



Narodowy Fundusz Zdrowia

**SPRAWOZDANIE Z DZIAŁALNOŚCI  
NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA  
ZA 2020 ROK**

Filip Nowak

p.o. Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia

*/Dokument podpisano elektronicznie/*

**Warszawa, czerwiec 2021 rok**



## Spis treści

Wstęp .....	6
I. Podstawy prawne działalności Funduszu .....	7
II. Rola Funduszu w okresie pandemii .....	10
III. Strategia .....	27
IV. Informacje o zakresach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz. ....	31
IV.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2020 roku .....	31
IV.1.1. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) .....	31
IV.1.2. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS) .....	32
IV.1.3. Profilaktyczne programy zdrowotne .....	33
IV.1.4. Leczenie szpitalne (LSZ) .....	34
IV.1.5. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej .....	37
IV.1.6. Opieka kompleksowa .....	42
IV.1.7. Programy pilotażowe .....	44
IV.1.8. Świadczenia Kontraktowane Odrębnie .....	48
IV.1.9. Opieka Paliatywna i Hospicyjna .....	49
IV.1.10. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej .....	49
IV.1.11. Zaopatrzenie w wyroby medyczne wydawane na zlecenie .....	50
IV.1.12. Leczenie stomatologiczne .....	50
IV.1.13. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień .....	51
IV.1.14. Centra Zdrowia Psychicznego .....	56
IV.1.15. Rehabilitacja lecznicza .....	58
IV.1.16. Pomoc doraźna i transport sanitarny .....	59
IV.1.17. Kontrola .....	59
IV.2. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej .....	62
IV.2.1. System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej .....	62
IV.2.2. Postępowania w zaprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej .....	68
IV.2.3. Podstawowa opieka zdrowotna .....	71
IV.2.4. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna .....	75
IV.2.5. Leczenie szpitalne .....	77
IV.2.6. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień .....	80
IV.2.7. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze .....	82
IV.2.8. Opieka paliatywno-hospicyjna .....	84
IV.2.9. Rehabilitacja lecznicza .....	86
IV.2.10. Leczenie stomatologiczne .....	87
IV.2.11. Świadczenia odrębnie kontraktowane .....	91
IV.2.12. Profilaktyczne programy zdrowotne .....	93
IV.2.13. Zaopatrzenie w wyroby medyczne .....	95
IV.2.14. Lecznictwo uzdrowiskowe .....	96

IV.2.15. Pomoc doraźna i transport sanitarny .....	98
IV.2.16. Ratownictwo medyczne .....	103
IV.2.17. Chemioterapia .....	106
IV.2.18. Programy lekowe .....	108
IV.2.19. Art. 97 ust. 3 pkt 2b oraz 2c-e finansowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę przysługujących świadczeniobiorcom .....	112
IV.1.1. Refundacja leków .....	114
IV.2.20. Realizacja świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie środków finansowych przekazanych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń .....	120
IV.2.21. Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ) .....	121
V. Opis realizacji przez centralę Funduszu oraz oddziały wojewódzkie Funduszu zadań określonych w ustawie .....	122
V.1. Zadania, o których mowa w art. 42a ust. 3 ustawy o świadczeniach .....	122
V.2. Zadania, o których mowa w art. 42d ustawy o świadczeniach .....	129
V.3. Zadania, o których mowa w art. 42i ustawy o świadczeniach .....	133
V.4. Zadania, o których mowa w art. 42j ustawy o świadczeniach .....	135
V.5. Centralny Wykaz Ubezpieczonych .....	136
V.6. Plany zakupu świadczeń .....	140
V.7. Zadania z zakresu monitorowania i kontroli .....	141
V.8. Decyzje w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego .....	158
VI. Informacje o dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków NFZ .....	164
VI.1. Liczba osób oczekujących .....	164
VI.1.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna .....	169
VI.1.2. Leczenie szpitalne .....	170
VI.1.3. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień .....	172
VI.1.4. Rehabilitacja lecznicza .....	173
VI.1.5. Opieka paliatywna i hospicyjna .....	174
VI.1.6. Leczenie stomatologiczne .....	175
VI.1.7. Wybrane świadczenia opieki zdrowotnej, na które są prowadzone odrębne listy oczekujących .....	177
VI.1.8. Komórki organizacyjne oraz świadczenia, w których nastąpiła w okresie od grudnia 2018 r. do grudnia 2020 r. zmiana liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób .....	179
VI.1.9. Przyczyny ograniczonej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej .....	181
VI.2. Geograficzna dostępność świadczeń opieki zdrowotnej według województw – w podziale na poszczególne zakresy tych świadczeń .....	184
VII. Opis organizacji Funduszu .....	194
VII.1. Struktura organizacyjna Funduszu .....	194
VII.2. Stan zatrudnienia w centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu .....	199
VII.3. Działania podejmowane w zakresie informatyzacji Funduszu, w tym realizowane projekty .....	200
VII.3.1. Systemy informatyczne .....	201
VII.3.2. Infrastruktura .....	215
VII.4. Wybrane projekty realizowane przez Fundusz .....	222

VII.4.1. Projekt POZ PLUS (Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK) Etap II Faza pilotażowa – model POZ PLUS).....	222
VII.4.2. Projekt SCIROCCO EXCHANGE .....	227
VII.4.3. Otwarte dane – dostęp, standard, edukacja .....	229
VII.4.4. Wdrożenie systemu Hospital-Based HTA (HB-HTA) – Szpitalnej Oceny Innowacyjnych Technologii Medycznych.....	229
VII.4.5. Wypracowanie i wdrożenie systemu kompleksowej oceny funkcjonalnej w rehabilitacji z wykorzystaniem doświadczeń i rozwiązań zagranicznych.....	237
VII.5. Działania edukacyjne i informacyjne .....	239
VII.5.1. Zdrowe Dane.....	246
VII.5.2. Telefoniczna Informacja Pacjenta (TIP).....	246
VII.5.3. Upraszczenie języka w komunikacji Narodowego Funduszu Zdrowia.....	252
VII.5.4. Forum Organizacji Pacjentów.....	253
VII.5.5. Badania trudności językowej tekstów NFZ.....	254
VII.5.6. Badanie doświadczeń klientów .....	255
VII.5.7. Działania informacyjne .....	257
VII.5.8. Profilaktyka i promocja zdrowia.....	258
VIII. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących Funduszu.....	264
VIII.1. Kontrole wewnętrzne przeprowadzone przez Centralę Funduszu w 2020 r. ....	264
VIII.2. Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w Funduszu .....	270
VIII.3. Audyt wewnętrzny w Funduszu .....	271
VIII.4. Sprawy sądowe .....	272
VIII.5. Podejmowane przez Fundusz działania naprawcze .....	273
IX. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących świadczeniodawców .....	275

## 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 2020 r. poz. 1398 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 2020 r. poz. 1992), 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 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 o świadczeniach, która statuuje Narodowy Fundusz Zdrowia jako państwową jednostkę organizacyjną posiadającą osobowość prawną oraz określa organizację, zadania i zasady sprawowania nadzoru nad Funduszem. Ponadto, ustawa określa warunki udzielania, zakres, zasady i tryb finansowania ze środków publicznych świadczeń opieki zdrowotnej, a także reguluje zasady podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu.

W 2020 roku ustawa o świadczeniach była nowelizowana następującymi aktami prawnymi:

- 1) ustawą z dnia 16 kwietnia 2020 r. o szczególnych instrumentach wsparcia w związku z rozprzestrzenieniem się wirusa SARS-CoV-2 (Dz.U. z 2020 r. poz. 695), która stanowi kontynuację działań Rządu w obszarze realizacji Tarczy Antykryzysowej. Wprowadza kolejne rozwiązania zapewniające przeciwdziałanie negatywnym skutkom społeczno-gospodarczym oraz regulacje wspierające poszczególne grupy społecznie. Celem zmian w ustawie o świadczeniach jest między innymi upowszechnienie elektronicznego sposobu podpisywania dokumentów w relacji świadczeniodawca – NFZ przez dopuszczenie zastosowania podpisu zaufanego i osobistego, składanych przy wykorzystaniu odpowiednio profilu zaufanego oraz elektronicznej warstwy dowodu osobistego. Ustawa weszła w życie w dniu 18 kwietnia 2020 r.
- 2) ustawą z dnia 16 kwietnia 2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2020 r. poz. 945), którą wprowadzono bezpłatny dostęp do leków dla kobiet w ciąży, a tym samym poprawę ich sytuacji finansowej w celu zapewnienia zdrowia matki i prawidłowego rozwoju dziecka. Ustawa weszła w życie w dniu 1 lipca 2020 r.;
- 3) ustawą z dnia 14 lutego 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z promocją prozdrowotnych wyborów konsumentów (Dz.U. z 2020 r. poz. 1492), której przepisy zwiększają przychody NFZ o wpływy środków z opłaty od napojów oraz opłaty od sprzedaży alkoholu w opakowaniach o ilości nominalnej napoju nieprzekraczającej 300 ml. Jednocześnie NFZ został zobowiązany do przekazania środków w wysokości 117 mln zł na Fundusz Rozwoju Kultury Fizycznej – na zadania z zakresu aktywności fizycznej. Ustawa weszła w życie w dniu 1 stycznia 2021 r.;
- 4) 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. z 2020 r. poz. 1493), którą wprowadzono zmiany w rozdziale 2a ustawy o świadczeniach, zmierzające do uproszczenia i usprawnienia przewidzianych w tym rozdziale postępowań administracyjnych, związanych z finansowaniem świadczeń uzyskiwanych poza granicami kraju. Ustawa weszła w życie w dniu 1 września 2020 r.;
- 5) ustawą z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie ustawy o działaczach opozycji antykomunistycznej oraz osobach represjonowanych z powodów politycznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2020 r. poz. 1578), której przepisy zmierzają do unifikacji świadczeń osób walczących o niepodległość Polski w latach 1939-1989 i umożliwiają Szefowi Urzędu do Spraw Kombatantów i Osób Represjonowanych

- zgłaszanie do ubezpieczenia zdrowotnego i opłacanie składek za tych działaczy opozycji antykomunistycznej i osób represjonowanych z powodów politycznych, którzy nie podlegają ubezpieczeniu społecznemu w Rzeczypospolitej Polskiej lub nie pobierają emerytury lub renty Ustawa weszła w życie w dniu 15 października 2020 r.;
- 6) ustawą z dnia 7 października 2020 r. o Funduszu Medycznym (Dz.U. z 2020 r. poz. 1875), której celem jest utworzenie Funduszu Medycznego wprowadzono przepisy przewidujące dofinansowanie świadczeń opieki zdrowotnej dla dzieci oraz świadczeń udzielanych świadczeniobiorcom za granicą ze środków Funduszu Medycznego Ustawa weszła w życie w dniu 26 listopada 2020 r.;
  - 7) ustawą z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz.U. z 2020 r. poz. 2112), którą zostały wprowadzone przepisy nadające Prezesowi NFZ uprawnienia kontrolne w zakresie wykorzystania przez świadczeniodawców środków, o których mowa w art. 116 ust. 1 pkt 8 tej ustawy, tj. m.in. środków pochodzących z programu POWER, czy też z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, które nie są przekazywane świadczeniodawcom na podstawie umowy zawartej z tym Funduszem. Ustawa weszła w życie w dniu 29 listopada 2020 r.;
  - 8) ustawą z dnia 10 grudnia 2020 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. z 2020 r. poz. 2345), której celem jest eliminacja zjawiska nadpodaży usług medycznych, a także dostosowanie inwestycji w sektorze zdrowia do rzeczywistych potrzeb społeczeństwa oraz umożliwienie świadczeniodawcy perspektywicznego rozwoju zgodnego z lokalnymi potrzebami zdrowotnymi. Związane jest to m.in. z uzależnieniem zawierania umów z NFZ od posiadania pozytywnej opinii o celowości inwestycji. Ustawa weszła w życie w dniu 1 stycznia 2021 r.;
  - 9) ustawą z dnia 27 listopada 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii kadr medycznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 2401), której przepisy m.in. dostosowują ustawę o świadczeniach do zmian wynikających z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz.U. z 2020 r. poz. 1497). Zmiana uwzględnia brak podziału od 1 września 2020 r. na pracowników centrali i pracowników oddziałów wojewódzkich Funduszu. Ponadto, dodano Prezesowi NFZ zadanie: „zawieranie i rozliczanie umów, o których mowa w art. 41 ustawy o refundacji” – zadanie to jest wskazane w art. 107 ust. 5 pkt 7 lit. d jako zadanie dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wykonywane „w zakresie udzielonego pełnomocnictwa”. Ustawa weszła w życie w dniu 30 grudnia 2020 r.;
  - 10) ustawą z dnia 11 września 2019 r. Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 2020), którą wprowadzono zmiany wynikające z konieczności aktualizacji znajdujących się ustawie o świadczeniach odesłań do nowego Prawa zamówień publicznych. Ustawa weszła w życie w dniu 1 stycznia 2021 r.;



Ponadto, w 2020 r. ogłoszony został tekst jednolity ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2020 r. poz. 1398) oraz jednolity tekst rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 grudnia 2014 r. w sprawie nadania statutu Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. z 2020 r. poz. 1992).

W 2020 r. Regulamin organizacyjny Centrali, wprowadzony zarządzeniem nr 67/2019/GPF Prezesa NFZ z dnia 14 czerwca 2019 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia został zmieniony zarządzeniami: nr 8/2020/GPF z dnia 16 stycznia 2020 r., nr 14/2020/GPF z dnia 31 stycznia 2020 r., nr 22/2020/GPF z dnia 28 lutego 2020 r., nr 48/2020/GPF z dnia 31 marca 2020 r., nr 91/2020/GPF z dnia 25 czerwca 2020 r.

Zarządzenie nr 67/2019/GPF Prezesa NFZ z dnia 14 czerwca 2019 r. zostało uchylone zarządzeniem nr 139/2020/GPF Prezesa NFZ z dnia 8 września 2020 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ.

Zarządzenie nr 139/2020/GPF Prezesa NFZ z dnia 8 września 2020 r. zostało uchylone zarządzeniem nr 152/2020/GPF Prezesa NFZ z dnia 30 września 2020 r. w sprawie regulaminu organizacyjnego Centrali NFZ.

## II. Rola Funduszu w okresie pandemii

### Finansowanie podmiotów leczniczych oraz świadczeń zdrowotnych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19

Świadczenia opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, zgodnie z art. 9 ust. 1 z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 1842, z późn. zm.), zwanej dalej również „specustawą COVID-19” udzielone przez podmioty wykonujące działalność leczniczą oraz lekarzy i lekarzy dentystów, o których mowa w art. 7 ust. 4, wpisanych do wykazu, były finansowane przez NFZ ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz budżetu państwa z części, której dysponentem był Minister Zdrowia (do 8.03.2021 r.).

Zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2021 r. wydanym na podstawie art. 11 ust. 2 pkt 2 specustawy COVID-19, świadczenia opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, wykonywane w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, udzielone przez podmioty wykonujące działalność leczniczą, wpisanych do wykazu, były finansowane przez NFZ ze środków pochodzących z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 oraz budżetu państwa z części, której dysponentem jest Minister Zdrowia (od 9.03.2021 r.).

**Tabela nr II.1.** Środki z budżetu państwa i Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

Lp.	Wyszczególnienie	Środki wydatkowane przez NFZ do 05.03.2021 (w mln zł)
1.	Świadczenia opieki zdrowotnej – specustawa COVID-19	4 931,30
2.	Świadczenia opieki zdrowotnej – 3%	1 124,78
3.	Polecenia MZ:	4 138,11
a.	testy diagnostyczne	1 599,78
b.	dotatkowe świadczenie pieniężne dla personelu medycznego	2 529,67
c.	miejsca odpoczynku dla personelu medycznego	4,70
d.	szczepienia przeciw grypie personelu medycznego	3,61
e.	kwarantanna w 20 Wojskowym Szpitalu Uzdrawiskowo-Rehabilitacyjnym w KrynicyZdroju	0,34
1+2+3	<b>RAZEM</b>	<b>10 194,19</b>

### Polecenia Ministra Zdrowia

Minister Zdrowia na podstawie art. 10a ust. 1 i 2 specustawy COVID-19 polecił NFZ realizację zadań dotyczących finansowania:

1. testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2, z podmiotami, których lista zamieszczona była na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia, które wyraziły zgodę na zawarcie stosownych umów (z 21 kwietnia 2020 r., pismo znak: 2022824-AM);
2. dodatkowego świadczenia pieniężnego, wypłacanego miesięcznie:

50% wynagrodzenia:

- od 29.04.2020 r. do 04.09.2020 r. – dla osób objętych ograniczeniem pracy do jednego miejsca,

- od 05.09.2020 r. do 31.10.2020 r. – dla osób wykonujących zawód medyczny w szpitalach I i III poziomu oraz uczestniczących w udzielaniu świadczeń w bezpośrednim kontakcie z pacjentami podejrzanymi lub zakażonymi wirusem SARS-CoV-2,

100% wynagrodzenia:

- od 1.11.2020 r.:

- 1) w podmiotach leczniczych, które na mocy decyzji wojewody/polecenia Ministra Zdrowia były szpitalami II i III poziomu dla osób wykonujących zawód medyczny uczestniczących w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w bezpośrednim kontakcie z pacjentami z podejrzeniem i z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2;
- 2) w podmiotach leczniczych, w których skład wchodziły jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r. poz. 882) lub izby przyjęć dla osób wykonujących zawód medyczny udzielających świadczeń zdrowotnych w jednostkach systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego lub w izbach przyjęć;
- 3) laboratoriom podmiotów leczniczych będących szpitalami I, II i III poziomu umieszczonych na liście zamieszczonej na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia pod adresem: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/lista-laboratoriow-covid>, z którymi NFZ zawarł umowę o wykonywanie testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 dla osób wykonujących zawód medyczny wykonujących czynności diagnostyki laboratoryjnej w tych podmiotach;
3. miejsc odpoczynku dla personelu medycznego szpitali COVID-19;
4. szczepień ochronnych przeciw grypie osób uczestniczącym w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą, posiadających umowę z NFZ, farmaceutom i technikom farmaceutycznym wykonującym zawód w aptece lub punkcie aptecznym;
5. pobytu, nie więcej niż 212 osób objętych kwarantanną w 20 Wojskowym Szpitalu Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnym w Krynicy Zdroju, w okresie od dnia 21 marca do dnia 4 kwietnia 2020 r.

#### Wysokość środków przekazanych z budżetu tytułem wyrównania strat z utraconej składki

Zgodnie z przepisem art. 31zo specustawy COVID-19 na określonych warunkach na wniosek płatnika składek zwalnia się z obowiązku opłacenia m.in. składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Jednocześnie zgodnie z art. 31zw ust. 1 specustawy COVID-19 skutki finansowe w wysokości zwolnienia z obowiązku opłacania należności z tytułu składek na ubezpieczenia społeczne oraz należności z tytułu składek na ubezpieczenie zdrowotne, o których mowa w art. 31zo, są finansowane ze środków Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, lub w formie dotacji z budżetu państwa.

Zgodnie z informacją ZUS do dnia 3 marca 2021 r. nastąpiło umorzenie ww. składek na ubezpieczenie zdrowotne w kwocie 3 495,19 mln zł i taka kwota została przekazana z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 do NFZ przez Ministra Zdrowia.

Ponadto, należy wskazać na rozwiązanie wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 lutego 2021 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2021 r. poz. 263), które umożliwiło za okres styczeń-marzec 2021 r. wypłacanie placówkom zmuszonych do ograniczania dotychczasowej działalności, 70% miesięcznej wartości ich kontraktu, a w przypadku świadczeń dla dzieci - 100% miesięcznej wartości kontraktu.

### Świadczenia opieki zdrowotnej związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19

**Tabela nr II.2.** Liczba typów świadczeń udzielanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19 (08 marca 2021 r.).

OW NFZ	liczba SWD publikowanych w wykazach, o których mowa w art. 7 ust. 3 specustawy COVID-19	Liczba typów świadczeń udzielanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19								
		transport sanitarny	leczenie/ obserwacja w kierunku COVID-19	izolatorium	teleporada	doraźne świadczenia stomatologiczne	test na obecność wirusa SARS-CoV-2	wstępna kwalifikacja typu pretriage	punkt pobrań	punkt pobrań-mobilny zespół wymazowy
Dolnośląski	65	8	48	2	5	2		47	28	2
Kujawsko-Pomorski	67	8	41	1	7	2	27	31	35	8
Lubelski	70	6	39	1	12	1	44	38	33	10
Lubuski	31	5	20	3	3	1		18	17	1
Łódzki	51	3	39		6	1		39	21	6
Małopolski	65	9	38	1	12	1	10	33	31	3
Mazowiecki	158	12	89	4	27	1		75	59	1
Opolski	34	2	23	3	1		26	24	14	1
Podkarpacki	51	10	32	2	9	1		31	25	5
Podlaski	40	12	25	3	3	1	22	23	21	7
Pomorski	59	5	26	2	17	2		25	23	7
Śląski	106	12	76	3	3	1	3	72	40	13
Świętokrzyski	34	4	20	3	4	3		19	15	
Warmińsko-Mazurski	55	6	35	2	9	4	13	35	28	6
Wielkopolski	83	11	48	1	23	1	1	49	41	8
Zachodniopomorski	46	7	28		4	1	25	29	26	2
<b>RAZEM</b>	<b>1 015</b>	<b>120</b>	<b>627</b>	<b>31</b>	<b>145</b>	<b>23</b>	<b>171</b>	<b>588</b>	<b>457</b>	<b>80</b>

**Tabela nr II.3.** Liczba podmiotów na poszczególnych poziomach zabezpieczenia COVID-19.

poziom zabezpieczenia COVID - 19	liczba podmiotów na poszczególnych poziomach zabezpieczenia COVID-19	liczba łóżek (dot. wyłącznie I i II poziomu zabezpieczenia COVID - 19)	w tym, liczba łóżek intensywnej terapii (dot. wyłącznie II poziomu zabezpieczenia COVID - 19)
I	397	2 509	
II	347	17 949	1 753
III	86		
IV	16		
SZP TYMCZASOWY		2 070	311
<b>RAZEM</b>	<b>846*</b>	<b>22 528</b>	<b>2 064</b>

\*Ogólna liczba podmiotów funkcjonujących w systemie zabezpieczenia COVID-19 to 602. Różnica wynika z faktu, że te same podmioty realizują świadczenia na kilku poziomach zabezpieczenia.

Poniżej przedstawiono czasy oczekiwania na zabiegi planowe, które zostały wskazane w komunikacie w zaleceniu do ograniczenia ich wykonywania. Porównany został III kwartał

2020 r., kiedy kładziony był nacisk na jak największą realizację świadczeń z IV kwartałem kiedy w związku z II falą pandemii został opublikowany komunikat zalecający ograniczenie ich realizacji – analogiczny do aktualnego komunikatu z 8 marca 2021 r.

**Tabela nr II.4.** Liczba podmiotów na poszczególnych poziomach zabezpieczenia COVID-19.

Nazwa Komórki	Kod Komórki	III kwartał 2020 r.				IV kwartał 2020 r.			
		Liczba osób oczekujących - przypadki pilny	Liczba osób oczekujących - przypadki stabilny	Średni rzeczywisty czas oczekiwania przy padku pilny:	Średni rzeczywisty czas oczekiwania przy padku stabilny	Liczba osób oczekujących - przypadki pilny	Liczba osób oczekujących - przypadki stabilny	Średni rzeczywisty czas oczekiwania przy padku pilny	Średni rzeczywisty czas oczekiwania przy padku stabilny
Poradnia nefrologiczna	1130	995	15 083	23	83	867	12 810	24	81
Poradnia chirurgii ogólnej	1500	2 447	56 700	4	15	2 141	47 444	4	17
Poradnia chirurgii naczyniowej	1530	3 165	27 902	57	194	2 498	23 608	58	180
Oddział nefrologiczny	4130	122	594	5	22	109	420	2	16
Oddział chirurgii urazowo-ortopedycznej	4580	18 701	77 884	52	221	20 678	78 027	42	184
Pomosty dla rewaskularyzacji serca	50003	93	404	17	27	127	499	7	36
Operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym	50015	386	922	12	46	465	1 096	13	45
Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	60003	14 111	138 369	19	55	10 980	111 570	15	48
Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	80003	14 886	69 747	147	511	14 992	69 033	128	443
Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	80005	19 900	88 134	178	528	19 898	87 110	162	477
Wycięcie macicy (histerektomia)	82001	78	1 100	3	23	85	1 038	3	16

**Tabela nr II.5.** Dane dotyczące grup świadczeń JGP, (o których mowa w komunikacie) zrealizowanych w latach 2019 i 2020 w trybie planowym (tryb przyjęcia 6 i 7), w podziale na miesiące oraz grupy świadczeń.

Wybrane świadczenia JGP <sup>1</sup>						
miesiąc	Liczba zrealizowanych produktów		Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych		Dynamika liczba zrealizowanych produktów	Dynamika wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych
	2019	2020	2019	2020		
01 styczeń	8 982	8 862	135 956 460	139 083 021	98,7%	102,3%
02 luty	9 652	10 973	146 863 266	172 788 381	113,7%	117,7%
03 marzec	11 198	8 835	169 864 088	138 194 215	78,9%	81,4%
04 kwiecień	10 570	2 153	161 151 272	34 608 316	20,4%	21,5%
05 maj	10 109	4 896	153 346 718	75 852 121	48,4%	49,5%

<sup>1</sup> Wybrane świadczenia:

5.51.01.0001011 A11 kompleksowe zabiegi wewnątrzczaszkowe; 5.51.01.0001012 A12 duże zabiegi wewnątrzczaszkowe; 5.51.01.0004001 D01 złożone zabiegi klatki piersiowej; 5.51.01.0004002 D02 kompleksowe zabiegi klatki piersiowej; 5.51.01.0004003 D03 duże zabiegi klatki piersiowej; 5.51.01.0005004 E04 pomostowanie naczyń wieńcowych z plastyką; 5.51.01.0005005 E05 pomostowanie naczyń wieńcowych > 69 R.Ż. lub z PW; 5.51.01.0005006 E06 pomostowanie naczyń wieńcowych < 70 R.Ż. bez PW; 5.51.01.0005007 E07 pomostowanie naczyń wieńcowych >75 R.Ż. i > 16 dni; 5.51.01.0008013 H13 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra; 5.51.01.0008014 H14 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra z rekonstrukcją kostną, endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego; 5.51.01.0008015 H15 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana; 5.51.01.0008051 H51 kompleksowe zabiegi korekcyjne kręgosłupa; 5.51.01.0008052 H52 zabiegi na kręgosłupie z zastosowaniem implantów; 5.51.01.0008053 H53 zabiegi na kręgosłupie bez stosowania implantów; 5.51.01.0011000 L00 nefrektomia i inne duże otwarte zabiegi nerek; 5.51.01.0015002 Q02 zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny z pw i reoperacje; 5.51.01.0015003 Q03 zabiegi naczyniowe w obszarze brzuszny.

06 czerwiec	9 996	8 679	152 485 669	128 494 388	86,8%	84,3%
07 lipiec	10 588	10 321	165 921 155	149 031 303	97,5%	89,8%
08 sierpień	8 879	9 023	139 786 955	129 246 532	101,6%	92,5%
09 wrzesień	10 595	10 455	165 623 975	151 856 975	98,7%	91,7%
10 październik	12 484	9 236	193 979 021	129 725 998	74,0%	66,9%
11 listopad	11 281	5 192	175 080 676	65 052 295	46,0%	37,2%
12 grudzień	10 728	6 771	167 407 776	80 956 086	63,1%	48,4%
<b>RAZEM</b>	<b>125 062</b>	<b>95 396</b>	<b>1 927 467 030</b>	<b>1 394 889 631</b>	<b>76,3%</b>	<b>72,4%</b>
okres porównawczy						
VII-IX	30 062	29 799	471 332 085	430 134 810	99,1%	91,3%
X-XII	34 493	21 199	536 467 473	275 734 380	61,5%	51,4%

W powyższej tabeli zaobserwować można, że w ujęciu rocznym wykonanie liczby omawianych świadczeń kształtowało się w 2020 r. na poziomie ok. 76% wykonania z 2019 r., przy czym, o ile w lutym wykonanie w 2020 r. było wyższe niż rok wcześniej (113%), to w kwietniu 2020 r. nieznacznie przekroczyło 20% wykonania z kwietnia 2019 r.

**Tabela nr II.6.** Liczba świadczeń w okresie lipiec-wrzesień i październik-grudzień (porównanie).

Grupy świadczeń	VII-IX		X-XII		VII-IX	X-XII	2020
	2019	2020	2019	2020	dynamika	dynamika	dynamika
duże zabiegi korekcyjne kręgosłupa	4 971	5 647	5 318	3 956	113,6%	74,4%	70,1%
dużych zabiegów torakochirurgicznych	3 167	2 495	3 079	2 053	78,8%	66,7%	82,3%
endoprotezoplastyka dużych stawów	16 561	17 061	20 530	11 590	103,0%	56,5%	67,9%
nefrektomii	1 715	1 366	1 722	1 284	79,7%	74,6%	94,0%
pomostowania naczyń wieńcowych	1 452	1 121	1 467	703	77,2%	47,9%	62,7%
zabiegi wewnątrzczaszkowe	1 611	1 547	1 752	1 227	96,0%	70,0%	79,3%
zabiegów naczyniowych na aorcie brzusznej i piersiowej	585	562	625	386	96,1%	61,8%	68,7%
<b>RAZEM</b>	<b>30 062</b>	<b>29 799</b>	<b>34 493</b>	<b>21 199</b>	<b>99,1%</b>	<b>61,5%</b>	<b>71,1%</b>

W okresie lipiec-wrzesień 2020 r. dynamika liczby świadczeń kształtowała się między latami na poziomie 99,1%, natomiast w miesiącach październik-grudzień 2020 r. (komunikat NFZ) na poziomie 61,5%. Liczba świadczeń zrealizowanych w IV kwartale 2020 r. względem III kwartału 2020 r. kształtowała się na poziomie 71%

**Tabela nr II.7.** Liczba udzielonych świadczeń z podziałem na grupy z uwzględnieniem dynamiki.

Grupy świadczeń	2019	2020	Dynamika
duże zabiegi korekcyjne kręgosłupa	21 078	17 623	84%
dużych zabiegów torakochirurgicznych	12 466	9 610	77%
endoprotezoplastyka dużych stawów	69 617	51 584	74%
nefrektomii	6 867	5 434	79%
pomostowania naczyń wieńcowych	5 833	3 818	65%
zabiegi wewnątrzczaszkowe	6 744	5 519	82%
zabiegów naczyniowych na aorcie brzusznej i piersiowej	2 457	1 808	74%
<b>RAZEM</b>	<b>125 062</b>	<b>95 396</b>	<b>76%</b>

Z analizy danych wynika, że ogólna liczba świadczeń w poszczególnych rodzajach i zakresach w 2020 r. w stosunku do analogicznego okresu w 2019 r. znacznie spadła. Wynika to głównie:

- ze wzmożonego reżimu sanitarnego, jaki należało w sytuacji zagrożenia epidemiologicznego wprowadzić, tj. zwiększenie czasu wizyty dla jednego pacjenta, liczby osób przebywających w poradni, itp.;

- z wielu obostrzeń jakie wprowadzono w kraju, a co za tym idzie wielu pacjentów z obawy przed zarażeniem koronawirusem odwoływało zaplanowane porady, hospitalizacje;
- okresowego utrudnionego dostępu do podmiotów leczniczych, co na bieżąco jest analizowane przez Fundusz.

Na bieżąco monitorowana była sytuacja dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej dla pacjentów, a na wszelkie przejawy istnienia nieprawidłowości czy nieuzasadnionego ograniczenia dostępności Fundusz reagował bez zbędnej zwłoki. Ponadto, Fundusz dokładał wszelkich starań, by ograniczać liczbę takich sytuacji. W tym celu dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu stale monitorowali sytuację na swoim terenie, będąc w stałym kontakcie z Urzędami Wojewódzkimi, Wojewódzkimi Inspektorami Sanitarnymi oraz dyrektorami szpitali.

Fundusz na bieżąco analizował także sytuację podmiotów leczniczych. W tym zakresie ściśle współpracował z Ministerstwem Zdrowia tak aby reagować również na potencjalne negatywne skutki związane z aktualną sytuacją w kraju. Od momentu ogłoszenia na obszarze RP stanu epidemii związanego z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. poz. 491) Fundusz w powyższym zakresie intensywnie realizował politykę rządu, tak aby zapewnić maksymalne bezpieczeństwo zdrowotne obywateli. Zarządzeniem Nr 103/2020/GPF z dnia 7 lipca 2020 r. Prezesa NFZ powołano zespół do spraw opracowania planu przywracania pełnej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ograniczonej w związku z wprowadzeniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii. Zasadniczym celem zespołu było podjęcie działań zapewniających płynne przywrócenie możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych na podstawie umów zawartych przez NFZ ze świadczeniodawcami, gwarantujące bezpieczeństwo pacjentów i skuteczne działanie systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Zarządzeniem Nr 32/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 8 marca 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 wprowadzono rozwiązania dotyczące sposobu organizacji świadczeń przez świadczeniodawców w związku z wprowadzanymi przez Ministerstwo Zdrowia aktami prawnymi, jak również wdrażanymi rekomendacjami. Wprowadzono m.in. wycenę świadczeń dla pacjentów hospitalizowanych i leczonych w związku z leczeniem COVID-19, opłatę ryczałtową za gotowość do transportu sanitarnego, zasady finansowania testów na obecność wirusa SARS-CoV-2, finansowanie wstępnej kwalifikacji pacjenta typu pretriage czy opłatę za pobyt pacjentów w izolatorium, jak również wycenę świadczeń za gotowość punktu pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARSCoV-2. Dodatkowo wprowadzono opłatę ryczałtową za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium RP stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii dla poszczególnych rodzajów świadczeń o wartość 3% świadczeń wynikających z rachunku za dany okres sprawozdawczy.

Dnia 15 września 2020 r. weszło w życie nowe zarządzenie Nr 140/DSOZ/2020 Prezesa NFZ z 10 września 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19

(z późn. zm.), zgodne ze strategią walki z pandemią COVID-19 opracowaną przez Ministerstwo Zdrowia. Wprowadzono m. in. wycenę porad i teleporad udzielanych przez lekarzy na rzecz pacjentów z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, wprowadzono zróżnicowane opłaty za gotowość do wykonywania testów na obecność wirusa SARS-CoV-2, umożliwiono kierowanie na wykonanie testów diagnostycznych w kierunku SARS-CoV-2 przez lekarzy rodzinnych. Efektem tych zmian była rosnąca liczba punktów pobrań na obecność wirusa, jak również wykonywana dobowo liczba testów.

Zarządzenie Nr 187/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 listopada 2020 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 było wynikiem wejścia w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 listopada 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki w izolatoriach (Dz. U. poz. 2034). Utworzono nowe produkty rozliczeniowe dedykowane pobytom związanym z zapobieganiem i przeciwdziałaniem zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 w izolatoriach, uzależnione od punktacji w skali Barthel, wprowadzono kwalifikacyjną teleporadę pielęgniarską do programu Domowej Opieki Medycznej, udzielanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, mającej na celu zdalne monitorowanie stanu zdrowia pacjentów przebywających w izolacji domowej.

W związku z procesem szczepień populacyjnych przeciw SARS-CoV-2, zgodnie z Narodowym Programem Szczepień wprowadzono dedykowane produkty rozliczeniowe, umożliwiające rozliczenie szczepień przeciwko SARS-CoV-2.

W związku z publikacją przez Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji Opracowania nr WT.541.15.2020 „Analiza kosztów i wycena transportu pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 realizowanego podczas świadczeń hemodializoterapii udzielanych ambulatoryjnie” z dnia 30 grudnia 2020 r., w zarządzeniu Nr 10/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 12 stycznia 2021 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 wprowadzono modyfikacje, polegające między innymi na wprowadzeniu produktów rozliczeniowych, umożliwiających rozliczanie świadczeń hemodializoterapii pacjentom zakażonym wirusem SARS-CoV-2. Są to produkty: 99.02.0101 świadczenia dializoterapii - wykonywane w trybie ambulatoryjnym (o wartości 606,23 zł), 99.02.0102 świadczenia dializoterapii – wykonywane w trybie ambulatoryjnym z zapewnieniem 24-godzinnego dyżuru (o wartości 650,50 zł) oraz 99.03.0014 świadczenia dializoterapii w trakcie hospitalizacji związanej z leczeniem COVID-19 (o wartości 359,64). Zarządzenie weszło w życie z dniem 18 stycznia 2021 r.

W zarządzeniu Nr 19/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 stycznia 2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 zmieniono wartość produktu rozliczeniowego 99.03.0803 szczepienie przeciwko SARS-CoV-2 przeprowadzone w miejscu zamieszkania pacjenta na 141 zł. Wprowadzona zmiana związana była z dokonaną przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji rewizją wyceny przedmiotowego świadczenia, która uwzględniła parametry odległości i czasu



dojazdu wskazane przez ekspertów oraz 5% współczynnik dyskwalifikacji/rezygnacji do szczepienia. Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 lutego 2021 roku.

Zarządzenie Nr 42/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 05 marca 2021 roku w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 stanowi wykonanie polecenia Ministra Zdrowia z dnia 2 marca 2021 r. wydanego na podstawie art. 11h ust. 2 pkt 2 specustawy COVID-19. Na mocy ww. polecenia Prezes NFZ został zobowiązany do sporządzenia i prowadzenia wykazu, odrębnie dla poszczególnych województw, podmiotów wykonujących działalność leczniczą, które będą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, w związku z przeciwdziałaniem COVID-19, a także do określenia zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego, realizowanych w związku z przeciwdziałaniem COVID-19.

W związku z powyższym, oraz zgodnie z ww. poleceniem przepisy zarządzenia przewidują, że do kompetencji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu należą zadania związane ze sporządzeniem i prowadzeniem, odrębnie dla każdego z województw, wykazu podmiotów, które będą udzielać świadczeń opieki zdrowotnej, w tym transportu sanitarnego w związku z przeciwdziałaniem COVID-19. Wykaz taki będzie prowadzony wg miejsca prowadzenia działalności podmiotów uczestniczących w udzielaniu wskazanych świadczeń opieki zdrowotnej i będzie podlegał ogłoszeniu w BIP NFZ.

Jednocześnie, zgodnie z §5 zarządzenia Dyrektorki oddziałów wojewódzkich Funduszu zostali zobowiązani do opracowania pierwszego wykazu na podstawie wykazu, o którym mowa w art. 7 ust. 1 specustawy COVID-19, według stanu na dzień 8 marca 2021 r.

Przepisy niniejszego zarządzenia w głównej mierze powielają rozwiązania zawarte w regulacji dotychczas obowiązującej, tj. przepisach zarządzenia Nr 37/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 26 lutego 2021 r. w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, które utraciło moc z dniem 9 marca 2021 r. w związku z art. 36 ust. 3 specustawy COVID-19.

#### Szczepienia przeciwko Covid-19

W grudniu 2020 r. przyjęty został Narodowy Program Szczepień, który zakładał etapowość szczepień poszczególnych grup. Kolejność szczepień została wskazana w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 26 lutego 2021 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii.

Szczepienia personelu medycznego oraz pracowników tego podmiotu realizujących zadania bezpośrednio związane z udzielaniem świadczeń w ramach tzw. grupy „0”. Pierwsze szczepienie zostało wykonane w dniu 27 grudnia 2020 r.

## Szczepienia populacyjne

Szczepienia były realizowane w punktach szczepień prowadzonych przez podmioty lecznicze, gdzie na dzień 5 marca 2021 było 6 507 punktów szczepień na terytorium RP. W tym punkty szczepień: Populacyjne, Populacyjno-Węzłowe, Zespoły Wyjazdowe (szczepienie w domu pacjenta), Zespoły Mobilne (szczepienia wykonywano w tymczasowych punktach szczepień w gminach w których, nie ma stacjonarnego punktu szczepień), Szpitale Tymczasowe.

**Tabela nr II.8.** Punkty szczepień populacyjnych.

województwo	liczba punktów ogółem	W tym liczba punktów węzłowych	liczba punktów na 100 tys. ludności 18+	liczba ludności na 1 punkt
Dolnośląskie	498	56	20,7	4 827
Kujawsko-pomorskie	313	26	18,4	5 428
Lubelskie	438	48	25,2	3 967
Lubuskie	202	21	24,5	4 089
Łódzkie	444	51	21,8	4 579
Małopolskie	501	29	18,1	5 512
Mazowieckie	924	76	21,1	4 742
Opolskie	185	10	22,4	4 463
Podkarpackie	450	32	25,8	3 869
Podlaskie	261	40	26,8	3 726
Pomorskie	358	28	19,0	5 257
Śląskie	698	58	18,6	5 365
Świętokrzyskie	214	12	20,8	4 808
Warmińsko-Mazurskie	241	23	20,7	4 821
Wielkopolskie	516	48	18,3	5 450
Zachodniopomorskie	264	24	18,8	5 318
<b>POLSKA</b>	<b>6 507</b>	<b>582</b>	<b>20,7</b>	<b>4 828</b>

**Tabela II.9.** Wyjazdowe punkty szczepień.

województwo	punkt szczepień wyjazdowy liczba	Liczba zespołów
Dolnośląskie	8	8
Kujawsko-pomorskie	4	4
Lubelskie	10	10
Lubuskie	4	5
Łódzkie	6	6
Małopolskie	6	10
Mazowieckie	14	15
Opolskie	2	3
Podkarpackie	7	11

Podlaskie	4	5
Pomorskie	3	5
Śląskie	8	9
Świętokrzyskie	2	2
Warmińsko- Mazurskie	14	16
Wielkopolskie	5	6
Zachodniopomorskie	5	5
<b>RAZEM</b>	<b>102</b>	<b>120</b>

W czasie pandemii koronawirusa powstał i rozpoczął pracę „Zespół do spraw monitorowania prawidłowości postępowania w przypadkach podejrzenia lub zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2”. Zespół pod przewodnictwem ówczesnego Zastępcy Prezesa NFZ, Pana Filipa Nowaka, został powołany Zarządzeniem nr 28/2020/GPF Prezesa NFZ z dnia 1 marca 2020 r. W ramach prac zespołu podejmowane były dwa rodzaje działalności: monitoringowa oraz operacyjna. Zadania monitoringowe obejmowały głównie kontrolę, weryfikację przebiegu procesu udzielania świadczeń, wyjaśnianie nieprawidłowości, przedstawianie wniosków i rekomendacji w celu poprawy bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego. Drugi obszar działalności to szeroko rozumiane wsparcie w koordynacji działań i komunikacji pomiędzy służbami i instytucjami odpowiedzialnymi za działania w opanowaniu epidemii, tj. wypracowania i wdrażania rozwiązań o charakterze organizacyjno-prawnym poprzez analizę i generowanie danych, koordynację organizacji szkoleń dla personelu medycznego szpitali mono-profilowych z zakresu zasad bezpieczeństwa, do magazynowania i dystrybucji wysokoprocentowych środków odkażających, maseczek oraz plakatów informacyjnych. Podstawą skutecznego działania były komunikacja, konsekwencja i innowacyjne podejście. Zespół stosował głównie elektroniczne kanały komunikacyjne: grupę w komunikatorze internetowym, składającą się z 70 członków Centrali i oddziałów wojewódzkich Funduszu, wideokonferencje, mailing oraz SZOI/Portal Świadczeniodawcy. Organizacja pracy w trybie hybrydowym zapewniła bardzo sprawny przepływ decyzji, ich realizację oraz informację zwrotną. Zespół w trakcie swoich prac był w stałym kontakcie z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, Głównego Inspektora Sanitarnego, podmiotów leczniczych, konsultantów krajowych i wojewódzkich, samorządów oraz innych instytucji. Baza danych NFZ i systemy komunikacji ze świadczeniodawcami w połączeniu z profesjonalizmem oraz zaangażowaniem pracowników pozwoliły na operacyjne przygotowanie naszego państwa do walki z epidemią. Działania obejmowały m.in. analizę zasobów personelu, sprzętu, predykcji, prognozy zachorowań i zapotrzebowania na świadczenia medyczne, wdrażanie przepisów dla teleusług medycznych, dystrybucję komunikatów GIS i wytycznych dla konsultantów krajowych.

Chcąc zapewnić prawidłowość działania podmiotów medycznych oraz bezpieczeństwo pacjentów, pracownicy terenowych wydziałów kontroli, zwanych dalej również „pracownikami TWK”, weryfikowali zgłoszenia pacjentów kierowanych na Infolinię z obszaru działań Rzecznika Praw Pacjenta oraz do oddziałów wojewódzkich Funduszu. Większość zgłoszeń dotyczyła problemów z dodzwonieniem się do placówki, zamkniętymi przychodniami, odwoływaniem wizyt czy uzyskaniem teleporady z e-receptą lub e-zła.

Monitoring na dużą skalę rozpoczął się 17 marca 2020 r., w momencie uzgodnienia z Rzecznikiem Praw Pacjenta wspólnych działań na podstawie codziennych raportów. Do dnia 1 kwietnia 2020 r. do pracowników TWK z prośbą o ich weryfikację wpłynęło 378 zgłoszeń dokonanych w okresie od 17 do 31 marca 2020 r. zarejestrowanych przez RPP. Podjęto działania sprawdzające i zakończono 303 sprawy. W związku z tym, że zgłoszenia zawierały tylko dane dobrowolnie przekazane przez pacjenta, części zgłoszeń nie udało się zweryfikować z uwagi na brak możliwości zidentyfikowania podmiotu, którego zdarzenie dotyczy. Brak umowy z NFZ również uniemożliwiło podjęcie interwencji przez pracowników TWK. Łącznie takich przypadków zanotowano 40. Dodatkowo zweryfikowano 94 zgłoszenia przekazane przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu. Pojawiły się również pozytywne sygnały, świadczące o tym, że podmioty lecznicze na bieżąco starały się optymalizować swoje działania i wdrażać nowe technologie.

Dnia 24 lipca 2020 r. Sejm przegłosował projekt ustawy o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu. Zmiany umożliwiły dalsze usprawnienie funkcjonowania Funduszu, ujednoczenie procedur i standardów obsługi. Zakładały one m.in. pionizację NFZ przez ujednoczenie sposobu funkcjonowania poprzez wprowadzenie zasady, w myśl której dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu realizują swoje zadania na mocy upoważnienia od Prezesa Funduszu. Instytucja musi działać w spójny sposób w skali całego kraju, co pokazały chociażby ostatnie doświadczenia związane z epidemią koronawirusa, a pionizacja jest sposobem na szybkie wdrażanie jednolitych rozwiązań w skali kraju.

Ujednoczenie procedur w ramach całego Funduszu przyczyniło się do lepszego wykorzystania potencjału i skali organizacji. Możliwa jest poprawa zdolności logistycznej, np. Centrum Usług Wspólnych w Chełmie rozpatruje wnioski o wydanie karty EKUZ złożone za pośrednictwem IKP w skali całego kraju. Unikamy w ten sposób rozdrobnienia i realizacji tego zadania odrębnie przez każdy oddział wojewódzki.

#### Tematyka COVID-19 zdominowała także obszar IT w NFZ.

Zmiany w komunikatach sprawozdawczych. Podczas realizacji dostosowań dotyczących rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 dla tzw. „pseudoumów” technicznych przyjęto założenie, że rozliczenia będą się odbywać na podstawie rachunku, bez sprawozdawczości w komunikacie SWIAD. Staje się to jednak kłopotliwe – zarówno dla płatnika (brak danych w systemie i powiązań), jak również dla świadczeniodawców, z uwagi na różne sposoby sprawozdawania świadczeń. Obecnie trwa proces konsultacji na temat sposobu weryfikacji przekazywanych przez świadczeniodawców danych z realizacji świadczeń COVID-19. W związku z koniecznością uwzględnienia tych świadczeń w innych procesach Funduszu trwają prace nad wykorzystaniem komunikatu sprawozdawczego XML SWIAD od 1 marca 2021 r.

Ponadto, w celu prawidłowej sprawozdawczości świadczeń sprawozdawanych komunikatem SWIAD zlecono rozbudowanie istniejącej już funkcjonalności pliku parametryzującego JGP.SZP w celu wprowadzenia dodatkowego algorytmu dla katalogu świadczeń wyłączonych z procesu grupowania JGP. Algorytm wyłączenia umożliwił prawidłową taryfikację świadczeń

w ramach hospitalizacji związanych z leczeniem specjalistycznym pacjenta z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Dostosowano systemy do obsługi dodatkowej opłaty ryczałtowej za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium RP stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii dla świadczeń udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego.

Umożliwiono w SI NFZ wnioskowanie o przedłużenie okresu rozliczeniowego, co dało możliwość świadczeniodawcom odrobienie strat związanych z ograniczoną możliwością realizacji kontraktów w okresie ograniczeń wprowadzonych w gospodarce w związku z pandemią COVID-19.

Uruchomiono zgłoszenia, których celem jest zmiana w SI NFZ i umożliwienie świadczeniodawcom złożenia wniosku o ustalenie należności i złożenie rachunków za okresy sprawozdawcze styczeń-marzec 2021 r. dla zakresów świadczeń, dla których okres rozliczeniowy określony w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej został przedłużony - 1/12 za okres styczeń-marzec 2021 r.

System Monitorowania Programów Lekowych – SMPT. W 2020 r. została wprowadzona w systemie funkcjonalność umożliwiająca przesunięcie dat punktów kontrolnych związanych z realizacją programów lekowych oraz pozwalająca na dodanie nowej przyczyny przesunięcia tych punktów kontrolnych, tj. COVID-19. Aktualnie takie przesunięcie jest możliwe do końca marca 2021 r. i wydaje się, że będzie musiało ulec kolejnej modyfikacji.

Fundusz Medyczny. Uruchomione zostały konsultacje i zgłoszenia dotyczące modyfikacji algorytmu wyliczenia ryczałtu PSZ uwzględniającej obecne zmiany przepisów i docelowo przygotowanie rozwiązania dostosowanego do tak dużej dynamiki zmian wymagań. Zlecone zostały również zmiany umożliwiające rozliczanie udzielonych ponadlimitowych świadczeń dla dzieci, w tym zmiany w zakresie wydzielenia kosztów świadczeń przeznaczonych do pozyskania finansowania z Funduszu Medycznego.

Ponadto, Prezes Funduszu wydał szereg zarządzeń dotyczących działań związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, m.in:

1. Zarządzenie Nr 32/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 8 marca 2020 r.<sup>2</sup> w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19:

---

<sup>2</sup> Zarządzenie zmienione zarządzeniem Nr 34/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 8 marca 2020 r., zarządzeniem Nr 40/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 12 marca 2020 r., zarządzeniem Nr 45/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 27 marca 2020 r., zarządzeniem Nr 49/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 marca 2020 r., zarządzeniem Nr 51/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 kwietnia 2020 r., zarządzeniem Nr 52/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 7 kwietnia 2020 r., zarządzeniem Nr 59/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 kwietnia 2020 r., zarządzeniem Nr 60/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 21 kwietnia 2020 r., zarządzeniem Nr 63/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 24 kwietnia 2020 r., zarządzeniem Nr 65/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 maja 2020 r., zarządzeniem Nr 71/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 maja 2020 r., zarządzeniem Nr 76/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 czerwca 2020 r., zarządzeniem Nr 82/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 czerwca 2020 r., zarządzeniem Nr 84/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10 czerwca 2020 r., zarządzeniem Nr 104/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 8 lipca 2020 r., zarządzeniem Nr 108/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 10 lipca 2020 r.).

- a) celem zarządzenia było wprowadzenie rozwiązania dotyczącego sposobu organizacji świadczeń przez świadczeniodawców w związku z wprowadzanymi przez Ministerstwo Zdrowia aktami prawnymi, jak również wdrażanymi rekomendacjami;
  - b) wprowadzono m.in. wycenę świadczeń dla pacjentów hospitalizowanych i leczonych w związku z leczeniem COVID-19, opłatę ryczałtową za gotowość do transportu sanitarnego, zasady finansowania testów na obecność wirusa SARS-CoV-2, finansowanie wstępnej kwalifikacji pacjenta typu pretriage czy opłatę za pobyt pacjentów w izolatorium, jak również wycenę świadczeń za gotowość punktu pobrania materiału biologicznego do przeprowadzenia testu na obecność wirusa SARSCoV-2. Dodatkowo wprowadzono opłatę ryczałtową za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium RP stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii dla poszczególnych rodzajów świadczeń o wartość 3% świadczeń wynikających z rachunku za dany okres sprawozdawczy;
  - c) celem było poszerzenie dostępu do wykonywania i rozliczania badań diagnostycznych na obecność wirusa SARS-CoV-2 w podmiotach leczniczych posiadających własne laboratoria diagnostyczne. Poprawa dostępu objęła również pacjentów i pracowników pozostałych podmiotów leczniczych, w tym diagnozowanych na SOR lub Izbach Przyjęć tych podmiotów.
2. Zarządzenie Nr 51/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 kwietnia 2020 r.) wprowadzenie nowego produktu rozliczeniowego w postaci dodatkowej opłaty ryczałtowej za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej. Opłata ta stanowi 3% wartości świadczeń wynikającej z rachunku za dany okres sprawozdawczy. Powyższe rozwiązanie ma charakter powszechny bowiem dotyczy świadczeniodawców posiadających zawartą umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (z wyłączeniami określonymi w załączniku nr 1a) i uzasadnione jest w szczególności: kluczową rolę wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą, udzielających świadczeń na podstawie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w realizacji działań w związku z wprowadzeniem stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii oraz wzrostem kosztów prowadzenia działalności leczniczej, w tym wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej, przez ww. świadczeniodawców.
3. Zarządzenie Nr 140/DSOZ/2020 Prezesa NFZ z dnia 10 września 2020 r.<sup>3</sup> w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19:
- a) wprowadzono m.in. wycenę porad i teleporad udzielanych przez lekarzy na rzecz pacjentów z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2, wprowadzono

---

<sup>3</sup> Zarządzenie zmienione zarządzeniem Nr 146/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25 września 2020 r., zarządzeniem Nr 159/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 9 października 2020 r., zarządzeniem Nr 160/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 października 2020 r., zarządzeniem Nr 161/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 października 2020 r., zarządzeniem Nr 166/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 października 2020 r., zarządzeniem Nr 168/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 października 2020 r., zarządzeniem Nr 171/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 listopada 2020 r., zarządzeniem Nr 172/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 listopada 2020 r., zarządzeniem Nr 173/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 listopada 2020 r., zarządzeniem Nr 174/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 5 listopada 2020 r.

zróżnicowane opłaty za gotowość do wykonywania ww. testów oraz umożliwiono kierowanie na wykonanie testów diagnostycznych przez lekarzy rodzinnych. Efektem tych zmian była rosnąca liczba punktów pobrań na obecność wirusa, jak również wykonywana dobowo liczba testów;

- b) wprowadzono dodatkowy produkt dla III poziomu zabezpieczenia COVID-19 – 19.04.0002 Hospitalizacja związana z leczeniem specjalistycznym psychiatrycznym dzieci i młodzieży z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2 o wartości 380.
4. Zarządzenie Nr 159/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 9 października 2020 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID19 ujednolicono przepisy zarządzenia z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1749), wprowadzającym standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych pacjentom podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2, w załączniku nr 1 do zarządzenia wprowadzono nowe produkty rozliczeniowe (wraz z wartościami opłat ryczałtowych oraz cen świadczeń opieki zdrowotnej), które umożliwiły podmiotom rozliczanie świadczeń w przedmiotowym zakresie, są to: 99.01.0101 Teleporada lekarska na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 (wartość 40), 99.01.0102 Porada lekarska na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 (wartość 75), 99.01.0103 Lekarska wizyta domowa na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 (wartość 100), 99.06.0010 Opłata ryczałtowa za gotowość mobilnego zespołu wymazowego (wartość 700); – z uwagi na sytuację epidemiologiczną wprowadzono działania mające na celu przeciwdziałanie, zapobieganie oraz zwalczanie epidemii na terenie poszczególnych województw. W związku z tym, wyznaczono w każdym z nich szpital IV poziomu (na podstawie polecenia wojewody) obowiązany do udzielania świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Dedykowanym im produktem rozliczeniowym jest: 99.01.0014 Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń dla szpitala IV poziomu zabezpieczenia COVID-19 w województwie. Mając na celu symetryzację przepisów przedmiotowego zarządzenia z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki zdrowotnej nad pacjentem podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2 (Dz. U. z 2020 r. poz. 1749), wprowadzającym standard organizacyjny opieki zdrowotnej w podmiotach wykonujących działalność leczniczą udzielających świadczeń zdrowotnych pacjentom podejrzanym o zakażenie lub zakażonym wirusem SARS-CoV-2, w załączniku nr 1 do zarządzenia wprowadzono nowe produkty rozliczeniowe (wraz z wartościami opłat ryczałtowych oraz cen świadczeń opieki zdrowotnej), które umożliwią podmiotom rozliczanie świadczeń w przedmiotowym zakresie. Są to: 99.01.0101 Teleporada lekarska na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 (wartość 40), 99.01.0102 Porada lekarska na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2

(wartość 75), 99.01.0103 Lekarska wizyta domowa na rzecz pacjenta z dodatnim wynikiem testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2 (wartość 100), 99.06.0010 Opłata ryczałtowa za gotowość mobilnego zespołu wymazowego (wartość 700);

- a) z uwagi na sytuację epidemiologiczną wprowadzono działania mające na celu przeciwdziałanie, zapobieganie oraz zwalczanie epidemii na terenie poszczególnych województw. W związku z tym, wyznaczono w każdym z nich szpital IV poziomu (na podstawie polecenia wojewody) zobowiązany do udzielania świadczeń zdrowotnych dla pacjentów z zakażeniem wirusem SARS-CoV-2. Dedykowanym im produktem rozliczeniowym była: 99.01.0014 Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń dla szpitala IV poziomu zabezpieczenia COVID-19 w województwie (nd).
5. Zarządzenie Nr 173/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 listopada 2020 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID19 umożliwiono wykonywanie badań na obecność wirusa SARS-CoV-2 za pomocą szybkich testów antygenowych, bez konieczności potwierdzania ich wyniku testem RT-PCR. Jest zgodna z definicją przypadku COVID-19 na potrzeby nadzoru epidemiologicznego nad zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 (definicja z dnia 31.10.2020), w której jako kryteria laboratoryjne wskazano: wykrycie kwasu nukleinowego SARS-CoV-2 z materiału klinicznego oraz wykrycie antygenów wirusa SARS-CoV-2 z materiału klinicznego. Testy antygenowe musiały spełniać minimalne kryteria: czułość – 90%, swoistość - 97%, które musiały być potwierdzone w niezależnych opublikowanych badaniach lub w badaniach zrealizowanych na polskiej populacji w podmiocie leczniczym, zatwierdzonych przez Ministra Zdrowia;
- a) strategia walki z pandemią COVID-19 - jesień 2020 wersja 3.0 przewidywała wprowadzenie rozwiązań szczególnych, do których zliczały się m. in. tzw. szpitale tymczasowe, zlokalizowane poza budynkami szpitali stacjonarnych, zapewniających warunki lokalowe niezbędne do zapewnienia miejsca i opieki nad pacjentem, w tym umożliwiające natychmiastowe zapewnienie wymaganej terapii zaawansowanej. Szpitale takie uruchamiane były sukcesywnie, w zależności od sytuacji epidemicznej w poszczególnych województwach. Dlatego też w zarządzeniu Nr 173/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 04.11.2020 r. – wprowadzono produkty rozliczeniowe umożliwiające rozliczanie świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 udzielanych w szpitalach tymczasowych. Nowoutworzone produkty to: 99.01.0017 Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń w szpitalu tymczasowym wartość 822,42 zł (za dobową dostępność jednego łóżka), 99.03.0011 Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta w szpitalu tymczasowym wartość 1 026,40 zł (za osobodzień), 99.01.0018 Opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń pacjentom wymagającym wentylacji mechanicznej w szpitalu tymczasowym wartość 3 773,70 (za dobową dostępność jednego stanowiska umożliwiającego prowadzenie wentylacji mechanicznej pacjenta), 99.03.0012 Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 pacjenta wymagającego wentylacji mechanicznej w szpitalu tymczasowym wartość 4 321,14 (za osobodzień), 99.01.0019 Opłata ryczałtowa za gotowość punktu



przyjęć w szpitalu tymczasowym wartość 18 299 zł (za dobową gotowość do udzielania świadczeń).

6. Zarządzenie Nr 187/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 25.11.2020 r.<sup>4</sup> w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19:
  - a) utworzono nowe produkty rozliczeniowe dedykowane pobytom związanym z zapobieganiem i przeciwdziałaniem zakażeniu wirusem SARS-CoV-2 w izolatoriach, uzależnione od punktacji w skali Barthel, wprowadzono kwalifikacyjną teleporadę pielęgniarską do programu Domowej Opieki Medycznej, udzielanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, mającej na celu zdalne monitorowanie stanu zdrowia pacjentów przebywających w izolacji domowej. Na podstawie wniosku Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw koordynacji systemu pozaustrojowego utlenowania krwi u pacjentów z ostrą niewydolnością oddechową w przebiegu choroby COVID-19;
  - b) wprowadzono zmiany w obrębie produktów rozliczeniowych dedykowanych szpitalom tymczasowym;
  - c) zdefiniowano pojęcie gotowości do udzielania świadczeń w szpitalu tymczasowym oraz gotowości do udzielania świadczeń pacjentom wymagającym wentylacji mechanicznej w szpitalu tymczasowym. Zmiana dotyczy także warunków ich finansowania. W przypadku produktu rozliczeniowego: 99.01.0017 opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń była naliczana za moduł obejmujący nie więcej niż 56 łóżek, a gdy co najmniej 49 z tych łóżek jest już zajętych, za moduł kolejnych nie więcej niż 28 łóżek, a gdy co najmniej 21 łóżek w module 28 łóżkowym jest już zajętych, to opłata ryczałtowa była naliczana za moduł kolejnych nie więcej niż 28 łóżek, o ile tyle było dostępnych. Natomiast w przypadku produktu rozliczeniowego: 99.01.0018 opłata ryczałtowa za gotowość do udzielania świadczeń pacjentom wymagającym wentylacji mechanicznej jest naliczana za moduł obejmujący nie więcej niż 10 łóżek dla pacjentów wymagających wentylacji mechanicznej, a gdy co najmniej 7 z tych łóżek było już zajętych, opłata ryczałtowa obejmuje moduł kolejnych nie więcej niż 10 łóżek, o ile tyle było dostępnych – razem maksymalnie 13 łóżek dla pacjentów wymagających wentylacji mechanicznej;
  - d) wprowadzono przepis uszczegóławiający, zgodnie z którym personel pozostający w gotowości do udzielania świadczeń w szpitalu tymczasowym nie może jednocześnie udzielać świadczeń w podmiocie leczniczym go tworzącym lub innym podmiocie leczniczym. Kolejna wprowadzana zarządzeniem zmiana polega na możliwości wykonywania testów antygenowych przez świadczeniodawców realizujących umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (w zakresie lekarza POZ). Warunkiem koniecznym jest wykonanie przedmiotowego testu wyłącznie w trakcie porady w poradni lub w trakcie wizyty domowej.

---

<sup>4</sup> Zarządzenie zmienione zarządzeniem Nr 189/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 grudnia 2020 r., zarządzeniem Nr 200/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15 grudnia 2020 r., zarządzeniem Nr 205/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 22 grudnia 2020 r.

7. Zarządzenie Nr 200/2020/DSOZ Prezesa NFZ zmieniającym zarządzenie w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, na podstawie wniosku Pełnomocnika Ministra Zdrowia do spraw koordynacji systemu pozaustrojowego utlenowania krwi u pacjentów z ostrą niewydolnością oddechową w przebiegu choroby COVID-19 z 16 listopada 2020 r., utworzono nowy produkt rozliczeniowy dedykowany Mobilnym Zespołom ECMO. Przedmiotowy produkt: 99.03.0013 Opłata za wyjazd Mobilnego Zespołu ECMO (wartość 3900 zł) obejmuje: gotowość Mobilnego Zespołu ECMO do wyjazdu (do rozliczenia wyłącznie w sytuacji wyjazdu Mobilnego Zespołu ECMO) oraz koszt podłączenia pacjenta do systemu VV-ECMO. Produkt możliwy do rozliczenia wyłącznie po zakwalifikowaniu pacjenta przez lekarza specjalistę w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w Ośrodku ECMO do leczenia metodą VV-ECMO (kwalifikacja zgodnie z formularzem kwalifikacji, przy braku stwierdzonych przeciwwskazań) u pacjentów z ostrą niewydolnością oddechową w przebiegu choroby COVID-19. Podlega sumowaniu z produktem 99.04.0001 Hospitalizacja związana z leczeniem COVID-19 w OAiIT. Podmiotom z II/IV poziomu zabezpieczenia COVID-19, rozliczających produkt 99.03.0005 Hospitalizacja związana z leczeniem specjalistycznym pacjenta z potwierdzonym zakażeniem wirusem SARS-CoV-2, poszerzono możliwość dosumowania produktów rozliczeniowych z załącznika nr 1e do obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii (zarządzenie Nr 200/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 15.12.2020 r.). W związku z procesem szczepień populacyjnych przeciw SARS-CoV-2, zgodnie z Narodowym Programem Szczepień zostały wprowadzone dedykowane produkty rozliczeniowe, umożliwiające rozliczenie szczepień przeciwko SARS-CoV-2.

### III. 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 Funduszu 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.

Realizując cel „Wzrost pozytywnych doświadczeń w kontaktach z publicznym systemem opieki zdrowotnej” umożliwiono w salach obsługi klientów w oddziałach wojewódzkich Funduszu, potwierdzanie Profilu Zaufanego oraz pomagano w zakładaniu Internetowego Konta Pacjenta, zwanego dalej również „IKP”. W województwach: dolnośląskim, lubelskim, łódzkim, opolskim, małopolskim i śląskim powstały nowe sale obsługi klientów, uwzględniające standardy obsługi bezpośredniej, dostosowane do obsługi osób ze szczególnymi potrzebami.

W 2020 r. rozpoczęły się prace nad aktualizacją Księgi jakości obsługi w NFZ, której celem jest poprawa jakości usług realizowanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu – działanie to wpłynęło korzystnie na wizerunek NFZ. Wdrożenie jednolitych standardów oznacza, że klienci są obsługiwani w ten sam, profesjonalny sposób, niezależnie od placówki Funduszu. Ujednoliconą obsługą jest wyrazem szacunku, jakim instytucja darzy swoich klientów, jak również buduje zaufanie do instytucji. Zgodnie z zasadami prostego języka przygotowano wzór pisma (odpowiedzi na skargi i wnioski), co znacząco wpłynęło na poprawę kontaktu pisemnego NFZ z klientami.

W lipcu 2020 r., we współpracy z Centrum e-Zdrowie uruchomiona została możliwość złożenia wniosku o Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego, zwaną dalej również „EKUZ” na platformie IKP oraz wydłużono ważność karty EKUZ z 18 miesięcy do 5 lat, nie dłużej niż do 18-go roku życia – dla osób, które zgłoszone są do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu otrzymywania renty.

Od 1 stycznia 2020 r. NFZ umożliwił wystawianie i weryfikację zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne podczas wizyty pacjenta u osoby uprawnionej np. lekarza, przy wykorzystaniu aplikacji<sup>5</sup> udostępnionej przez Fundusz lub z własnej aplikacji zintegrowanej z systemem NFZ.

W 2020 r. w NFZ podejmowane były przedsięwzięcia ukierunkowane na realizację celu „Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej”. Przejawem tych działań było rozszerzenie uruchomionej w 2019 r., Telefonicznej Informacji Pacjenta zwanej dalej również „TIP”, o obsługę klientów przez konsultantów posługujących się językiem rosyjskim i ukraińskim (wcześniej polskim i angielskim) oraz językiem migowym. Ponadto, z uwagi na ogłoszony stan epidemii wirusa powodującego chorobę COVID-19, w marcu 2020 r.,

---

<sup>5</sup> <https://ezwm.nfz.gov.pl>

pod numerem TIP rozpoczęła funkcjonowanie ogólnopolska infolinia ds. koronawirusa. Zgodnie z poleceniem Ministra Zdrowia, od 16 grudnia 2020 r. prowadzono w NFZ także Infolinię Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19. Podjęto działania dotyczące zwiększenia oferty opieki koordynowanej i kompleksowej nad pacjentem poprzez rozwój usług telemedycznych. Dostosowano aplikację udostępnianą przez Fundusz do prowadzenia harmonogramów przyjęć, zwiększono dostępność do świadczeń lekarza POZ na terenach o małej gęstości zaludnienia poprzez zwiększenie wynagrodzenia lekarzy, którzy zdecydują się rozpocząć pracę w praktyce POZ na terenie o małej gęstości zaludnienia.

W programie profilaktyki nowotworów szyjki macicy umożliwiono pobieranie cytologii przez uprawnioną pielęgniarkę POZ. W programie zapobiegania chorobom układu krążenia (ChUK) wprowadzono dodatkowe premiowanie za liczbę pacjentów kwalifikowanych do programu. W podstawowej opiece zdrowotnej wprowadzono, dodatkowe premiowanie za objęcie opieką lekarską pacjentów chorych przewlekle.

W celu ograniczenia nieuzasadnionego dzielenia porad diagnostycznych i zachęcenia do skracania kolejek oraz przesuwania zdiagnozowanych pacjentów do objęcia opieką w poradni endokrynologicznej w POZ, wprowadzono odrębnie finansowany pakiet badań diagnostycznych dla chorób tarczycy. Natomiast w celu zmotywowania świadczeniodawców do poprawy dostępności do świadczeń ambulatoryjnych wprowadzono bezlimitowe rozliczanie i finansowanie świadczeń w zakresach skojarzonych pierwszorazowych do następujących zakresów: endokrynologii, kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz endokrynologii dla dzieci, kardiologii dziecięcej, neurologii dziecięcej i ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci i dorosłych.

W celu poprawy dostępu do świadczeń z zakresu rehabilitacji uruchomiono rządowy program dla osób niepełnosprawnych pn.: Specjalne świadczenie medyczne NFZ dla osób niepełnosprawnych na 2020 rok. Finansowanie na świadczenia gwarantowane w psychiatrii i leczeniu uzależnień dedykowane dzieciom i młodzieży wzmocniono 37%. Przyjęto bezlimitowe finansowanie świadczeń dla pacjentów poniżej 18 roku życia w zakresie opieki paliatywnej oraz świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej.

Fundusz prowadził również przedsięwzięcia dążące do realizacji kolejnego celu określonego w „Strategii”, jakim jest „Upowszechnienie wiedzy o zdrowiu i publicznym systemie opieki zdrowotnej”. W 2020 r. podejmowane były przedsięwzięcia ukierunkowane na poprawę komunikacji społecznej, poprawę obsługi pacjentów oraz skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia. Przejawem tych działań było rozszerzenie oferty, uruchomionej w 2019 r., Telefonicznej Informacji Pacjenta, o obsługę klientów przez konsultantów posługujących się językiem rosyjskim i ukraińskim (wcześniej polskim i angielskim) oraz językiem migowym. Ponadto, z uwagi na ogłoszony stan epidemii wirusa powodującego chorobę COVID-19, w marcu 2020 r., pod numerem TIP rozpoczęła funkcjonowanie, ogólnopolska infolinia ds. koronawirusa.

W ramach realizacji ww. celu został wydany magazyn „Ze zdrowiem” oraz przejęto prowadzenie portalu pacjent.gov.pl. W prosty i zrozumiały sposób przedstawiają one informacje na temat zdrowia, a w szczególności, jak poruszać się po systemie zdrowia. Fundusz realizował m.in.: akcję społeczną „MaskujSię”; ogólnopolskie kampanie: #SzczepimySię, nt. szkodliwości cukru oraz „Świadomy pacjent - skuteczna terapia”; projekty: „AKADEMIA NFZ

dla dzieci” – opracowanie i wdrożenie programu edukacji profilaktycznej w szkołach (aktywność fizyczna, zdrowe odżywianie, „Wsparcie psychologiczne na czas epidemii”, „Poranne rozciąganie z Pytaniem na śniadanie i NFZ”, „Prawo jazdy zdrowia w czasie epidemii”, „Słodki, słodszy... Cukrzyca” oraz „Kurs kształcenia kierunkowego Edukatora Zdrowotnego do spraw profilaktyki i promocji zdrowia NFZ”; program treningowo-profilaktyczny „Od siedzenia do zdrowia razem z NFZ”,

Dbając o poprawę komunikacji i odbiór korespondencji oraz tekstów pisanych do klientów Funduszu opracowano rekomendacje w zakresie komunikacji pisemnej.

W 2020 r. w celu nawiązania dialogu z pacjentami poprzez organizacje reprezentujące ich interesy NFZ zainicjował Forum Organizacji Pacjentów (FOP) - platformę wymiany potrzeb i wiedzy. Dzięki niej Fundusz może pomagać pacjentom kompleksowo, przez cały cykl życia z chorobą, zarówno przed udzieleniem świadczenia, jak i po nim. Efektem tej współpracy są wspólne działania i projekty. W ramach tego celu wydawany jest magazyn „Pacjentownik, przewodnik po obsłudze pacjenta” oraz prowadzone są aktywne działania na rzecz prostego języka.

Jeszcze w 2019 r. Fundusz przystąpił do międzyresortowego porozumienia „Prosto i kropka” oraz powołał komórkę odpowiedzialną za upraszczanie komunikacji, która w 2020 r. m.in. powołała do działania korpus oficerów językowych - przedstawiciele prostego języka w każdej komórce Centrali Funduszu i w każdym oddziale wojewódzkim Funduszu - łącznie 61 osób.

Zgodnie z obranym w strategii celem „Wspieranie świadczeniodawców w budowie mikroekonomicznej efektywności” zrealizowano projekt „Otwarte dane – dostęp, standard, edukacja”, którego celem było stworzenie systemowych rozwiązań poprawiających dostępność i jakość danych publicznych oraz zwiększenie możliwości ich ponownego wykorzystywania. Efektem tego projektu jest poprawa jakości i dostępności danych publicznych oraz możliwość ich dalszego wykorzystania.

Realizując cel „Poprawy efektywności wydatkowania środków publicznych na świadczenia opieki zdrowotnej” zakończono fazę 1 projektu: Budowa systemu antyfraudowego w oparciu o narzędzia opensource oraz opracowano narzędzie analityczne wspierające procesy podejmowania decyzji w zakresie leków refundowanych. Zakończono również pracę nad utworzeniem scentralizowanego korpusu kontrolerów.

Zgodnie z celem „Optymalizacja procesów wewnętrznych” zmieniono podstawowy sposób dokumentowania przebiegu załatwiania i rozstrzygania spraw z systemu tradycyjnego (papierowego) na system elektroniczny (EZD) oraz wprowadzono wytyczne dotyczące wykonywania czynności kancelaryjnych w Centrali NFZ. Określono katalog wyjątków z jednolitego rzeczowego wykazu akt od systemu EZD, opracowano szablony dokumentów elektronicznych oraz wytyczne dotyczące procedowania dokumentacji zamówień publicznych w Centrali NFZ. W ramach działań prowadzących do realizacji celu w 2020 r. kontynuowano wdrażanie zarządzania procesowego w NFZ, poprzez standaryzowanie kolejnych procedur i w konsekwencji zmniejszenie zróżnicowania przebiegów.

Realizując cel główny „Usprawnienie organizacji, zapewniające skuteczną realizację zadań” poprzez dążenie Funduszu do bycia atrakcyjnym pracodawcą. Nowe powierzchnie sal obsługi

klientów w oddziałach wojewódzkich Funduszu były planowane z myślą o pracownikach, przez co znacznie poprawił się komfort pracy w obsłudze bezpośredniej. Zostały zapewnione pokoje socjalne zapewniające pracownikom możliwość odpoczynku.

Realizując cel usprawnienia komunikacji wewnętrznej zostały podjęte prace związane z przejściem klas jednolitego rzeczowego wykazu akt (JRWA) na postać elektroniczną. Liczba klas elektronicznych na koniec 2020 r. wzrosła do 264 a liczba spraw prowadzonych elektronicznie wyniosła 20 988 wobec 37 083 wszystkich spraw (współczynnik elektroniczności wyniósł 57%). W ramach realizacji ww. celu zoptymalizowano funkcjonalności intranetu oraz dokonano ewaluacji Newslettera.

Działania Funduszu na rzecz poprawy skuteczności i efektywności realizacji zadań są pozytywnie odbierane przez klientów NFZ. Według przeprowadzonych przez Centrum Badania Opinii Społecznej (CBOS) badań dotyczących oceny instytucji publicznych przez polskie społeczeństwo<sup>6</sup> wynika, że systematycznie wzrasta liczba osób dobrze oceniających NFZ, 32% Polaków pozytywnie ocenia funkcjonowanie NFZ, a negatywnie 57%. Jest to najlepszy wynik osiągnięty od początku prowadzonych przez CBOS badań (2010 rok).

---

<sup>6</sup>[www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2021/K\\_038\\_21.PDF](http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2021/K_038_21.PDF)

## **IV. Informacje o zakresach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez Fundusz.**

### **IV.1. Ogólna charakterystyka zmian wprowadzonych w 2020 roku**

#### **IV.1.1. Podstawowa opieka zdrowotna (POZ)**

Umowy w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (POZ), za wyjątkiem umów w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej, są umowami przystąpienia, zawieranymi w trybie określonym przepisem art. 159 ust. 2 ustawy o świadczeniach. Powyższe umowy zawiera się na czas nieoznaczony. Należy jednak nadmienić, że część umów POZ jest jeszcze zawarta na czas oznaczony. Świadczenia są udzielane w warunkach ambulatoryjnych (w gabinecie, poradni lub przychodni oraz w formie porad z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych i systemów łączności), a w przypadkach uzasadnionych medycznie, także w domu pacjenta (również w domu pomocy społecznej). Obejmują także profilaktyczną opiekę nad dziećmi i młodzieżą sprawowaną przez pielęgniarkę/higienistkę w środowisku nauczania i wychowania. Przedmiotem umów w podstawowej opiece zdrowotnej są świadczenia gwarantowane określone w odnośnych przepisach wydanych na podstawie art. 31d wspomnianej ustawy. Finansowanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej realizowane jest w ponad 99% na podstawie rocznej stawki kapitacyjnej, w oparciu o zweryfikowane listy świadczeniobiorców objętych opieką.

W celu poprawy jakości i dostępności do świadczeń lekarza POZ uregulowano rozłożenie w czasie wzrostu bazowej stawki kapitacyjnej w zakresie lekarza POZ. W związku ze zmianą przepisów dotyczących opieki społecznej wprowadzono finansowanie świadczeń lekarza POZ związane z wydaniem zaświadczenia osobie niezdolnej do samodzielnej egzystencji. W przypadku objęcia opieką świadczeniobiorców chorych przewlekle, w ramach deklaracji wyboru lekarza POZ, zastosowano współczynnik korygujący stawkę kapitacyjną. Podobnie skorygowano stawkę kapitacyjną w stosunku do osób zakwalifikowanych do programu profilaktyki Chorób Układu Krążenia (ChUK).

Wprowadzono również nowe produkty rozliczeniowe związane z udzielaniem świadczeń teleporad i telewizyt w podstawowej opiece zdrowotnej. W wyniku wejścia w życie §1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 sierpnia 2018 r. w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, dokonano wzrostu stawki kapitacyjnej dla pielęgniarek POZ, położnych POZ oraz pielęgniarek szkolnych.

Ponadto, od 1 stycznia 2020 r. wdrożono motywacyjny system finansowania związany z wystawianiem skierowań na świadczenia specjalistyczne, badania endoskopowe i świadczenia szpitalne w formie elektronicznej oraz premiujących świadczeniodawców, którzy uzyskali certyfikaty akredytacyjne po audycie dokonywanym przez Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia w zakresie jakości udzielania świadczeń. Podwyższeniu uległy także z dniem 1 stycznia 2020 r.: stawka transportu sanitarnego oraz ryczałt za świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego”.

#### **IV.1.2. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna (AOS)**

W 2020 roku kontynuowano działania mające na celu zwiększenie roli trybu ambulatoryjnego w udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej.

