przeprowadził kontrolę prawidłowości przeprowadzania postępowań w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej na 2021 rok i lata następne. Stwierdzono następujące uchybienia i nieprawidłowości: nieterminowe przeprowadzenie weryfikacji ofert; błędne sporządzenie rankingu końcowego z negocjacji; niezapewnienie w składzie komisji konkursowej osoby posiadającej co najmniej wyższe wykształcenie i tytuł zawodowy magistra lub równorzędny w dziedzinie nauk medycznych.
6. DOKiP przeprowadził kontrolę w zakresie:

- prawidłowości realizacji Księgi Jakości Obsługi Klientów NFZ. Stwierdzono następujące uchybienia: brak pełnej informacji o zakresie aktualnie świadczonych usług na drzwiach budynku; niezapewnienie możliwości swobodnego rozłożenia dokumentów przy stanowiskach przez klientów;
- prawidłowości rozpatrywania skarg i wniosków składanych na świadczeniodawców. Stwierdzono następujące uchybienia i nieprawidłowości: nieprawidłowa kwalifikacja spraw z katalogu klas JRWA; niepouczenie i niewskazanie podstawy prawnej o przysługującym prawie do wniesienia ponaglenia; brak monitorowania terminowości otrzymania wyjaśnień; niewskazanie nowego terminu udzielenia odpowiedzi na skargę; nierzetelne prowadzenie rejestru skarg i wniosków; występowanie o uzupełnienie braków po upływie siedmiu dni od otrzymania korespondencji; przewlekłe prowadzenie postępowań wyjaśniających; nieterminowe załatwienie spraw; niezasadne przekwalifikowanie sprawy; nieprzesłanie pisemnej odpowiedzi do klienta NFZ.

IX.2. Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w Funduszu

W jednostkach organizacyjnych Funduszu instytucje kontroli zewnętrznej przeprowadziły w 2022 r. łącznie 51 kontroli, tj.: 10 kontroli rozpoczętych w 2021 r. i 41 kontroli rozpoczętych i zakończonych lub pozostających w toku w 2022 roku.

W 2022 r. jednostki organizacyjne Funduszu kontrolowane były przez 8 instytucji kontroli zewnętrznej. Większość postępowań została przeprowadzona przez Krajową Administrację Skarbową (16) i Najwyższą Izbę Kontroli (15), a pozostałe przez następujące instytucje: Ministerstwo Zdrowia (6), Archiwum Państwowe (5), Urzędy Wojewódzkie (4), Państwową Inspekcję Pracy (3), Zakład Ubezpieczeń Społecznych (1) i Powiatową Stację Sanitarno-Epidemiologiczną (1).

Kontrolowaną działalność sześciokrotnie oceniono pozytywnie, raz oceniono pozytywnie z uchybieniami, dwukrotnie pozytywnie z nieprawidłowościami, piętnastokrotnie przedstawiono ocenę opisową, dwudziestokrotnie nie sformułowano oceny. Dla siedmiu kontroli ostateczne dokumenty pokontrolne nie wpłynęły do 15 lutego 2023 r. Sprawozdanie o wynikach kontroli przeprowadzonych przez instytucje kontroli zewnętrznej w 2022 roku w Narodowym Funduszu Zdrowia opublikowano 22 lutego 2023 r. na stronie internetowej Funduszu.

Instytucje kontroli zewnętrznej prowadziły w Centrali Funduszu dziewięć kontroli, w oddziałach wojewódzkich Funduszu łącznie czterdzieści dwie kontrole. Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła kontrole w zakresie:

- dostępności i jakości świadczeń rehabilitacyjnych po COVID-19 w 5 oddziałach (dolnośląskim, lubelskim, śląskim, świętokrzyskim, zachodniopomorskim);
- dodatkowych świadczeń pieniężnych przyznawanych w związku z przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w Centrali oraz 3 oddziałach (dolnośląskim, mazowieckim, podlaskim);
- zarządzania oprogramowaniem komputerowym w 2 oddziałach wojewódzkich Funduszu (małopolskim, podkarpackim);

- utworzenia i funkcjonowania szpitali tymczasowych w związku z COVID-19 w Centrali Funduszu;
- realizacji Narodowego Programu Szczepień przeciwko COVID-19 w Centrali NFZ;
- opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w oddziale wielkopolskim;
- dostępności do leczenia w ramach Ratunkowego Dostępu do Technologii Lekowych w Centrali NFZ.

Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło kontrole w zakresie:

- wydatkowania środków publicznych w ramach postępowań realizowanych w trybie ustawy Prawo zamówień publicznych oraz zamówień poniżej 130 tys. zł w 2 oddziałach (łódzkim, zachodniopomorskim);
- dostępności i jakości usług publicznych oraz sprawności w obsłudze interesantów w oddziale podlaskim;
- kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej w oddziale warmińsko–mazurskim;
- realizacji projektu przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej w Centrali NFZ;
- tworzenia korpusu kontrolerskiego w Centrali NFZ.

Izba Administracji Skarbowej prowadziła kontrole w zakresie: realizacji projektu zapewnienia bezpieczeństwa i opieki pacjentom oraz bezpieczeństwa personelowi zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów na czas COVID-19 w Centrali NZF i 15 oddziałach (dolnośląskim, kujawsko–pomorskim, lubelskim, lubuskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim, zachodniopomorskim).

Państwowa Inspekcja Pracy przeprowadziła kontrole w zakresie: przestrzegania prawa pracyw Centrali i 2 oddziałach (małopolskim, śląskim).

Archiwum Państwowe przeprowadziło kontrole w zakresie: przestrzegania przepisów o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach w Centrali NFZ i 4 oddziałach (łódzkim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim, zachodniopomorskim).