Zarządzeniem Nr 25/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2020 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna wprowadzono następujące modyfikacje:

- wdrożone zostały rozwiązania umożliwiające skrócenie czasu oczekiwania na wykonanie świadczeń w zakresach: endokrynologii, kardiologii, neurologii oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu poprzez wprowadzenie mechanizmu bezlimitowego rozliczania i finansowania świadczeń w zakresach skojarzonych pierwszorazowych dla ww. dziedzin medycyny realizowanych w poradniach dla dorosłych i dla dzieci;
- dodatkowo mechanizm bezlimitowego finansowania świadczeń w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu wprowadzono również przy rozliczaniu skojarzonych zakresów świadczeń: ambulatoryjna opieka ze wskazań nagłych (AON) oraz świadczenia zabiegowe (grupy Z).

Niniejsze modyfikacje zostały wdrożone z okresem obowiązywania od dnia 1 marca 2020 r.

Ponadto, zwiększono wycenę punktową porad zachowawczych oraz zabiegowych w poradniach specjalistycznych w związku z ponoszonymi przez świadczeniodawców rosnącymi kosztami, będącymi pochodną wzrostu ogólnych kosztów udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wyraźnie należy podkreślić, że dokonano dwukrotnej modyfikacji wyceny świadczeń z okresem obowiązywania od 1 lipca 2020 r. oraz od 1 stycznia 2021 r.

W celu poprawy dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w czasie trwania pandemii COVID-19, NFZ w dniu 12 marca 2020 r., w związku z zaistniałą sytuacją związaną z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, wskazał na możliwość wykonywania i rozliczania porad specjalistycznych, realizowanych w ramach umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna, z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

Powyższa zasada ma zastosowanie w odniesieniu do świadczeń realizowanych w zakresach wymienionych w załączniku nr 1a (poradnie specjalistyczne) i 1c (KAOS-cukrzyca – kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem z cukrzycą, KAOS-HIV – kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna nad pacjentem zakażonym HIV, leczonym lekami antyretrowirusowymi (ARV) do obowiązującego zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna realizowanych na rzecz pacjentów kontynuujących opiekę w danej poradni specjalistycznej, zgodnie z ustalonym planem opieki i stanem klinicznym pacjenta. Wielokrotnie zwracano uwagę, że teleporady mogą być udzielane, wyłącznie w sytuacji, gdy ocena stanu zdrowia i zakres niezbędnych czynności do zrealizowania na rzecz pacjenta, nie wymaga osobistej obecności personelu medycznego.



Dodatkowo, wdrożono wypłaty dodatkowych środków finansowych za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii, a zatem m.in. na pokrycie ponoszonych dodatkowych kosztów z tytułu zakupu środków ochrony osobistej personelu medycznego w trakcie realizacji porad specjalistycznych.

#### **IV.1.3. Profilaktyczne programy zdrowotne**

W 2020 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 zbadaniem 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.

Dla świadczeń realizowanych w 2020 roku, nie zmieniono wycen świadczeń finansowanych w ramach programów profilaktycznych. Ze względu na stan epidemii COVID-19 w 2020 roku przez okres marzec-czerwiec badania w ramach programów profilaktycznych nie były realizowane co wpłynęło na zmniejszenie udziału pacjentów w badaniach. W grudniu 2020 roku zostało wydane Zarządzenie 210/2020/BPZ z 31 grudnia 2020 roku. Wydanie powyższego zarządzenia związane jest z wejściem w życie ustawy z dnia 14 sierpnia 2020 r. o zmianie

niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493), które dokonało nowelizacji przepisów ustawy o świadczeniach. W związku z powyższym, realizacja i finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej przez podmioty realizujące umowę w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne odbywa się na podstawie umowy zawieranej pomiędzy świadczeniodawcą a Funduszem, reprezentowanym przez Prezesa Funduszu. Natomiast w imieniu Prezesa Funduszu działa Dyrektor OW NFZ, który na podstawie udzielonego pełnomocnictwa, jest upoważniony do wykonywania czynności związanych z realizacją umowy w ww. rodzaju świadczeń. W związku z powyższym, zmianie uległ wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne, stanowiący załącznik nr 2 do zarządzenia.

#### **IV.1.4. Leczenie szpitalne (LSZ)**

1. Zarządzenie Nr 184/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:
  - a) w zakresie produktów związanych z leczeniem krwią i jej składnikami wprowadziło zmiany oraz zaktualizowało wartości produktów, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2019 r. w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2020 r. (Dz. U. poz. 1611);
  - b) w zarządzeniu wprowadzono kompleksowe zmiany w zakresie endokrynologii polegające na utworzeniu (w miejsce dotychczas istniejącej grupy K46) nowych grup K47D oraz K47L. Pierwsza z nich dedykowana jest diagnostyce chorób tarczycy w ramach leczenia jednego dnia zawierającego diagnostykę oraz nowo utworzony w katalogu 1c produkt rozliczeniowy: 5.53.01.0001531 Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa tarczycy – celowana (wartość 324 pkt). Grupa K47L natomiast obejmuje leczenie podczas hospitalizacji. Wprowadzona zmiana pozwoli na zmniejszenie liczby osób oczekujących na udzielenie świadczeń w przedmiotowym zakresie, a tym samym skrócenie czasu oczekiwania.
  - c) przedmiotowe zarządzenie wprowadziło w życie opublikowane przez Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji obwieszczenie z dnia 27 września 2019 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych – wszczepienie lub wymiana całkowicie podskórnego kardiowertera – defibrylatora (S-ICD). W związku z tym utworzono w katalogu 1a nową grupę E34G Wszczepienie lub wymiana całkowicie podskórnego kardiowertera-defibrylatora. Pokrycie kosztów związanych z hospitalizacją pacjentów, u których zaszła potrzeba usunięcia układu przezżylnego na etapie tej samej hospitalizacji, może mieć miejsce poprzez dosumowanie istniejących produktów rozliczeniowych (z katalogu świadczeń do sumowania 1c dedykowanych usunięciu elektrod (5.53.01.0001503 Usunięcie przezżylnych elektrod, 5.53.01.0001504 Usunięcie przezżylnych elektrod w przypadku powikłań).
  - d) obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 30 września 2019 r. w sprawie taryfy świadczenia gwarantowanego z zakresu leczenia

szpitalnego: pobyt przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności taryfikuje przedmiotowy produkt rozliczeniowy (wartość 15 pkt) – kolejne zaimplementowane w zarządzeniu obwieszczenie to obwieszczenie Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 30 września 2019 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego realizowanych przez zespoły leczenia bólu u dzieci. Na jego podstawie, w oparciu o §5a rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2017 r. poz. 2295, z późn. zm.) stanowiący o obowiązku opracowania i wdrożenia procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu świadczeniodawcy zakwalifikowani do poziomu: szpitali III stopnia, szpitali pediatrycznych oraz szpitali ogólnopolskich systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej udzielający świadczeń świadczeniobiorcom poniżej 18 r.ż. przez zespoły leczenia bólu u dzieci, mogą wdrożyć procedury leczenia i oceny skuteczności leczenia bólu, z wykorzystaniem modeli zespołów Leczenia Bólu u Dzieci:

- I stopień (szpitale  $\geq 20\ 000$  hospitalizacji pediatrycznych rocznie);
- II stopień (szpitale w przedziale  $\geq 7\ 000 < 20\ 000$  hospitalizacji pediatrycznych rocznie),
- III stopień (szpitale w przedziale  $\geq 5\ 000 < 7\ 000$  hospitalizacji pediatrycznych rocznie, warunek nie dotyczy szpitali pediatrycznych).

Podział uzależniony jest od liczby hospitalizacji, uwzględniając sprawozdanie z realizacji świadczeń w roku poprzedzającym rok, w którym rozpoczęto finansowanie świadczeń związanych z leczeniem i oceną skuteczności leczenia bólu, co równocześnie przekłada się na zróżnicowanie poziomu refundacji ze względu na potencjalne obciążenie zespołu. Wprowadzenie nowych produktów związanych z leczeniem i oceną skuteczności leczenia bólu miało na celu lepszą organizację świadczeń związanych z zapobieganiem bólowi i jego leczeniem u dzieci, umożliwienie wdrażanie najwyższych standardów leczenia przeciwbólowego w placówkach i przyczynienie się do szybszego i skuteczniejszego leczenia choroby podstawowej w wyspecjalizowanych jednostkach;

- e) w związku z uchynieniem decyzji przez Ministra Zdrowia o objęciu refundacją produktów zawierających rytuksymab we wskazaniu Leczenie rytuksymabem ciężkiej pęcherzycy odpornej na immunosupresję – sprawozdawanej kodem ICD-10: L10, w celu zapewnienia pacjentom ciągłego dostępu do leczenia umożliwiono świadczeniodawcom finansowanie leków zawierających rytuksymab w ramach grupy J38. W tym celu w katalogu do sumowania 1c utworzono nowy produkt dedykowany wymienionej grupie: 5.53.01.0001532 Koszt produktu leczniczego stosowanego w leczeniu ciężkiej pęcherzycy odpornej na immunosupresję niezawarty w kosztach świadczenia.

Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.

2. Zarządzenie Nr 23/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:

- a) wprowadzana zmiana miała na celu zapewnienie dostępności do świadczeń dotychczas finansowanych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 12 listopada 2015 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń wysokospecjalistycznych oraz warunków ich realizacji (Dz. U. poz. 1958), które utraciły charakter świadczeń wysokospecjalistycznych i od 1 kwietnia 2020 r. stały się świadczeniami gwarantowanymi z zakresu leczenia szpitalnego.

Przedmiotem zmiany były następujące świadczenia:

- 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 u dzieci do lat 18;
- kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przezskórne zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających.

Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 kwietnia 2020 r.

3. Zarządzenie Nr 97/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 lipca 2020 r. zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:

- a) realizując strategię Funduszu w zakresie załącznika nr 1a do zarządzenia (Katalog grup) zgodnie z raportem AOTMiT z 16 marca 2020 r. przedstawiającym wyniki analiz i projekty taryf dla wybranych świadczeń gwarantowanych obejmujących kompleksową opiekę onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Piers) realizowanych w ramach BCU, dokonano stosownych zmian, polegających m. in. na utworzeniu grup:

- J01G 5.51.01.0009052 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej;
- J01H 5.51.01.0009053 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera;
- J04G 5.51.01.0009054 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej;
- J04H 5.51.01.0009055 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera.

Powyższe, miało na celu podział dotychczasowych grup J01 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją oraz J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi w zależności od zastosowanej podczas zabiegu metody – proteza / ekspander vs tkanka własna.

Zarządzenie weszło w życie w dniu następującym po dniu podpisania (3 lipca 2020 r.), a jego przepisy miały zastosowanie do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2020 r.

4. Zarządzenie Nr 155/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 6 października 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne:

- a) wprowadziło nowy produkt statystyczny: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie/ cyklu leczenia – dawka całkowita. Świadczeniodawcy zobowiązani zostali do jego sprawozdawania w sytuacji rozliczania produktów w zakresie teleradioterapii, brachyterapii oraz terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku, z katalogu stanowiącego załącznik 1d do zarządzenia. Przyjęte rozwiązanie skutkuje koniecznością sprawozdawania całkowitej liczby frakcji w całym procesie/ cyklu leczenia. Poprzez gromadzenie informacji o charakterze statystycznym ma na celu wypracowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia optymalnego sposobu rozliczania, którego skutkiem będzie poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych w przedmiotowym zakresie.

Zarządzenie weszło w życie po upływie 30 dni od dnia podpisania (5 listopada 2020 r.), a jego przepisy miały zastosowanie do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 października 2020 r.

Działania legislacyjne mające miejsce w roku 2020 podjęte zostały w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

#### **IV.1.5. System podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej**

1. Zarządzenie Nr 185/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej:

- a) stanowi wykonanie upoważnienia ustawowego zawartego w art. 136c ust. 5 ustawy o świadczeniach. Na mocy przywołanego przepisu Prezes NFZ upoważniony jest do określenia szczegółowych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Wprowadzone zmiany miały charakter wyłącznie porządkowy. Wprowadzenie jednolitej treści zarządzenia miała za zadanie ułatwienie jego odbioru zarówno świadczeniodawcom, jak i świadczeniobiorcom oraz usprawnienie działania oddziałów Funduszu;
- b) w zarządzeniu uwzględniono wszystkie zmiany, które zostały dokonane zarządzeniami zmieniającymi, a także w załączniku nr 1 do zarządzenia, w lp. 483-484 dodano nowe zakresy świadczeń dla produktów związanych z leczeniem pęcherzowego oddzielania naskórka, tj. zakres chirurgia plastyczna – hospitalizacja oraz zakres chirurgia plastyczna dziecięca – hospitalizacja (produkty symetryczne z zarządzeniem Prezesa Funduszu w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne).

Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 stycznia 2020 r.

2. Zarządzenie Nr 26/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 28 lutego 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej:

- a) wprowadzona zmiana wynikała z konieczności dostosowania przepisów zarządzenia do aktualnego stanu prawnego w zakresie:

- refundacji leków stosowanych w programach lekowych, tj. do obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1844, z późn. zm.), zwanej dalej również „ustawą o refundacji”;
  - rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania: z dnia 8 listopada 2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz. 2225) oraz z dnia 24 lutego 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 309),
- b) w treści zarządzenia zmieniającego wprowadzono zmianę polegającą na wdrożeniu rozwiązań umożliwiających skrócenie czasu oczekiwania na wykonanie świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej na rzecz dorosłych i dzieci w zakresach: endokrynologii, kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu poprzez wprowadzenie bezlimitowego rozliczania i finansowania świadczeń w zakresach skojarzonych pierwszorazowych dla ww. dziedzin medycyny;
- c) dodatkowo mechanizm bezlimitowego finansowania świadczeń został wprowadzony w zakresie ambulatoryjnej opieki ze wskazań nagłych (AON) w przypadku ortopedii i traumatologii narządu ruchu;
- d) w załączniku nr 1 do zarządzenia dokonano odpowiednich zmian, polegających na:
- aktualizacji nazw zakresu świadczeń programów lekowych lub na usunięciu zakresów świadczeń programów lekowych. Usunięcie zakresów wynika z usunięcia programów lekowych tj.: programu lekowego B.63 - Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca z zastosowaniem afatynibu i nintedanibu, zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 lipca 2019 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 50), programu lekowego B.49 - Leczenie doustne stanów nadmiaru żelaza w organizmie, zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2019 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 września 2019 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz. 65); programu lekowego B.43 – Leczenie wirusowego zapalenia wątroby typu B u świadczeniodawców po przeszczepach lub u świadczeniodawców z chłoniakami, leczonych rytuksymabem, zgodnie z obwieszczeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2019 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 stycznia 2020 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz.105);
  - dodaniu następujących świadczeń opieki zdrowotnej, które podlegają odrębnemu rozliczeniu w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń, poza ryczałtem: 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 u dzieci do lat 18,

kardiologiczne zabiegi interwencyjne u dzieci do lat 18, w tym przeszkrone zamykanie przecieków z użyciem zestawów zamykających, które będą miały zastosowanie do świadczeń udzielanych od dnia 1 kwietnia 2020 r., porada specjalistyczna – endokrynologia, kardiologia, neurologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, endokrynologia dla dzieci, kardiologia dziecięca, neurologia dziecięca oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci, świadczenia z zakresu ratunkowego dostępu do technologii lekowej, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17a ustawy o świadczeniach, które będą miały zastosowanie do świadczeń udzielanych od dnia 1 marca 2020 r.;

- e) w tym celu, w załączniku do zarządzenia dodano produkty dedykowane sprawozdawaniu i rozliczaniu ww. świadczeń (produkty symetryczne z zarządzeniem Prezesa NFZ zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne oraz zarządzeniem Prezesa NFZ zmieniającym zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna);
- f) natomiast w załączniku nr 2 do zarządzenia, określającym wzór umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, dokonano analogicznych zmian jak w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowej oraz w zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii;
- g) we wzorze umowy wprowadzono przepisy zobowiązujące świadczeniodawców do przekazywania dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Funduszu projektu specyfikacji istotnych warunków zamówienia wraz z załącznikami, nie później niż 5 dni roboczych przed ich publikacją w związku z realizacją zadań, o których mowa odpowiednio w art. 107 ust. 5 pkt 26 oraz art. 102 ust. 5a ustawy o świadczeniach;
- h) ponadto dostosowano przepisy do możliwości przeprowadzania wspólnych postępowań na zakup leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przysługujących świadczeniobiorcom, w przypadku, o którym mowa w art. 132 ust. 2a, prowadzonych na podstawie przepisów o zamówieniach publicznych – stosownie do art. 97 ust. 3 pkt 2d ustawy o świadczeniach – zgodnie z projektowanymi zmianami realizacja umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie szpitalne;
- i) chemioterapia, w części dotyczącej nabywania leków może być realizowana poprzez wspólny zakup leków nabywanych na podstawie udzielonych pełnomocnictw przez poszczególnych świadczeniodawców na rzecz podmiotu, który będzie wskazany przez Prezesa NFZ do przeprowadzenia wspólnego postępowania przetargowego.

Zarządzenie weszło w życie z dniem 1 marca 2020 r.

3. Zarządzenie Nr 33/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 11 marca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej:

- a) wprowadzona zmiana wynikała z konieczności dostosowania przepisów zarządzenia do aktualnego stanu faktycznego w zakresie refundacji leków stosowanych w programach lekowych, tj. do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2020 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 marca 2020 r. (Dz. Urz. Min. Zdr. poz.11), wydanego na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 784, z późn. zm.), zwanej dalej również „ustawą o refundacji, oraz obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2020 r. o sprostowaniu błędu (Dz. Urz. Min. Zdr. poz.14);
- b) ponadto w celu ujednoczenia przepisów z zarządzeniem w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna do bezlimitowego rozliczania i finansowania świadczeń dodano tożsame zakresy świadczeń tj. świadczenia zabiegowe w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz świadczenia zabiegowe w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu dla dzieci.

Przyjęte rozwiązania weszły w życie z dniem następującym po dniu podpisania zarządzenia z mocą od dnia 1 marca 2020 r., przy czym przepis §1 w pkt 2 lit. a miał zastosowanie do sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 marca 2020 r. do dnia 31 marca 2020 r.; przepis §1 w pkt 2 lit. b miał zastosowanie do sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 kwietnia 2020 r.

4. Zarządzenie Nr 43/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 20 marca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej:

- a) wprowadzona zmiana wynikała z modyfikacji planu finansowego NFZ na 2020 rok, zgodnie z trybem określonym w art. 129 ust. 3 ustawy o świadczeniach. Przyjęte rozwiązania polegały na zwiększeniu planowanych na 2020 rok kosztów świadczeń opieki zdrowotnej w oddziałach wojewódzkich Funduszu ze środków pochodzących z funduszu zapasowego NFZ, z przeznaczeniem na sfinansowanie skutków planowanego zwiększenia od dnia 1 stycznia 2020 r. ceny punktu w ryczałcie PSZ o 5 groszy, do poziomu 1,05 zł, tj. o 5% – w kwocie 1 096 322 tys. zł (przy jednoczesnym zmniejszeniu dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do pierwszego i drugiego stopnia PSZ o 1 punkt procentowy współczynnika korygującego, o którym mowa w §7 ust. 6 i 7 zarządzenia nr 185/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej). Powyższa zmiana dokonywana była w oparciu o zarządzenie Nr 36/2020/DEF Prezesa NFZ z dnia 16 marca 2020 r. w sprawie zmiany planu finansowego NFZ na 2020 rok.

Przyjęte rozwiązania weszły w życie z dniem podpisania, przy czym przepisy zarządzenia miały zastosowanie do sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 stycznia 2020 r.



5. Zarządzenie Nr 73/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej:

- a) wprowadzona zmiana wynikała z wprowadzenia współczynnika 1,05 dla świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które podlegają odrębnemu rozliczeniu w ramach systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń, poza ryczałtem na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 lutego 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wykazu świadczeń opieki zdrowotnej wymagających ustalenia odrębnego sposobu finansowania (Dz. U. poz. 309) od dnia 1 marca 2020 r.: porada specjalistyczna – endokrynologia, kardiologia, neurologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, endokrynologia dla dzieci, kardiologia dziecięca, neurologia dziecięca, ortopedia i traumatologia narządu ruchu dla dzieci.

Zmiana była skutkiem wprowadzenia zwiększenia wartości punktu w ryczałcie PSZ od 1 stycznia 2020 r. z 1 zł na 1,05 zł. Odpowiednio do powyższego został symetrycznie wprowadzony współczynnik korygujący o wartości 1,05 dla świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, które zostały wyodrębnione od 1 marca 2020 r.

Przyjęte rozwiązania weszły w życie z dniem podpisania, przy czym przepisy zarządzenia miały zastosowanie do sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 marca 2020 r. do 30 czerwca 2020 r., ponieważ od 1 lipca 2020 r. zostały zwiększone wyceny świadczeń w AOS.

6. Zarządzenie Nr 87/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16 czerwca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej:

- a) wprowadzona zmiana wynika z regulacji określonej w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 czerwiec 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. Powyższe rozporządzenie wprowadza zmianę w definicji parametru, wskazanego w §2 pkt 14, prognozowanej ceny jednostki sprawozdawczej na okres planowania określonej w planie zakupu, polegającej na dodaniu zdania drugiego, które precyzuje sposób ustalania ceny w sytuacji jej zmiany w trakcie okresu planowania (tj. do wyliczeń przyjmuje się średnią wartość ważoną długością okresu obowiązywania wartości w ramach okresu planowania). Przyjęte rozwiązania polegają na zwiększeniu o 3 grosze parametru Ci+1 – prognozowana cenę jednostki sprawozdawczej na okres planowania określoną w planie zakupu, przyjętego we wzorze do wyliczenia wartości ryczałtu dla świadczeniodawców w ramach podstawowego systemu zabezpieczenia (PSZ) prognozowanej ceny jednostki sprawozdawczej (przy jednoczesnym zmniejszeniu dla świadczeniodawców zakwalifikowanych do pierwszego i drugiego stopnia PSZ o 1 punkt procentowy współczynnika korygującego, o którym mowa w §7 ust. 6 i 7 zarządzenia Nr 185/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2019 r. w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej z późn. zm.).

Przyjęte rozwiązania weszły w życie z dniem następującym po dniu podpisania, przy czym przepisy zarządzenia miały zastosowanie do sprawozdawania i rozliczania świadczeń udzielanych od dnia 1 lipca 2020 r.

7. Zarządzenie Nr 149/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 września 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie szczegółowych warunków umów w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej: wprowadzona zmiana polegała na dodaniu załącznika nr 4 – Wniosek o objęcie świadczeń kompleksowych umową PSZ. Celem zmiany było wprowadzenie jednolitego wzoru wniosku o objęcie świadczeń kompleksowych umową PSZ, do stosowania we wszystkich postępowaniach prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w tym zakresie.

Zarządzenie weszło w życie z dniem następującym po dniu podpisania.

Działania legislacyjne mające miejsce w roku 2020 podjęte zostały w ramach realizacji celu nr 2 Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

#### **IV.1.6. Opieka kompleksowa**

##### KOS – Zawał

1. Zarządzenie Nr 134/2020/DSOZ z dnia 28 sierpnia 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawierania i realizacji umów rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe:

a) w celu wzmocnienia działań Narodowego Funduszu Zdrowia ukierunkowanych na zwiększenie potencjału realizatorów kompleksowej opieki po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał) oraz, co istotne, zwiększenia liczby pacjentów, u których zrealizowano wszystkie świadczenia wynikające z indywidualnego planu leczenia zgodnie z założeniami KOS-zawał (realizacja całości programu), w zarządzeniu wprowadzono następujące zmiany:

- wprowadzono premiujące współczynniki korygujące: dla świadczeniodawców udzielających świadczeń w zakresie KOS-zawał, u których udział hospitalizowanych pacjentów z rozpoznaniem ostrym zawałem serca leczonych w zakresie KOS-zawał wynosi co najmniej 60% wszystkich hospitalizowanych pacjentów z tym rozpoznaniem, u tego świadczeniodawcy, wartość produktów do rozliczenia hospitalizacji (rozliczanych grupami E10, E11, E12G, E15) korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,02; dla świadczeniodawców, u których udział pacjentów, u których zrealizowano wszystkie świadczenia wynikające z indywidualnego planu leczenia zgodnie z założeniami KOS-zawał wynosi co najmniej 70% (z wyłączeniem zgonów) wszystkich pacjentów objętych KOS-zawał, wartość produktów do rozliczenia hospitalizacji (rozliczanych grupami E10, E11, E12G, E15) w zakresie KOS-zawał, korygowana jest z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,03;
- wprowadzono współczynnik korygujący o wartości 1,08 w przypadku realizacji świadczeń w ramach grup: E23G, E24G, E26, E29, E04, E05, E06, E32, E33, E34, E36;

- zwiększono o 10% wartości produktów 5.52.01.0001507 Specjalistyczna opieka kardiologiczna oraz 5.52.01.0001508 Specjalistyczna opieka kardiologiczna – bilans opieki;
- b) w warunkach rozliczania produktów rozliczeniowych zmodyfikowano listę dodatkową RKZd poprzez dodanie procedury ICD-9: 89.502 Monitorowanie czynności serca za pomocą urządzeń analogowych lub cyfrowych (typu Holter) - Holter EKG;
- c) z załącznika nr 4 do zarządzenia Nr 166/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 listopada 2019 r. (zał. nr 2 do niniejszego zarządzenia) usunięto zapis mówiący o konieczności współpracy z lekarzem rehabilitacji przy ustalaniu indywidualnego planu leczenia pacjenta.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 września 2020 r. Zarządzenie wchodzi w życie po upływie 30 dni od dnia podpisania.

### KON - Piers

1. Zarządzenie Nr 98/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 lipca 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielenie onkologicznych świadczeń kompleksowych:

a) w celu symetryzacji z zarządzeniem w rodzaju leczenie szpitalne, przedmiotowa regulacja wprowadza następujące zmiany:

- zgodnie z raportem AOTMiT z 16 marca 2020 r, przedstawiającym wyniki analiz i projekty taryf dla wybranych świadczeń gwarantowanych, obejmujących kompleksową opiekę onkologiczną nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi (KON-Piers) realizowanych w ramach BCU, dokonano podziału dotychczasowych grup J01 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją oraz J04 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi, w zależności od zastosowanej podczas zabiegu metody – proteza/ekspander vs tkanka własna. W wyniku ww. zmian utworzono grupy: J01G 5.51.01.0009052 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem tkanki własnej; J01H 5.51.01.0009053 Radykalne odjęcie piersi z rekonstrukcją z zastosowaniem protezy/ ekspandera; J04G 5.51.01.0009054 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem tkanki własnej, J04H 5.51.01.0009055 Zabiegi rekonstrukcyjne piersi z zastosowaniem protezy/ ekspandera;
- wprowadzono zmiany w charakterystykach grup J03E Duże zabiegi w obrębie piersi > 65 r.ż. oraz J06 Mała chirurgia piersi;

b) w wyniku konsultacji zewnętrznych oraz zgłoszonych uwag do projektu zarządzenia:

- dopuszczono sumowanie świadczeń z katalogu 1 c do zarządzenia w rodzaju leczenie szpitalne dla następujących produktów z katalogu 1on: 5.60.01.0000001- Materiał onkologiczny duży, 5.60.01.0000002 - Materiał śródoperacyjny, 5.60.01.0000003 - Konsylium lekarskie;
- dopuszczono możliwość rozliczenia procedury 92.413 Brachyterapia śródtkankowa – planowanie 3D w ramach procedury 5.07.01.0000042 Brachyterapia z planowaniem 3D.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 lipca 2020 r.

2. Zarządzenie Nr 158/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 9 października 2020 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków umów o udzielenie onkologicznych świadczeń kompleksowych:

a) w celu symetryzacji z zarządzeniem w rodzaju leczenie szpitalne, przedmiotowa regulacja wprowadza następujące zmiany:

- dodano nowy produkt statystyczny: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie/ cyklu leczenia – dawka całkowita. Świadczeniodawcy zobowiązani będą do jego sprawozdawania w sytuacji rozliczania produktów w zakresie teleradioterapii, brachyterapii oraz terapii protonowej nowotworów zlokalizowanych poza narządem wzroku, z katalogu stanowiącego załącznik nr 1on do zarządzenia. Przyjęte rozwiązanie skutkuje koniecznością sprawozdawania całkowitej liczby frakcji w całym procesie/ cyklu leczenia. Poprzez gromadzenie informacji o charakterze statystycznym ma na celu wypracowanie przez Narodowy Fundusz Zdrowia optymalnego sposobu rozliczania, którego skutkiem będzie poprawa efektywności wydatkowania środków publicznych w przedmiotowym zakresie;
- w związku z wprowadzeniem produktu statystycznego zaktualizowano załącznik nr 1on do zarządzenia, dodając przy właściwych produktach rozliczeniowych, w części: „Uwagi dodatkowe” postanowienie o konieczności przekazania informacji o liczbie frakcji w całym cyklu leczenia za pomocą produktu statystycznego: 5.07.01.0000057 – Liczba frakcji w procesie/ cyklu leczenia – dawka całkowita.

Przepisy zarządzenia stosuje się do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych od dnia 1 października 2020 r.

#### **IV.1.7. Programy pilotażowe**

##### Program pilotażowy z zakresu leczenia szpitalnego - świadczenia kompleksowe KOSM

Program pilotaż KOSM realizowany na mocy Zarządzenia Prezesa NFZ nr 93/2019/DSOZ z dnia 16 lipca 2019r. w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOSM (z późniejszymi zmianami wprowadzonymi Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 156/2019/DSOZ z dnia 18 listopada 2019 r., Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 173/2019/DSOZ z dnia 14 grudnia 2019 r., Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 61/2020/DSOZ z dnia 23 kwietnia 2020 r., Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 123/2020/DSOZ z dnia 6 sierpnia 2020 r. oraz Zarządzeniem Prezesa NFZ nr 185/2020/DSOZ z dnia 24 listopada 2020 r.).

Świadczenia opieki zdrowotnej w ramach pilotażu mogą być udzielane nie wcześniej niż od dnia 1 sierpnia 2019 r. i nie później niż do dnia 31 lipca 2022 r.

Celem pilotażu jest zbadanie możliwości uzyskania poprawy efektów terapii pacjentów z rozpoznaniem 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 kompleksową opieką świadczeniobiorców z SM według rozpoznań ICD-10 G-35 z umiarkowanym stopniem niesprawności (EDSS w skali 4.0-6.5 punktów).

Produkty wynikowe do osiągnięcia poprzez realizację 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. Ponadto, informacje zgromadzone od wszystkich uczestników programu mogą w przyszłości pomóc innym osobom z SM i wpłynąć na rozwiązania systemowe dotyczące opieki nad pacjentami z tą chorobą.

Przedmiotowy program pilotażowy, realizowany jest od stycznia 2020 roku przez 2 ośrodki na terenie województw: małopolskiego (Szpital Specjalistyczny im. Ludwika Rydygiera w Krakowie Sp. z o.o.) i pomorskiego (Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o. w Gdańsku).

W dniu 23 kwietnia 2020 r. opublikowano zarządzenie nr 61/2020/DSOZ Prezesa NFZ zmieniające zarządzenie w sprawie programu pilotażowego z zakresu leczenia szpitalnego – świadczenia kompleksowe KOSM. Zarządzenie to wprowadziło zmianę wyceny świadczeń, która wynika z dostosowania do obowiązujących warunków rozliczania świadczeń w następujących rodzajach świadczeń: leczenie szpitalne, ambulatoryjna opieka specjalistyczna i rehabilitacja lecznicza.

W zarządzeniu nr 123/2020/DSOZ z dnia 6 sierpnia 2020 r. wprowadzono zmianę która miała na celu możliwość składania wniosków o zawarcie umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach programu pilotażowego w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe KOSM w terminie nie później niż do dnia 31 grudnia 2020 r.

Natomiast w zarządzeniu nr 185/2020/DSOZ z dnia 24 listopada 2020 r. wprowadzono zmianę o charakterze porządkowym dotyczącą załącznika nr 10, a w szczególności dotyczącą sprawozdawania i rozliczania zakresu świadczeń KOSM – Fizjoterapia ambulatoryjna.

#### Program pilotażowy w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19

Program pilotażowy REH-COVID realizowany na mocy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 lipca 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. poz.1246) w sprawie programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19 oraz Zarządzenia nr 117/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 lipca 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19. Umowa na ww. pilotaż obowiązuje od 1 września 2020 r. do 31 sierpnia 2022 r.

Celem programu pilotażowego jest 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 jest od września 2020 roku przez 1 ośrodek z województwa opolskiego (SP ZOZ Szpital Specjalistyczny MSWiA w Głucholazach.).

Zarządzenie nr 117/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 lipca 2020 r. określa w szczególności: zasady postępowania w sprawie zawarcia umowy o realizację pilotażu, wzoru umowy o realizację świadczenia opieki zdrowotnej, zasady konieczne do sprawozdawania i rozliczania świadczeń.

#### Program pilotażowy: Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy

W związku z opublikowaniem 9 sierpnia 2019 r. rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy” (Dz.U. z 2019 r. poz. 1537 ze zm.), wprowadzono od 2 września 2019 r. w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, nowy zakres świadczeń obejmujący ww. pilotaż. Jest to innowacyjny pilotaż, który jako pierwszy rządowy program – kompleksowo określa i uszczegóławia standardy modelu żywienia, w ramach kompleksowej opieki szpitalnej. Skierowany jest 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 odbywa się przez co najmniej 12 miesięcy od daty podpisania umowy na pilotaż. Celem programu jest podniesienie jakości żywienia pacjentek oraz zwiększenie ich satysfakcji z hospitalizacji, uzyskanie wiedzy z zakresu zdrowego odżywiania poprzez edukację i poradnictwo dietetyczne. Zarządzeniem nr 67/2020/DSOZ Prezesa NFZ z 13 maja 2020 r. powołano Zespół do spraw metodyki pomiaru realizacji pilotażu „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy”. Zadaniem Zespołu było wypracowanie metod pomiaru wskaźników realizacji programu pilotażowego: „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym – Dieta Mamy”, w celu monitorowania i ewaluacji programu, pozwalających ocenić założenia i wyniki tego programu. W ramach realizacji tego zadania określono założenia do analizy wskaźników umożliwiających monitorowanie realizacji programu pilotażowego, uwzględniających wyniki weryfikacji, o których mowa w §6 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego „Standard szpitalnego żywienia kobiet w ciąży i w okresie poporodowym- Dieta Mamy” z 9 sierpnia 2019 r. (Dz. U. z 2019 r. poz.1537 i 2356), sposób pomiaru wskaźników, na podstawie których monitorowana będzie jakość opieki i efektywność kosztowa programu pilotażowego oraz opracowano zasady sprawozdawczości z realizacji programu pilotażowego przez zespół osób zaangażowanych w bieżącą realizację pilotażu tj. przedstawiciele oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz sprawujących nadzór i koordynujących realizację programu tj. przedstawiciele Centrali NFZ. W ramach prac zespołu zostały opracowane zasady pozyskiwania danych i wytycznych, dotyczących sprawozdawczości wskaźników realizacji pilotażu w formie „Raportu badań jakości posiłków i opinii pacjentek” oraz ankiety ewaluacyjnej pilotażu. Pozwala to na monitorowanie i ewaluację programu, który uszczegóławia standardy szpitalnego żywienia kobiet, przebywających na wskazanych w rozporządzeniu MZ, oddziałach szpitalnych. Celem strategicznym pilotażu jest 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.

### Program pilotażowy opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej

Pilotaż sieci onkologicznej realizowany jest od lutego 2019 r. na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej z 13 grudnia 2018 r. (Dz.U. z 2018 r. poz. 2423 ze zm.). Celem projektu jest ocena organizacji, jakości i efektów opieki onkologicznej w ramach sieci onkologicznej. Od lutego 2019 roku pilotaż jest realizowany na terenie województw świętokrzyskiego i dolnośląskiego oraz od grudnia 2019 roku, zgodnie z rozporządzeniem zmieniającym<sup>7</sup> Ministra Zdrowia także podlaskiego i pomorskiego- od kwietnia 2020 r. Centrala NFZ na wniosek Wojewódzkich Ośrodków Koordynujących, biorących udział w pilotażu zaktualizowała wzory dokumentacji opracowywanej w ramach pilotażu, w tym sprawozdania okresowego z działalności sieci, który uwzględnia zmienione wskaźniki i mierniki, o których mowa w §9 i §10 rozporządzenia Ministra Zdrowia<sup>8</sup>. Powyższe dokumenty obowiązują z mocą od 1 lipca 2020 r. Przedmiotowe zmiany zostały przekazane, skonsultowane i zaakceptowane przez Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące. W wyniku powyższego wprowadzono rozporządzenie MZ zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej z 18 sierpnia 2020 r.<sup>9</sup> Na jego podstawie m.in. wydłużono czas trwania programu do 31 grudnia 2021 r. oraz wprowadzono możliwość aktualizacji wzorów dokumentacji opracowywanej przez Wojewódzkie Ośrodki Koordynujące wspólnie z NFZ w trakcie trwania pilotażu, po uprzednim uzyskaniu zgody Prezesa Funduszu. W związku z powyższym nastąpiła zmiana zasad wyliczenia mierników i wskaźników w trakcie trwania pilotażu, co może wpływać na prawidłowe ich porównanie w czasie oraz ocenę realizacji programu. Wobec powyższego zobowiązano ośrodki biorące udział w pilotażu do zaktualizowania mierników od początku realizacji pilotażu.

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.

### Pilotaż z zakresu trombektomii mechanicznej

Pilotaż trombektomii mechanicznej realizowany jest od grudnia 2018 r. na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2018 r. w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwienego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1985 z późn. zm.). Pilotaż realizowany był początkowo przez siedem ośrodków w sześciu województwach: lubelskim, małopolskim, mazowieckim, podkarpackim, pomorskim, śląskim. Od lipca 2019 r., zgodnie

---

<sup>7</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie program pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz. U. z 2019 r. poz. 1902).

<sup>8</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 27 grudnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2423 ze zm.).

<sup>9</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 18 sierpnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci onkologicznej (Dz.U. z 2020 r. poz. 1433).

z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1236), pilotaż realizowany był przez 17 świadczeniodawców na terenie całego kraju. Rozporządzenie zmieniające Ministra Zdrowia z dnia 24 listopada 2020 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 2093) zwiększyło liczbę realizatorów programu pilotażowego do dwudziestu świadczeniodawców. Obecnie w każdym województwie jest co najmniej jeden podmiot realizujący przedmiotowy program pilotażowy.

Świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego polegające na przeprowadzeniu zabiegu trombektomii mechanicznej w ostrej fazie udaru niedokrwiennego mogą być udzielane od 1 grudnia 2018 r. do 31 grudnia 2022 r. Kliniczne kryteria kwalifikacji pacjentów do programu zostały określone w §6 ww. rozporządzenia i dotyczą wyłącznie pacjentów w ostrej fazie udaru niedokrwiennego.

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.

#### Program pilotażowy w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami

Pilotaż 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 oraz Zarządzenia Nr 135/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 4 września 2020r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami., zmienionego zarządzeniem nr 25/2021/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 3 lutego 2021 r.

Etap realizacji pilotażu trwa 36 miesięcy od dnia podpisania przez świadczeniodawcę umowy o realizację przedmiotowego programu pilotażowego.

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 4 ośrodki wskazane przez Ministra Zdrowia.

#### **IV.1.8. Świadczenia Kontraktowane Odrębnie**

W 2020 roku sposób rozliczania świadczeń w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie określone był w obowiązującym zarządzeniu Nr 167/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie. Zarządzenie to było nowelizowane zarządzeniem Nr 173/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 14 grudnia 2019 r. w sprawie zmiany niektórych zarządzeń Prezesa NFZ w związku z dostosowaniem przepisów w zakresie



stosowania ułatwień w obiegu dokumentacji, które miało na celu uproszczenie i informatyzację obiegu dokumentów pomiędzy NFZ a świadczeniodawcami, a także pozwoliło zmniejszyć koszty świadczeniodawców związane z przekazywaniem załączników do umów o udzielanie świadczeń w sposób tradycyjny tj. w postaci papierowego wydruku (koszt wydruku, papier, przechowywanie).

Zarządzeniem Nr 213/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 31 grudnia 2019 r zmieniającym ww. zarządzenie Nr 167/2019/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 listopada 2019 r., dokonano zmiany w zakresie zasad rozliczania świadczeń poprzez dodanie nowego zakresu świadczeń „Kompleksowe Leczenie Ran Przewlekłych 2 (KLRP-2)”. Świadczenie Kompleksowe Leczenie Ran Przewlekłych 2 (KLRP-2) ma służyć polepszeniu jakości opieki nad pacjentem z raną przewlekłą, którego podstawowym założeniem jest skuteczne zamknięcie rany.

W odróżnieniu od dotychczasowego zakresu świadczeń – Kompleksowe Leczenie Ran Przewlekłych (KLRP-1) świadczenia te będą odbywać się poprzez kompleksowe zastosowanie dostępnych efektywnych metod leczenia, zintegrowanie procesu świadczenia usług przy udziale świadczeń ambulatoryjnych i stacjonarnych (szpital) oraz zoptymalizowanie ponoszonych kosztów przez monitorowanie i zarządzanie procesem leczenia przy udziale systemu teleinformatycznego (dedykowanej procesowi aplikacji) do przekazywania i oceny danych medycznych. Dodatkowo, aplikacja ta ma na celu umożliwienie kontaktu w relacji: personel medyczny - personel medyczny, jak i w relacji: odbiorca świadczenia – personel medyczny. Było to działanie podjęte w ramach realizacji celu nr 2 strategii NFZ na lata 2019-2023 – Poprawa jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej.

W ramach ww. zarządzenia w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie nie rozliczano działań związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19. Świadczenia takie (jak np. hemodializa dla pacjentów z COVID) były finansowane na podstawie osobnego zarządzenia w sprawie zasad sprawozdawania oraz warunków rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

#### **IV.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 z (Dz.U. z 2018 r. poz. 742 z późn. zm.). W 2020 r. nie dokonywano zmian przepisów zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

#### **IV.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 2015 r. poz. 1658). W 2020 r. nie dokonywano zmian przepisów zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

#### **IV.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<sup>10</sup> jest świadczeniem gwarantowanym. 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.

W związku z ustawą z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2019 r. poz. 1096), która wprowadziła zmiany w art. 10 ust. 2 i 3 ustawy z dnia 20 lipca 2018 r. o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz.1515 i 2429 oraz z 2019 r. poz. 959), oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2019 r. w sprawie zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne oraz zlecenia naprawy wyrobu medycznego (Dz. U. poz. 1555), od 1 stycznia 2020 r. zmienił się proces wystawiania i potwierdzania zleceń na wyroby medyczne.

Od 1 stycznia 2020 r. weryfikacja zlecenia oraz potwierdzenie posiadania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej przez świadczeniobiorcę odbywa się podczas wystawiania zlecenia przez osoby uprawnione, o których mowa w art. 2 pkt 14 ustawy o refundacji, według wzoru określonego w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 2 sierpnia 2019 r.

W celu dostosowania ww. przepisów do w zarządzenia Prezesa Funduszu w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju, w zarządzeniu na 2020 r. wprowadzono m.in. obowiązek:

- wprowadzenia wersji elektronicznej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – zaopatrzenie w wyroby medyczne, do centralnego systemu obsługi zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- korzystania przez świadczeniodawców realizujących zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne z usługi Elektronicznej Weryfikacji i Potwierdzenia Zlecenia za pośrednictwem serwisów internetowych lub usług informatycznych Funduszu, w każdym miejscu udzielania świadczeń.

Wprowadzane zmiany stanowią ułatwienie dla pacjentów, ponieważ eliminują konieczność wizyty w oddziale wojewódzkim Funduszu w celu potwierdzenia zlecenia.

#### **IV.1.12. Leczenie stomatologiczne**

Zarządzenie nr 93/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 26 czerwca 2020 r. zmieniające zarządzenie nr 47/2018/DSOZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne wprowadziło zmianę wyceny świadczeń z zakresu endodoncji. Wprowadzenie zmian miało na celu urealnienie wycen

---

<sup>10</sup>Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 523).

zabiegów endodontycznych uwzględniając wyższe koszty stosowanych obecnie nowych technologii i materiałów stomatologicznych w leczeniu chorób miazgi zęba i chorób tkanek okołowierzchołkowych. Rozwiązania te zostały wprowadzone na wniosek konsultantów krajowych w szczególności w dziedzinie stomatologii zachowawczej i endodoncji oraz stomatologii dziecięcej, a także Naczelnej Rady Lekarskiej

Ponadto, w związku z koniecznością zabezpieczenia świadczeń stomatologicznych dla osób chorych na COVID-19 oraz osób w §2 ust. 1 dotyczącym słownika pojęć dodano nową definicję świadczeń stomatologicznej pomocy doraźnej, zgodnie z którą są to świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie stomatologicznej pomocy doraźnej udzielane w dni powszednie, soboty, niedziele i święta (pkt 9a). Stosowanie tego przepisu ma być jednak warunkowe tj. stosowane w okresie obowiązywania stanu epidemii ogłoszonego zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 46 ust. 2 i 4 ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239, z późn. zm.<sup>2)</sup>).

Należy również dodać, że zgodnie z treścią rozporządzenia Rady Ministrów w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii, NFZ finansował w okresie od marca do września 2020 r. świadczenia dla osób chorujących na COVID-19 – w dentobusach zaparkowanych przy szpitalach jednoimiennych.

Na stronach internetowych Funduszu publikowane były weryfikowane na bieżąco listy gabinetów stomatologicznych, które nie przerwały działalności podczas epidemii.

#### **IV.1.13. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień**

Świadczenia w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień realizowane były w oparciu o przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 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 związku z wejściem w życie nowego rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285) (zwanego dalej: „rozporządzeniem”), a następnie z dniem 30 sierpnia 2019 r. przepisów nowelizujących rozporządzenie, wprowadzających nowe rozwiązania w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży (Dz. U. poz. 1386) oraz w związku z kolejnymi zmianami rozporządzenia w 2020 r., zaistniała konieczność wydania nowych, ujednoczonych regulacji dotyczących warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.

Wydane przez NFZ zarządzenie nr 7/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 16 stycznia 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień dotyczyły w szczególności:

1. Dodania przepisu zobowiązującego świadczeniodawcę do zapewnienia podczas pobytu małoletniemu świadczeniobiorcy lub posiadającemu orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności, także pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego zaś do „Katalogu zakresów świadczeń” stanowiącego załącznik do zarządzenia dodano stosowny produkt rozliczeniowy; (zgodnie z art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, z późn. zm.).
2. Dodanie nowego obszaru terytorialnego, na który można ogłaszać postępowania konkursowe, tj. delegaturę, o której mowa w rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 157, poz. 1031) – rozwiązanie to wynikało z priorytetu jakim jest wdrażanie środowiskowej opieki psychiatrycznej, która co do zasady powinna być realizowana w środowisku świadczeniobiorcy – świadczeniodawca bowiem powinien być umiejscowiony blisko środowiska ubezpieczonego. Jednocześnie, dodano nowy obowiązek świadczeniodawcy do sprawozdawania miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy według obowiązującej najniższej jednostki podziału terytorialnego, tj. z uwzględnieniem dzielnic i delegatur. Ze względu na trwający program pilotażowy w centrach zdrowia psychicznego przedmiotowa informacja jest konieczna do prawidłowego rozliczania świadczeń realizowanych na rzecz świadczeniobiorców zamieszkujących obszar działania centrum.
3. Dokonano regulacji z jednoczesnym wykreśleniem z „Katalogu zakresów świadczeń” sposobu rozliczania: pobytu ponad standard leczenia w czasie wskazanym w przedmiotowym załączniku oraz przepustki udzielonej świadczeniobiorcy podczas hospitalizacji z uwzględnieniem przepustki wydanej dla pobytu ponad standard czasu. Rozwiązanie to miało na celu zwiększenie przejrzystości i ułatwienie rozliczania tych świadczeń w systemach informatycznych w przypadku stosowania do rozliczenia więcej niż jednego wskaźnika korygującego.
4. Wprowadzono nowe przepisy dotyczące sposobu rozliczania świadczeń określonych w załączniku nr 8 do rozporządzenia, który wprowadził nowe świadczenia gwarantowane z zakresu opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w ramach poziomów referencyjnych. Zgodnie z rozporządzeniem dodano jednostkę rozliczeniową – ryczałt miesięczny. „Katalog zakresów świadczeń” poszerzono o stosowne produkty sprawozdawcze i rozliczeniowe.
5. Dokonano zmiany sposobu rozliczenia sesji psychoterapii grupowej, rodzinnej oraz wsparcia psychospołecznego – za uczestnika - zgodnie z przepisami obwieszczenia Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.
6. W celu zachowania spójności porządku prawnego usunięto możliwość rozliczania przy zastosowaniu współczynnika korygującego w przypadku udzielania świadczeń: porady

lekarskiej diagnostycznej, porady lekarskiej terapeutycznej, wizyty/porady domowej/środowiskowej realizowanej przez lekarza na rzecz kobiet w ciąży i rodzin w związku z ustawą „za życiem”. Przepis ww. ustawy reguluje m.in. katalog uprawnień zawierający możliwość realizacji świadczeń w zakresie wsparcia psychologicznego. Jednocześnie dodano do rozliczania, świadczenie: sesja wsparcia psychospołecznego.

7. Zrezygnowano z obowiązku uzyskania zgody Funduszu na rozliczenie świadczenia psychogeriatrycznego udzielonego świadczeniobiorcy w wieku poniżej 60. roku życia; wprowadzając obowiązek odnotowania uzasadnienia udzielenia świadczenia w dokumentacji indywidualnej wewnętrznej.
8. Zniesiono możliwości rozliczania porady kompleksowo-konsultacyjnej dla osób z autyzmem dziecięcym za godzinę, w związku ze zniesieniem standardu leczenia w tym zakresie czasu trwania porady.
9. W celu umożliwiania rozliczenia więcej niż jednego świadczenia w ramach programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego do załącznika nr 1 do zarządzenia wprowadzono świadczenia jednostkowe, które mogą być realizowane w ramach tego zakresu świadczenia.

Poza tym w „Katalogu zakresu świadczeń” określono świadczenia gwarantowane, do których przypisano wagi punktowe zgodne z Obwieszczeniem Prezesa AOTMiT-u z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, wprowadzając jednocześnie w części normatywnej stosowne wskaźniki korygujące uwzględniające różnice w wartościach poszczególnych świadczeń. Nadano również nowe kody produktom rozliczeniowym i sprawozdawczym. Powyższy katalog oprócz wyżej wspomnianych zmian w porównaniu do katalogu dotychczas obowiązującego w tej materii zawiera w szczególności:

- a) nowe świadczenia, tj. terapię dla uzależnionych od alkoholu ze współistniejącymi innymi zaburzeniami psychicznymi (podwójna diagnoza), o którym mowa w lp. 5 oraz świadczenia rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży uzależnionych od substancji psychoaktywnych, o których mowa w lp. 14 załącznika nr 2 do rozporządzenia;
- b) nowy produkt rozliczeniowy: sesja psychoterapii indywidualnej zastępujący dotychczasowe dwa produkty: sesja psychoterapii indywidualnej – wykonywana przez psychoterapeutę oraz sesja psychoterapii indywidualnej – wykonywana przez osobę w trakcie szkolenia do uzyskania certyfikatu psychoterapeuty;
- c) nowy produkt rozliczeniowy we wskazanych świadczeniach: turnus rehabilitacyjny dla osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju, w celu dostosowania „Katalogu zakresu świadczeń” do obowiązujących przepisów;
- d) zmodyfikowany sposób rozliczania i sprawozdawania świadczenia: program leczenia substytucyjnego poprzez dodanie produktu sprawozdawczego: program leczenia substytucyjnego – terapia i rehabilitacja (2 godz. w tygodniu), dotyczącego leczenia określonego w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 1 marca 2013 r. w sprawie leczenia substytucyjnego (Dz. U. z 2013 . poz. 386), oraz poprzez usunięcie różnicowania wydawanego środka leczniczego lub środka odurzającego o działaniu agonistycznym.

W zarządzeniu nr 78/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 czerwca 2020 r. wprowadzono następujące zmiany w obowiązującym zarządzeniu nr 7/2020/DSOZ:

1. Wskazano możliwość rozliczenia świadczeń dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży, o których mowa w załączniku nr 8 do rozporządzenia określając dzienną liczbę godzin udzielania świadczeń.
2. W celu umożliwienie prawidłowego rozliczania sesji grupowej, sesji rodzinnej, sesji wsparcia psychospołecznego, sesji psychoedukacji oraz turnusu rehabilitacyjnego oraz programu leczenia substytucyjnego, określono sposób rozliczenia i sprawozdawania tych świadczeń w zależności od sposobu ich finansowania.
3. Wprowadzono zmiany dotyczą zaokrąglenia wskaźników korygujących do dwóch miejsc po przecinku. Powyższe zmiany były konieczne w celu dostosowania przepisów do funkcjonalności systemu informatycznego w zakresie rozliczania świadczeń.
4. Umożliwiono korektę wartości punktowej świadczeń odwykowych w warunkach wzmocnionego zabezpieczenia dla nieletnich z zastosowaniem współczynnika o wartości 1,32, który jest przeznaczony dla świadczeń na rzecz dzieci i młodzieży.
5. Określono sposób dokumentowania i rozliczania świadczeń zrealizowanych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych w celu dostosowanie przepisów zarządzenia zmieniającego do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenie uzależnień (Dz. U. poz. 456).
6. Dodano przepisy doprecyzowujące sposób rozliczania świadczeń udzielonych na rzecz dzieci i młodzieży, przez dopuszczenie możliwości rozliczenia tych świadczeń udzielonych osobom pełnoletnim (za wyjątkiem świadczeń dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci i młodzieży) jednakże do ukończenia przez nich 21. roku życia. Rozliczenie w zakresie świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży udzielonych osobom pełnoletnim następuje na podstawie odnotowania w dokumentacji medycznej pacjenta informacji o kontynuowaniu nauki w szkole ponadpodstawowej.
7. Wprowadzone zmiany dotyczą poszerzenia wykazu rozpoznań o rozpoznanie Z03 lub Z03 z rozszerzeniami dla rozpoznań wstępnych w ramach Ośrodka Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny oraz Środowiskowego Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży – II poziom referencyjny, doprecyzowania standardu leczenia w ramach świadczeń psychiatrycznych dla dorosłych dla rozpoznań wg Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10, F40-F48, F51-F99 (bez F84), jednoznacznego wskazania czasu trwania programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego dla osób z autyzmem dziecięcym.

W związku z zaistnieniem potrzeby doprecyzowania przepisów dotyczących sprawozdawania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień oraz koniecznością dostosowania przepisów do przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1641), zwanego dalej „rozporządzeniem zmieniającym” zarządzeniem nr 204/2020/DSOZ Prezesa

NFZ z dnia 21 grudnia 2020 r. wprowadzono kolejne zmiany w zarządzeniu nr 7/2020/DSOZ w szczególności w zakresie:

1. Dostosowano nazewnictwo ośrodków realizujących świadczenia w ramach poziomów referencyjnych dla dzieci i młodzieży oraz dostosowano strukturę ośrodków do przepisów rozporządzenia zmieniającego.
2. Wprowadzono możliwość rozliczenia w ramach ryczału miesięcznego mniejszej liczby świadczeń, proporcjonalnie do udziału procentowego wizyt, porad domowych lub środowiskowych w zrealizowanych świadczeniach, w ramach Ośrodka środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży – I poziom referencyjny. Zmniejszenie liczby świadczeń w ramach ryczału miało na celu promowanie realizacji świadczeń w środowisku, zgodnie z założeniami reformy.
3. Dokonano zmiany dotychczasowego sposobu rozliczania świadczeń w ramach Ośrodka – I poziom referencyjny, poprzez wprowadzenie ewaluacji (przeliczenie ryczału miesięcznego) po każdym półroczu kalendarzowym. Wprowadzona zmiana miała na celu pomoc świadczeniodawcom w realizacji i rozliczaniu przedmiotowych świadczeń.
4. Dokonano regulacji sposobu sprawozdawania i rozliczania świadczeń gwarantowanych jednostkowych w ramach programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego dla osób z autyzmem dziecięcym. Wprowadzone przepisy miały na celu ułatwienie realizacji, sprawozdawania i rozliczenia powyższego programu poprzez możliwość rozliczenia krotności świadczeń przy zachowaniu możliwości zrealizowania więcej niż jednego świadczenia gwarantowanego jednostkowego w ramach jednej krotności rozliczenia programu.
5. Wyłączono świadczenia programu terapeutyczno-rehabilitacyjnego z ogólnej zasady braku możliwości realizowania w tym samym dniu w stosunku do tego samego świadczeniobiorcy świadczeń jednoimiennych, co stanowiło konsekwencję wprowadzenia odmiennej reguły rozliczania ww. programu.
6. Dokonano przedłużenia możliwości rozliczenia świadczeń zrealizowanych w ramach Ośrodka – I poziom referencyjny w 2020 r., do dnia 30 czerwca 2021 r. w celu umożliwienia świadczeniodawcom rozliczenie się w ramach ryczału miesięcznego, które przy obecnych okresach rozliczeniowych ze względu na trwającą pandemię COVID-19, dla większości podmiotów leczniczych okazało się niemożliwe. Jednocześnie, na wniosek świadczeniodawcy, umożliwiono rozliczenie ww. świadczeń, w krótszym i dogodnym dla siebie czasie.

W związku z wejściem w życie noweli ustawy o świadczeniach zmieniającej funkcjonowanie NFZ, w załączniku nr 2 – umowa dokonano stosownych zmian w zakresie reprezentacji Funduszu jako strony umowy. Ponadto dodano obowiązek sprawozdawania w raporcie statystycznym także grup problemów wraz z rozszerzeniami, w związku z postawioną diagnozą psychologiczną. Zmiana wynika z konieczności dostosowania przepisów zarządzenia do rozporządzenia zmieniającego.

#### **IV.1.14. Centra Zdrowia Psychicznego**

W 2020 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. 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 opieki zdrowotnej z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, z wyłączeniem świadczeń z zakresu leczenia uzależnień w warunkach stacjonarnych, dziennych i ambulatoryjnych oraz świadczeń psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży oraz świadczeń psychiatrii sądowej w warunkach podstawowego i wzmocnionego zabezpieczenia.

W związku z wprowadzonymi zmianami w realizacji pilotażu, wynikającymi z przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 1953) oraz zmianami rozporządzenia z dnia 19 czerwca 2019 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 1285 z późn. zm.), a także koniecznością doprecyzowania przepisów zarządzenia Prezesa NFZ regulujących przedmiotową materię, zaistniała potrzeba wydania nowego zarządzenia.

W porównaniu do zarządzenia dotychczas obowiązującego (tj. zarządzenia Nr 55/2018/DSOZ ze zmianami) w zarządzeniu nr 55/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 9 kwietnia 2020 r. w sprawie umów o realizację programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego, wprowadzono w szczególności następujące rozwiązania:

1. Doprecyzowano sposób sprawozdawania miejsca zamieszkania świadczeniobiorcy, w celu zapewnienia właściwego rozliczania świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot prowadzący centrum zdrowia psychicznego zarówno dla osób zamieszkujących obszar działania centrum jak i spoza tego obszaru (podstawa prawna: rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 15 grudnia 1998 r. w sprawie szczegółowych zasad prowadzenia, stosowania i udostępniania krajowego rejestru urzędowego podziału terytorialnego kraju oraz związanych z tym obowiązków organów administracji rządowej i jednostek samorządu terytorialnego (Dz.U. Nr 157, poz. 1031).
2. W związku z wprowadzeniem nowej stawki ryczałtowej dotyczącej mieszkańców domów pomocy społecznej dla osób przewlekle psychicznie chorych oraz dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, zlokalizowanych na obszarze działania centrum, wprowadzono załącznik nr 11 do zarządzenia, w celu umożliwienia przekazywania do Funduszu informacji w tym zakresie.
3. W związku z dodaniem do rozporządzenia obowiązku sprawozdawania Funduszowi informacji o liczbie zadań zrealizowanych przez punkt zgłoszeniowo-koordynacyjny,



o których mowa w § 12 ust. 2 pkt 1 i 4 rozporządzenia, do zarządzenia wprowadzono załącznik nr 9 umożliwiający przekazywanie przedmiotowych danych.

4. Doprecyzowano kwestię rozliczania kosztów bieżącego funkcjonowania centrum.
5. Przepisy dotyczące rozliczania świadczeń jednostkowych zostały dostosowane do przepisów rozporządzenia w sprawie świadczeń gwarantowanych oraz do wyceny taryf określonych w Obwieszczeniu Prezesa Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji z dnia 29 czerwca 2016 r. w sprawie taryf świadczeń gwarantowanych w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień.
6. Dodano możliwości realizacji świadczenia: leczenie zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja), która wynika z wprowadzenia tego świadczenia do rozporządzenia.
7. Wprowadzono współczynniki korygujące w przypadku udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w warunkach ambulatoryjnych i stacjonarnych i całodobowych na rzecz osób zamieszkujących obszar inny niż obszar działania centrum w celu uniknięcia sytuacji podwójnego finansowania.
8. Określono nowy produkt sprawozdawczy i rozliczeniowy - w celu realizacji uprawnienia świadczeniobiorcy ze znacznym stopniem niepełnosprawności, wynikającego z art. 34 ust. 3 ustawy z dnia 6 listopada o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 r. poz. 1127, z późn. zm.), do pobytu w trakcie hospitalizacji, jego przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego.
9. W celu zapewnienia spójności przepisów w „Katalogu produktów rozliczeniowych” stanowiącym załącznik do zarządzenia, dokonano zmian poprzez dodanie możliwości rozliczenia osobodni: w oddziale psychiatrycznym odpowiednim korektorem, związanych z pobytem przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego, leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacja) oraz leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacja), jak również wprowadzono produkt rozliczeniowy: sesja psychoterapii indywidualnej, bez rozróżniania według personelu uprawnionego do realizacji tego świadczenia. W związku z powyższym dokonano stosownych modyfikacji w kodach produktów rozliczeniowych oraz nazw produktów rozliczeniowych;
10. W związku z wejściem w życie § 1 pkt 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 lipca 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1335), zmodyfikowano załączniki nr 1-5 do umowy w celu umożliwienia podpisania dokumentu za pomocą kwalifikowanego podpisu elektronicznego.
11. Dodano możliwość rozliczania świadczeń udzielanych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych oraz sposób ich dokumentowania, w związku z wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenie uzależnień (Dz. U. poz. 456).

#### **IV.1.15. Rehabilitacja lecznicza**

W 2020 roku świadczenia w rodzaju rehabilitacja lecznicza realizowane były w zakresach:

1. Ambulatoryjnych: lekarska ambulatoryjna opieka rehabilitacyjna, fizjoterapia ambulatoryjna, fizjoterapia domowa.
2. 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.
3. Stacjonarnych: rehabilitacja neurologiczna, rehabilitacja kardiologiczna, rehabilitacja ogólnoustrojowa, rehabilitacja pulmonologiczna, leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

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

Ponadto w zakresie rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych jest wydzielony zakres skojarzony pn. rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych po leczeniu operacyjnym, który dedykowany jest rozliczaniu świadczeń udzielonych świadczeniobiorcom w grupach ROC01 i ROO03, czyli grupach po leczeniu operacyjnym.

W dniu 6 marca 2020 r. opublikowano zarządzenie Nr 29/2020/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, które dostosowało przepisy do obowiązującego stanu prawnego. Doprecyzowano zasady kwalifikacji dla grup ROC01 i ROO03 oraz umożliwiono świadczeniodawcom rozliczenie kosztów pobytu przedstawiciela ustawowego albo opiekuna faktycznego przy pacjencie małoletnim lub posiadającym orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności od dnia 3 lipca 2019 r. tj. od dnia wejścia w życie ustawy z dnia 16 maja 2019 r. o zmianie ustawy o prawach pacjenta i Rzecznika praw Pacjenta (Dz. U. poz. 1128).

W dniu 15 czerwca 2020 r. opublikowano zarządzenie Nr 85/2020/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, które dostosowało przepisy do regulacji wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. 2020 r., poz. 660). Z uwagi na ogłoszony stan epidemii i wynikające z tego tytułu obostrzenia wprowadzono do systemu rehabilitacji leczniczej realizację świadczeń z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych.

Dodatkowym źródłem w zakresie dostępu do rehabilitacji leczniczej w 2020 roku było uruchomienie programu rządowego pn. „Świadczenia medyczne Narodowego Funduszu Zdrowia dla osób niepełnosprawnych na lata 2020-2021”, który to program został wdrożony poprzez zarządzenie Nr 154/2020/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 2 października 2020 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

w ramach programu rządowego – Świadczenia medyczne NFZ dla osób niepełnosprawnych. Program jest finansowany ze środków Funduszu Solidarnościowego i ma na celu poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej dla osób niepełnosprawnych.

#### **IV.1.16. Pomoc doraźna i transport sanitarny**

Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2019 r. poz. 401), do rodzaju świadczeń: pomoc doraźna i transport sanitarny, wprowadzono nowe świadczenie gwarantowane, jakim są świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego, które zaczęły funkcjonować w 2020 r. Niniejsze świadczenia są realizowane 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.

W związku z ww. zmianą rozporządzenia, wydano zarządzenie Nr 157/2019/DSM Prezesa NFZ z dnia 20 listopada 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w którym wprowadzono zmiany wynikające z wejścia w życie ww. rozporządzenia, w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w zakresie: świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego, m.in.: wskazano zasady organizacji określonych świadczeń na terenie województwa, określono zasady realizacji umów obejmujących przedmiotowe świadczenia opieki zdrowotnej, dookreślono zasady udzielania świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem umowy, wprowadzono dokumentację zbiorczą i indywidualną, która powinna być prowadzona przez świadczeniodawców udzielających niniejszych świadczeń opieki zdrowotnej.

Przepisy ww. zarządzenia Prezesa NFZ miały zastosowanie do realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny od dnia 1 stycznia 2020 r.

#### **IV.1.17. Kontrola**

Rok 2020 był dla Funduszu pierwszym pełnym rokiem działalności zgodnie z nowymi regulacjami w zakresie kontroli, tj. zgodnie ze zmianą wprowadzoną ustawą z dnia 21 lutego 2019 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 399 z późn. zm.). W 2020 roku wykonano zadania zmierzające do utworzenia korpusu kontrolerskiego, a także ujednotaczono strukturę organizacyjną terenowych wydziałów kontroli, zwanych dalej również „TWK”, wchodzących w skład Departamentu Kontroli Centrali NFZ. W trakcie roku podjęto liczne działania mające na celu ujednoczenie 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 zakresie zmian otoczenia prawnego kontroli odnotować należy dwie zmiany ustawowe, mające znaczenie dla realizacji zadań kontrolnych:

1. 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. z 2020 r., poz. 1493) zmianie uległo brzmienie m.in. art. 160 i 161 ustawy o świadczeniach. Począwszy od dnia 1 września 2020 r. Świadczeniodawca, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej służy zażalenie dotyczące realizacji umowy nie tylko na czynności Dyrektora OW NFZ, lecz także na czynność Prezesa Funduszu.
2. Ustawą z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r. poz. 2112) w art. 61a ustawy o świadczeniach dodano ust. 2a, zgodnie z którym „Prezes Funduszu może przeprowadzić kontrolę realizacji zadań finansowanych ze środków publicznych, o których mowa w art. 116 ust. 1 pkt 8, w zakresie: 1) organizacji, sposobu i jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności; 2) udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami, a także z wymaganiami określonymi przez Prezesa Funduszu”. Do kompetencji kontrolnych Prezesa Funduszu dodano zatem w szczególności kontrolę udzielania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z przeciwdziałaniem i leczeniem COVID-19.

W związku z wystąpieniem pandemii koronawirusa SARS-CoV-2, oraz potrzebami Funduszu i faktycznymi możliwościami realizacji zadań, zmianie uległy zadania realizowane przez Fundusz w ramach kontroli. Ze względu na konieczność nakierowania zasobów systemu ochrony zdrowia na walkę z COVID-19, w celu nieangażowania świadczeniodawców w inne procesy, zmniejszono liczbę kontroli. Jednocześnie w celu zapewnienia bezpieczeństwa pacjentów w podejmowanych działaniach skupiono się na kontrolach udzielania świadczeń związanych z COVID-19. Podejmowano także działania w postaci czynności sprawdzających, które są mniej angażujące dla podmiotów ochrony zdrowia, a w zakresie kontroli wykorzystywano w większym niż dotychczas stopniu możliwość realizacji kontroli w siedzibie Funduszu, co również miało na celu zmniejszenie zaangażowania podmiotu kontrolowanego w proces kontroli. Podjęto także realizację innych czynności mających na celu zapewnienie pacjentom właściwego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej związanych z pandemią.

#### Monitorowanie poprawności działania mobilnego punktu badań w kierunku SARS-CoV-2

Od 15 października 2020 r. Fundusz monitoruje działania mobilnych punktów badań w kierunku SARS-CoV-2. W okresie do grudnia 2020 r. przeprowadzono łącznie 891 wizytacji 641 punktów Drive Thru. Prawie co 4 punkt skontrolowany był więcej niż raz. Wizytacje głównie miały na celu sprawdzenie czy punkty działają w zadeklarowanych godzinach przyjęć oraz czy jest do nich kolejka oczekujących na przeprowadzenie testu. Na podstawie przeprowadzonych wizytacji i danych przesłanych przez TWK wynika, że 97% punktów było otwartych w wyznaczonych godzinach przyjęć, natomiast w przypadku 38% punktów

stwierdzono występowanie kolejki na pobranie wymazu. W wyniku przeprowadzonych wizytacji w 93 przypadkach zostały podjęte działania, w tym 73 sprawy zostały przekazane do wyjaśnienia przez oddziały wojewódzkie. W 571 przypadkach stwierdzono brak potrzeby podjęcia działań.

#### Weryfikacja dostępności do podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)

Od 26 października 2020 r. w związku z napływającymi informacjami o zwiększających się problemach z dostępem do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) przeprowadzono telefoniczne weryfikacje, sprawdzające dostępność do świadczeń realizowanych w ramach POZ. Weryfikacji poddano 9 085 lokalizacji POZ oraz wykonano 26 649 telefonów (w trzech okresach oraz dodatkowo w wyniku skarg zgłoszonych przez świadczeniobiorców). TWK przeprowadziły kontrole w ramach trzech inicjatyw: w okresie od 26 października do 18 listopada 2020 r., od 19 listopada do 11 grudnia 2020 r. oraz od 14 grudnia 2020 r.

Dostępność była oceniana wg liczby prób uzyskania połączenia telefonicznego z placówkami POZ: zapewnienia dostępności telefonicznej – dodzwoniono się w ciągu trzech prób połączenia; ograniczenia dostępności telefonicznej – ograniczenie stwierdzano w przypadku, gdy połączenie z podmiotem uzyskiwano dopiero po co najmniej 4 próbach połączenia; braku dostępności telefonicznej – nie nawiązano połączenia telefonicznego w ciągu 8 prób wykonanych jednego dnia.

W ramach pierwszej inicjatywy w założeniu było sprawdzenie dostępności wszystkich świadczeniodawców POZ, dlatego wykonano najwięcej telefonów, prawie 19 tys. W przypadku 86% świadczeniodawców nie stwierdzono problemów z dodzwonieniem się, natomiast do 5% nie udało się dodzwonić. Druga inicjatywa to głównie telefony do świadczeniodawców, u których problemy z dodzwonieniem się wykazane były podczas przeprowadzania pierwszej inicjatywy. Wykonano ponad 6 tys. telefonów, dostępność telefoniczna zapewniona była na poziomie 93%, a jedynie w przypadku 2% stwierdzono jej brak. Na podstawie otrzymanych wyników z pierwszej i drugiej inicjatywy zostali wytypowani świadczeniodawcy do sprawdzenia dostępności podczas trzeciej inicjatywy. Dzwoniono tylko do świadczeniodawców, których dostępność w pierwszej inicjatywie była ograniczona lub było jej brak i jednocześnie w drugiej odnotowano jej brak. Trzecia inicjatywa to dostępność telefoniczna zapewniona w 95% przy prawie 1,7 tys. prób połączeń, a brak dostępności w przypadku 4% prób połączeń. Telefony wykonywano również do świadczeniodawców, na których zgłoszono skargę o braku możliwości dodzwonienia się i umówienia na wizytę do lekarza w ramach POZ. W wyniku skarg do grudnia 2020 r. sprawdzono 381 świadczeniodawców i wykonano łącznie 1 055 telefonów. Stwierdzono, że w przypadku świadczeniodawców, na których złożono skargę, dostępność telefoniczna jest zapewniona w 74%, zaś brak dostępności to 8%.

#### Monitorowanie stanu łóżek szpitalnych

Od listopada 2020 r. NFZ monitoruje kompletność i aktualność danych w aplikacji Ewidencja Łóżek COVID. Celem podejmowanych działań jest podniesienie jakości informacji, kluczowych dla bezpieczeństwa pacjentów wymagających hospitalizacji w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2. Pracownicy TWK weryfikowali stan aktualizacji danych przez szpitale i podejmowali stosowne interwencje, dzięki którym osiągnięto prawie

100% poziom szpitali uzupełniających informacje o stanie łóżek. Według stanu na 9 listopada 2020 około 40% szpitali nie aktualizowało danych a według stanu na 16 grudnia 2020 roku 99,55% szpitali aktualizowało dane.

#### Odmowy przyjęć pacjentów do szpitali

Rejestr odmów przyjęć pacjentów do szpitali został wdrożony w związku z dużą liczbą pojawiających się informacji o odmowie przyjęć. W okresie od października do końca grudnia 2020 r. zarejestrowano 2 890 odmów. Najwięcej nieprawidłowości zarejestrowanych zostało w listopadzie 2020 r. W przypadku 6 świadczeniodawców wpłynęło ponad 50 skarg. Najczęstszą nieprawidłowością była rozbieżność w liczbie łóżek (44%). Najwięcej odmów dotyczyło braku wolnych łóżek (36%). W przypadku 10 zgłoszonych odmów wszczęto łącznie 9 działań kontrolnych. W pozostałych 845 przypadkach wystąpiono o potrącenie, w 1 228 powiadomiono OW NFZ, a w przypadku 1 224 odmów nie było potrzeby wszczynania działań.

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

#### **IV.2.1. System Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej**

W rozdziale przedstawiono efekty wprowadzenia systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej w kontekście wprowadzenia nowej formy finansowania szpitali – ryczałtu systemu – po trzech latach funkcjonowania. Porównano funkcjonowanie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, zwanego dalej „systemem zabezpieczenia”, „siecią szpitali”, „PSZ” lub „systemem PSZ”, w okresie 2019-2020 tj. rok do roku. Dane wykorzystane do analizy pochodzą z systemu informatycznego Centrali NFZ i zostały wygenerowane w dniu 18 maja 2021 r.

#### Funkcjonowanie systemu PSZ w latach 2019-2020

**Tabela nr IV.1.** Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ za okres 2019-2020 (wartości świadczeń wyrażone w mln zł).

OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2019	2020	2019	2020
Dolnośląski	3 039 962	2 424 984	3 111,66	2 667,24
Kujawsko-pomorski	3 083 328	2 476 427	2 322,59	1 978,66
Lubelski	3 160 613	2 307 562	2 220,97	1 777,98
Lubuski	1 116 410	872 071	891,82	771,58
Łódzki	3 417 182	2 604 411	2 669,39	2 194,59
Małopolski	4 292 420	3 441 228	3 413,83	2 876,44
Mazowiecki	8 233 821	6 409 217	6 889,76	5 732,88
Opolski	1 141 922	875 842	779,85	622,92
Podkarpacki	2 644 660	2 057 819	1 926,90	1 602,45
Podlaski	1 818 980	1 397 024	1 182,56	972,67
Pomorski	2 647 324	2 319 027	2 228,30	1 994,28
Śląski	5 565 287	4 306 869	4 825,22	4 057,42
Świętokrzyski	1 616 484	1 194 237	1 328,35	1 067,99

OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
Warmińsko-mazurski	1 667 759	1 359 805	1 286,12	1 078,78
Wielkopolski	3 519 756	2 770 987	3 560,92	3 047,44
Zachodniopomorski	2 411 522	1 952 463	1 781,66	1 510,15
<b>Polska</b>	<b>49 377 430</b>	<b>38 769 973</b>	<b>40 419,89</b>	<b>33 953,48</b>

**Tabela nr IV.2.** Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ w rodzaju świadczeń leczenie szpitalne za okres 2019-2020 r. (wartości świadczeń wyrażone w mln zł).

OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2019	2020	2019	2020
Dolnośląski	1 340 323	1 082 413	2 869,11	2 458,08
Kujawsko-pomorski	1 038 942	888 218	2 075,71	1 773,88
Lubelski	963 423	703 845	1 977,17	1 586,90
Lubuski	343 604	265 021	786,52	683,28
Łódzki	1 115 967	861 201	2 391,48	1 969,82
Małopolski	1 329 788	1 068 649	3 075,06	2 586,38
Mazowiecki	2 769 815	2 155 340	6 209,62	5 172,11
Opolski	380 060	267 262	681,04	542,25
Podkarpacki	886 348	723 107	1 741,13	1 452,62
Podlaski	472 717	360 035	1 052,79	865,47
Pomorski	1 073 356	876 700	2 006,57	1 798,48
Śląski	2 009 142	1 544 223	4 383,04	3 699,87
Świętokrzyski	597 973	437 961	1 191,02	961,18
Warmińsko-mazurski	523 051	425 435	1 135,21	950,94
Wielkopolski	1 503 029	1 187 456	3 239,28	2 780,78
Zachodniopomorski	791 688	674 012	1 571,36	1 334,17
<b>Polska</b>	<b>17 139 226</b>	<b>13 520 878</b>	<b>36 386,10</b>	<b>30 616,22</b>

**Tabela nr IV.3.** Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ w rodzaju AOS za okres 2019-2020 (wartości świadczeń w mln zł).

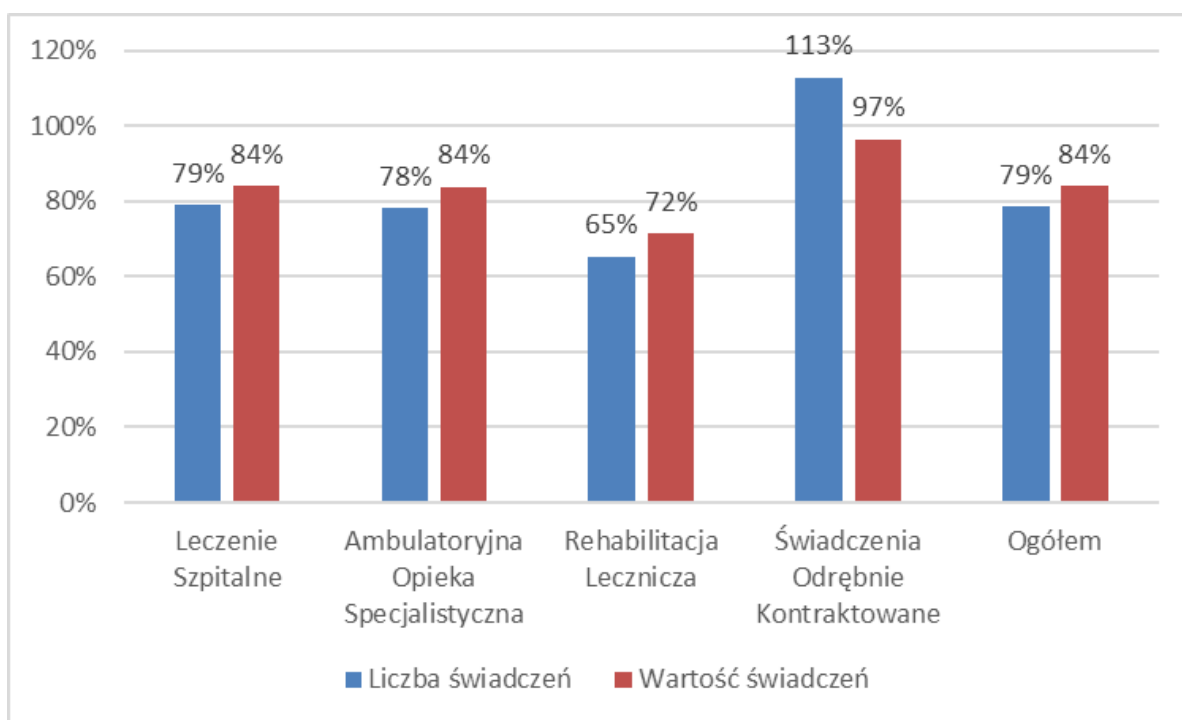
OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2019	2020	2019	2020
Dolnośląski	1 693 678	1 290 854	165,58	142,48
Kujawsko-pomorski	2 018 425	1 566 990	182,59	149,03
Lubelski	2 081 842	1 538 418	171,87	134,45
Lubuski	763 812	600 415	75,46	64,91
Łódzki	2 213 248	1 662 719	192,87	152,85
Małopolski	2 851 227	2 276 995	249,13	216,75
Mazowiecki	4 921 328	3 843 547	445,25	374,86
Opolski	742 759	595 089	62,19	54,67
Podkarpacki	1 708 706	1 298 826	137,41	111,88
Podlaski	1 308 129	1 011 741	106,06	89,02
Pomorski	1 537 379	1 311 697	151,52	136,84
Śląski	3 438 180	2 660 774	323,58	264,69

OW NFZ	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
Świętokrzyski	953 978	714 303	83,01	68,06
Warmińsko-mazurski	1 053 742	865 072	92,79	81,69
Wielkopolski	1 945 875	1 528 828	201,33	169,12
Zachodniopomorski	1 599 881	1 263 954	165,99	141,28
<b>Polska</b>	<b>30 778 189</b>	<b>24 030 222</b>	<b>2 806,64</b>	<b>2 352,59</b>

**Tabela nr IV.4.** Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ za okres 2019-2020 wg rodzaju świadczeń (wartości świadczeń w mln zł).

Rodzaj świadczeń	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2019	2020	2019	2020
Leczenie Szpitalne	17 139 226	13 520 878	36 386,10	30 616,22
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	30 778 189	24 030 222	2 806,64	2 352,59
Rehabilitacja Lecznicza	903 617	590 884	798,71	571,21
Świadczenia Odrębnie Kontraktowane	556 398	627 989	428,44	413,46
<b>RAZEM</b>	<b>49 379 449</b>	<b>38 771 993</b>	<b>40 419,89</b>	<b>33 953,48</b>

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



Spadek liczby świadczeń w okresie 2019-2020 r. objętych systemem PSZ to ok. 21% w skali kraju, przy jednoczesnym spadku wartościowym o ok. 16%. W analizowanym okresie odnotowano spadek liczby świadczeń we wszystkich rodzajach świadczeń poza świadczeniami odrębnie kontraktowanymi. Należy mieć jednak na uwadze, że liczba świadczeń zależna jest od sposobu raportowania świadczeń do NFZ. W województwie pomorskim u jednego świadczeniodawcy pomiędzy analizowanymi okresami odnotowano zmianę sposobu sprawozdawania świadczeń płaconych za osobodzień (świadczenia, które poprzednio trwały

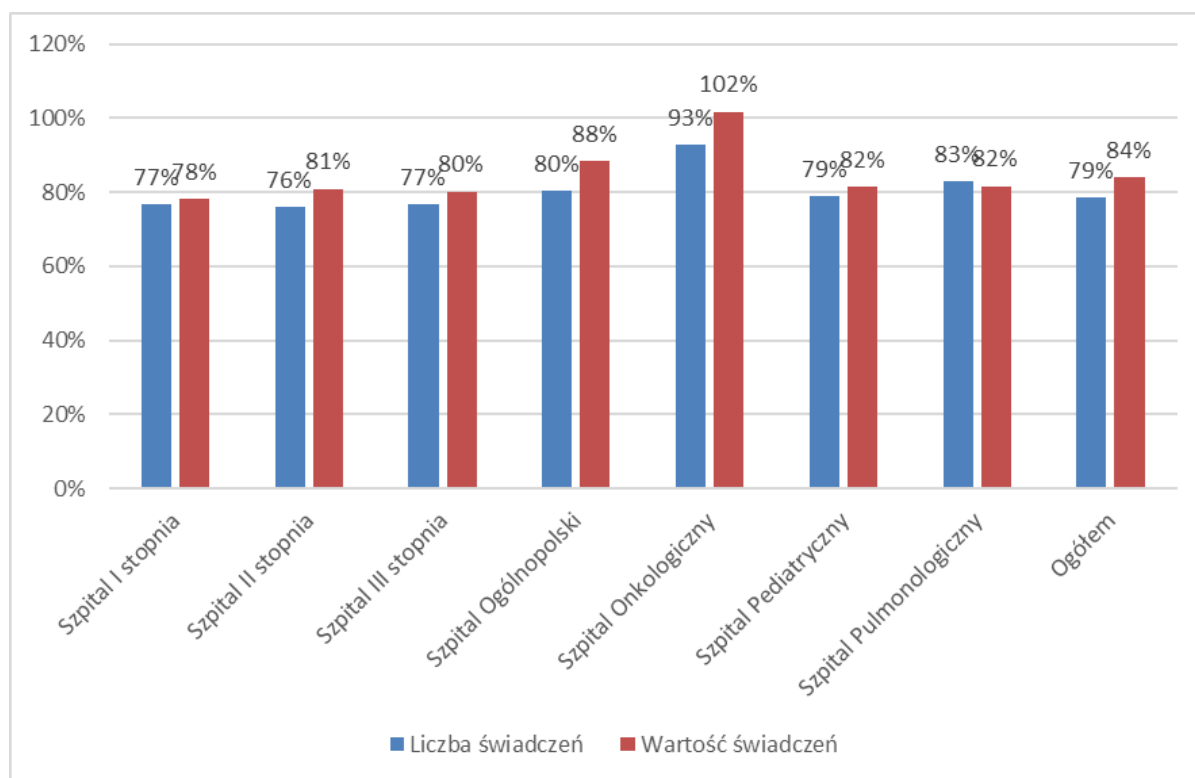


miesiąc obecnie są sprawozdawane dla każdego dnia osobno), co znacznie zwiększyło liczbę świadczeń w rodzaju świadczenia odrębnie kontraktowane. W ujęciu wartościowym odnotowano spadek wartości świadczeń we wszystkich rodzajach świadczeń w przedziale od 3%-28%.

**Tabela nr IV.5.** Dane z realizacji świadczeń w ramach systemu PSZ za okres 2019–2020 wg. poziomu PSZ (wartości świadczeń w mln zł).

Poziom zabezpieczenia zdrowotnego	Liczba świadczeń		Wartość świadczeń	
	2019	2020	2019	2020
Szpital I Stopnia	12 170 278	9 338 795	7 111,14	5 555,01
Szpital II Stopnia	10 286 373	7 822 344	7 352,66	5 947,04
Szpital III Stopnia	10 230 114	7 858 737	8 983,97	7 206,92
Szpital Ogólnopolski	12 395 706	9 972 252	13 163,80	11 638,22
Szpital Onkologiczny	2 616 025	2 425 515	2 475,80	2 519,33
Szpital Pediatryczny	988 775	780 171	523,63	426,78
Szpital Pulmonologiczny	690 159	572 159	808,89	660,17
<b>Ogółem</b>	<b>49 377 430</b>	<b>38 769 973</b>	<b>40 419,89</b>	<b>33 953,48</b>

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

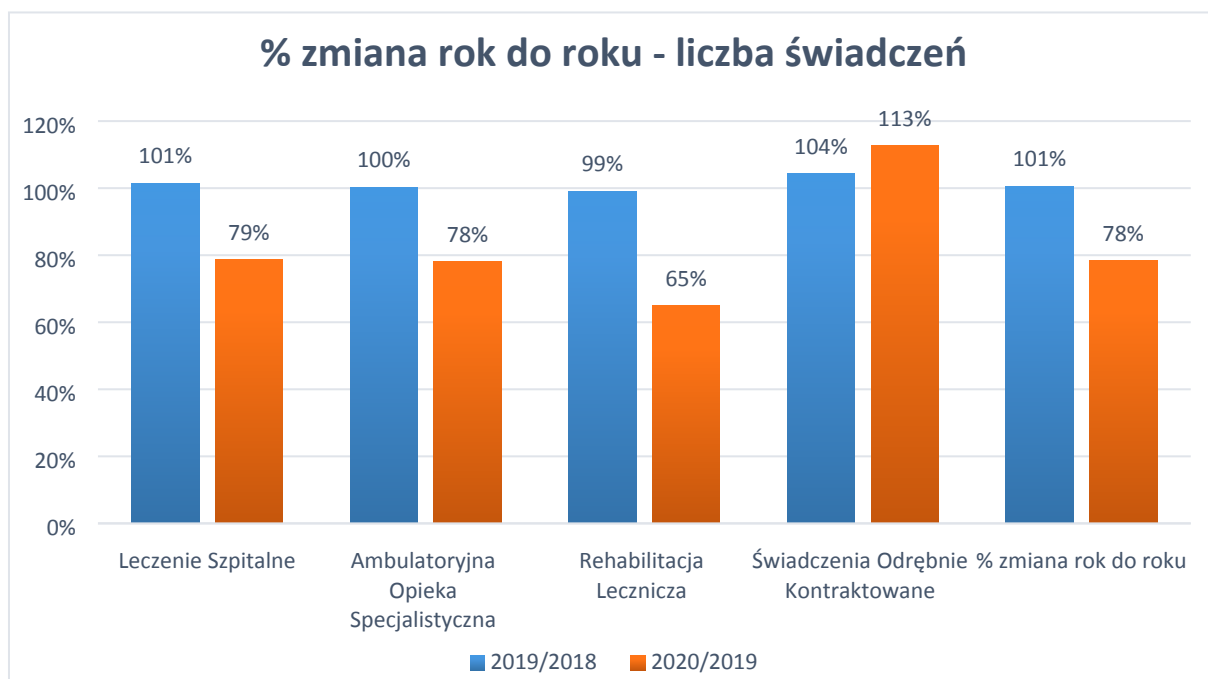


Spadek liczby świadczeń zanotowały szpitale wszystkich poziomów zabezpieczenia zdrowotnego. We wszystkich poziomach szpitali poza szpitalami onkologicznymi nastąpił spadek wartości świadczeń.

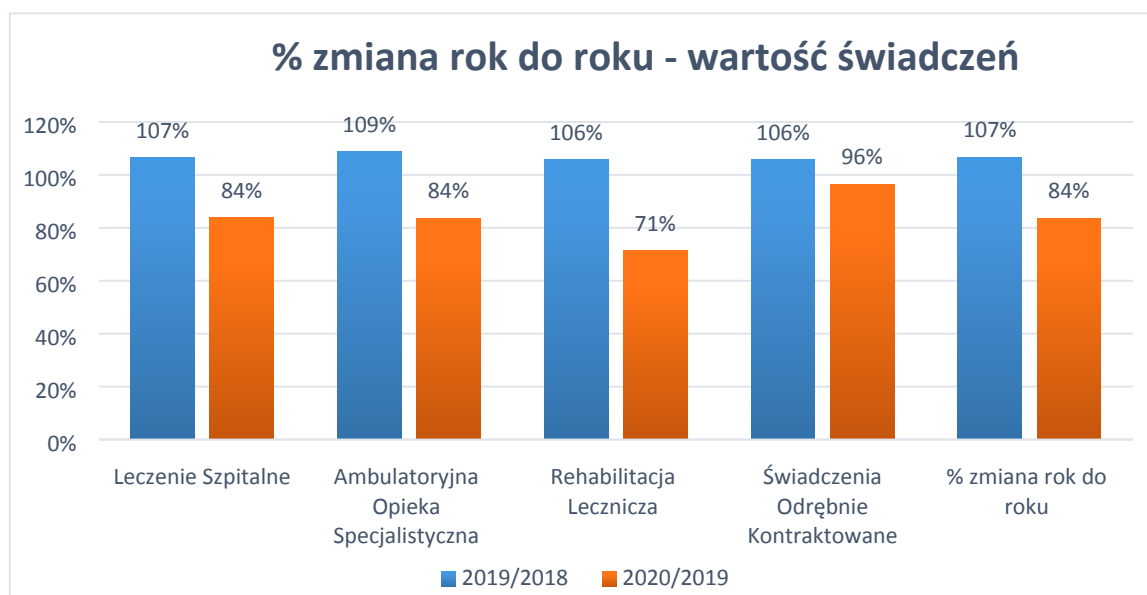
**Tabela nr IV.6.** Liczba szpitali zakwalifikowanych do poszczególnych poziomów PSZ.

Poziom PSZ	2019	2020
Szpital I Stopnia	279	276
Szpital II Stopnia	96	97
Szpital III Stopnia	62	61
Szpital Onkologiczny	17	18
Szpital Pulmonologiczny	30	30
Szpital Pediatryczny	12	12
Szpital Ogólnopolski	89	88
<b>RAZEM</b>	<b>585</b>	<b>582</b>

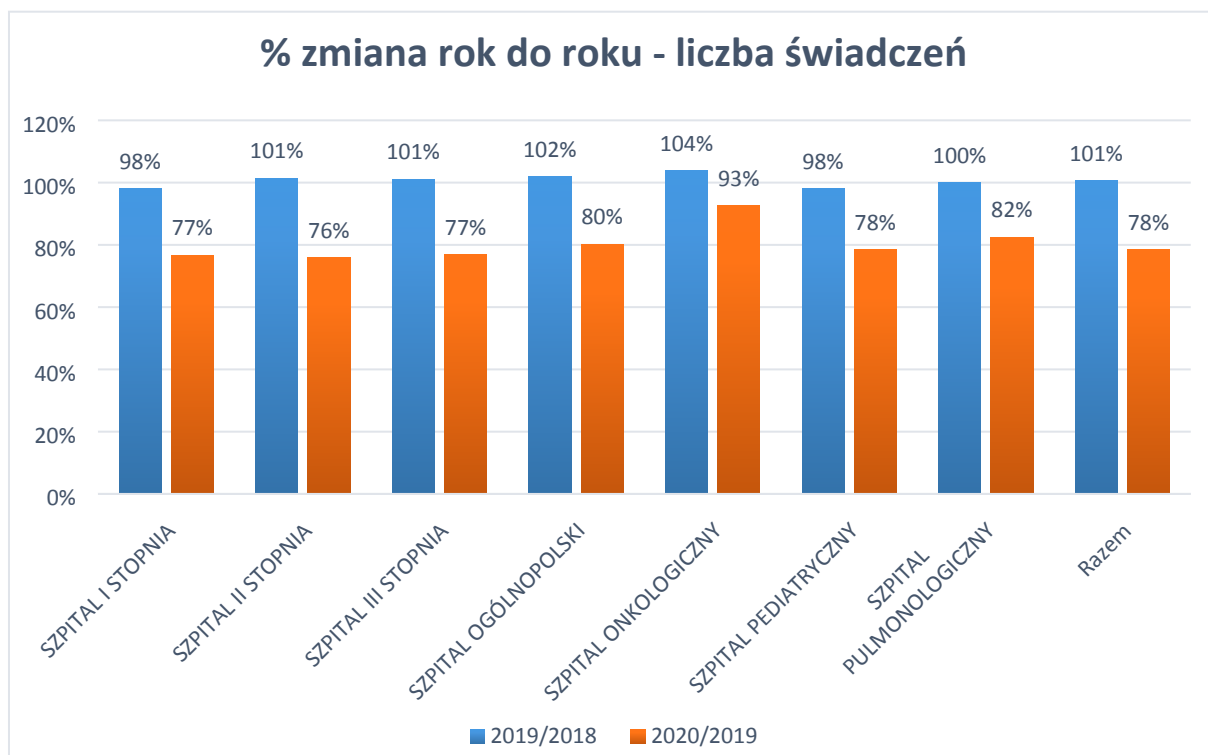
**Wykres nr IV.3.** Porównanie dynamiki w ujęciu liczbowym wg rodzaju świadczeń.



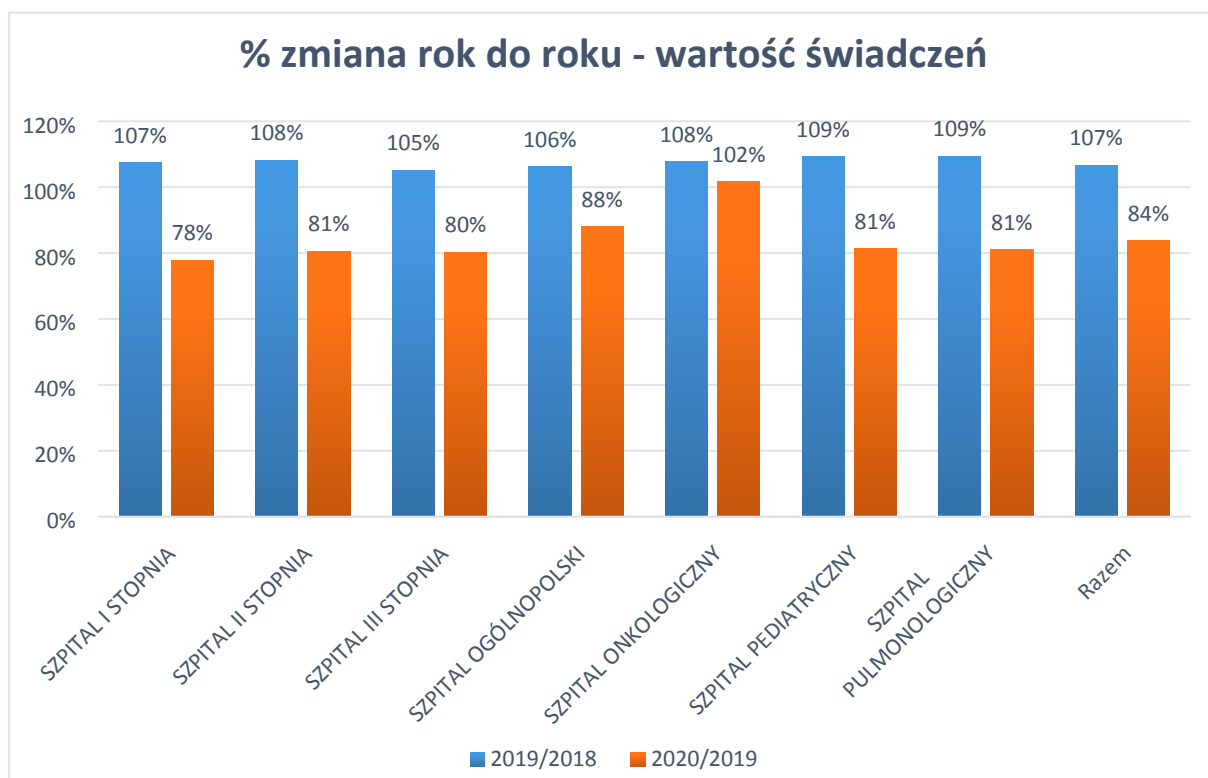
**Wykres nr IV.4.** Porównanie dynamiki w ujęciu wartościowym wg rodzaju świadczeń.



**Wykres nr IV.5.** Porównanie dynamiki w ujęciu liczbowym wg poziomu szpitali.



**Wykres nr IV.6** Porównanie dynamiki w ujęciu wartościowym wg poziomu szpitali.

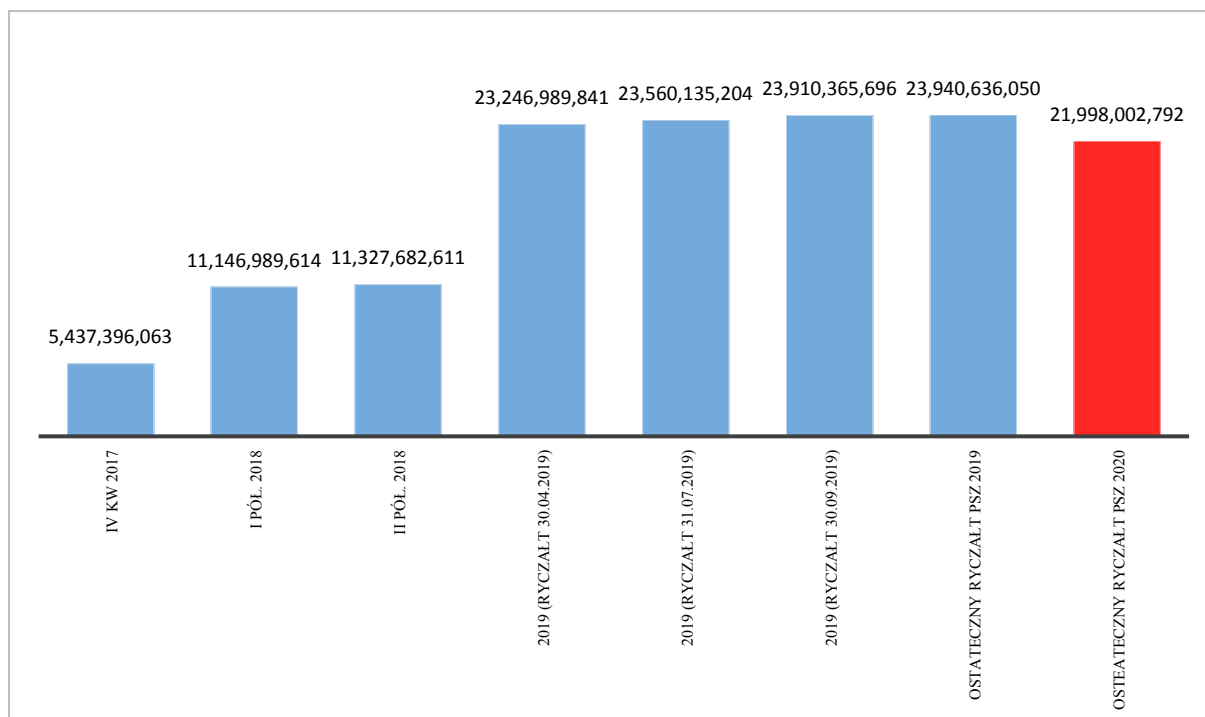


### Wartość ryczału PSZ

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

w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

**Wykres nr IV.7.** Wartość ryczałtów w podziale na okresy rozliczeniowe od początku funkcjonowania sieci PSZ (w zł).



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

W 2020 roku przeprowadzono postępowania w trybie konkursu ofert i rokowań. Wszystkich postępowań było 1 754. Rozstrzygnięto 743, unieważniono bądź odwołano 980.

**Tabela nr IV.7.** Liczba postępowań w 2020 roku stan na 31.12.2020 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	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Programy pilotażowe	liczba postępowań
Dolnośląski			13	55	11	6		1	3			5		94
Kujawsko-Pomorski		22	11	12	8	9	7	1			2	6		78
Lubelski		9	20	30	1	4						7		71
Lubuski		21	10	40	8	9		4				7		99
Łódzki		1	14	29	2	2						4		52
Małopolski		5	27	33	56							4		125
Mazowiecki		5	24	60	59	20		2		3		5		178

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	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Programy pilotażowe	liczba postępowań
Opolski		5	6	11	14						1	8		45
Podkarpacki		17	9	19	27	7		3				7		89
Podlaski		45	20	52	6	13		4	5	3	1	6		155
Pomorski		83	17	32	21	15				1		1		170
Śląski		31	14	36	36							5		122
Świętokrzyski		20	16	10	7	8				1	1	4		67
Warmińsko-Mazurski		33	23	39	21	16		2	1			9	1	145
Wielkopolski	2	48	13	25	32	10		2			3	5		140
Zachodniopomorski	1	38	16	22	21			23				3		124
<b>Razem</b>	<b>3</b>	<b>383</b>	<b>253</b>	<b>505</b>	<b>330</b>	<b>119</b>	<b>7</b>	<b>42</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>86</b>	<b>1</b>	<b>1754</b>

**Tabela nr IV.8.** Liczba postępowań w 2020 roku stan na 31.12.2020 r. (status rozstrzygnięte).

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	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Programy pilotażowe	liczba postępowań
Dolnośląski			7	13	4	3		1	1			5		34
Kujawsko-Pomorski		18	9	3	1	4	6	1			1	6		49
Lubelski		8	14	8	1	3						1		35
Lubuski		7	3	11	3	2		3				5		34
Łódzki		1	13	6	1							4		25
Małopolski		4	21	22	18							4		69
Mazowiecki		2	12	22	12	8		2		3		5		66
Opolski		4	3	8	6							6		27
Podkarpacki		13	7	11	25	6		3				7		72
Podlaski		15	11	5	1	3		1		2	1	3		42
Pomorski		6	15	9	10	1				1		1		43
Śląski			8	14	18							5		45
Świętokrzyski		10	9	5	2	3				1	1	4		35

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	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Programy pilotażowe	liczba postępowań
Warmińsko-Mazurski		11	12	2	11	4		1	1			8	1	51
Wielkopolski	2	19	12	12	17	2		1			1	5		71
Zachodniopomorski	1	19	13	6	2			1				3		45
<b>Razem</b>	<b>3</b>	<b>137</b>	<b>169</b>	<b>157</b>	<b>132</b>	<b>39</b>	<b>6</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>4</b>	<b>72</b>	<b>1</b>	<b>743</b>

**Tabela nr IV.9.** Liczba postępowań w roku 2020, stan na 31.12.2020 r. (status odwołane)

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	Pomoc doraźna i transport sanitarny	Programy pilotażowe	liczba postępowań
Dolnośląski			6	42	6	3			2					59
Kujawsko-Pomorski		4	2	9	7	5	1				1			29
Lubelski		1	6	22		1						6		36
Lubuski		14	7	29	5	7		1				2		65
Łódzki			1	23	1	2								27
Małopolski		1	6	11	38									56
Mazowiecki		3	12	38	47	12								112
Opolski		1	3	3	8						1	2		18
Podkarpacki		4	2	8	2	1								17
Podlaski		30	9	47	5	10		3	5	1		3		113
Pomorski		47	2	23	11	14								97
Śląski		31	6	22	18									77
Świętokrzyski		10	7	5	5	5								32
Warmińsko-Mazurski		22	11	37	10	12		1				1		94
Wielkopolski		29	1	13	15	8		1			2			69
Zachodniopomorski		19	3	16	19			22						79
<b>Razem</b>	<b>0</b>	<b>216</b>	<b>84</b>	<b>348</b>	<b>197</b>	<b>80</b>	<b>1</b>	<b>28</b>	<b>7</b>	<b>1</b>	<b>4</b>	<b>14</b>	<b>0</b>	<b>980</b>

W trakcie postępowań zgłoszono 85 protestów, z tego: 5 w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, 11 w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień, 44 w rehabilitacji leczniczej, 25 w pomocy doraźnej i transporcie sanitarnym. Uwzględniono 13 protestów, w rehabilitacji leczniczej. Od rozstrzygnięć postępowań do dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu zgłoszono również 66 odwołań. Z tego: 1 w podstawowej opiece zdrowotnej, 4 w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, 1 w leczeniu szpitalnym, 5 w opiece psychiatrycznej, 7 w rehabilitacji leczniczej, 2 w profilaktycznych programach zdrowotnych, 1 w świadczeniach pielęgnacyjnych i opiekuńczych, 45 w pomocy doraźnej i transporcie sanitarnym. Uwzględniono 1, w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień.

#### Liczba i wartość umów w 2020 roku

**Tabela nr IV.10.** Liczba i wartość umów w 2020 roku w podziale na oddziały wojewódzkie (wartości umów i wartości planu finansowego zawierają migracje) (wartości w tys. zł).

OW NFZ	Liczba umów	Wartość umów	Wartość planu (bez POZ, ZSP, UZD, PDR, TS)	Realizacja 2019 (bez POZ, ZSP, UZD, PDR, TS)	Realizacja planu %
Dolnośląski	5 709	5 145 962	5 623 110	5 371 670	95,53%
Kujawsko-Pomorski	3 762	3 579 014	4 061 878	3 898 966	95,99%
Lubelski	4 061	3 817 166	4 204 197	4 124 259	98,10%
Lubuski	2 196	1 586 234	1 955 604	1 776 748	90,85%
Łódzki	4 250	4 533 574	5 258 308	4 796 820	91,22%
Małopolski	4 301	6 185 268	6 844 741	6 563 747	95,89%
Mazowiecki	6 154	10 888 914	11 718 969	10 930 939	93,28%
Opolski	1 928	1 478 454	1 790 253	1 712 876	95,68%
Podkarpacki	5 907	3 515 420	4 013 103	3 848 081	95,89%
Podlaski	2 477	2 113 716	2 413 276	2 244 423	93,00%
Pomorski	2 409	3 915 517	4 304 101	4 082 108	94,84%
Śląski	8 093	8 548 447	9 142 407	8 707 801	95,25%
Świętokrzyski	2 190	2 239 943	2 648 745	2 438 830	92,07%
Warmińsko-Mazurski	3 169	2 251 535	2 601 487	2 501 091	96,14%
Wielkopolski	8 221	5 779 790	6 693 473	6 120 890	91,45%
Zachodniopomorski	2 846	2 754 093	3 285 898	3 047 336	92,74%
<b>Razem</b>	<b>67 673</b>	<b>68 333 047</b>	<b>76 559 550</b>	<b>72 166 586</b>	<b>94,26%</b>

#### **IV.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). Obejmują także profilaktyczną opiekę nad dziećmi i młodzieżą sprawowaną przez pielęgniarkę/higienistkę w środowisku nauczania i wychowania. Funkcjonowanie POZ (za wyjątkiem świadczeń profilaktycznej opieki nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania oraz świadczeń nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w POZ) oparte jest na prawie do imiennego wyboru lekarza, pielęgniarki, położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Przedmiotem zawieranych umów w podstawowej opiece

zdrowotnej były: świadczenia lekarza POZ, świadczenia pielęgniarki POZ, świadczenia położnej POZ, świadczenia pielęgniarki szkolnej, świadczenia transportu sanitarnego w POZ oraz świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.

**Tabela nr IV.11.** Liczba świadczeniodawców w podstawowej opiece zdrowotnej 2018-2020.

Nazwa Oddziału	Liczba świadczeniodawców		
	2018	2019	2020
Dolnośląski	721	718	709
Kujawsko-Pomorski	427	430	427
Lubelski	578	568	562
Lubuski	397	407	404
Łódzki	498	506	490
Małopolski	704	703	695
Mazowiecki	825	817	827
Opolski	255	257	261
Podkarpacki	677	677	675
Podlaski	299	291	294
Pomorski	512	514	508
Śląski	990	1001	996
Świętokrzyski	277	284	272
Warmińsko-Mazurski	452	460	458
Wielkopolski	1 454	1 451	1 434
Zachodniopomorski	444	447	440
<b>Razem</b>	<b>9 510</b>	<b>9 531</b>	<b>9 452</b>

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

**Tabela nr IV.12.** Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w latach 2018-2020 i ich wykonanie (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Dolnośląski	842 335,00	841 871,45	935 676,00	933 198,50	1 039 644,00	1 039 403,77
Kujawsko-Pomorski	608 154,00	607 943,26	667 825,00	667 821,78	739 712,00	739 668,11
Lubelski	568 716,00	620 539,08	685 954,00	685 927,26	778 469,00	772 622,57
Lubuski	289 853,00	289 555,93	320 804,00	320 400,34	361 007,00	357 186,47
Łódzki	741 026,00	740 774,83	820 089,00	820 080,42	919 176,00	911 207,98
Małopolski	1 001 110,00	1 000 598,09	1 117 558,00	1 117 026,05	1 228 394,00	1 230 612,58
Mazowiecki	1 651 607,00	1 651 451,64	1 835 799,00	1 832 666,00	2 045 587,00	2 040 848,80
Opolski	266 246,00	265 647,02	293 609,00	292 866,79	332 177,00	326 376,29
Podkarpacki	604 563,00	604 391,69	668 624,00	668 623,73	753 701,00	746 439,51
Podlaski	333 850,00	333 635,68	370 273,00	369 897,71	410 351,00	408 744,81
Pomorski	676 015,00	675 104,04	760 856,00	753 463,37	848 599,00	839 891,23
Śląski	1 332 391,00	1 331 168,12	1 476 454,00	1 472 132,02	1 636 385,00	1 627 083,44
Świętokrzyski	353 479,00	353 406,77	387 793,00	386 891,14	432 747,00	428 419,85



Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
Warmińsko-Mazurski	386 294,00	400 705,77	448 705,00	443 376,56	487 293,00	487 253,06
Wielkopolski	1 029 500,00	1 028 879,72	1 136 000,00	1 135 952,74	1 289 530,00	1 282 697,90
Zachodniopomorski	480 917,00	480 191,08	536 519,00	535 006,56	601 627,00	591 907,33
<b>RAZEM</b>	<b>11 166 056,00</b>	<b>11 225 864,17</b>	<b>12 462 538,00</b>	<b>12 435 330,97</b>	<b>13 904 399,00</b>	<b>13 830 363,70</b>

Zobrazowane powyżej dane świadczą o wzrost planowych kosztów finansowania świadczeń i ich wykonania w stosunku do lat poprzednich.

**Tabela nr IV.13.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w POZ w latach 2019-2020 (liczba osób wg unikalnego identyfikatora).

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	2 051 091	11 924 063	2 049 220	12 219 664	1 943 480	11 137 440
Kujawsko-Pomorski	1 548 333	9 407 439	1 528 920	9 463 732	1 443 870	8 442 300
Lubelski	1 603 526	9 658 628	1 592 310	9 882 090	1 493 779	8 829 401
Lubuski	740 676	4 340 269	733 125	4 358 204	687 664	3 859 703
Łódzki	1 894 466	11 583 592	1 876 477	11 637 539	1 765 430	10 501 188
Małopolski	2 479 315	13 640 920	2 468 398	13 885 508	2 304 671	12 371 537
Mazowiecki	3 826 018	20 758 991	3 791 528	20 730 788	3 560 029	18 746 996
Opolski	682 892	3 978 463	679 475	4 153 767	636 648	3 596 233
Podkarpacki	1 559 608	8 949 323	1 547 750	9 000 265	1 456 447	7 946 268
Podlaski	865 025	5 272 149	858 507	5 328 565	806 394	4 576 835
Pomorski	1 744 434	9 642 806	1 747 537	9 977 858	1 616 521	8 951 714
Śląski	3 361 633	18 907 399	3 354 006	19 783 726	3 175 745	18 059 041
Świętokrzyski	915 075	5 495 623	909 404	5 553 175	848 303	4 910 296
Warmińsko-Mazurski	1 046 395	6 415 261	1 034 714	6 476 525	963 683	5 589 887
Wielkopolski	2 668 045	15 969 545	2 641 415	16 244 406	2 483 495	14 433 840
Zachodniopomorski	1 275 605	7 889 578	1 260 513	7 942 367	1 166 779	7 024 208
<b>RAZEM</b>	<b>28 262 137</b>	<b>163 834 049</b>	<b>28 073 299</b>	<b>166 638 179</b>	<b>26 352 938</b>	<b>148 976 887</b>

Biorąc pod uwagę powyższe dane widoczny jest spadek liczby świadczeń z jednoczesnym spadkiem liczby pacjentów.

**Tabela nr IV.14.** Zestawienie kosztów świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej sfinansowanych w 2020 r. (w tys. zł).

Nazwa świadczenia	Koszt świadczeń w 2020 r.	Koszt wzrostu finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, zrealizowany w związku z przepisami OWU	Średniomiesięczna populacja świadczeniobiorców uwzględnionych w rozliczeniu 2020 r. (średnia z 12 miesięcy)
<b>Świadczenia lekarza poz</b>			
Świadczenia lekarza poz - kapitaacja, w tym:	9 804 172,42	0,00	34 532 125
• grupa 0-6 r.ż.	1 121 827,91	0,00	2 208 940
• grupa 7-19 r.ż.	996 595,74	0,00	4 601 115
• grupa 20-39 r.ż.	1 415 810,30	0,00	7 978 359
• grupa 40-65 r.ż.	2 518 277,08	0,00	10 656 012
• grupa 66 - 75 r.ż.	1 644 952,11	0,00	4 493 028

Nazwa świadczenia	Koszt świadczeń w 2020 r.	Koszt wzrostu finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, zrealizowany w związku z przepisami OWU	Średniomiesięczna populacja świadczeniobiorców uwzględnionych w rozliczeniu 2020 r. (średnia z 12 miesięcy)
• grupa powyżej 75 r.ż.	1 160 208,28	0,00	2 372 985
• grupa dps	44 069,89	0,00	368 493
• opieka nad chorymi przewlekłe	902 431,12	0,00	1 963 185
Świadczenia lekarza poz w ramach realizacji profilaktyki ChUK	4 473,00	0,00	
Świadczenia lekarza poz udzielane świadczeniobiorcom spoza listy	23 683,88	0,00	
Świadczenia lekarza poz w ramach kwalifikacji do realizacji transportu „dalekiego” w POZ	30,30	0,00	
Porady związane z wydaniem Karty DiLO	2 141,65	0,00	
Porada lekarska związana z wydaniem zaśw. osobie niezdolnej do samodz. egzystencji	2 472,83	0,00	
<b>Razem koszty</b>	<b>9 836 892,00</b>	<b>0</b>	
<b>Świadczenia pielęgniarki poz</b>			
Świadczenia pielęgniarki poz - kapitacja, w tym:	1 466 621,04	377 661,54	32 945 923
• grupa 0-6 r.ż	285 150,94	67 735,43	4 846 211
• grupa 7-65 r.ż.	960 534,34	219 081,64	22 188 093
• grupa powyżej 65 r.ż.	487 687,83	106 853,51	5 840 965
• grupa dps	10 323,93	2 119,52	70 653
Świadczenia pielęgniarki poz w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy	374,31	0,00	1 154
Świadczenia pielęgniarki poz udzielane świadczeniobiorcom spoza listy	148,41	0,00	124
<b>Razem koszty</b>	<b>1 744 219,77</b>	<b>455 723,69</b>	
<b>Świadczenia położnej poz</b>			
Świadczenia położnej poz - kapitacja	444 813,89	185 717 649	16 120 220
Świadczenia położnej poz - wizyty	71 808,59	0,00	186 091
Świadczenia położnej poz - przesiewowe badania cytologiczne	327,85	0,00	17
Świadczenia położnej poz udzielane świadczeniobiorcom spoza listy	9,69	0,00	57
<b>Razem koszty</b>	<b>516 960,00</b>	<b>185 717,65</b>	
<b>Świadczenia pielęgniarki szkolnej</b>			
Świadczenia pielęgniarki szkolnej - kapitacja wg typów uczniów, w tym:	449 916,87	173 689,56	4 610 325
• uczniowie typ I.1	352 084,24	121 515,84	3 907 536
• uczniowie typ I.2	30 855,79	10 409,74	201 450
• uczniowie typ I.3A	24 096,49	7 408,92	53 504
• uczniowie typ I.3B	4 473,42	1 366,16	5 287
• uczniowie typ I.3C	2 927,73	816,94	1 303
• uczniowie typ II	57 515,68	18 470,50	375 691
• uczniowie typ IIIA	14 419,67	4 637,19	32 014
• uczniowie typ IIIB	18 464,66	5 848,01	21 795

Nazwa świadczenia	Koszt świadczeń w 2020 r.	Koszt wzrostu finansowania świadczeń udzielanych przez pielęgniarki i położne, zrealizowany w związku z przepisami OWU	Średniomiesięczna populacja świadczeniobiorców uwzględnionych w rozliczeniu 2020 r. (średnia z 12 miesięcy)
• uczniowie typ III C	26 447,75	8 258,24	11 745
Świadczenia pielęgniarki szkolnej udzielane w ramach grupowej profilaktyki fluorkowej-kapitacja w klasach I-VI szkół podstawowych	11 505,46	0,00	1 911 334
<b>Razem koszty</b>	<b>510 947,20</b>	<b>208 308,4</b>	
<b>Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej</b>			
Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej - ryczałt	508 312,13	6 658,53	
Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej - UE	541,42		2 673
<b>Razem</b>	<b>508 920,75</b>	<b>6 658,53</b>	
<b>Świadczenia transportu sanitarnego w POZ</b>			
Świadczenia transportu sanitarnego w POZ – kapitacja	184 081,00	0,00	26 009 325
Świadczenia transportu sanitarnego „dalekiego” w POZ	13 513,52	0,00	2 257 760
<b>Razem</b>	<b>197 594,52</b>	<b>0,00</b>	
<b>Koszt ogółem</b>	<b>13 673 192,53</b>	<b>913 927,39</b>	

#### IV.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 IV.15.** Liczba świadczeniodawców w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej 2018-2020.

Nazwa OW	liczba świadczeniodawców		
	2018	2019	2020
Dolnośląski	491	478	459
Kujawsko-Pomorski	323	313	304
Lubelski	248	250	245
Lubuski	171	160	151
Łódzki	382	370	348
Małopolski	416	404	389
Mazowiecki	537	527	519
Opolski	184	183	173
Podkarpacki	340	333	321
Podlaski	208	206	199
Pomorski	297	293	282
Śląski	883	871	844
Świętokrzyski	266	264	253

Warmińsko-Mazurski	313	304	284
Wielkopolski	648	619	601
Zachodniopomorski	248	240	235
<b>Razem</b>	<b>5 955</b>	<b>5 815</b>	<b>5 607</b>

Zauważalny jest spadek liczby świadczeniodawców w porównaniu do lat 2018 i 2019.

**Tabela nr IV.16.** Wartość i wykonanie umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w latach 2018-2020 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	380 143	374 370	424 030	412 859	443 088	416 540
Kujawsko-Pomorski	222 122	218 224	244 111	239 858	263 426	257 830
Lubelski	219 284	225 813	242 012	244 205	268 226	264 211
Lubuski	117 361	116 340	132 408	127 129	133 900	137 386
Łódzki	279 992	274 434	315 137	307 726	340 932	318 697
Małopolski	406 160	404 500	415 517	441 594	490 462	469 952
Mazowiecki	588 111	590 180	655 230	655 295	780 611	723 602
Opolski	99 187	98 284	108 241	109 533	116 661	118 922
Podkarpacki	239 106	240 260	273 138	269 999	276 953	281 399
Podlaski	150 793	147 297	172 277	167 481	184 569	177 789
Pomorski	302 095	308 482	342 212	342 683	362 068	351 375
Śląski	673 482	667 626	740 589	733 720	804 708	753 829
Świętokrzyski	155 372	151 307	172 942	166 995	190 377	171 458
Warmińsko-Mazurski	156 891	161 064	170 502	179 499	199 498	198 916
Wielkopolski	463 387	453 657	524 686	501 032	542 903	492 645
Zachodniopomorski	189 745	192 220	205 062	207 412	219 039	222 632
<b>RAZEM:</b>	<b>4 643 230</b>	<b>4 624 058</b>	<b>5 138 096</b>	<b>5 107 021</b>	<b>5 617 420</b>	<b>5 357 184</b>

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

**Tabela nr IV.17.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w latach 2018-2020.

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	1 276 831	5 860 966	1 262 487	5 801 421	1 089 834	4 698 471
Kujawsko-Pomorski	978 462	4 634 101	966 323	4 547 695	841 100	3 658 701
Lubelski	982 434	4 883 112	979 744	4 855 289	834 283	3 778 330
Lubuski	465 944	2 067 117	456 880	2 027 382	390 819	1 652 438
Łódzki	1 144 846	5 656 333	1 137 408	5 676 767	981 447	4 499 354
Małopolski	1 514 922	7 747 291	1 498 316	7 601 340	1 311 590	6 239 510
Mazowiecki	2 394 196	11 364 269	2 373 913	11 302 321	2 070 167	9 242 776
Opolski	432 003	1 907 595	425 270	1 888 197	366 055	1 521 324
Podkarpacki	982 575	4 876 912	974 754	4 838 503	841 442	3 792 332

	2018		2019		2020	
Podlaski	590 479	2 999 741	589 649	2 974 798	522 566	2 441 776
Pomorski	1 067 692	5 251 303	1 062 009	5 233 777	941 320	4 464 852
Śląski	2 260 528	12 071 632	2 232 785	11 897 677	1 940 602	9 634 327
Świętokrzyski	571 274	2 659 795	570 206	2 655 284	477 411	2 052 509
Warmińsko-Mazurski	669 306	3 126 777	658 097	3 047 748	574 713	2 540 514
Wielkopolski	1 566 342	7 173 866	1 550 305	7 153 812	1 339 167	5 810 071
Zachodniopomorski	775 135	3 735 203	769 566	3 725 097	661 810	2 943 875
RAZEM:	17 672 969	86 016 013	17 507 712	85 227 108	15 184 326	68 971 160

W latach 2018 i 2019 kolumna „wartość zakontraktowanych świadczeń” nie zawierała danych dotyczących PSZ, jednakże z uwagi na konieczność ujednolicenia danych poprzez bazowanie na danych ze sprawozdania z realizacji planu finansowego, który wlicza PSZ, „wartość zakontraktowanych świadczeń” została analogicznie uzupełniona o PSZ.

Zauważalny spadek liczby pacjentów z jednoczesnym spadkiem 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.

#### IV.2.5. Leczenie szpitalne

**Tabela nr IV.18.** Liczba świadczeniodawców w leczeniu szpitalnym 2018-2020

Nazwa Oddziału	Liczba świadczeniodawców		
	2018	2019	2020
Dolnośląski	76	74	70
Kujawsko-Pomorski	64	60	59
Lubelski	60	56	56
Lubuski	30	29	29
Łódzki	69	65	66
Małopolski	68	68	69
Mazowiecki	121	118	116
Opolski	34	34	34
Podkarpacki	50	50	50
Podlaski	36	35	35
Pomorski	38	39	39
Śląski	151	126	125
Świętokrzyski	34	36	36
Warmińsko-Mazurski	49	49	50
Wielkopolski	94	90	89
Zachodniopomorski	36	37	36
<b>Razem</b>	<b>1 010</b>	<b>966</b>	<b>959</b>

**Tabela nr IV.19.** Wartość i wykonanie umów w rodzaju leczenie szpitalne w latach 2018-2020 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	Wartość umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość umów	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	3 268 006,01	3 168 340,40	3 752 200,33	3 524 705,93	3 772 064,40	3 905 965,56
Kujawsko-Pomorski	2 298 860,63	2 269 545,73	2 736 513,37	2 555 473,38	2 785 770,42	2 970 977,36
Lubelski	2 411 183,94	2 463 672,41	2 814 324,32	2 727 298,51	2 891 074,16	3 076 079,20
Lubuski	933 425,74	1 048 946,02	1 109 669,53	1 139 302,77	1 115 266,35	1 269 631,03
Łódzki	2 877 569,51	2 971 339,18	3 468 646,57	3 316 436,11	3 486 855,53	3 719 970,58
Małopolski	3 660 465,43	3 600 128,55	4 200 169,42	4 019 581,10	4 404 734,12	4 736 367,60
Mazowiecki	7 161 766,65	6 578 038,29	8 341 064,20	7 310 752,54	8 455 030,52	8 380 374,63
Opolski	903 379,13	1 004 165,33	1 071 197,87	1 104 634,49	1 071 789,78	1 231 018,36
Podkarpacki	2 102 913,94	2 237 718,29	2 433 463,42	2 496 726,60	2 525 296,51	2 760 186,78
Podlaski	1 269 788,81	1 294 325,27	1 509 407,95	1 468 130,48	1 552 209,60	1 692 713,45
Pomorski	2 312 101,43	2 396 344,72	2 720 844,99	2 663 751,59	2 889 520,09	2 985 381,85
Śląski	5 231 990,04	5 010 373,82	6 101 960,90	5 673 141,13	6 218 625,03	6 272 325,44
Świętokrzyski	1 378 695,21	1 437 372,14	1 645 068,79	1 609 622,27	1 679 756,01	1 811 534,54
Warmińsko-Mazurski	1 380 773,08	1 477 048,15	1 645 447,42	1 644 073,22	1 710 294,51	1 852 160,71
Wielkopolski	3 656 362,38	3 670 494,71	4 340 499,91	4 098 864,92	4 348 567,69	4 582 655,73
Zachodniopomorski	1 805 484,42	1 842 265,94	2 197 728,16	2 024 997,91	2 104 853,45	2 269 524,75
<b>RAZEM</b>	<b>42 652 766,35</b>	<b>42 470 118,95</b>	<b>50 088 207,15</b>	<b>47 377 492,95</b>	<b>51 011 708,17</b>	<b>53 516 867,57</b>

Z przedstawionych danych można zaobserwować wzrost planowych kosztów finansowania świadczeń i ich wykonania w stosunku do lat poprzednich. Wysokość kosztów realizacji świadczeń w 2020 roku jest wyższa niż wartość umów z powodu uwzględnienia nakładów na świadczenia związane z COVID-19 w kosztach realizacji świadczeń.

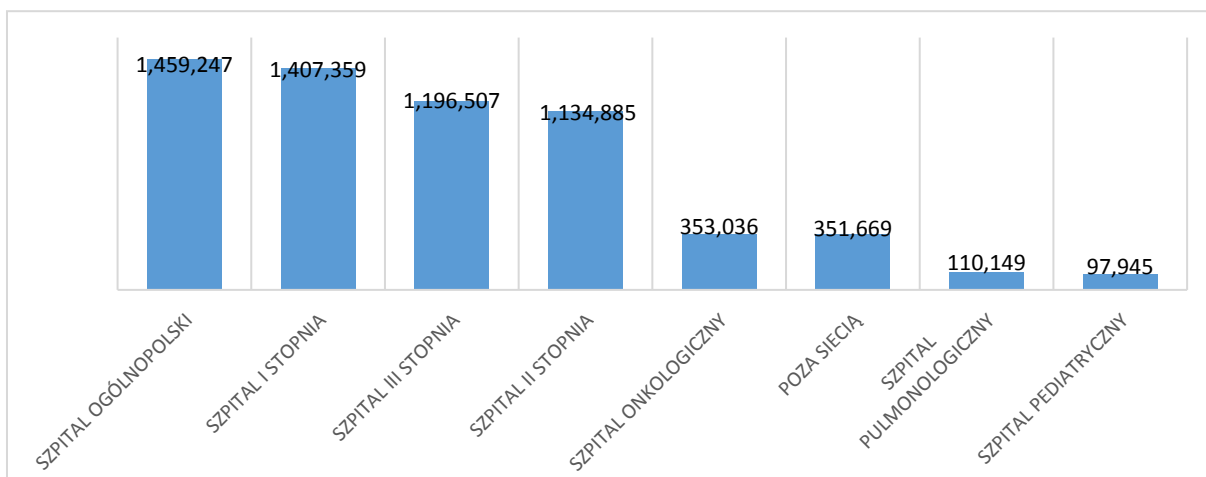
**Tabela nr IV.20.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu szpitalnym w latach 2018-2020.

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	663 124	1 217 157	655 250	1 251 041	504 528	963 988
Kujawsko-Pomorski	516 142	934 040	510 507	961 185	398 698	761 229
Lubelski	502 247	902 061	495 509	919 045	359 850	661 641
Lubuski	196 633	327 130	193 388	336 985	144 624	250 451
Łódzki	599 137	1 095 747	591 805	1 114 949	445 577	844 024
Małopolski	766 191	1 283 807	760 002	1 307 047	589 676	1 021 709
Mazowiecki	1 381 113	2 521 749	1 374 320	2 568 479	1 024 766	1 898 809
Opolski	229 627	384 143	225 617	384 509	164 096	267 249
Podkarpacki	507 510	869 828	503 345	887 821	378 039	662 445
Podlaski	268 473	461 331	267 149	473 972	203 778	358 031
Pomorski	550 985	963 576	545 903	991 891	427 685	791 505
Śląski	1 116 377	1 948 308	1 106 219	2 013 815	819 955	1 493 177
Świętokrzyski	310 144	545 521	306 001	571 330	222 018	397 602
Warmińsko-Mazurski	302 051	509 660	300 913	525 408	232 418	413 180
Wielkopolski	800 449	1 372 555	793 997	1 408 139	611 456	1 090 750
Zachodniopomorski	409 980	738 263	400 241	740 396	305 473	563 449

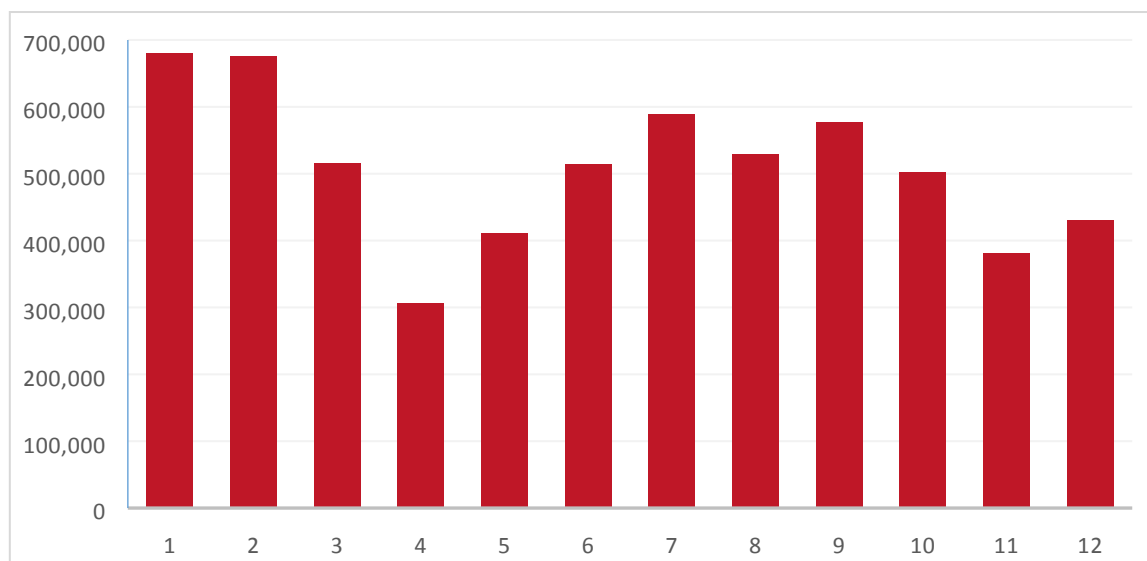
RAZEM:	9 120 183	16 074 876	9 030 166	16 456 012	6 832 637	12 439 239
--------	-----------	------------	-----------	------------	-----------	------------

Na podstawie powyższych danych zaobserwować można wyraźny spadek liczby pacjentów wraz ze spadkiem liczby świadczeń w stosunku do ubiegłych lat.

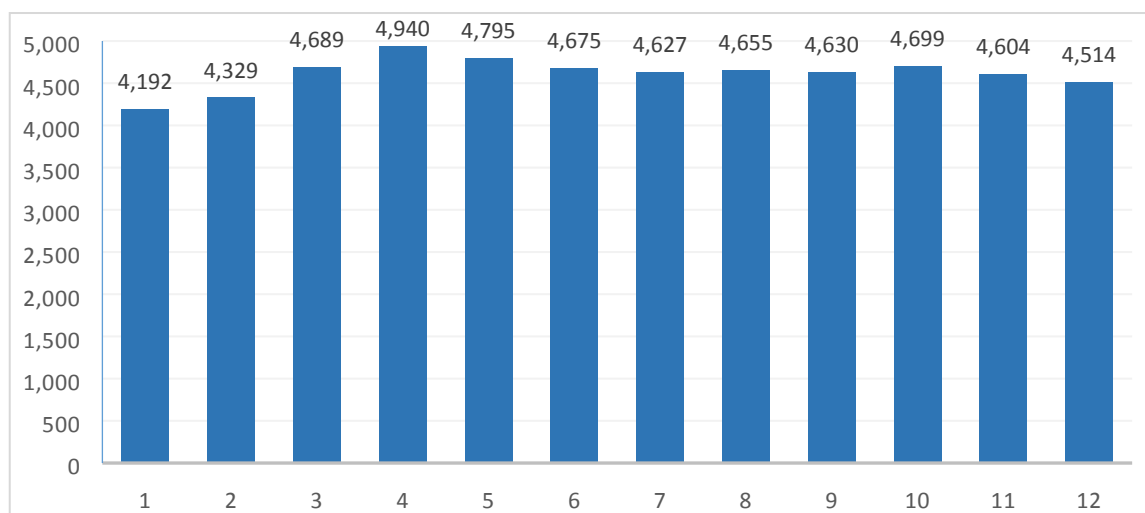
**Wykres nr IV.8.** Liczba hospitalizacji zrealizowanych w 2020 r. przez poszczególne typy świadczeniodawców.



**Wykres nr IV.9.** Liczba hospitalizacji w podziale na miesiące w 2020 r.



**Wykres nr IV.10.** Średnia wartość hospitalizacji w podziale na miesiące w 2020 r. (w zł).



#### IV.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 IV.21.** Liczba świadczeniodawców w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień 2018-2020.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2018	2019	2020
Dolnośląski	116	116	118
Kujawsko-Pomorski	77	72	74
Lubelski	96	93	90
Lubuski	43	40	39
Łódzki	99	86	84
Małopolski	117	106	110
Mazowiecki	182	179	183
Opolski	46	45	44
Podkarpacki	63	59	62
Podlaski	48	45	46
Pomorski	72	72	73
Śląski	182	146	148
Świętokrzyski	48	49	48
Warmińsko-Mazurski	53	47	45
Wielkopolski	151	133	134
Zachodniopomorski	68	64	62
<b>RAZEM</b>	<b>1 461</b>	<b>1 352</b>	<b>1 360</b>

Z danych zawartych w tabeli zaobserwować można wzrost liczby świadczeniodawców w porównaniu do roku poprzedniego

**Tabela nr IV.22.** Wartość i wykonanie umów w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2018-2020 (w tys. zł).



Nazwa Oddziału	Wartość zakontraktowanych świadczeń w 2018	Koszty realizacji świadczeń w 2018	Wartość zakontraktowanych świadczeń w 2019	Koszty realizacji świadczeń w 2019	Wartość zakontraktowanych świadczeń w 2020	Koszty realizacji świadczeń w 2020
Dolnośląski	235 567,39	234 017,15	254 682,06	257 009,00	277 253,15	266 032,95
Kujawsko-Pomorski	149 941,36	151 133,99	155 407,46	159 023,04	154 618,90	156 689,55
Lubelski	171 382,01	173 106,26	181 622,93	184 285,42	192 949,44	193 585,52
Lubuski	122 386,67	101 638,29	118 064,41	99 419,18	123 638,95	102 801,40
Łódzki	179 202,01	185 804,49	156 109,34	170 913,04	164 986,36	157 250,42
Małopolski	230 763,55	214 149,92	221 350,48	224 477,15	251 603,24	248 749,55
Mazowiecki	439 023,49	407 200,85	441 819,40	428 119,20	495 540,59	443 141,22
Opolski	81 776,68	73 128,81	89 492,12	78 419,84	88 478,63	85 369,72
Podkarpacki	135 243,64	134 388,45	127 762,92	134 857,85	138 953,88	141 853,48
Podlaski	96 921,99	84 800,26	101 231,49	90 538,02	103 065,87	90 152,65
Pomorski	186 642,46	175 435,62	209 634,46	201 130,36	225 729,17	204 176,25
Śląski	373 532,79	357 858,53	386 502,43	374 465,61	408 186,64	375 702,17
Świętokrzyski	83 626,10	89 943,63	94 865,44	100 957,47	98 224,40	102 936,73
Warmińsko-Mazurski	95 950,52	103 496,88	92 174,37	106 912,13	101 708,51	117 065,83
Wielkopolski	228 186,05	248 792,07	266 425,55	273 197,74	268 219,40	279 615,72
Zachodniopomorski	101 162,39	108 894,37	103 177,01	113 970,63	101 004,17	112 739,57
<b>RAZEM</b>	<b>2 911 309,09</b>	<b>2 843 789,57</b>	<b>3 000 321,88</b>	<b>2 997 695,68</b>	<b>3 194 161,30</b>	<b>3 077 862,73</b>

Biorąc pod uwagę powyższe dane można zaobserwować wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń oraz kosztów realizacji świadczeń.

**Tabela nr IV.23.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczeniu uzależnień w latach 2018-2020

Nazwa Oddziału	2018			2019			2020		
	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	118 891	909 273	1 011 716	119 360	951 090	967 393	112 293	901 648	841 131
Kujawsko-Pomorski	110 088	622 832	536 294	96 091	580 665	527 318	90 569	547 638	443 923
Lubelski	88 915	569 841	741 914	89 558	652 585	709 955	81 053	596 877	644 584
Lubuski	48 527	334 937	620 105	40 786	312 578	566 150	37 271	318 226	532 015
Łódzki	119 167	762 650	675 720	95 485	629 848	530 773	84 586	566 074	397 658
Małopolski	136 997	993 060	682 501	118 688	938 968	627 862	110 291	847 485	470 045
Mazowiecki	221 686	1 889 081	1 480 171	204 171	1 831 010	1 445 978	188 773	1 780 014	1 221 919
Opolski	41 066	353 260	366 475	40 985	283 071	369 525	37 784	251 117	307 636
Podkarpacki	92 767	570 321	499 154	84 448	542 158	417 277	77 998	461 151	387 441
Podlaski	58 705	356 579	407 875	45 155	315 172	373 863	42 170	264 969	338 090
Pomorski	115 366	807 872	747 376	114 981	847 393	744 984	105 880	753 334	667 822
Śląski	187 367	1 330 993	1 427 623	170 897	1 350 114	1 383 987	162 253	1 295 491	1 212 774
Świętokrzyski	56 051	270 650	341 964	55 663	322 252	330 428	50 527	295 974	249 247
Warmińsko-Mazurski	54 398	291 963	411 298	49 681	299 724	379 976	45 810	277 159	322 137
Wielkopolski	161 690	977 838	978 084	162 291	1 073 710	999 336	150 170	997 184	862 684
Zachodniopomorski	67 856	421 215	422 352	62 788	412 960	396 040	55 863	364 784	341 001
<b>RAZEM</b>	<b>1 679 537</b>	<b>11 462 362</b>	<b>11 350 622</b>	<b>1 551 028</b>	<b>11 343 296</b>	<b>10 770 845</b>	<b>1 433 291</b>	<b>10 519 124</b>	<b>9 240 107</b>

Z danych z tabeli zaobserwować można spadek liczby pacjentów i liczby świadczeń spowodowany realizacją programu pilotażowego w CZP.

**Tabela nr IV.24.** Liczba świadczeniodawców, liczba pacjentów (wg unikalnego identyfikatora) i liczba wykonanych świadczeń w programie pilotażowym w Centrach Zdrowia Psychicznego (CZP) w 2019 i 2020 roku

Nazwa Oddziału	2019			2020		
	liczba świadczeniodawców	liczba pacjentów wg identyfikatora	liczba świadczeń	liczba świadczeniodawców	liczba pacjentów wg identyfikatora	liczba świadczeń
Dolnośląski	1	2 951	67 114	1	2 994	49 539
Kujawsko-Pomorski	1	14 158	82 628	1	12 640	69 540
Lubelski	2	5 444	65 198	2	4 652	54 486
Lubuski	2	9 118	88 522	2	9 065	64 859
Łódzki	2	25 502	304 426	3	25 665	270 454
Małopolski	3	19 325	168 711	4	18 677	155 300
Mazowiecki	4	22 377	221 732	4	20 842	190 070
Opolski	-	-	-	1	688	2 442
Podkarpacki	2	9 568	129 714	2	9 581	79 217
Podlaski	4	15 267	124 586	4	16 252	106 902
Pomorski	1	2 733	21 451	2	10 602	65 428
Śląski	2	11 965	96 997	2	10 930	85 657
Świętokrzyski	1	2 581	31 450	2	4 544	32 796
Warmińsko-Mazurski	1	5 548	57 367	1	5 145	43 555
Wielkopolski	-	-	-	1	1 331	11 172
Zachodniopomorski	1	6 901	51 976	1	7 025	50 345
<b>RAZEM</b>	<b>27</b>	<b>153 438</b>	<b>1 511 872</b>	<b>33</b>	<b>160 633</b>	<b>1 331 762</b>

Z danych zawartych w tabeli zaobserwować można wzrost liczby pacjentów oraz spadek liczby świadczeń w porównaniu do roku poprzedniego.

#### IV.2.7. Świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze

**Tabela nr IV.25.** Liczba świadczeniodawców w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2018-2020.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2018	2019	2020
Dolnośląski	139	139	137
Kujawsko-Pomorski	91	90	88
Lubelski	77	76	76
Lubuski	53	52	51
Łódzki	69	72	72
Małopolski	124	123	120
Mazowiecki	185	181	178
Opolski	56	53	52
Podkarpacki	153	154	151
Podlaski	41	41	41
Pomorski	47	49	47
Śląski	166	168	150

Świętokrzyski	50	50	51
Warmińsko-Mazurski	57	57	56
Wielkopolski	140	142	142
Zachodniopomorski	50	51	48
<b>RAZEM</b>	<b>1 498</b>	<b>1 498</b>	<b>1 460</b>

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 nie dotyczy dzieci do ukończenia 3 roku życia).

**Tabela nr IV.26.** Wartość i wykonanie umów w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2018-2020 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	126 889,47	129 105,97	157 145,58	159 365,57	181 942,31	177 637,90
Kujawsko-Pomorski	75 093,44	74 679,79	87 799,10	87 499,82	95 800,26	99 974,70
Lubelski	106 598,90	92 239,66	97 426,13	101 490,54	113 402,69	119 874,55
Lubuski	37 136,14	37 542,39	41 414,41	43 593,73	47 676,49	50 115,34
Łódzki	75 958,66	80 340,22	87 905,08	93 939,44	105 651,14	107 308,47
Małopolski	178 762,11	176 163,07	203 888,82	210 407,35	244 408,82	239 235,39
Mazowiecki	217 312,08	209 470,01	246 124,45	236 565,16	267 948,19	255 962,71
Opolski	61 609,63	59 672,77	69 073,68	66 689,97	75 650,32	74 255,73
Podkarpacki	128 493,02	128 321,72	160 415,34	156 891,13	176 425,08	173 617,96
Podlaski	38 775,71	40 699,29	44 559,95	46 398,99	50 183,81	52 503,92
Pomorski	61 155,04	59 899,94	72 733,10	69 346,12	78 676,07	74 819,80
Śląski	286 524,99	285 410,43	314 774,40	310 107,45	354 288,27	352 216,58
Świętokrzyski	56 214,79	59 198,58	62 994,49	67 083,01	74 442,09	78 521,08
Warmińsko-Mazurski	45 879,42	45 723,02	53 289,44	56 060,43	62 070,64	61 543,09
Wielkopolski	100 234,03	99 720,52	106 022,09	111 211,99	117 087,10	113 072,90
Zachodniopomorski	49 643,37	51 711,68	56 068,86	58 537,45	62 617,79	64 903,00
<b>RAZEM</b>	<b>1 646 281</b>	<b>1 629 899</b>	<b>1 861 635</b>	<b>1 875 188</b>	<b>2 108 271</b>	<b>2 095 563</b>

Powyższe dane przedstawiają wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń i kosztów realizacji świadczeń w stosunku do lat 2018 i 2019.

**Tabela nr IV.27.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w świadczeniach pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2018-2020.

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	7 904	1 684 800	7 732	1 954 813	7 949	2 205 538
Kujawsko-Pomorski	4 725	975 263	4 557	1 098 896	4 419	1 196 886
Lubelski	5 917	1 344 222	5 861	1 488 042	5 787	1 612 744
Lubuski	2 401	534 295	2 588	590 717	2 544	666 061
Łódzki	5 899	1 175 060	5 846	1 260 066	6 049	1 380 981

	2018		2019		2020	
Małopolski	11 008	2 468 412	11 100	2 809 384	10 901	3 023 605
Mazowiecki	13 471	3 176 552	13 392	3 360 173	13 255	3 593 304
Opolski	4 901	1 127 520	4 485	1 110 456	4 394	1 157 717
Podkarpacki	9 224	2 249 906	9 207	2 341 630	8 944	2 470 928
Podlaski	2 500	540 482	2 407	556 625	2 403	605 775
Pomorski	3 738	671 049	3 664	715 678	3 435	770 552
Śląski	19 552	4 858 590	20 222	5 122 379	19 739	5 589 191
Świętokrzyski	4 255	875 686	4 088	1 015 809	4 030	1 076 863
Warmińsko-Mazurski	3 228	539 872	3 083	629 916	2 896	692 195
Wielkopolski	7 604	1 650 383	7 728	1 806 010	7 507	1 927 276
Zachodniopomorski	4 114	864 988	4 004	884 839	3 721	932 587
<b>RAZEM</b>	<b>110 441</b>	<b>24 737 080</b>	<b>109 964</b>	<b>26 745 433</b>	<b>107 973</b>	<b>28 902 203</b>

Biorąc pod uwagę powyższe dane można zaobserwować wzrost liczby świadczeń oraz spadek liczby pacjentów w porównaniu do roku 2018 i 2019.

#### IV.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 uśmierzenie, 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 IV.28.** Liczba świadczeniodawców w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2018-2020.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2018	2019	2020
Dolnośląski	32	32	32
Kujawsko-Pomorski	21	21	22
Lubelski	26	27	25
Lubuski	14	14	14
Łódzki	32	33	33
Małopolski	40	41	40
Mazowiecki	77	72	72
Opolski	11	11	11
Podkarpacki	46	48	47
Podlaski	16	16	15
Pomorski	29	29	29
Śląski	51	55	53

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
Świętokrzyski	19	20	19
Warmińsko-Mazurski	25	24	24
Wielkopolski	54	53	55
Zachodniopomorski	24	25	24
<b>RAZEM</b>	<b>517</b>	<b>521</b>	<b>515</b>

**Tabela nr IV.29.** Wartość i wykonanie umów w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2018-2020 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	66 630,79	66 320,57	78 227,73	77 744,11	84 179,28	84 273,64
Kujawsko-Pomorski	46 745,59	47 815,83	49 663,84	51 112,86	52 672,56	53 990,45
Lubelski	33 369,28	31 934,02	33 939,82	34 018,26	37 231,40	37 062,19
Lubuski	19 815,51	19 156,66	22 876,37	21 716,64	21 221,40	21 005,60
Łódzki	35 794,59	38 051,13	37 773,49	40 495,70	40 035,06	39 982,77
Małopolski	78 940,69	72 455,96	80 059,83	80 903,15	86 552,47	84 111,66
Mazowiecki	85 643,19	83 920,74	94 217,43	93 238,66	97 927,61	95 109,19
Opolski	22 313,86	22 064,26	25 679,58	25 903,08	27 431,42	27 112,60
Podkarpacki	49 688,43	48 791,61	62 426,53	61 106,45	60 442,61	59 814,98
Podlaski	22 605,79	22 805,22	23 977,17	24 307,22	23 067,93	23 520,51
Pomorski	48 455,46	47 607,06	51 769,28	50 046,32	52 274,90	51 529,81
Śląski	84 948,23	89 187,74	95 222,48	95 684,61	104 167,03	99 842,37
Świętokrzyski	30 650,19	31 972,20	34 856,87	34 251,46	34 114,60	33 249,73
Warmińsko-Mazurski	22 570,94	22 942,90	24 618,87	26 371,60	27 346,41	26 874,35
Wielkopolski	71 467,50	68 767,83	75 066,71	72 442,42	75 818,22	66 884,34
Zachodniopomorski	17 870,44	19 496,03	21 848,87	24 009,75	24 897,84	26 757,34
<b>RAZEM:</b>	<b>737 510,49</b>	<b>733 289,76</b>	<b>812 224,86</b>	<b>813 352,29</b>	<b>849 380,75</b>	<b>831 121,53</b>

Na podstawie danych zawartych w powyższej tabeli widocznych jest wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń i kosztów realizacji świadczeń w stosunku do 2018 i 2019 roku.

**Tabela nr IV.30.** Porównanie liczby pacjentów i liczby świadczeń w opiece paliatywno-hospicyjnej w latach 2018-2020.

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	8 927	687 378	9 358	855 433	8 948	1 133 511
Kujawsko-Pomorski	6 522	553 946	6 643	645 877	6 269	791 019
Lubelski	4 071	296 147	4 175	361 897	3 844	425 166
Lubuski	2 951	249 611	2 993	278 101	2 742	334 566
Łódzki	6 082	380 523	5 991	420 513	5 658	489 864
Małopolski	7 428	544 435	7 610	635 624	7 313	780 718

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Mazowiecki	11 510	838 759	12 143	1 088 723	11 139	1 262 200
Opolski	2 863	281 141	2 834	311 815	2 707	379 431
Podkarpacki	5 187	486 387	5 064	541 031	4 550	631 701
Podlaski	2 431	182 809	2 438	191 761	2 236	232 687
Pomorski	5 905	400 999	6 019	449 735	5 746	536 880
Śląski	12 782	865 527	12 775	964 160	12 155	1 272 046
Świętokrzyski	3 660	250 477	3 688	273 702	3 373	298 829
Warmińsko-Mazurski	3 620	261 235	3 789	308 264	3 382	366 890
Wielkopolski	8 291	629 277	8 316	689 567	7 809	801 940
Zachodniopomorski	3 244	216 321	3 186	252 194	3 266	337 049
<b>RAZEM:</b>	<b>95 474</b>	<b>7 124 972</b>	<b>97 022</b>	<b>8 268 397</b>	<b>91 137</b>	<b>10 074 497</b>

Powyższe dane przedstawiają zdecydowany wzrost liczby świadczeń przy jednoczesnym spadku liczby pacjentów.

#### IV.2.9. Rehabilitacja lecznicza

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

**Tabela nr IV.31.** Liczba świadczeniodawców w rehabilitacji leczniczej w latach 2018-2020.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2018	2019	2020
Dolnośląski	172	169	168
Kujawsko-Pomorski	189	184	179
Lubelski	150	150	149
Lubuski	81	84	79
Łódzki	188	193	188
Małopolski	259	261	258
Mazowiecki	320	311	311
Opolski	83	83	85
Podkarpacki	337	338	337
Podlaski	49	48	47
Pomorski	112	120	118
Śląski	312	321	300
Świętokrzyski	141	143	138
Warmińsko-Mazurski	107	103	103
Wielkopolski	255	237	240
Zachodniopomorski	91	99	87
<b>RAZEM</b>	<b>2 846</b>	<b>2 844</b>	<b>2 787</b>

Powyższe dane obrazują coroczny spadek liczby świadczeniodawców.

**Tabela nr IV.32.** Wartość i wykonanie umów w opiece rehabilitacji leczniczej w latach 2018-2020 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	178 026,24	186 736,60	220 343,89	224 989,01	236 185,78	224 069,43
Kujawsko-Pomorski	122 180,67	125 165,73	139 009,14	140 231,52	132 483,58	135 024,18
Lubelski	125 783,98	132 946,09	146 777,62	149 189,79	150 161,98	147 399,16
Lubuski	62 094,45	61 808,10	74 409,65	74 376,82	71 021,67	71 646,54
Łódzki	129 195,05	133 285,19	147 424,47	165 786,96	155 022,48	156 723,61
Małopolski	246 678,94	261 883,36	275 461,03	284 715,58	315 440,33	295 143,44
Mazowiecki	451 632,29	467 241,13	555 443,71	547 386,52	581 548,62	532 818,82
Opolski	61 202,78	62 342,21	75 742,89	72 004,87	76 683,72	76 210,85
Podkarpacki	166 284,12	178 085,36	205 355,19	204 993,12	214 509,38	214 324,33
Podlaski	62 135,42	66 970,63	73 039,95	74 807,89	69 255,84	69 166,84
Pomorski	131 827,12	135 921,52	158 284,18	157 719,39	165 390,70	155 919,50
Śląski	301 021,08	290 549,10	361 610,17	360 388,64	397 325,69	373 111,02
Świętokrzyski	95 800,13	99 095,70	118 029,49	106 879,87	121 268,99	109 579,85
Warmińsko-Mazurski	78 207,78	85 395,59	92 806,86	93 851,27	97 357,10	95 358,64
Wielkopolski	187 290,25	193 604,03	238 527,22	228 850,47	228 841,61	218 851,98
Zachodniopomorski	85 288,48	84 274,81	102 037,94	101 186,72	107 672,19	104 776,42
<b>RAZEM</b>	<b>2 484 648,78</b>	<b>2 565 305,15</b>	<b>2 984 303,39</b>	<b>2 987 358,44</b>	<b>3 120 169,66</b>	<b>2 980 124,61</b>

Widoczny wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń z jednoczesnym nieznacznym spadkiem kosztów realizacji świadczeń w stosunku do ubiegłego roku

**Tabela nr IV.33.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w rehabilitacji leczniczej w latach 2018-2020.

Nazwa Oddziału	2018			2019			2020		
	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	211 582	7 998 202	51 648	211 401	8 606 248	53 195	175 681	7 534 594	41 390
Kujawsko-Pomorski	206 540	9 301 333	19 090	209 025	9 992 963	20 148	162 756	7 478 815	15 164
Lubelski	190 483	8 551 701	13 964	189 302	9 025 297	14 471	144 715	6 928 849	10 906
Lubuski	82 954	3 903 499	29 799	86 325	4 494 850	33 730	67 573	3 551 865	21 672
Łódzki	235 998	10 075 153	19 695	232 003	10 292 301	20 199	191 701	8 716 229	10 242
Małopolski	328 165	13 890 633	66 846	326 716	14 624 977	67 896	263 200	12 048 202	54 769
Mazowiecki	531 662	22 776 508	48 364	529 891	24 760 569	60 010	434 940	20 216 603	53 015
Opolski	72 006	2 691 373	37 035	71 812	2 939 248	41 886	57 522	2 557 754	22 201
Podkarpacki	236 208	11 859 731	22 389	228 893	12 599 732	26 795	189 135	10 986 296	26 435
Podlaski	99 066	4 139 974	10 928	101 306	4 269 786	9 669	89 044	3 553 865	7 824
Pomorski	215 997	8 143 799	40 168	219 262	8 859 665	34 155	179 482	7 595 072	18 855

Śląski	372 037	13 534 430	118 270	375 038	15 252 891	125 026	300 213	13 053 601	90 781
Świętokrzyski	118 594	4 665 027	24 674	119 292	5 316 140	25 554	91 049	4 135 948	15 258
Warmińsko-Mazurski	112 409	3 907 452	24 295	111 077	4 029 313	31 604	89 349	3 268 812	27 233
Wielkopolski	240 167	10 219 064	64 988	238 227	11 092 063	64 678	195 679	9 580 568	38 659
Zachodniopomorski	107 199	3 726 858	11 042	108 477	4 193 117	10 931	88 287	3 844 876	7 380
<b>RAZEM</b>	<b>3 361 067</b>	<b>139 384 737</b>	<b>603 195</b>	<b>3 358 047</b>	<b>150 349 160</b>	<b>639 947</b>	<b>2 720 326</b>	<b>125 051 950</b>	<b>461 784</b>

Powyższe dane prezentują spadek liczby pacjentów z jednoczesnym spadkiem liczby świadczeń w warunkach ambulatoryjnych oraz stacjonarnych.

#### IV.2.10. Leczenie stomatologiczne

W ramach leczenia stomatologicznego udzielane są świadczenia dla dzieci i dla osób dorosłych. NFZ sfinansował 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 IV.34.** Liczba świadczeniodawców w leczeniu stomatologicznym w latach 2018-2020.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2018	2019	2020
Dolnośląski	601	586	562
Kujawsko-Pomorski	432	415	397
Lubelski	542	537	522
Lubuski	196	191	185
Łódzki	389	388	372
Małopolski	461	425	412
Mazowiecki	651	646	621
Opolski	246	243	226
Podkarpacki	590	581	556
Podlaski	254	249	249
Pomorski	298	287	277
Śląski	712	711	684
Świętokrzyski	288	286	274
Warmińsko-Mazurski	360	353	330
Wielkopolski	740	729	706
Zachodniopomorski	361	365	331
<b>RAZEM</b>	<b>7 121</b>	<b>6 992</b>	<b>6 704</b>

Z danych w tabeli zaobserwować można sukcesywny spadek liczby świadczeniodawców.