Urzędy Wojewódzkie przeprowadziły kontrole w zakresie: realizacji powierzonych zadań oraz wykorzystania dotacji celowej w oddziale lubuskim (2 kontrole); oraz realizacji porozumienia w oddziale podkarpackim (2 kontrole).

Zakład Ubezpieczeń Społecznych przeprowadził kontrolę w zakresie: prawidłowości i rzetelności obliczania składek na ubezpieczenia społeczne oraz innych składek, do których pobierania zobowiązany jest Zakład 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 oddziale podkarpackim.

Powiatowa Stacja Sanitarno-Epidemiologiczna przeprowadziła kontrolę w zakresie: higieny pracy, realizacja nakazów zawartych w decyzjach PPIS w oddziale podkarpackim.

IX.3. Audyt wewnętrzny w Funduszu

Komórka audytu wewnętrznego w NFZ realizowała w 2022 r. poniższe planowe zadania audytowe:

- obsługa wniosków o udzielanie i rozliczanie dofinansowania informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej i szkoleń (cztery zadania zapewniające w czterech OW NFZ),
- zarządzanie zmianą (cztery zadania zapewniające w czterech OW NFZ),
- organizacja korpusu kontrolerskiego (zadanie zapewniające w centrali i czterech TWK),
- bezpieczeństwo i dostępność budynków (cztery zadania zapewniające w czterech OW NFZ),
- obsługa skarg i wniosków na działalność oddziału - analiza wyników i dokonywanie zmian (sześć zadań zapewniających w sześciu OW NFZ),
- rozliczanie programów lekowych (pięć zadań zapewniających w pięciu OW NFZ),
- realizacja zapotrzebowań na analizy danych i raporty (sześć zadań zapewniających w Centrali i pięciu OW NFZ),
- zapewnienie dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (trzy zadania zapewniające w trzech OW NFZ),
- zarządzanie uprawnieniami do SI NFZ (sześć zadań zapewniających w Centrali i pięciu OW NFZ),
- czynności sprawdzające w oddziałach wojewódzkich (pięć zadań zapewniających w pięciu OW NFZ),
- efektywność wykorzystania systemów informatycznych - optymalizacja, integracja (trzy zadania zapewniające w trzech OW NFZ),
- monitorowanie zaległych zaleceń, uwag doradczych i uwag systemowych (siedemnaście czynności doradczych w centrali i szesnastu OW NFZ),
- inne działania dotyczące wsparcia funkcjonowania kontroli zarządczej (czynności doradcze w Centrali i OW NFZ).

Komórka audytu wewnętrznego w NFZ realizowała w 2022 r. poniższe pozaplanowe zadania audytowe:

- działalność edukacyjno-promocyjna (trzy zadania zapewniające w trzech OW NFZ),
- ewaluacja procesu zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w kontekście warsztatów Lean (trzy zadania zapewniające w trzech OW NFZ),

- zarządzanie danymi świadczeniobiorców i osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej (sześć zadań zapewniających w Centrali i pięciu OW NFZ),
- udział w Radzie Portfela Projektów (czynności doradcze realizowane w Centrali NFZ).

W wyniku prowadzonych zadań audytowych powstają zalecenia, uwagi doradcze oraz uwagi systemowe. Ich wdrożenie oceniane jest podczas czynności sprawdzających. W 2022 roku przeprowadzone zostały poniższe czynności sprawdzające:

- rozliczenia w ramach umów szpitali zakwalifikowanych do PSZ w podziale na kwotę ryczałtu oraz kwoty w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej odrębnie finansowanych (2 czynności sprawdzających realizowanych w 2 OW NFZ),
- zarządzanie danymi świadczeniobiorców i osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej (sześć czynności sprawdzających w Centrali NFZ i pięciu OW NFZ),
- ewaluacja procesu zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w kontekście warsztatów Lean (cztery czynności sprawdzające w czterech OW NFZ),
- działalność edukacyjno-promocyjna (pięć czynności sprawdzających w pięciu OW NFZ).

IX.4. Sprawy sądowe

W 2022 roku oddziały wojewódzkie Funduszu prowadziły łącznie 2 748 postępowań sądowych, czyli 381 więcej niż w 2021 roku. Większość toczących się postępowań stanowiły sprawy cywilne z powództwa Funduszu. W danym okresie sprawozdawczym oddziały wojewódzkie Funduszu prowadziły 1 169 takich sprawy czyli o 110 spraw mniej niż w 2021 r. Wśród tych spraw wszczętych zostało 555 postępowań czyli o 106 spraw mniej niż w ubiegłym roku. W okresie sprawozdawczym oddziały wojewódzkie NFZ prowadziły 1 245 spraw sądowoadministracyjnych, czyli o 471 spraw więcej niż w 2021 r., z których 741 postępowań zostało wszczętych w 2022 roku.

Tabela nr IX.1. Zestawienie spraw sądowych prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu – stan na koniec 2022 roku.

Lp.	Sprawy		Sprawy prowadzone w okresie sprawozdawczym		W tym sprawy wszczęte w okresie sprawozdawczym	
			liczba	kwota roszczeń (w tys. zł)	liczba	kwota roszczeń (w tys. zł)
1	2		3	4	5	6
1.	cywilne	z powództwa Funduszu	1 169	39 842,13	555	3 926,85
2.		sprawy przeciwko Funduszowi	334	564 251,21	105	215 435,02
3.	sądowoadministracyjne		1 245	1 077,93	741	643 315,88
4.	ogółem		2 748	605 171,28	1401	862 677,75

IX.5. 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 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/ uwag po audytowych prowadzone jest na bieżąco przez Biuro Audytu Wewnętrznego. Po upływie roku od przeprowadzenia zadania audytowego przeprowadzane są czynności sprawdzające realizację zaleceń.

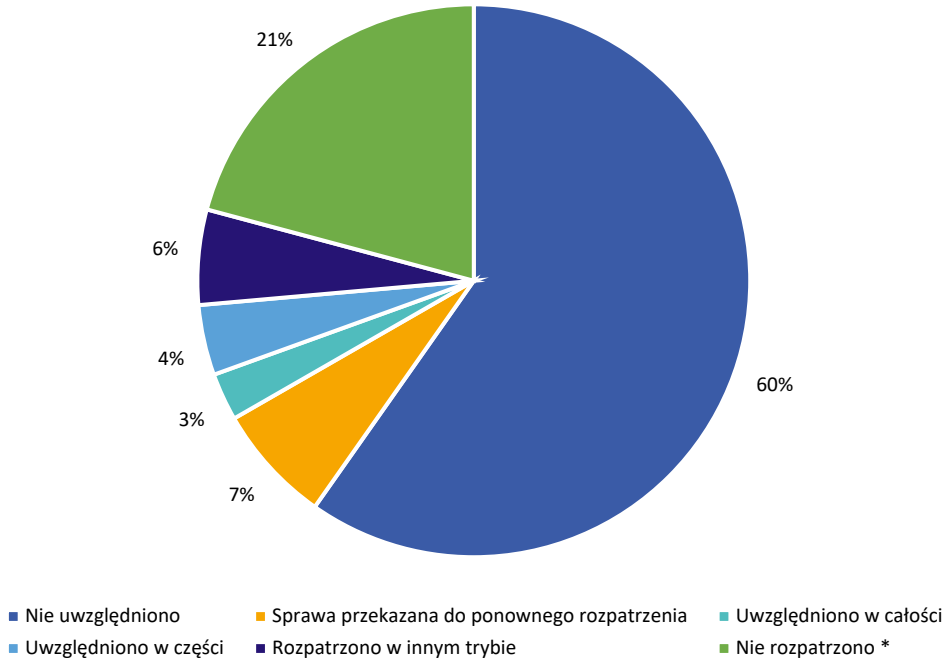
X. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących świadczeniodawców

Główna tematyka składanych skarg i zażaleń na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu

W 2022 roku główna tematyka składanych zażaleń na czynności dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu[35] dotyczyła m.in.: nałożenia kary umownej, nałożenia kary umownej z zakwestionowaniem środków finansowych, zakwestionowania środków finansowych, braku zgody na rozliczenie za zgodą płatnika, wyliczenia ryczałtu w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, rozwiązania umowy.

W przedmiotowym zakresie rozpatrzono 72 zażalenia, z czego: w 43 przypadkach nie uwzględniono zażaleń (co stanowi 59,72% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w części 3 zażalenia (co stanowi 4,17% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w całości 2 zażalenia (co stanowi 2,78% ogółu rozpatrzonych zażaleń), nie rozpatrzono 15 zażaleń (co stanowi 20,83% ogółu rozpatrzonych zażaleń), w 5 przypadkach sprawę przekazano do ponownego rozpatrzenia (co stanowi 6,94% ogółu rozpatrzonych zażaleń) oraz w 4 przypadkach zażalenia rozpatrzono w innym trybie (co stanowi 5,56% ogółu rozpatrzonych zażaleń).

Wykres nr X.1. Struktura rozpatrzonych zażaleń.



*zażalenia nierozpatrzone: bezprzedmiotowe, uchybienie terminu, wycofane, inne przesłanki)

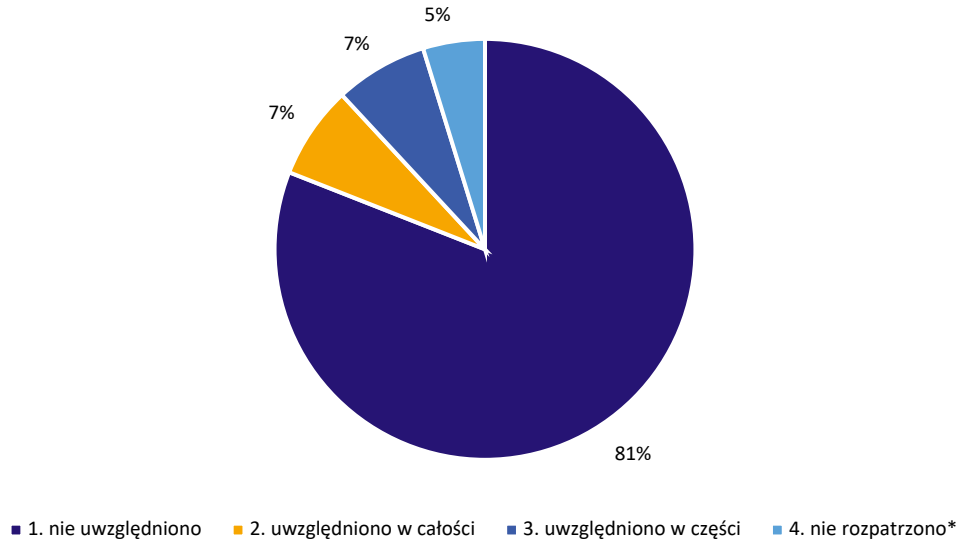
[35] Zgodnie z art. 160 ustawy o świadczeniach „Świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, przysługuje zażalenie na czynności Prezesa Funduszu lub dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu dotyczące realizacji umowy.”.

Główna tematyka składanych skarg i zażaleń na czynności Prezesa Funduszu

Główna tematyka zażaleń na czynności sprawdzające Prezesa NFZ dotyczących realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dotyczyła zakwestionowania środków finansowych oraz nałożenia kary umownej.