**Tabela nr IV.35.** Wartość i wykonanie umów w leczeniu stomatologicznym w latach 2018-2020 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2018	2019	2020
----------------	------	------	------



	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	120 776,83	117 210,07	121 070 547,91	118 772,77	123 022,02	107 122,33
Kujawsko-Pomorski	99 285,45	100 370,04	100 984 427,24	102 118,76	90 340,03	87 609,37
Lubelski	122 826,13	124 123,95	125 056 882,28	124 356,95	114 099,55	104 408,30
Lubuski	39 049,60	38 770,51	41 946 286,88	39 873,96	30 786,47	32 129,56
Łódzki	120 904,87	119 610,61	125 788 074,80	124 244,24	126 221,59	112 668,69
Małopolski	205 655,92	200 182,13	206 611 982,43	210 095,59	215 021,15	187 600,73
Mazowiecki	218 216,60	215 326,68	229 151 934,71	225 797,55	229 060,44	209 436,18
Opolski	41 489,39	41 929,82	41 872 543,93	42 499,13	35 667,89	36 875,26
Podkarpacki	110 530,58	111 622,39	113 159 656,75	113 465,34	98 264,88	96 171,36
Podlaski	62 828,36	62 650,38	64 152 104,92	63 826,53	64 686,22	58 382,15
Pomorski	112 044,62	110 909,15	114 315 030,94	113 907,91	109 502,45	103 912,06
Śląski	195 880,36	195 586,64	195 537 892,03	195 899,23	189 440,71	166 188,68
Świętokrzyski	64 297,13	65 679,75	64 773 755,27	65 457,26	59 912,81	55 320,17
Warmińsko-Mazurski	78 612,79	79 396,16	79 409 609,67	79 815,54	76 964,42	73 484,07
Wielkopolski	148 489,42	146 205,05	152 203 801,78	148 407,51	150 709,97	129 470,23
Zachodniopomorski	83 220,98	82 426,29	80 101 414,75	77 797,14	68 136,12	69 569,96
<b>RAZEM</b>	<b>1 824 109,03</b>	<b>1 811 999,62</b>	<b>1 856 135 946,30</b>	<b>1 846 335,41</b>	<b>1 781 836,72</b>	<b>1 630 349,10</b>

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

**Tabela nr IV.36.** Porównanie liczby pacjentów i liczby świadczeń w leczeniu stomatologicznym w latach 2018-2020.

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	430 494	3 467 202	419 195	3 546 632	321 331	2 883 019
Kujawsko-Pomorski	356 333	3 099 743	349 016	3 212 890	258 613	2 212 280
Lubelski	456 604	5 471 714	452 841	5 369 497	346 807	3 558 775
Lubuski	139 698	1 070 158	140 632	1 095 337	98 969	748 642
Łódzki	445 902	4 421 907	445 974	4 718 328	328 450	3 262 539
Małopolski	679 184	7 855 469	672 465	8 224 140	530 820	6 538 033
Mazowiecki	715 929	11 786 983	720 702	12 396 135	560 501	10 269 085
Opolski	143 548	1 122 511	143 193	1 168 697	104 124	808 997
Podkarpacki	402 843	3 387 708	401 370	3 500 184	313 891	2 605 030
Podlaski	237 646	2 690 401	237 206	2 772 422	200 660	2 474 055
Pomorski	396 036	4 911 195	391 728	5 164 585	297 878	4 302 657
Śląski	745 220	5 402 394	754 298	5 742 098	566 027	4 402 309
Świętokrzyski	229 349	2 511 390	226 937	2 546 760	169 149	1 807 765
Warmińsko-Mazurski	292 465	2 856 037	284 612	2 855 156	223 970	2 222 174
Wielkopolski	588 509	4 419 304	582 297	4 512 554	453 335	3 411 475
Zachodniopomorski	297 424	1 958 248	287 966	1 907 611	220 777	1 384 065
<b>RAZEM</b>	<b>6 557 184</b>	<b>66 432 364</b>	<b>6 510 432</b>	<b>68 733 025</b>	<b>4 995 302</b>	<b>52 890 899</b>

Z danych przedstawionych powyżej zaobserwować można zdecydowany spadek liczby pacjentów wraz ze spadkiem liczby świadczeń.

**Tabela nr IV.37.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w leczeniu stomatologicznym dla pacjentów poniżej 18 r.ż. w latach 2018-2020.

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	119 550	1 023 680	118 878	1 077 186	88 029	843 896
Kujawsko-Pomorski	120 794	1 384 283	122 406	1 484 936	88 029	930 860
Lubelski	176 076	3 039 691	178 574	3 012 603	139 071	1 827 709
Lubuski	40 394	361 808	44 280	391 339	28 713	250 518
Łódzki	126 237	1 522 230	133 582	1 699 064	99 619	1 135 364
Małopolski	229 720	3 283 280	229 986	3 377 012	173 154	2 376 532
Mazowiecki	228 274	3 648 564	240 732	3 972 260	198 051	3 454 591
Opolski	43 123	429 200	45 654	463 739	33 179	304 309
Podkarpacki	127 375	1 374 324	130 569	1 432 920	100 329	1 002 903
Podlaski	72 038	908 486	74 661	982 671	63 267	843 897
Pomorski	120 979	1 455 442	122 092	1 519 683	90 249	1 222 620
Śląski	200 574	1 664 602	209 776	1 852 947	157 409	1 373 076
Świętokrzyski	72 654	1 030 277	75 372	1 095 763	57 260	733 052
Warmińsko-Mazurski	81 421	888 184	82 369	923 384	62 733	657 867
Wielkopolski	178 255	1 787 494	181 901	1 886 740	144 747	1 397 019
Zachodniopomorski	78 776	619 680	78 434	603 375	60 337	424 177
<b>RAZEM</b>	<b>2 016 240</b>	<b>24 421 225</b>	<b>2 069 266</b>	<b>25 775 621</b>	<b>1 584 176</b>	<b>18 778 389</b>

Powyższe dane przedstawiają widoczny spadek liczby pacjentów i liczby świadczeń w porównaniu do lat ubiegłych.

**Tabela nr IV.38.** Liczba świadczeniodawców, liczba pacjentów, liczba wykonanych świadczeń oraz wartość rozliczonych świadczeń w zakresie „świadczenia udzielane w dentobusie” za 2020 rok.

Nazwa Oddziału	Liczba świadczeniodawców	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń
Dolnośląski	1	161	491	13 127
Kujawsko-pomorski	1	2 220	3 218	126 932
Lubelski	1	908	9 233	112 505
Lubuski	1	2 096	15 272	214 890
Łódzki	1	2 589	23 202	241 403
Małopolski	1	2 366	4 543	102 158
Mazowiecki	1	2 093	8 790	124 926
Opolski	1	4 576	27 364	402 034
Podkarpacki	1	1 585	1 588	114 351
Podlaski	1	2 982	30 218	388 989
Pomorski	1	1 847	4 904	100 786
Śląski	1	4 981	4 998	259 077

Nazwa Oddziału	Liczba świadczeniodawców	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Wartość rozliczonych świadczeń
Świętokrzyski	1	3 123	17 883	286 890
Warmińsko-mazurski	1	1 925	5 011	138 686
Wielkopolski	1	345	5 107	102 537
Zachodniopomorski	1	4 903	27 143	445 706
<b>Razem:</b>	<b>16</b>	<b>38 700</b>	<b>188 965</b>	<b>3 175 000</b>

W porównaniu do 2019 roku występuje wyraźny spadek liczby pacjentów (o 53%), liczby świadczeń (o 45%) i wartości rozliczonych świadczeń (o 49%).

#### IV.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 odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej; teleradioterapia protonowa; domowa antybiotykoterapia dożylna; kompleksowe leczenie ran przewlekłych(KLRP-1); telekonsylium kardiologiczne; telekonsylium geriatryczne; koordynowana opieka nad osobami z całościowymi zaburzeniami rozwoju (KO-CZR), dziecięca opieka koordynowana (DOK)

**Tabela nr IV.39.** Liczba świadczeniodawców w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2018-2020.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2018	2019	2020
Dolnośląski	31	30	29
Kujawsko-Pomorski	33	31	30
Lubelski	28	28	28
Lubuski	15	14	14
Łódzki	28	25	25
Małopolski	33	33	32
Mazowiecki	53	50	51
Opolski	16	16	16
Podkarpacki	27	28	27
Podlaski	23	22	20
Pomorski	19	19	18
Śląski	42	37	37
Świętokrzyski	22	21	20
Warmińsko-Mazurski	18	18	20
Wielkopolski	35	35	34
Zachodniopomorski	22	22	22
<b>RAZEM</b>	<b>445</b>	<b>429</b>	<b>423</b>

**Tabela nr IV.40.** Wartość i wykonanie umów w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2018-2020 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	132 954,15	137 244,11	156 556,43	158 694,86	171 016,10	176 926,89
Kujawsko-Pomorski	111 102,44	109 014,36	122 576,70	119 293,95	127 001,83	125 874,56

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Lubelski	140 220,28	124 945,66	172 278,06	165 873,01	176 790,18	174 410,53
Lubuski	52 363,42	57 367,64	71 753,21	72 729,26	87 363,36	86 279,86
Łódzki	146 066,76	147 955,43	154 631,72	159 478,10	174 967,15	173 587,08
Małopolski	259 572,18	238 211,94	263 540,51	267 713,94	296 496,87	287 207,34
Mazowiecki	242 732,73	240 293,36	256 478,09	253 635,72	271 647,72	268 294,79
Opolski	48 614,71	52 532,74	51 815,76	55 994,15	55 309,83	58 696,99
Podkarpacki	94 419,65	100 562,16	102 902,45	108 423,08	105 041,03	113 571,15
Podlaski	70 325,57	69 647,05	75 828,29	75 498,74	74 664,58	75 214,05
Pomorski	118 375,80	122 829,94	133 198,21	136 750,78	141 453,88	143 650,67
Śląski	245 564,65	244 354,94	274 144,24	273 338,94	285 144,56	284 959,25
Świętokrzyski	57 385,25	58 028,18	68 076,99	68 035,81	73 380,17	70 838,39
Warmińsko-Mazurski	61 284,17	65 464,98	65 184,19	68 852,61	68 796,70	70 076,71
Wielkopolski	206 536,44	204 398,41	224 805,77	220 840,05	229 534,66	222 662,83
Zachodniopomorski	155 586,86	153 945,96	164 066,93	163 634,64	165 752,64	169 101,91
<b>RAZEM</b>	<b>2 143 105,06</b>	<b>2 126 796,86</b>	<b>2 357 837,55</b>	<b>2 368 787,64</b>	<b>2 504 361,26</b>	<b>2 501 353,00</b>

Powyższe dane wskazują na wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń i kosztów realizacji świadczeń w stosunku do lat ubiegłych.

**Tabela nr IV.41.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w świadczeniach odrębnie kontraktowanych w latach 2018-2020.

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	15 680	619 086	16 748	670 205	15 470	680 459
Kujawsko-Pomorski	14 955	482 241	14 867	527 260	13 172	564 072
Lubelski	8 610	476 928	9 500	515 363	8 154	528 060
Lubuski	3 445	232 148	3 904	235 315	4 034	239 157
Łódzki	15 524	588 957	16 863	611 294	15 939	620 369
Małopolski	16 410	790 437	17 196	839 490	15 515	866 158
Mazowiecki	35 499	1 393 516	36 681	1 404 118	33 530	1 429 813
Opolski	3 719	229 227	4 242	260 370	4 098	280 032
Podkarpacki	8 194	571 737	8 208	603 169	7 441	628 761
Podlaski	6 608	260 222	6 874	269 379	5 960	266 567
Pomorski	10 932	459 178	11 196	498 053	9 817	533 447
Śląski	25 156	1 198 489	25 734	1 328 830	23 336	1 369 570
Świętokrzyski	8 059	402 012	8 240	392 205	7 203	412 810
Warmińsko-Mazurski	6 802	346 814	7 206	364 882	6 948	360 977
Wielkopolski	19 274	965 232	19 953	1 089 942	18 462	1 065 499
Zachodniopomorski	12 029	348 350	13 333	376 223	13 367	394 250

<b>RAZEM</b>	<b>210 896</b>	<b>9 364 574</b>	<b>220 745</b>	<b>9 986 098</b>	<b>202 446</b>	<b>10 240 001</b>
--------------	----------------	------------------	----------------	------------------	----------------	-------------------

Dane zaprezentowane w powyższej tabeli wskazują na wyraźny spadek liczby pacjentów z jednoczesnym wzrostem liczby świadczeń w stosunku do 2018 i 2019 roku.

#### IV.2.12. Profilaktyczne programy zdrowotne

**Tabela nr IV.42.** Liczba świadczeniodawców w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2018-2020.

Nazwa Oddziału	liczba świadczeniodawców		
	2018	2019	2020
Dolnośląski	47	49	47
Kujawsko-Pomorski	42	40	43
Lubelski	35	34	35
Lubuski	17	17	16
Łódzki	26	24	26
Małopolski	52	55	52
Mazowiecki	86	81	88
Opolski	19	19	18
Podkarpacki	34	33	31
Podlaski	14	15	13
Pomorski	37	36	40
Śląski	103	100	104
Świętokrzyski	23	24	22
Warmińsko-Mazurski	22	21	19
Wielkopolski	47	47	47
Zachodniopomorski	25	25	24
<b>RAZEM</b>	<b>629</b>	<b>620</b>	<b>625</b>

**Tabela nr IV.43.** Wartość i wykonanie umów w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2018-2020 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	14 294,90	14 002,04	14 841,89	14 037,66	15 282,47	12 732,22
Kujawsko-Pomorski	11 273,48	10 979,18	11 964,17	11 789,89	10 602,20	10 095,27
Lubelski	8 090,01	8 322,64	8 298,50	8 495,55	7 383,69	6 559,33
Lubuski	6 071,56	5 984,49	4 895,90	5 471,51	5 756,92	5 675,55
Łódzki	10 876,08	10 586,11	11 812,59	11 655,08	12 313,47	10 727,33
Małopolski	12 830,47	13 272,93	14 864,20	15 909,08	16 163,82	13 524,83
Mazowiecki	23 250,16	22 110,38	23 885,83	22 698,58	25 371,47	21 506,82
Opolski	3 718,21	3 929,23	4 865,39	5 224,72	4 686,09	3 838,92
Podkarpacki	7 386,34	7 659,61	8 013,68	8 392,36	7 162,02	6 860,54
Podlaski	4 893,20	4 655,76	5 742,68	5 448,69	5 624,03	5 265,53

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zakontraktowanych świadczeń	Koszty realizacji świadczeń
Pomorski	10 178,36	10 208,66	9 842,67	10 166,64	11 374,75	9 036,30
Śląski	30 002,64	27 885,43	33 140,92	30 945,80	32 607,53	28 768,37
Świętokrzyski	5 355,23	5 260,65	5 989,38	5 971,50	5 968,84	4 985,48
Warmińsko-Mazurski	5 319,03	5 618,28	5 660,05	6 112,53	5 804,77	4 972,01
Wielkopolski	15 501,08	13 048,07	17 147,31	16 668,29	16 626,48	14 411,03
Zachodniopomorski	7 649,94	7 590,63	7 895,24	7 780,89	8 032,54	7 317,72
<b>RAZEM</b>	<b>176 690,68</b>	<b>171 114,09</b>	<b>188 860,40</b>	<b>186 768,77</b>	<b>190 761,08</b>	<b>166 277,25</b>

Zaprezentowane dane wskazują na widoczny wzrost wartości zakontraktowanych świadczeń oraz spadek kosztów realizacji świadczeń w stosunku do 2019 roku.

**Tabela nr IV.44.** Porównanie liczby pacjentów i liczby wykonanych świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych w latach 2018-2020- pozostałe programy.

Nazwa Oddziału	2018		2019		2020	
	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Dolnośląski	6 953	24 425	7 451	26 317	7 316	25 241
Kujawsko-Pomorski	8 263	41 528	7 944	41 691	6 417	35 860
Lubelski	2 989	10 165	3 335	11 852	3 194	10 805
Lubuski	4 230	13 353	3 894	12 119	4 133	6 801
Łódzki	5 315	21 622	5 492	23 137	5 508	22 553
Małopolski	8 150	27 463	9 889	34 544	10 488	28 981
Mazowiecki	11 431	34 478	11 715	39 930	10 972	36 204
Opolski	2 482	8 227	3 467	11 680	2 946	14 551
Podkarpacki	4 493	13 987	4 720	14 980	4 807	15 007
Podlaski	2 527	10 655	2 884	12 076	2 626	10 823
Pomorski	6 065	20 285	5 354	18 942	4 748	12 956
Śląski	29 519	103 897	29 534	111 486	29 549	88 318
Świętokrzyski	4 559	14 510	4 309	14 604	3 667	13 175
Warmińsko-Mazurski	2 577	9 110	2 782	9 458	2 765	9 276
Wielkopolski	10 812	31 970	11 075	35 271	10 098	34 243
Zachodniopomorski	4 024	13 903	4 010	14 270	5 518	14 607
<b>RAZEM</b>	<b>114 389</b>	<b>399 578</b>	<b>117 855</b>	<b>432 357</b>	<b>114 752</b>	<b>379 401</b>

Powyższe dane przedstawiają realizacje świadczeń w pozostałych programach profilaktycznych realizowanych przez NFZ, którymi są: program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) – etap podstawowy, program profilaktyki chorób odtytoniowych (w tym POCHP) - etap specjalistyczny i program badań prenatalnych.

**Tabela nr IV.45.** Liczba pacjentów i liczba wykonanych świadczeń w profilaktycznych programach zdrowotnych w 2020 r.

Programy zdrowotne - świadczenia gwarantowane w 2020 roku				Ogółem OW NFZ - świadczenia zatwierdzone
lp.	Nazwa i etap programu zdrowotnego	Liczba osób objętych programem	Liczba świadczeniodawców 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	275 893	1 678	279 232
2	Świadczenia położnej poz w programie profilaktyki raka szyjki macicy	4 245	76	4 273
3	Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap diagnostyczny	281 159	73	284 586
4	Program profilaktyki raka szyjki macicy - etap pogłębionej diagnostyki	1 556	60	1 557
5	Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni stacjonarnej	324 853	275	331 101
6	Program profilaktyki raka piersi - etap podstawowy - w pracowni mobilnej	411 210	72	411 210
7	Program profilaktyki raka piersi - etap pogłębionej diagnostyki	24 750	141	63 548
8	Świadczenia lekarza w poz w ramach realizacji profilaktyki chuk	40 451	1 401	40 451

#### IV.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 IV.46.** Planowane i zrealizowane koszty świadczeń w rodzaju wyroby medyczne w latach 2018-2020 (w tys. zł).

Nazwa Oddziału	ZSP 2018		ZSP 2019		ZSP 2020	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Dolnośląski	87 800,00	87 684,66	100 000,00	99 683,43	100 246,00	96 253,56
Kujawsko-Pomorski	62 020,00	62 017,32	74 011,00	74 008,68	76 716,00	71 970,07
Lubelski	59 277,00	58 986,03	65 626,00	65 403,12	66 686,00	65 845,20
Lubuski	29 354,00	28 684,17	33 500,00	32 920,07	34 869,00	32 727,97
Łódzki	73 554,00	73 190,63	81 180,00	80 336,89	85 000,00	78 793,73
Małopolski	93 495,00	93 121,83	106 267,00	105 772,83	103 800,00	102 550,09
Mazowiecki	139 000,00	138 226,51	154 200,00	154 190,16	186 300,00	160 899,91
Opolski	29 100,00	28 613,19	31 776,00	31 699,14	34 814,00	31 866,02



Nazwa Oddziału	ZSP 2018		ZSP 2019		ZSP 2020	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Podkarpacki	59 654,00	59 440,70	67 954,00	67 934,92	69 500,00	68 535,26
Podlaski	33 425,00	33 059,34	37 260,00	37 254,38	37 900,00	36 839,46
Pomorski	60 700,00	60 343,27	69 780,00	69 681,27	73 900,00	72 265,41
Śląski	150 034,00	149 858,62	173 250,00	171 775,14	168 250,00	161 955,65
Świętokrzyski	37 940,00	37 863,69	43 000,00	42 998,29	46 000,00	45 968,73
Warmińsko-Mazurski	38 086,00	38 051,04	43 827,00	43 823,48	46 777,00	43 862,97
Wielkopolski	99 500,00	98 748,44	114 000,00	113 750,47	128 104,00	116 313,71
Zachodniopomorski	46 662,00	45 924,56	51 300,00	50 490,69	52 680,00	50 883,57
<b>RAZEM:</b>	<b>1 099 601,00</b>	<b>1 093 814,00</b>	<b>1 246 931,00</b>	<b>1 241 722,96</b>	<b>1 311 542,00</b>	<b>1 237 531,31</b>

Widoczny wyraźny wzrost planowanych kosztów finansowania z jednoczesnym nieznacznym spadkiem ich wykonania w stosunku do ubiegłego roku.

#### IV.2.14. Lecznictwo uzdrowiskowe

Lecznictwo uzdrowiskowe zajmuje się leczeniem, profilaktyką i rehabilitacją chorób przewlekłych. Z leczenia uzdrowiskowego w Polsce w 2020 roku skorzystało 204 309 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 2020 rok Fundusz zawarł kontrakty na szerokie spektrum świadczeń uzdrowiskowych ze 137 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 IV.47.** 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		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Dolnośląski	13	13	13	13	13	13
Kujawsko-Pomorski	26	25	25	26	25	25
Lubelski	6	6	6	6	6	6
Łódzki	1	1	1	1	1	1
Małopolski	30	30	30	30	30	30
Mazowiecki	2	2	1	2	2	1
Podkarpacki	14	14	14	14	14	14
Podlaski	2	2	2	2	3	3
Pomorski	3	4	4	3	4	4

Nazwa OW/NFZ	Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba zawartych umów w latach		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Śląski	7	7	7	7	7	7
Świętokrzyski	8	8	8	8	8	8
Warmińsko- Mazurski	2	2	2	2	2	2
Zachodniopomorski	24	24	24	24	31	24
<b>RAZEM</b>	<b>138</b>	<b>138</b>	<b>137</b>	<b>138</b>	<b>146</b>	<b>138</b>

NFZ w 2020 r. zawarł łącznie 138 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe ze 137 świadczeniodawcami. W porównaniu do lat poprzednich, w 2019 r. NFZ zawarł o 8 umów mniej. O jeden zmniejszyła się liczba świadczeniodawców w stosunku do lat poprzednich. Niska realizacja świadczeń w analizowanym okresie w stosunku do roku poprzedniego (2019 – ponad 400 tys. pacjentów) spowodowana jest to czasowym zawieszeniem działalności uzdrowisk w okresie od 14 marca do 14 czerwca 2020 r. oraz od 24 października do 31 grudnia 2020 r., na skutek ogłoszenia na obszarze RP stanu epidemii w związku z zakażeniami wirusem SARS-CoV-2.

**Tabela nr IV.48.** Wartość i wykonanie umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w latach 2018-2020 (w tys. zł).

Nazwa OW NFZ	2018		2019		2020	
	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń	Wartość zawartych umów	Koszty realizacji świadczeń
Dolnośląski	64 592,08	58 181,97	67 874,15	59 257,68	76 274,90	29 223,11
Kujawsko-Pomorski	37 062,60	32 162,16	39 728,00	32 689,27	46 917,56	19 481,93
Lubelski	43 083,75	41 554,50	44 799,67	42 392,44	47 512,54	23 596,77
Lubuski	14 056,66	13 962,40	14 358,86	14 279,89	15 258,17	7 095,70
Łódzki	43 157,92	42 863,05	45 059,95	44 766,59	47 476,26	23 599,33
Małopolski	52 566,38	47 077,11	55 744,63	48 114,44	61 363,90	24 134,28
Mazowiecki	95 883,40	95 084,84	102 752,38	102 014,30	114 713,76	51 190,79
Opolski	12 663,56	12 583,27	13 551,50	13 458,21	14 102,15	7 585,02
Podkarpacki	35 621,01	32 227,67	40 025,90	35 178,86	40 448,65	18 143,60
Podlaski	19 420,09	19 191,73	20 792,72	20 438,82	22 374,28	11 026,06
Pomorski	31 187,96	30 464,05	35 573,02	34 458,61	40 265,77	19 065,70
Śląski	70 882,33	68 500,11	78 937,53	75 360,59	98 769,14	41 446,63
Świętokrzyski	26 056,04	23 567,32	29 842,33	26 360,18	32 888,25	13 371,59
Warmińsko- Mazurski	20 748,06	20 388,78	22 958,99	22 434,88	25 504,27	13 047,91
Wielkopolski	65 635,83	65 346,81	69 742,55	69 461,17	79 578,62	37 420,65
Zachodniopomorski	28 628,93	23 440,53	31 557,48	23 479,07	33 928,16	12 015,63
<b>RAZEM</b>	<b>661 246,57</b>	<b>626 596,28</b>	<b>713 299,67</b>	<b>664 145,00</b>	<b>797 376,39</b>	<b>351 444,68</b>

Wartość zrealizowanych świadczeń leczenia uzdrowiskowego w 2020 r. wyniosła 351 444,68 tys. zł i w stosunku do 2019 roku zmniejszyła się o 47,08%

**Tabela nr IV.49.** Zestawienie liczby pacjentów oraz liczby wykonanych świadczeń w rodzaju leczenie uzdrowiskowe w latach 2018-2020.

OW NFZ, który kieruje świadczeniobiorców z terenu swojego województwa na leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową.	2018			2019			2020		
	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	37 070	35 915	1 240	35 577	34 489	1 142	16 926	16 513	435
Kujawsko-Pomorski	21 542	20 129	1 575	20 585	19 329	1 365	11 375	11 043	351
Lubelski	26 343	25 761	768	25 565	25 025	702	13 472	13 224	296
Lubuski	9 113	9 098	36	8 605	8 597	31	4 155	4 140	17
Łódzki	27 948	27 767	253	27 690	27 512	229	13 923	13 840	92
Małopolski	33 144	27 415	5 801	32 308	26 748	5 645	15 325	12 946	2 413
Mazowiecki	60 428	58 943	1 896	61 371	60 050	1 704	29 259	28 690	624
Opolski	8 263	8 206	58	8 354	8 292	65	4 495	4 472	24
Podkarpacki	20 860	19 607	1 378	21 501	20 330	1 272	10 477	10 185	315
Podlaski	12 344	12 276	77	12 527	12 457	78	6 393	6 365	30
Pomorski	20 373	19 974	423	22 065	21 621	448	11 382	11 220	162
Śląski	44 407	43 732	836	46 922	46 204	830	24 480	24 289	288
Świętokrzyski	14 825	14 062	773	16 110	15 095	1 032	7 871	7 576	300
Warmińsko- Mazurski	12 266	12 215	74	12 920	12 853	76	7 279	7 256	25
Wielkopolski	41 604	41 588	31	41 276	41 258	39	21 321	21 309	20
Zachodniopomorski	13 546	13 497	98	12 347	12 295	78	6 176	6 149	34
<b>RAZEM</b>	<b>404 076</b>	<b>390 185</b>	<b>15 317</b>	<b>405 723</b>	<b>392 155</b>	<b>14 736</b>	<b>204 309</b>	<b>199 217</b>	<b>5 426</b>

W 2020 r. zrealizowano 204 643 skierowań na leczenie uzdrowiskowe (199 217 – w trybie stacjonarnym, 5 426 – w trybie ambulatoryjnym) dla 204 309 osób. W porównaniu do 2019 r. zmniejszyła się liczba zrealizowanych skierowań oraz liczba osób, którzy skorzystali ze świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego, odpowiednio nastąpił spadek o 49,71% oraz 49,64%.

#### IV.2.15. Pomoc doraźna i transport sanitarny

##### Świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”

Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2020 r. realizowane były zgodnie z zakresami: 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 2020 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 2017 r., poz. 2295 z późn. zm.). Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny realizowane przez 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 2020 r. we wszystkich oddziałach wojewódzkich NFZ przeprowadzony został proces aneksowania niewygasających z końcem 2019 r. umów o udzielanie świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w zakresie: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”. W 2020 r. świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny zabezpieczone zostały przez działanie 33 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). 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 oddziałach wojewódzkich NFZ) funkcjonuje w ramach PSZ.

**Tabela nr IV.50.** Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba osób, którym świadczeń udzieliły wyjazdowe zespoły sanitarne typu "N" w latach 2018 - 2020.

Oddział Wojewódzki NFZ	2018		2019		2020	
	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	938	750	875	725	682	528
Kujawsko-Pomorski	639	551	566	490	552	440
Lubelski	500	495	434	430	386	379
Lubuski	127	115	139	114	114	91
Łódzki	526	491	496	476	382	355
Małopolski	592	538	538	480	500	460
Mazowiecki	1 475	1 245	1 429	1 163	1 221	1 158
Opolski	401	289	347	244	273	199
Podkarpacki	513	473	584	511	441	397
Podlaski	392	380	307	301	228	228
Pomorski	726	578	822	543	564	459
Śląski	1 368	1 227	1 373	1 239	1 101	986
Świętokrzyski	191	167	211	173	144	127
Warmińsko- Mazurski	255	231	246	231	307	269
Wielkopolski	891	707	985	774	911	751
Zachodniopomorski	239	206	257	220	221	190
<b>RAZEM</b>	<b>9 773</b>	<b>8 443</b>	<b>9 609</b>	<b>8 114</b>	<b>8 027</b>	<b>7 017</b>

### Świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego

Zapisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 15 lutego 2019 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2019 r. poz. 401), do rodzaju świadczeń: pomoc doraźna i transport sanitarny, wprowadzono nowe świadczenie gwarantowane, jakim są świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego. Świadczenia te są świadczeniem nowym, do 2020 roku nie realizowanym w ramach pakietu świadczeń gwarantowanych. 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 powyższych 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.

W ramach pomocy doraźnej i transportu sanitarnego w 2020 r. zawarto łącznie 59 umów z 55 świadczeniodawcami na realizację świadczeń przez 144 zespoły transportu medycznego. Od 1 marca 2020 r. świadczenia udzielane są łącznie przez 36 zespołów transportu medycznego (25 % ze 144 ww. zespołów) w województwach: lubelskim, mazowieckim, świętokrzyskim oraz wielkopolskim. Od 1 kwietnia 2020 r. zakontraktowanych zostało 108 zespołów transportu medycznego (pozostałe 75%) w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, łódzkim, małopolskim, podkarpackim, podlaskim, pomorskim, śląskim, warmińsko-mazurskim oraz zachodniopomorskim. Nadmienić należy, że w 14 oddziałach wojewódzkich NFZ wszystkie z ogłoszonych postępowań w celu zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie: świadczenia udzielane przez zespoły transportu medycznego, zostały rozstrzygnięte w pełni, natomiast w pozostałych 2 – tj. lubelskim oraz lubuskim nie zakończono łącznie 4 postępowań. Zostały one unieważnione lub zawieszono na podstawie z art. 18 ust. 1 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz. U. z 2020 r. poz. 567). Szczegółową liczbę świadczeniodawców oraz umów zawartych w poszczególnych zakresach świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, przedstawia poniższa tabela.

**Tabela nr IV.51.** Liczba świadczeniodawców, z którymi Fundusz zawarł umowy oraz liczba umów zawartych w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny. Dane obejmują lata 2018-2020 (\* zakres kontraktowany od 2020 r.).

Nazwa OW NFZ	świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu "N"						świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego*					
	Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba umów zawartych w latach			Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba umów zawartych w latach		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Dolnośląski	3	3	3	3	3	3	-	-	8	-	-	8
Kujawsko-Pomorski	2	2	2	2	2	2	-	-	5	-	-	5

Nazwa OW NFZ	świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu "N"						świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego*					
	Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba umów zawartych w latach			Liczba świadczeniodawców w latach			Liczba umów zawartych w latach		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Lubelski	2	2	2	2	2	2	-	-	1	-	-	1
Lubuski	1	1	1	1	1	1	-	-	2	-	-	2
Łódzki	1	1	1	2	2	1	-	-	1	-	-	1
Małopolski	1	1	1	1	1	1	-	-	3	-	-	3
Mazowiecki	5	5	5	5	5	5	-	-	6	-	-	6
Opolski	1	1	1	1	1	1	-	-	1	-	-	1
Podkarpacki	2	2	2	2	2	2	-	-	5	-	-	5
Podlaski	1	1	1	1	1	1	-	-	2	-	-	2
Pomorski	1	1	1	1	1	1	-	-	4	-	-	4
Śląski	5	5	5	5	5	5	-	-	7	-	-	7
Świętokrzyski	1	1	1	1	1	1	-	-	1	-	-	1
Warmińsko- Mazurski	2	2	2	2	2	2	-	-	4	-	-	4
Wielkopolski	2	2	2	2	2	2	-	-	3	-	-	7
Zachodniopomorski	2	2	2	2	2	2	-	-	2	-	-	2
<b>RAZEM</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>32</b>	<b>33</b>	<b>33</b>	<b>32</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>55</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>59</b>

Ujęta w planie finansowym NFZ na 2020 r. wartość zaplanowanych kosztów finansowania świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, wyniosła 279 627 tys. zł. W 2020 r. wykonanie planu finansowego zamknęło się kwotą 262 025 tys. zł., co stanowi 93,70% wykorzystania zaplanowanych środków.

**Tabela nr IV.52.** Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w latach 2018-2020 i ich wykonanie (w tys. zł).

Nazwa OW NFZ	2018 r.*		2019 r.*		2020 r.**	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Dolnośląski	4 892,00	4 726,94	4 684,00	4 607,48	25 984,00	20 828,74
Kujawsko-Pomorski	2 910,00	2 892,27	2 880,00	2 871,82	15 759,00	16 138,02
Lubelski	3 163,00	3 117,45	3 532,00	3 222,21	9 547,00	8 276,25
Lubuski	1 843,00	1 789,80	1 936,00	1 894,65	10 658,00	10 215,68
Łódzki	2 406,00	2 384,42	2 606,00	2 494,39	13 544,00	12 351,96
Małopolski	1 746,00	1 686,77	1 892,00	1 794,74	15 260,00	13 814,26
Mazowiecki	8 598,00	8 431,38	8 366,00	8 335,78	37 095,00	36 260,67
Opolski	1 289,00	1 287,09	1 410,00	1 409,61	9 508,00	9 124,99
Podkarpacki	3 206,00	3 195,30	3 177,00	3 176,13	18 798,00	18 363,28
Podlaski	1 915,00	1 876,03	1 702,00	1 682,94	13 396,00	13 272,62
Pomorski	1 593,00	1 592,35	1 574,00	1 567,50	17 013,00	17 009,86
Śląski	5 625,00	5 502,23	7 872,00	7 603,35	35 795,00	34 536,44
Świętokrzyski	1 660,00	1 589,65	1 743,00	1 637,03	8 385,00	7 999,26
Warmińsko- Mazurski	2 977,00	2 973,85	2 996,00	2 982,33	12 525,00	12 234,68
Wielkopolski	3 809,00	3 066,19	4 000,00	3 143,67	24 345,00	20 149,67
Zachodniopomorski	2 588,00	2 572,66	2 587,00	2 541,03	12 015,00	11 448,63

	2018 r.*		2019 r.*		2020 r.**	
<b>RAZEM:</b>	50 220,00	48 684,38	52 957,00	50 964,66	279 627,00	262 025,01

\* dane dotyczą świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie świadczeń udzielanych przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N”

\*\* dane dotyczą świadczeń w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresie świadczeń udzielanych przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” oraz w zakresie świadczeń udzielanych przez zespół transportu medycznego (zakres kontraktowany od 2020 r.)

W 2020 r. zespoły sanitarne typu „N” wykonały łącznie 8 027 transportów, udzielając świadczeń 7 017 różnym osobom. Zarówno liczba wyjazdów zespołów sanitarnych typu „N” jak i liczba osób, którym zespoły udzieliły świadczeń w 2020 r., zmniejszyła się w stosunku do roku poprzedniego.

**Tabela nr IV.53.** Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba osób, którym świadczeń udzieliły wyjazdowe zespoły sanitarne typu „N” w latach 2018 - 2020.

Oddział Wojewódzki NFZ	2018		2019		2020	
	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	938	750	875	725	682	528
Kujawsko-Pomorski	639	551	566	490	552	440
Lubelski	500	495	434	430	386	379
Lubuski	127	115	139	114	114	91
Łódzki	526	491	496	476	382	355
Małopolski	592	538	538	480	500	460
Mazowiecki	1 475	1 245	1 429	1 163	1 221	1 158
Opolski	401	289	347	244	273	199
Podkarpacki	513	473	584	511	441	397
Podlaski	392	380	307	301	228	228
Pomorski	726	578	822	543	564	459
Śląski	1 368	1 227	1 373	1 239	1 101	986
Świętokrzyski	191	167	211	173	144	127
Warmińsko- Mazurski	255	231	246	231	307	269
Wielkopolski	891	707	985	774	911	751
Zachodniopomorski	239	206	257	220	221	190
<b>RAZEM</b>	<b>9 773</b>	<b>8 443</b>	<b>9 609</b>	<b>8 114</b>	<b>8 027</b>	<b>7 017</b>

Zespoły transportu medycznego w 2020 r. wykonały łącznie 29 469 transportów, udzielając świadczeń 28 687 różnym osobom. Wskazania wymaga, że zespoły transportu medycznego nie funkcjonowały w latach poprzednich.

**Tabela nr IV.54.** Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej oraz liczba osób, którym świadczeń udzieliły zespoły transportu medycznego w latach 2018 – 2020 (\* zakres kontraktowany od 2020 r.).

Oddział Wojewódzki NFZ	2018		2019		2020*	
	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
Kujawsko-Pomorski	-	-	-	-	2 130	2 084
Lubelski	-	-	-	-	235	224
Lubuski	-	-	-	-	1 335	1 268
Łódzki	-	-	-	-	1 382	1 367
Małopolski	-	-	-	-	796	785
Mazowiecki	-	-	-	-	5 451	5 434
Opolski	-	-	-	-	931	888
Podkarpacki	-	-	-	-	1 064	1 049
Podlaski	-	-	-	-	1 288	1 257
Pomorski	-	-	-	-	2 281	2 179
Śląski	-	-	-	-	3 312	3 183
Świętokrzyski	-	-	-	-	1 754	1 663
Warmińsko- Mazurski	-	-	-	-	1 849	1 776
Wielkopolski	-	-	-	-	2 936	2 863
Zachodniopomorski	-	-	-	-	336	335
<b>RAZEM</b>	-	-	-	-	<b>29 469</b>	<b>28 687</b>

#### IV.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 przepisami ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2020 r., poz. 882, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o PRM”, zadania zespołów ratownictwa medycznego są finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentami są poszczególni wojewodowie. Wojewoda powierza przeprowadzenie postępowania o zawarcie umów z dysponentami zespołów ratownictwa medycznego na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego, zawieranie i rozliczanie wykonywania tych umów dyrektorowi właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. Dyrektor OW NFZ zawiera umowy na rejon operacyjny, na podstawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz w ramach środków przewidzianych w budżecie państwa, w części, której dysponentem jest wojewoda, ujętych w planie finansowym Funduszu. Środki na finansowanie umów wojewoda przekazuje Funduszowi w formie dotacji celowej w trybie i na zasadach określonych w przepisach o finansach publicznych w celu zapewnienia finansowania zadań zespołów ratownictwa medycznego na terenie właściwego oddziału wojewódzkiego Funduszu. W 2020 r. we wszystkich 16 oddziałach wojewódzkich NFZ zostało przeprowadzone aneksowanie umów



niewygasających z dniem 31 grudnia 2019 r. Zgodnie z zapisami ustawy o PRM umowy na wykonywanie zadań zespołów ratownictwa medycznego zawierane są na rejon operacyjny, na podstawie planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne. Zgodnie z nową definicją rejonu operacyjnego, wprowadzoną zapisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o zmianie ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2018 r. poz. 1115, z późn. zm.), rejon operacyjny to rejon działania dyspozytorni medycznej określony w wojewódzkim planie działania systemu. Wskazania wymaga, że w 2020 r. w Polsce funkcjonowało 39 skoncentrowanych dyspozytorni medycznych. Zatem aneksowane umowy dotyczyły 39 rejonów operacyjnych. W 2020 r. oddziały NFZ posiadały łącznie 37 umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne. Wskazania wymaga, że w dwóch oddziałach – śląskim i zachodniopomorskim, jeden świadczeniodawca udziela świadczeń w dwóch rejonach operacyjnych, w związku z czym posiada jedną umowę zawartą na realizację świadczeń w dwóch rejonach operacyjnych. Liczba umów w przedmiotowym rodzaju świadczeń nie uległa zmianie w stosunku do 2019 roku (po wprowadzonych zmianach w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne, obowiązujących od dnia 1 kwietnia 2019 r.). Należy podkreślić, że informacji o liczbie zawartych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne nie można utożsamiać z dostępnością do świadczeń w powyższym rodzaju, ponieważ liczba ta jest bezpośrednio związana z liczbą rejonów operacyjnych, wynikającą z wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

**Tabela nr IV.55.** Liczba świadczeniodawców oraz umów zawartych w latach 2018-2020 w rodzaju ratownictwo medyczne.

Nazwa OW NFZ	Liczba świadczeniodawców w latach				Liczba umów zawartych w latach			
	2018	2019		2020	2018	2019		2020
		do 31.03	od 1.04			do 31.03	od 1.04	
Dolnośląski	12	12	2	2	12	12	2	2
Kujawsko-Pomorski	21	19	2	2	21	19	2	2
Lubelski	14	14	4	4	14	14	4	4
Lubuski	13	13	1	1	14	15	1	1
Łódzki	11	10	1	1	20	21	1	1
Małopolski	2	2	2	2	2	2	2	2
Mazowiecki	6	6	5	5	6	6	5	5
Opolski	5	5	1	1	5	5	1	1
Podkarpacki	22	22	5	5	22	22	5	5
Podlaski	4	4	3	3	4	4	3	3
Pomorski	19	19	2	2	20	20	2	2
Śląski *	4	4	4	4	4	4	4	4
Świętokrzyski	1	1	1	1	1	1	1	1
Warmińsko- Mazurski	21	21	1	1	21	21	1	1
Wielkopolski	29	29	2	2	31	31	2	2
Zachodniopomorski *	6	6	1	1	6	6	1	1
<b>RAZEM</b>	<b>190</b>	<b>187</b>	<b>37</b>	<b>37</b>	<b>203</b>	<b>203</b>	<b>37</b>	<b>37</b>
* Jeden Świadczeniodawca realizuje umowę w dwóch rejonach operacyjnych (jedna umowa na dwa rejon operacyjne)								

Ujęta w planie finansowym NFZ na 2020 r. wartość zaplanowanych kosztów finansowania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne wyniosła 2 434 796 tys. zł. i była o 274 376 tys.

zł. (12,7%) wyższa od kwoty planowanej w 2019 r. W 2020 r. wartość realizacji planu finansowego w niniejszym rodzaju zamknęła się kwotą 2 417 823,76 tys. zł., co stanowi 99,3% wykorzystania zaplanowanych środków.

**Tabela nr IV.56.** Planowane koszty finansowania świadczeń w rodzaju ratownictwo medyczne w latach 2018-2020 i ich wykonanie (w tys. zł).

Nazwa OW NFZ	2018		2019		2020	
	plan	realizacja	plan	realizacja	plan	realizacja
Dolnośląski	153 012,00	152 200,50	160 014,00	158 700,37	179 625,00	176 945,80
Kujawsko-Pomorski	118 804,00	118 303,39	127 245,00	125 994,47	143 829,00	142 611,93
Lubelski	125 613,00	124 009,99	131 821,00	129 778,39	148 770,00	144 543,85
Lubuski	71 041,00	70 661,49	76 163,00	75 356,65	84 044,00	83 015,64
Łódzki	132 940,00	132 147,91	142 076,00	141 556,33	160 156,00	159 554,70
Małopolski	164 652,00	162 513,73	171 135,00	170 199,25	192 490,00	192 102,21
Mazowiecki	254 306,00	253 778,27	269 607,00	268 980,49	302 339,00	301 138,20
Opolski	57 877,00	57 565,53	61 002,00	60 671,35	71 028,00	69 140,41
Podkarpacki	119 082,00	118 880,75	124 872,00	124 314,66	140 727,00	140 306,26
Podlaski	76 103,00	75 852,28	81 366,00	81 048,28	91 130,00	90 918,93
Pomorski	115 289,00	114 655,22	122 820,00	121 867,62	139 314,00	138 018,95
Śląski	221 739,00	219 194,81	230 427,00	227 019,77	259 781,00	259 177,81
Świętokrzyski	62 812,00	61 938,35	66 230,00	66 106,86	74 899,00	74 820,80
Warmińsko- Mazurski	102 236,00	102 225,35	109 096,00	109 089,27	122 230,00	122 223,88
Wielkopolski	160 576,00	160 133,77	170 369,00	169 728,61	193 088,00	192 985,18
Zachodniopomorski	110 764,00	110 555,12	116 177,00	115 833,48	131 346,00	130 319,21
<b>RAZEM</b>	<b>2 046 846,00</b>	<b>2 034 616,47</b>	<b>2 160 420,00</b>	<b>2 146 245,84</b>	<b>2 434 796,00</b>	<b>2 417 823,76</b>

W 2020 r. zespoły ratownictwa medycznego wykonały łącznie 2 610 084 wyjazdów, udzielając świadczeń 2 147 803 różnym osobom. Zarówno liczba wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego jak i liczba osób, którym te zespoły udzieliły świadczeń w 2020 r. zmniejszyła się w porównaniu do roku poprzedniego.

**Tabela nr IV.57.** Liczba udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne w latach 2018-2020 oraz liczba osób, wg unikalnych nr PESEL, którym udzielono przedmiotowych świadczeń w poszczególnych latach.

Oddział Wojewódzki NFZ	2018		2019		2020	
	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	259 308	240 587	266 661	251 113	243 404	186 890
Kujawsko-Pomorski	171 376	131 343	172 967	131 885	156 154	119 142
Lubelski	173 778	138 010	169 498	134 822	138 029	111 233
Lubuski	78 781	61 524	77 904	62 108	68 317	50 630
Łódzki	198 741	186 894	206 244	192 112	175 040	168 782
Małopolski	231 559	213 002	232 942	219 641	203 836	189 556
Mazowiecki	435 689	356 063	419 296	341 148	360 910	293 213
Opolski	72 733	66 455	71 391	65 971	64 864	59 014

Oddział Wojewódzki NFZ	2018		2019		2020	
	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń	Liczba wyjazdów	Liczba unikalnych osób, którym udzielono świadczeń
Podkarpacki	144 294	137 592	149 331	142 853	136 513	126 743
Podlaski	79 806	64 283	72 719	59 363	62 179	47 632
Pomorski	159 674	153 322	181 287	132 625	148 899	110 368
Śląski	383 865	295 489	362 768	296 319	307 688	242 428
Świętokrzyski	113 170	84 717	109 559	81 470	98 235	73 915
Warmińsko- Mazurski	123 444	93 870	121 714	100 949	112 613	89 562
Wielkopolski	200 902	163 274	205 191	164 881	179 177	160 711
Zachodniopomorski	177 728	135 080	172 415	131 136	154 226	117 984
<b>RAZEM</b>	<b>3 004 848</b>	<b>2 521 505</b>	<b>2 991 887</b>	<b>2 508 396</b>	<b>2 610 084</b>	<b>2 147 803</b>

#### IV.2.17. Chemioterapia

W 2020 roku Fundusz sfinansował świadczenia w zakresach chemioterapii na kwotę 1 317 065 tys. zł. Wartość umów podpisanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu na te świadczenia została zagwarantowana w planie finansowym kwotą 1 507 073 tys. zł. Faktyczne wykonanie stanowiło 87,4% 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 IV.58.** Wartość świadczeń w poszczególnych zakresach chemioterapii (w tys. zł), wg stanu na 11.05.2021 r.

Nazwa zakresu świadczeń	2020	
	Suma z kontraktów zakresie	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych w zakresach w umowie 03/3
03.0000.111.02 chemioterapia w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	57 591	53 731
03.0000.112.02 chemioterapia w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	202 235	194 640
03.0000.113.02 chemioterapia - hospitalizacja z zakresem skojarzonym	531 427	494 489
03.0000.115.02 chemioterapia	14 168	12 814
03.0001.111.02 substancje czynne w chemioterapii w warunkach ambulatoryjnych z zakresem skojarzonym	159 772	147 527
03.0001.112.02 substancje czynne w chemioterapii w trybie jednodniowym z zakresem skojarzonym	203 965	186 703
03.0001.113.02 substancje czynne w chemioterapii - hospitalizacji z zakresem skojarzonym	247 528	219 432
03.0001.115.02 substancje czynne w chemioterapii	8 493	7 729
<b>RAZEM:</b>	<b>1 425 179</b>	<b>1 317 065</b>

**Tabela nr IV.59.** Populacje pacjentów leczonych chemioterapią w odniesieniu do rozpoznania zasadniczego sprawozdanego jako główny powód wykonania świadczeń dla których NFZ finansował terapie w 2020, wg stanu na 11.05.2021 r.

kod rozpoznania głównego ICD10	Nazwa rozpoznania głównego	Liczba pacjentów
		2020
Z51.1	Cykle chemioterapii nowotworów	98 869
C50.9	Sutek, nie określony	7 271
C90.0	Szpiczak mnogi	3 240
C56	Nowotwór złośliwy jajnika	3 139
C20	Nowotwór złośliwy odbytnicy	3 012
Z51.0	Seanse radioterapii	2 736
C34.9	Oskrzele lub płuco, nie określone	2 323
C50	Nowotwór złośliwy sutka	2 112
C61	Nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	2 073
C18.9	Okrężnica, nie określona	1 849
C34.8	Zmiana przekraczająca granice oskrzela i płuca (uwaga 5)	1 743
C91.1	Przewlekła białaczka limfocytowa	1 727
C92.1	Przewlekła białaczka szpikowa	1 513
C85.7	Inne określone postacie chłoniaka nieziarniczego	1 490
D75.2	Nadpłytkowość samoistna	1 465
C92.0	Ostra białaczka szpikowa	1 388
C18.7	Esica	1 265
C50.4	Ćwiartka górna zewnętrzna sutka	1 195
C19	Nowotwór złośliwy zgięcia esiczo-odbytniczego	1 060
D47.1	Przewlekła choroba układu wytwórczego szpiku	1043

**Tabela nr IV.60.** Struktura populacji leczonych chemioterapią z uwzględnieniem płci w 2020 roku, wg stanu na 11.05.2021 r.

Płeć	Liczba świadczeniobiorców	Średni wiek świadczeniobiorcy
Mężczyzna	59 415	63,1
Kobieta	75 513	61,5

W zakresach związanych z realizacją chemioterapii również jak w programach lekowych zauważa się większy udział kobiet niż mężczyzn (56% kobiet, 44% mężczyzn) ze średnim wiekiem 61,5 lat. Najwyższą wartość środków wydatkowano na chemioterapię w województwie mazowieckim z kwotą 237 085 tys. zł. Następnymi z kolei województwami, w których wydatkowano najwyższe środki pieniężne jest województwo śląskie (179 187 tys. zł) oraz wielkopolskie (114 223 tys. zł).

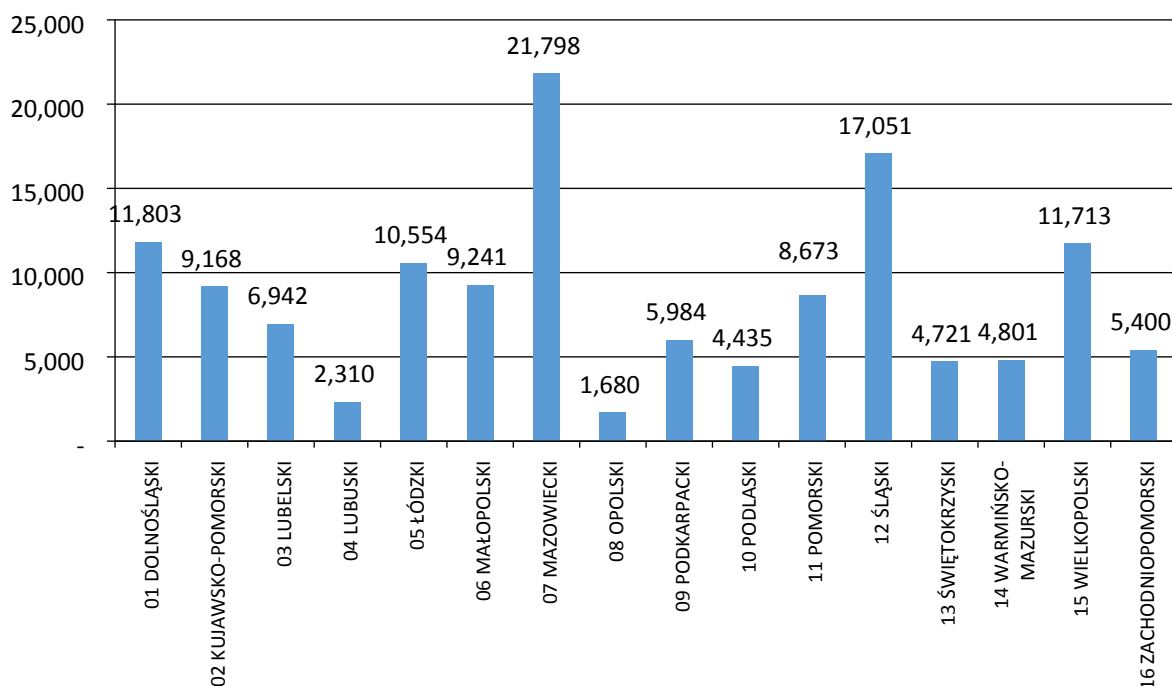
**Tabela nr IV.61.** Wartość zrealizowanych i rozliczonych jednostek rozliczeniowych w chemioterapii w podziale na OW NFZ w 2020 roku, wg stanu na 11.05.2021 r.

OW NFZ	Ogółem liczba ubezpieczonych*	wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych [tys.]	Wskaźnik na 10 tys. Osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej	wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych [tys.]	Wskaźnik na 10 tys. Osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 545 423	102 487	403	98 594	387
Kujawsko-Pomorski	1 793 457	72 383	404	72 294	403

OW NFZ	Ogółem liczba ubezpieczonych*	wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych [tys.]	Wskaźnik na 10 tys. Osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej	wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych [tys.]	Wskaźnik na 10 tys. Osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Lubelski	1 853 621	92 241	498	88 580	478
Lubuski	874 004	24 644	282	24 641	282
Łódzki	2 235 787	108 846	487	96 366	431
Małopolski	3 064 499	91 750	299	79 267	259
Mazowiecki	5 053 157	237 085	469	232 599	460
Opolski	811 527	17 996	222	17 989	222
Podkarpacki	1 836 205	57 589	314	57 516	313
Podlaski	1 017 177	45 549	448	45 488	447
Pomorski	2 064 048	75 853	367	73 917	358
Śląski	4 004 726	179 187	447	176 775	441
Świętokrzyski	1 071 693	45 434	424	44 885	419
Warmińsko-Mazurski	1 185 363	40 259	340	36 933	312
Wielkopolski	3 204 247	114 223	356	113 648	355
Zachodniopomorski	1 432 674	58 060	405	57 573	402

\*dane wg Centralnego Wykazu Ubezpieczonych wg stanu na koniec 2020r.

**Wykres nr IV.11.** Liczba świadczeniobiorców w ramach finansowania chemioterapii w 2020 r., wg stanu na 11.05.2021 r.



#### IV.2.18. Programy lekowe

W 2020 roku wartość świadczeń udzielonych w ramach umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe wyniosła 4 869 634 tys. zł, liczba pacjentów objętych leczeniem w zakresie programów lekowych wyniosła 161 189 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 2020 r. na refundację programów lekowych przewidywał kwotę 5 249 346 tys. zł. Faktyczne wykonanie stanowiło zatem 92,8 % kwoty planowanej. W 2020 roku Fundusz finansował 100 programów lekowych w tym 33 programy onkologiczne. Zgodnie z decyzjami podejmowanymi przez Ministra Zdrowia w 2020 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 2020 r. poz. 357, 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 2020 r.:

- a) B.106 „Profilaktyka reaktywacji wirusowego zapalenia wątroby typu B u świadczeniobiorców po przeszczepach lub u świadczeniobiorców otrzymujących leczenie związane z ryzykiem reaktywacji HBV” (substancje czynne entekawir i tenofowir);
- b) B.107 „Leczenie przewlekłej pokrzywki spontanicznej” (substancja czynna omalizumab);
- c) B.108. „Leczenie agresywnego i objawowego, nieoperacyjnego, miejscowo zaawansowanego lub przerzutowego raka rdzeniastego tarczycy” (substancja czynna wandetanib);
- d) B.109. „Leczenie uzupełniające L-karnityną w wybranych chorobach metabolicznych” (substancja czynna l-karnityna);
- e) B.110 „Leczenie dinutuksymabem beta pacjentów z nerwiakiem zarodkowym współczulnym” (substancja czynna dinutuksymab beta);
- f) B.111 „Leczenie ciężkiego niedoboru hormonu wzrostu u pacjentów dorosłych oraz u młodzieży po zakończeniu terapii promującej wzrastanie” (substancja czynna somatotropina);
- g) B.112. „Leczenie mukowiscydozy” (substancja czynna iwakafator).

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

- a) cerytynib, brygatynib w programie lekowym B.6 „Leczenie niedrobnokomórkowego raka płuca”;
- b) trastuzumab emtazyna, abemacyklib w programie lekowym B.9 „Leczenie raka piersi”;
- c) obinutuzumab w programie lekowym B.12 „Leczenie chłoniaków złośliwych”;
- d) ponatynib w programach lekowych B.14. „Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową” oraz B.65. „Leczenie chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną”;

- e) eliglustat w programie lekowym B.23. „Leczenie choroby Gauchera typu I oraz typu III;
- f) tofacytynib w programach lekowych B.35. „Leczenie łuszczycowego zapalenia stawów o przebiegu agresywnym (ŁZS)” oraz B.55. „Leczenie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG)”;
- g) guselkumab, ryzankizumab w programie lekowym B.47. „Leczenie umiarkowanej i ciężkiej postaci łuszczycy plackowatej”;
- h) binimetynib oraz enkorafenib w programie lekowym B.59. „Leczenie czerniaka skóry lub błon śluzowych”;
- i) brentuksymab vedotin w programie lekowym B.66 „Leczenie chorych na pierwotne chłoniaki skórne T – komórkowe ”;
- j) etanercept w programie lekowym B.82. „Leczenie pacjentów z ciężką, aktywną postacią spondyloartropatii (SpA) bez zmian radiograficznych charakterystycznych dla ZZSK”;
- k) romiplostym w programach lekowych B.97. „Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną” oraz B.98. „Leczenie pediatrycznych chorych na przewlekłą pierwotną małopłytkowość immunologiczną”;
- l) pegwisomant w programie lekowym programu B.99. „Leczenie akromegalii”;
- m) migalastatum w programie lekowym B.104 „Leczenie choroby Fabry’ego”.

**Tabela nr IV.62.** Wartość wykonanych świadczeń w ramach finansowania programów lekowych (w tys. zł) w 2020 roku, wg stanu na dzień 11.05.2021 r.

OW NFZ	Ogółem liczba ubezpieczonych*	wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych [tys.]	Wskaźnik na 10 tys. Osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej	wartość zrealizowanych jednostek rozliczeniowych [tys.]	Wskaźnik na 10 tys. Osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 545 423	381 001	1 497	408 528	1 605
Kujawsko-Pomorski	1 793 457	248 647	1 386	249 809	1 393
Lubelski	1 853 621	244 339	1 318	250 157	1 350
Lubuski	874 004	78 681	900	78 728	901
Łódzki	2 235 787	348 813	1 560	349 569	1 564
Małopolski	3 064 499	380 472	1 242	461 658	1 506
Mazowiecki	5 053 157	941 809	1 864	958 978	1 898
Opolski	811 527	77 840	959	78 372	966
Podkarpacki	1 836 205	232 797	1 268	235 086	1 280
Podlaski	1 017 177	137 530	1 352	138 183	1 358
Pomorski	2 064 048	297 980	1 444	304 952	1 477
Śląski	4 004 726	610 002	1 523	628 261	1 569
Świętokrzyski	1 071 693	134 601	1 256	136 293	1 272
Warmińsko-Mazurski	1 185 363	124 933	1 054	133 830	1 129
Wielkopolski	3 204 247	443 481	1 384	445 924	1 392
Zachodniopomorski	1 432 674	186 709	1 303	187 464	1 308

\*dane wg Centralnego Wykazu Ubezpieczonych wg stanu na koniec 2020r.

Najwyższą wartość środków wydatkowano na programy lekowe w województwie mazowieckim z kwotą 941 809 tys. zł. Następnymi z kolei województwami, w których wydatkowano najwyższe środki pieniężne jest województwo śląskie (610 002 tys. zł) oraz wielkopolskie (443 481 tys. zł).

Największe środki zostały wydatkowane w programie leczenia raka piersi 542 393 tys. zł., co stanowi 11,14% kosztu wszystkich wykonanych świadczeń związanych z programami lekowymi, następnie kolejny to program leczenia stwardnienia rozsianego (341 692 tys. zł), program lekowy leczenia niedrobnokomórkowego raka płuca (334 368 tys. zł), oraz leczenia chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytozy (305 517 tys. zł) odpowiednio 7,02%; 6,87%; 6,27%.

**Tabela nr IV.63.** Top 10 substancji czynnych wg kwoty refundacji w 2020 r. (w tys. zł), wg stanu na dzień 11.05.2021 r.

Nazwa produktu rozliczeniowego	Wartość rozliczonych jednostek rozliczeniowych (w tys. zł)
Lenalidomidum - O - doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg	234 641
Nivolumabum - P - pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	229 755
Pertuzumabum - P - pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	184 166
Pembrolizumabum - p - Pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	171 857
Dimethylis Fumaras - O - doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg	142 538
Nusinersenum - P - pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	132 144
Enzalutamidum - O - doustnie (Oral, Per Mouth) - 1 Mg	130 745
Trastuzumabum - Sc - podskórnie - 1 Mg	122 359
Eculizumabum - P - pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	100 158
Afliberceptum - P - pozajelitowo (Parenteral) - 1 Mg	92 279

W programach onkologicznych i nieonkologicznych zauważa się większy udział kobiet niż mężczyzn. W programach onkologicznych leczonych jest ponad 55,7% kobiet, nieonkologicznych 55,5% kobiet. W 2020 roku w związku z leczeniem 40,6 tys. pacjentów w ramach programów lekowych onkologicznych wydatkowano 2 815 062,9 tys. zł, natomiast w programach lekowych nieonkologicznych wydatkowano 2 054 571,4 tys. zł na leczenie 121 tys. pacjentów. Środki wydatkowane na terapię kobiet w ramach programów lekowych stanowią 53,6% całości. Wydatki na terapię kobiet w podziale na programy onkologiczne oraz nieonkologiczne stanowią odpowiednio 52,9% i 54,7%. Większy odsetek leczonych kobiet niż mężczyzn może być spowodowany większą dbałością kobiet o zdrowie, rozpoznaniem choroby w jej wcześniejszym stadium oraz wcześniej rozpoczynanym leczeniem. Natomiast struktura kosztów programów onkologicznych, w której koszt leczenia kobiet jest znacznie wyższy niż mężczyzn jest spowodowany wysoką wartością wydatkowanych środków, np. na program leczenia raka piersi.



#### **IV.2.19. Art. 97 ust. 3 pkt 2b oraz 2c-e finansowanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępnych w aptece na receptę przysługujących świadczeniobiorcom**

Poniżej zaprezentowane zostały informacje o wartości zrefundowanych opakowań leków środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wydanych pacjentom na receptę w 2020 roku. Zaprezentowane dane wskazują na znaczny wzrost wartości refundacji w marcu 2020 roku .

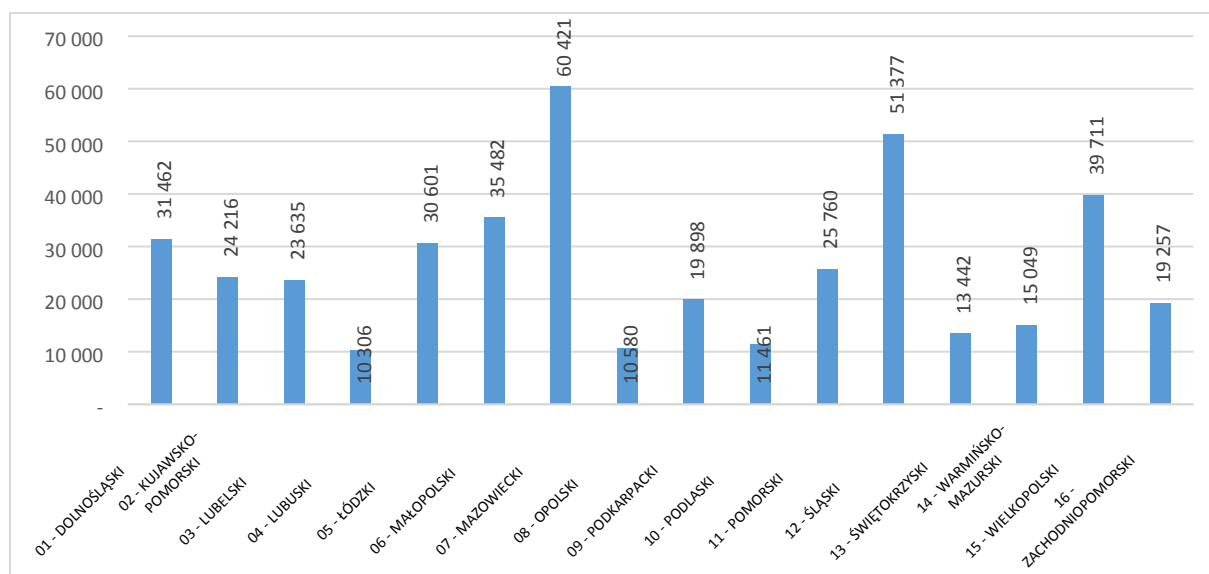
**Tabela nr IV.64.** Wartość zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych w ujęciu miesięcznym w okresie od 1 stycznia 2020 do 31 grudnia 2020 r. (Dane pochodzą z systemu SAS Centrali NFZ; stan na dzień 11 maja 2021 r. Podane kwoty zawierają dotację Ministerstwa Zdrowia przeznaczoną na refundację leków). związana z realizacją programów wynikających z art. 43a i 43b) .

Miesiąc realizacji	Wartość refundacji leków (w tys. zł)
Styczeń	811 964
Luty	793 287
Marzec	976 367
Kwiecień	724 573
Maj	670 998
Czerwiec	723 633
Lipiec	779 760
Sierpień	713 329
Wrzesień	783 495
Październik	854 684
Listopad	762 496
Grudzień	796 958
<b>RAZEM:</b>	<b>9 391 544</b>

Poniższy wykres przedstawia graficzny rozkład liczby zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, w odniesieniu do oddziałów wojewódzkich Funduszu. Dane pokazują, że liderami są oddziały mazowiecki oraz śląski.

Odnosząc zaprezentowane dane do 2019 roku, zauważalny jest niewielki spadek liczby zrefundowanych opakowań w poszczególnych oddziałach wojewódzkich. Jednak wahania są niewielkie i wynoszą poniżej trzech procent.

**Wykres nr IV.12.** Liczba zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych w podziale na oddziały woj. NFZ w okresie 1.01-31.12 2020 r.



**Tabela nr IV.65.** Liczba zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych w 2020 r. z podziałem na poszczególne oddziały wojewódzkie NFZ w ujęciu miesięcznym (data generacji danych 11 maja 2021 r.).

OW NFZ	styczeń	luty	marzec	kwiecień	maj	czerwiec	lipiec	sierpień	wrzesień	październik	listopad	grudzień
Dolnośląski	2 828	2 640	3 320	2 453	2 237	2 413	2 584	2 365	2 601	2 850	2 556	2 614
Kujawsko-Pomorski	2 143	2 027	2 554	1 912	1 732	1 846	1 988	1 851	2 018	2 200	1 946	1 999
Lubelski	2 074	2 024	2 498	1 770	1 672	1 809	1 945	1 818	1 983	2 155	1 917	1 970
Lubuski	907	860	1 084	800	740	795	843	794	858	928	837	860
Łódzki	2 672	2 671	3 264	2 383	2 187	2 324	2 501	2 281	2 544	2 769	2 484	2 523
Małopolski	3 173	2 959	3 733	2 701	2 532	2 733	2 943	2 685	2 948	3 251	2 885	2 939
Mazowiecki	5 363	5 077	6 516	4 728	4 271	4 586	4 910	4 469	5 045	5 537	4 919	4 999
Opolski	951	881	1 129	825	752	803	866	810	880	963	849	872
Podkarpacki	1 761	1 692	2 100	1 508	1 410	1 523	1 631	1 511	1 667	1 829	1 609	1 657
Podlaski	991	956	1 247	860	811	888	943	878	966	1 044	920	958
Pomorski	2 226	2 193	2 791	1 999	1 808	1 961	2 120	1 972	2 160	2 341	2 070	2 119
Śląski	4 482	4 483	5 412	3 999	3 649	3 916	4 209	3 853	4 237	4 697	4 205	4 235
Świętokrzyski	1 190	1 112	1 412	1 015	952	1 037	1 105	1 041	1 134	1 233	1 105	1 107
Warmińsko-Mazurski	1 304	1 256	1 601	1 182	1 076	1 159	1 241	1 172	1 257	1 360	1 195	1 247
Wielkopolski	3 536	3 334	4 211	3 090	2 819	3 013	3 250	3 004	3 303	3 618	3 203	3 330
Zachodniopomorski	1 702	1 591	2 038	1 497	1 368	1 490	1 604	1 490	1 599	1 745	1 551	1 582

**Tabela nr IV.66.** Liczba zrefundowanych opakowań jednostkowych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz jednostkowych wyrobów medycznych, suma za okres od 1 stycznia 2020 do 31 grudnia 2020 r. (Dane - stan na dzień 11 maja 2021 r.).

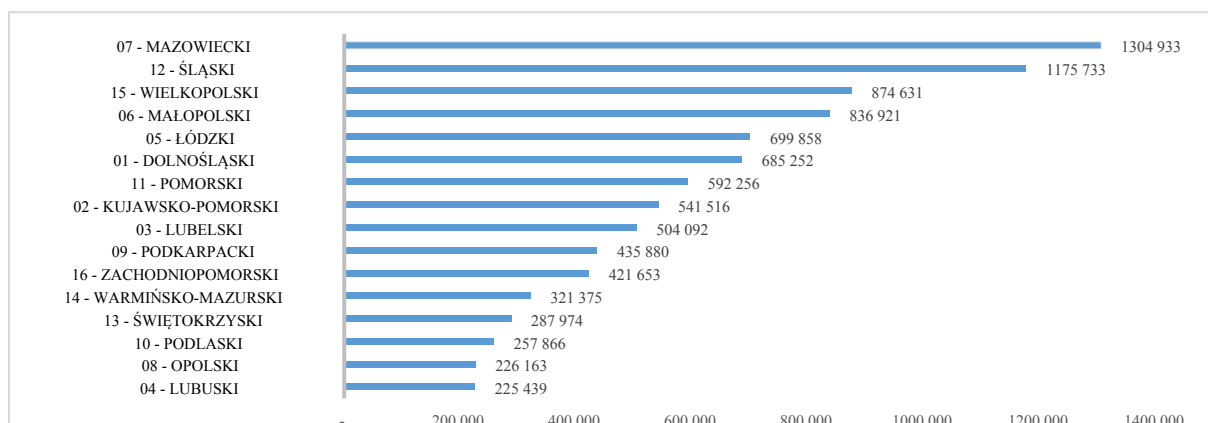
Oddział Wojewódzki NFZ	Liczba jednostkowych opakowań leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zrefundowanych w okresie od 1 stycznia 2020 r. do 31 grudnia 2020 r.
Dolnośląski	31 462 257
Kujawsko-Pomorski	24 216 305
Lubelski	23 634 760
Lubuski	10 306 397
Łódzki	30 601 349
Małopolski	35 481 796
Mazowiecki	60 420 514
Opolski	10 579 741
Podkarpacki	19 897 939
Podlaski	11 461 334
Pomorski	25 760 466
Śląski	51 377 154
Świętokrzyski	13 442 013
Warmińsko-Mazurski	15 049 188
Wielkopolski	39 710 704
Zachodniopomorski	19 257 316
<b>RAZEM</b>	<b>422 659 233</b>

#### IV.1.1. Refundacja leków

##### Wielkość refundacji

W 2020 roku płatnik na refundację leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych wydatkował łącznie kwotę 9 391 542 tys. zł. (razem z dotacją związaną z realizacją programów wynikających z art. 43a i 43b). Poniższe zestawienie kosztów zostało opracowane na podstawie danych szczegółowych przekazywanych przez oddziały wojewódzkie NFZ i gromadzonych w bazach danych Centrali Funduszu. Przedstawione kwoty uwzględniają dotację przeznaczoną na programy wynikające z art. 43a i 43b.

**Wykres nr IV.13.** Wartość refundacji leków w 2020 roku z podziałem na oddziały wojewódzkie NFZ (w tys. zł). Dane pochodzą z systemu SAS Centrali NFZ; stan na dzień 11 maja 2021 r.



Analiza wydatków na refundację leków w 2020 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 13%.

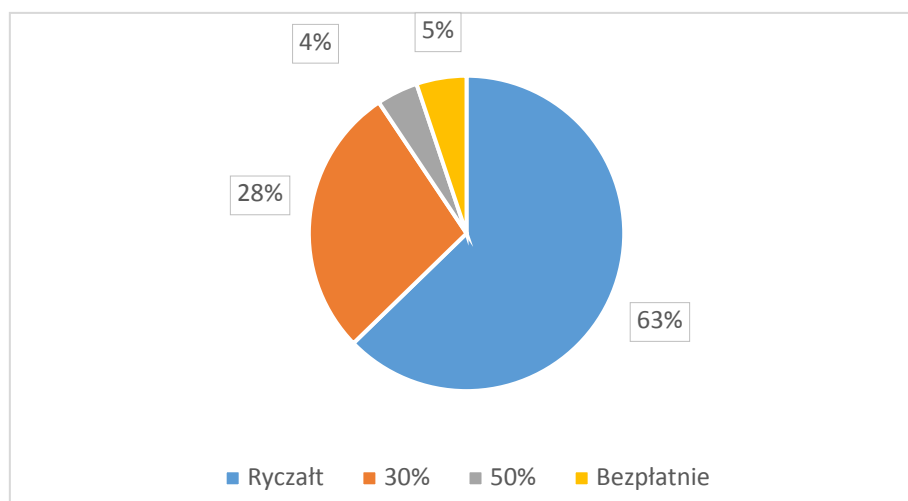
**Tabela nr IV.67.** Struktura wydatków na leki w 2020 roku w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ, data generacji danych 11 maja 2021 r. (kwoty wyrażone w tys. zł i zawierają dotację).

Oddział wojewódzki	Kwota refundacji	Udział procentowy
Mazowiecki	1 304 933	14%
Śląski	1 175 733	13%
Wielkopolski	874 631	9%
Małopolski	836 921	9%
Łódzki	699 858	7%
Dolnośląski	685 252	7%
Pomorski	592 256	6%
Kujawsko-Pomorski	541 516	6%
Lubelski	504 092	5%
Podkarpacki	435 880	5%
Zachodniopomorski	421 653	4%
Warmińsko-Mazurski	321 375	3%
Świętokrzyski	287 974	3%
Podlaski	257 866	3%
Opolski	226 163	2%
Lubuski	225 439	2%

### Rodzaje odpłatności

Analiza struktury wydatków na refundację leków w 2020 roku w podziale na rodzaje odpłatności (bezpłatne, 30%, 50% ryczałt) wykazała, że ponad połowa (63%) ogólnej kwoty refundacji wydatkowano dla pacjentów wnoszących opłatę ryczałtową, przeznaczono na ten cel 5 891 801,31 tys. zł.

**Wykres nr IV.14.** Analiza struktury wydatków na refundację leków w 2020 roku w podziale na odpłatności, data generacji danych 11 maj 2021 r.



Kolejne grupy co do wartości wydatkowanych środków stanowią: leki wydawane za 30% odpłatnością - 28% (kwota refundacji 2 618 061,69 tys. zł.); leki wydawane za 50%

odpłatnością - 4% (kwota refundacji 399 282,39 tys. zł); leki wydawane bezpłatnie - 5% (kwota refundacji 482 396,59 tys. zł).

### Typy uprawnień

Poniżej przedstawiono analizę struktury wydatków na refundacje leków w podziale na uprawnienia dodatkowe pacjenta w 2020 r.

**Tabela nr IV.68.** Przedstawienie typów uprawnień dodatkowych pacjentów w podziale na odpłatności, data generacji danych 13 maja 2021 r. (kwoty wyrażone w tys. zł i zawierają dotację).

Typ uprawnień dodatkowych	Kwota refundacji	Udział procentowy
AZ	10	0,0001%
BW	265	0,003%
C	8 108	0,09%
CN	150	0,002%
DN	46 938	0,50%
IB	113 009	1,20%
IN	2 776	0,03%
IW	785	0,01%
PO	85	0,001%
S	1 831 279	19,50%
WP	10	0,0001%
X	7 342 575	78,18%
ZK	45 552	0,49%

C - świadczeniobiorcy w okresie ciąży, którym przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki zgodnie z art. 43b ust. 1 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.). Obowiązuje od 1 września 2020 r.

CN - nieubezpieczone kobiety podczas ciąży, porodu lub porodu. Przysługuje im zaopatrzenie w leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyroby medyczne związane z ciążą, porodem i położeniem.

DN - osoby nieubezpieczone do ukończenia 18 roku życia.

IN - pacjenci inni niż ubezpieczeni, którzy posiadają uprawnienia do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej.

IB - inwalidzi wojenni oraz osoby represjonowane, ich małżonkowie pozostający na ich wyłącznym utrzymaniu, wdowy i wdowcy po poległych żołnierzach i zmarłych inwalidach wojennych oraz osoby represjonowane, uprawnione do renty rodzinnej, a także cywilne niewidome ofiary działań wojennych. Przysługuje im bezpłatne zaopatrzenie w leki w kategoriach dostępności „Rp” lub „Rpz” oraz środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte refundacją, dopuszczone do obrotu na terytorium Polski.

IW - inwalidzi wojskowi. Przysługuje im bezpłatne - do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych - zaopatrzenie w leki objęte wykazem leków refundowanych w kategoriach: lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny dostępny w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń.

ZK - Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi, Zasłużeni Honorowi Dawcy Przeszczepu. Przysługuje im bezpłatnie - do wysokości limitu finansowania ze środków publicznych - zaopatrzenie w leki objęte refundacją w kategoriach: lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny dostępny w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz zaopatrzenie w leki, zgodnie z wykazem leków określonym przez ministra zdrowia, które mogą stosować w związku z oddawaniem krwi lub szpiku albo innych regenerujących się komórek, tkanek i narządów.

AZ - pracownicy i byli pracownicy zakładów produkujących wyroby zawierające azbest. Przysługuje im bezpłatnie zaopatrzenie w leki związane z chorobami wywołanymi pracą przy azbestzie.

PO - żołnierze, którzy odbywają zasadniczą służbę wojskową, przeszkolenie wojskowe, ćwiczenia wojskowe oraz pełnią służbę kandydacką, służbę przygotowawczą lub służbę wojskową w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny - o ile nie podlegają obowiązkowemu ubezpieczeniu z innego tytułu. Przysługuje im bezpłatne - do wysokości limitu finansowania - zaopatrzenie w leki objęte refundacją w kategoriach: lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrób medyczny dostępny w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz leki recepturowe.