Od dnia 1 stycznia 2022 r. wpłynęły 43 zażalenia na czynności sprawdzające Prezesa NFZ z czego rozpatrzono czterdzieści dwa (42) zażaleń, w tym: nie uwzględniono trzydziestu czterech (34) zażaleń (co stanowi 81 % ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w całości trzy (3) zażalenia (co stanowi 7,14% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w części trzy (3) zażalenia (co stanowi 7,14% ogółu rozpatrzonych zażaleń), nie rozpatrzono[36] merytorycznie dwóch (2) zażaleń (co stanowi 4,76% ogółu rozpatrzonych zażaleń).

Wykres nr X.2. Struktura zażaleń na czynności sprawdzające Prezesa NFZ dotyczących realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w 2022 roku.



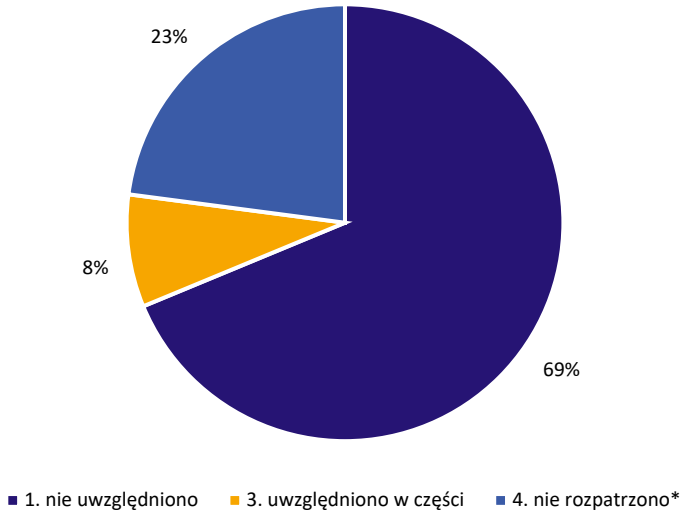
* zażalenia nierozpatrzone: inne przesłanki, w trybie art. 161 ustawy, bezprzedmiotowe, uchybienie terminu, wycofane

Główną tematyką zażaleń dotyczących kontroli Prezesa NFZ było oddalenie zastrzeżeń złożonych do wystąpień pokontrolnych oraz wezwanie do zapłaty po przeprowadzeniu postępowania kontrolnego.

Od dnia 1 stycznia 2022 r. wpłynęło 50 zażaleń na czynności Prezesa NFZ dotyczących kontroli z czego rozpatrzono czterdzieści osiem (48) zażaleń, w tym: nie uwzględniono trzydziestu trzech (33) zażaleń, (co stanowi 68,75% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w części cztery (4) zażalenia (co stanowi 8,33% ogółu rozpatrzonych zażaleń), nie rozpatrzono merytorycznie jedenastu (11) zażaleń. W czterech (4) przypadkach zażalenie nie zostało rozpatrzone do końca 2021 r. (wpłynęły w terminie uniemożliwiającym ich rozpatrzenie do końca 2021 r.).

[36] zażalenia nierozpatrzone: inne przesłanki, w trybie art. 161 ustawy o świadczeniach, bezprzedmiotowe, uchybienie terminu, wycofane.

Wykres nr X.3. Struktura zażaleń na czynności Prezesa NFZ dotyczące kontroli w 2022 roku.



*zażalenia nierozpatrzone: inne przesłanki, w trybie art. 161 ustawy, bezprzedmiotowe, uchybienie terminu, wycofane

Główna tematyka składanych skarg i zażaleń w zakresie ordynacji lekowych

W 2022 r. zostały rozpatrzone 2 zażalenia wniesione na czynności Dyrektora OW NFZ dotyczące kontroli przeprowadzonych przez Łódzki OW w zakresie monitorowania ordynacji lekarskiej do ordynowania leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Prezes Funduszu po zapoznaniu się ze złożonymi zażaleniami wydał dwa (2) rozstrzygnięcia, w których uwzględnił zażalenia w całości.

Główna tematyka zażaleń na czynności dyrektora łódzkiego oddziału wojewódzkiego Funduszu, dotyczących ordynacji lekarskiej dotyczyła:

- nałożonych kar umownych w kwocie stanowiącej równowartość kwoty refundacji cen tych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, wraz z odsetkami ustawowymi od dnia dokonania refundacji,
- nieuwzględnienia przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego.

Sprawy sądowe z powództwa cywilnego - zestawienie spraw sądowych zakończonych

W 2022 r. zakończonych zostało 26 spraw prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limit określony w umowie. Z tego tytułu Fundusz poniósł koszt w wysokości ponad 10 mln zł, w tym ponad 3 mln zł z tytułu zasądzenia wyrokami sądów oraz ponad 7 mln zł z tytułu ugód sądowych. W odniesieniu do 2021 r. liczba tego typu spraw zmniejszyła się o 4.

Ponadto, oprócz ww. spraw, oddziały wojewódzkie Funduszu zakończyły 94 postępowania o zapłatę wynikających z wykonania umowy, w wyniku których Fundusz zapłacił ogółem kwotę 3 mln zł. W odniesieniu do 2021 r. liczba zakończonych tego typu spraw zwiększyła się o 4 postępowania.

Tabela nr X.1. Zestawienie spraw sądowych zakończonych wg stanu na koniec 2022 roku.