WP - żołnierze zawodowi, o których mowa w przepisach ustawy o służbie wojskowej żołnierzy zawodowych, w trakcie szkoleń poligonowych i ćwiczeń wojskowych (rejsów, lotów)

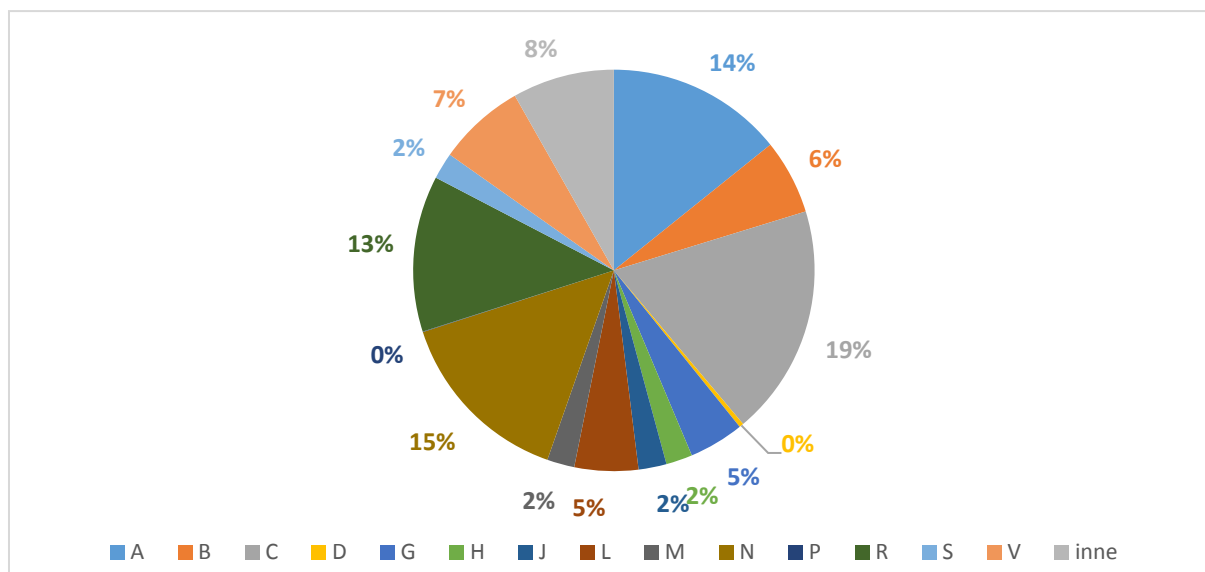
BW - pacjenci którzy posiadają uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie decyzji wójta (burmistrza, prezydenta) gminy właściwej ze względu na miejsce ich zamieszkania.

S - do otrzymania bezpłatnych leków uprawnieni są świadczeniobiorcy, którzy ukończyli 75 rok życia, o których mowa w art. 43a ust. 1 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.). Obowiązuje od 1 września 2016 r.

X - Pacjent ubezpieczony, bez uprawnień dodatkowych

## Grupy ATC

**Wykres nr IV.15.** Udział procentowy wydatków z tytułu refundacji leków w podziale na poszczególne grupy ATC, data generacji danych 12 maja 2021 r. (kwoty wyrażone w tys. zł i zawierają).



Największe wydatki związane były z refundacją leków w grupach: stosowanych w leczeniu schorzeń układu sercowo-naczyniowego stanowiących 19% ogólnej kwoty refundacji, stosowanych w leczeniu schorzeń ośrodkowego układu nerwowego stanowiących 15% ogólnej kwoty refundacji, stosowanych w leczeniu schorzeń przewodu pokarmowego i metabolicznych stanowiących 14% ogólnej kwoty refundacji, stosowanych w leczeniu schorzeń układu oddechowego stanowiących 13% ogólnej kwoty refundacji. Wymienione wyżej 4 grupy ATC generowały 61% ogółu wszystkich kosztów refundacji leków w 2020 roku.

**Tabela nr IV.69.** Struktura wydatków na leki w 2020 roku w podziale na Grupy ATC, data generacji

Grupa ATC	kwota refundacji
(C) Układ Sercowo Naczyniowy	1 747 801
(N) Ośrodkowy Układ Nerwowy	1 376 382
(A) Przewód Pokarm.I Metabolizm	1 336 376
(R) Układ Oddechowy	1 180 627
(V) Varia	658 802
(B) Krew I Układ Krwiotwórczy	565 876
(L) Leki Przeciwnowotworowe I Immunomodulacyjne	482 352
(G) Układ Moczowo-Płciowy I Hormony Płciowe	416 323
(J) Leki Stosowane W Zakażeniach	211 864
(M) Układ Mięśniowo-Szkieletowy	207 192
(S) Narządy Wzroku I Słuchu	200 551
(H) Leki Hormonalne Do Stosowania Wewnętrzne	199 710
(D) Dermatologia	33 150
(P) Leki Przeciwpasożytnicze, Owadobójcze I Repelenty	3 780
Inne	770 756

danych 12 maja 2021 r. (kwoty wyrażone w tys. zł i zawierają dotację).

### Najczęstsze substancje czynne leków refundowanych

**Tabela nr IV.70.** 20 substancji czynnych generujących najwyższe koszty w 2020 roku (wg nazw międzynarodowych), data generacji danych 12 maja 2021 r. (kwoty wyrażone w tys. zł i zawierają dotację).

Lp.	Substancje Czynne	Kwota Refundacji
1	ENOXAPARINUM NATRICUM	306 626
2	METFORMINI HYDROCHLORIDUM	201 502
3	FLUTICASONI PROPIONAS, SALMETEROLUM	181 522
4	OLANZAPINUM	180 937
5	TAMSULOSINI HYDROCHLORIDUM	179 504
6	ATORVASTATINUM	177 099
7	ROSUVASTATINUM	161 596
8	INSULINUM ASPARTUM	160 300
9	RAMIPRILUM	153 309
10	BUDESONIDUM	134 466
11	BECLOMETASONI DIPROPIONAS, FORMOTEROLI FUM	133 297
12	RIVAROXABANUM	130 029
13	FINASTERIDUM	128 010
14	NEBIVOLOLUM	120 423
15	TELMISARTANUM	117 231
16	BUDESONIDUM, FORMOTEROLUM	109 992
17	RISPERIDONUM	100 899
18	METHOTREXATUM	100 614
19	ARIPIPRAZOLUM	99 438
20	INS.INJECTIO NEUTRALIS, INS.ISOPHANUM	96 850
<b>RAZEM</b>		<b>2 973 644</b>

Struktura wydatków NFZ z tytułu refundacji leków pokazuje, że refundacja 20 pierwszych substancji pociąga za sobą 31,7% ogólnej kwoty refundacji.

Wśród tych 20 substancji, znajdują się leki stosowane w leczeniu między innymi: choroby zakrzepowo-zatorowej (*Enoxaparinum Natricum, Rivaroxabanum*), cukrzycy (*Metformini Hydrochloridum, Insulinum Aspartum, Ins.Injectio neutralis, Ins.Isophanum*), chorób psychicznych, schizofrenii (*Aripiprazolum, Olanzapinum, Risperidonum*), astmy oskrzelowej (*Budesonidum, Budesonidum z Formoterolem, Fluticasoni Propionas z Salmeterolum, Beclometasoni Dipropionas z Formoterolem,*), hipercholesterolemii (*Atorvastatinum, Rosuvastatinum*), chorób układu krążenia i nadciśnienia tętniczego (*Nebivololum, Ramiprilum, Telmisartanum*), przerostu gruczołu krokowego (*Tamsulosini Hydrochloridum, Finasteridum*).

## Produkty handlowe

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

**Tabela nr IV.71.** Przedstawienie 5 produktów generujących największy koszt refundacji leków w 2020 roku, data generacji danych 12 maj 2021 r. (kwoty wyrażone w tys. zł).

Lp.	Nazwa handlowa leku	Kwota refundacji
1	NEOPARIN	198 073
2	FOSTEX	133 297
3	CONTOUR PLUS	131 943
4	ACCU-CHEK PERFORMA TEST PASKOWY	105 874
5	CLEXANE	105 372
6	RISPOLEPT CONSTA	87 970
7	ALVESCO 160	84 478
8	INS. NOVORAPID PENFILL	78 844
9	XARELTO 20	75 036
10	ATORIS	72 238
11	SALMEX	71 480
12	SYMBICORT TURBUHALER	65 684
13	METEX	65 356
14	INS. NOVOMIX 30 PENFILL	64 133
15	MILURIT	63 829
16	XEPLION	57 979
17	NEBBUD	55 974
18	ZYPADHERA	54 966
19	ROSWERA	54 455
20	XARELTO 15	53 944
<b>RAZEM</b>		<b>1 680 926</b>

Pierwsze pięć produktów z powyższej listy to następujące leki lub wyroby medyczne: Neoparin (*Enoxaparinum natriicum*) - lek przeciwzakrzepowy w postaci ampułko - strzykawek; Fostex (*Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus*) - lek stosowany w leczeniu astmy w postaci aerozolu wziewnego; Contour plus - test paskowy stosowany do oznaczenia poziomu glukozy we krwi; Accu-chek performa test paskowy - test paskowy stosowany do oznaczenia poziomu glukozy we krwi; Clexane (*Enoxaparinum natriicum*) - lek przeciwzakrzepowy w postaci ampułko - strzykawek. Refundacja wymienionych powyżej 5 produktów pociąga za sobą 7,2% ogólnej kwoty refundacji.



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

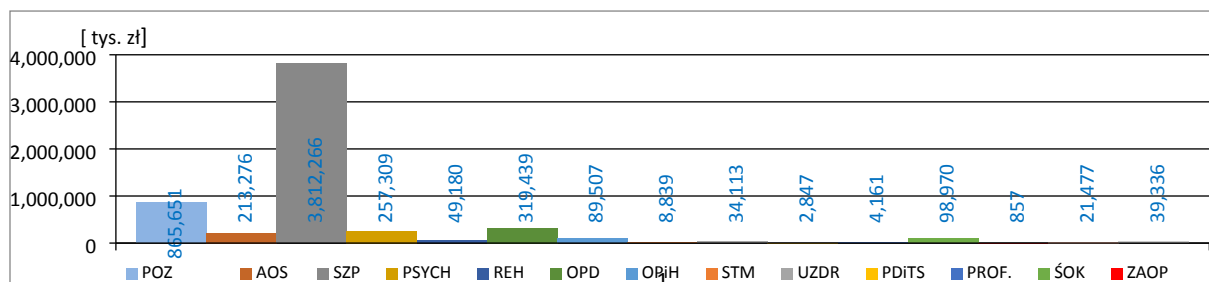
**Tabela nr IV.72.** Łączne środki finansowe przekazane świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację, środki finansowe przekazane świadczeniodawcom na realizację świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne, ratowników medycznych w szpitalnym systemie ratownictwa medycznego oraz ratowników w pozaszpitalnym systemie ratownictwa medycznego (w tys. zł).

Wyszczególnienie	IX-XII 2015 r.	2016 r.	2017 r.	2018 r.	2019 r.	2020 r.
Wartość środków przekazanych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację	-	-	-	315 209	671 131	653 561
Wartość środków przekazanych świadczeniodawcom na świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez pielęgniarki i położne	306 623	1 467 697	2 602 981	4 029 564	5 649 384	5 817 228
Wartość środków przekazanych świadczeniodawcom na realizację świadczeń opieki zdrowotnej przez ratowników medycznych w szpitalnym systemie ratownictwa medycznego	-	-	-	67 604	90 612	123 064
Wartość środków przekazanych świadczeniodawcom na realizację świadczeń opieki zdrowotnej przez ratowników medycznych w pozaszpitalnym systemie ratownictwa medycznego	-	-	36 172	146 782	222 665	298 204
Wartość środków przekazanych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację, na realizację świadczeń przez pielęgniarki i położne, ratowników medycznych w szpitalnym i pozaszpitalnym syst. ratow. medycznego	306 623	1 467 697	2 639 153	4 559 159	6 633 792	6 892 056
Dynamika	100,00%	478,67%	179,82%	172,75%	145,50%	103,89%

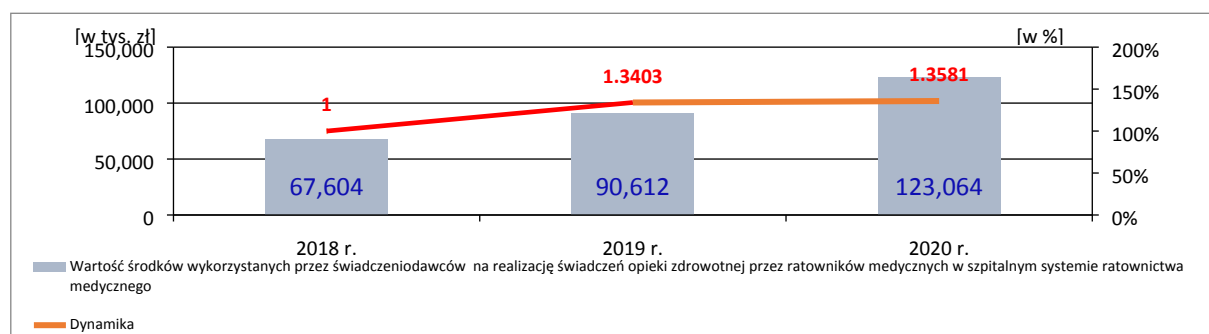
**Tabela nr IV.73.** Środki finansowe wykorzystane przez świadczeniodawców w 2020 r. na wzrost wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację, wg rodzajów świadczeń opieki zdrowotnej, wynikające ze złożonych przez świadczeniodawców rachunków.

Wyszczególnienie	IX-XII 2015 r.	2016 r.	2017 r.	2018 r.	2019 r.	2020 r.
Wartość środków wykorzystanych przez świadczeniodawców na wzrost wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację	-	-	-	315 208,53	671 131,14	653 561,33
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
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
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
Wartość środków wykorzystanych przez świadczeniodawców na wzrost wynagrodzeń lekarzy i lekarzy dentyistów posiadających specjalizację, na realizację świadczeń przez pielęgniarki i położne, ratowników medycznych w szpitalnym i pozaszpitalnym syst. ratow. medycznego	306 623,38	1 467 696,58	2 639 152,83	4 559 157,48	6 633 791,89	6 892 056,40
Dynamika	100,00%	478,66%	179,82%	172,75%	145,50%	103,89%

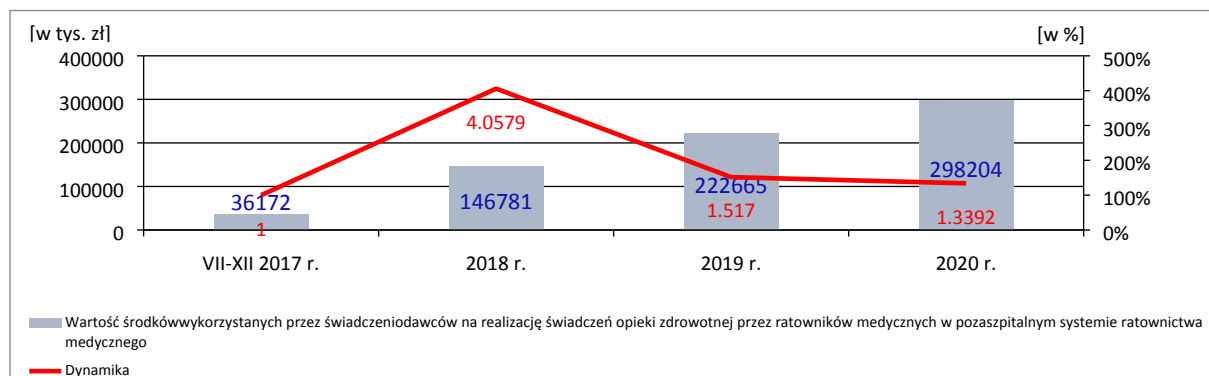
**Wykres nr IV.16.** Środki finansowe wykorzystane przez świadczeniodawców w 2020 r. na realizację świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne, wynikające ze złożonych przez świadczeniodawców rachunków i miesięcznych oświadczeń.



**Wykres nr IV.17.** Środki finansowe przekazane świadczeniodawcom na realizację świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez ratowników medycznych w szpitalnym systemie ratownictwa medycznego w latach 2018-2020 i ich dynamika.



**Wykres nr IV.18.** Środki finansowe przekazane świadczeniodawcom na realizację świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez ratowników medycznych w pozaszpitalnym systemie ratownictwa medycznego w latach 2017-2020 i ich dynamika.



#### IV.2.21. Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia (IOWISZ)

Centrala NFZ w 2020 roku otrzymała do zaopiniowania 44 wnioski inwestycyjne w systemie IOWISZ na łączną kwotę 986 mln zł z czego 70,5% stanowiły dotacje celowe z budżetu państwa i 4,6% to środki z UE. Wnioskodawcami były 19 podmiotów z całej Polski. Wszystkie wnioski zostały przez Centralę NFZ ocenione pozytywnie.

Każdorazowo propozycję oceny wniosku przygotowywał jeden z departamentów Centrali Funduszu (DAiI, DSOZ, DSM lub DGL), a następnie podczas spotkania wszystkich przedstawicieli tych komórek organizacyjnych wnikliwie omawiano informacje dotyczące poszczególnych wniosków na podstawie których wydawano opinie. 37 opiniowane wnioski inwestycje dotyczyły rozbudowy, przebudowy lub doposażenia i zakupu sprzętu medycznego

dla poszczególnych jednostek. 7 wniosków obejmowało swym zakresem utworzenie nowych komórek organizacyjnych zakładu leczniczego w podmiocie leczniczym.

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

### **V.1. Zadania, o których mowa w art. 42a ust. 3 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, wydawanie zgody na przeprowadzenie leczenia planowanego lub badań diagnostycznych w innym państwie członkowskim UE/EFTA.

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 Rzeczypospolitej Polskiej 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 Unii Europejskiej,
- pełnienie funkcji Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy o świadczeniach,
- 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.

#### Dokumenty uprawniające

W 2020 r. wydano łącznie 1 350 323 dokumentów uprawniających osoby ubezpieczone w Funduszu do korzystania z rzeczowych świadczeń opieki zdrowotnej podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA, co stanowi spadek w stosunku do porównywanego okresu roku poprzedniego o 63,65%. W strukturze rodzajowej 98,30% łącznej liczby wydanych dokumentów stanowiła Europejska Karta Ubezpieczenia Zdrowotnego. Udział ten kształtował się na zbliżonym poziomie w stosunku do roku poprzedniego Oddziałem, który w 2020 r. wydał największą liczbę dokumentów potwierdzających prawo do świadczeń był oddział śląski (14,05%).

**Tabela nr V.1.** Liczba zaświadczeń wydanych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w 2020 r. w podziale na wydające oddziały wojewódzkie NFZ oraz rodzaje dokumentów.

Oddział wojewódzki	EKUZ	Certyfikat	S1	S2	S3	DA1	ŁĄCZNIE
Dolnośląski	120 100	1 990	305	5	0	40	<b>122 440</b>
Kujawsko-Pomorski	60 624	1 471	101	7	0	3	<b>62 206</b>
Lubelski	52 681	1 366	23	2	0	0	<b>54 072</b>

Oddział wojewódzki	EKUZ	Certyfikat	S1	S2	S3	DA1	ŁĄCZNIE
Lubuski	41 067	873	86	3	0	2	<b>42 031</b>
Łódzki	68 366	1 997	73	0	0	6	<b>70 442</b>
Małopolski	128 555	1 921	137	5	0	4	<b>130 622</b>
Mazowiecki	178 741	1 288	789	17	0	4	<b>180 839</b>
Opolski	42 842	640	130	3	0	0	<b>43 615</b>
Podkarpacki	69 228	1 841	60	2	0	5	<b>71 136</b>
Podlaski	30 471	359	52	0	0	2	<b>30 884</b>
Pomorski	81 993	1 288	150	5	0	7	<b>83 443</b>
Śląski	187 947	1 617	199	6	0	4	<b>189 773</b>
Świętokrzyski	36 440	921	32	1	0	0	<b>37 394</b>
Warmińsko-Mazurski	37 964	895	70	0	0	2	<b>38 931</b>
Wielkopolski	131 164	986	184	13	0	12	<b>132 359</b>
Zachodniopomorski	59 141	788	200	0	0	7	<b>60 136</b>
<b>RAZEM</b>	<b>1 327 324</b>	<b>20 241</b>	<b>2 591</b>	<b>69</b>	<b>0</b>	<b>98</b>	<b>1 350 323</b>

#### Rozliczanie kosztów świadczeń za ubezpieczonych i uprawnionych.

W 2020 r. do Centrali Funduszu wpłynęło zbiorczych dokumentów rozliczeniowych na łączną kwotę wynoszącą 603 394,56 tys. zł<sup>11</sup>. Wartość ta obejmuje również kwoty wynikające z 426 pism zawierających odstąpienia od roszczeń przedstawionych w poprzednich okresach rozliczeniowych oraz 265 not korygujących. Roszczenia przedstawione zostały przez 31 państw członkowskich UE/EFTA na 149 454 formularzach rozliczeniowych E 125. W porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego wartość zgłoszonych roszczeń zwiększyła się o ponad 7,33%, przy jednoczesnym wzroście liczby załączonych do not formularzy o 1,23%. W całkowitej kwocie roszczeń, roszczenia przedstawione przez instytucje niemieckie stanowiły 66,96% i obejmowały 61,91% 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 2020 r. płatności na rzecz instytucji innych państw członkowskich w kwocie łącznej w wysokości 495 520,79 tys. zł<sup>12</sup>. Z całkowitej kwoty dokonanych płatności 74,04% dotyczyło rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych na terenie Niemiec.

**Tabela nr V.2.** Struktura roszczeń w oparciu o koszty rzeczywiste w 2020 r. zgłoszonych przez państwa członkowskie.

Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (tys. zł)
Niemcy	92 533	404 012,56
Francja	4 424	47 742,73
Austria	8 657	25 072,90
Belgia	14 354	24 040,35
Szwecja	3 749	22 561,74

<sup>11</sup> Na potrzeby sprawozdawcze przeliczenie roszczenia na walutę polską dokonane zostało zgodnie z tabelą kursów NBP nr 255/A/NBP/2020 z dnia 31 grudnia 2020 r.

<sup>12</sup> Przeliczenia na walutę polską dokonano wg kursu ustalonego przez bank, obowiązującego na dzień dokonania wypłaty.

Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (tys. zł)
Holandia	2 223	18 161,67
Włochy	3 943	17 119,00
Hiszpania	4 107	7 664,82
Czechy	3 586	6 827,28
Szwajcaria	1 693	5 939,81
Norwegia	170	4 214,20
Wielka Brytania	710	4 204,97
Dania	591	4 018,38
Luksemburg	247	2 270,49
Słowacja	1 653	2 090,04
Grecja	360	1 606,65
Chorwacja	2 967	1 191,83
Irlandia	595	957,88
Portugalia	401	751,98
Węgry	637	512,48
Islandia	314	511,18
Słowenia	240	465,38
Finlandia	235	458,38
Litwa	264	314,02
Bułgaria	145	255,21
Malta	148	156,87
Rumunia	220	100,76
Cypr	37	85,2
Łotwa	147	50,9
Estonia	101	30,36
Liechtenstein	3	4,54
<b>RAZEM:</b>	<b>149 454</b>	<b>603 394,56</b>

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 posiada tendencję malejącą w związku ze stopniową rezygnacją państw, nie będzie opisywana szczegółowo w niniejszym sprawozdaniu. Wysokość kosztów rozliczanych w oparciu o stawki ryczałtowe wynosiła w 2020 r. 29 807,75 tys. zł<sup>13</sup>, co stanowiło 4,71% wszystkich kosztów przedstawionych przez państwa członkowskie UE/EFTA w oparciu o przepisy o koordynacji. Zgodnie z danymi zawartymi na formularzach służących do rozliczeń wg kosztów rzeczywistych, wystawionych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w 2020 r., osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji udzielone zostały na terenie Polski rzeczowe świadczenia opieki zdrowotnej na kwotę łączną w wysokości 350 928,10 tys. zł. Kwota ta przedstawiona została instytucjom łącznikowym 31 innych państw członkowskich UE/EFTA na 1 075 132 formularzach, z czego 52,64% formularzy skierowane zostało do instytucji niemieckich.

<sup>13</sup> Na potrzeby sprawozdawcze przeliczenie roszczenia na walutę polską dokonane zostało zgodnie z tabelą kursów NBP nr 255/A/NBP/2020 z dnia 31 grudnia 2020 r.

Koszty świadczeń udzielonych osobom uprawnionym z Niemiec stanowiły przy tym 49,20% całkowitych kosztów świadczeń dotyczących 2020 r. Liczba formularzy E 125 wystawionych przez oddziały wojewódzkie Funduszu w 2020 roku w porównaniu z 2019 rokiem wzrosła o 18,78%, przy wzroście całkowitego kosztu świadczeń wykazanego na tych formularzach na poziomie 20,27%.

**Tabela nr V.3.** Struktura roszczeń przedstawionych przez Fundusz w oparciu o koszty rzeczywiste za 2020 r. wg państw członkowskich (bez uwzględnienia formularzy korygujących).

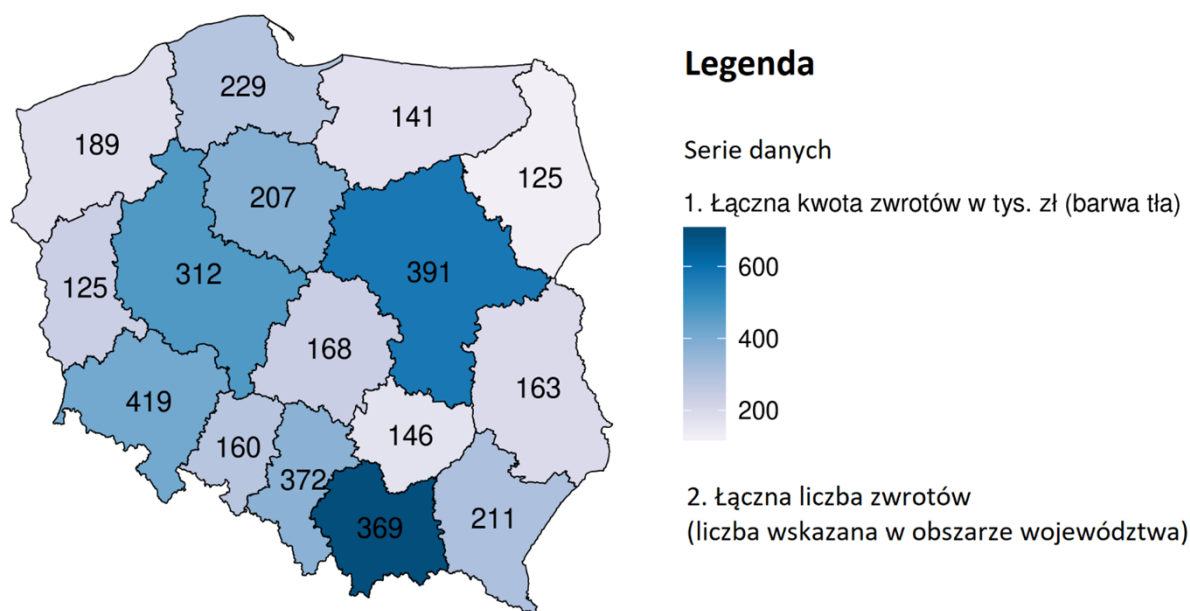
Państwo	Liczba formularzy	Łączna kwota (tys. zł)
Niemcy	565 985	172 654,27
Norwegia	139 854	39 864,87
Wielka Brytania	61 715	32 215,21
Holandia	72 584	25 990,63
Czechy	65 019	19 364,23
Austria	39 177	11 171,99
Dania	41 027	9 822,04
Szwecja	15 154	6 188,89
Włochy	10 852	5 674,47
Francja	9 629	5 638,15
Belgia	14 895	5 094,53
Irlandia	11 075	4 837,11
Luksemburg	8 873	2 681,78
Szwajcaria	4 212	1 452,98
Litwa	1 275	1 438,21
Hiszpania	2 689	1 281,68
Słowacja	2 776	1 243,69
Islandia	2 072	932,52
Bułgaria	1 344	881,60
Finlandia	1 935	450,63
Rumunia	344	415,37
Grecja	571	388,32
Węgry	517	280,11
Łotwa	125	266,98
Portugalia	285	239,56
Chorwacja	160	178,91
Estonia	181	121,71
Malta	244	57,01
Słowenia	255	54,15
Cypr	217	34,37
Liechtenstein	91	12,11
<b>RAZEM:</b>	<b>1 075 132</b>	<b>350 928,10</b>

W 2020 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 248 180,07 tys. zł. Najwyższe kwoty płatności na rzecz Polski dokonały instytucje niemieckie (56,98% łącznej kwoty) oraz instytucje holenderskie (8,70% łącznej kwoty). W analogicznym okresie roku poprzedniego kwota łączna dokonanych



płatności wyniosła 229 488,61 tys. zł. Zgodnie z informacjami zgromadzonymi w systemie dziedzinowym, w 2020 r. osoby ubezpieczone złożyły w oddziałach wojewódzkich Funduszu 4229 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 7 589,73 tys. zł<sup>14</sup>. Na podstawie kwot określonych przez instytucje miejsca pobytu na terenie innego państwa członkowskiego, Fundusz dokonał w okresie sprawozdawczym zwrotu kosztów poniesionych przez 3 727 osób ubezpieczonych w wysokości łącznej 5 122,45 tys. zł. W 2019 r., w porównaniu do roku poprzedniego, liczba wystawionych formularzy E 126 PL/S067<sup>15</sup> była niższa o 32,00%, a kwota wynikająca z załączonych do formularzy rachunków była niższa o 4,19%. Liczba osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń także była niższa o 25,88%, natomiast kwota dokonanych wypłat była wyższa o 1,39%. Najwyższą łączną kwotę zwrotu kosztów leczenia na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA w 2020 r. wypłacił oddział małopolski, który dokonał wypłat 369 osobom ubezpieczonym w łącznej kwocie 695,69 tys. zł, co stanowiło 13,58% całkowitej wysokości środków finansowych poniesionych na ten cel przez Fundusz oraz 9,90% wszystkich osób, które otrzymały zwrot kosztów świadczeń. Z łącznej liczby osób ubezpieczonych, które otrzymały w 2020 r. zwrot poniesionych kosztów świadczeń 50,15% to osoby korzystające z leczenia na terenie Niemiec (dla porównania w roku poprzednim było to 44,51%). W strukturze kosztowej udział refundacji kosztów świadczeń związanych z leczeniem 1869 osób na terenie Niemiec stanowił 55,40% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz w 2020.

**Wykres nr V.1.** Liczba dokonanych zwrotów oraz kwoty zwrotu wypłacone w 2020 r. za świadczenia udzielone na podstawie przepisów o koordynacji - wg oddziałów wojewódzkich Funduszu.



<sup>14</sup> 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.

<sup>15</sup> SED S067 - dokument elektroniczny zawierający wniosek o podanie stawek zwrotu wymieniany w ramach procesu S\_BUC\_06 w EESSI.

W 2020 roku – w stosunku do roku poprzedniego – wartość kosztów świadczeń wykazanych na formularzach rozliczeniowych E 125, dotyczących rozliczeń prowadzonych w oparciu o koszt rzeczywisty, przedstawionych przez Polskę innym państwom członkowskim UE/EFTA wzrosła o 20,27% i wyniosła 350 928,10 tys. zł. Natomiast wartość przedstawionych Polsce roszczeń przez inne państwa członkowskie UE/EFTA wyniosła 603 394,56 tys. zł, co oznacza wzrost o 7,33%, zaś liczba załączonych do not formularzy wzrosła o 1,23%. W 2020 roku oddziały wojewódzkie Funduszu wydały o 63,65% mniej zaświadczeń uprawniających osoby ubezpieczone do korzystania z rzeczowych świadczeń zdrowotnych podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego UE/EFTA niż w roku poprzednim, co związane było najprawdopodobniej z ograniczonymi możliwościami przemieszczania się ludności w związku z sytuacją epidemiczną na terenie całej Europy. W 2020 roku liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach była niższa o 37,77% w porównaniu do analogicznego okresu roku poprzedniego. Ogółem w 2020 roku do Funduszu wpłynęło 9 174 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę 23 211,45 tys. zł. Prawie 83% łącznej liczby wniosków zostało złożonych w pięciu oddziałach wojewódzkich Funduszu, tj.: śląskim (29,91%), mazowieckim (18,36%), małopolskim (14,38%), dolnośląskim (13,71%) oraz opolskim (6,20%). Zarówno w przypadku łącznej liczby wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty, jak i kwoty dokonanych wypłat nastąpił znaczny spadek w porównaniu do 2019 roku, odpowiednio o 38,88%, oraz 36,59%. Na powyższe wpływ miała niewątpliwie sytuacja epidemiologiczna w kraju i za granicą (pandemia wirusa SARS-CoV-2) i ograniczone możliwości przemieszczania się ludności. Podobnie jak w analogicznym okresie roku poprzedniego, najwyższa liczba wypłat i wartość wypłaconych przez Fundusz kwot za świadczenia udzielone na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach dotyczyła leczenia na terenie Republiki Czeskiej, stanowiąc 85,74% łącznej liczby wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty oraz 85,84% wartości wypłaconych kwot ogółem. 83,21% dokonanych w 2020 roku zwrotów kosztów dotyczyło świadczeń w rodzaju leczenia szpitalne – oddziały. W przypadku 66,50% wniosków zwrot kosztów został dokonany za świadczenia usunięcia ząbów. W Funduszu w 2020 r. wdrożono możliwość złożenia wniosku o turystyczną kartę EKUZ za pośrednictwem Internetowego Konta Pacjenta (IKP). Każda osoba, która posiada IKP, ma dostęp do formularza wniosku i może taki wniosek złożyć. Jego obsługa została znacząco uproszczona tak, aby maksymalnie zredukować czas potrzebny na złożenie wniosku. W trakcie procesu składania wniosku wnioskodawca otrzymuje informacje o przewidywanym okresie, na jaki zostanie wydana karta EKUZ. Jeżeli nie jest on zgodny z oczekiwaniami, to zalecane jest złożenie wniosku bezpośrednio w oddziale wojewódzkim Funduszu, gdzie można wyjaśnić swoją sytuację ubezpieczeniową lub złożyć dodatkowe dokumenty. Za pośrednictwem IKP można złożyć wniosek w imieniu własnym lub osoby, która upoważniła nas do dostępu do swojego konta IKP. Obsługa wniosków złożonych w ten sposób realizowana jest w CUW w Chełmie. Wprowadzono również wydłużenie ważności karty EKUZ z 18 miesięcy do 5 lat, nie dłużej niż do 18-go roku życia - dla osób do 18-go roku życia, które zgłoszone są do ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu otrzymywania renty, jak również umożliwiło złożenie, za pośrednictwem poczty lub innych kanałów komunikacji elektronicznej, wniosku o wydanie EKUZ w dowolnym oddziale wojewódzkim NFZ. W 2020 r. w ramach realizacji projektu „Leczenie planowane za granicą – prosto i przystępnie” rozesłano informacje o możliwościach leczenia poza granicami kraju

do: 52 konsultantów krajowych oraz wojewódzkich, 48 krajowych ośrodków referencyjnych (np. dziecięcych), 49 sekcji/ towarzystw lekarskich, 12 stowarzyszeń pacjenckich, Rzecznika Praw Dziecka, Rzecznika Praw Pacjentów.

Dzięki wdrożonym w 2020 r. modyfikacjom SOFU (m.in. moduł Zapytania o stawki zwrotu) obsługa wniosków o zwrot kosztów poniesionych na leczenie za granicą na podstawie przepisów o koordynacji przebiega znacznie sprawniej, dzięki czemu osoby ubezpieczone szybciej otrzymują zwrot poniesionych wydatków. Nowe moduły SOFU umożliwiają w pełni elektroniczną wymianę danych z instytucjami zagranicznymi, co korzystnie wpływa na obniżenie pracochłonności i czasochłonności procesu. W delegaturze Lubelskiego Oddziału Wojewódzkiego w Chełmie utworzone zostało Centrum Usług Wspólnych, którego zadaniem jest obsługa wniosków o wydanie turystycznych kart EKUZ. Kierowane są tam wnioski składane do wszystkich oddziałów wojewódzkich Funduszu w formie elektronicznej tj. przez ePUAP, przesyłane mailem, a od lipca 2020 r. składane również za pośrednictwem IKP. Centrum zapewnia szybką i wydajną ich obsługę znacząco skracając czas realizacji wniosku oraz odciążając Oddziały Wojewódzkie.

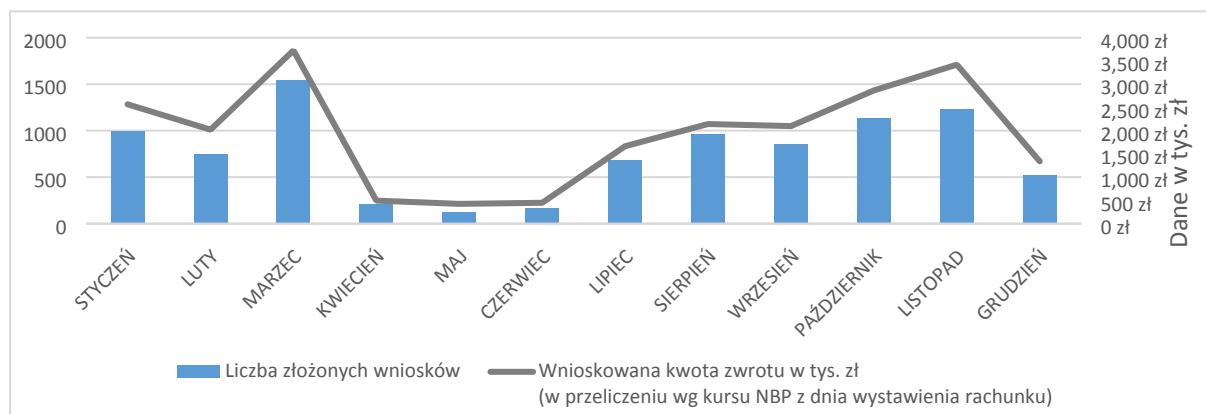
## **V.2. Zadania, o których mowa w art. 42d ustawy o świadczeniach**

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. w art. 42b-d ustawy o świadczeniach. Co do zasady, w celu uzyskania zwrotu za świadczenia w ramach opieki transgranicznej, konieczne jest spełnienie wymogów warunkujących uzyskanie analogicznych świadczeń na terenie Polski, czyli posiadanie odpowiedniego skierowania, zlecenia, recepty. Wyjątek stanowią świadczenia zawarte w wykazie, o którym mowa w art. 42e ustawy o świadczeniach, w odniesieniu do których, przed skorzystaniem ze świadczeń, konieczne jest uzyskanie uprzedniej zgody dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, a dla wniosków złożonych od 1 września 2020 r. - 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, w większości przypadków, dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu właściwego ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy na terenie Polski, a dla wniosków złożonych od 1 września 2020 r. - Prezes Funduszu. Od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu, wobec wniosków złożonych przed 1 września 2020 r., zgodnie z art. 42d ust. 19 ustawy o świadczeniach, w brzmieniu ww. ustawy obowiązującym do dnia 31 sierpnia 2020 r., przysługuje odwołanie do Prezesa Funduszu, jako organu II instancji. Decyzja wydana przez Prezesa Funduszu – w toku procedowania złożonego wniosku lub postępowania odwoławczego – jest ostateczna i przysługuje na nią skarga do sądu administracyjnego. Zmiana postępowań w sprawie zwrotu kosztów z dwuinstancyjnych na jednoinstancyjne nastąpiła na mocy 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. z 2020 r. poz. 1493), za wyjątkiem wniosków złożonych przed 1 września 2020 r., które na podstawie art. 40 ust. 1 ww. ustawy procedowane są zgodnie z brzmieniem ustawy o świadczeniach obowiązującym do dnia wejścia w życie zmienionych przepisów. W 2020 r. w oddziałach wojewódzkich Funduszu złożonych zostało łącznie 9 174 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 23 211,45 tys. zł. W 2020 r., w porównaniu do 2019 r., liczba złożonych w Funduszu wniosków o zwrot kosztów była niższa o 37,77%, natomiast łączna wartość kwot wynikająca ze złożonych wniosków była niższa o 39,19%. Na powyższe wpływ miała niewątpliwie sytuacja epidemiczna w kraju i za granicą (pandemia wirusa SARS-CoV-2) i ograniczone możliwości przemieszczania się ludności. 85,02% liczby wniosków złożonych w Funduszu w 2020 r. ogółem oraz 80,8% wnioskowanej kwoty zwrotu ogółem dotyczyło leczenia na terenie Czech. Średnia liczba składanych wniosków o zwrot kosztów w 2020 r., w ujęciu miesięcznym, wynosiła 764,5. Wyraźnie widać spadek liczby składanych wniosków w drugim kwartale, na co niewątpliwie miał wpływ ogłoszony w dniu 20 marca 2020 r. stan epidemii na terenie RP oraz postępująca izolacja i ograniczenia w przekraczaniu granicy, także ze strony innych państw członkowskich.

**Wykres nr V.2.** Liczba wniosków o zwrot kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE lub EOG na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach złożonych w 2020 r. w poszczególnych miesiącach oraz kwota wnioskowana do zwrotu



W 2020 r. zakończonych zostało 10 162 postępowań w sprawie zwrotu kosztów świadczeń udzielonych w innym państwie członkowskim UE lub EOG na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach, dotyczących wniosków złożonych zarówno w 2020 r., jak i w latach wcześniejszych. 91,84% wszystkich postępowań zostało przez dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu lub Prezesa Funduszu (w przypadku wniosków złożonych od 1 września 2020 r.) rozpatrzonych pozytywnie poprzez przyznanie decyzji w sprawie zwrotu kosztów.

**Tabela nr V.4.** Liczba spraw dotyczących zwrotu kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach zakończonych w 2020 r. w podziale na sposób zakończenia postępowania.

Sposób zakończenia postępowania	Liczba wniosków	Udział %
Decyzja w sprawie zwrotu kosztów (art. 42d ust. 1 ustawy o świadczeniach)	9 333	91,84%
Decyzja o odmowie zwrotu kosztów (art. 42d ust. 2 ustawy o świadczeniach)	388	3,82%
Decyzja o umorzeniu postępowania	23	0,23%
Pozostawienie sprawy bez rozpoznania	377	3,71%
Odmowa wszczęcia postępowania	41	0,40%
<b>RAZEM</b>	<b>10 162</b>	<b>100%</b>

W 2020 r. do Prezesa Funduszu jako organu II instancji wpłynęło 1 216 odwołań świadczeniobiorców od decyzji dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu wydanych na podstawie art. 42d ust. 1 lub 2 ustawy o świadczeniach. Liczba odwołań złożonych do Prezesa Funduszu w 2020 r. w porównaniu do roku poprzedniego wzrosła o 45,63%. W 2020 r. Prezes Funduszu wydał w sumie 1 483 decyzji, dotyczących zarówno odwołań złożonych w 2020 r., jak i w latach wcześniejszych. Liczba decyzji wydanych przez Prezesa Funduszu w 2020 r. była wyższa prawie o 221% w porównaniu do roku poprzedniego. W przypadku ponad 97% postępowań odwoławczych zakończonych w 2020 r. Prezes Funduszu uchylił decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu, przy czym w 84 sprawach orzekł co do istoty sprawy, natomiast w 1 359 przekazał sprawy do ponownego rozpatrzenia przez organ I instancji. 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 2020 r. Fundusz dokonał zwrotu w odniesieniu do 9 803 wniosków o zwrot kosztów złożonych przez świadczeniobiorców, którzy skorzystali ze świadczeń zdrowotnych podczas pobytu na terenie 15 państw członkowskich UE lub EOG. Łączna wartość dokonanych zwrotów z tytułu świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach wyniosła 20 302,93 tys. zł. W 2020 r., w porównaniu do 2019 r., liczba wniosków, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty z tytułu zwrotu kosztów udzielonych świadczeń oraz kwota dokonanych wypłat były niższe odpowiednio o 38,88% i 36,59%. Średnia wysokość wypłaconego zwrotu kosztów świadczeń, w przeliczeniu na jeden wniosek złożony w oddziale wojewódzkim Funduszu, wyniosła prawie 2,07 tys. zł. W 2020 r. Fundusz dokonał wypłat w stosunku do 65 299 świadczeń opieki zdrowotnej, wykazanych łącznie na 9 803 wnioskach o zwrot kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach. Łączna liczba

świadczeń, w stosunku do których został dokonany zwrot jest wyższa niż liczba wniosków z dokonaną wypłatą, ponieważ na jednym wniosku o zwrot kosztów świadczeniobiorca może wnioskować o zwrot za więcej niż jedno świadczenie.

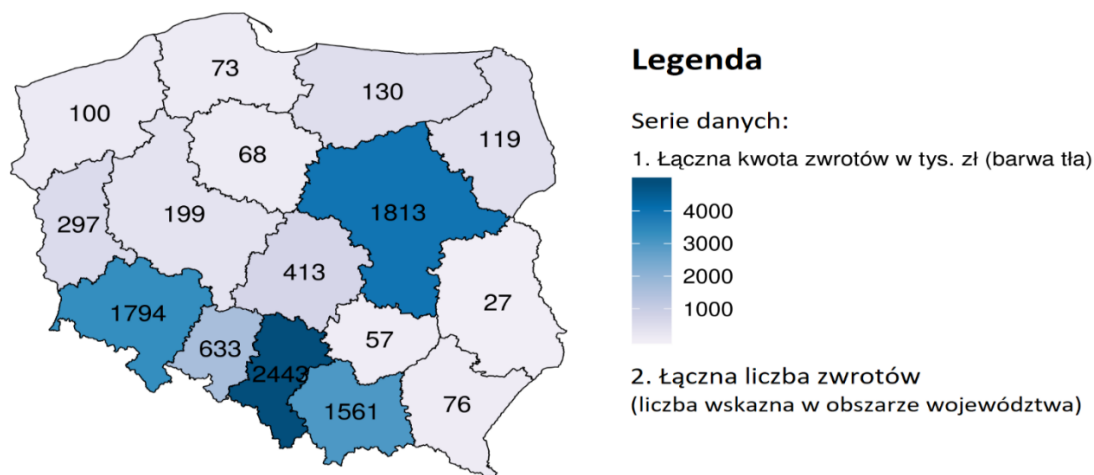
**Tabela nr V.5.** Liczba i wartość świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach, w stosunku do których Fundusz dokonał wypłaty w 2020 r. - wg rodzaju świadczeń.

Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej	Liczba świadczeń	Łączna kwota zwrotów w tys. zł
podstawowa opieka zdrowotna	15	1,04
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	254	147,47
leczenie szpitalne	16 094	16 894,07
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	18	1,85
leczenie stomatologiczne	48 695	3 130,47
lecznictwo uzdrowiskowe	50	3,08
koszty profilaktycznych programów zdrowotnych finansowanych ze środków własnych	1	0,02
zaopatrzenie w wyroby medyczne, na zlecenie osoby uprawnionej oraz ich naprawy	73	111,21
<b>RAZEM:</b>	<b>97</b>	<b>12,37</b>

Fundusz przyznał zwrot kosztów za 6 543 świadczenia usunięcia zaćmy, które wykazane zostały łącznie na 6 519 wnioskach o zwrot kosztów na kwotę 12 106,64 tys. zł. Średnia wysokość wypłaconego w 2020 r. zwrotu kosztów za zabieg usunięcia zaćmy wykonany w innym państwie członkowskim UE lub EOG wyniosła 1,85 tys. zł. Dodatkowo 8 112 świadczeń na łączną kwotę 1 857,74 tys. zł dotyczyło kwalifikacji do zabiegu usunięcia zaćmy lub kontroli po nim.

Fundusz dokonał zwrotu poniesionych kosztów świadczeń udzielonych na podstawie art. 42b ustawy o świadczeniach w 85,74% łącznej liczby wniosków w stosunku do których w 2020 r., i 85,84% całkowitych kosztów poniesionych na ten cel przez Fundusz w 2020 r. dotyczyło leczenia na terenie Czech. Największa liczba wypłat w 2020 r. została dokonana przez oddział śląski, który dokonał zwrotu w stosunku do 2 443 wniosków o zwrot kosztów na łączną kwotę 4 899,62 tys. zł. Kwota ta stanowiła 24,13% całkowitej wysokości kosztów poniesionych na ten cel przez NFZ

**Wykres nr V.3.** Liczba dokonanych zwrotów oraz kwoty zwrotu wypłacone w 2020 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 2020 r. wynikały z funkcjonowania na rynku firm pośredniczących, organizujących dla polskich świadczeniobiorców wyjazdy na leczenie do placówek medycznych działających na terenie innych państw członkowskich UE lub EOG. Wątpliwości budziła kwestia zasadności kierowania pacjentów do zabiegów 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 zaprezentowanych danych za 2020 r. wyraźnie widać wpływ sytuacji epidemicznej (pandemia wirusa SARS-CoV-2) i związanych z nią ograniczonych możliwości przemieszczania się ludności w kraju i za granicą, co przełożyło się na znaczny spadek liczby złożonych wniosków o zwrot kosztów w porównaniu do roku 2019. W 2020 r. z tego powodu doszło również do czasowego zawieszenia terminów procesowych w postępowaniach administracyjnych – na mocy art. 15 zzs ust. 1 oraz art. 15 z zr ust. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 374, z późn. zm.). Mimo powyższego, zadania, które zostały nałożone na Narodowy Fundusz Zdrowia 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 2020 r. przez Fundusz na bieżąco. Prawie 92% zakończonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu postępowań w sprawie zwrotu kosztów zakończyło się w 2020 r. wydaniem decyzji pozytywnych w sprawie zwrotu kosztów.

### **V.3. Zadania, o których mowa w art. 42i ustawy o świadczeniach**

W 2020 r. do NFZ wpłynęło 6 wniosków o przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego (art. 42i ustawy), w tym: 4 wnioski wpłynęły do dyrektorów OW NFZ; 2 wnioski wpłynęły do Prezesa NFZ (zgodnie z 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) od dnia 1 września 2020 r. organem właściwym do wydawania zgód, o których mowa w art. 42i ustawy o świadczeniach jest Prezes NFZ).

Spośród ww. wniosków 5 zawierało braki formalne uniemożliwiające wszczęcie postępowania w sprawie, w związku z czym wezwano strony celem usunięcia braków formalnych wniosku i żaden z tych wniosków nie wpłynął ponownie. W przypadku 1 wniosku wydana została przez Prezesa NFZ decyzja wyrażająca zgodę na skierowanie do przeprowadzenia leczenia

planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

W analogicznym okresie roku ubiegłego (2019) do dyrektorów OW NFZ wpłynęły 3 wnioski o przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, z czego: 2 wnioski pozostawiono bez rozpoznania ze względu na nieusunięcie braków formalnych; 1 wniosek stanowił podstawę do wydania przez dyrektora Dolnośląskiego OW NFZ zgody na przeprowadzenie leczenia planowanego poza granicami kraju na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

Reasumując, liczba wpływających wniosków o przeprowadzenie leczenia lub badań diagnostycznych na terytorium innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa członkowskiego Europejskiego Porozumienia o Wolnym Handlu, na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach wzrosła o 50%, natomiast liczba wydanych na ich podstawie decyzji pozostaje bez zmian w stosunku do ubiegłego roku sprawozdawczego, w 2020 r. oraz 2019 r. wydano po 1 decyzji. Decyzja wydana przez Prezesa NFZ w 2020 r. – po rozpatrzeniu wniosku, którego podstawę prawną stanowiły przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego – dotyczyła skierowania wnioskodawcy do przeprowadzenia leczenia planowanego z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu. Natomiast decyzja dyrektora OW NFZ wydana w 2019 r., wyrażająca zgodę na skierowanie wnioskodawcy do przeprowadzenia leczenia poza granicami kraju, dotyczyła leczenia z zakresu neurochirurgii. Niewielka liczba decyzji wydanych na podstawie przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego w 2020 r. - analogicznie do 2019 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 2020 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich NFZ wydali 46 decyzji dotyczących pokrycia kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju – w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach, w tym: 44 decyzje wyrażające zgodę na pokrycie kosztów ww. transportu (95,65%) i 2 decyzje odmowne (4,35%). Natomiast w 2019 r. dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu wydali 42 decyzje w sprawie wniosków o zgodę na pokrycie kosztów transportu do miejsca dalszego leczenia w kraju złożonych w oparciu o art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach, w tym: 37 decyzji pozytywnych (88,10%), 1 odmowę (2,38%), 3 decyzje umarzające postępowanie (7,14%) oraz 1 decyzję zmieniającą (2,38%).

Powyższe dane oznaczają nieznaczny (9,52%) wzrost liczby wydanych w 2020 r. decyzji, których podstawę prawną stanowił art. 42i ust. 9 ustawy o świadczeniach, w stosunku do liczby decyzji wydanych w roku 2019 r. W 2020 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 472,5 tys. zł. W 2019 r. zrealizowane i rozliczone zostały 34 transporty 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 2019 r. wyniósł 705,87 tys. zł. Oznacza to, że liczba transportów zrealizowanych w 2020 r. wzrosła w stosunku do roku 2019 r. o 20,59% z jednoczesnym spadkiem ich kosztu o 33%. Realizacja zadań prowadzonych przez Fundusz na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach w 2020 r. prowadzona była na bieżąco. Istotną



zmianą w zakresie realizacji zadań prowadzonych przez Fundusz w zakresie czynności związanych z procedowaniem wniosków na podstawie art. 42i ustawy o świadczeniach jaka nastąpiła w 2020 r., była zmiana przepisów ustawy, zgodnie z którą od dnia 1 września 2020 r. organem właściwym do wydawania zgód, o których mowa w art. 42i ustawy o świadczeniach jest Prezes NFZ. W trakcie realizacji działań prowadzonych przez Fundusz w 2020 r. wynikających z art. 42i ustawy o świadczeniach nie zaobserwowano trudności, które wymagałyby podejmowania specjalnych działań mających na celu ich rozwiązywanie

#### **V.4. Zadania, o których mowa w art. 42j ustawy o świadczeniach**

W 2020 r. Prezes NFZ wydał 71 decyzji dotyczących skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych (art. 42j ustawy), w tym: 65 zgód, co stanowi 91,55% wszystkich wydanych decyzji, 4 odmowy, co stanowi 5,63% wszystkich wydanych decyzji oraz 2 umorzenia, co stanowi 2,82 % wszystkich wydanych decyzji. W 2019 roku Prezes Funduszu wydał 124 decyzje dotyczące skierowania do przeprowadzenia poza granicami kraju leczenia lub badań diagnostycznych, w tym: 88 zgód, co stanowi 70,97% wszystkich wydanych decyzji, 29 odmów, co stanowi 23,39% wszystkich wydanych decyzji, 1 umorzenie, co stanowi 0,80% wszystkich wydanych decyzji, 6 decyzji zmieniających uprzednio wydane decyzji, co stanowi 4,84% wszystkich wydanych decyzji.

Porównując powyższe dane można zaobserwować: spadek liczby decyzji wydanych w 2020 r. w stosunku do liczby decyzji wydanych w 2019 r. o 42,7%, przy czym w 2020 r. liczba zgód wydanych zmalała o 26,14%, liczba odmów zmalała o 86,2% a liczba umorzeń wzrosła o 50%.

W 2020 r. największa liczba zgód dotyczyła leczenia lub badań diagnostycznych w państwach członkowskich UE, tj. w Niemczech (43%) oraz w Wielkiej Brytanii (13,8%). Również w 2019 r. pierwszym państwem pod względem liczby zgód były Niemcy (46,6%), jednak drugim pod względem liczby zgód krajem była Finlandia (20,45%). W 2020 r., analogicznie jak w roku 2019, największa liczba zgód Prezesa NFZ dotyczyła przeprowadzenia świadczeń z zakresu genetyki klinicznej - 30,7% (2020 r.), 40,91% (2019 r.) oraz ortopedii i traumatologii narządu ruchu - 20% (2020 r.), 11,36% (2019 r.);

Świadczenia z dziedziny genetyki klinicznej nadal stanowią najwyższy odsetek pozytywnych decyzji Prezesa NFZ, lecz odsetek ten w 2020 r. się zmniejszył. Wskazać należy, że w związku z mniejszą ogólną liczbą decyzji wydanych w 2020 r. – w porównaniu do 2019 roku, zmniejszyła się liczba decyzji pozytywnych. Powyższe skutkuje znacznym spadkiem szacunkowych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, na realizację których Prezes NFZ wyraził zgodę w 2020 r. W 2020 r. szacunkowy koszt zgód wyniósł 10 744,56 tys. zł, co stanowi 63% szacunkowych kosztów z 2019 r. (17 087,36 tys. zł). W 2020 r. Prezes NFZ wydał 33 decyzje wyrażające zgodę na pokrycie kosztów transportu na podstawie art. 42j ust. 2 ustawy o świadczeniach, natomiast w 2019 r. Prezes NFZ wydał 43 decyzje pozytywne w ww. zakresie. Powyższe oznacza spadek liczby decyzji wyrażających zgodę na pokrycie kosztów transportu w stosunku do 2019 r. o 23,26%, przy czym ma to związek z ogólnie mniejszą liczbą wniosków do Prezesa dotyczących leczenia planowanego poza granicami kraju. Realizacja zadań prowadzonych przez Fundusz na podstawie art. 42j ustawy o świadczeniach w 2020 r. prowadzona była na bieżąco. W 2020 r. nie zostały wprowadzone istotne zmiany mające wpływ

na realizację zadań prowadzonych przez Fundusz w zakresie czynności związanych z procedowaniem wniosków do Prezesa Funduszu na podstawie art. 42j ustawy o świadczeniach. W trakcie realizacji działań prowadzonych przez Fundusz w 2019 r. wynikających z art. 42j ustawy o świadczeniach nie zaobserwowano trudności, które wymagałyby podejmowania specjalnych działań mających na celu ich rozwiązywanie.

## V.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, 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.

Osób, które określa się mianem ubezpieczonych było 34 052 570, 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, 34 029 227 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 23 343 osób posiadających uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej, po zawarciu umowy dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 302 774 osób, to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 726 453 osób to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 16 882 osób, ze zgłoszonymi 6 461 członkami rodziny.

**Tabela nr V.6.** Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie - wg stanu na koniec 2020 roku.

l.p.	Oddział wojewódzki Funduszu	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			ogółem liczba ubezpieczonych
		ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	ogółem	opłacający składkę	członkowie rodzin korzystający z ubezpieczenia	
1	2	3	4	5	6	7	8	9=(3+6)
	<b>Ogółem</b>	<b>34 029 227</b>	<b>26 302 774</b>	<b>7 726 453</b>	<b>23 343</b>	<b>16 882</b>	<b>6 461</b>	<b>34 052 570</b>
0	Nieokreślony	4 960	4 855	105	2	2	0	4 962
1	Dolnośląski	2 543 504	2 012 117	531 387	1 919	1 510	409	2 545 423
2	Kujawsko-Pomorski	1 792 540	1 393 542	398 998	917	706	211	1 793 457
3	Lubelski	1 852 908	1 429 558	423 350	713	584	129	1 853 621
4	Lubuski	873 609	679 084	194 525	395	238	157	874 004
5	Łódzki	2 235 049	1 777 330	457 719	738	565	173	2 235 787
6	Małopolski	3 062 099	2 315 625	746 474	2 400	1 848	552	3 064 499
7	Mazowiecki	5 047 320	3 904 532	1 142 788	5 837	4 384	1 453	5 053 157

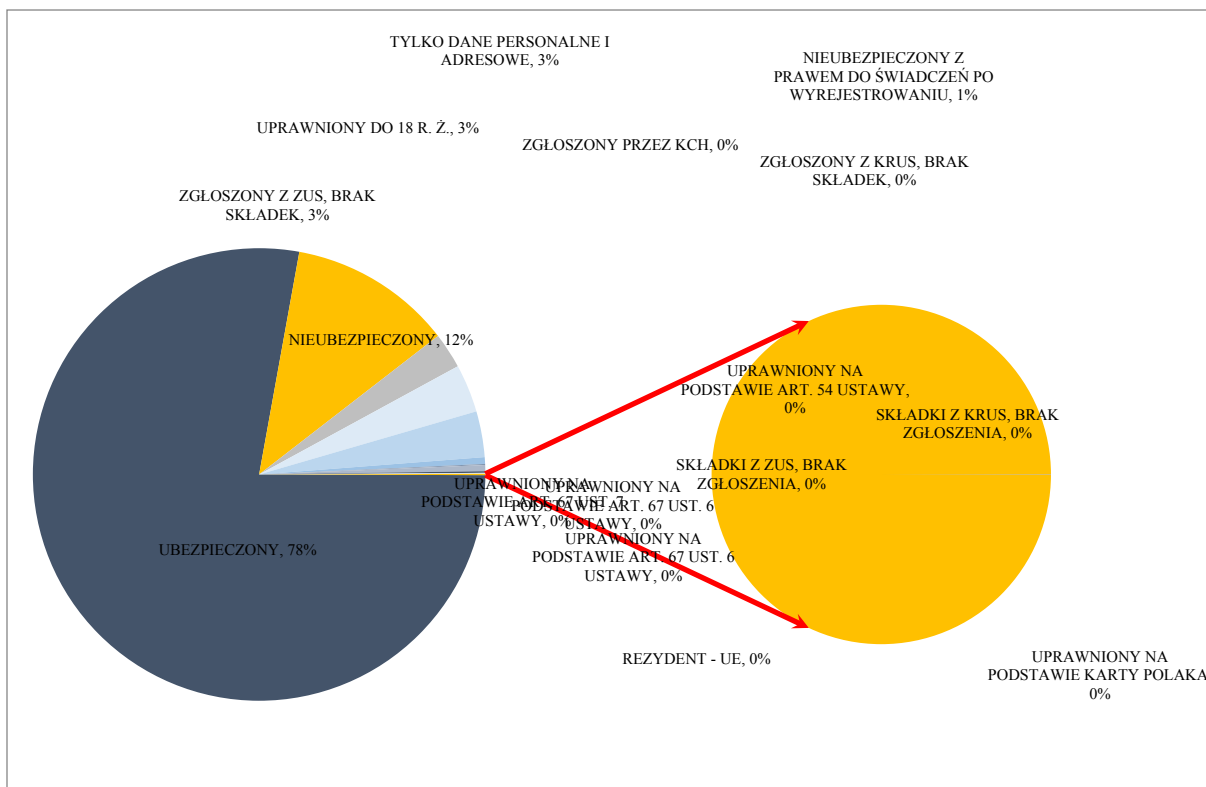
8	Opolski	ubezpieczeni obowiązkowo			ubezpieczeni dobrowolnie			811 527
		811 258	635 503	175 755	269	213	56	
9	Podkarpacki	1 835 509	1 375 458	460 051	696	648	48	1 836 205
10	Podlaski	1 016 794	777 390	239 404	383	269	114	1 017 177
11	Pomorski	2 060 702	1 557 215	503 487	3 346	1 901	1 445	2 064 048
12	Śląski	4 003 182	3 087 274	915 908	1 544	1 147	397	4 004 726
13	Świętokrzyski	1 071 536	837 709	233 827	157	118	39	1 071 693
14	Warmińsko-Mazurski	1 185 087	913 682	271 405	276	174	102	1 185 363
15	Wielkopolski	3 202 392	2 480 650	721 742	1 855	1 497	358	3 204 247
16	Zachodniopomorski	1 430 778	1 121 250	309 528	1 896	1 078	818	1 432 674

Na koniec 2019 r., 34 053 648 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, 34 028 309 osób, to ubezpieczeni obowiązkowo i 25 339 osób ubezpieczonych dobrowolnie. Wśród ubezpieczonych obowiązkowo 26 205 269 osoby, to ubezpieczeni opłacający składkę, a 7 823 040 osoby, to członkowie rodzin. Aktywną umowę dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego miało 18 187 osób, ze zgłoszonymi 7 152 członkami rodziny.

**Tabela nr V.7.** Ubezpieczeni obowiązkowo i dobrowolnie – wg stanu na koniec 2019 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	
1	2	3	4	5	6	7	8	9=(3+6)
	<b>Ogółem</b>	<b>34 028 309</b>	<b>26 205 269</b>	<b>7 823 040</b>	<b>25 339</b>	<b>18 187</b>	<b>7 152</b>	<b>34 053 648</b>
0	Dolnośląski	2 533 956	1 996 185	537 771	2 044	1 643	401	2 536 000
1	Kujawsko-Pomorski	1 797 575	1 392 082	405 493	927	711	216	1 798 502
2	Lubelski	1 866 403	1 433 273	433 130	726	604	122	1 867 129
3	Lubuski	872 317	673 601	198 716	445	277	168	872 762
4	Łódzki	2 241 035	1 776 651	464 384	804	625	179	2 241 839
5	Małopolski	3 053 628	2 302 088	751 540	2 590	2 037	553	3 056 218
6	Mazowiecki	5 037 237	3 891 589	1 145 648	5 932	4 385	1 547	5 043 169
7	Opolski	811 251	632 657	178 594	317	245	72	811 568
8	Podkarpacki	1 839 353	1 373 873	465 480	817	765	52	1 840 170
9	Podlaski	1 017 918	775 970	241 948	469	339	130	1 018 387
10	Pomorski	2 047 586	1 540 267	507 319	3 768	2 109	1 659	2 051 354
11	Śląski	4 020 650	3 087 035	933 615	1 807	1 323	484	4 022 457
12	Świętokrzyski	1 080 124	841 290	238 834	196	148	48	1 080 320
13	Warmińsko-Mazurski	1 189 297	911 758	277 539	344	213	131	1 189 641
14	Wielkopolski	3 191 891	2 464 848	727 043	2 045	1 595	450	3 193 936
15	Zachodniopomorski	1 428 087	1 112 101	315 986	2 108	1 168	940	1 430 195
16	Nieokreślony	1	1	0	0	0	0	1

**Wykres nr V.4.** Statusy osób zarejestrowanych w CWU wg stanu na koniec 2020 r. udział procentowy w ogólnej liczbie osób zarejestrowanych z wyłączeniem statusu „NIE ŻYJE” oraz „NUMER PESEL ANULOWANY” (informacja z rejestru PESEL).



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

informacji<sup>16</sup>. Uprawnienia z tytułu członka rodziny mają charakter pochodny w stosunku do prawa głównego ubezpieczonego, który zgodnie z art. 67 ust. 3 ustawy o świadczeniach, podlega obowiązkowi ubezpieczenia zdrowotnego i ma obowiązek zgłosić do ubezpieczenia zdrowotnego członków rodziny.

Należy zaznaczyć, że dane w CWU są przetwarzane w trybie ciągłym, jest to baza dynamiczna, w której każda implementacja danych (z ZUS, KRUS, MC<sup>17</sup>), czy też aktualizacja z wykorzystaniem dostępnych narzędzi i funkcji lub rejestracje decyzji z art. 54 ustawy o świadczeniach oraz umów dobrowolnego ubezpieczenia zdrowotnego, aktualizuje dane statystyczne.

W poniższej tabeli przedstawione są dane dotyczące obowiązujących w okresie sprawozdawczym uprawnień do świadczeń opieki zdrowotnej, które wydano na podstawie decyzji wydawanych zgodnie z art. 54 ustawy, decyzja wójta, burmistrza, prezydenta gminy

---

<sup>16</sup> UBEZPIECZONY; ID statusu 1 – przypisany do danych osób, które zostały zgłoszone do ubezpieczenia (tzw. aktywne zgłoszenie) oraz mają opłaconą składkę na ubezpieczenie zdrowotne za ostatnie 3 miesiące, a także zgłoszeni do systemu ubezpieczeń zdrowotnych członkowie ich rodzin.

NIEUBEZPIECZONY; ID statusu 3 – przypisany do danych osób powyżej 18 r. życia, które nie mają aktywnego zgłoszenia do ubezpieczenia zdrowotnego oraz brak jest informacji o opłaconej składce na ubezpieczenie tj. osób wyrejestrowanych z ubezpieczenia zdrowotnego przez ZUS lub KRUS; przypisany do danych osób, które ukończyły 18 r. życia, a które były zgłoszone jako członkowie rodziny i nie wpłynęło dla nich wyrejestrowanie wraz z wyrejestrowaniem osoby zgłaszającej (głównego ubezpieczonego); status ten mają również osoby powyżej 18 r. życia, które zgłoszone były z tytułem „członek rodziny – dziecko”, bez określonego stopnia niepełnosprawności, które ukończyły 26 rok życia.

UPRAWNIONY DO 18 R.Ż.; ID statusu 4 - inne niż wymienione w art. 2 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy o świadczeniach, osoby, które nie ukończyły 18. roku życia posiadające obywatelstwo polskie (niezgłoszone do ubezpieczenia zdrowotnego).

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

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

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

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

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

UPRAWNIONY NA PODSTAWIE ART. 67 UST. 7 USTAWY ; ID statusu -7 (minus 7) – status przypisany do danych osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty, które pomimo wygaśnięcia obowiązku ubezpieczenia mają wraz z członkami rodziny prawo do świadczeń z ubezpieczenia zdrowotnego w okresie trwania postępowania o przyznanie tych świadczeń.

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

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

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

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

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

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

STATUS 0 (nieokreślony): dotyczy osób, dla których w momencie generowania raportu nieukończono było pełne przetwarzanie danych.

<sup>17</sup> Ministerstwo Cyfryzacji jest organem prowadzącym centralną ewidencję PESEL – do grudnia 2015 r. organem prowadzącym centralną ewidencję PESEL było MSWiA.

właściwej ze względu na miejsce zamieszkania świadczeniobiorcy, wydawana na okres 3 miesięcy. Dane są wprowadzane do systemu, jeżeli w decyzjach, które wpływają do NFZ są wpisane dane, w tym informacja o obywatelstwie i statusie uchodźcy. Porównując dane między okresami, w ogólnej liczbie osób zarejestrowanych na podstawie decyzji z art. 54 ustawy, w 2020 r. wydano 3 322 decyzji mniej niż w 2019 r.

**Tabela nr V.8.** Centralny Wykaz Ubezpieczonych – decyzje z art. 54 – stan na koniec 2020 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
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0.	Ogółem	7 880	5 104	1 440	431	17	7 897	7 850	1
1.	Dolnośląski	572	298	160	8	0	572	572	0
2.	Kujawsko-Pomorski	366	118	61	187	0	366	363	1
3.	Lubelski	217	117	44	0	0	217	215	0
4.	Lubuski	439	341	68	0	0	439	438	0
5.	Łódzki	406	277	68	7	6	412	409	0
6.	Małopolski	613	487	114	10	0	613	611	0
7.	Mazowiecki	1 016	599	187	107	6	1 022	1 011	0
8.	Opolski	156	119	32	1	0	156	156	0
9.	Podkarpacki	224	155	65	4	0	224	224	0
10.	Podlaski	193	99	66	0	0	193	193	0
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
11.	Pomorski	534	429	72	3	0	534	522	0
12.	Śląski	808	233	162	4	3	811	804	0
13.	Świętokrzyski	193	121	72	0	0	193	193	0
14.	Warmińsko-Mazurski	436	338	87	8	0	436	436	0
15.	Wielkopolski	1 131	911	78	82	2	1 133	1 128	0
16.	Zachodniopomorski	576	462	104	10	0	576	575	0

**Tabela nr V.9.** Decyzje wydawane na podstawie art. 54 ustawy o świadczeniach, różnice między rokiem 2020 vs 2019.

Lp.	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
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
0	Ogółem	-3 322	-1 355	-413	-836	-22	-3 344	-3 339	0
1	Dolnośląski	-103	-127	30	-5	0	-103	-101	0
2	Kujawsko-Pomorski	-200	-31	-40	-129	-2	-202	-197	1
3	Lubelski	-164	-126	-41	-1	0	-164	-164	0
4	Lubuski	-141	-150	-11	0	0	-141	-136	0
5	Łódzki	95	39	0	3	6	101	99	0
6	Małopolski	-336	-279	-66	7	0	-336	-337	0
7	Mazowiecki	-453	164	17	-542	-20	-473	-473	-1

8	Opolski	liczba wydanych decyzji					liczba osób, którym wydano decyzje		
		-161	58	22	-156	0	-161	-161	0
9	Podkarpacki	-92	-73	-21	2	0	-92	-92	0
10	Podlaski	-97	-47	-35	0	0	-97	-97	0
11	Pomorski	-201	-158	-31	-7	0	-201	-206	0
12	Śląski	-490	-208	-45	-1	-7	-497	-498	0
13	Świętokrzyski	-105	-67	-38	0	0	-105	-105	0
14	Warmińsko-Mazurski	-214	-127	-82	-6	0	-214	-214	0
15	Wielkopolski	-343	-226	-54	-10	1	-342	-340	0
16	Zachodniopomorski	-317	3	-18	9	0	-317	-317	0

## V.6. Plany zakupu świadczeń

Plany zakupu są przygotowywane przez poszczególnych Dyrektorów OW NFZ, z uwzględnieniem priorytetów regionalnych i ogólnopolskich, w oparciu o plan finansowy przyjęty na rok następny. Tworzenie planu i zakres zawartych w nim danych (wzory tabel) określa: „Procedura definiowania priorytetów zdrowotnych i planowania zakupu świadczeń”.

W 2019 roku zestawienia zostały przygotowane na podstawie wersji 4.1 „procedury”, przyjętej 12 września 2018 r. W dniu 20 maja 2020 roku oddziały wojewódzkie Funduszu przekazały ostateczną wersję planów na 2020 rok, natomiast wstępna wersja planów zakupów na 2021 rok zebrana została 10 grudnia 2020 r. We wskazanych powyżej terminach Centrala przygotowała zestawienie zbiorcze przesłanych przez oddziały planów.

## V.7. Zadania z zakresu monitorowania i kontroli

W ramach monitorowania realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w 2020 roku przygotowano raport „Wskaźniki jakościowe w obszarze terapeutycznym leczenia raka piersi” oraz dwa suplementy do raportu: „Wpływ epidemii SARS-CoV-2 na świadczenia zdrowotne związane z profilaktyką i leczeniem raka piersi” i „Ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna pacjenta”.

Raport został opracowany na podstawie przeglądu literatury międzynarodowej i polskiej dotyczącej oceny jakości opieki onkologicznej, danych sprawozdawanych przez świadczeniodawców w obszarze raka piersi oraz konsultacji z ekspertami klinicznymi.

W ww. opracowaniach przedstawiono następujące zagadnienia:

- ukierunkowanie opieki zdrowotnej na działania skuteczne z punktu widzenia klinicznego i jednocześnie o największej wartości dla pacjenta (Value-based health care) z uwzględnieniem działań podejmowanych w innych krajach;
- wybrane wskaźniki jakościowe w obszarze raka piersi – przedstawiono wskaźniki omawiane w literaturze oraz zaproponowano miary jakości oraz wskaźniki jakości w zakresie opieki nad pacjentem z rakiem piersi w obszarach „proces” (tzn. działania, które składają się na opiekę zdrowotną nad pacjentem w danym problemie medycznym) i „wynik” (tzn. wartości będące wynikiem podjętych działań z wykorzystaniem istniejących zasobów);
- analiza realizacji świadczeń opieki zdrowotnej związanych z profilaktyką, diagnostyką i leczeniem raka piersi (z uwzględnieniem rehabilitacji i zaopatrzenia w wyroby medyczne)

w latach 2015-2019 na poziomie kraju, poszczególnych województw i przez wybranych świadczeniodawców, ze wskazaniem różnic w podejściu do procesu diagnostyczno-terapeutycznego;

- wnioski z przeprowadzonych analiz i rekomendacje systemowe dotyczące m.in.: podjęcia działań mających na celu zwiększenie udziału w programach profilaktycznych, zdiagnozowanie przyczyn różnic w podejściu terapeutycznym między województwami, identyfikację przyczyn małej liczby przeprowadzonych zabiegów rekonstrukcji piersi oraz małej liczby pacjentów objętych rehabilitacją i poradnictwem psychologicznym, opracowania systemu komunikacji pomiędzy POZ a ośrodkami prowadzącymi leczenie onkologiczne pozwalającym na zachowanie ciągłości opieki nad pacjentem onkologicznym, monitorowania jakości opieki z punktu widzenia pacjenta;
- porównanie danych dotyczących pacjentów i świadczeń zdrowotnych w okresie styczeń – październik 2019 r. i 2020 r. w celu oceny wpływu epidemii SARS-CoV-2 na świadczenia zdrowotne związane z profilaktyką i leczeniem raka piersi – z analizy wynika, że w 2020 roku nastąpiło zmniejszenie liczby pacjentów diagnozowanych i leczonych oraz zmniejszenie liczby świadczeń ogółem oraz w poszczególnych rodzajach/typów świadczeń (z wyjątkiem chemioterapii i programu lekowego), zwłaszcza w odniesieniu do programu profilaktycznego, zabiegów operacyjnych, radioterapii, rehabilitacji i zaopatrzenia w wyroby medyczne;
- ścieżka diagnostyczno-terapeutyczna pacjentów z rozpoznaniem raka piersi w podziale na cztery moduły: diagnostyczny (drogi wejścia pacjenta do systemu i przeprowadzane badania), leczenia, rehabilitacji i monitorowania. Przedstawiono schemat tzw. ścieżki pacjentów nowo rozpoznanych w 2016 r.: liczby pacjentów, którzy nie rozpoczęli leczenia oraz tych, którzy zostali poddani określonym terapiom w poszczególnych sekwencjach: rozpoczynających się leczeniem zabiegowym, chemioterapią lub leczeniem skojarzonym oraz radioterapią.

W 2020 roku<sup>18</sup>, terenowe wydziały kontroli NFZ przeprowadziły łącznie 498 kontroli realizacji umów w obszarze świadczeń opieki zdrowotnej, w ramach których skontrolowały 516 umów<sup>19</sup> – 215 umów w ramach kontroli planowych oraz 283 umów w ramach kontroli doraźnych. Z uwagi na decyzję o zawieszeniu działań kontrolnych z powodu pandemii COVID-19, terenowe wydziały kontroli nie przeprowadziły w kwietniu, maju i czerwcu 2020 r. żadnych kontroli.

**Tabela nr V.10.** Liczba kontroli realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na poszczególne terenowe wydziały kontroli Funduszu w latach 2019-2020.

TWK NFZ	2019	2020	Zmiana 2020/2019
I we Wrocławiu	134	33	-101
II w Bydgoszczy	108	37	-71
III w Lublinie	90	28	-62

<sup>18</sup> O przypisaniu kontroli do okresu sprawozdawczego decydowała data przekazania wystąpienia pokontrolnego.

<sup>19</sup> Czyt. liczba kontroli w poszczególnych rodzajach świadczeń (jedno postępowanie kontrolne może obejmować kilka rodzajów świadczeń).



<b>TWK NFZ</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>Zmiana 2020/2019</b>
IV w Zielonej Górze	32	7	-25
V w Łodzi	188	53	-135
VI w Krakowie	99	43	-56
VII w Warszawie	130	46	-84
VIII w Opolu	28	16	-12
IX w Rzeszowie	79	38	-41
X w Białymstoku	58	43	-15
XI w Gdańsku	88	41	-47
XII w Katowicach	122	24	-98
XIII w Kielcach	113	40	-73
XIV w Olsztynie	70	14	-56
XV w Poznaniu	70	25	-45
XVI w Szczecinie	29	10	-19
<b>RAZEM:</b>	<b>1 438</b>	<b>498</b>	<b>-940</b>

**Tabela nr V.11.** Liczba skontrolowanych umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w podziale na rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej w latach 2019-2020 r.<sup>20</sup>

Rodzaje świadczeń opieki zdrowotnej	2019	2020	Zmiana 2020/2019
AOS	207	87	-120
OPH	33	4	-29
PDT	1	0	-1
POZ	70	113	43
PRO	6	1	-5
PSY	53	17	-36
REH	116	21	-95
RTM	25	4	-21
SOK	16	5	-11
SPO	62	20	-42
STM	239	74	-165
SZP	629	159	-470
CHZ	0	5	5
UZD	4	1	-3
ZPO	49	5	-44
<b>RAZEM:</b>	<b>1 510</b>	<b>516</b>	<b>-994</b>

Najczęstszym przedmiotem kontroli dotyczących świadczeniodawców realizowanym przez terenowe wydziały kontroli NFZ była ocena prawidłowości realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczyły m.in.:

- wykazywania do rozliczenia świadczeń niezasadnych, nieprawidłowych lub niezgodnych ze stanem faktycznym;
- sprawozdawania i rozliczania świadczeń nieznajdujących potwierdzenia w dokumentacji medycznej (procedury/porady/inne);
- rozliczenia świadczeń, których faktycznie nie zrealizowano;
- realizacji świadczeń w warunkach leczenia szpitalnego, które powinny zostać zrealizowane w trybie ambulatoryjnym;
- udzielania świadczeń w sposób i w warunkach nieodpowiadających wymogom określonym w obowiązujących przepisach lub umowie;
- nieudzielania świadczeń w czasie lub miejscu ustalonym w umowie;
- udzielania świadczeń przez personel medyczny w wymiarze czasu pracy niezgodnym z umową;
- niewykonywania wszystkich wymaganych badań i konsultacji specjalistycznych;

<sup>20</sup> Kontrole wielorodzajowe zostały wykazane w wszystkich rodzajach, których dotyczyły.