Lp.	Sprawy	Liczba spraw	Kwota (w tys. zł)					
			ogółem		zasądzona		wynikająca z ugód sądowych	
			na rzecz Funduszu	od Funduszu	na rzecz Funduszu	od Funduszu	na rzecz Funduszu	od Funduszu
1	2	3	4=(6+8)	5=(7+9)	6	7	8	9
1.	związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limity	26	0	10 684,57	0	3 293,49	0	6 926,08
2.	o zapłatę wynikające z wykonania umowy	94	5 082,59	3 095,41	5 050,37	3 088,59	8,38	6,81
3.	postępowania sądowoadministracyjne	568	54,46653	17,93	54,46653	17,93	0	0
4.	pozostałe postępowania sądowe	551	4 164,28	36 015,81	3 648,98	27 423,00	362,30	8 592,81
Razem		1 053	1 239	9 301,34	49 813,72	8 753,81	33 823,01	370,68

Sprawy sądowe karne, w których Fundusz ma status oskarżyciela posiłkowego lub powoda cywilnego, wszczęte na skutek zawiadomienia przez Fundusz organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa

W 2022 r. ogółem w oddziałach wojewódzkich Funduszu prowadzonych było 377 sprawy karne, w których Fundusz ma status oskarżyciela posiłkowego lub powoda cywilnego, wszczęte na skutek zawiadomienia przez Fundusz organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, z czego: 107 spraw wszczęto, 62 zakończono a 242 pozostało w toku.

Przyjęte zasady i tryb przyjmowania, rozpatrywania i ewidencjonowania skarg i wniosków

Zasady, tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków w 2022 r. w NFZ regulowały następujące przepisy:

- ustawa z dnia 14 czerwca 1960 r. - Kodeks postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2000, z późn.zm.),
- 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 i wniosków v1.1; procedura obowiązywała od 01.01.2022 do 28.07.2022 r.,
- procedura do procesu Obsługa skarg, wniosków i odpowiedzi do klientów v2.0; procedura obowiązuje od 29.07.2022 r.

W 2022 r. ewidencjonowanie skarg i wniosków odbywało się w rejestrze skarg i wniosków prowadzonym w aplikacji WEB.

Liczba wpływających, rozpatrzonych i przekazanych zgodnie z właściwością skarg i wniosków

Tabela nr X.2. Liczba skarg i wniosków w podziale na podmiot, na który złożono wniosek lub skargę w 2022 r.

Na	Skargi:				Wnioski:			
	wpływające	rozpatrzone	przekazane wg właściwości		wpływające	rozpatrzone	przekazane wg właściwości	
			poza NFZ	do innego OW			poza NFZ	do innego OW
świadczeniodawcę	8 415	5 649	898	761	4	1	2	1
aptekę	28	20	5	2	0	0	0	0
osobę uprawnioną	6	1	1	3	0	0	0	0
NFZ	754	664	3	69	1	0	0	0
inne	206	30	109	28	5	2	1	2
Razem	9 409	6 364	1 016	863	10	3	3	3

W oddziałach wojewódzkich NFZ rozpatrzono: 5 497 skarg i 1 wniosek, przekazano zgodnie z właściwością: 1 476 skarg i 2 wnioski, w trakcie rozpatrywania pozostało: 505 skarg. Pozostawiono bez rozpatrzenia 1 108 skarg i 1 wniosek. Pozostawiono ad acta: 167 skarg i 1 wniosek.

W Centrali NFZ rozpatrzono 867 skarg i 2 wnioski, przekazano zgodnie z właściwością: 403 skargi i 4 wnioski, w trakcie rozpatrywania pozostało 37 skarg. Pozostawiono bez rozpatrzenia 109 skarg. Z poprzedniego okresu sprawozdawczego rozpatrzono łącznie 760 skarg i 1 wniosek.

Terminowość rozpatrzonych skarg i wniosków

Tabela nr X.3. Terminowość rozpatrzonych skarg i wniosków.

Na:	Liczba skarg rozpatrzonych:		Liczba wniosków rozpatrzonych:	
	terminowo	nieterminowo	terminowo	nieterminowo
świadczeniodawcę	5 633	16	1	0
aptekę	20	0	0	0
osobę uprawnioną	1	0	0	0
NFZ	662	2	0	0
inne	30	0	2	0
Razem	6 346	18	3	0

W oddziałach wojewódzkich NFZ terminowo rozpatrzono 5 479 skargi i 1 wniosek. 18 skarg rozpatrzono nie dochowując ustawowego terminu rozpatrzenia. W Centrali NFZ terminowo rozpatrzono 867 skarg i 2 wnioski. Terminy zostały przekroczone z następujących powodów: błędu pracownika prowadzącego sprawę; przekazania sprawy w EZD na konto techniczne, które zostało zamknięte; opóźnienia w przekazaniu sprawy do właściwej komórki; nieterminowym przekazaniu korespondencji do rejestracji; przekazaniu sprawy do podpisu w trzydziestym dniu od wpływu korespondencji; wysłaniu odpowiedzi po terminie z powodu awarii sieci teleinformatycznej; niedopatrzenia pracownika, który sugerował się datą wskazaną przez system EZD.

Zasadność rozpatrywanych skarg i wniosków

Tabela nr X.4. Zasadność rozpatrywanych skarg i wniosków.

Na:	Liczba skarg:			Liczba wniosków:		
	zasadnych	niezasadnych	częściowo zasadnych	zasadnych	niezasadnych	częściowo zasadnych
świadczeniodawcę	1 880	2 875	894	1	0	0
aptekę	8	11	1	0	0	0
osobę uprawnioną	0	1	0	0	0	0
NFZ	40	595	29	0	0	0
inne	6	19	5	0	1	1
Razem	1 934	3 501	929	1	1	1

W oddziałach wojewódzkich NFZ 1 755 skarg i 1 wniosek uznano za zasadny, 2 894 skarg uznano za niezasadne, 848 skarg – za częściowo zasadne. W Centrali NFZ za zasadne uznano 179 skarg, 607 skarg i 1 wniosek za niezasadny i 81 skarg i 1 wniosek za częściowo zasadny.