- braku bieżącego aktualizowania danych o potencjale wykonawczym (personel, aparatura i sprzęt medyczny, harmonogram udzielania świadczeń);
- braku wymaganego wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną;
- braku windy oraz wymaganych pomieszczeń;
- gromadzenia informacji lub prowadzenia dokumentacji, w tym dokumentacji medycznej w sposób naruszający przepisy prawa (brak historii chorób, brak wpisów świadczeń, brak autoryzacji, brak deklaracji wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, brak zgody pacjenta na wykonanie zabiegu);
- prowadzenia list oczekujących w sposób naruszający przepisy prawa;
- niepodania do wiadomości świadczeniobiorców zasad rejestracji i organizacji udzielania świadczeń;
- odmowy udzielania świadczeń;
- braku podłączenia do systemu teleinformatycznego, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia;
- braku zgłoszenia podwykonawcy do umowy;
- braku w poradni POZ personelu posiadającego określone w przepisach kwalifikacje;
- nienależnego pobierania stawki kapitacyjnej w sytuacji braku gotowości do udzielania świadczeń w POZ;
- braku wymaganej liczby etatów pielęgniarskich określonych w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego z dnia 22 listopada 2013 r. z późn. zm;
- niepowiadomienia oddziału wojewódzkiego NFZ o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń;
- niezapewnienia świadczeniobiorcom możliwości umawiania się drogą elektroniczną na wizyty, monitorowania statusu na liście oczekujących na udzielenie świadczenia oraz powiadamiania o terminie udzielania świadczenia;
- braku ważnego skierowania na podstawie, którego wykazano do rozliczenia udzielone świadczenie;
- braku wpisów w wykazie odmów przyjęć i porad ambulatoryjnych udzielanych w izbie przyjęć;
- kwalifikowania wykonanych procedur/ świadczeń zabiegowych do niewłaściwych kodów procedur medycznych wg ICD-9 oraz kwalifikowania zrealizowanych świadczeń zabiegowych do nieprawidłowego produktu rozliczeniowego;
- nieprawidłowego kwalifikowania świadczeń do rozliczenia;
- niezapewnienia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych przez odpowiedni personel;
- niezgodnego z rzeczywistością wpisu w Księdze Rejestrowej liczby łóżek;

- udzielania świadczeń niezgodnie z określonym w umowie harmonogramem;
- wykazywania ponownie do rozliczenia zakwestionowanych świadczeń;
- pobierania nienależnych opłat za świadczenia będące przedmiotem umowy.

W wyniku przeprowadzonych przez terenowe wydziały kontroli Funduszu kontroli umów w 2020 roku skutki finansowe, po uwzględnieniu środków odwoławczych<sup>21</sup>, wyniosły łącznie 27 845,55 tys. zł w tym: wartość nienależnie przekazanych środków finansowych 19 750,16 tys. zł, wartość nałożonych kar umownych 8 095,39 tys. zł.

**Tabela nr V.12.** Wartości zakwestionowanych środków finansowych nienależnie wypłaconych i nałożonych kar określone w wystąpieniach pokontrolnych, w podziale na poszczególne terenowe wydziały kontroli Funduszu w latach 2019-2020 (w tys. zł).

TWK NFZ	Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	Zmiana 2020/2019
I we Wrocławiu	2 274,39	789,15	1 732,26	330,01	4 006,65	1 119,16	-2 887,49
II w Bydgoszczy	8 296,97	1 979,02	3 134,37	970,68	11 431,34	2 949,70	-8 481,64
III w Lublinie	4 632,60	565,39	920,95	1 105,68	5 553,55	1 671,07	-3 882,48
IV w Zielonej Górze	2 108,22	297,06	513,78	123,34	2 621,99	420,40	-2 201,60
V w Łodzi	2 436,47	804,19	941,13	357,52	3 377,60	1 161,71	-2 215,88
VI w Krakowie	5 752,70	1 888,65	6 020,06	1 733,59	11 772,77	3 622,24	-8 150,53
VII w Warszawie	9 824,77	9 238,15	2 860,19	1 379,90	12 684,96	10 618,04	-2 066,92
VIII w Opolu	2 636,81	634,98	852,09	151,74	3 488,89	786,72	-2 702,18
IX w Rzeszowie	5 271,50	1 434,73	825,32	1 458,42	6 096,81	2 893,15	-3 203,66
X w Białymstoku	3 213,73	353,96	2 173,51	470,27	5 387,23	824,23	-4 563,00
XI w Gdańsku	1 980,54	971,39	1 458,68	1 018,50	3 439,23	1 989,90	-1 449,33
XII w Katowicach	3 933,86	4 519,58	2 576,11	1 278,20	6 509,97	5 797,78	-712,19
XIII w Kielcach	1 751,72	266,47	588,30	353,13	2 340,02	619,61	-1 720,42
XIV w Olsztynie	3 653,42	35,14	717,97	32,92	4 371,40	68,06	-4 303,33
XV w Poznaniu	5 305,93	827,03	882,36	276,12	6 188,29	1 103,15	-5 085,14
XVI w Szczecinie	4 361,19	274,14	373,16	732,69	4 734,35	1 006,83	-3 727,52
<b>Razem:</b>	<b>67 434,82</b>	<b>24 879,04</b>	<b>26 570,24</b>	<b>11 772,71</b>	<b>94 005,06</b>	<b>36 651,75</b>	<b>-57 353,31</b>

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

<sup>21</sup> Jeśli tryb odwoławczy był w toku postępowania, bądź nie minął okres na składanie środków odwoławczych – do sumy kwoty skutków finansowych wliczono kwotę określoną w wystąpieniu pokontrolnym.

## Kontrole aptek

W 2020 roku terenowe wydziały kontroli NFZ przeprowadziły łącznie 242 postępowania kontrolne aptek, z czego 201 kontroli zakończyło się przekazaniem zaleceń pokontrolnych.

**Tabela nr V.13.** Liczba przeprowadzonych kontroli aptek w latach 2019-2020.

TWK NFZ	2019	2020	Zmiana 2020/2019
I we Wrocławiu	74	27	-47
II w Bydgoszczy	31	16	-15
III w Lublinie	25	5	-20
IV w Zielonej Górze	52	19	-33
V Łodzi	28	14	-14
VI w Krakowie	55	11	-44
VII w Warszawie	135	42	-93
VIII w Opolu	12	6	-6
IX w Rzeszowie	25	19	-6
X w Białymstoku	30	6	-24
XI w Gdańsku	16	12	-4
XII w Katowicach	25	18	-7
XIII w Kielcach	29	10	-19
XIV w Olsztynie	34	21	-13
XV w Poznaniu	9	9	0
XVI w Szczecinie	10	7	-3
<b>RAZEM</b>	<b>590</b>	<b>242</b>	<b>-348</b>

Stwierdzone w trakcie kontroli nieprawidłowości dotyczyły m.in.:

- błędnego określenia kwoty dopłaty pacjenta;
- braku: pieczętki osób sporządzających leki recepturowe; pieczęci i podpisu osoby wystawiającej receptę przy poprawce dotyczącej odpłatności za lek; podpisu i pieczętki osoby realizującej receptę; podpisu osoby wystawiającej receptę; sposobu dawkowania dla leku gotowego, zawierającego w składzie substancję z wykazu A lub substancję psychotropową; sposobu dawkowania dla leku recepturowego, zawierającego w swoim składzie substancję bardzo silnie działającą; zgody na refundację produktu leczniczego sprowadzonego z zagranicy na podstawie zapotrzebowania; na rewersie recept adnotacji o dacie i godzinie przyjęcia i wykonania leku robionego wraz z danymi osoby przyjmującej i wykonującej lek; faktur zakupu leków oraz dokumentów przychodu/rozchodu; poinformowania OW NFZ o zmianach w ewidencji osób zatrudnionych w aptece;
- realizacji recept: po terminie ich ważności lub przed datą wystawienia; w których dokonano niedozwolonych zmian w składzie leku; bez pełnych danych pacjenta lub świadczeniodawcy; na druku innego lekarza niż ordynujący; pomimo braku oznaczenia identyfikatora płatnika; na których brak jest daty wystawienia;
- wydania leków: w liczbie przekraczającej 120-dniową kurację; na zniżkę przy odpłatności 100% na recepcie; przez osoby nieuprawnione; z odpłatnością inną niż zaordynowana;

w niepełnych, podzielonych opakowaniach; w liczbie większej niż przepisana przez lekarza; w większej ilości leku, niż wynika ze sposobu dawkowania i okresu stosowania w sytuacji, gdy nie określono wielkości opakowania;

- wydania produktu z uprawnieniem, które nie zostało potwierdzone;
- wydania jako refundowany lek nierefundowany lub wypisany poza zakresem refundacji;
- wydania więcej niż jednego najmniejszego refundowanego opakowania bez zapisanego dawkowania;
- zamiany leku spoza wykazu leków refundowanych na lek refundowany;
- zastosowania przez aptekę innej marży dla leków sprowadzanych z zagranicy niż wynikająca z ustawy;
- nieprawidłowego otaksowanie recept lub brak otaksowania w postaci elektronicznego Dokumentu Realizacji Recepty;
- przekazywania danych niezgodnych ze stanem faktycznym (m. in.: daty wystawienia recepty, kodu OW NFZ, numeru PESEL pacjenta, uprawnień dodatkowych, adnotacji „nie zamieniać”, wydanego odpowiednika, daty realizacji "od dnia", kodu EAN/GTIN składnika, typu i numeru identyfikatora osoby realizującej receptę, uprawnienia dodatkowego „S” pomimo braku oznaczenia na recepcie);
- nieprzedstawienia recept do kontroli, brak recept w aptece;
- nieprawidłowej wyceny leku recepturowego (wykazanie większej ilości składnika recepturowego lub ustalenie kosztu sporządzenia leku recepturowego z uwzględnieniem składnika niewystępującego na awersie recepty oraz pomimo braku określonych na awersie recepty ilości składników recepturowych);
- wykonania leku recepturowego niezgodnie z ordynacją lekarską, o innym składzie, ilości i postaci lub użycia przeterminowanego surowca farmaceutycznego do sporządzenia leku;
- wykorzystania leku gotowego niebędącego surowcem farmaceutycznym do sporządzenia leku recepturowego;
- błędnie wykonanego leku recepturowego – brak warunków jałowych, mimo obecności w składzie leku antybiotyku lub wykonanie leku niejałowego w warunkach jałowych;
- sporządzenia leku recepturowego w terminie przekraczającym 48 godzin od przyjęcia recepty przez aptekę;
- nieobecności magistra farmacji w momencie rozpoczęcia czynności kontrolnych;
- dokonania ustaleń, że apteka prowadzi politykę zakupową surowców farmaceutycznych do sporządzania leku recepturowego w opakowaniach o niskiej gramaturze, w szczególności Dithranolum op. a 0,5 g, 1 g, Hydrocortisonum op. a 0,5 g, 1 g, Acidum salicylicum op. a 10 g, Lidocaini h/chlor. op. a 1 g, Benzocainum op. a 1 g, Vaselinum flavum op. a 100 g, Vaselinum album op. a 100 g, Lanolinum anhydricum op. a 100 g oraz Glicerolum 85 % op. a 100 g., co skutkuje generowaniem wysokiej refundacji w zakresie leków recepturowych.

Z 64 064 recept skontrolowanych w 2020 roku zakwestionowano 17 960 recept, tj. 28% recept poddanych kontroli. W toku przeprowadzonych w 2020 roku kontroli nałożono skutki finansowe w wysokości 4 073,73 tys. zł w tym: wartość zakwestionowanej refundacji 2 358,98 tys. zł., wartość nałożonych kar 1 714,74 tys. zł.

**Tabela nr V.14.** Zestawienie danych dotyczących skutków finansowych kontroli aptek za lata 2019-2020 (w tys. zł).

TWK NFZ	Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		Zmiana 2020/2019
	2 019	2 020	2 019	2 020	2 019	2 020	
I we Wrocławiu	468,98	454,74	197,35	231,79	666,34	686,53	20,19
II w Bydgoszczy	49,25	15,17	24,68	4,76	73,93	19,93	-54,01
III w Lublinie	216,40	21,83	17,16	10,84	233,56	32,66	-200,89
IV w Zielonej Górze	20,79	8,06	15,18	12,58	35,97	20,64	-15,32
V Łodzi	21,21	18,50	158,36	83,18	179,57	101,68	-77,89
VI w Krakowie	347,73	78,23	145,21	53,94	492,93	132,17	-360,76
VII w Warszawie	47,32	55,06	177,55	68,38	224,88	123,45	-101,43
VIII w Opolu	4,15	43,11	3,72	7,04	7,87	50,15	42,28
IX w Rzeszowie	35,07	1 271,99	6,63	1 040,68	41,70	2 312,67	2 270,97
X w Białymstoku	33,98	18,55	93,12	25,19	127,10	43,74	-83,36
XI w Gdańsku	9,31	7,99	9,76	20,92	19,06	28,90	9,84
XII w Katowicach	1 685,56	286,46	51,95	98,74	1 737,51	385,20	-1 352,31
XIII w Kielcach	60,60	34,68	68,75	20,50	129,35	55,18	-74,17
XIV w Olsztynie	9,88	17,27	14,51	14,13	24,39	31,40	7,01
XV w Poznaniu	122,90	24,15	19,46	7,05	142,36	31,20	-111,16
XVI w Szczecinie	9,35	3,19	4,67	15,04	14,02	18,23	4,22
<b>RAZEM:</b>	<b>3 142,46</b>	<b>2 358,98</b>	<b>1 008,06</b>	<b>1 714,74</b>	<b>4 150,52</b>	<b>4 073,73</b>	<b>-76,80</b>

### Kontrole ordynacji lekarskich

Zgodnie z art. 97 ust. 3 pkt 6 ustawy o świadczeniach do zakresu działania NFZ należy monitorowanie ordynacji lekarskich. W ramach kontroli ordynacji lekarskiej zespoły kontrolujące w Terenowych Wydziałów Kontroli NFZ zwróciły uwagę przede wszystkim na dwa elementy: sposób prowadzenia dokumentacji medycznej i zasadność ordynowania leków. W 2020 roku<sup>22</sup> terenowe wydziały kontroli NFZ przeprowadziły łącznie 80 postępowań kontrolnych ordynacji lekarskiej, podczas których skontrolowano 486 osób uprawnionych do wystawiania recept, podczas których skontrolowano 486 osób uprawnionych do wystawiania recept. Postępowania objęły 64 kontrole realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ordynacji lekarskich (80%) i 16 kontroli, które dotyczyły osób uprawnionych do wystawiania recept (20%).

<sup>22</sup>Kwalifikacja kontroli do danego kwartału sprawozdawczego następuje na podstawie daty przekazania wystąpienia pokontrolnego.

**Tabela nr V.15.** Liczba kontroli ordynacji lekarskiej przeprowadzonych w latach 2019-2020.

TWK NFZ	Liczba kontroli		
	2019	2020	Zmiana 2020/2019
I we Wrocławiu	24	9	-15
II w Bydgoszczy	10	4	-6
III w Lublinie	22	8	-14
IV w Zielonej Górze	33	5	-28
V w Łodzi	19	1	-18
VI w Krakowie	27	5	-22
VII w Warszawie	50	18	-32
VIII w Opolu	6	7	1
IX w Rzeszowie	8	2	-6
X w Białymstoku	20	3	-17
XI w Gdańsku	20	5	-15
XII w Katowicach	21	3	-18
XIII w Kielcach	15	5	-10
XIV w Olsztynie	21	4	-17
XV w Poznaniu	13	0	-13
XVI w Szczecinie	10	1	-9
<b>RAZEM</b>	<b>319</b>	<b>80</b>	<b>-239</b>

**Tabela nr V.16.** Liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept w latach 2019-2020 (pojedynczy NPWZ).

TWK NFZ	Liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept (umowy indywidualne) nie zdublowane NPWZ		Liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept (umowy ze świadczeniodawcami) nie zdublowane NPWZ		Liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept (bez umowy) nie zdublowane NPWZ		Razem liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept nie zdublowane NPWZ		
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	2019	2020	Zmiana 2020/2019
I we Wrocławiu	7	0	87	42	1	2	95	44	-51
II w Bydgoszczy	0	1	112	16	0	0	112	17	-95
III w Lublinie	2	1	48	36	0	3	50	40	-10
IV w Zielonej Górze	1	0	51	11	13	1	65	12	-53
V w Łodzi	2	0	27	0	3	2	32	2	-30
VI w Krakowie	6	0	63	11	0	0	69	11	-58
VII w Warszawie	0	2	492	0	6	0	498	2	-496
VIII w Opolu	0	0	9	263	1	0	10	263	253
IX w Rzeszowie	0	0	13	13	0	2	13	15	2
X w Białymstoku	6	0	41	13	0	0	47	13	-34
XI w Gdańsku	0	0	51	9	0	1	51	10	-41
XII w Katowicach	0	0	59	3	2	1	61	4	-57
XIII w Kielcach	1	0	16	6	0	0	17	6	-11
XIV w Olsztynie	0	0	91	23	2	0	93	23	-70



TWK NFZ	Liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept (umowy indywidualne) nie zdublowane NPWZ		Liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept (umowy ze świadczeniodawcami) nie zdublowane NPWZ		Liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept (bez umowy) nie zdublowane NPWZ		Razem liczba skontrolowanych osób uprawnionych do wystawiania recept nie zdublowane NPWZ		
XV w Poznaniu	2	0	27	0	1	0	30	0	-30
XVI w Szczecinie	0	0	65	24	0	0	65	24	-41
<b>RAZEM</b>	<b>27</b>	<b>4</b>	<b>1 252</b>	<b>470</b>	<b>29</b>	<b>12</b>	<b>1 308</b>	<b>486</b>	<b>-822</b>

W wyniku przeprowadzonych kontroli, wartość zakwestionowanej ordynacji (1 272,27 tys. zł) i nałożonych kar umownych (110,66 tys. zł) w 2020 roku wyniosła 1 382,93 tys. zł.

**Tabela nr V.17.** Skutki finansowe kontroli ordynacji po uwzględnieniu środków odwoławczych, w podziale na poszczególne TWK NFZ w latach 2019-2020 (w tys. zł).

TWK NFZ	Wartość zakwestionowanej ordynacji		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	Zmiana 2020/2019
I we Wrocławiu	180,86	118,95	27,28	2,52	208,15	121,48	-86,67
II w Bydgoszczy	761,32	213,35	34,49	4,55	795,8	217,9	-577,9
III w Lublinie	3 276,44	90,2	8,84	3,17	3 285,27	93,37	-3 191,91
IV w Zielonej Górze	7,23	42,45	20,87	-	28,1	42,45	14,36
V w Łodzi	117,83	2,33	3,47	-	121,3	2,33	-118,97
VI w Krakowie	3 271,98	224,08	326,1	12,09	3 598,08	236,17	-3 361,91
VII w Warszawie	1 370,04	113,73	91,3	16,18	1 461,34	129,91	-1 331,42
VIII w Opolu	58,8	157,2	14,26	7,97	73,06	165,17	92,11
IX w Rzeszowie	668,71	3,57	1,12	-	669,82	3,57	-666,26
X w Białymstoku	1 419,10	30,33	114,24	27,1	1 533,34	57,43	-1 475,91
XI w Gdańsku	994,41	157,92	59,05	15,04	1 053,46	172,97	-880,49
XII w Katowicach	121,46	26,52	14,61	6,5	136,07	33,02	-103,05
XIII w Kielcach	7,46	0,53	37,75	14,38	45,21	14,92	-30,29
XIV w Olsztynie	143,55	0,25	0,16	1,14	143,71	1,39	-142,33
XV w Poznaniu	426,58	-	69,78	-	496,36	-	-496,36
XVI w Szczecinie	133,59	90,86	-	-	133,59	90,86	-42,73
<b>RAZEM</b>	<b>12 959,35</b>	<b>1 272,27</b>	<b>823,33</b>	<b>110,66</b>	<b>13 782,67</b>	<b>1 382,93</b>	<b>-12 399,74</b>

W wyniku przeprowadzonych w 2020 roku kontroli ordynacji lekarskich stwierdzono nieprawidłowości dotyczące m.in.

- wystawienia recept niezgodnie z przepisami obowiązującymi w okresie kontrolowanym: nieprawidłowo zaznaczony poziom odpłatności; brak zgodności danych w IDM i na receptach; nie stwierdzono rozpoznania uprawniającego do zastosowania zniżki przy ordynacji; brak wskazań refundacyjnych; nieprzestrzeganie wskazań refundacyjnych; brak wpisu dawkowania oraz ilości zaordynowanego leku; udostępnienie przez lekarza osobie nieuprawnionej recept; pula recept przyznana kontrolowanemu lekarzowi, została nieprawidłowo użyta podczas wizyt lekarskich (zostały użyte przez innego lekarza); ordynowanie leków refundowanych niezgodnie ze wskazaniami refundacyjnymi tj. niezgodnie z Obwieszczeniem Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów

medycznych; przekroczenie 120-dniowego okresu stosowania wyliczonego na podstawie określonego na receptce sposobu dawkowania; przepisywanie leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych w ilościach przekraczających zapotrzebowanie pacjenta wyliczonego na podstawie przepisanej dawki; brak znaku „X” lub 100% przy preskrypcji leków poza wskazaniami; lekarz niebędący lekarzem POZ wpisał na receptce kod uprawnień „S”, dla świadczeniobiorcy, który ukończył 75 rok życia, oraz nieprawidłowo wpisał odpłatność R; błędne dane pacjenta na receptce; rozbieżności pomiędzy datą porady a datą wystawienia recepty; podpisanie recepty przez osobę inną, niż uprawniona do jej wystawienia (widniejąca na wydruku recepty).

- prowadzenia dokumentacji medycznej: brak wpisu porady w dokumentacji medycznej w dacie wystawienia recepty; brak wpisu w dokumentacji medycznej pacjentów informacji o zaordynowanych lekach na receptach refundowanych; brak wpisu w dokumentacji medycznej sposobu dawkowania leku; brak w dokumentacji medycznej informacji o wystawieniu zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne, w dacie porady lekarskiej zgodnej z datą wystawienia zlecenia; brak uzasadnienia w dokumentacji medycznej ilości opakowań przepisanych na receptach; brak rozpoznania choroby, która uprawnia lekarza do przepisania leku z refundacją; przepisana zbyt duża ilość opakowań leków w okresie leczenia niż wynika to z zaleconego dawkowania określonego w dokumentacji medycznej i na receptach; rozbieżności dawki leków pomiędzy dokumentacją medyczną a receptami; dane pacjentów na wystawionych receptach niezgodne z prowadzoną dokumentacją medyczną; nieoznakowana danymi świadczeniodawcy dokumentacja indywidualna pacjenta; dokonanie przez osobę nieuprawnioną wpisu porady w historii zdrowia i choroby pacjenta; w treści porad nie wpisano składu przepisywanego na receptce leku recepturowego; prowadzenie indywidualnej dokumentacji medycznej w sposób nieczytelny/moło czytelny; brak danych z wywiadu i badania fizykalnego; brak pieczętki i podpisu lekarza w poradzie; brak numeracji stron w indywidualnej dokumentacji medycznej;
- braku dokumentacji medycznej.

### Czynności sprawdzające

W 2020 roku<sup>23</sup> TWK przeprowadziły łącznie 836 czynności sprawdzających dotyczących realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ordynacji lekarskich oraz realizacji recept, z czego 577 zakończyło się nałożeniem sankcji.

---

<sup>23</sup> kwalifikacja czynności sprawdzających do danego kwartału sprawozdawczego następuje na podstawie daty nadania pocztą Informacji o zastosowanych sankcjach albo daty akceptacji przez kierownika komórki organizacyjnej, prowadzącej czynności sprawdzające Informacji o zakończeniu czynności sprawdzających.

**Tabela nr V.18.** Liczba czynności sprawdzających w podziale na TWK NFZ w 2019 i 2020 roku.

TWK	2019	2020	Zmiana 2020/2019
I we Wrocławiu	22	32	10
II w Bydgoszczy	14	42	28
III w Lublinie	2	82	80
IV w Zielonej Górze	2	25	23
V w Łodzi	3	29	26
VI w Krakowie	3	47	44
VII w Warszawie	134	141	7
VIII w Opolu	2	32	30
IX w Rzeszowie	3	86	83
X w Białymstoku	50	33	-17
XI w Gdańsku	16	103	87
XII w Katowicach	9	47	38
XIII w Kielcach	1	10	9
XIV w Olsztynie	1	25	24
XV w Poznaniu	9	73	64
XVI w Szczecinie	2	29	27
<b>RAZEM</b>	<b>273</b>	<b>836</b>	<b>563</b>

**Tabela nr V.19.** Skutki finansowe czynności sprawdzających po uwzględnieniu środków odwoławczych, w podziale na poszczególne TWK NFZ w latach 2019-2020 (w tys. zł).

TWK NFZ	Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	Zmiana 2020/2019
I we Wrocławiu	57,07	12,04	72,24	39,36	129,31	51,41	-77,90
II w Bydgoszczy	1 144,45	415,46	807,49	28,87	1 951,93	444,33	-1 507,61
III w Lublinie	9,84	213,47	1,01	188,42	10,85	401,88	391,03
IV w Zielonej Górze	0,58	8,22	-	81,63	0,58	89,85	89,27
V w Łodzi	8,38	15,52	0,83	35,33	9,21	50,85	41,64
VI w Krakowie	1,74	23,26	0,97	158,01	2,71	181,27	178,56
VII w Warszawie	764,44	244,94	299,44	397,67	1 063,87	642,62	-421,26
VIII w Opolu	1,34	22,64	0,18	17,32	1,52	39,97	38,44
IX w Rzeszowie	15,96	40,27	-	62,77	15,96	103,04	87,08
X w Białymstoku	52,20	66,37	131,17	53,67	183,37	120,04	-63,34
XI w Gdańsku	64,43	49,43	9,70	112,60	74,12	162,03	87,91
XII w Katowicach	2,09	258,40	1,33	404,63	3,42	663,03	659,61
XIII w Kielcach	15,60	100,61	22,95	102,79	38,55	203,40	164,85
XIV w Olsztynie	0,00	9,65	0,06	11,00	0,07	20,65	20,58
XV w Poznaniu	237,10	16,98	20,41	43,98	257,50	60,95	-196,55
XVI w Szczecinie	5,97	0,37	-	113,87	5,97	114,24	108,27
<b>RAZEM</b>	<b>2 381,19</b>	<b>1 497,62</b>	<b>1 367,77</b>	<b>1 851,92</b>	<b>3 748,96</b>	<b>3 349,55</b>	<b>-399,41</b>

Skutki finansowe zostały naliczone w wysokości 3 349,55 tys. zł (kwota do zwrotu<sup>24</sup>), wartość nienależnie przekazanych środków 1 497,62 tys. zł oraz wartość nałożonych kar 1 851,92 tys. zł.

W wyniku przeprowadzonych czynności sprawdzających stwierdzono nieprawidłowości dotyczące głównie: błędnie sprawozdanych i rozliczonych świadczeń, sprawozdawania świadczeń, których nie wykonano, ordynacji niezgodnej ze wskazaniem refundacyjnymi, nieprawidłowej wyceny leku recepturowego, nieprawidłowej realizacji recept, rozbieżności pomiędzy faktycznie wykonaną procedurą a sprawozdaną, realizacji świadczeń w warunkach leczenia szpitalnego, które powinny zostać zrealizowane w trybie ambulatoryjnym, nie dopełnienia obowiązku podłączenia do systemu teleinformatycznego.

**Tabela nr V.20.** Liczba oraz skutki finansowe (w tys. zł) czynności sprawdzających zakończonych w 2020 r.

Czynności sprawdzające dotyczące	Liczba	Wartość zakwestionowanych środków	Wartość nałożonych kar	Razem skutki finansowe kontroli
świadczeń	417	1 267,88	743,64	2 011,52
ordynacji	144	158,11	767,06	925,17
realizacji recept	128	71,63	208,22	279,85
inne	147	-	133,00	133,00
<b>RAZEM</b>	<b>836</b>	<b>1 497,62</b>	<b>1 851,92</b>	<b>3 349,55</b>

Czynności kontrolne (razem wszystkie kontrole i czynności sprawdzające) wykonane przez terenowe wydziały kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia.

W 2020 roku, TWK przeprowadziły łącznie 1 656 czynności kontrolnych

**Tabela nr V.21.** Liczba czynności kontrolnych w podziale na poszczególne TWK NFZ w latach 2019-2020.

TWK NFZ	Liczba czynności kontrolnych		
	2018 rok	2019 rok	Zmiana 2019/2018
I we Wrocławiu	254	101	-153
II w Bydgoszczy	163	99	-64
III w Lublinie	139	123	-16
IV w Zielonej Górze	119	56	-63
V w Łodzi	238	97	-141
VI w Krakowie	184	106	-78
VII w Warszawie	449	247	-202
VIII w Opolu	48	61	13
IX w Rzeszowie	115	145	30

<sup>24</sup> Część z przedstawionych czynności sprawdzających była w toku – tryb odwoławczy; w przypadku czynności, w których postępowanie odwoławcze jest w toku przyjęto wartość ustaloną w wyniku przeprowadzonego postępowania.

TWK NFZ	Liczba czynności kontrolnych		
	2018 rok	2019 rok	Zmiana 2019/2018
X w Białymstoku	158	85	-73
XI w Gdańsku	140	161	21
XII w Katowicach	177	92	-85
XIII w Kielcach	158	65	-93
XIV w Olsztynie	126	64	-62
XV w Poznaniu	101	107	6
XVI w Szczecinie	51	47	-4
<b>RAZEM</b>	<b>2 620</b>	<b>1 656</b>	<b>-964</b>

W wyniku prowadzonych przez TWK czynności w 2020 r. skutki finansowe, po uwzględnieniu środków odwoławczych<sup>25</sup> wyniosły 36 651,75 tys. zł w tym: wartość niezależnie wypłaconych środków finansowych 24 879,04 tys. zł oraz nałożonych kar w kwocie 11 772,71 tys. zł.

**Tabela nr V.22.** Skutki finansowe czynności kontrolnych w podziale na wartość zakwestionowanych środków, wartość nałożonych kar oraz na poszczególne Terenowe Wydziały Kontroli Funduszu w latach 2019 -2020 (w tys. zł).

TWK NFZ	Wartość zakwestionowanych środków		Wartość nałożonych kar		Razem skutki finansowe kontroli		
	2019	2020	2019	2020	2019	2020	Zmiana 2020/2019
I we Wrocławiu	2 274,39	789,15	1 732,26	330,01	4 006,65	1 119,16	-2 887,49
II w Bydgoszczy	8 296,97	1 979,02	3 134,37	970,68	11 431,34	2 949,70	-8 481,64
III w Lublinie	4 632,60	565,39	920,95	1 105,68	5 553,55	1 671,07	-3 882,48
IV w Zielonej Górze	2 108,22	297,06	513,78	123,34	2 621,99	420,4	-2 201,60
V w Łodzi	2 436,47	804,19	941,13	357,52	3 377,60	1 161,71	-2 215,88
VI w Krakowie	5 752,70	1 888,65	6 020,06	1 733,59	11 772,77	3 622,24	-8 150,53
VII w Warszawie	9 824,77	9 238,15	2 860,19	1 379,90	12 684,96	10 618,04	-2 066,92
VIII w Opolu	2 636,81	634,98	852,09	151,74	3 488,89	786,72	-2 702,18
IX w Rzeszowie	5 271,50	1 434,73	825,32	1 458,42	6 096,81	2 893,15	-3 203,66
X w Białymstoku	3 213,73	353,96	2 173,51	470,27	5 387,23	824,23	-4 563,00
XI w Gdańsku	1 980,54	971,39	1 458,68	1 018,50	3 439,23	1 989,90	-1 449,33
XII w Katowicach	3 933,86	4 519,58	2 576,11	1 278,20	6 509,97	5 797,78	-712,19
XIII w Kielcach	1 751,72	266,47	588,3	353,13	2 340,02	619,61	-1 720,42
XIV w Olsztynie	3 653,42	35,14	717,97	32,92	4 371,40	68,06	-4 303,33
XV w Poznaniu	5 305,93	827,03	882,36	276,12	6 188,29	1 103,15	-5 085,14
XVI w Szczecinie	4 361,19	274,14	373,16	732,69	4 734,35	1 006,83	-3 727,52
<b>RAZEM</b>	<b>67 434,82</b>	<b>24 879,04</b>	<b>26 570,24</b>	<b>11 772,71</b>	<b>94 005,06</b>	<b>36 651,75</b>	<b>-57 353,31</b>

### Monitorowanie celowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej

Monitorowanie celowości udzielanych świadczeń opieki zdrowotnej w ramach umów (zadania wskazane w art. 107 ust. 5 pkt 14 ustawy o świadczeniach) oddziały wojewódzkie Funduszu

<sup>25</sup> Jeśli tryb odwoławczy był w toku postępowania, bądź nie minął okres na składanie środków odwoławczych – do sumy kwoty skutków finansowych wliczono kwotę określoną w wystąpieniu pokontrolnym.

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;
- badania laboratoryjne w zakresie testów diagnostycznych RT-PCR w kierunku SARS-CoV-2 wykonywanych na podstawie odrębnych umów;
- kontrolę merytoryczną dokumentów rozliczeniowych świadczeniodawców za usługi zrealizowane: weryfikacja i zatwierdzanie rachunków w SI MOW NFZ oraz poza systemem; 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, określone 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. Terenowy Wydział Kontroli 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.

Ponadto oddziały wojewódzkie Funduszu monitorują „Lek dla seniora 75+” oraz wystawianych recept „pro auctore” i „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 (realizacja zapisów art 192a ustawy o świadczeniach).

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

Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach monitorowania przedmiotowych uprawnień, powołał w Centrali NFZ i oddziałach wojewódzkich NFZ, konsultantów do spraw weteranów poszkodowanych, którzy także w swych zakresach obejmują monitorowanie uprawnień do świadczeń kombatanów inwalidów wojennych i wojskowych. Koordynacja zadań polega na rozpatrywaniu indywidualnych spraw związanych z dostępem do świadczeń oraz uprawnieniami wynikającymi z przepisów prawa, publikacji i aktualizacji uprawnień dla tej grupy świadczeniobiorców na stronach internetowych Centrali i oddziałów wojewódzkich NFZ. Delegowanie personalne konsultantów ma na celu łatwą, szybką i bezpośrednią drogę kontaktowania się uprawnionych z osobą odpowiedzialną, która ma za zadanie oprócz

udzielania stosownych wyjaśnień i rozwiązywania indywidualnych problemów, prowadzić uprawnionego po systemie opieki zdrowotnej. Narodowy Fundusz Zdrowia przy współpracy z Departamentem Zdrowia Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Departamentem Wojskowej Służby Zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej, współuczestniczy w opiniowaniu udzielania weteranom poszkodowanym świadczeń niezakwalifikowanych jako świadczenia gwarantowane i odpłatnych świadczeń zdrowotnych. Ponadto koordynuje realizację udzielania świadczeń weteranom poszkodowanym w ramach korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej w aspekcie transgranicznym.

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

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

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

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

Oddziały wojewódzkie NFZ, kwartalnie dokonują analizy kosztów dofinansowania zaopatrzenia w produkty lecznicze stosowane u uprawnionego żołnierza i pracownika. Na podstawie dokonanych analiz, dyrektor właściwego OW NFZ przekazuje do Ministerstwa Obrony Narodowej zestawienie o wysokości należnej kwoty refundacji. Zestawienia przekazywane są przez oddziały wojewódzkie NFZ kwartalnie. Ministerstwo Obrony Narodowej wystawia właściwemu oddziałowi wojewódzkiemu NFZ, dokument potwierdzający wysokość przyznanego dofinansowania oraz zobowiązanie do przekazania środków finansowych na konto NFZ, a w konsekwencji dokonuje zwrotu tych środków. W 2020 r. status uprawnionego żołnierza lub pracownika wojska posiadały 162 osoby.



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 2020 r. status weterana poszkodowanego żołnierza posiadało 792 osoby, natomiast status weterana poszkodowanego funkcjonariusza – 84 osoby. W 2020 r. udzielono łącznie 1 277 świadczeń weteranom poszkodowanym żołnierzom na łączną kwotę 1 475 842,81 zł oraz 165 świadczeń weteranom poszkodowanym funkcjonariuszom.

#### **V.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, w oparciu o art. 109 ustawy o świadczeniach.

Do dnia 31 sierpnia 2020 r. od decyzji Dyrektora OW NFZ przysługiwało odwołanie do Prezesa Funduszu na podstawie art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach. Z uwagi na wejście w życie ustawy z dnia 1 września 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu (Dz. U. poz. 1493), zwanej dalej „ustawą zmieniającą” decyzje wydaje Prezes NFZ. Od decyzji Prezesa Funduszu przysługuje prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie. Informacje zawarte w niniejszym sprawozdaniu obejmują dane dotyczące całego 2020 r. bez podziału na poszczególne okresy związane z wejściem w życie ustawy zmieniającej

W 2020 roku w Dyrektorzy OW NFZ, w tym na podstawie pełnomocnictwa Prezesa Funduszu, wydali łącznie 4 103 decyzje, co stanowi spadek o 27,89% w porównaniu do 2019 roku (5 690 wydanych decyzji).

Na decyzje wydane w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego w 2020 roku przez dyrektorów OW NFZ składają się:

- 3 880 decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym, co stanowi spadek o 27,07% w stosunku do liczby decyzji wydanych w 2019 r., kiedy wydano 5 320 rozstrzygnięć;
- 223 decyzje dotyczących ustalenia prawa do świadczeń, co stanowi spadek o 39,73% w stosunku do liczby decyzji wydanych w 2019 roku, kiedy wydano 370 decyzji.

#### Decyzje dotyczące objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym

W sprawach dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym decyzje wydawane przez dyrektorów OW NFZ dotyczyły najczęściej:

- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów o dzieło noszących znamiona umów zlecenia (1 431 decyzji, co stanowi 36,88% wszystkich rozstrzygnięć),

- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących działalność gospodarczą (1 299 decyzji, co stanowi 33,48% wszystkich rozstrzygnięć),
- podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (714 decyzji, co stanowi 18,40% wszystkich rozstrzygnięć).

Ponadto, w analizowanym okresie sprawozdawczym wśród innych spraw rozpatrywanych przez dyrektorów OW NFZ w zakresie ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego znaczącą liczbę stanowiły sprawy dotyczące umorzenia postępowania na wniosek ZUS (172). W dalszej kolejności należy wymienić sprawy dotyczące podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu z tytułu pobierania świadczeń alimentacyjnych, zagranicznych, pozostawania studentem/doktorantem, osobą duchowną, bezrobotną oraz objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie rozstrzygnięcia sądowego (133), braku objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym (56) oraz wykonywania umów zlecenia (44).

Struktura decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym wydanych w 2020 r. w odniesieniu do rodzaju zagadnienia, którego dotyczyły decyzje kształtuje się w sposób zbliżony do struktury obserwowanej w 2019 r. W 2020 roku nadal utrzymuje się tendencja spadkowa liczby decyzji wydawanych przez dyrektorów OW NFZ w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie wykonywania umów o dzieło, które noszą znamiona umów zlecenia. W analizowanym okresie sprawozdawczym względem 2019 r. spraw tych rozpatrzono w OW NFZ o 1 155 mniej (w 2020 r. – 1431 wydanych decyzji), co stanowi spadek o 44,66% w porównaniu do 2019 r. Spadek liczby rozpatrywanych spraw w ww. zakresie może wynikać m.in. z faktu, że w związku z COVID wzrosły zadania ZUS przez co zmniejszyła się liczba przeprowadzanych kontroli płatników przez ZUS co oznaczało mniejszą liczbę stwierdzonych nieprawidłowości w zakresie podstaw zatrudnienia. Spadek rozpatrzonych w 2020 r. spraw w porównaniu do 2019 r. zauważono także w zakresie:

- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu wykonywania umowy zlecenia (mniej w 2020 r. o 410 decyzji),
- ustalenia obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu pobierania świadczeń alimentacyjnych, zagranicznych, pozostawania studentem/ doktorantem, osobą duchowną, bezrobotną oraz objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na podstawie rozstrzygnięcia sądowego (mniej w 2020 r. o 48 decyzji),
- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu członkostwa w radzie nadzorczej (mniej w 2020 r. o 22 decyzje),
- objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym osób prowadzących działalność pozarolniczą (w tym osoby współpracujące) (mniej w 2020 r. o 16 decyzji),
- posiadania statusu członka rodziny (mniej w 2020 r. o 5 decyzji).

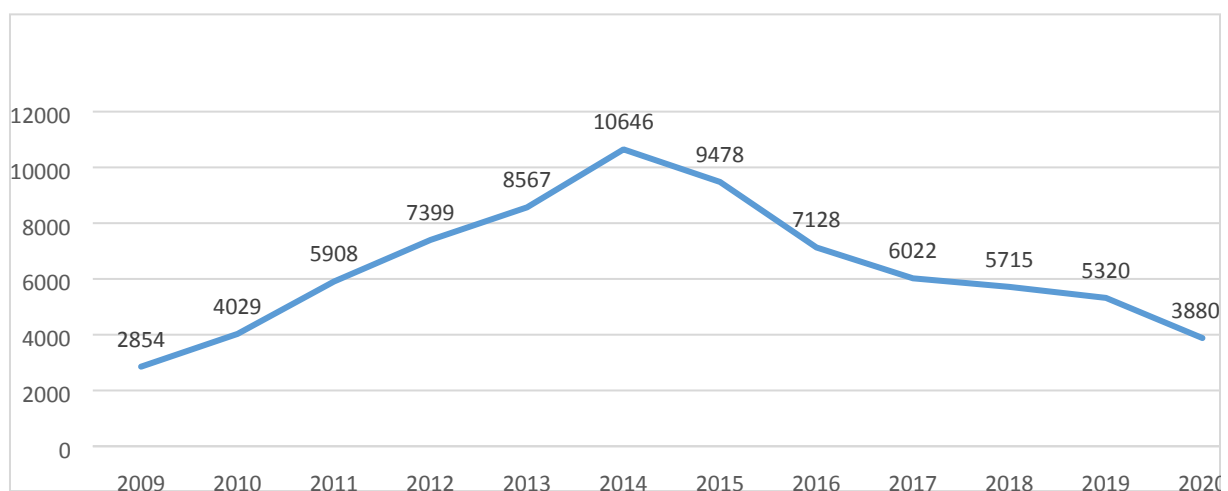
Wzrost liczby wydanych decyzji w 2020 r. w stosunku do roku poprzedniego odnotowany został w odniesieniu do decyzji dotyczących: podlegania dobrowolnemu ubezpieczeniu zdrowotnemu (więcej w 2020 r. o 173 decyzje), umorzenie postępowania (więcej w 2020 r. o 44 decyzje), braku objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym (więcej w 2020 r. o 21 decyzji),

Nadal wiodącym tematem wniosków inicjujących postępowania zakończone wydaniem decyzji przez dyrektorów OW NFZ jest objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu zawartych umów

o dzieło noszących znamiona umów zlecenia (36,88% ogółu decyzji). Warty uwagi jest fakt, że wydawane decyzje z tego zakresu wymagają z biegiem czasu zdecydowanie większych nakładów pracy oraz zawierają znacznie bardziej rozbudowane uzasadnienie faktyczne i prawne. Wynika to z faktu, że w sprawach o objęcie ubezpieczeniem zdrowotnym osób zatrudnionych na podstawie umowy o dzieło noszącej znamiona umowy zlecenia znacząco wzbogaciło się orzecznictwo sądów administracyjnych. Ponadto, na podstawie tego orzecznictwa w każdej takiej sprawie występuje więcej niż jedna strona postępowania, co również ma wpływ na pracochłonność i czasochłonność postępowania. Nie bez znaczenia jest również okoliczność, że strony są zazwyczaj reprezentowane przez kancelarie prawne. Drugą najliczniejszą grupę (33,48%) decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydanych w 2020 roku przez dyrektorów OW NFZ stanowiły decyzje w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności gospodarczej, na podstawie wniosków kierowanych przez ZUS w sprawach dotyczących osób nie zgłaszających się do obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego z tytułu prowadzenia pozarolniczej działalności lub kwestionujących okres podlegania obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu. Z reguły sprawy te dotyczą lat poprzednich, również okresów od 1 stycznia 1999 r. Obejmując wskazane we wnioskach organu emerytalno-rentowego osoby obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym ww. decyzje stanowią podstawę dla ZUS do korygowania zarejestrowanych okresów podlegania ubezpieczeniu zdrowotnemu oraz w przypadku braku przedawnienia, do wystawiania decyzji co do wymiaru składek dla płatników składek na ubezpieczenie zdrowotne i ich ewentualnej egzekucji.

Dokonując analizy liczby wydawanych przez dyrektorów OW NFZ decyzji w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym na przestrzeni ostatnich lat, należy wskazać, że po okresach znaczącego wzrostu liczby takich decyzji, w omawianym okresie sprawozdawczym obserwowany był dalszy ich spadek, który odnotowany został po raz pierwszy w 2015 r.

**Wykres nr V.5.** Liczba decyzji wydawanych przez dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w latach 2009-2020.



#### Decyzje dotyczące ustalenia prawa do świadczeń

W przypadku decyzji dyrektorów OW NFZ z zakresu ustalenia prawa do świadczeń wydanych w 2020 r., analogicznie do roku poprzedniego, najczęściej występującą tematyką wniosków

było: potwierdzenie uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki (167 decyzji, co stanowi 4,07% wszystkich decyzji wydanych na podstawie art. 109 ustawy o świadczeniach); refundacja kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego (33 decyzji, co stanowi 0,80% wszystkich decyzji wydanych w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego).

Liczba decyzji dotyczących ustalenia prawa do świadczeń wydawanych przez dyrektorów OW NFZ w 2020 r. była niższa o 148 względem 2019 r., co stanowi spadek o 39,89% (223 wydanych decyzji w 2020 r. przy 371 wydanych w 2019 r.). Analizując dynamikę zmian liczby decyzji wydawanych przez dyrektorów OW NFZ w zakresie ustalenia prawa do świadczeń należy zauważyć, że nastąpił spadek o 11,46 % (z 306 decyzji w 2019 r. do 167 decyzji w 2020 r.) liczby decyzji dyrektorów OW NFZ z zakresu potwierdzenia uprawnień do bezpłatnego zaopatrzenia w leki. Również liczba decyzji umarzających postępowanie z wniosku o refundację kosztów leczenia ambulatoryjnego i szpitalnego zmniejszyła się o 19,50% (z 41 w 2019 r. do 33 w 2020 r.). Nieznaczny wzrost wydanych rozstrzygnięć w 2020 r. w porównaniu do 2019 r. odnotowano w zakresie spraw z zakresu ustalenia prawa do świadczeń w przypadku refundacji kosztów transportu sanitarnego (o 6 decyzji) oraz sfinansowania lub refundacji kosztów badań diagnostycznych wykonanych poza systemem powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (o 4 decyzje).

Wykres 4. prezentuje zmianę na przestrzeni lat 2009-2020 liczby wydawanych decyzji w zakresie ustalenia prawa do świadczeń przez dyrektorów OW NFZ. Jak wynika z wykresu, w ciągu kilku ostatnich lat obserwujemy spadek liczby wydawanych decyzji z zakresu ustalenia prawa do świadczeń, co związane jest z większą świadomością społeczną faktu, że Narodowy Fundusz Zdrowia nie ma możliwości bezpośredniego zwrotu kosztów leczenia w Polsce osobie ubezpieczonej.

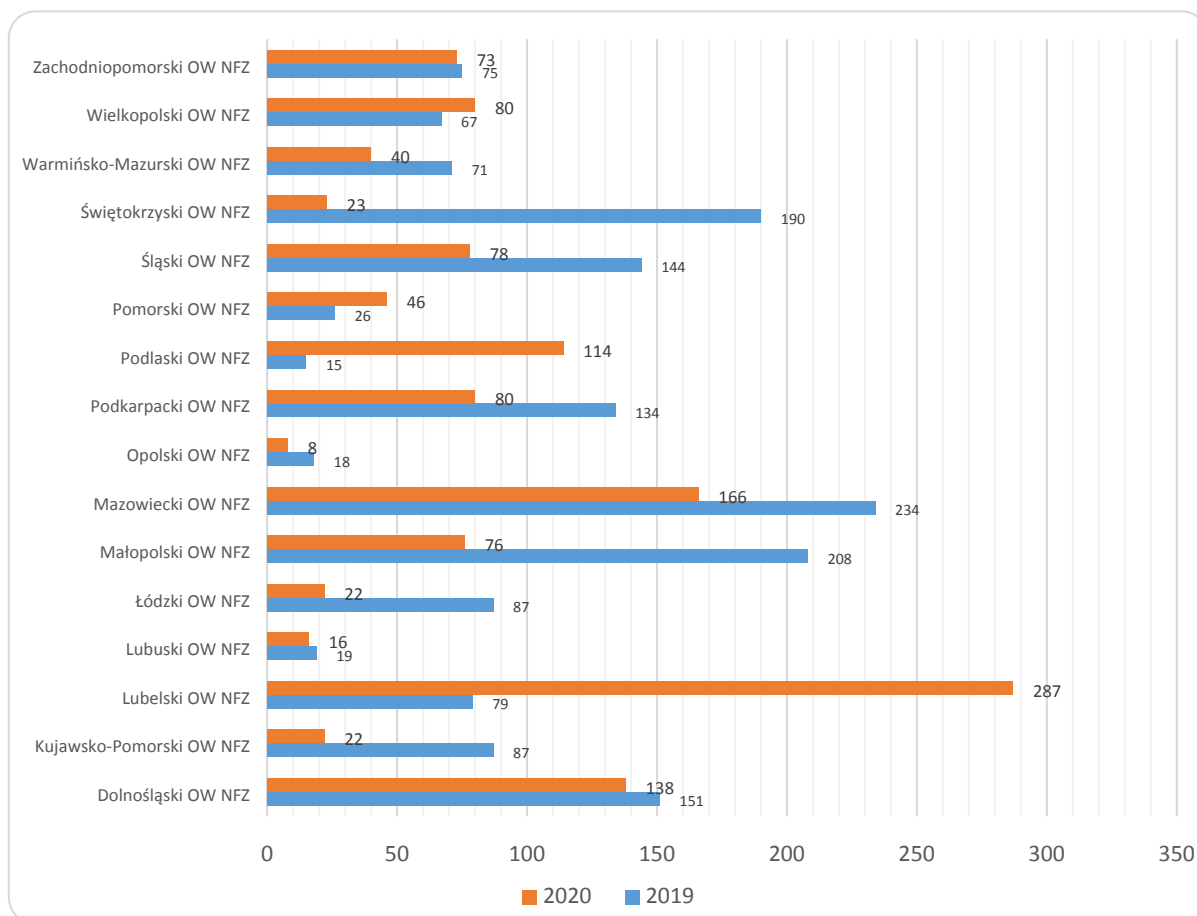
#### Odwołania od decyzji dyrektorów OW NFZ z zakresu indywidualnych spraw z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego

Od decyzji wydawanych przez dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, zgodnie z art. 109 ust. 5 ustawy o świadczeniach, stronom postępowania przysługuje prawo wnoszenia odwołań do Prezesa NFZ. Od dnia 1 września 2020 r. w zw. 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. z 2020 r. poz. 1493) decyzje wydawane są przez dyrektorów OW NFZ z upoważnienia Prezesa Funduszu są ostateczne i przysługuje na nie skarga do WSA. W 2020 r. od decyzji dyrektorów OW NFZ zostały złożone do Prezesa NFZ 823 odwołania. 813 odwołań stanowiły odwołania od decyzji dotyczących objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym a 10 odwołań wniesiono w sprawach z zakresu ustalenia prawa do świadczeń. W 2020 r. w porównaniu do 2019 r. liczba wniesionych odwołań była niższa o 40,23 % (1 377 odwołań w 2019 r., 823 w 2020 r.).

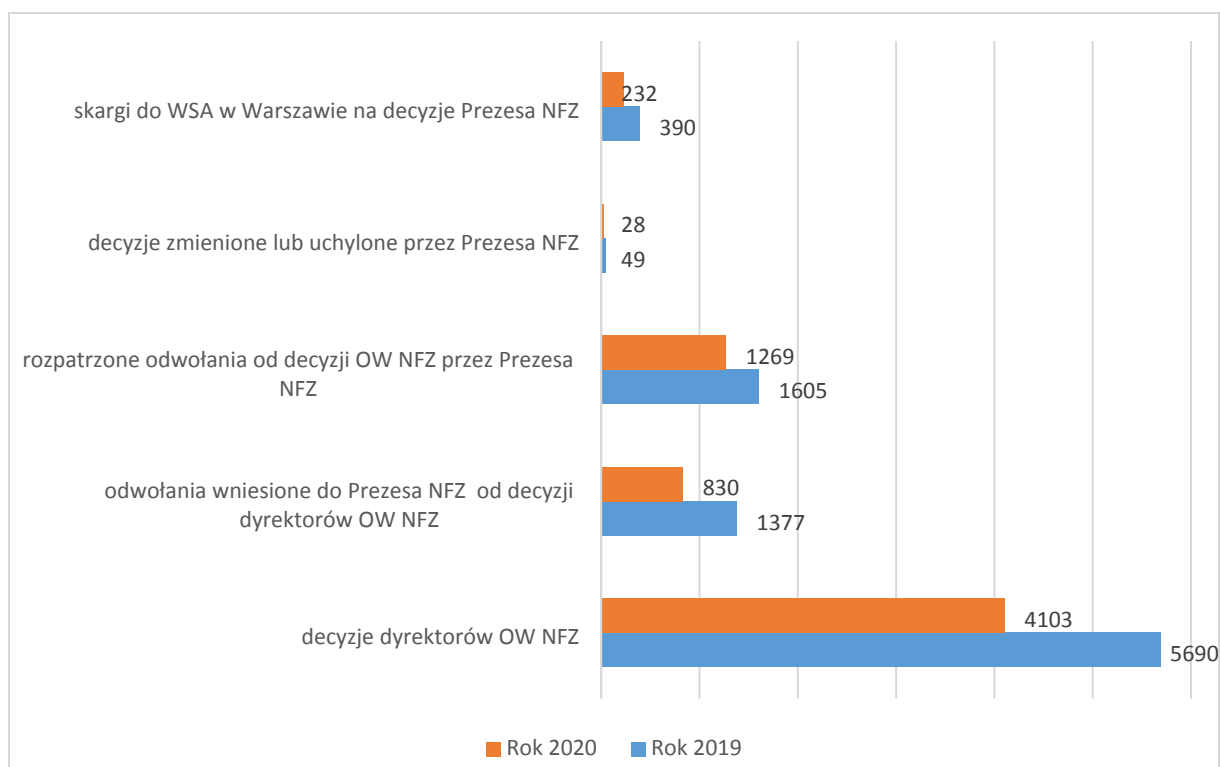
W 2020 r. Prezes NFZ rozpatrzył łącznie 1 269 odwołań od decyzji dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, wydając 1 056 decyzji oraz 224 postanowienia, co stanowi spadek o 20,92% w stosunku do analogicznego okresu ubiegłego roku, w którym rozpatrzono 1 605 odwołań. Ponadto, w 2020 r. pozostawiono bez

rozpoznania 38 odwołań od decyzji w zakresie objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym w związku z niezpełnieniem braków formalnych przez strony postępowania.

**Wykres nr V.6.** Porównanie liczby odwołań rozpatrzonych przez Prezesa NFZ w latach 2019-2020 wg OW NFZ, który wydał decyzję w indywidualnej sprawie z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego



**Wykres nr V.7.** Przedstawia liczbę decyzji w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego wydanych przez dyrektorów OW NFZ, decyzji Prezesa NFZ zmieniających decyzje dyrektorów OW NFZ oraz liczbę skarg na decyzje Prezesa NFZ, skierowanych do Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w 2019 r. i 2020 r.



W związku z wniesionymi odwołaniami Prezes NFZ w 2020 r. wydał 1 269 decyzji i postanowień, utrzymując w mocy 1 241 decyzji dyrektorów OW NFZ oraz uchylając lub zmieniając decyzję dyrektorów OW NFZ w 28 przypadkach. Dla porównania w analogicznym okresie ubiegłego roku Prezes NFZ rozpatrzył 1 605 odwołań, uchylając lub zmieniając 49 decyzji dyrektorów OW NFZ. Udział decyzji zmienionych lub uchylonych we wszystkich rozpatrzonych odwołaniach stanowił w 2020 r. 2,21% i jest niższy o 1,32% od udziału takich rozstrzygnięć w łącznej liczbie odwołań rozpatrzonych w roku poprzednim, kiedy to wynosił 3,53%. Warto wyjaśnić, że uchylanie i zmienianie decyzji dyrektorów OW NFZ następuje w zdecydowanej części na podstawie nowych dowodów i dokumentów dostarczanych przez strony postępowania na etapie postępowania odwoławczego. Duża liczba umorzonych decyzji (320 umorzeń) dyrektorów OW NFZ wynikała z wycofania wielu złożonych odwołań. Należy wskazać, że na przestrzeni lat udział decyzji uchylonych i zmienionych nie przekraczał 6% i stale ulega zmniejszeniu co należy uznać za pozytywne zjawisko, wyrażające dobrą ocenę pracy OW NFZ w zakresie wydawania decyzji administracyjnych. Od decyzji Prezesa NFZ stronom postępowania przysługuje prawo wniesienia skargi do WSA w Warszawie (art. 110 ustawy o świadczeniach). Według stanu na koniec 2020 r. strony wniosły 232 skargi do WSA w Warszawie z czego 3 z zakresu ustalenia prawa do świadczeń, (w tym 7 skarg na decyzje dyrektorów wydanych z upoważnienia Prezesa), co stanowi spadek o 40,5% w porównaniu do roku poprzedniego, w którym wniesione zostało 390 skarg do WSA w Warszawie. Wojewódzki Sąd Administracyjny wydał 211 orzeczeń (209 z zakresu objęcia ubezpieczeniem zdrowotnym), w tym 41 orzeczeń uchylających lub zmieniających decyzje Prezesa NFZ. Wśród przyczyn uchylania przez Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie decyzji Prezesa NFZ oraz poprzedzających ich decyzji dyrektorów OW NFZ w indywidualnych sprawach z zakresu ubezpieczenia zdrowotnego, wymienić należy naruszenia przepisów art. 7,

art. 77, art. 80 oraz art. 107 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeksu postępowania administracyjnego (Dz. U. z 2020 r. poz. 256, z późn. zm.).



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

### **VI.1. Liczba osób oczekujących**

W związku z trwającym stanem pandemii w 2020 r. świadczeniodawcy po wprowadzonych zmianach przepisów w ustawie z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w zakresie systemu ochrony zdrowia związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 (Dz.U. poz.567), wz. art. 15 pkt. 4 dot. art. 7b pkt. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. poz. 374), zostali zwolnieni na okres 180 dni tj. od 2 marca do 5 września z codziennego przekazywania informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia oraz przekazywania co miesiąc do oddziałów wojewódzkich NFZ sprawozdań z zakresu list oczekujących. Po odwieszeniu obowiązku sprawozdawczego 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. Kontynuacja zawieszenia obowiązków sprawozdawczych nadal dotyczyła świadczeniodawców, którzy w określonych zakresach otrzymali polecenie, bądź wobec których został nałożony obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pacjentom z podejrzeniem lub potwierdzonym zakażeniem COVID-19<sup>26</sup>.

NFZ dostosował system informatyczny, obejmujący swoim zakresem Informator o Terminach Leczenia, umożliwiając oddziałom wojewódzkim oznaczanie miejsc udzielania świadczeń oraz świadczeniodawców, którzy otrzymali polecenie albo na których został nałożony obowiązek udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w związku z leczeniem COVID-19.

Zmodyfikowano również funkcjonalność związaną z powiadomieniami o planowanych terminach udzielania świadczeń, uwzględniając wskazaną powyżej podstawę prawną. W przypadku wszystkich pozostałych świadczeniodawców, dla których wznowiono obowiązek sprawozdawczy, przesyłane co miesiąc przez świadczeniodawców komunikaty XML obejmowały sporządzane dla komórek organizacyjnych w podziale na kategorie medyczne „przypadek pilny” i „przypadek stabilny” informacje o:

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

---

<sup>26</sup> art.20 pkt. 4 ustawy z dnia 28 października 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z przeciwdziałaniem sytuacjom kryzysowym związanym z wystąpieniem COVID-19 (Dz. U. poz. 2112) dotyczący dodanego art. 7ab. ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. poz. 1842).

- liczbie osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w danym okresie sprawozdawczym;
- liczbie osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w ostatnich trzech miesiącach.

Powyższe informacje świadczeniodawcy przekazywali również w odniesieniu do wybranych świadczeń, tj.: wymienionych w załączniku nr 8. Wykaz świadczeń, w przypadku udzielania których świadczeniodawcy prowadzą harmonogram przyjęć, w tym listy oczekujących, na udzielenie świadczenia do rozporządzenia Ministra Zdrowia wydanym na podstawie art. 190 ust. 1 ustawy o świadczeniach. Pomimo zwolnienia z obowiązku sprawozdawczego, część oddziałów wojewódzkich NFZ zdecydowało o przesłaniu komunikatów sprawozdawczych XML dotyczących list oczekujących. Dane przesłane w komunikatach nie mogły stanowić podstawy do przeprowadzenia analiz, ponieważ nie były przekazane przez wszystkie oddziały wojewódzkie Funduszu. W związku z powyższym, potencjalne wyniki takich analiz byłyby niemiarodajne, a tym samym nie odzwierciedlałyby stanu faktycznego okresów ujętych w analizie. Wyróżniającym się oddziałem jest oddział małopolski, który w wymaganym okresie sprawozdawczym 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, ale braki te stanowią w większości nie więcej niż 6%.

**Tabela nr VI.1.** Procent świadczeniodawców, którzy przesłali komunikaty sprawozdawcze XML dotyczące list oczekujących do oddziałów wojewódzkich NFZ w wybranych okresach sprawozdawczych (według stanu na 26 marca 2020 r.).

Lp.	Nazwa OW NFZ	Okres sprawozdawczy			
		marzec 2020 r.	czerwiec 2020 r.	wrzesień 2020 r.	grudzień 2020 r.
1	Dolnośląski				93,3%
2	Kujawsko-Pomorski				98,8%
3	Lubelski				98,4%
4	Lubuski				95,8%
5	Łódzki				93,4%
6	Małopolski				100%
7	Mazowiecki	<b>ZWOLNIENIE Z OBOWIĄZKU SPRAWOZDAWCZEGO</b>			84,4%
8	Opolski	Zwolnienie z obowiązku sprawozdawczego art. 15 pkt. 4 dot. art. 7b pkt. 1 ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. poz. 374).			97,0%
9	Podkarpacki				80,3%
10	Podlaski				99,8%
11	Pomorski				97,4%
12	Śląski				96,9%
13	Świętokrzyski				97,2%
14	Warmińsko-Mazurski				96,9%
15	Wielkopolski				94,2%
16	Zachodniopomorski				98,1%

Lp.	Nazwa OW NFZ	Okres sprawozdawczy			
		marzec 2020 r.	czerwiec 2020 r.	wrzesień 2020 r.	grudzień 2020 r.
Dane przedstawione w tabeli zostały zaokrąglone w dół do jednej cyfry po przecinku					

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

W ramach sprawozdawczości z zakresu list oczekujących świadczeniodawcy udzielający świadczeń wymienionych w załączniku nr 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia byli zobowiązani do przekazywania w 2020 r. za pośrednictwem udostępnionej przez Fundusz aplikacji Kolejki Centralne (AP-KOLCE) list oczekujących na te świadczenia. Listy oczekujących świadczeniodawcy mieli obowiązek prowadzenia w aplikacji w czasie rzeczywistym, tj. każdy nowy wpis na listę oczekujących, skreślenie z listy czy zmiana planowanego terminu udzielenia świadczenia powinny być od razu wprowadzone do aplikacji i dzięki temu, że aplikacja działa w trybie on-line, w tej samej chwili widoczne również po stronie NFZ.

Od września 2019 r. dla danych dotyczących rehabilitacji leczniczej nastąpiła zmiana platformy sprawozdawczej oraz zasad sprawozdawczości zgodnie z załącznikiem nr 9 do ww. rozporządzenia Ministra Zdrowia. Od powyższego okresu zostały wyodrębnione poszczególne świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, które są sprawozdawane w czasie rzeczywistym w aplikacji AP-KOLCE.

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, gastroscopia, kolonoskopia;
- świadczenia gwarantowane z zakresu rehabilitacji leczniczej: rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych, rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych, kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych, fizjoterapia ambulatoryjna, fizjoterapia domowa;
- świadczenia gwarantowane z zakresu programów lekowych określonych w przepisach ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych: leczenie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C terapią bezinterferonową, leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), leczenie stwardnienia rozsianego;
- świadczenia wysokospecjalistyczne z wyłączeniem świadczeń z zakresu przeszczepów, udzielanych osobom, które są wpisywane na krajowe listy osób oczekujących na przeszczepienie komórek, tkanek i narządów.

W celu zapewnienia kompletności, terminowości oraz poprawności sprawozdawczości z zakresu list oczekujących w oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2020 r. podejmowano 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, aktualizacji daty oceny kolejki, 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 monitorowanie świadczeniodawców nieprzekazujących danych z zakresu list oczekujących, w tym informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia, przekazujących je nieterminowo lub z błędami;
- prowadzenie korespondencji (papierowej i elektronicznej) ze świadczeniodawcami nieprzekazującymi danych w terminie lub przekazującymi błędne dane;

- rozpatrywanie zgłoszeń dotyczących nieprawidłowych informacji o pierwszym wolnym terminie udzielenia świadczenia przekazywanych przez pacjentów poprzez funkcjonalność „zgłoś nieprawidłowość” w 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 Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 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 2020 r. oddziały wojewódzkie NFZ nałożyły kary umowne na 105 świadczeniodawców za niewywiązywanie się z obowiązków sprawozdawczych z zakresu list oczekujących, nieprowadzenie list oczekujących lub prowadzenie ich w sposób naruszający przepisy prawa. Ponadto oddziały wojewódzkie NFZ przeprowadziły w 2020 r. 797 ankiet sprawdzających działanie rejestracji świadczeniodawców w zakresie dokonywania wpisów na listy oczekujących oraz udzielania informacji zgodnych z obowiązującymi przepisami.

Przedstawione dalej tabele sprawozdawcze prezentują komórki organizacyjne z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określonego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybrane w ramach poszczególnych zakresów świadczeń objętych przedmiotową sprawozdawczością spośród 15 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec 2020 r. Obok liczby osób oczekujących zawierają one medianę oraz trzeci kwartył średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określonego w dniach.

Sprawozdanie zawiera również sporządzoną dla każdego zakresu świadczeń tabelę prezentującą liczbę osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w okresie od 2018 r. do 2020 r. z list oczekujących do ww. komórek organizacyjnych z największą według stanu na koniec 2020 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 2020 r.

W sprawozdaniu ww. dane zostały również przedstawione w odniesieniu do komórek organizacyjnych oraz świadczeń, w przypadku których nastąpiło, porównując stan na koniec 2019 r. i 2020 r., zwiększenie lub zmniejszenie liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób w skali kraju.

### VI.1.1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2020 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, poradni specjalistycznych: neurochirurgicznych, endokrynologicznych, kardiologicznych, gastroenterologicznych i okulistycznych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni neurochirurgicznej dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 197 dni, a do 75% tych poradni nie przekroczyła 312 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie okulistyczne i kardiologiczne wyróżniły się dużą liczbą osób oczekujących, wynoszącą odpowiednio: 235 200 i 113 408 osób. Na przestrzeni prezentowanych lat mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania spadła dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” do wszystkich w/w poradni z wyjątkiem poradni neurochirurgicznej natomiast liczba osób oczekujących zmniejszyła się w przypadku wszystkich poradni. Poradnie okulistyczne wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w 2020 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 566 410 osób. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia za wyjątkiem poradni endokrynologicznej, zmniejszyła się w porównaniu z 2019 r. Wśród osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia, w przypadku wszystkich poradni odnotowano spadek udziału we wszystkich kolejnych latach osób zakwalifikowanych do kategorii medycznej „przypadek pilny”.

**Tabela nr VI.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 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2018			2019			2020		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Poradnie neurochirurgiczne	Przypadek pilny	3 891	31	142	6 053	54	173	5 899	71	222
		Przypadek stabilny	27 662	177	302	33 955	175	334	32 144	197	312
2	Poradnie endokrynologiczne	Przypadek pilny	7 399	21	72	9 794	27	97	6 368	15	77
		Przypadek stabilny	99 740	233	346	111 560	216	354	92 000	187	324
3	Poradnie kardiologiczne	Przypadek pilny	10 487	11	37	15 440	19	52	10 674	8	37
		Przypadek stabilny	120 115	115	196	156 870	116	204	113 408	76	174
4	Poradnie gastroenterologiczne	Przypadek pilny	2 873	8	31	4 522	18	49	4 326	10	46
		Przypadek stabilny	41 754	88	166	50 019	103	185	42 172	75	153
5	Poradnie okulistyczne	Przypadek pilny	6 243	0	7	9 003	0	11	6 074	0	9
		Przypadek stabilny	263 767	71	147	294 426	78	161	235 200	49	137

**Tabela nr VI.3.** Informacje o osobach skreślonych w okresie od styczeń-grudzień 2018 r., 2019 r. i 2020 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					
			w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.	w 2020 r.	średnio miesięcznie w 2020 r.
1	Poradnie neurochirurgiczne	Przypadek pilny	8 060	671	8 749	729	6 881	573
		Przypadek stabilny	39 775	3 314	35 994	2 999	32 117	2 676
2	Poradnie endokrynologiczne	Przypadek pilny	27 011	2 250	28 757	2 396	23 177	1 931
		Przypadek stabilny	105 147	8 762	109 632	9 136	122 100	10 175
3	Poradnie kardiologiczne	Przypadek pilny	66 629	5 552	73 022	6 085	56 126	4 677
		Przypadek stabilny	286 333	23 861	308 180	25 681	306 971	25 580
4	Poradnie gastroenterologiczne	Przypadek pilny	12 627	1 052	13 855	1 154	10 622	885
		Przypadek stabilny	90 944	7 578	93 740	7 811	73 295	6 107
5	Poradnie okulistyczne	Przypadek pilny	45 281	3 773	50 001	4 166	34 236	2 853
		Przypadek stabilny	770 795	64 232	766 482	63 873	566 410	47 200

#### VI.1.2. Leczenie szpitalne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec 2020 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, neurochirurgicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej, otorynolaryngologicznych i endokrynologicznych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów otorynolaryngologicznych dla dzieci dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 145 dni, a w 75% tych oddziałów nie przekroczyła 275 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych oddziały: chirurgii urazowo-ortopedycznej i otorynolaryngologiczne wyróżniły się największą liczbą osób oczekujących, wynoszącą odpowiednio: 78 019 i 67 176 osób. W przypadku wszystkich oddziałów szpitalnych zaobserwowano, porównując stan na koniec grudnia 2019 r. i 2020 r., spadek liczby osób oczekujących w kategorii „przypadek stabilny” z wyjątkiem oddziałów endokrynologicznych, dla których liczba oczekujących uległa zwiększeniu. Konsekwentnie w odniesieniu do 2019 r. oddziały otorynolaryngologiczne oraz oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia także w 2020 r. Liczba ta wyniosła odpowiednio: 32 376 osób i 27 946 osób. W przypadku wszystkich oddziałów liczba osób skreślonych dla kategorii „przypadek stabilny” z powodu wykonania świadczenia w 2020 r. zmniejszyła się w porównaniu z 2019 r.

**Tabela nr VI.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 2020 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2018			2019			2020		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Oddziały otorynolaryngologiczne dla dzieci	Przypadek pilny	1 360	33	89	1 558	45	85	1 102	34	90
		Przypadek stabilny	12 213	164	245	9 934	172	239	8 043	145	275
2	Oddziały neurochirurgiczne	Przypadek pilny	7 168	17	60	7 769	16	66	7 151	11	47
		Przypadek stabilny	28 289	91	255	29 647	90	213	28 702	97	215
3	Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	Przypadek pilny	28 333	26	64	18 536	17	57	20 642	12	43
		Przypadek stabilny	130 599	170	326	81 362	137	319	78 019	90	221
4	Oddziały otorynolaryngologiczne	Przypadek pilny	3 898	9	31	4 454	10	35	4 550	3	25
		Przypadek stabilny	102 451	144	245	76 114	128	195	67 176	84	232
5	Oddziały endokrynologiczny	Przypadek pilny	360	10	26	371	9	25	466	7	24
		Przypadek stabilny	3 863	54	115	4 843	52	119	4 872	66	115

**Tabela nr VI.5.** Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2018 r. do 2020 r. z list oczekujących do 5 wybranych komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu leczenia szpitalnego.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.	w 2020 r.	średnio miesięcznie w 2020 r.
1	Oddziały otorynolaryngologiczne dla dzieci	Przypadek pilny	3 882	323	2 762	230	1 793	149
		Przypadek stabilny	13 459	1 121	9 559	796	5 320	443
2	Oddziały neurochirurgiczne	Przypadek pilny	10 551	879	10 416	868	7 222	601
		Przypadek stabilny	16 570	1 380	16 284	1 357	9 230	769
3	Oddziały chirurgii urazowo-ortopedycznej	Przypadek pilny	40 272	3 356	33 692	2 807	17 061	1 421
		Przypadek stabilny	69 482	5 790	57 326	4 777	27 946	2 328
4	Oddziały otorynolaryngologiczne	Przypadek pilny	14 522	1 210	13 274	1 106	6 922	576
		Przypadek stabilny	98 390	8 199	77 718	6 476	32 376	2 698
5	Oddziały endokrynologiczny	Przypadek pilny	2 956	246	3 119	259	2 517	209
		Przypadek stabilny	12 336	1 028	13 331	1 110	8 317	693



### VI.1.3. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec 2020 r., wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, komórek organizacyjnych związanych z chorobami psychicznymi i uzależnieniami: oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych, poradni dla osób z autyzmem dziecięcym, poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, oddziałów leczenia uzależnień i poradni zdrowia psychicznego. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do oddziałów leczenia zaburzeń nerwicowych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 36 dni, a do 75% tych oddziałów nie przekroczyła 187 dni. Spośród ww. komórek organizacyjnych poradnie zdrowia psychicznego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyróżniły się największą liczbą osób oczekujących, wynoszącą 43 021 osób. W porównaniu z 2019 r. mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” zmalała w 2020 r. Natomiast liczba osób oczekujących do poradni zdrowia psychicznego oraz poradni dla osób z autyzmem dziecięcym zwiększyła się. Poradnie zdrowia psychicznego wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” z listy oczekujących w 2020 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 210 269 osób. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2020 r. wzrosła w porównaniu z 2019 r. w przypadku kategorii medycznej „przypadek stabilny” do poradni zdrowia psychicznego i poradni zdrowia psychicznego dla dzieci.

**Tabela nr VI.6.** Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień – 5 komórek organizacyjnych z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród 15 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących według stanu na koniec grudnia 2020 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2018			2019			2020		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych	Przypadek pilny	92	0	10	126	0	1	128	0	0
		Przypadek stabilny	5 856	40	204	6 661	47	259	6 378	36	187
2	Poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym	Przypadek pilny	410	0	5	359	0	22	280	0	0
		Przypadek stabilny	3 433	24	163	4 166	45	180	5 582	28	122
3	Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci	Przypadek pilny	211	0	0	294	0	0	135	0	0
		Przypadek stabilny	8 332	31	73	10 959	38	79	8 887	24	46
4	Oddziały leczenia uzależnień	Przypadek pilny	95	0	0	162	0	0	149	0	0
		Przypadek stabilny	1 565	16	40	1 938	19	31	1 598	15	43
5	Poradnie zdrowia psychicznego	Przypadek pilny	153	0	0	216	0	0	207	0	0
		Przypadek stabilny	26 644	16	38	39 405	19	44	43 021	14	32

**Tabela nr VI.7.** Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2018 r. do 2020 r. z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.	w 2020 r.	średnio miesięcznie w 2020 r.
1	Oddziały leczenia zaburzeń nerwicowych	Przypadek pilny	790	65	828	69	370	30
		Przypadek stabilny	4 104	342	3 858	321	1 725	143
2	Poradnie dla osób z autyzmem dziecięcym	Przypadek pilny	899	74	898	74	588	49
		Przypadek stabilny	6 232	519	6 706	558	4 038	336
3	Poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci	Przypadek pilny	970	80	1 376	114	880	73
		Przypadek stabilny	25 808	2 150	28 698	2 391	31 709	2 642
4	Oddziały leczenia uzależnień	Przypadek pilny	1 073	89	1 273	106	725	60
		Przypadek stabilny	6 041	503	5 926	493	3 012	251
5	Poradnie zdrowia psychicznego	Przypadek pilny	2 325	193	2 781	231	1 854	154

#### VI.1.4. Rehabilitacja lecznicza

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec 2020 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, do komórek organizacyjnych realizujących świadczenia rehabilitacji leczniczej: zakładów/ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej, zakładów/ośrodków rehabilitacji leczniczej dziennej, poradni rehabilitacji narządu ruchu, poradni rehabilitacyjnych dla dzieci oraz poradni rehabilitacji. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do zakładów/ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 103 dni i dotyczyła jednego miejsca udzielania świadczeń. Spośród ww. komórek organizacyjnych zakłady/ośrodki rehabilitacji leczniczej dziennej wyróżniły się dużą liczbą osób oczekujących dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wynoszącą 60 765 osób. W porównaniu do 2019 roku mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” w 2020 roku zwiększyła się do poradni rehabilitacji narządu ruchu natomiast dla pozostałych komórek wskaźnik ten się zmniejszył. Liczba osób oczekujących dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” uległa spadkowi. Poradnie rehabilitacyjne wyróżniły się pod względem dużej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w 2020 r. z powodu wykonania świadczenia. Liczba ta wyniosła 336 872 osoby. Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2020 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” spadła w porównaniu z 2018 r. i 2019 r. dla wszystkich ww. komórek.

**Tabela nr VI.8.** Rehabilitacja lecznicza – 5 komórek organizacyjnych z największą wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania określoną dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, wybranych spośród 15 komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących wg stanu na koniec 2020 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2018			2019			2020		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Zakłady/Ośrodki rehabilitacji pulmonologicznej	Przypadek pilny	0	0	0	0	0	0	2	0	0
		Przypadek stabilny	1 282	161	161	1 240	171	171	854	103	103
2	Zakłady/Ośrodki rehabilitacji leczniczej dziennej	Przypadek pilny	16 720	14	66	18 765	25	80	16 713	13	65
		Przypadek stabilny	79 999	91	247	81 608	109	267	60 765	92	248
3	Poradnie rehabilitacji narządu ruchu	Przypadek pilny	27	4	15	53	6	19	27	13	19
		Przypadek stabilny	312	53	80	344	60	91	196	64	87
4	Poradnia rehabilitacyjne dla dzieci	Przypadek pilny	401	7	23	453	6	22	260	5	14
		Przypadek stabilny	4 710	47	130	4 863	49	109	3 913	33	60
5	Poradnie rehabilitacyjne	Przypadek pilny	8 986	0	13	11 903	4	22	6 655	2	13
		Przypadek stabilny	98 816	19	50	113 687	27	60	59 326	14	35

**Tabela nr VI.9.** Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2018 r. do 2020 r. z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.	w 2020 r.	średnio miesięcznie w 2020 r.
1	Zakłady/Ośrodki rehabilitacji pulmonologicznej	Przypadek pilny	1	0	0	0	0	0
		Przypadek stabilny	2 806	233	2 614	217	1 006	83
2	Zakłady/Ośrodki rehabilitacji leczniczej dziennej	Przypadek pilny	37 022	3 085	42 751	3 562	27 512	2 292
		Przypadek stabilny	103 107	8 592	113 378	9 448	74 851	6 237
3	Poradnie rehabilitacji narządu ruchu	Przypadek pilny	185	15	277	23	170	14
		Przypadek stabilny	1 308	109	1 421	118	855	71
4	Poradnia rehabilitacyjne dla dzieci	Przypadek pilny	1 999	166	2 034	169	1 210	100
		Przypadek stabilny	17 441	1 453	16 492	1 374	11 054	921
5	Poradnie rehabilitacyjne	Przypadek pilny	60 713	5 059	71 678	5 973	48 608	4 050
		Przypadek stabilny	551 108	45 925	545 982	45 498	336 872	28 072

### VI.1.5. Opieka paliatywna i hospicyjna

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2020 r. dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wynika, że do oddziałów medycyny paliatywnej

oczekiwało 376 osób, a do poradni medycyny paliatywnej oczekiwało 189 osób. Jak wynika z przedstawionych danych liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia do poradni medycyny paliatywnej była 10 razy większa od liczby osób oczekujących odnotowanej na koniec 2020 r. Z list oczekujących w 2020 roku w kategorii „przypadek stabilny” do poradni medycyny paliatywnej z powodu wykonania świadczenia zostało skreślonych 1 945 osób. Natomiast w przypadku oddziałów medycyny paliatywnej zostały skreślone 1 662 osoby.