Skargi i wnioski dotyczące świadczeniodawców

Tabela nr X.5. 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	1 418	221	136	1 775
	świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	39	8	4	51
	świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej	18	1	2	21
	świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej	1	0	0	1
	świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	197	45	16	258
	transport sanitarny w podstawowej opiece zdrowotnej	7	3	0	10
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	poradnie specjalistyczne - wg części VIII identyfikacyjnych kodów resortowych	836	154	84	1 074
	ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne	54	32	10	96
	kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna	23	3	2	28
leczenie szpitalne (z wyłączeniem programów terapeutycznych - lekowych i chemioterapii)	oddziały szpitalne - wg części VIII identyfikacyjnych kodów resortowych	464	182	47	693
	świadczenia wysokospecjalistyczne	6	2	0	8
gospodarka lekiem	refundacja dla aptek ogólnodostępna	0	0	0	0
	terapeutyczne programy zdrowotne i chemioterapia	6	0	1	7

Rodzaje świadczeń zdrowotnych:	Zakresy świadczeń:	Liczba skarg/wniosków:			
		dostępność do świadczeń	jakość udzielanych świadczeń	pozostałe	ogółem
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	w warunkach oddziałów stacjonarnych	7	4	1	12
	w warunkach oddziału/ośrodka dziennego	4	4	0	8
	w warunkach ambulatoryjnych	49	9	4	62
	w zespole leczenia środowiskowego	5	0	0	5
rehabilitacja lecznicza	w warunkach ambulatoryjnych	127	40	22	189
	w warunkach domowych	30	4	3	37
	w warunkach ośrodka/oddziału dziennego	35	9	3	47
	w warunkach stacjonarnych	59	14	11	84
opieka paliatywna i hospicyjna	oddział medycyny paliatywnej; świadczenia w hospicjum stacjonarnym	0	0	0	0
	świadczenia w hospicjum domowym	8	0	0	8
	świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	2	0	0	2
	świadczenia w poradni medycyny paliatywnej	0	0	0	0
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (opieka długoterminowa)	zespół długoterminowej opieki domowej	3	0	0	3
	pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	3	0	0	3
	ZOL/ZPO	14	13	11	38
leczenie stomatologiczne	stomatologia ogólna	152	48	33	233
	protetyka	39	74	19	132
	ortodoncja	13	3	0	16
	ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki	1	0	0	1
	inne	15	7	20	42
lecznictwo uzdrowiskowe	świadczenia uzdrowiskowe szpitalne/sanatoryjne dorosłych	15	88	25	128
	świadczenia uzdrowiskowe szpitalne/sanatoryjne dzieci	1	1	2	4
	świadczenia uzdrowiskowego leczenia ambulatoryjnego	2	1	2	5
	świadczenia rehabilitacji uzdrowiskowej	7	12	21	40
pomoc doraźna i transport sanitarny	świadczenia udzielane przez zespoły sanitarne typu N	6	1	2	9
ratownictwo medyczne	świadczenia udzielane przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego	3	14	0	17
	świadczenia udzielane przez wodne podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego	0	0	0	0
profilaktyczny program zdrowotny	profilaktyka raka szyjki macicy	0	0	0	0
	profilaktyka raka piersi	6	4	3	13
	program badań prenatalnych	2	0	0	2
	profilaktyka chorób odtytoniowych	1	1	0	2

Rodzaje świadczeń zdrowotnych:	Zakresy świadczeń:	Liczba skarg/wniosków:			
		dostępność do świadczeń	jakość udzielanych świadczeń	pozostałe	ogółem
świadczenia odrębnie kontraktowane	dializa otrzewnowa	0	0	0	0
	hemodializoterapia	2	3	0	5
	terapia hiperbaryczna	0	0	0	0
	tlenoterapia domowa	2	1	0	3
	żywienie pozajelitowe i dojelitowe w warunkach domowych	1	1	0	2
	badania zgodności tkankowej	0	0	0	0
	badania genetyczne	1	0	0	1
	badania izotopowe	0	0	1	1
	terapia izotopowa	0	0	0	0
	zaopatrzenie protetyczne	0	0	0	0
	pozytonowa tomografia emisyjna	0	1	0	1
	leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej	0	0	0	0
	teleradioterapia stereotaktyczna	0	0	0	0
	kompleksowe leczenie wrodzonej sztywności wielostawowej	0	0	0	0
	leczenie spastyczności opornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej	0	0	0	0
wyroby medyczne	wykonanie na zamówienie, po amputacji lub w przypadku wrodzonego braku w obrębie stopy	1	0	0	1
	protezy kończyn dolnych	0	3	0	3
	protezy kończyn górnych	0	0	0	0
	ortezy kończyn dolnych i górnych, gorsety oraz wyposażenie dodatkowe	1	1	0	2
	obuwie ortopedyczne	3	0	0	3
	wyroby medyczne wykonywane na zamówienie	0	0	0	0
	wyroby medyczne wykonywane seryjnie	24	16	12	52
inne skargi		212	111	88	411
wnioski		1	0	0	1
Razem		3 926	1 139	585	5 650

Tematyka skarg zasadnych:

- trudności z uzyskaniem transportu medycznego,
- zaniedbania zespołu ratownictwa medycznego,
- trudności w zarejestrowaniu do lekarza, odmowa przyjęcia w dniu zgłoszenia,
- brak możliwości dodzwonienia się do placówki,
- odmowa przyjęcia deklaracji albo nieuprawniona zmiana deklaracji wyboru lekarza,