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

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2018 r.			Grudzień 2019 r.			Grudzień 2020 r.		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Oddziały medycyny paliatywnej	Przypadek pilny	14	0	0	33	0	0	26	0	0
		Przypadek stabilny	139	0	3	158	0	3	376	0	1
2	Poradnie medycyny paliatywnej	Przypadek pilny	1	0	0	3	0	0	1	0	0
		Przypadek stabilny	37	0	0	294	0	0	189	0	0

**Tabela nr VI.11.** Informacje o osobach skreślonych w okresie 2018-2020 r. z list oczekujących do poradni medycyny paliatywnej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.	w 2020 r.	średnio miesięcznie w 2020 r.
1	Oddziały medycyny paliatywnej	Przypadek pilny	334	27	508	42	583	48
		Przypadek stabilny	1 143	95	1 885	157	1 662	138
2	Poradnie medycyny paliatywnej	Przypadek pilny	13	1	26	2	80	6
		Przypadek stabilny	890	74	887	73	1 945	162

### VI.1.6. Leczenie stomatologiczne

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec grudnia 2020 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano do następujących, wybranych spośród komórek organizacyjnych z największą w skali kraju liczbą osób oczekujących, poradni realizujących świadczenia stomatologiczne: poradni ortodontycznych dla dzieci, poradni ortodontycznych, poradni chirurgii stomatologicznej, poradni periodontologicznych oraz chorób błon śluzowych przyzębia i poradni stomatologicznych. Mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania do poradni ortodontycznych dla dzieci dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” wyniosła 106 dni, a do 75% tych poradni nie przekroczyła 335 dni. Ze względu na dużą liczbę osób skreślonych z listy oczekujących (675 487 osób) w 2020 r. z powodu wykonania świadczenia należy wyróżnić poradnie stomatologiczne. Z wyjątkiem poradni ortodontycznych dla dzieci, we wszystkich pozostałych poradniach realizujących świadczenia z zakresu leczenia stomatologicznego, liczba osób skreślonych

z powodu wykonania świadczenia dla kategorii medycznej „przypadek stabilny”, w 2020 r. zmniejszyła się w porównaniu do 2019 r.

**Tabela nr VI.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 2020 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2018 r.			Grudzień 2019 r.			Grudzień 2020 r.		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Poradnie ortodontyczne dla dzieci	Przypadek pilny	31	0	0	17	0	0	3	0	0
		Przypadek stabilny	3 553	80	256	4 180	154	269	3 511	106	335
2	Poradnie ortodontyczne	Przypadek pilny	287	0	0	200	0	0	168	0	0
		Przypadek stabilny	56 022	60	220	60 180	64	247	53 277	32	226
3	Poradnie chirurgii stomatologicznej	Przypadek pilny	137	0	0	137	0	0	227	0	0
		Przypadek stabilny	18 515	5	32	20 141	6	34	20 469	6	30
4	Poradnie periodontologiczne oraz chorób błon śluzowych przyzębia	Przypadek pilny	5	0	0	6	0	0	0	0	0
		Przypadek stabilny	1 590	14	46	1 657	1	51	1 302	0	11
5	Poradnie stomatologiczne	Przypadek pilny	376	0	0	446	0	0	766	0	0
		Przypadek stabilny	99 750	0	9	115 299	0	9	138 325	0	7

**Tabela nr VI.13.** Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2018 r. do 2020 r. z list oczekujących do wybranych 5 komórek organizacyjnych realizujących świadczenia z zakresu leczenia stomatologicznego.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.	w 2020 r.	średnio miesięcznie w 2020 r.
1	Poradnie ortodontyczne dla dzieci	Przypadek pilny	124	10	117	10	71	6
		Przypadek stabilny	3 869	322	4 336	361	4 550	379
2	Poradnie ortodontyczne	Przypadek pilny	984	82	1 452	121	655	55
		Przypadek stabilny	65 238	5 437	65 170	5 431	48 157	4 013
3	Poradnie chirurgii stomatologicznej	Przypadek pilny	2 324	194	2 044	170	2 586	216
		Przypadek stabilny	66 404	5 534	66 376	5 531	52 583	4 382
4	Poradnie periodontologiczne oraz chorób błon śluzowych przyzębia	Przypadek pilny	169	14	137	11	97	8
		Przypadek stabilny	6 299	525	6 242	520	4 703	392
5	Poradnie stomatologiczne	Przypadek pilny	7 239	603	6 992	583	6 503	542
		Przypadek stabilny	788 839	65 737	763 693	63 641	675 487	56 291

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

Z informacji przekazanych przez świadczeniodawców według stanu na koniec 2020 r. wynika, że najdłuższe czasy oczekiwania odnotowano na listach oczekujących na następujące świadczenia z zakresu: endoprotezoplastyki stawu kolanowego, endoprotezoplastyki stawu biodrowego, endokrynologii, kardiologii, zabiegów w zakresie soczewki (zaćma), koronarografię, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej oraz leczenia aparatem ortodontycznym. Najwyższa mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania dotyczy świadczenia z zakresu endoprotezoplastyki stawu kolanowego dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” i wyniosła według stanu na koniec grudnia 2020 r. 256 dni, a do 75% oddziałów realizujących to świadczenie czas oczekiwania nie przekroczył 674 dni. Kolejnym świadczeniem z wysoką wartością mediany średniego rzeczywistego czasu oczekiwania jest endoprotezoplastyka stawu biodrowego, dla której w kategorii medycznej „przypadek stabilny” wartość ta wyniosła 229 dni, a do 75% oddziałów realizujących to świadczenie czas oczekiwania nie przekroczył 615 dni. Wysoka mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, wynosząca 178 dni zaobserwowana została również dla świadczeń z zakresu endokrynologii. W przypadku świadczeń z zakresu: kardiologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz endokrynologii odnotowano największe liczby osób oczekujących, które według stanu na koniec 2020 r. wyniosły dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” odpowiednio: 127 884 osoby, 110 969 osób i 102 817 osób. Duża liczba osób oczekujących (93 510 osób) odnotowana została również dla tej samej kategorii na świadczenia rezonansu magnetycznego. W roku 2020, roku dla kategorii „przypadek stabilny”, odnotowano spadek liczby oczekujących, a także spadek mediany średniego czasu oczekiwania. Świadczenia rezonansu magnetycznego dla kategorii „przypadek stabilny” wyróżniły się pod względem największej liczby osób skreślonych z listy oczekujących w 2020 r. z powodu wykonania świadczenia (749 903 osoby). W większości świadczeń liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia w 2020 r. uległa zmniejszeniu w porównaniu z rokiem 2019. Jedynie w przypadkach: świadczeń rezonansu magnetycznego, świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, świadczeń z zakresu endokrynologii oraz kardiologii dla powyższej kategorii medycznej liczba osób skreślonych zwiększyła się.

**Tabela nr VI.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 2020 r.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2018			2019			2020		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
1	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	Przypadek pilny	20 204	109	280	20 168	107	268	19 964	47	200
		Przypadek stabilny	97 997	581	982	90 250	462	989	87 114	256	674
2	Endoprotezoplastyka stawu	Przypadek pilny	16 236	113	224	15 336	89	205	15 073	63	179

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	2018			2019			2020		
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)	
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci
	biodrowego	Przypadek stabilny	85 975	456	883	76 419	355	724	69 034	229	615
3	Świadczenia z zakresu endokrynologii	Przypadek pilny	8 516	19	71	11 167	25	93	7 415	13	77
		Przypadek stabilny	113 036	222	340	127 168	208	342	102 817	178	318
4	Świadczenia z zakresu kardiologii	Przypadek pilny	12 464	11	37	17 663	18	50	11 938	8	37
		Przypadek stabilny	136 764	110	195	180 633	115	197	127 884	75	169
5	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	Przypadek pilny	19 975	62	118	10 671	36	77	5 435	14	50
		Przypadek stabilny	357 076	344	647	167 816	142	412	86 662	49	183
6	Koronarografia	Przypadek pilny	2 725	5	20	3 211	5	24	2 717	0	19
		Przypadek stabilny	12 771	38	81	15 641	51	99	11 768	35	102
7	Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	Przypadek pilny	8 792	6	21	14 476	10	25	10 666	7	18
		Przypadek stabilny	106 816	44	88	160 384	46	87	110 969	30	58
8	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	72 068	56	91	46 616	30	51	24 669	14	26
		Przypadek stabilny	219 717	137	185	167 036	68	132	93 510	29	60
9	Świadczenia tomografii komputerowej	Przypadek pilny	22 536	13	25	13 218	8	17	12 993	7	13
		Przypadek stabilny	112 404	40	75	85 604	18	45	81 465	15	32
10	Leczenie aparatem ortodontycznym	Przypadek pilny	408	0	0	290	0	0	285	0	0
		Przypadek stabilny	73 767	45	344	71 662	40	344	54 791	12	267

**Tabela nr VI .15.** Informacje o osobach skreślonych w okresie od 2018 r. do 2020 r. z list oczekujących na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.	w 2020 r.	średnio miesięcznie w 2020 r.
1	Endoprotezoplastyka stawu kolanowego	Przypadek pilny	13 046	1 087	15 233	1 269	10 873	906
		Przypadek stabilny	14 836	1 236	16 366	1 364	11 990	999
2	Endoprotezoplastyka stawu biodrowego	Przypadek pilny	208 818	17 401	22 566	1 881	16 155	1 346
		Przypadek stabilny	19 979	1 664	21 605	1 800	15 707	1 309
3	Świadczenia z zakresu endokrynologii	Przypadek pilny	31 023	1 087	32 874	1 269	26 521	2 210
		Przypadek stabilny	124 047	1 236	128 701	1 364	141 641	11 803
4	Świadczenia z zakresu kardiologii	Przypadek pilny	1 879	156	75 696	6 308	62 887	5 240

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.	w 2020 r.	średnio miesięcznie w 2020 r.
		Przypadek stabilny	3 019	251	332 751	27 729	348 457	29 038
5	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	Przypadek pilny	77 444	6 453	71 487	5 957	31 707	2 642
		Przypadek stabilny	229 650	19 137	276 680	23 057	192 885	16 074
6	Koronarografia	Przypadek pilny	14 326	1 193	14 593	1 216	8 125	906
		Przypadek stabilny	47 979	3 998	49 211	4 101	27 883	2 323
7	Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	Przypadek Pilny	89 003	7 416	109 468	9 122	105 243	8 770
		Przypadek Stabilny	511 842	42 653	570 704	47 559	637 601	53 133
8	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek Pilny	333 579	27 798	391 096	32 591	353 145	29 429
		Przypadek stabilny	519 232	43 269	623 401	51 950	749 903	62 492
9	Świadczenia tomografii komputerowej	Przypadek pilny	252 200	21 016	252 200	21 017	181 957	15 163
		Przypadek stabilny	684 467	57 038	684 467	57 039	645 261	53 772
10	Leczenie aparatem ortodontycznym	Przypadek pilny	1 139	94	1 330	111	853	71
		Przypadek stabilny	48 433	4 036	48 052	4 004	34 416	2 868

#### **VI.1.8. Komórki organizacyjne oraz świadczenia, w których nastąpiła w okresie od grudnia 2018 r. do grudnia 2020 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 2018 r. do grudnia 2020 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 rezonansu magnetycznego, zabiegów w zakresie soczewki (zaćma), świadczeń z zakresu kardiologii, świadczeń z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, świadczenia z zakresu endokrynologii, oraz poradni stomatologicznych, odnotowano spadek liczby osób oczekujących odpowiednio o: 95 473 osoby, 86 390 osób, 58 474 osoby, 53 225 osób, 28 103 osoby. Wzrost liczby osób oczekujących nastąpił w przypadku poradni stomatologicznych o 23 346 osób.

Zgodnie z zaprezentowanymi informacjami dotyczącymi komórek organizacyjnych oraz świadczeń wskazują, że w 2020 r. najwięcej osób skreślono dla kategorii medycznej „przypadek stabilny” z list oczekujących z powodu wykonania świadczenia z zakresu rezonansu magnetycznego 749 903 osoby, do poradni stomatologicznych 675 487 osób, na świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu 637 601 osób oraz świadczenia z zakresu kardiologii 348 457 osób. W porównaniu z 2019 r. wzrost liczby osób skreślonych dla tej kategorii medycznej z listy oczekujących z powodu wykonania świadczenia w 2020 r. odnotowano w przypadku: świadczenia rezonansu magnetycznego, świadczenia



z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu, świadczenia z zakresu kardiologii oraz endokrynologii. Spadki w analogicznym okresie porównawczym odnotowano w przypadku zabiegów w zakresie soczewki (zaćma) i poradniach stomatologicznych.

**Tabela nr VI.16.** Wykaz komórek organizacyjnych, świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których w ciągu roku, porównując dane za grudzień 2018 r. i grudzień 2020 r., nastąpiła zmiana w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób.

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Grudzień 2018 r.			Grudzień 2019 r.			Grudzień 2020 r.			Zmiana liczby osób oczekujących ogółem w grudniu 2020 r. w stosunku do grudnia 2019 r.
			liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		liczba osób oczekujących	średni czas oczekiwania (w dniach)		
				mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci		mediana	kwartył trzeci	
1	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	72 068	56	91	46 616	30	51	24 669	14	26	95 473
		Przypadek stabilny	219 717	137	185	167 036	68	132	93 510	29	60	
2	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	Przypadek pilny	19 975	62	118	10 671	36	77	5 435	14	50	86 390
		Przypadek stabilny	357 076	344	647	167 816	142	412	86 662	49	183	
3	Świadczenia z zakresu kardiologii	Przypadek pilny	12 464	11	37	17 663	18	50	11 938	8	37	58 474
		Przypadek stabilny	136 764	110	195	180 633	115	197	127 884	75	169	
4	Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	Przypadek pilny	8 792	6	21	14 476	10	25	10 666	7	18	53 225
		Przypadek stabilny	106 816	44	88	160 384	46	87	110 969	30	58	
5	Świadczenia z zakresu endokrynologii	Przypadek pilny	8 516	19	71	11 167	25	93	7 415	13	77	28 103
		Przypadek stabilny	113 036	222	340	127 168	208	342	102 817	178	318	
6	Poradnie stomatologiczne	Przypadek pilny	376	0	0	446	0	0	766	0	0	-23 346
		Przypadek stabilny	99 750	0	9	115 299	0	9	138 325	0	7	

**Tabela nr VI.17.** Informacje o osobach skreślonych w okresie styczeń – grudzień 2018 r., 2019 r. i 2020 r. z list oczekujących do komórek organizacyjnych, świadczeń opieki zdrowotnej, w przypadku których, porównując dane za grudzień 2018 r. i grudzień 2019 r., nastąpiła zmiana w skali kraju liczby osób oczekujących o co najmniej 10 tys. osób

Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.	w 2020 r.	średnio miesięcznie w 2020 r.
1	Świadczenia rezonansu magnetycznego	Przypadek pilny	333 579	27 798	391 096	32 591	353 145	29 429
		Przypadek stabilny	519 232	43 269	623 401	51 950	749 903	62 492
2	Zabiegi w zakresie soczewki (zaćma)	Przypadek pilny	77 444	6 453	71 487	5 957	31 707	2 642
		Przypadek stabilny	229 650	19 137	276 680	23 057	192 885	16 074
3	Świadczenia z zakresu kardiologii	Przypadek pilny	1 879	156	75 696	6 308	62 887	5 240
		Przypadek stabilny	3 019	251	332 751	27 729	348 457	29 038
Lp.	Nazwa komórki organizacyjnej	Kategoria medyczna	Liczba osób skreślonych z powodu wykonania świadczenia					
			w 2018 r.	średnio miesięcznie w 2018 r.	w 2019 r.	średnio miesięcznie w 2019 r.	w 2020 r.	średnio miesięcznie w 2020 r.
4	Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii narządu ruchu	Przypadek pilny	89 003	7 416	109 468	9 122	105 243	8 770
		Przypadek stabilny	511 842	42 653	570 704	47 559	637 601	53 133
5	Świadczenia z zakresu endokrynologii	Przypadek pilny	31 023	1 087	32 874	1 269	26 521	2 210
		Przypadek stabilny	124 047	1 236	128 701	1 364	141 641	11 803
6	Poradnie stomatologiczne	Przypadek pilny	7 239	603	6 992	583	6 503	542
		Przypadek stabilny	788 839	65 737	763 693	63 641	675 487	56 291

#### VI.1.9. Przyczyny ograniczonej dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej

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

- ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu endokrynologii, neurochirurgii, kardiologii, gastroenterologii, okulistyki oraz świadczenia rezonansu magnetycznego i świadczenia tomografii komputerowej;
- szpitalne realizowane w oddziałach: chirurgii urazowo-ortopedycznej, otorynolaryngologicznych, otorynolaryngologicznych dla dzieci, neurochirurgicznych

endokrynologicznych oraz endoprotezoplastyki stawu kolanowego, endoprotezoplastyki stawu biodrowego i zabiegi w zakresie soczewki (zaćma);

- rehabilitacji leczniczej realizowane w: poradniach rehabilitacyjnych, poradniach rehabilitacyjnych dla dzieci, poradniach rehabilitacji narządu ruchu, zakładach/ośrodkach rehabilitacji leczniczej dziennej, zakładach/ośrodkach rehabilitacji pulmonologicznej;
- realizowane w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w: poradniach psychogeriatrycznych, poradniach dla osób z autyzmem dziecięcym, oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych, poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci, poradniach zdrowia psychicznego, oddziałach leczenia uzależnienia;
- stomatologiczne realizowane w poradniach stomatologicznych, poradniach ortodontycznych dla dzieci, poradniach periodontologicznych oraz chorób błon śluzowych przyzębia, poradniach ortodontycznych oraz wykonywane w ramach leczenia aparatem ortodontycznym;
- opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowane w poradniach medycyny paliatywnej oraz oddziałach medycyny paliatywnej.

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

W 2020 r. na ograniczenie dostępności do świadczeń w znaczący sposób wpłynęła pandemia Covid-19, z uwagi na częściowe zamknięcie lub przekształcenie wybranych szpitali w szpitale dedykowane pacjentom chorującym na ta chorobę (przekształcenia łóżek szpitalnych w łóżka „covidowe”) zgodnie z zaleceniami NFZ, Ministerstwa Zdrowia a także decyzjami Wojewodów. Wszyscy świadczeniodawcy realizujący świadczenia musieli dostosować się do ograniczeń i wymogów reżimu sanitarnego, co wpłynęło na zmniejszenie liczby realizowanych świadczeń. W obawie przed zakażeniem wirusem SARS-CoV2 wzrosła liczba osób przesuwających planowany termin udzielenia świadczenia, co spowodowało wydłużenie średniego rzeczywistego czasu oczekiwania, pomimo spadku ilości osób oczekujących do ww. komórek.

Wśród najczęstszych przyczyn ograniczonej dostępności do ww. świadczeń - niezależnych od pandemii Covid-19, można wyróżnić:

- zwiększające się zapotrzebowanie na niektóre rodzaje świadczeń, co powoduje bardzo duże przyrosty liczby osób oczekujących np. na świadczenia rehabilitacyjne;
- procesy demograficzne, tj. starzejące się społeczeństwo oraz wydłużająca się przeciętna długość życia, czemu towarzyszy podwyższona zgłaszalność podyktowana wzrostem zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne.
- niewielką liczbę świadczeniodawców udzielających określonych świadczeń np. wyspecjalizowanych ośrodków neurochirurgicznych;
- niewystarczające nakłady finansowe płatnika świadczeń opieki zdrowotnej, niepozwalające na zrównoważenie popytu na świadczenia;

- preferowanie przez pacjentów placówek z określoną renomą lub też największych (najlepiej znanych) w rejonie/województwie, prowadzące do znacznych różnic między najdłuższymi a najkrótszymi kolejkami w danym zakresie świadczeń, obserwowane np. w przypadku endoprotezoplastyk stawowych, zabiegów w zakresie soczewki (zaćma);
- niewystarczająca liczba lekarzy określonej specjalności (np. neurochirurgii, ortodoncji, psychiatrii dziecięcej, gastroenterologii, endokrynologii, okulistyki zabiegowej) w skali kraju lub danego regionu powoduje, że wydłuża się czas oczekiwania na świadczenia z danego zakresu. Występują też sytuacje, że lekarze nie są zainteresowani zawieraniem umów z NFZ z uwagi na fakt, że na rynku prywatnym są znacznie lepiej wynagradzani;
- duża liczba pozostających pod opieką poradni specjalistycznych dłużej niż wskazywałby na to postęp choroby lub dynamika procesu chorobowego, przez co osoby kontynuujące leczenie „blokują” miejsca dla kolejnych pacjentów. Długoletnie przebywanie pod opieką specjalisty zdiagnozowanych pacjentów widoczne jest m.in. na przykładzie świadczeń z zakresu endokrynologii, kardiologii. Pacjenci niechętnie oddają się pod opiekę lekarza POZ. Wielu pacjentów chorych przewlekłe wybiera stałe wizyty u specjalisty, pomimo że stan zdrowia nie wskazuje na taką konieczność. Kontrola stanu zdrowia mogłaby być realizowana przez lekarza POZ. Przy rosnącej liczbie pacjentów chorych przewlekłe, pozostawanie ich pod stałą opieką specjalisty powoduje, że czasy oczekiwania ulegają wydłużeniu. Zwraca się uwagę na brak standardów kontynuowania leczenia przez lekarzy POZ. Występuje niewystarczająca współpraca pomiędzy POZ a lecnictwem specjalistycznym;
- zbyt pochopne lub niezasadne kierowanie pacjentów przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej do poradni specjalistycznych w sytuacjach, gdy dane schorzenie może być leczone w POZ;
- brak możliwości zakontraktowania świadczeń, które mogłyby być realizowane w mniejszych miejscowościach, co utrudnia dostęp do lekarzy;
- upowszechnienie badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, które stają się jednym z podstawowych badań diagnostycznych, co powoduje ciągły wzrost zapotrzebowania na świadczenia i zwiększenie liczby oczekujących oraz czasu oczekiwania;
- zwiększona liczba wskazań do wykonania badań diagnostycznych, 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 szybszą realizację kontraktu i wydłużenie czasu oczekiwania dla pacjentów z chorobami przewlekłymi;
- powolne wprowadzanie zasad/standardów postępowania w przypadku świadczeń z ograniczoną dostępnością np. postępowania w przypadku leczenia zaćmy. Pacjenci są wpisywani w niektórych przypadkach zbyt wcześnie na listę oczekujących z powodu długiego czasu oczekiwania, mają wielokrotnie potem przesuwane terminy udzielenia świadczenia, blokując miejsca innym pacjentom;

- znaczący i nagły wzrost liczby pacjentów kwalifikowanych przez lekarzy kierujących do kategorii medycznej „przypadek pilny”. Część skierowania z adnotacją „pilny” nie znajduje medycznego potwierdzenia.;
- brak informowania świadczeniodawców przez pacjentów o rezygnacji z udzielenia świadczenia lub braku możliwości stawienia się w ustalonym terminie. Powstają przerwy w udzielaniu świadczeń, brak takiej informacji dezorganizuje pracę świadczeniodawców;
- wyznaczanie odległych terminów udzielenia świadczenia na życzenie pacjenta w oderwaniu od kolejności zgłoszeń, co przekłada się na wydłużenie sprawozdawanych średnich rzeczywistych czasów oczekiwania;
- niekorzystanie przez pacjentów ze wszystkich źródeł informacji o miejscach udzielania świadczeń. Często pacjenci kierują się do znanych sobie placówek medycznych, nie wiedząc, że mogą uzyskać dane świadczenie w krótszym terminie u innego świadczeniodawcy;
- 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 stawu biodrowego lub kolanowego 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.

## **VI.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 2020 r. oraz wskaźnik dostępności niniejszych świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

**Tabela nr VI.18.** Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe w 2020 r. w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ.

<b>Nazwa OW NFZ</b>	<b>Ogółem liczba ubezpieczonych</b>	<b>Liczba zrealizowanych skierowań w roku 2020</b>	<b>Wskaźnik na 10 tys. Osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej</b>
Dolnośląski	2 637 226	16 948	64
Kujawsko-Pomorski	1 874 251	11 394	61
Lubelski	1 922 144	13 520	70
Lubuski	907 919	4 157	46
Łódzki	2 302 391	13 932	61
Małopolski	3 148 306	15 359	49
Mazowiecki	5 210 595	29 314	56
Opolski	835 275	4 496	54

Nazwa OW NFZ	Ogółem liczba ubezpieczonych	Liczba zrealizowanych skierowań w roku 2020	Wskaźnik na 10 tys. Osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Podkarpacki	1 897 093	10 500	55
Podlaski	1 047 047	6 395	61
Pomorski	2 142 945	11 382	53
Śląski	4 119 668	24 577	60
Świętokrzyski	1 113 056	7 876	71
Warmińsko- Mazurski	1 247 116	7 281	58
Wielkopolski	3 317 215	21 329	64
Zachodniopomorski	1 497 223	6 183	41
<b>Ogółem</b>	<b>35 219 470</b>	<b>204 643</b>	<b>58</b>
<i>*dane wg Centralnego Wykazu Ubezpieczonych wg stanu na koniec 2020 r.</i>			

W poniższych tabelach przedstawiono dane dotyczące liczby osób, którym udzielono świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny, w zakresach świadczeń udzielanych przez wyjazdowy zespół sanitarny typu „N” i zespół transportu medycznego 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 osobnych tabelach wynika z ich odmiennej specyfiki w szczególności z faktu, że dedykowane są one odrębnym grupom świadczeniobiorców, a także w celu przedstawienia miarodajnych danych.

**Tabela nr VI.19.** Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2020 r. w zakresie: świadczenia udzielane przez wyjazdowy zespół sanitarny typu "N" w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ.

Nazwa OW NFZ	ogółem liczba ubezpieczonych	Liczba osób, którym udzielono świadczeń w roku 2020	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 637 226	528	2,00
Kujawsko-Pomorski	1 874 251	440	2,35
Lubelski	1 922 144	379	1,97
Lubuski	907 919	91	1,00
Łódzki	2 302 391	355	1,54
Małopolski	3 148 306	460	1,46
Mazowiecki	5 210 595	1 158	2,22
Opolski	835 275	199	2,38
Podkarpacki	1 897 093	397	2,09
Podlaski	1 047 047	228	2,18

Pomorski	2 142 945	459	2,14
Śląski	4 119 668	986	2,39
Świętokrzyski	1 113 056	127	1,14
Warmińsko- Mazurski	1 247 116	269	2,16
Wielkopolski	3 317 215	751	2,26
Zachodniopomorski	1 497 223	190	1,27
<b>Ogółem</b>	<b>35 219 470</b>	<b>7 017</b>	<b>1,99</b>

**Tabela nr VI.20.** Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju pomoc doraźna i transport sanitarny w 2020 r. w zakresie: świadczenia udzielane przez zespół transportu medycznego w podziale na oddziały wojewódzkie NFZ.

Nazwa OW NFZ	ogółem liczba ubezpieczonych	Liczba osób, którym udzielono świadczeń w roku 2020	Wskaźnik na 10 tys. osób uprawnionych do świadczeń opieki zdrowotnej
Dolnośląski	2 637 226	2332	8,84
Kujawsko-Pomorski	1 874 251	2084	11,12
Lubelski	1 922 144	224	1,17
Lubuski	907 919	1268	13,97
Łódzki	2 302 391	1367	5,94
Małopolski	3 148 306	785	2,49
Mazowiecki	5 210 595	5 434	10,43
Opolski	835 275	888	10,63
Podkarpacki	1 897 093	1049	5,53
Podlaski	1 047 047	1257	12,01
Pomorski	2 142 945	2 179	10,17
Śląski	4 119 668	3 183	7,73
Świętokrzyski	1 113 056	1 663	14,94
Warmińsko- Mazurski	1 247 116	1776	14,24
Wielkopolski	3 317 215	2 863	8,63
Zachodniopomorski	1 497 223	335	2,24
<b>Ogółem</b>	<b>35 219 470</b>	<b>28 687</b>	<b>8,15</b>

W 2020 roku funkcjonowało łącznie 1 607 zespołów ratownictwa medycznego, w tym: 1 260 podstawowych zespołów ratownictwa medycznego (w tym 9 wodnych podstawowych zespołów ratownictwa medycznego) oraz 347 specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego. Ogólna liczba zespołów ratownictwa medycznego wzrosła w 2020 r. względem roku poprzedniego o 36 (2,29 %), przy czym liczba specjalistycznych zespołów ratownictwa medycznego zmniejszyła się o 21, natomiast liczba podstawowych zespołów ratownictwa medycznego wzrosła o 57. 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 VI.21.** Liczba zakontraktowanych na 2020 rok zespołów ratownictwa medycznego w podziale na rodzaj zespołów oraz informacje, dotyczące ich dostępności w latach 2019-2020.

Rodzaj zespołu	Liczba zespołów w 2019 r.	Liczba zespołów w 2020 r.	Liczba zespołów w 2020 r. w stosunku do liczby zespołów w 2019 r.
Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	1 203	1 260	104,74%
Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	368	347	94,29%
<b>RAZEM</b>	<b>1 571</b>	<b>1 607</b>	<b>102,29%</b>
<b>Dostępność zespołów ratownictwa medycznego**</b>			
Rodzaj zespołu	2019 r.	2020 r.	Dostępność zespołów w 2020 r. w stosunku do dostępności zespołów w 2019 r.
Zespół ratownictwa medycznego podstawowy	1 154,03	1 192,12	103,30%
Zespół ratownictwa medycznego specjalistyczny	367,00	344,78	93,95%
<b>RAZEM</b>	<b>1 521,03</b>	<b>1 536,90</b>	<b>101,04%</b>
*) Liczba zespołów ratownictwa medycznego nie uwzględnia informacji na temat rzeczywistego czasu funkcjonowania zespołów. Oznacza to, że zespoły funkcjonujące całodobowo przez cały rok powiększają tę liczbę w ten sam sposób co zespoły funkcjonujące czasowo lub okresowo.			
**) Dane dotyczące dostępności zespołów ratownictwa medycznego uwzględniają zarówno całkowitą liczbę zespołów ratownictwa medycznego jak i faktyczny czas ich funkcjonowania w skali roku.			

W powyższej tabeli przedstawiono także dane dotyczące dostępności zespołów ratownictwa medycznego w latach 2019-2020, 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 2020 roku o 1,04 % większa niż w roku 2019, przy czym dostępność podstawowych zespołów wzrosła o 3,3 %, natomiast dostępność specjalistycznych zespołów zmniejszyła się o 6,05 %.

Drugi z wymienionych powyższej wskaźników przyjmuje:

- najwyższe wartości w województwach: warmińsko – mazurskim (0,56), lubuskim (0,54), oraz zachodniopomorskim (0,54);
- najniższe wartości w województwach: wielkopolskim (0,34) oraz mazowieckim (0,35).



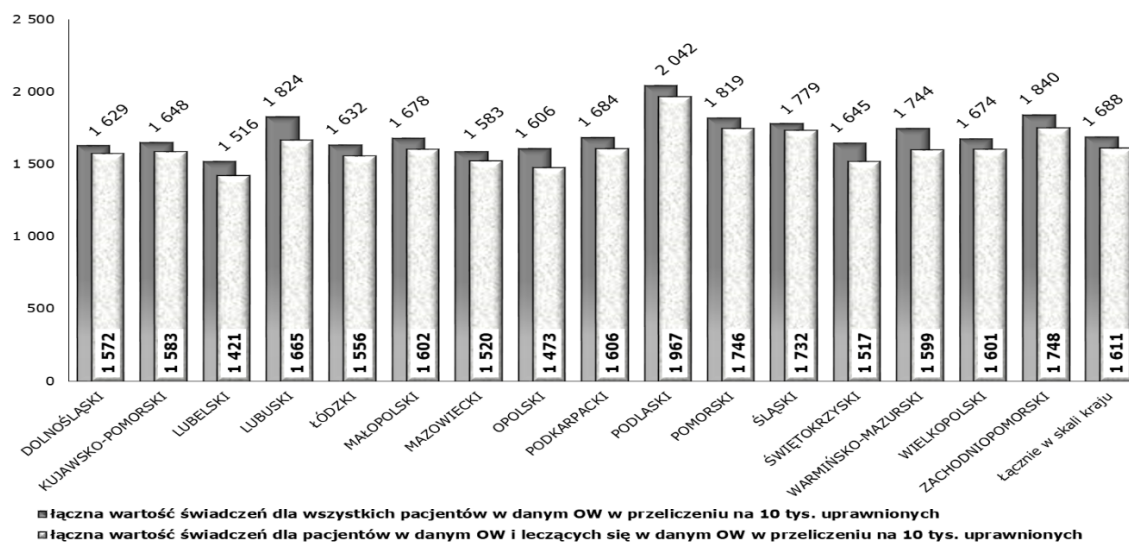
Średnia liczba zespołów ratownictwa medycznego w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w skali kraju wyniosła w 2020 r. 0,40.

**Tabela nr VI.22.** Liczbę osób (w tys.) przypadającą na jeden zespół ratownictwa medycznego w poszczególnych województwach oraz liczbę zespołów ratownictwa medycznego przypadających na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach w 2020 roku.

OW NFZ	Ludność w tys. os. (wg GUS stan na 31.12.2020 r.)	Liczba ZRM w 2020 r. (z uwzględnieniem dostępności)	Liczba osób (w tys.) przypadająca na jeden ZRM w 2020 r.	Liczba ZRM w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w 2020 r.
Dolnośląski	2 891,32	112,00	25,82	0,39
Kujawsko-Pomorski	2 061,94	93,00	22,17	0,45
Lubelski	2 095,26	91,00	23,02	0,43
Lubuski	1 007,15	54,00	18,65	0,54
Łódzki	2 437,97	102,00	23,90	0,42
Małopolski	3 410,44	123,75	27,56	0,36
Mazowiecki	5 425,03	188,20	28,83	0,35
Opolski	976,77	43,00	22,72	0,44
Podkarpacki	2 121,23	87,21	24,32	0,41
Podlaski	1 173,29	55,50	21,14	0,47
Pomorski	2 346,67	86,93	27,00	0,37
Śląski	4 492,33	163,00	27,56	0,36
Świętokrzyski	1 224,63	47,67	25,69	0,39
Warmińsko- Mazurski	1 416,50	78,67	18,01	0,56
Wielkopolski	3 496,45	120,50	29,02	0,34
Zachodniopomorski	1 688,05	90,46	18,66	0,54
<b>RAZEM</b>	<b>38 265,01</b>	<b>1 536,90</b>	<b>24,90</b>	<b>0,40</b>

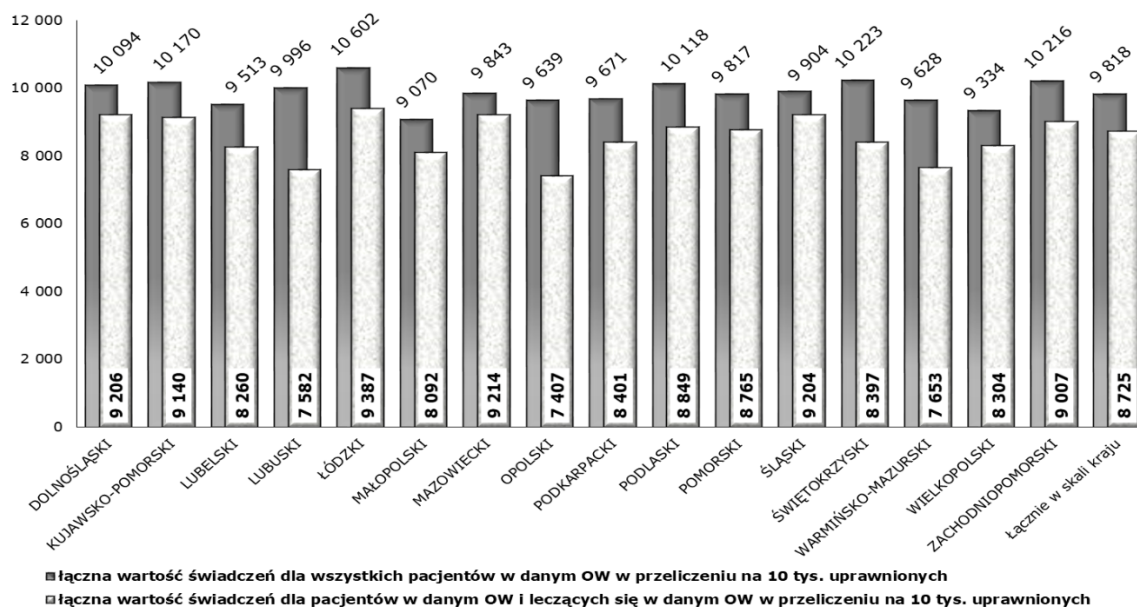
Poniżej na wykresach przedstawiono pozostałe koszty świadczeń w pozostałych rodzajach świadczeń w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych.

**Wykres nr VI.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.).



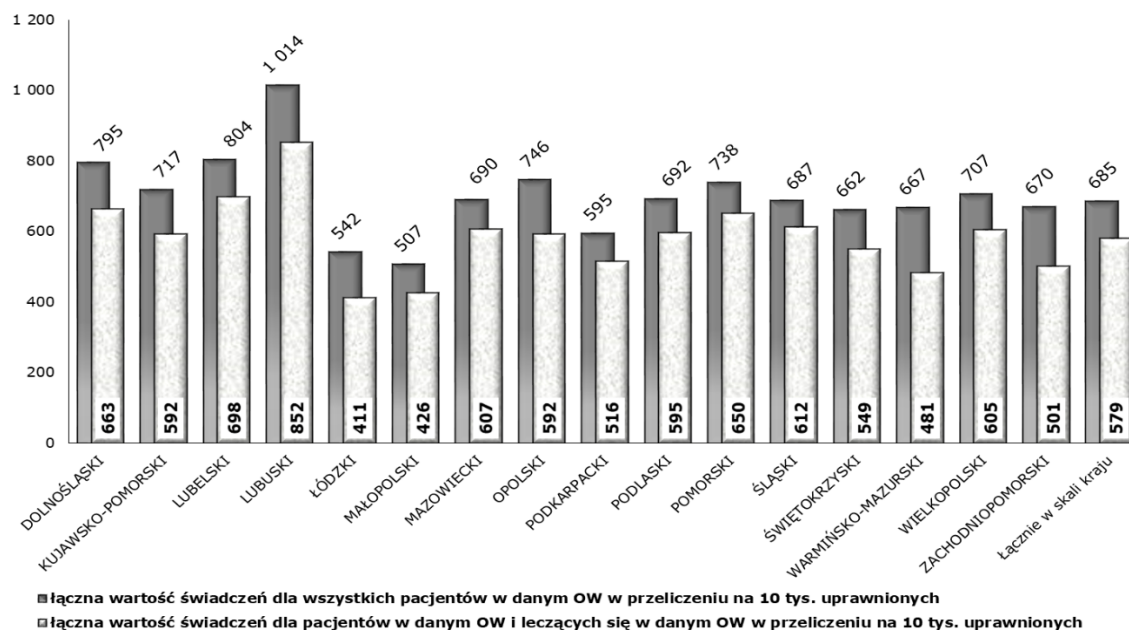
Największy wskaźnik wydatków w AOS w przeliczeniu na 10 tys. „swoich” uprawnionych na terenie całego kraju w 2020 r., podobnie jak w roku ubiegłym, osiągnął oddział podlaski (2 042 tys. zł).

**Wykres nr VI.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.).



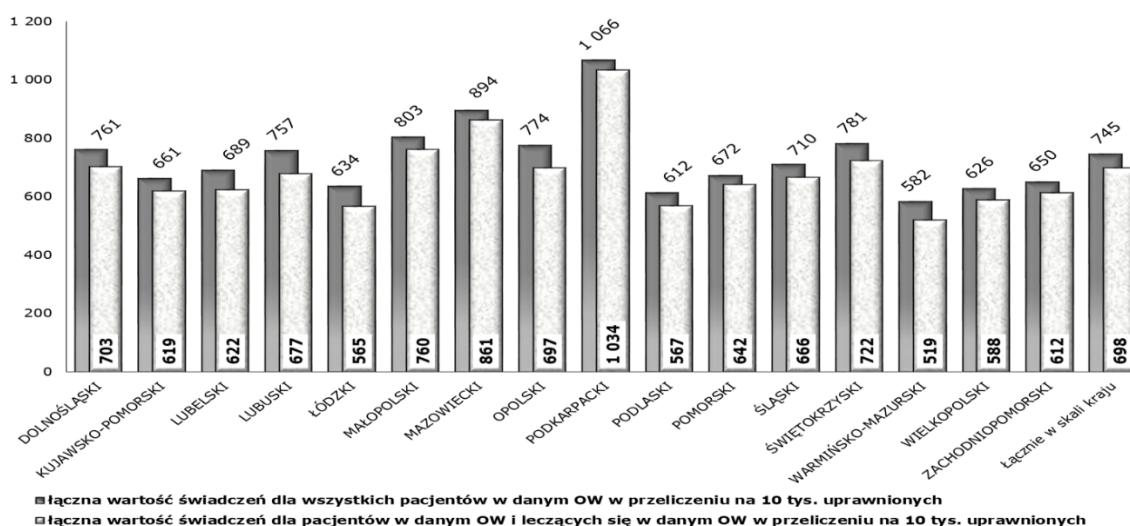
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono w 2020 roku na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu szpitalnym na 10 tys. mieszkańców, podobnie jak w roku ubiegłym, poniosły oddziały łódzki (10 602 tys. zł) i świętokrzyski (10 223 tys. zł).

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



Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poszczególne oddziały poniosły na leczenie uprawnionych w danym oddziale łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale wojewódzkim Funduszu. Wszystko w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych. Największy wskaźnik wykonania w leczeniu psychiatrycznym i leczeniu uzależnień w 2020 r. osiągnął, podobnie jak w roku ubiegłym, lubuski oddział wojewódzkiego Funduszu 1 014 tys. zł.

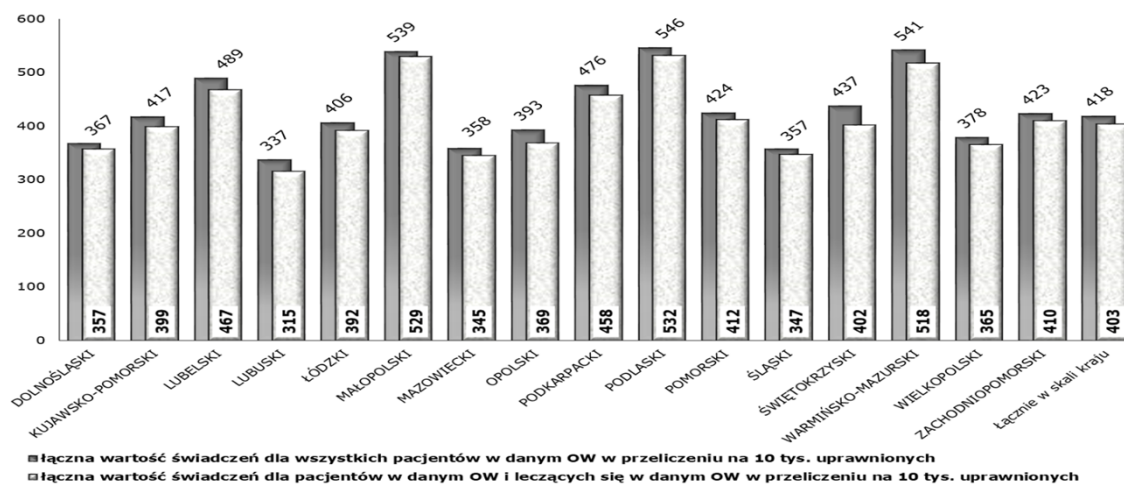
**Wykres nr VI.4.** Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona przez oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju rehabilitacja lecznicza (REH) w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.).



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

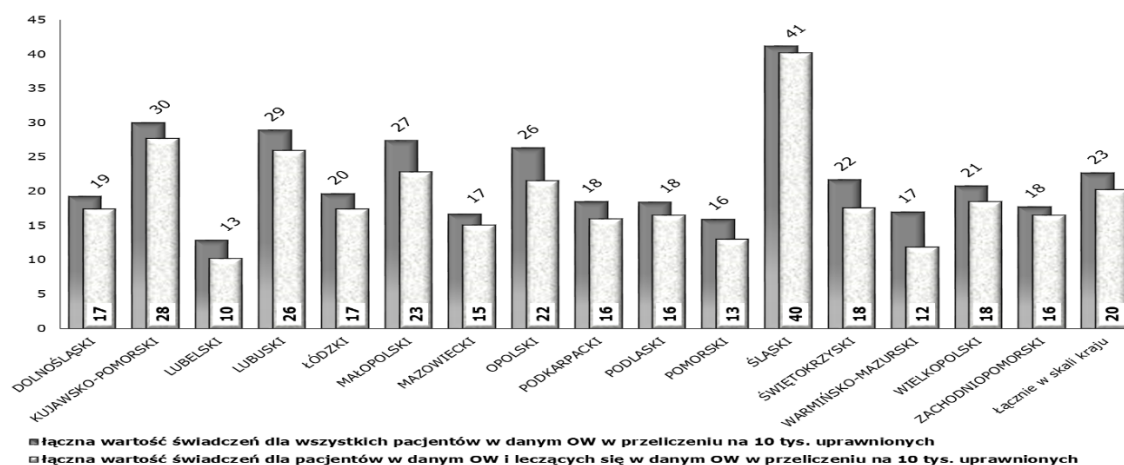
lecznicza na 10 tys. ubezpieczonych w 2020 r. osiągnęły, podobnie jak w roku ubiegłym, oddziały: podkarpacki (1 066 tys. zł) i mazowiecki (894 tys. zł).

**Wykres nr VI.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.).



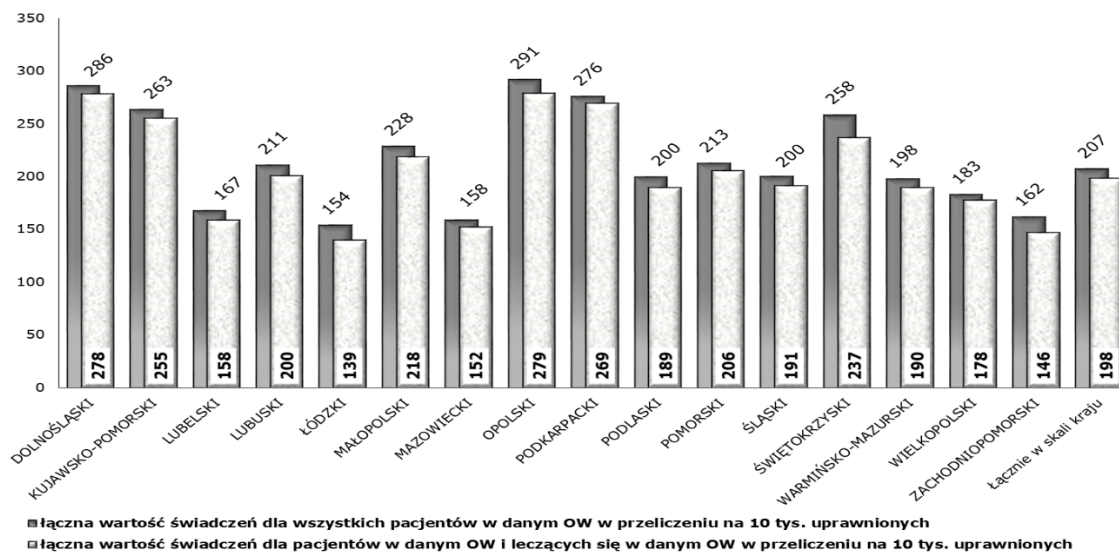
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największe koszty w leczeniu stomatologicznym na 10 tys. uprawnionych w 2020 r. osiągnęły oddziały: podlaski (546 tys. zł), warmińsko-mazurski 541 tys. zł, małopolski (539 tys. zł).

**Wykres nr VI.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.).



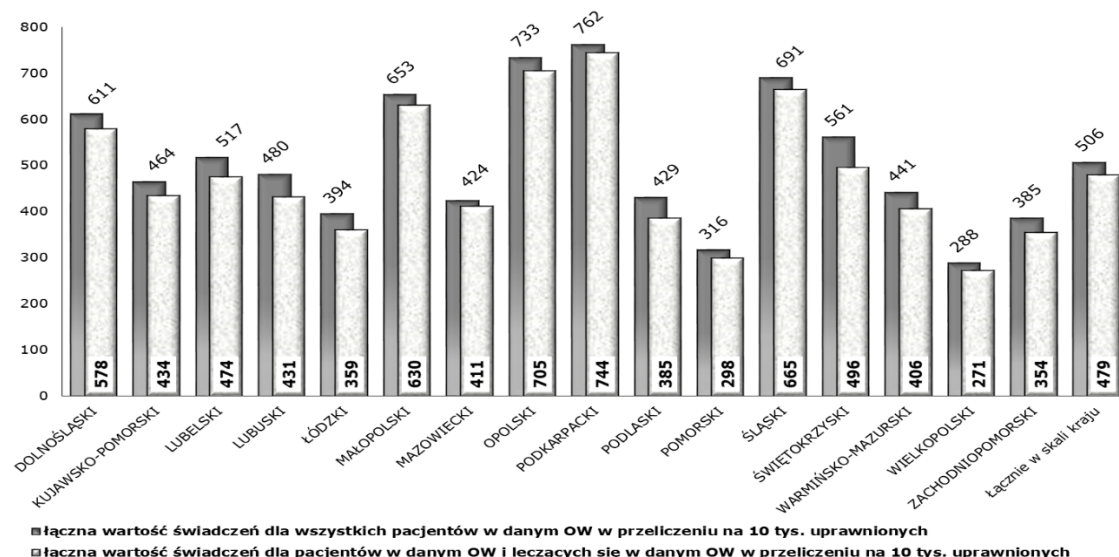
Na powyższym wykresie przedstawiono koszty świadczeń (w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych), które poniesiono na rzecz uprawnionych z danego oddziału wojewódzkiego Funduszu łącznie (bez względu na miejsce udzielenia świadczenia) oraz koszty świadczeń dla uprawnionych rozliczone we „własnym” oddziale. Największe koszty profilaktycznych programach zdrowotnych w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w 2020 r. osiągnął oddział śląski (41 tys. zł) a najmniej oddział lubelski (13 tys. zł).

**Wykres nr VI.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 2020 r. osiągnęły oddziały: opolski 291 tys. zł, dolnośląski 286 tys. zł. i podkarpacki 276 tys. zł.

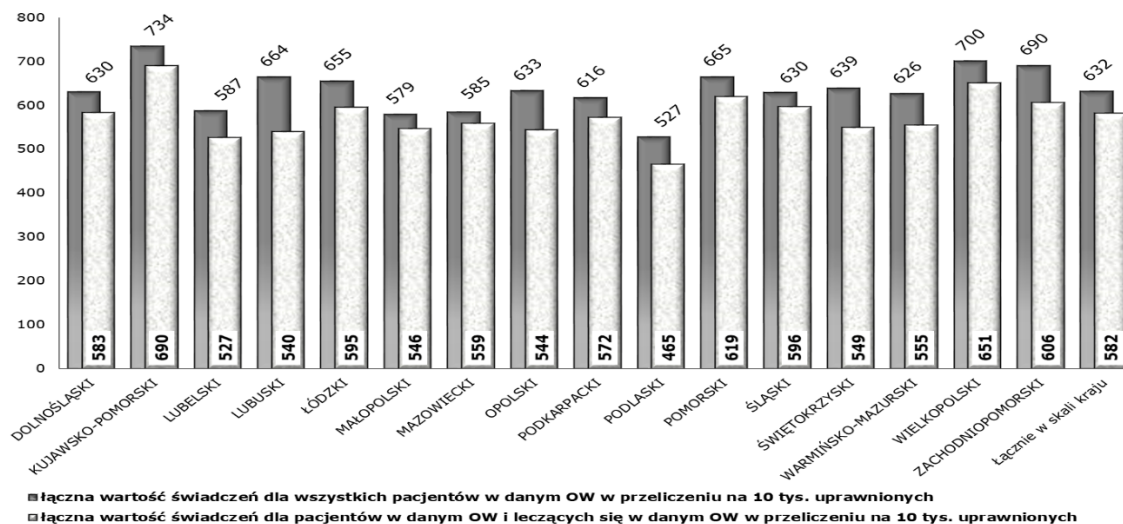
**Wykres nr VI.8.** Kwota refundacji kosztów leczenia poniesiona oddziały na rzecz uprawnionych w tym oddziale z uwzględnieniem wyjeżdżających w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w przeliczeniu na 10 tys. uprawnionych w poszczególnych oddziałach (tys. zł.).



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 2020 r. osiągnęły oddziały: podkarpacki 762 tys. zł i opolski 733 tys. zł.

**Wykres nr VI.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 2020 r. osiągnął, podobnie jak w roku ubiegłym, oddział kujawsko- pomorski (734 tys. zł).

## **VII.Opis organizacji Funduszu**

### **VII.1. Struktura organizacyjna Funduszu**

Fundusz jest państwową jednostką organizacyjną posiadającą osobowość prawną<sup>27</sup> (art. 96 ust 1 ustawy o świadczeniach), którego organami są: Rada Funduszu, Prezes Funduszu, rady oddziałów wojewódzkich Funduszu oraz dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Funduszu.

W strukturze NFZ wyodrębnia się Centralę 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 2020 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 Narodowego Funduszu Zdrowia 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 Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie przyjęcia Regulaminu działania Rady Narodowego Funduszu Zdrowia.

---

<sup>27</sup> Art.98 ust 1 ustawy o świadczeniach.

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

W świetle obecnego brzmienia art. 100 ust. 1 ustawy, do zadań Rady Narodowego Funduszu Zdrowia 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: organizacji, sposobu i jakości udzielania świadczeń opieki zdrowotnej oraz ich dostępności; udzielania świadczeń opieki zdrowotnej pod względem zgodności z obowiązującymi przepisami, a także z wymaganiami określonymi w tej umowie a także zasadności wyboru leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych, stosowanych w profilaktyce, leczeniu, rehabilitacji i badaniach diagnostycznych,
- 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.

Dnia 23 marca 2020 r. upłynęła 5-letnia kadencja (III) Rady Funduszu, powołanej w 2015 roku przez Ministra Zdrowia.

Z dniem 27 lipca 2020 roku, Minister Zdrowia, na podstawie z art. 99 ust. 1 ustawy o świadczeniach, powołał nowy skład Rady Narodowego Funduszu Zdrowia na okres kadencji 2020-2025 (IV), w liczbie 10 członków.

W dniu 21 sierpnia 2020 r. odwołany ze składu Rady Funduszu został członek Rady Funduszu wskazany przez Rzecznika Praw Obywatelskich, w związku ze złożoną przez niego rezygnacją.

Pierwsze posiedzenie nowo powołanej Rady Funduszu odbyło się 27 sierpnia 2020 r., na którym nastąpiło formalne wręczenie aktów powołania i ukonstytuowanie się Rady Funduszu.

Członkowie Rady wybrali spośród siebie Przewodniczącego i Zastępcę Przewodniczącego Rady Funduszu.

Rada Funduszu III i IV kadencji w 2020 roku obradowała łącznie na 6 posiedzeniach, podjęła łącznie 27 uchwał, w tym 5 uchwał w trybie korespondencyjnego uzgodnienia stanowisk (tryb obiegowy).

W związku z sytuacją epidemiczną w kraju, większość posiedzeń Rady Funduszu w 2020 r. miało charakter hybrydowy - część uczestników brało udział w posiedzeniach stacjonarnie, a część w trybie online.

Podjęte przez Radę Funduszu uchwały są dostępne na stronie [www.nfz.gov.pl](http://www.nfz.gov.pl) w Biuletynie Informacji Publicznej NFZ. W trakcie odbytych w 2020 r. posiedzeń, jak również i w trybie obiegowym Rada Funduszu:

- uchwaliła: Plan Pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2020 r. oraz podjęła dwie uchwały zmieniające ten plan, Plan Pracy Narodowego Funduszu Zdrowia na 2021 r., Rzeczkowy plan wydatków inwestycyjnych NFZ na 2020 r. oraz podjęła trzy uchwały zmieniające ten plan, Rzeczkowy plan wydatków inwestycyjnych NFZ na 2021 r., Regulamin działania Rady Narodowego Funduszu Zdrowia;
- wyraziła opinie w sprawach: odwołania Prezesa NFZ oraz projektu zmiany planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia na 2020 r.;
- przyjęła: okresowe sprawozdania z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za IV kwartał 2019 r. oraz I, II i III kwartał 2020 r., roczne sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 r., sprawozdanie z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 r.;
- wyraziła zgodę na: zawarcie umowy najmu nieruchomości na potrzeby Małopolskiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, cesję praw i przejęcie obowiązków wynikających z umowy najmu nieruchomości na potrzeby siedziby Centrali NFZ w Warszawie, na zawarcie umowy o świadczenie usług asysty technicznej i konserwacji do oprogramowania Oracle, podjęcie niezbędnych czynności i zawarcie

umowy o świadczenie asysty technicznej i konserwacji (ATIK) do oprogramowania Oracle oraz oprogramowania wspomagającego;

- zdecydowała o pokryciu straty netto Narodowego Funduszu Zdrowia za 2019 r.;
- zapoznała się z informacjami Prezesa Funduszu m.in. na temat: działań podjętych przez NFZ w walce z COVID-19 (na bieżąco), dokonanych przez Prezesa Funduszu zmianach w rzeczowym planie wydatków inwestycyjnych NFZ na 2020 r. (na bieżąco), realizacji Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023, Planu kontroli NFZ na 2020 r., realizacji zadań inwestycyjnych zaplanowanych przez NFZ na 2019 r., zakończonego badania sprawozdania finansowego NFZ za 2019 r., funkcjonowania szpitalnych oddziałów ratunkowych zakontraktowanych w I kwartale, 2020 r., funkcjonowania i finansowania lecznictwa uzdrowiskowego w okresie pandemii oraz przewidywań kierownictwa Funduszu na przyszłość, dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej w POZ,
- dyskutowała na temat: odpowiedzialności Rady Funduszu za prawidłowość sporządzenia sprawozdań i planów finansowych NFZ oraz zasad współpracy z biegłym rewidentem, wyrażenia zgody na zawarcie umowy najmu nieruchomości na potrzeby Dolnośląskiego OW NFZ;
- upoważniła Prezesa Funduszu do dokonywania zmian rzeczowego planu wydatków inwestycyjnych.

Rada Funduszu w oparciu o przepisy Regulaminu działania Rady Narodowego Funduszu Zdrowia może również powoływać Zespoły Problemowe zajmujące się szczegółową analizą określonych obszarów działalności Funduszu, jak również szeroko pojętą problematyką świadczeń 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 Narodowego Funduszu Zdrowia do spraw kryteriów jakościowych w alokacji środków przeznaczonych na świadczenia opieki zdrowotnej.

Celem tego Zespołu jest przeprowadzenie pogłębionej analizy oraz przedstawienie Radzie Funduszu opinii i rekomendacji w sprawie wzrostu udziału kryteriów jakościowych w alokacji środków finansowych przeznaczanych na opiekę zdrowotną, stosowanych w szczególności do kontroli realizacji skuteczności działalności Funduszu.

Należy również zwrócić uwagę na szczególne regulacje prawne dotyczące kompetencji Rady Funduszu obowiązujące w trakcie 2020 roku, ujęte w przepisach specustawy COVID-19. Na mocy jej art. 7b wyłączono tryb opiniowania przez Radę Funduszu w przypadku: projektów zmian planu finansowego NFZ na 2020 rok, o których mowa w art. 124 ust. 1 i 2 ustawy o świadczeniach, w szczególności w zakresie środków przekazywanych NFZ z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19, projektu planu finansowego Funduszu na 2021 r. (w 2020 r. Rada Funduszu nie opiniowała tego projektu).

Powołany art. 7b utracił moc z dniem 5 września 2020 r.

Ponadto, na mocy art. 15zzzzzxa specustawy COVID-19 w okresie stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, w przypadku gdy Rada Funduszu, nie może podejmować uchwał, o których mowa w art. 100 ust. 1 pkt 5 tej ustawy (tj. dot. majątku, inwestycji,

nieruchomości, przeznaczenia zysku i pokrycia straty), uchwałą taką zastępuje decyzja ministra właściwego do spraw zdrowia. Przepis ten znalazł zastosowanie w okresie przerwy między kadencjami Rady Funduszu.

### Prezes Funduszu

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

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

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

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

Szczegółowe zakresy obowiązków zastępców Prezesa określa statut Funduszu.

### Dyrektor oddziału wojewódzkiego Funduszu

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

Zadania Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu zostały określone w art. 107 ustawy o świadczeniach. Dyrektor OW NFZ współpracuje z organami jednostek samorządu terytorialnego, organizacjami świadczeniodawców i ubezpieczonych działającymi w danym województwie, w celu stałego monitorowania i zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców na terenie danego województwa oraz prawidłowej realizacji zadań 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 oddziału wojewódzkiego NFZ zostały określone w art. 106 ustawy o świadczeniach.

## VII.2. Stan zatrudnienia w centrali Funduszu i oddziałach wojewódzkich Funduszu

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

Stan zatrudnienia na dzień	osoby			etaty		
	ogółem	centrala	oddziały	ogółem	centrala	oddziały
31 grudnia 2019 r.	5 586,00	1 017,00	4 569,00	5 521,34	999,19	4 522,15
31 grudnia 2020 r.	5 564,00	1 064,00	4 500,00	5 508,66	1 051,53	4 457,13

W trakcie 2020 r. stan osobowy pracowników Funduszu w stosunku do roku 2019 zmniejszył się o 22 osoby. Zmniejszenie stanu zatrudniania nastąpiło w oddziałach wojewódzkich Funduszu.

W Centrali zwiększenie zatrudnienia związane jest m.in. ze zmianą funkcjonowania Funduszu w związku z wejściem w życie ustawy z 14 sierpnia 2020 r. o zmianie niektórych ustaw w celu

zapewnienia funkcjonowania ochrony zdrowia w związku z epidemią COVID-19 oraz po jej ustaniu, wejściem w życie rozporządzenia Ministra Zdrowia z 31 sierpnia 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie nadania statutu NFZ, z uruchomieniem projektu „Integracja Wydziałów Informatyki OW NFZ z Departamentem Informatyki w Centrali NFZ – część I: pilotaż MOW NFZ” i związanymi z tymi zmianami organizacyjnymi w jednostkach Funduszu.

Ponadto, zmiany w stanie zatrudnienia wynikają z naturalnej fluktuacji zatrudnienia, obsadzenia wakujących etatów oraz zatrudnienia pracowników na umowy na zastępstwa za osoby przebywające na urloпах macierzyńskich, rodzicielskich, oraz długich zwolnieniach lekarskich.

#### Fluktuacja zatrudnienia

W Funduszu w trakcie 2020 r. rozwiązano umowy o pracę z pracownikami zatrudnionymi na łącznie 417,08 etatu, natomiast nawiązano umowy o pracę na łącznie 387,43 etatu. Roczny wskaźnik fluktuacji zatrudnienia dla NFZ ukształtował się na poziomie 7,54%.

#### Średnie miesięczne wynagrodzenie<sup>28</sup>

Średnie miesięczne wynagrodzenie w Funduszu na koniec okresu sprawozdawczego wyniosło 6 804,13 zł. Średnie miesięczne wynagrodzenie w Centrali wyniosło 9 038,83 zł, w oddziałach wojewódzkich Funduszu - 6 296,73 zł. Podane kwoty zawierają wynagrodzenia Prezesa Funduszu, jego zastępców oraz dyrektorów oddziałów i ich zastępców.

### **VII.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. Wiąże się to z koniecznością administrowania i monitorowania wszystkich elementów składających się na ten system. Obejmuje to zarówno serwery, dedykowane pamięci masowe, sieciowy sprzęt teleinformatyczny, oprogramowanie systemowe jak i warstwę aplikacji użytkowych. Dla realizacji tych zadań niezbędne jest przeprowadzenie kilkudziesięciu postępowań o zamówienie publiczne na nabycie poszczególnych składników systemu i towarzyszących im usług wsparcia, ale także regularne kontrolowanie i rozliczanie zawartych umów. Niezależnie od działań związanych ze stałą pielęgnacją systemu odbywa się także ciągły proces jego rozwoju wywołany zmianami w otoczeniu prawnym, to jest w ustawach, rozporządzeniach Ministra Zdrowia i zarządzeniach Prezesa NFZ, a także dążeniem do poprawy efektywności jego działania. Poniżej przedstawiono te prace w postaci najważniejszych projektów i grup zadań.

---

<sup>28</sup> Informacja sporządzona na podstawie ostatecznych danych do Sprawozdania Finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia za okres 01.01 – 31.12.2020.

### **VII.3.1. Systemy informatyczne**

#### Integracja systemów ZIP i IKP

W 2020 roku kontynuowano prace nad integracją Zintegrowanego Informatora Pacjenta (NFZ) z Internetowym Kontem Pacjenta (CeZ). Realizowano je w ścisłej współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Centrum eZdrowia, zgodnie z wymogami ustawy o zmianie ustawy o systemie informacji w ochronie zdrowia (SIOZ) (Dz.U.2018 poz. 1515).

Na podstawie przyjętego harmonogramu integracji pomiędzy ZIP a IKP zaimplementowano i uruchomiono usługi sieciowe umożliwiające udostępnianie oraz prezentację danych ze Zintegrowanego Informatora Pacjenta w Internetowym Koncie Pacjenta w następujących obszarach:

- danych dot. endoprotezoplastyki - data wdrożenia: kwiecień 2020 r.;
- danych dot. wartości składek - data wdrożenia: kwiecień 2020 r.,
- interfejsu umożliwiającego złożenie wniosku o wydanie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) - data wdrożenia: lipiec 2020 r.

W czerwcu 2020 r. rozpoczęto proces wygaszania funkcjonalności na portalu ZIP w szczególności: usunięto z portalu formularz rejestracyjny dot. założenia konta w ZIP i zablokowano możliwość założenia takiego konta – pozostały tylko opcje: zmiany danych, zmiany hasła i odblokowania konta, zaprzestano prezentowania danych z obszaru Deklaracji POZ w portalu oraz rozdzielono portal „Gdzie się Leczyć” od portalu głównego ZIP - GSL jest obecnie odrębną funkcjonalnością, dostępną pod adresem <https://gsl.nfz.gov.pl/>.

Całkowite wygaszenie portalu ZIP zaplanowano w 2021 roku.

#### eWUŚ – rozbudowa funkcjonalności o dodatkowe informacje związane z pandemią

W marcu 2020 r. w wyniku istniejącej pandemii COVID-19, w trosce zarówno o pracowników służby zdrowia jak i pacjentów przebywających w placówkach medycznych, Narodowy Fundusz Zdrowia dostosował system eWUŚ wraz z dedykowanymi usługami. Na podstawie danych uzyskiwanych z CeZ rozpoczął przekazywanie informacji o objęciu osoby ubiegającej się o świadczenia opieki zdrowotnej: kwarantanną - data wdrożenia od dnia 25 marca 2020 r. i izolacją – data wdrożenia od dnia 1 lipca 2020 r.

Podobną funkcjonalność (bez informacji o prawie do świadczeń) udostępniono stacjom Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w całym kraju.

Wersja webowa usługi eWUŚ dostępna pod adresem <https://ewus.nfz.gov.pl> również została dostosowana do publikacji rozszerzonego zakresu danych. W przypadku, gdy osoba podlegająca weryfikacji eWUŚ jest aktualnie objęta odosobnieniem - w portalu widnieje informacja o kwarantannie lub izolacji domowej wraz z datą jej zakończenia.

Dane w systemie eWUŚ, dotyczące izolacji domowej oraz kwarantanny, aktualizowane są kilka razy dziennie wg stanu przekazanego przez Centrum e-Zdrowia, które odpowiada za przetwarzanie danych otrzymanych z Powiatowych Stacji Sanitarno-Epidemiologicznych oraz Straży Granicznej.

### Integracja systemów eWUŚ (NFZ) z Gabinet (CeZ):

Zgodnie z ustaleniami z CeZ oraz przyjętym harmonogramem - w sierpniu 2020r. NFZ zaimplementował oraz wdrożył usługę umożliwiającą udostępnienia systemu eWUŚ dla aplikacji Gabinet, w celu sprawdzenia statusu uprawnienia do świadczeń podczas wystawiania recept refundowanych. Udostępnienie zostało podzielone na dwa warianty: dostęp dla świadczeniodawców posiadających umowy z NFZ oraz dostęp dla indywidualnych osób uprawnionych, występujących we własnym imieniu – lekarze, (w tym lekarze dentyści i felczerzy), pielęgniarki i położne, farmaceuci.

Obecnie w ścisłej współpracy z CeZ oraz przy udziale przedstawicieli Funduszu trwają prace nad uruchomieniem dodatkowej usługi monitorującej powyższe funkcjonalności.

### Rejestr CWPM – Centralny Wykaz Personelu Medycznego

W ścisłej współpracy z CeZ realizowano prace nad interfejsem sieciowym pomiędzy Elektroniczną Platformą Gromadzenia, Analizy i Udostępniania Zasobów Cyfrowych o Zdarzeniach Medycznych (P1) a NFZ w zakresie pobierania danych z rejestru Centralnego Wykazu Personelu Medycznego. Na podstawie ustaleń i przygotowanej specyfikacji dotyczącej systemu P1 w zakresie CWPM, w wyniku przeprowadzonych prac zaimplementowano rejestr CWPM jako replikę w obecnych strukturach systemów informatycznych Centrali NFZ. W odniesieniu do tego rejestru dostosowano aplikację NFZ - Centralny Wykaz Personelu – gdzie jest możliwość przeglądania i porównywania danych pomiędzy CWP a CWPM.

### Rejestr Asystentów Medycznych wersja 2 (Rejestr RAM 2)

W październiku 2019 r. rozpoczęto prace nad wdrożeniem repliki Rejestru Asystentów Medycznych w wersji drugiej, które były kontynuowane w 2020 roku. Na podstawie ustaleń dotyczących specyfikacji interfejsu integracyjnego oraz zakresu przekazywanych danych, po zaimplementowaniu rozwiązania, które zostało szczegółowo przetestowane we wrześniu 2020 r., wdrożono replikę rejestru produkcyjnie w obecnych strukturach Centrali NFZ. W odniesieniu do tego rejestru przebudowano aplikację centralną Centralny Wykaz Personelu, gdzie jest możliwość przeglądania tych danych przez operatorów Centrali. Jednocześnie pozyskiwane dane z rejestru RAM2 są przekazywane dedykowanym interfejsem do systemów dziedzinowych wszystkich oddziałów NFZ oraz innych aplikacji centralnych.

### Proces finansowania wykonywanych testów

W związku z pandemią COVID-19, począwszy od maja 2020 r., NFZ uruchomił proces finansowania wykonywanych przez laboratoria i podmioty lecznicze testów SARS-CoV-2 (metody – RT-PCR oraz test antygenowy). Uruchomienie tego procesu poprzedzone było przeprowadzoną szczegółową analizą potrzeb oraz zakresu danych we współpracy z CeZ – dostawcą tych danych, na podstawie których następuje rozliczenie wszystkich podmiotów wykonujących testy. Aktualne dane są przekazywane z Centrum e-Zdrowia do NFZ w cyklach tygodniowych i każdego ostatniego dnia miesiąca. Oba procesy (rejestracji danych przez CeZ oraz rozliczania po stronie NFZ) są realizowane zgodnie z zasadą jednego miejsca wprowadzania danych przez Świadczeniodawcę.

### Proces premiowania wystawionych i zrealizowanych e-skierowań

W związku z planowanym ogólnopolskim wprowadzeniem e-skierowań od stycznia 2021 r. oraz na podstawie Zarządzenia Nr 94/2020/DSOZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna i Zarządzenia Nr 95/2020/DSOZ zmieniającego zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej – w ścisłej współpracy z Ministerstwem Zdrowia i Centrum e-Zdrowia – Narodowy Fundusz Zdrowia w lipcu 2020 r. uruchomił proces premiowania określonych wystawionych i zrealizowanych e-skierowań w ramach pilotażu tego procesu.

Wdrożono motywacyjny model finansowania świadczeń w rodzaju POZ i AOS związany z wystawianiem i przyjmowaniem e-skierowań realizowanych na podstawie danych sprawozdawczych od świadczeniodawców i danych o wstawionych skierowaniach otrzymanych od CeZ.

W ramach świadczeń lekarza POZ zastosowano wzrost bazowej stawki kapitałowej po spełnieniu warunku osiągnięcia określonego udziału procentowego wystawionych e-skierowań we wszystkich wystawionych skierowaniach.

Dodatkowym elementem motywacyjnym był wskaźnik liczby podjętych w ciągu 2 godzin do realizacji e-skierowań w AOS.

W ramach świadczeń AOS zastosowano zwiększenie finansowania świadczeń z wykorzystaniem współczynnika korygującego po spełnieniu warunku osiągnięcia określonego udziału procentowego wystawionych e-skierowań do liczby wystawionych wszystkich w danym zakresie świadczeń i miejscu udzielania świadczeń w danym miesiącu. Dodatkowo zwiększono finansowanie świadczeń dla pobranych e-skierowań w danym miesiącu zgodnie z przyjętym algorytmem.

Mechanizm premiowania wystawiania i pobierania e-skierowań był procesem narastającym i obejmował kolejne miesiące aż do świadczeń udzielonych w grudniu 2020 roku.

### Proces finansowania aktywowanych kont w IKP

W grudniu 2019 uruchomiono funkcjonalność umożliwiającą OW NFZ finansowanie świadczeniodawców POZ, którzy aktywnie zachęcają świadczeniobiorców do aktywowania kont na portalu Internetowe Konto Pacjenta. Proces był realizowany do końca 2020 r.

### Elektroniczna weryfikacja zleceń na zaopatrzenie w wyroby medyczne i zlecenia naprawy wyrobu medycznego (EZWM)

W styczniu 2020 r. udostępniono produkcyjnie, po przeprowadzonym pilotażu, możliwość zintegrowania aplikacji świadczeniodawców z systemem NFZ (udostępnione usługi web services). Dla tych, którzy nie korzystają z własnych systemów rozbudowany został Portal NFZ o dedykowane funkcjonalności.

Przygotowane rozwiązanie informatyczne wprowadziło następujące korzyści:



- wyeliminowanie konieczności wizyty świadczeniobiorcy w OW NFZ dzięki weryfikacji prawa do świadczeń i prawa do wyrobu medycznego w dniu wystawienia zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne;
- automatyczną weryfikację poprawności i kompletności danych wystawianego zlecenia na zaopatrzenie w wyroby medyczne przez osobę uprawnioną;
- gwarancję sfinansowania zrealizowanego wyrobu medycznego poprzez przyjęcie do realizacji zlecenia i potwierdzenie na dzień realizacji (uprawnienie świadczeniobiorcy do świadczenia oraz refundacji danego wyrobu medycznego).

Równolegle Fundusz prowadził prace projektowe związane z wdrożeniem eZlecenia w celu pełnej informatyzacji procesu i integracji systemu eZWM z eGabinet.gov.pl i IKP.

### System EESSI

Kontynuowano prace związane z wdrażaniem w NFZ elektronicznej wymiany danych z obszaru koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego pomiędzy instytucjami wszystkich państw członkowskich Unii Europejskiej i krajów EFTA. Spośród około 100 procesów, tzw. BUC – Business Use Cases (opracowanych we współpracy z krajami członkowskimi), umożliwiających blisko 15 tysiącom instytucji wymianę danych niezbędnych dla realizacji zadań z obszaru koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, w kompetencjach NFZ jest 45 procesów. W lutym Komisja Europejska wydała coroczną aktualizację oprogramowania składowych komponentów systemu EESSI. W ramach wydania dokonano również zmiany modelu danych (CDM – Common Data Model), wykorzystywanego dla realizowanych procesów. Spowodowało to konieczność dostosowania aplikacji krajowych zaangażowanych w wymianę informacji w EESSI. W ramach wdrażania kolejnych funkcjonalności i wypracowania nowych rozwiązań (również w kontekście dostosowania do nowej wersji oprogramowania EESSI i nowego modelu danych), przeprowadzono szereg testów weryfikujących nowe oprogramowanie EESSI oraz wypracowane koncepcje integracji systemów NFZ z systemem EESSI.

Ponadto, w związku z wycofaniem przez Komisję Europejską wsparcia dla rozwoju i utrzymania aplikacji RINA, NFZ zaangażował się w projekt „RINA handover” – „Przejęcie RINA”. EESSI wykorzystuje do komunikacji Punkty Dostępowe (Access Point) oraz aplikacje krajowe. System RINA (Reference Implementation for a National Application) jest odpowiednikiem aplikacji krajowej, który Komisja Europejska stworzyła i przekazała krajom członkowskim, by ułatwić im uruchomienie wymiany elektronicznej bez konieczności budowania dedykowanych systemów. Systemy krajowe NFZ integrują się z systemem RINA, za pośrednictwem którego zapewniona jest obsługa wymiany informacji w ramach EESSI. Do tej pory system RINA był wydany, utrzymywany i rozwijany przez UE w celu obustronnego przesyłania wiadomości. Po informacji ze strony Komisji Europejskiej o wycofaniu wsparcia, większość instytucji państw członkowskich Unii Europejskiej powołało grupę roboczą w celu wypracowania dalszego modelu rozwoju i utrzymywania tej aplikacji. Celem projektu jest wyłonienie wspólnego dostawcy usług dla rozwoju i utrzymania po przejęciu RINA na zasadach wspólnego postępowania przetargowego na szczeblu unijnym, tzw. joint procurement, zgodnie z Dyrektywą Parlamentu Europejskiego i Rady 2014/24/UE z dnia

26 lutego 2014 r. w sprawie zamówień publicznych. Intensyfikacja prac w projekcie nastąpiła w 2021 roku.

#### Integracja interfejsów CWU i IKP

W 2020 roku prowadzono prace mające na celu umożliwienie składania wniosków o EKUZ za pośrednictwem systemu IKP. W ramach realizacji integracji pomiędzy systemami informatycznymi sektora zdrowia opracowano i wdrożono interfejs służący do przekazywania danych pomiędzy CWU a Internetowym Kontem Pacjenta, co pozwoliło na usprawnienie procesu wnioskowania i wydawania EKUZ.

#### Zbiorcze zestawienie recept

W NFZ wdrożono rozwiązanie, które dało aptekom i punktom aptecznym możliwość przekazywania do OW NFZ uzgodnionego zestawienia zbiorczego recept lub jego korekty jako dokumentu elektronicznego podpisanego podpisem kwalifikowanym lub poprzez e-PUAP. Zbiorcze zestawienia recept można przekazywać do rozliczenia w całej Polsce począwszy od dnia 25 lutego 2020 r.

#### Recepty wystawiane przez farmaceutów

System informatyczny NFZ został dostosowany do realizacji nowego uprawnienia dla farmaceutów posiadających prawo wykonywania zawodu tj. wystawiania recepty refundowanej Pro auctore i Pro familiae. Recepty mogą być wystawiane w formie elektronicznej oraz w wybranych przypadkach - papierowej. W ramach dostosowania konieczne było wprowadzenie zmian umożliwiających:

- składanie i obsługę wniosków farmaceutów o dostęp do systemu NFZ oraz wniosków o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept z wykorzystaniem systemu informatycznego, bez obowiązku przekazywania dokumentów w postaci papierowej i osobistego stawiennictwa w OW NFZ;
- dostęp farmaceutów do systemu eWUŚ;
- przekazywania przez farmaceutów kopii prawa wykonywania zawodu w postaci elektronicznej;
- modyfikacji komunikatu LEK i komunikatów pochodnych.