- odmowa wypisania skierowania na USG,
- odmowa udzielenia świadczenia przez pielęgniarkę POZ oraz pielęgniarkę Niśoz,
- sprawozdawanie do NFZ świadczeń, które nie były wykonane;
- pobranie opłaty za świadczenia gwarantowane,
- odmowa udzielenia porady z powodu negatywnej weryfikacji w eWUŚ, propozycja wizyty płatnej,
- jakość wykonanej protezy,
- czas oczekiwania na wynik badania mammograficznego, histopatologicznego,
- niehonorowanie uprawnień ZHDK,
- odmowa wypisania recept ze 100% zniżką dla osoby 75+ pomimo posiadanych uprawnień,
- trudności z uzyskaniem bezpłatnej recepty na szczepionkę p/grypie dla ciężarnej,
- odmowa wykonania badań w ramach programu profilaktyka 40 plus,
- odmowa udzielenia świadczenia transgranicznego,
- brak opieki medycznej w sanatorium,
- brak możliwości realizacji skierowania z powodu braków formalnych,
- skierowanie pacjenta na wizytę do gabinetu prywatnego, aby uzyskał skierowanie do szpitala,
- niezabezpieczenie badań niezbędnych do przeprowadzenia planowanego zabiegu,
- wymaganie od pacjentów badań diagnostycznych przed wizytą w poradni specjalistycznej,
- odesłanie pacjentki w celu prowadzenia ciąży do poradni poza systemem,
- nieudzielenie świadczenia pomimo dwukrotnego wyznaczenia daty wizyty,
- odmowa objęcia dziecka opieką hospicjum domowego,
- odmowa zapisania w kolejkę oczekujących,
- odmowa udzielenia pomocy w SOR,
- termin wizyty niezgodny z informatorem o terminach leczenia,
- wyznaczenie terminu udzielenia świadczenia niezgodnie z pierwszym wolnym terminem,
- odwołanie terminu przyjęcia do szpitala i niewyznaczenie nowego terminu zabiegu,
- brak możliwości wyznaczenia terminu wizyty kontrolnej,
- praca lekarza niezgodna z harmonogramem,
- odległy termin realizacji teleporady,
- zgłoszenie nieprawidłowości w realizacji świadczeń w ramach opieki długoterminowej,
- nieprowadzenie list oczekujących na świadczenia,

- odmowa realizacji świadczeń z powodu braku szczepienia oraz testu na Covid-19,
- obciążenie fakturą za leczenie nieubezpieczonego pacjenta z Covid-19,
- trudności w realizacji szczepienia p/Covid-19,
- czas oczekiwania na wynik badania w kierunku Covid-19,
- brak lekarza kwalifikującego do szczepienia dzieci p/Covid-19,
- organizacja szczepień p/Covid-19,
- pobranie opłaty za test w kierunku Covid-19,
- trudności w rejestracji na zabiegi rehabilitacyjne, sposób realizacji rehabilitacji, skrócenie cyklu rehabilitacyjnego,
- odmowa kontynuacji rehabilitacji domowej, problem z wycofaniem zarejestrowanego skierowania na rehabilitację domową,
- odmowa założenia wkładki wewnątrzmacicznej,
- sposób realizacji wizyty u psychiatry dziecięcego,
- brak lekarzy psychiatrów dla dzieci i młodzieży, wypowiedzenie umów przez lekarzy,
- sposób realizacji świadczeń w izbie przyjęć szpitala, odesłanie niezaopatrzonej pacjentki do innego szpitala,
- odmowa udzielenia świadczenia pacjentowi spoza listy,
- odmowa udzielenia świadczenia nieletniemu obywatelowi Ukrainy,
- nie kompleksowe udzielanie świadczeń,
- trudności w uzyskaniu świadczenia z powodu rejonizacji.

Sposób załatwienia rozpatrywanych skarg i wniosków

Każda sprawa jest wnikliwie analizowana i w zależności od treści korespondencji podejmowane są stosowne działania. W przypadku spraw dotyczących działalności NFZ, jeśli rozpatrzenie skargi lub wniosku wymaga zbadania i wyjaśnienia sprawy, komórki organizacyjne właściwe do spraw skarg i wniosków, zbierają niezbędne materiały i wyjaśnienia. Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego udzielają odpowiedzi skarżącym oraz podejmują stosowne działania naprawcze.

W przypadku skarg na działalność świadczeniodawców, komórki organizacyjne właściwe do spraw skarg i wniosków występują o wyjaśnienia do świadczeniodawców. Oceniają działania świadczeniodawców wobec pacjentów, w świetle obowiązujących przepisów oraz warunki zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Komórki organizacyjne właściwe do spraw skarg i wniosków występują o zajęcie stanowiska, przedstawienie opinii do komórek merytorycznych w oddziałach wojewódzkich NFZ, Centrali NFZ, Ministerstwie Zdrowia, a także do konsultantów wojewódzkich lub krajowych w danej dziedzinie medycyny.

Jeżeli po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego skarga została uznana za zasadną, świadczeniodawcy są pouczani o konieczności przestrzegania obowiązujących przepisów

prawa oraz wzywani do prawidłowej realizacji zawartej umowy. Świadczeniodawcy mogą również zostać objęci kontrolą prowadzoną w trybie skargowym. W sytuacji rażącego naruszenia umowy świadczeniodawcy są dyscyplinowani w sposób określony warunkami umowy. W przypadkach wymagających pilnych działań pracownicy NFZ podejmowali interwencje telefoniczne, prowadzili doraźne weryfikacje telefoniczne świadczeniodawców.

W 2022 r. w oddziałach wojewódzkich NFZ postępowania skargowe skutkowały m.in.: kontrolą doraźną świadczeniodawców; kontrolą planową świadczeniodawców i nałożeniem grzywny oraz zobowiązaniem świadczeniodawców do realizacji zaleceń pokontrolnych; prowadzeniem monitoringu prawidłowości realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

W realizacji zadań komórek właściwych do spraw skarg i wniosków istotną kwestią jest prawidłowe i rzetelne informowanie klientów o obowiązujących zasadach udzielania świadczeń.

Problematyka skarg zasadnych na działalność NFZ

- przewlekłość postępowania w sprawie i nieudzielenie odpowiedzi w ustawowym terminie,
- zastrzeżenia do udzielonej odpowiedzi,
- brak kontaktu z oddziałem wojewódzkim NFZ w sprawie wyjaśnienia statusu ubezpieczenia,
- odmowa spotkania z dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ,
- nieuwzględnienie prośby pacjenta o zmianę terminu leczenia uzdrowiskowego pomimo medycznego uzasadnienia,
- błędna kwalifikacja skierowania pacjenta na leczenie uzdrowiskowe, zaznaczenie skierowania, jako „uzdrowiskowe leczenie sanatoryjne" zamiast „uzdrowiskowe leczenie szpitalne",
- nieterminowe przekazanie skarżącemu informacji o wyniku kwalifikacji skierowania na leczenie uzdrowiskowe,
- anulowanie skierowania przez pracownika Działu Lecznictwa Uzdrowiskowego;
- przewlekłość postępowania w sprawie procedowania skierowania na leczenie uzdrowiskowe,
- nieudzielenie informacji związanych z wnioskiem o uzdrowiskowe leczenie ambulatoryjne, nieprzyjęcie informacji uzupełniających do wniosku,
- brak odpowiedzi na wysłaną przez skarżącego korespondencję,
- sposób obsługi w sprawach dotyczących wydania karty EKUZ,
- bezczynność pracowników w sprawie dostępu do danych dzieci w IKP,
- niezgodność godzin otwarcia Punktu Obsługi Klientów NFZ z godzinami podanymi na stronie internetowej,
- zachowanie pracownika sali obsługi klientów w stosunku do klientów,

- sposób procedowania sprawy.

Przykładowe działania podejmowane w celu zmniejszenia liczby skarg

- każdą sprawę wnikliwie analizowano i prowadzano postępowania wyjaśniające,
- prowadzono rozmowy telefoniczne ze świadczeniodawcami w celu przypomnienia zasad realizacji świadczeń,
- monitorowano świadczeniodawców,
- wysyłano do świadczeniodawców pouczenia, przypominające zasady udzielania świadczeń oraz zobowiązywano świadczeniodawców do realizacji umowy zgodnie z przepisami i zawartymi umowami,
- obejmowano kontrolą realizację umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej,
- nakładano kary umowne na świadczeniodawców,
- informowano oraz edukowano klientów, o przysługujących im prawach, zasadach udzielania świadczeń i obowiązujących przepisach oraz wskazywano podmioty, do których kompetencji należy przedstawiony przez klienta problem;
- umieszczano na stronach internetowych NFZ i pacjent.gov.pl aktualne informacje dla pacjentów,
- w pismach kierowanych do klientów stosowano zasady prostego języka i dostępności,
- kierowano sprawy do wyjaśnienia do właściwego konsultanta wojewódzkiego, Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Rzecznika Praw Pacjenta,
- współpracowano z Terenowymi Wydziałami Kontroli w celu zlecenia kontroli realizacji świadczeń opieki zdrowotnej,
- współpracowano z mediami (prasa, telewizja) przekazywano informacje dotyczące sposobu i trybu rozpatrywania skarg i wniosków składanych przez świadczeniobiorców,
- współpracowano z komórkami merytorycznymi, informowano o skargach celem podjęcia działań informacyjnych dla świadczeniodawców lub wykorzystania służbowego,
- analizowano zgłaszane zastrzeżenia w celu ewentualnego ujęcia w Planie Kontroli Wewnętrznej lub wszczęcia kontroli doraźnej,
- organizowano spotkania z klientami w ramach eventów, prelekcji, wykładów i innych imprez promujących zdrowy tryb życia, prowadzono prelekcje i udzielano informacji o zasadach udzielania świadczeń,
- przeprowadzono szkolenia pracowników w celu poprawy, jakości obsługi klientów;
- pouczano pracowników i przeprowadzano z nimi rozmowy dyscyplinujące,
- przeprowadzano szkolenia na temat uprawnień pacjentów do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, praw pacjenta, zasad wystawiania recept oraz zasad wypisywania zleceń na wyroby medyczne,

- przeprowadzano anonimowe rozmowy telefoniczne, celem monitorowania prawidłowości działań świadczeniodawców i dostępu do świadczeń,
- współpracowano z instytucjami działającymi na rzecz klientów,
- w przypadku skarg rozpatrywanych przez Centralę NFZ, jeśli stwierdzono naruszenie warunków umowy przez świadczeniodawcę, przekazywano sprawy do właściwego oddziału wojewódzkiego NFZ, celem wzmocnienia nadzoru nad realizacją warunków umowy lub do wykorzystania służbowego.

W skargach dotyczących oddziałów wojewódzkich NFZ, Biuro Nadzoru Wewnętrznego Centrali NFZ, prosiło dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ lub kierujących komórkami organizacyjnymi, których skargi dotyczyły o wyjaśnienia w sprawie. Jeżeli w wyniku rozpatrzenia skargi, stwierdzono nieprawidłowości w pracy oddziału wojewódzkiego lub komórki organizacyjnej, zalecano podjęcie działań naprawczych i poinformowanie BNW o podjętych działaniach.

Przyjęcia osobiste pacjentów w sprawach skarg i wniosków

Pacjenci w sprawach skarg i wniosków przyjmowani są w wyodrębnionych pomieszczeniach, zapewniających poufność, dyskrecję i ochronę danych osobowych oraz bezpieczeństwo pracownika NFZ. Przyjęcia odbywają się zgodnie z procedurą do procesu Obsługa skarg, wniosków i odpowiedzi do klientów oraz Księgą Jakości Obsługi Klientów Narodowego Funduszu Zdrowia a pracownicy NFZ kierują się zasadami profesjonalizmu, życzliwości i staranności.