#### Inne zmiany dotyczące recept

Wprowadzono również szereg innych zmian w Systemie Informatycznym Narodowego Funduszu Zdrowia w obszarze recept, w tym min. :

- dostosowano SI NFZ do zmian wprowadzonych w zakresie ilości znaków w identyfikatorze recepty w postaci elektronicznej do 50 znaków;
- prowadzono prace nad usprawnieniem procesu przekazywania informacji o wystawionych e-receptach pomiędzy systemami OW NFZ i systemem P1;
- podjęto prace nad umożliwieniem aptekom zgłaszania drogą elektroniczną zakończenia umowy na realizację recept i zakończenia jej działalności, a także informacji o miejscu przechowywania recept po zakończeniu umowy;

- dodano w systemie możliwość rozliczenia nowej grupy świadczeniobiorców w okresie ciąży oznaczonych symbolem „C”, uprawnionych do bezpłatnej refundacji leków oraz podjęto prace nad wprowadzeniem nowego uprawnienia o symbolu WE dla weterana poszkodowanego, którego ustalony procentowy uszczerbek na zdrowiu wynosi co najmniej 30%. Wprowadzono konieczne modyfikacje w obszarze rozliczania i weryfikacji danych o realizacji recept przekazywanych przez apteki.

### Zmiany w rozliczaniu świadczeń

NFZ wprowadził w 2020 r. szereg funkcjonalności wynikających z potrzeby dostosowania systemów do obsługi sprawozdawania i rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19.

Z uwagi na specyfikę realizowanych świadczeń i oczekiwany krótki czas wdrożenia rozwiązania wspierającego, w NFZ przyjęto założenie sprawozdawczości poza systemem (raporty w plikach excel do rachunku) oraz umowy tzw. techniczne, których rozliczenie odbywa się na podstawie rachunku bez sprawozdawczości przekazywanej w komunikacie XML SWIAD.

Biorąc jednakże pod uwagę konieczność zapewnienia spójności i poprawności danych w 2020 r. prowadzono prace nad dostosowaniem systemów NFZ do obsługi umów i sprawozdawczości. Celem było stopniowe wprowadzenie obowiązku sprawozdawania usług realizowanych w ramach umów w rodzaju świadczeń „19” komunikatem sprawozdawczym XML SWIAD (świadczeń ambulatoryjnych i szpitalnych). W pierwszym etapie wdrażania zaplanowano zmiany dla świadczeń ambulatoryjnych i stacjonarnych (dostosowany obszar SWIAD i WYKBAD komunikatu XML). Przekazywanie danych odbywać się będzie według ogólnie przyjętych zasad i terminów. Wdrożenie zmian zaplanowano na 2021 r. Sprawozdawczość ryczałtu za gotowość/dostępność pozostaje bez zmian.

Kolejnym obszarem zmian dotyczącym udzielonych świadczeń opieki zdrowotnej związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 była konieczność uwzględnienia tych danych w wewnętrznych procesach Funduszu. Dostosowano systemy, aby umowy w typie „19” były przekazywane do Centrali NFZ i żeby możliwe było tworzenie zestawień i analiz.

Dostosowano SI NFZ do obsługi rozliczania dodatkowej opłaty ryczałtowej za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium RP stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii, uwzględniając rozwiązania wprowadzone w zarządzeniu Prezesa NFZ nr 104/2020/DSOZ. W ramach prac dostosowawczych przygotowano m. in. umowy tzw. techniczne, umożliwiające właściwe rozliczenie ze świadczeniodawcami oraz opracowano algorytm wyznaczania dodatkowej opłaty ryczałtowej.

Następną zmianą było umożliwienie rozliczania za pośrednictwem systemów informatycznych Funduszu dodatkowej opłaty ryczałtowej za utrzymanie stanu gotowości do udzielania świadczeń w reżimie sanitarnym uwzględniającym wprowadzenie na terytorium RP stanu zagrożenia epidemicznego, a następnie stanu epidemii dla świadczeń udzielanych na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Wprowadzono modyfikację struktur

konfiguracyjnych algorytmów wyznaczania dodatkowej opłaty ryczałtowej, dodano nowe zakresy i sprawdzenia weryfikacyjne.

Dostosowano SI NFZ do rozliczania świadczeń opieki zdrowotnej zgodnie z przepisami rozporządzenia MZ w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, uwzględniając zmiany wprowadzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2020 poz. 437).

Przygotowana funkcjonalność obejmowała: skrócenie terminu płatności rachunków za udzielone świadczenia z 14 dni od przekazania do OW dokumentacji rozliczeniowej na 5 dni roboczych, skrócenie z 14 dni do 7 dni dopuszczalnej długości okresu sprawozdawczego w zakresie zgód na wcześniejsze rozliczenie świadczeń, umożliwienie, w okresie do 10 września 2020 r., na wniosek świadczeniodawcy, ustalenia należności z tytułu realizacji świadczeń rozliczanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej dla danego zakresu świadczeń, jako iloczynu odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu oraz dokonania płatności za świadczenia, na podstawie rachunku złożonego w OW NFZ w terminie do 10. dnia miesiąca, za miesiąc poprzedni, możliwość rozliczenia, w terminie do zakończenia okresu rozliczeniowego określonego w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, środków wynikających z wypłaty świadczeniodawcy należności.

Podjęto również prace koncepcyjne i dostosowawcze w związku z wprowadzeniem możliwości przedłużenia okresu rozliczeniowego na mocy Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. z 2020 r. poz. 1548). Zgodnie z rozporządzeniem na wniosek świadczeniodawcy, okres rozliczeniowy określony w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, kończący się w 2020 r. mógł zostać przedłużony, nie dłużej niż do dnia 30 czerwca 2021 r., w sposób określony przez Prezesa NFZ. Wymagało to wprowadzenia do systemu informatycznego szeregu zmian. Udostępniono funkcjonalność, która pozwoliła na składanie przez świadczeniodawców wniosków o wydłużenie okresu rozliczeniowego oraz ich obsługę w systemie obsługiwanym przez oddziały wojewódzkie NFZ. Kolejnym etapem było zdefiniowanie zakresu zmian umożliwiających świadczeniodawcom rozliczanie świadczeń w ramach przedłużonego okresu rozliczeniowego i uruchomienie prac implementacyjnych. Ustalono, że świadczenia zrealizowane w 2020 roku będą rozliczane w ramach załącznika rzeczowo-finansowego do umowy z 2020 roku, natomiast świadczenia zrealizowane w 2021 roku – w ramach załącznika rzeczowo-finansowego z 2021 roku. Jeśli świadczeniodawca uzyskał zgodę na wydłużenie okresu rozliczeniowego, do załącznika rzeczowo-finansowego zarówno w roku 2020, jak i w 2021 zostanie dodany Plan Spłaty (PS). Celem było przygotowanie funkcjonalności, która umożliwi uzyskanie od świadczeniodawcy spłaty kwot przekazanych w rachunkach ryczałtowych wystawionych bez udzielania świadczeń. Zgodnie z założeniem w PS świadczeniodawca będzie mógł rozliczyć świadczenia do wysokości maksymalnej kwoty środków, jakie uzyskał w ramach rachunków ryczałtowych.

Ponadto wprowadzono szereg zmian dostosowujących system do nowo dodanych rozpoznań ICD10, w tym zasilono wszystkie obszary o nowo dodane rozpoznania COVID, aby zapewnić możliwość poprawnej sprawozdawczości.

### System Rozliczeń Uzdrowisk

System wspierający rozliczenie uzdrowisk był dostosowywany w szczególności do zmian wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz.U. 2020 poz. 437), aby wspierać realizowane na wniosek świadczeniodawcy ustalenie należności z tytułu realizacji świadczeń rozliczanych na podstawie ceny jednostkowej jednostki rozliczeniowej dla danego zakresu świadczeń, jako iloczynu odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu. SI NFZ wspierający lecznictwo uzdrowiskowe wymagał również dostosowania, aby było możliwe rozliczenie środków, zgodnie z § 2 ust. 3 ww. rozporządzenia.

W związku z czasowym ograniczeniem działalności w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego w 2020 r., po wprowadzeniu Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 29 maja 2020 r. w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. 2020, poz. 964), niezbędne stało się przygotowywanie systemu do obsługi przypadków kontynuacji przerwanej wcześniej leczenia. Zgodnie z przepisami rozporządzenia świadczeniobiorca, który po 14 marca 2020 r. przerwał leczenie uzdrowiskowe albo rehabilitację uzdrowiskową przed upływem 15 dnia przewidzianego programem pobytu, mógł kontynuować realizację przerwanej świadczenia na podstawie dotychczasowego skierowania, począwszy od dnia 15 czerwca 2020 r. Pierwotnie termin rozpoczęcia kontynuacji leczenia nie mógł być późniejszy niż 30 września 2020 r. Po wejściu w życie Rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 25 września 2020 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie ustanowienia określonych ograniczeń, nakazów i zakazów w związku z wystąpieniem stanu epidemii (Dz.U. 2020, poz. 1654) przygotowano system do zmiany terminu – do 31 grudnia 2020 r.

### System Monitorowania Programów Lekowych (SMPT)

Zmiany w SMPT polegają głównie na dostosowaniu systemu do kolejnych, publikowanych co dwa miesiące, obwieszczeń Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Na ich podstawie w 2020 roku skierowano do dostawcy oprogramowania 48 zgłoszeń obejmujących budowę lub modyfikację rejestrów SMPT dla programów lekowych, z czego 4 inicjowały budowę nowych rejestrów, a 42 zgłoszenia dotyczyły modyfikacji już istniejących rejestrów, w tym również dodania nowych substancji czynnych do programów lekowych.

Jednocześnie w 2020 roku zrealizowano przeniesienie kluczowych 10 rejestrów do nowej technologii, tzw. SMPT2. Powyższe pozwoliło świadczeniodawcom na sprawniejsze i bardziej intuicyjne wprowadzanie danych pacjentów do aplikacji. Zrealizowano również zgłoszenia umożliwiające przesunięcie z powodu pandemii COVID-19 dat wizyt monitorujących terapię pacjenta.

## Sprawozdawczość kolejek oczekujących i AP-KOLCE

W związku z koniecznością dostosowania modułów SI NFZ do zmian przepisów w zakresie prowadzenia list oczekujących i ich sprawozdawania do NFZ (rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1207) w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej zrealizowane zostało dostosowanie umożliwiające prowadzenie od stycznia 2020 r. list oczekujących/ harmonogramów przyjęć w czasie rzeczywistym w zakresach fizjoterapii ambulatoryjnej i fizjoterapii domowej. Zapisy dotyczące pacjentów kontynuujących leczenie rozszerzone zostały o dodatkowe pola z opcją wpisywania i edycji danych (przez świadczeniodawców): Data rozpoczęcia świadczenia, Data zakończenia świadczenia, Liczba zleconych dni zabiegowych.

Udoskonalono funkcjonalność generowania raportów na zamówienie, tak aby była możliwość przygotowania zestawienia danych statystycznych z kolejek w AP-KOLCE w wybranym przedziale czasowym (rok, miesiąc).

W celu umożliwienia weryfikowania list oczekujących w aplikacji AP-KOLCE wdrożone zostało dostosowanie polegające na przekazywaniu do aplikacji zaktualizowanych danych o osobach zmarłych. Wprowadzenie odpowiedniego oznaczenia w aplikacji pozwala na zweryfikowanie statusu pacjenta przez świadczeniodawcę.

Dodano uprawnienie świadczeniodawcom umożliwiające im edytowanie powodu skreślenia pacjenta z harmonogramu przyjęć/listy oczekujących.

Na mocy zapisu artykułu 20 ust.1 ustawy o świadczeniach wdrożone zostało dostosowanie umożliwiające prowadzenie harmonogramów dla stacjonarnych i całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Na podstawie przepisu § 8 ust. 4 pkt 5 Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych z dnia 26 czerwca 2019 r. (Dz.U. z 2019 r. poz. 1207 z późn. zm.) zrealizowano dostosowanie polegające na dodaniu do sprawozdawczości informacji (wyróżnika) o udzielaniu świadczeń dzieciom, jeżeli część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych komórki organizacyjnej, w której prowadzony jest harmonogram przyjęć, wskazuje na udzielanie świadczeń osobom dorosłym, a komórka udziela świadczeń także dzieciom.

Udostępniono proces wyliczania średnich rzeczywistych czasów oczekiwania w systemie OW NFZ z wizualizacją wyników, w celu zweryfikowania przez pracowników OW NFZ wyników obliczeń.

Udostępniono funkcję generacji komunikatu OCZO w wersji 5.5 oraz elementów wymiany danych dotyczących tego komunikatu.

W celu umożliwienia prowadzenia analiz uzupełniono świat obiektów KOLCE o atrybuty – lista kodów dotyczących „okolic ciała”, pole „rezerwacja” - atrybut wynikający z podania daty „termin zaproponowany przez świadczeniodawcę”, oraz obiekt umożliwiający założenie filtra T/N, dodano słownik Okolic ciała umożliwiający prezentację nazwy wskazanego kodu ze słownika.

Udostępniono funkcję generacji komunikatu OCZO w wersji 5.6 oraz elementów wymiany danych dotyczących tego komunikatu na poziomie systemu OW NFZ w przypadku generowania na poziomie systemu KS-SIKCH i aplikacji AP-KOLCE komunikatu OCZO z informacją o PWT oraz z informacją o średnim rzeczywistym czasie oczekiwania wyznaczonym na podstawie danych z komunikatu SWIAD.

Zmodyfikowano w AP-KOLCE mechanizm zadania Eksport komunikatów OCZO z danymi o statystykach kolejkowych.

### Ankiety udarowe

W 2020 roku udostępniono aplikację Portal Ankiet Udarowych.

Celem aplikacji jest zbieranie danych dotyczących udarów w zakresie leczenia szpitalnego oraz programu pilotażowego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych.

W 2021 roku kontynuowane będą prace nad modyfikacją systemu, w tym nad umożliwieniem przekazywania ankiety udarowej z systemów własnych świadczeniodawców interfejsami.

### Zintegrowany System Informatyczny Narodowego Funduszu Zdrowia (ZSI NFZ)

W 2020 roku prace nad budową Zintegrowanego Systemu Informatycznego NFZ były kontynuowane a z uwagi na objęcie stanowiska Ministra Zdrowia przez Prezesa NFZ funkcję przez niego sprawowaną Właściciela Programu Budowy ZSI NFZ powierzono Dyrektorowi Gabinetu Prezesa Funduszu.

Zgodnie z założeniami realizacji Programu pierwszy z zaplanowanych projektów „Feniks” Budowa ZSI NFZ – etap 1 – podstawy” koncentrował swoje prace nad mapowaniem obecnej, niskopoziomowej architektury aplikacyjnej zarówno na poziomie Centrali i Oddziałów Wojewódzkich NFZ.

Czerpiąc doświadczenia z odbytych dialogów technicznych kontynuowane były prace nad System Wsparcia Zarządzania Zasobami (SWZZ) – rozwiązaniem klasy ERP, które docelowo zastąpi obecne systemy finansowo-księgowo oraz kadrowo-płacowe we wszystkich Oddziałach Wojewódzkich i Centrali NFZ. Ogłoszenie postępowania na wdrożenie SWZZ planowane jest w II kw. 2021 roku.

Ponadto w ramach budowy nowego systemu prowadzone były intensywne prace nad Modułem Obsługi Procesu Sprawozdawczości i Kontroli (MOPSiK) systemem klasy workflow dedykowanym dla korpusu kontrolerów w NFZ. Umowa z wyłonionym w ramach otwartego przetargu wykonawcą tego rozwiązania została podpisana w grudniu 2020 r.

a prace wdrożeniowe potrwać do końca kolejnego roku. Na potrzeby m.in. MOPSiK-a rozpoczęto również współpracę z obecnymi dostawcami systemów informatycznych dla NFZ w zakresie wytworzenia interfejsów integracyjnych zapewniających ciągłość działania pomiędzy „starym” a „nowym” systemem.

W ramach budowy ZSI NFZ wspierane były prace nad kolejnymi jego modułami tj. opracowanie modelu i wdrożenie kompleksowego systemu obsługi relacji z klientami (CRM) wraz z utworzeniem bazy teleadresowej klientów NFZ - referencyjnej dla nowego systemu.

#### Finansowanie informatyzacji świadczeniodawców w 2020 r.

Zgodnie z art. art. 97 ust. 3 pkt 4c ustawy o świadczeniach do zakresu działania Funduszu należy m.in. finansowanie informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej oraz szkoleń w tym zakresie. W 2020 finansowaniem informatyzacji świadczeniodawców objęto:

##### I. Finansowanie aktywowania Internetowych Kont Pacjenta

1. Podstawa prawna: zarządzenie nr 154/2019/DEF Prezesa NFZ z dnia 15.11.2019 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o finansowanie aktywowania Internetowych Kont Pacjenta z późn. zm.
2. Uprawnione podmioty: świadczeniodawcy POZ – świadczeniodawcy udzielający świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, o którym mowa w art. 20c ust. 2a ustawy z dnia 17 lutego 2005 o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. z 2019 r. poz. 700, 730, 848 i 1590).
3. Przedmiot finansowania: finansowanie aktywowania Internetowego Konta Pacjenta przez świadczeniobiorcę, o którym mowa w art. 20c ust. 2b ustawy o informatyzacji:
  - 1) w związku z potwierdzeniem profilu zaufanego przez świadczeniodawcę POZ, zgodnie z art. 20c ust. 2a ustawy o informatyzacji,
  - 2) w sposób inny, niż określony w pkt 1, w wyniku prowadzonej przez świadczeniodawcę POZ kampanii informacyjnej mającej na celu zakładanie profili zaufanych oraz aktywowanie Internetowych Kont Pacjentów w inny dostępny sposób.
4. Cena za aktywowanie wskutek działań danego świadczeniodawcy POZ jednego Internetowego Konta Pacjenta wynosi:
  - 1) 36,90 zł brutto w przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1 albo 30,75 zł brutto w przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 2 dla pierwszych 150 aktywowanych Internetowych Kont Pacjenta,
  - 2) 30,75 zł brutto w przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1 albo 24,60 zł brutto w przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 2 dla kolejnych 150 aktywowanych Internetowych Kont Pacjenta,
  - 3) 24,60 zł brutto w przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1 albo 18,45 zł brutto w przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 2 dla kolejnych 150 aktywowanych Internetowych Kont Pacjenta,



4) 18,45 zł brutto w przypadku, o którym mowa w ust. 3 pkt 1 albo 12,30 zł brutto w przypadku, o którym mowa w § 4 pkt 2 za każde kolejne aktywowane Internetowe Konto Pacjenta.

5. Kwota wydatkowana na finansowanie aktywowania IKP w 2020 r.: 556,98 tys. zł.

## II. Dofinansowanie informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej

1. Podstawa prawna: zarządzenie nr 27/2020/DEF Prezesa NFZ z dnia 28.02.2020 r. w sprawie warunków udzielania i rozliczania w 2020 r. dofinansowania informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

2. Uprawnione podmioty: świadczeniodawcy posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju POZ w okresie od dnia 1 stycznia 2020 r. do dnia 31 grudnia 2020 r.

3. Przedmiot dofinansowania: nabycie i sfinansowanie w 2020 r.:

1) urządzeń informatycznych lub oprogramowania, wykorzystywanych do:

a) przechowywania lub obsługi dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej,  
lub

b) udzielania porad lekarskich w warunkach ambulatoryjnych na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności,

2) usług przechowywania lub obsługi dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej,

3) usług umożliwiających udzielanie porad lekarskich w warunkach ambulatoryjnych na odległość przy użyciu systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

4. Kwota dofinansowania dla jednego świadczeniodawcy nie może przekroczyć:

1) 80% poniesionych wydatków bez podatku VAT, w przypadku złożenia przez świadczeniodawcę oświadczenia o możliwości odliczenia podatku VAT, przy czym poniesione wydatki nie mogą być wyższe niż 6 504 zł na jedno miejsce udzielania świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,

2) 80% poniesionych wydatków z podatkiem VAT, w przypadku złożenia przez świadczeniodawcę oświadczenia o braku możliwości odliczenia podatku VAT, przy czym poniesione wydatki nie mogą być wyższe niż 6 504 zł powiększone o podatek VAT na jedno miejsce udzielania świadczeń lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

5. Kwota wydatkowana na dofinansowania informatyzacji lekarzy POZ w 2020 r.: 20 989,52 tys. zł.

## III. Dofinansowanie informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne

1. Podstawa prawna: zarządzenie nr 42/2020/DEF Prezesa NFZ z dnia 20.03.2020 r. w sprawie warunków udzielania i rozliczania w 2020 r. dofinansowania informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez pielęgniarki i położne.

2. Uprawnione podmioty: świadczeniodawcy, posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, z okresem obowiązywania obejmującym okres od dnia 1 stycznia 2020 r. do dnia 31 grudnia 2020 r., w zakresach świadczeń opieki zdrowotnej:
  - 1) świadczenia pielęgniarki POZ, lub
  - 2) świadczenia położnej POZ, lub
  - 3) świadczenia w zakresie diabetologii-AOP, lub
  - 4) świadczenia w zakresie kardiologii-AOP, lub
  - 5) świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii- AOP, lub
  - 6) świadczenia w zakresie chirurgii ogólnej- AOP, lub
  - 7) świadczenia w pielęgniarstwie długoterminowym domowym,
  - 8) porada w poradni medycyny paliatywnej,
  - 9) świadczenia w hospicjum domowym,
  - 10) świadczenia w hospicjum domowym dla dzieciu którego w miesiącu poprzedzającym miesiąc złożenia wniosku o dofinansowanie pielęgniarka lub położna wskazana we wniosku o dofinansowanie wystawiła receptę w postaci elektronicznej, zwanemu dalej „uprawnionym świadczeniodawcą”.
3. Przedmiot dofinansowania: nabycie i sfinansowanie w 2020 r. komputerów przenośnych wykorzystywanych przez pielęgniarki i położne do wystawiania recept w postaci elektronicznej.
4. Kwota dofinansowania dla jednego świadczeniodawcy nie może przekroczyć:
  - 1) 80% poniesionych wydatków bez podatku VAT, w przypadku złożenia przez świadczeniodawcę oświadczenia o możliwości odliczenia podatku VAT, przy czym poniesione wydatki nie mogą być wyższe niż 1 500 zł na jedną pielęgniarkę lub położną wskazaną we wniosku o dofinansowanie,
  - 2) 80% poniesionych wydatków z podatkiem VAT, w przypadku złożenia przez świadczeniodawcę oświadczenia o braku możliwości odliczenia podatku VAT, przy czym poniesione wydatki nie mogą być wyższe niż 1 500 zł powiększone o podatek VAT na jedną pielęgniarkę lub położną wskazaną we wniosku o dofinansowanie.
5. Kwota wydatkowana na dofinansowanie informatyzacji pielęgniarek i położnych w 2020 r.: 600,75 tys. zł.

#### IV. Finansowanie informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej – pilotaż EDM

1. Podstawa prawna: zarządzenie nr 102/2020/DEF Prezesa NFZ z dnia 7.07.2020 r. w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o finansowanie informatyzacji świadczeń opieki zdrowotnej – pilotaż EDM, z póź. zm.
2. Uprawnione podmioty: świadczeniodawcy posiadający umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: leczenie szpitalne lub leczenie szpitalne – świadczenia podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej, lub

ambulatoryjna opieka specjalistyczna, lub podstawowa opieka zdrowotna i uczestniczący w pilotażu EDM zgodnie z porozumieniem z Centrum e-Zdrowia.

3. Przedmiot dofinansowania:

1) nabycie i sfinansowanie w okresie od dnia 1 stycznia 2020 r. do dnia 28 lutego 2021 r. przez uprawnionego świadczeniodawcę urządzeń informatycznych lub oprogramowania, lub usług związanych z uruchomieniem raportowania ZM lub prowadzeniem wymiany EDM, lub szkoleń;

2) finansowanie aktywnego udziału uprawnionego świadczeniodawcy w pilotażu EDM.

4. Kwota dofinansowania dla jednego uprawnionego świadczeniodawcy posiadającego umowę/umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

1) w rodzaju leczenie szpitalne (oddziały szpitalne) lub leczenie szpitalne – świadczenia podstawowego szpitalnego systemu zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej nie może przekroczyć:

a) 30 000 zł bez podatku VAT, w przypadku złożenia przez świadczeniodawcę oświadczenia o możliwości odliczenia podatku VAT,

b) 30 000 zł powiększonej o podatek VAT, w przypadku złożenia przez uprawnionego świadczeniodawcę oświadczenia o braku możliwości odliczenia podatku VAT,

2) w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna nie może przekroczyć:

a) 15 000 zł bez podatku VAT, w przypadku złożenia przez świadczeniodawcę oświadczenia o możliwości odliczenia podatku VAT,

b) 15 000 zł powiększonej o podatek VAT, w przypadku złożenia przez uprawnionego świadczeniodawcę oświadczenia o braku możliwości odliczenia podatku VAT,

3) w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna nie może przekroczyć:

a) 15 000 zł bez podatku VAT, w przypadku złożenia przez świadczeniodawcę oświadczenia o możliwości odliczenia podatku VAT,

b) 15 000 zł powiększonej o podatek VAT, w przypadku złożenia przez uprawnionego świadczeniodawcę oświadczenia o braku możliwości odliczenia podatku VAT,

5. Wysokość wynagrodzenia za aktywny udział uprawnionego świadczeniodawcy w pilotażu EDM

**Tabela nr VII.2.** Wysokość wynagrodzenia za aktywny udział uprawnionego świadczeniodawcy w pilotażu EDM

Rodzaj świadczeń opieki zdrowotnej objętych pilotażem EDM	Zakresy objęte pilotażem			Uwagi
	Kwota z podatkiem VAT za 1 miesiąc aktywnego udziału w pilotażu EDM w zakresie raportowania zdarzeń medycznych (zł)	Kwota z podatkiem VAT za 1 miesiąc aktywnego udziału w pilotażu EDM w zakresie indeksowania EDM (zł)	Kwota z podatkiem VAT za 1 miesiąc aktywnego udziału w pilotażu EDM w zakresie wymiany EDM (zł)	
Leczenie szpitalne	22 140	44 280	6 150	W przypadku spełnienia kryteriów określonych w

				porozumieniu z Centrum dotyczących aktywnego udziału w poszczególnych zakresach pilotażu kwoty ulegają odpowiedniemu sumowaniu.
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	8 856	18 450	6 150	W przypadku spełnienia kryteriów określonych w porozumieniu z Centrum dotyczących aktywnego udziału w poszczególnych zakresach pilotażu kwoty ulegają odpowiedniemu sumowaniu.
Podstawowa opieka zdrowotna	8 856	18 450	6 150	W przypadku spełnienia kryteriów określonych w porozumieniu z Centrum dotyczących aktywnego udziału w poszczególnych zakresach pilotażu kwoty ulegają odpowiedniemu sumowaniu.

6. Kwota wydatkowana na finansowanie informatyzacji – pilotaż EDM w 2020 r.: 593,33 tys. zł.

#### V. Dofinansowanie informatyzacji świadczeniodawców – integracja TOPSOR z HIS

1. Podstawa prawna: zarządzenie nr 151/2020/DEF Prezesa NFZ z dnia 30.09.2020 r w sprawie warunków udzielania i rozliczania dofinansowania informatyzacji świadczeniodawców – integracja TOPSOR z HIS.
2. Uprawnione podmioty: świadczeniodawcy posiadający zawartą z Lotniczym Pogotowiem Ratunkowym umowę o partnerstwie w realizacji projektu „Tryby Obsługi Pacjenta w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym (TOPSOR)” współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Infrastruktura i Środowisko 2014-2020.
3. Przedmiot dofinansowania: nabycie i sfinansowanie w okresie od dnia 1 stycznia 2020 r. do dnia 30 czerwca 2021 r. usług integracji TOPSOR-HIS.
4. Kwota dofinansowania dla jednego świadczeniodawcy nie może przekroczyć:
  - 1) 100% poniesionych wydatków bez podatku VAT, w przypadku złożenia przez świadczeniodawcę oświadczenia o możliwości odliczenia podatku VAT, przy czym poniesione wydatki nie mogą być wyższe niż 40 650,41 zł,
  - 2) 100% poniesionych wydatków z podatkiem VAT, w przypadku złożenia przez świadczeniodawcę oświadczenia o braku możliwości odliczenia podatku VAT, przy czym poniesione wydatki nie mogą być wyższe niż 40 650,41 zł powiększone o podatek,
5. W 2020 r. NFZ nie poniósł kosztów z tego tytułu

#### VII.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 2020 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.

W 2020 r. Fundusz rozpoczął działania związane z projektem budowy bazy teleadresowej, która będzie bazą referencyjną do budowy bazy CRM (Customer Relationship Management). 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 gromadzi obecnie w wielu systemach wewnętrznych. Są również informacje, które nie są gromadzone w ustrukturalizowany sposób w systemach (np. stan postępowań administracyjnych, rejestr pełnomocnictw). Rozpoczęcie projektu wprowadzenia systemu CRM jest realizacją Strategii Narodowego Funduszu Zdrowia 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 Sali Obsługi Klientów. 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 uzdrowskiego 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.

System ma obejmować również moduł monitorujący, dostarczający elastyczne raporty, zapewniające informacje o efektywności przebiegu procesów usługowych. W 2020 r., w ramach realizacji projektu wykonano następujące zadania: analizę dostępnych rozwiązań rynkowych dla systemu do zarządzania danymi teleadresowymi klientów; opracowanie wymagań funkcjonalnych i biznesowych dla bazy teleadresowej (BTA); analizę potencjalnych źródeł danych do zasilania BTA; procedowanie wniosku WN01 na eksport danych z CWU do BTA; powołanie zespołu projektowego.

Budowa systemu kontynuowana będzie w latach 2021-2023.

### Nowe standardy jakości obsługi wprowadzane w Salach Obsługi Klientów (SOK) w 2020 roku.

W 2020 r. uruchomione zostały SOK o standardach zgodnych z Księgą jakości obsługi Klientów NFZ w następujących oddziałach wojewódzkich NFZ: dolnośląskim, lubelskim, łódzkim, opolskim, małopolskim i śląskim. Nowe SOK uwzględniały standardy obsługi bezpośredniej dostosowane do obsługi osób ze szczególnymi potrzebami. W nowych lokalizacjach zadbano o komfort klientów poprzez zapewnienie większych powierzchni, poczekalni, stanowisk obsługi, Kącika Małego Klienta oraz pokoju dla opiekuna z dzieckiem. Realizacja przepisów o dostępności zapewniła podniesienie jakości obsługi klientów między innymi ze szczególnymi potrzebami, starszych oraz klientów z małymi dziećmi. Nowe powierzchnie SOK były planowane również z myślą o pracownikach, przez co znacznie poprawił się komfort pracy w obsłudze bezpośredniej. Zostały zapewnione pokoje socjalne zapewniające pracownikom możliwość odpoczynku. W 2020 r. realizowane były również prace przygotowawcze nad dostosowaniem SOK do standardu w kolejnych lokalizacjach. Potwierdzeniem jakości wprowadzania nowych standardów obsługi klientów było uzyskanie przez SOK przy ul. Wadowickiej 8W w Krakowie tytułu laureata plebiscytu urzędu miasta Krakowa: „Miejsce Przyjazne Rodzinom z Dziećmi”. Ideą tego plebiscytu było promowanie miejsc, w których rodziny z dziećmi są nie tylko mile widziane, ale i oczekiwane. II edycja plebiscytu została przeprowadzona i rozstrzygnięta, w trudnych warunkach wywołanych epidemią koronawirusa. Epidemia spowodowała, że w miejscach zgłaszanych do plebiscytu oprócz oceny przygotowanych dla rodzin udogodnień komisja weryfikowała również wprowadzone środki bezpieczeństwa sanitarnego.

### Otwarcie Biura Podawczego w Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia

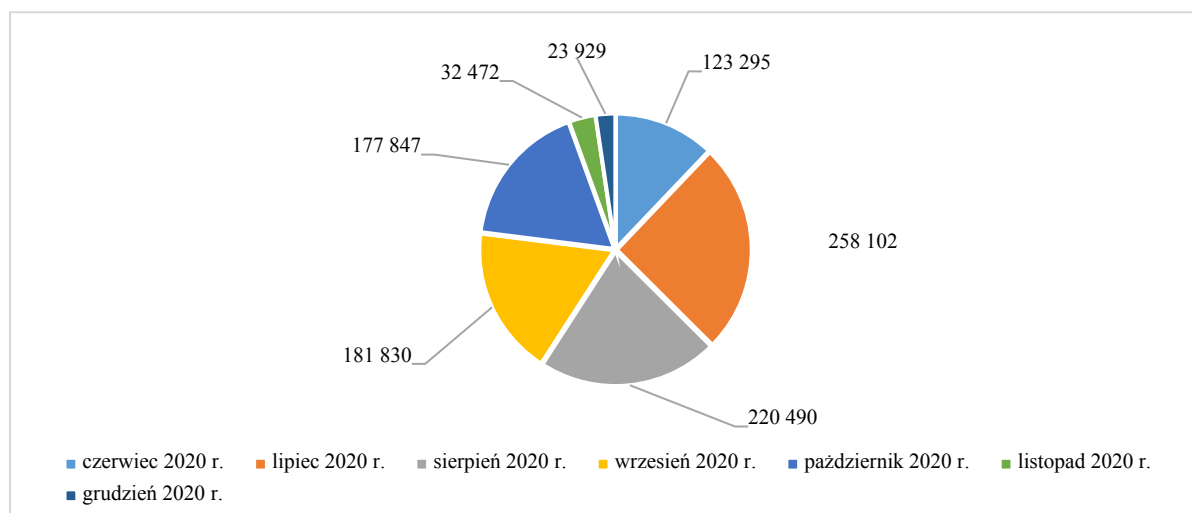
1 lipca 2020 r. w Centrali NFZ przy ulicy Rakowieckiej 26/30 w Warszawie zostało otwarte Biuro Podawcze, którego zadaniem jest zapewnienie bezpośredniej obsługi klientów Centrali NFZ. Pracownik Biura Podawczego obsługuje również pracowników komórek organizacyjnych Centrali NFZ, odpowiada za obsługę zaproszonych gości z zewnątrz uczestniczących w spotkaniach oraz obsługuje klientów. Dla zapewnienia atmosfery intymności i poufności został także zapewniony pokój do udzielania informacji. Pełni on funkcję sali rozmów bezpośrednio z klientem i pracownikami komórek organizacyjnych NFZ, zarówno w sprawach związanych z realizacją zadań Krajowego Punku Kontaktowego, jak i w innych sprawach dotyczących leczenia poza granicami kraju, obsługi skarg i wniosków oraz prowadzonych postępowań administracyjnych (m in. przegląd akt). Biuro Podawcze pełni również funkcje związane z przyjęciem i rejestracją korespondencji złożonej osobiście przez klientów zgodnie z zasadami określonymi w Instrukcji Kancelaryjnej. W związku ze stanem epidemii COVID-19, do momentu odwołania, korespondencja przychodząca, w tym składana osobiście przez klientów, przed rejestracją podlega obowiązkowo kwarantannie przez okres 24 godzin w wyznaczonym do tego celu pomieszczeniu Kancelarii Ogólnej. Dla zachowania ciągłości zadań oraz ułatwienia kontaktu z klientami stworzono na stronie internetowej NFZ adres email: kancelariaelektroniczna@nfz.gov.pl.

## Ograniczenie dostępności Sal Obsługi Klientów w oddziałach wojewódzkich NFZ w związku z wprowadzonym w 2020 r. stanem pandemii w Polsce

W trosce o bezpieczeństwo klientów SOK, delegatury i punkty obsługi klientów NFZ dwukrotnie w 2020 r. ograniczały zakres usług w obsłudze bezpośredniej: w terminach od 16 marca 2020 r. do 25 maja 2020 r. oraz od 26 października 2020 r.<sup>29</sup>

Na podstawie powyższych aktów prawnych podejmowane były działania związane z opracowywaniem zaleceń/wytycznych oraz działania organizacyjne i informacyjne. SOK działały w ograniczonym zakresie. Realizowane były sprawy pilne, dotyczące zleceń na wyroby medyczne lub sprawy, których nie można było załatwić drogą elektroniczną, czy telefoniczną, w przypadkach niezbędnych dla zabezpieczenia pilnych potrzeb zdrowotnych pacjentów. Centrala Funduszu opracowała dla oddziałów wojewódzkich Funduszu wytyczne dotyczące ograniczenia obsługi bezpośredniej oraz obsługi korespondencji przychodzącej. Limit osób, które mogły przebywać jednocześnie na sali był uzależniony od liczby czynnych stanowisk. Zarówno klientów, jak i pracowników NFZ obowiązywały nakazy sanitarne. Na salę były wpuszczane wyłącznie osoby, które miały zakryte usta i nos oraz zdezynfekowały ręce. Stanowiska do obsługi klientów były oddalone od siebie o minimum 1,5 metra. Po każdym kliencie stanowisko, w tym przesłona chroniąca pracowników, blat biurka i długopisy były starannie dezynfekowane. Nad płynnością obsługi i zachowaniem obostrzeń sanitarnych czuwał wyznaczony pracownik Funduszu (koordynator SOK). Ze względów bezpieczeństwa, przed każdą salą znajdowały się specjalne skrzynki, w których pacjenci mogli zostawić pisma, skargi i wnioski, bez konieczności wchodzenia do siedziby oddziału lub sali.

**Wykres nr VII.1.** Łączna liczba obsłużonych klientów w przypadkach pilnych w oddziałach wojewódzkich NFZ w podziale na miesiące, w okresie 25.05.2020 r. - 31.12.2020 r.



<sup>29</sup> Obsługa bezpośrednia klientów została ograniczona na podstawie następujących aktów prawnych:

- ustawy z dnia 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1842, z późn. zm.);
- ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi z dnia 5 grudnia 2008 r. (Dz. U. z 2020 r. poz. 1845 z późn. zm.);
- rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego z 13 marca 2020 (Dz. U. z 2020 r. poz. 433 z późn. zm.).

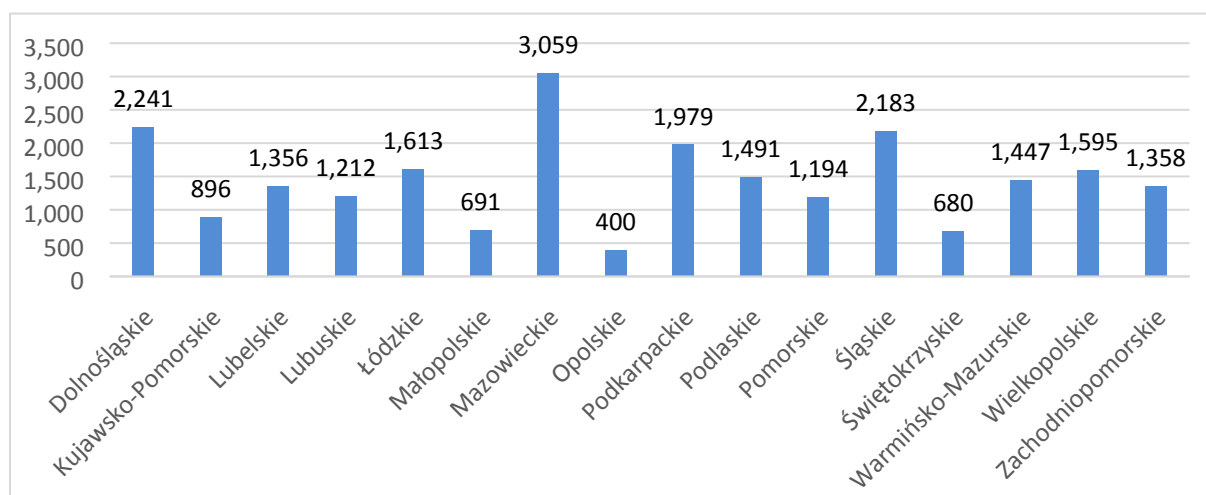
**Tabela nr VII.3.** Łączna liczba obsłużonych klientów w przypadkach pilnych w oddziałach wojewódzkich Funduszu, w podziale na miesiące, w okresie 25.05.2020 r. – 31.12.2020 r.

Łączna liczba obsłużonych klientów w przypadkach pilnych w oddziałach wojewódzkich Funduszu w podziale na miesiące, w okresie 25.05.2020 r. - 31.12.2020 r.							
Województwo	CZERWIEC 2020 r.	LIPIEC 2020 r.	SIERPIEŃ 2020 r.	WRZESIEŃ 2020 r.	PAŹDZIERNIK 2020 r.	LISTOPAD 2020 r.	GRUDZIEŃ 2020 r.
Dolnośląskie	12993	28196	24150	18983	15494	2166	1372
Kujawsko-Pomorskie	4476	7835	6491	5348	4736	2009	2073
Lubelskie	6959	13814	11598	8511	11482	2561	737
Lubuskie	6253	10773	9153	8817	5123	779	589
Łódzkie	4314	6391	5245	3520	7254	1451	342
Małopolskie	13089	22369	18917	16431	16255	2768	1137
Mazowieckie	14222	29258	24881	22173	18155	3631	4166
Opolskie	2939	7152	6262	4549	3265	986	265
Podkarpackie	12904	25264	21526	19536	22150	3179	3099
Podlaskie	6923	10343	8476	7054	8264	1924	2648
Pomorskie	5389	11342	9620	8253	7650	1232	1900
Śląskie	9770	44341	39625	29281	29810	4553	1806
Świętokrzyskie	5473	8697	7377	6438	6500	741	347
Warmińsko-Mazurskie	4143	7824	6651	5256	4916	1034	1646
Wielkopolskie	9170	16443	13734	11398	11058	2844	1445
Zachodniopomorskie	4278	8060	6784	6282	5735	614	357

**Potwierdzanie profili zaufanych w Salach Obsługi Klientów w oddziałach wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia**

W 2020 r. NFZ kontynuował usługę potwierdzania profili zaufanych w SOK w oddziałach wojewódzkich NFZ, aby wyjść naprzeciw swoim klientom, ale również aby wesprzeć działania Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19. Mimo wprowadzonych restrykcji i obostrzeń w 2020 r., w oddziałach wojewódzkich NFZ potwierdzono 23 395 profili zaufanych. Najwięcej profili zaufanych potwierdzono w następujących oddziałach wojewódzkich NFZ: mazowiecki– 3 059, dolnośląski– 2 241, śląski – 2 184.

**Wykres nr VII.2.** Liczba potwierdzonych profili zaufanych w 2020 r. w podziale na województwa





## Potwierdzanie profili zaufanych przez świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej w imieniu NFZ

Dnia 15 stycznia 2020 r. weszło w życie zarządzenie nr 5/2020/DOP Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o potwierdzanie w imieniu NFZ profilu zaufanego. Wprowadzone zarządzenie pozwoliło na potwierdzenie profili zaufanych w imieniu NFZ przez personel realizujący zadania w zakresie POZ u świadczeniodawców, którzy udzielają świadczeń pacjentom w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu POZ. Zarządzenie powstało w oparciu o art. 29 ust. 2 ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zmianie niektórych ustaw w związku z wdrażaniem rozwiązań w obszarze e-zdrowia (Dz. U. poz. 1590). Określiło warunki zawierania i realizacji umów o potwierdzanie w imieniu NFZ profilu zaufanego, oraz przedmiot umowy – nadanie świadczeniodawcom, o których mowa w art. 20c ust. 2a ustawy z dnia 17 lutego 2005 r. o informatyzacji działalności podmiotów realizujących zadania publiczne (Dz. U. 2019 r. poz. 700, z późn. zm.), zwaną „ustawą o informatyzacji”, uprawnień do potwierdzania w imieniu Funduszu profilu zaufanego świadczeniobiorcom, o których jest mowa w art. 20c ust. 2b ustawy o informatyzacji. Przepisy zastosowane w zarządzeniu umożliwiły świadczeniodawcom, którzy zawarli z NFZ umowę o potwierdzenie w imieniu NFZ profilu zaufanego, potwierdzanie profili zaufanych ich świadczeniobiorcom, a w konsekwencji umożliwiły pacjentom aktywację dostępu do Internetowego Konta Pacjenta (IKP). Zarządzenie było realizacją Strategii NFZ, w zakresie celu zdefiniowanego w perspektywie pacjenta: Wzrost pozytywnych doświadczeń pacjentów w kontaktach z publicznym systemem opieki zdrowotnej. Po wprowadzeniu zarządzenia, w 2020 r. świadczeniodawcy złożyli łącznie 518 wniosków. Miesiącami cieszącymi się największym zainteresowaniem w tym zakresie był luty i marzec 2020 r. W tych dwóch miesiącach świadczeniodawcy złożyli ponad 50% wszystkich wniosków, odpowiednio w lutym było to 237 wniosków, zaś w marcu 107. Spadek zainteresowania zawieraniem umów na potwierdzenie profilu zaufanego w imieniu NFZ spowodowany był pojawieniem się wirusa COVID-19 i wprowadzonym w marcu 2020 r. stanem pandemii. Oddziałami, w których złożono najwięcej wniosków były odpowiednio: mazowiecki– 69, łódzki– 59, śląski – 58, małopolski – 57.

W 2020 r. podpisano 482 umowy. Najwięcej umów podpisano w lutym i marcu, odpowiednio 182 i 131,

**Tabela nr VII.4.** Zestawienie liczby wniosków o zawarcie umowy i liczby zawartych umów podziale na oddziały wojewódzkie.

Oddział wojewódzki NFZ	Liczba wniosków o umowę o potwierdzenie w imieniu NFZ profilu zaufanego przez świadczeniodawców POZ	Liczba zawartych umów o potwierdzenie w imieniu NFZ profilu zaufanego
Dolnośląski	21	20
Kujawsko-Pomorski	25	23
Lubelski	34	27
Lubuski	12	12
Łódzki	59	41
Małopolski	57	57
Mazowiecki	69	69
Opolski	13	14

Podkarpacki	12	12
Podlaski	19	15
Pomorski	49	49
Śląski	58	58
Świętokrzyski	11	11
Warmińsko-Mazurski	15	15
Wielkopolski	29	29
Zachodniopomorski	35	30
<b>RAZEM</b>	<b>518</b>	<b>482</b>

Z powyższej tabeli wynika, że w oddziałach wojewódzkich NFZ zawarto mniej umów ze świadczeniodawcami, w porównaniu z liczbą złożonych wniosków o zawarcie umowy. Wynikało to z błędnie wypełnionych wniosków składanych do oddziałów wojewódzkich NFZ oraz z rezygnacji świadczeniodawców podstawowej opieki zdrowotnej z podpisania umowy na potwierdzenie profili zaufanych w imieniu NFZ.

#### Realizacja ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami w NFZ

Wsparcie osób ze szczególnymi potrzebami w dostępie do usług jest jednym z priorytetów NFZ. Dostępność to inicjatywa, której celem jest zrozumienie potrzeb i wyrównanie szans wszystkich osób. Nie chodzi tylko o osoby z niepełnosprawnością, ale też o seniorów, rodziców z dziećmi, osoby z bagażem, cudzoziemców czy słabo wykształconych. Wszyscy mają takie samo prawo do korzystania z przestrzeni i usług publicznych. Urzędy, w tym NFZ, muszą się dostosować do potrzeb tych osób, zgodnie z ustawą z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz.U. 2019 r. poz. 1696).

W celu realizacji tego zadania:

1. Powołano koordynatora dostępności, który nadzoruje prace związane z dostępnością w Centrali NFZ, a także 16 koordynatorów, po jednym w każdym oddziale wojewódzkim NFZ. Powołanie koordynatorów do spraw dostępności w instytucjach publicznych to element rządowego programu Dostępność Plus i obowiązek, który wynika z ustawy o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. Wprowadziła ona wymóg powołania do 30 września 2020 r. co najmniej jednej osoby na to stanowisko i określiła jej zadania.

Do zadań koordynatora dostępności należy:

- 1) wsparcie osób ze szczególnymi potrzebami w dostępie do usług świadczonych przez podmiot;
- 2) przygotowanie i koordynacja wdrożenia planu działania na rzecz poprawy zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. W ramach planu należy przeprowadzić analizę stanu zapewnienia dostępności oraz zaplanować poprawę realizacji zadań w zakresie dostępności;
- 3) monitorowanie działalności podmiotu w zakresie zapewniania dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami;

- 4) publikacja danych kontaktowych koordynatora oraz planu działania na stronie internetowej BIP danej instytucji i na stronie internetowej instytucji.
2. Powołano zespół dostępności, którego członkowie to przedstawiciele Centrali NFZ i oddziałów wojewódzkich NFZ, reprezentujący różne obszary działalności. Zespół został powołany zarządzeniem Nr 133/2020/DOP Prezesa NFZ z dnia 26 sierpnia 2020 w sprawie powołania zespołu do spraw dostępności w Narodowym Funduszu Zdrowia r. Członkowie zespołu ustalają wspólnie rozwiązania tematów w trzech głównych obszarach:
- architektura – poruszanie się po budynku, zwłaszcza przez osoby ze specjalnymi potrzebami ruchowymi, ewakuacja, dostęp do pomieszczeń;
  - cyfryzacja – zaprojektowanie stron internetowych zgodnie z normami dostępnościowymi (dotyczy zarówno stron Centrali NFZ, jak i oddziałów wojewódzkich NFZ);
  - komunikacja i informacja – wydarzenia, recepcja, publikacje, pisma.
3. Przeprowadzono audyt dostępności Centrali NFZ, w wyniku którego powstały rekomendacje w obszarach: komunikacji, cyfryzacji i architektury. Wyniki tego audytu będą podstawą do wypełnienia obowiązku złożenia raportu do GUS w 2021 r., wymaganego przez ustawę o zapewnianiu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami. Audyt dostępności będzie również podstawą do stworzenia planu dostępności dla Centrali NFZ. Audyt przeprowadziła Fundacja Integracja z Warszawy. W przeprowadzeniu audytu brały udział osoby z niepełnosprawnością. Wyniki audytu wykorzystane będą w pracach związanych z rozwojem standardów określonych w nowej wersji Księgi jakości obsługi Klientów Narodowego Funduszu Zdrowia,
4. Przystąpiono do Partnerstwa na rzecz dostępności w ramach rządowego Programu Dostępność Plus - 16.11.2020 r. Łączy on instytucje publiczne i samorządowe z organizacjami pozarządowymi, przedsiębiorcami oraz organizacjami na rzecz osób z niepełnosprawnościami i szczególnymi potrzebami. Inicjatorem programu jest Ministerstwo Funduszy i Polityki Regionalnej. Uczestnictwo w partnerstwie zapewnia lepszy dostęp do wiedzy na temat dostępności, wymianę doświadczeń i dobrych praktyk. Ze strony NFZ jest deklaracją działania na rzecz osób ze szczególnymi potrzebami.
5. Rozpoczęto kampanię edukacyjno-informacyjną wśród pracowników NFZ. Działanie ma na celu poprawę świadomości wśród pracowników na temat zagadnień związanych z dostępnością, obsługą klienta z niepełnosprawnością, uwrażliwienie na problem barier jakie napotykają osoby ze szczególnymi potrzebami. Informacje dystrybuowano przez kanały komunikacji wewnętrznej, takie jak newsletter, intranet, newsletter skierowany do pracowników obsługi klienta.

#### **VII.4. Wybrane projekty realizowane przez Fundusz**

##### **VII.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 - 31.03.2022 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 2020 roku, na podstawie ustawy z dnia 03 kwietnia 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach wspierających realizację programów operacyjnych w związku z wystąpieniem COVID-19 (Dz.U.2020 poz. 694) przedłużono okres realizacji projektu do 31 marca 2022 r., a tym samym okres realizacji pilotażu do 30 września 2021 r. Zawarto aneksy z realizatorami POZ PLUS przedłużające świadczenia opieki zdrowotnej w opiece koordynowanej. Jednocześnie aktualizowano na bieżąco zarządzenia Prezesa NFZ, dostosowując do dynamiki realizacji projektu POZ PLUS i potrzeb wygenerowanych podczas realizacji projektu.

W 2020 roku wydano cztery zarządzenia zmieniające Prezesa NFZ dot. Realizacji pilotażu: Nr 3/2020/DAiI z dn. 10 stycznia 2020 r., Nr 41/2020/DAiI z dn. 20 marca 2020 r., Nr 64/2020/DAiI z dn. 29 kwietnia 2020 r., 124/2020/DAiI z dn. 10 sierpnia 2020 r.

W ich wyniku wprowadzono następujące zmiany:

- przedłużono okres realizacji umów na realizację pilotażu o 90 dni tj. do 30.09.2021 r. oraz wydłużono okres na realizację dostosowania systemu informatycznego realizatora programu pilotażowego w zakresie funkcjonalności do dnia 31 grudnia 2020 r;
- wprowadzono zmiany umożliwiające przeprowadzenie konkursów uzupełniających na realizatorów programu pilotażowego, których czas trwania umów będzie wynosił nie krócej niż 12 miesięcy i nie dłużej niż 18 miesięcy;
- dodano możliwość rozliczania świadczeń udzielanych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, telewizyty edukacyjne indywidualne oraz świadczenia udzielane grupie pacjentów – wizyty edukacyjne grupowe;

- doprecyzowano, że wizyty edukacyjne mogą być prowadzone przez pielęgniarkę lub edukatora zdrowotnego lub promotora zdrowia;
- dodano do wykazu badań możliwych do rozliczenia z bilansem pogłębionym dwa badania: witamina D25(OH) i kał na krew utajoną;
- wprowadzono premiowanie realizatorów pilotażu za promowanie zakładania kont IKP przez świadczeniobiorców będących na listach aktywnych realizatora pilotażu w związku z wydanym w dniu 15 listopada 2019 r. zarządzeniem Prezesa NFZ Nr 154/2019/DEF w sprawie warunków zawierania i realizacji umów o finansowanie aktywowania Internetowych Kont Pacjenta;
- wyłoniono 5 nowych placówek w konkursach uzupełniających, które zostały przeszkolone w zakresie zasad realizacji pilotażu, sprawozdawczości oraz korzystania ze ścieżek terapeutyczno-diagnostycznych w Programie Zarządzania Chorobą – webinaria odbyły się w terminach: 11.12.2020, 15.12.2020, 18.12.2020.

Rozbudowano portal informacyjny platformy na Akademii NFZ, gdzie w części benchmarking'owej poszerzono zakres prezentowanych danych dostępnych dla realizatorów pilotażu w zakresie wykonywanych bilansów zdrowia, zarządzania chorobą. Dane dostępne są w bardziej atrakcyjnej formie graficznych wykresów. W ramach prac nad rozbudową funkcjonalności platformy do kontaktów ze świadczeniodawcami zdecydowano się na wsparcie świadczeniodawców w zakresie udzielania porad dietetycznych w postaci udostępnienia dla dietetyków POZ PLUS licencji na narzędzie do konstrukcji jadłospisów „Kalmar”.

Rozpoczęto prace mające na celu integrację rozwiązań opieki koordynowanej z kontem pacjenta IKP - opracowano makiety wizualizacyjne przedstawiające graficzne ujęcie danych medycznych pacjentów zawartych w indywidualnym planie postępowania zdrowotnego, który jest wynikiem przeprowadzonego bilansu zdrowia oraz z Programu Zarządzania Chorobą.

Opracowano i opublikowano filmy edukacyjne z zakresu wsparcia pacjentów w fizjoterapii – plany usprawniające dla pacjentów z dolegliwościami w obrębie biodra, barku, odcinka lędźwiowego, szyjnego i piersiowego kręgosłupa<sup>30</sup>.

W ramach badań ewaluacyjnych wdrażanego rozwiązania POZ PLUS zakończono realizację I tury badań jakościowych typu PROM, PREM i PAM. Rozpoczęto prace mające na celu pogłębienie badań ankietowych w postaci badań fokusowych. W listopadzie przeprowadzono badanie ankietowe nt. korzystania z publicznej opieki zdrowotnej. Raport z badania dostępny jest na stronie Akademii NFZ<sup>31</sup>. Rozpoczęto realizację II tury badań ewaluacyjnych PROM, PREM i PAM.

### Realizacja pilotażu

W ramach pilotażowego wdrażania modelu opieki koordynowanej w POZ realizowane są dwa innowacyjne produkty: profilaktyczne świadczenia bilansowe oraz program zarządzania chorobą przewlekłą.

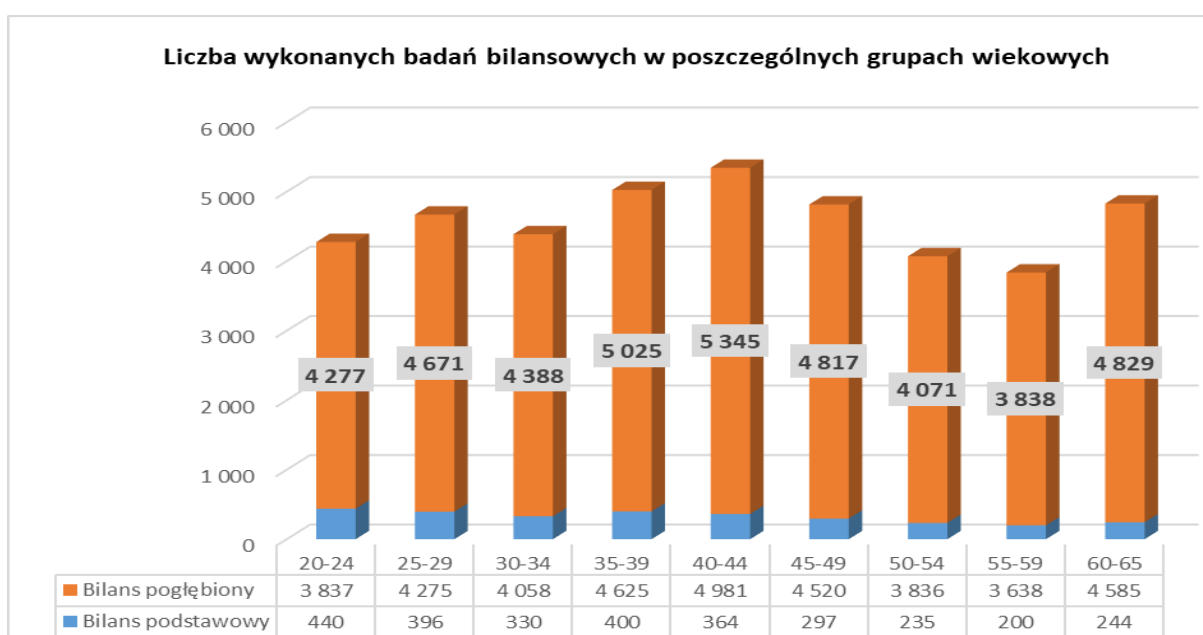
<sup>30</sup> <https://akademia.nfz.gov.pl/filmy>

<sup>31</sup> <https://akademia.nfz.gov.pl/badanie-dot-korzystania-z-publicznej-opieki-zdrowotnej>

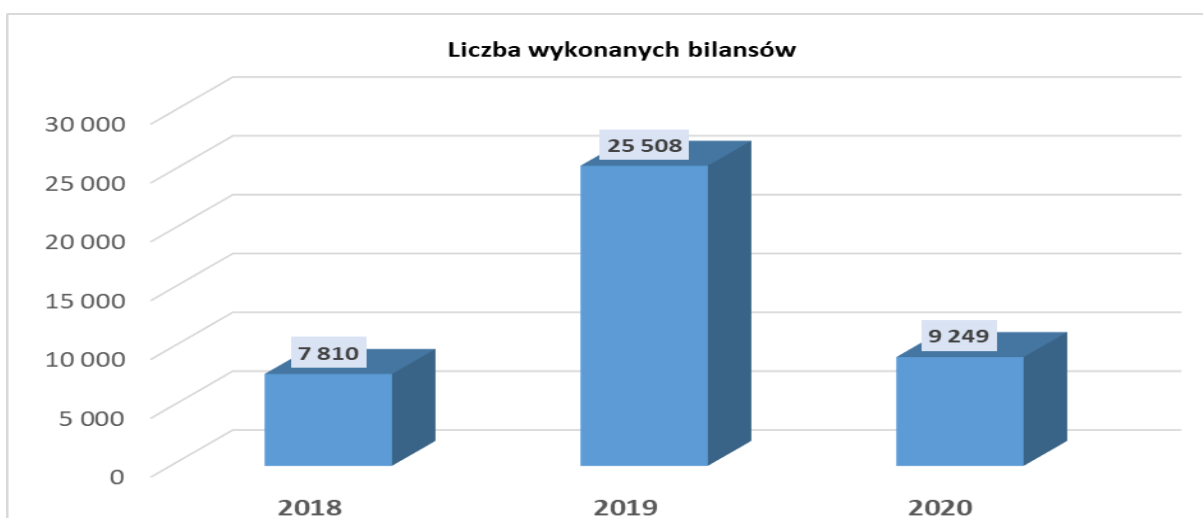
## Profilaktyczne świadczenia bilansowe

Łącznie od początku trwania pilotażu do końca 2020 roku realizatorzy pilotażu wykonali 42 567 badań bilansowych, tj. 88% zadeklarowanej w pilotażu łącznej liczby bilansów, w tym: w 2018 r. – 7 810, w 2019 r. – 25 508, w 2020 r. – 9 249. Główną przyczyną spadku liczby wykonanych badań w 2020 roku było ogłoszeniem w kraju stanu pandemii wywołanej wirusem Sars-CoV-2. W pierwszej fazie pandemii, zgodnie z wytycznymi Ministra Zdrowia, Prezes NFZ wydał komunikat z dnia 15.03.2020 r. w których przedstawione zostały wytyczne dla świadczeniodawców dot. czasowego ograniczania do niezbędnego minimum wykonywania niektórych świadczeń, w tym profilaktycznych należało się spodziewać, że liczba wykonanych świadczeń bilansowych będzie mniejsza niż założono.

**Wykres nr VII.3.** Liczba wykonanych badań bilansowych w latach 2018-2019 w podziale na grupy wiekowe.



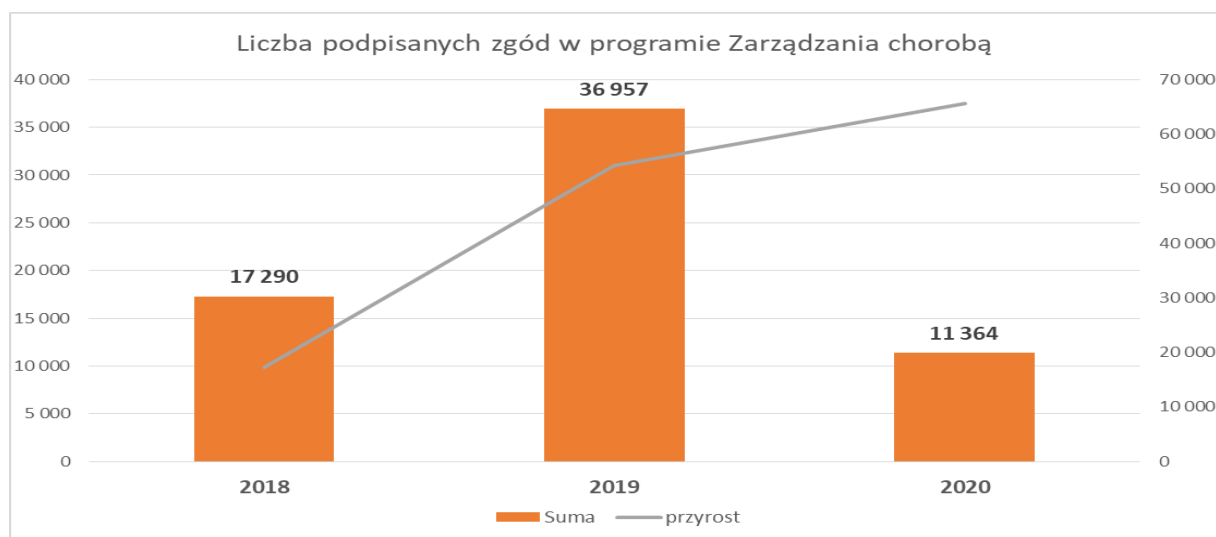
**Wykres nr VII.4.** Liczba wykonanych bilansów.



Program Zarządzania Chorobą

Istotą programu zarządzania chorobą jest prowadzenie przez świadczeniodawcę aktywnej opieki nad pacjentem z chorobą przewlekłą, gdzie działania zespołu profesjonalistów medycznych skoncentrowane są na rzeczywistych potrzebach zdrowotnych pacjentów objętych opieką lekarza POZ raz ich realizację w sposób kompleksowy, planowany, ciągły i zintegrowany. Program zarządzania chorobą dotyczy jedenastu schorzeń przewlekłych w tym: cukrzyca typu II, przewlekła choroba wieńcowa, przewlekła niewydolność serca, utrwalone migotanie przedsionków, choroby tarczycy, nadciśnienie tętnicze, astma i POChP, zespoły bólowe kręgosłupa, choroby zwyrodnieniowe stawów obwodowych. Liczba włączonych pacjentów do programie zarządzania chorobą przewlekłą, wg stanu na koniec 2020 roku wyniosła 65 611 pacjentów, w tym do programy włączono: w 2018 roku – 17 290 pacjentów, w 2019 r. – 36 957 pacjentów, w 2020 r. – 11 364. Najwięcej pacjentów leczono na: nadciśnienie tętnicze – 42,59% oraz zespoły bólowe kręgosłupa – 40,75%.

**Wykres nr VII.5.** Liczba podpisanych zgód w programie Zarządzanie chorobą.



#### Działania związane z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19 w pilotażu POZ PLUS

Wprowadzono systemowe rozwiązania udzielania telekonsultacji jako odpowiedź na ograniczenia w świadczeniach usług opieki zdrowotnej w podstawowej opiece zdrowotnej w związku z ogłoszeniem stanu pandemii w kraju. Nastąpiło przyspieszenie wdrażania systemów teleinformatycznych w programie pilotażowym (a zwłaszcza w obszarze edukacji zdrowotnej), a także w obszarze realizacji świadczeń w sytuacji ograniczonego kontaktu bezpośredniego między świadczeniodawcą a pacjentem. W okresie od kwietnia do czerwca ponad 56%. wizyt edukacyjnych w programie badań bilansowych oraz ponad 40%. porad edukacyjnych w programie zarządzania chorobą odbyło się w trybie zdalnym za pomocą narzędzi teleinformatycznych.

Świadczeniodawcy musieli wprowadzić zmiany związane z zachowaniem najwyższych środków ostrożności (dezynfekcja, rękawiczki, stroje ochronne, maski itp.) oraz ograniczyć tradycyjne wizyty pacjentów.

Wykaz czasowych odstępstw dla profilaktycznych świadczeń bilansowych:

- czasowe ograniczenie intensywności zapraszania na badania bilansowe;

- przesunięcie terminów wykonania badania bilansowego;
- możliwość zamknięcia badania bilansowego bez udziału osobistego pacjenta w przypadku, gdy wszystkie niezbędne informacje zostały zgromadzone oraz znane są wyniki wykonanych przez pacjenta wymaganych badań diagnostycznych. Zamknięcie bilansu może odbyć się w formie porady telefonicznej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, w trakcie której należy omówić z pacjentem IPPZ (Indywidualny Plan Postępowania Zdrowotnego);
- możliwość odbycia wizyt edukacyjnych specjalistycznych psychologicznych i dietetycznych w formie porady telefonicznej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności;
- możliwość realizacji wizyt edukacyjnych indywidualnych (w tym kontrolnych) w formie porady telefonicznej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności wprowadzona na cały okres realizacji programu pilotażowego POZ Plus.

Wykaz czasowych odstępstw dla programów zarządzania chorobą (DMP) obejmował:

- czasowe ograniczenie włączania do programu zarządzania chorobą pacjentów o niepotwierdzonym wcześniej rozpoznaniu, zwłaszcza jeśli potwierdzenie rozpoznania wymaga kompleksowej diagnostyki;
- możliwość odbycia porad kontrolnych i specjalistycznych (pacjent-lekarz) w formie porady telefonicznej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności;
- możliwość odbycia porad dietetycznych i edukacyjnych indywidualnych w formie porady telefonicznej z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności.

Począwszy od marca 2020 r. świadczeniodawcy mogli realizować świadczenia POZ Plus z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności (ICT). Byli oni zobowiązani do zgłaszania produktów telemedycznych przy użyciu zwykłego kodu produktu, a model realizacji świadczeń oznaczali zgodnie z kodami Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, wersja 9 (ICD9).

#### **VII.4.2. Projekt SCIROCCO EXCHANGE**

Projekt Scirocco Exchange, realizowany od 1 stycznia 2019 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 jest wspieranie regionów, głównie władz zajmujących się opieką zdrowotną i społeczną, mających na celu przyjęcie i zintensyfikowanie zintegrowanej opieki. Cel ten zostanie zrealizowany poprzez ułatwienie im dostępu do opartych



na dowodach aktywów w zakresie zintegrowanej opieki, a także poprzez zachęcanie do zindywidualizowanego transferu wiedzy i planowania usprawnień w tym obszarze.

Wyniki tego projektu powinny pomóc 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 2020 roku zrealizowano m.in. następujące zadania:

- zdefiniowano i uruchomiono Centrum Zarządzania Wiedzą (KMH-Knowledge Management Hub), w tym moduł transferu wiedzy w zakresie dwunastu analizowanych obszarów. Centrum zarządzania wiedzą v0 opracowano z możliwością przechowywania i dzielenia się ocenami dojrzałości użytkowników oraz możliwością wykorzystania wyników oceny dojrzałości do przeszukiwania innych ocen w centrum w celu dopasowania ich do potrzeb, natomiast Centrum zarządzania wiedzą v1 opracowano w celu zintegrowania zidentyfikowanych aktywów służących budowaniu potencjału oraz automatycznego poruszania się po regionach poszukujących wsparcia dla spersonalizowanych i odpowiednich zasobów i wsparcia dla rozwoju potencjału;
- opracowano i udostępniono Scirocco Exchange Knowledge Management Hub User Guidance - szereg ilustracyjnych filmów wideo i innych zasobów edukacyjnych na stronie internetowej<sup>32</sup>;
- rozpoczęto analizę wartości dodanej rozszerzenia modelu dojrzałości SCIROCCO i zidentyfikowano dwa nowe dodatkowe obszary do rozbudowy: Ocena Innowacji stymulowanych popytem (Innovation Healthcare System Assessments) i Ocena rozwoju sąsiedztw cyfrowego (Digital Neighbourhood Development Healthcare System Assessments). Metoda SCIROCCO dotycząca opracowania modelu dojrzałości i narzędzia samooceny została zastosowana w tych dwóch obszarach, co doprowadziło do stworzenia dwóch nowych narzędzi samooceny online dla potrzeb innowacji i sąsiedztwa cyfrowego<sup>33</sup>;
- opracowano raport połówkowy z realizacji projektu „Summary of context, overall objectives, strategic relevance and contribution of the action to the health programme” i przekazano do Komisji Europejskiej;
- przetłumaczono na język polski i udostępniono na stronie internetowej<sup>34</sup> 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];
- rozpoczęto proces mapowania istniejących aktywów służących budowaniu zdolności oraz dowodów dotyczących opieki koordynowanej, co doprowadziło do zidentyfikowania blisko

---

<sup>32</sup> <https://www.sciroccoexchange.com/resources>.

<sup>33</sup> prototypy na stronie: <https://scirocco-exchange-tool.inf.ed.ac.uk/pl>.

<sup>34</sup> <https://akademia.nfz.gov.pl/12-obszarow-modelu-dojrzalosci-scirocco-dla-opieki-koordynowanej>.

500 różnego rodzaju materiałów: narzędzi, opisów modeli, przykładów dobrych praktyk, publikacji itp. w Europie i na świecie. Wszystkie aktywa zostały włączone do Centrum Zarządzania Wiedzą, w oparciu o uzgodnione strategie klasyfikacji i filtrowania. Jest to zadanie trwające przez cały okres realizacji projektu, które zagwarantuje, że zasoby służące budowaniu potencjału będą stale rosnąć i będą na bieżąco aktualizowane;

- w dniach 28-29 października 2020 r. zorganizowano przez stronę polską półroczne spotkanie Konsorcjantów wraz z przedstawicielami Komisji Europejskiej (Project Assembly), początkowo planowane w Warszawie, jednak ostatecznie ze względu na pandemię przeprowadzone w trybie on-line<sup>35</sup>;
- z uwagi na ograniczenia związane z pandemią COVID-19 i problemami z organizacją warsztatów i spotkań bilateralnych złożono do KE dokumenty w sprawie aktualizacji działań i przedłużenia projektu, które zostały ostatecznie zaakceptowane w lutym 2021 r. i projekt przedłużono do lutego 2022 r.

#### **VII.4.3. Otwarte dane – dostęp, standard, edukacja**

Do końca maja 2020 r. projekt „Otwarte dane – dostęp, standard, edukacja” realizowany był w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa nr 2 „E-administracja i otwarty rząd”, Działanie nr 2.3 „Cyfrowa dostępność i użyteczność informacji sektora publicznego”, Poddziałanie nr 2.3.1 „Cyfrowe udostępnienie informacji sektora publicznego ze źródeł administracyjnych i zasobów nauki”, w oparciu o podpisane porozumienie pomiędzy Centrum Projektów Polska Cyfrowa a Ministerstwem Cyfryzacji o dofinansowanie ww. projektu.

Celem projektu było stworzenie systemowych rozwiązań poprawiających dostępność i jakość danych publicznych oraz zwiększających możliwości ich ponownego wykorzystywania.

Cel był realizowany poprzez: rozbudowę i dostosowanie do potrzeb różnych grup odbiorców portalu dane.gov.pl, otwarcie rejestrów danych publicznych przez API, opracowanie oraz upowszechnienie standardów, szkolenia dla administracji i promocję otwartości danych.

Przez cały rok trwały prace utrzymaniowe i optymalizacyjne w ramach stworzonych w 2019 r. i obecnie funkcjonujących API: Terminy Leczenia, Statystyki NFZ – Świadczenia, Statystyki NFZ - Refundacja Apteeczna, Statystyki NFZ - Leki w Programach Lekowych, Statystyki NFZ - Leki w Chemioterapii, Umowy jak również w zakresie portali Informator o Terminach Leczenia i statystyki.nfz.gov.pl zintegrowanych z API.

#### **VII.4.4. Wdrożenie systemu Hospital-Based HTA (HB-HTA) – Szpitalnej Oceny Innowacyjnych Technologii Medycznych**

Projekt „Wdrożenie systemu Hospital-Based HTA (HB-HTA) – Szpitalnej Oceny Innowacyjnych Technologii Medycznych” jest realizowany w okresie od 1 stycznia 2019 r. do 30 czerwca 2022 r. (umowa zawarta przez NFZ z Narodowym Centrum Badań i Rozwoju

---

<sup>35</sup> Materiały ze spotkania dostępne na stronie: <https://www.sciroccoexchange.com/news-events/scirocco-exchange-project-assembly-28-29-october-2020>

GOSPOSTRATEG 1/395107/18/NCBR/2018). Projekt jest realizowany w Konsorcjum naukowo-badawczym razem z Uczelnią Łazarskiego i Narodowym Instytutem Kardiologii. NFZ pełni w tym projekcie rolę Lidera, ponosi zatem odpowiedzialność przed NCBiR za dostarczenie zakładanych wyników projektu zgodnie z umową zawartą z NCBiR i złożonym w roku 2017 wnioskiem grantowym, na który otrzymano finansowanie (w wysokości 6,4 mln. zł – dofinansowanie 100%).

Celem projektu jest wdrożenie metodologii szpitalnej oceny technologii medycznych (Hospital Based HTA – HB-HTA) 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 (Evidence Based Medicine – EBM).

Kierownikiem projektu realizowanym przez Konsorcjum jest dr Iga Lipska – NFZ, koordynatorami projektu w jednostkach Konsorcjantów są: dr Małgorzata Gałązka-Sobotka – Uczelnia Łazarskiego, prof. dr hab. Tomasz Hryniewiecki – Narodowy Instytut Kardiologii, mgr Katarzyna Iłowiecka – NFZ.

Przewodniczącym Komitetu Sterującego projektu HB-HTA jest dr Bernard Waśko – Zastępca Prezesa NFZ ds. Medycznych (do czasu objęcia stanowiska Ministra Zdrowia funkcję tę pełnił dr Adam Niedzielski Prezes NFZ). W skład Komitetu Sterującego wchodzi także Daniel Rutkowski i Dariusz Jarnutowski jako przedstawiciel NFZ oraz Mieczysław Błoński – Prezydent Uczelni Łazarskiego, a także Tomasz Berdyga – Zastępca Dyrektora ds. finansowych Narodowego Instytutu Kardiologii.

Projekt składa się z fazy badawczej (realizowanej w okresie styczeń 2019 - grudzień 2020) i fazy przedwdrożeniowej (realizowanej od stycznia 2021 do czerwca 2022). Po tym okresie NFZ jako lider projektu odpowiada za wdrożenie wyników projektu.

Rok 2020 był drugim rokiem trwania projektu i jednocześnie rokiem bardzo intensywnych prac projektowych związanych z zakończeniem fazy badawczej.

Trwająca od marca 2020 r. pandemia COVID miała wpływ na możliwość realizacji zadań projektu HB-HTA. W związku z tym w Konsorcjum zdecydowano o wystąpieniu z wnioskiem do NCBiR o wydłużenie fazy badawczej o 6 miesięcy. Pierwotnie zakładano zakończenie fazy badawczej projektu HB-HTA do 30 czerwca 2020 r. W związku z pandemią COVID-19 uzyskano zgodę NCBiR na przedłużenie fazy badawczej do 31 grudnia 2020 oraz całego projektu do 30 czerwca 2022 (zamiast jak pierwotnie planowano do 31 grudnia 2021).

Decyzja w zakresie przedłużenia fazy badawczej pozwoliła na dostarczenie wszystkich oczekiwanych produktów tej fazy pomimo trwającej pandemii COVID-19.

Należy także podkreślić, że Konsorcjum bardzo płynnie i sprawnie przeszło na korzystanie z narzędzi pracy zdalnej zarówno we współpracy wewnątrz Konsorcjum (cotygodniowe spotkania online Kierownika projektu z Koordynatorami, zdalne posiedzenia Komitetu Sterującego Konsorcjum).

W roku 2020 zrealizowano pakiet prac WP2, którego celem głównym było opracowanie strategicznego modelu funkcjonowania HB-HTA, jak również opracowanie metodyki oceny

technologii medycznych. Powyższe prace zostały zrealizowane w oparciu o wiedzę zgromadzoną w poprzednim pakiecie roboczym WP1, jak również w toku prowadzonych prac badawczych WP2: przegląd i analiza otoczenia prawnego, ekonomicznego, społecznego i technologicznego (analiza PEST) dla wdrożenia HB-HTA w Polsce wraz ze szczegółową analizą sił wspierających i hamujących wdrożenie HB-HTA, analizę SWOT przyjętego modelu, przeprowadzenie benchmarkingu funkcjonalnego, projekty rekomendacji dotyczące finansowania, procedur operacyjnych, zasady formalno-prawne - ośrodek zarządzający jednostkami HB-HTA, Opracowanie dokumentów prawnych dla jednostek HB-HTA, warianty finansowania, procedury operacyjne, zasady organizacji - wewnętrzne jednostki HB-HTA.

W okresie sprawozdawczym skutecznie zrealizowano wszystkie zaplanowane cele i zadania. Przygotowane w ramach pakietu WP2 produkty – 8 raportów (poddane recenzji niezależnych ekspertów zewnętrznych i wewnętrznych) stanowią solidną podstawę do rozpoczęcia kolejnej fazy projektu (przedwdrożeńowej), tj. fazy przygotowań wyników badań naukowych do zastosowania w praktyce, której zwieńczeniem będzie realizacja celu głównego projektu.

Działania zrealizowane w roku 2020 miały nie tylko ściśle merytoryczny charakter. Równolegle prowadzone były prace związane z upowszechnieniem wyników projektu (WP5) jak utworzenie strony internetowej projektu hbhta.pl, zorganizowanie paneli eksperckich i konferencji podsumowującej projekt (15 grudnia 2020). W ramach zadań stałych na bieżąco przeprowadzano kampanię promocyjno-informacyjną w mediach barażowych oraz prowadzono stałą komunikację w mediach społecznościowych.

Szczegóły dotyczące realizacji zadań w poszczególnych pakietach roboczych roku 2020

W 2020 roku realizowano pakiet roboczy nr 2 (WP2) „Opracowanie strategii wdrażania, rozwiązań i działań umożliwiających wdrożenie innowacyjnych technologii medycznych w Polsce”, którego planowany budżet wynosił 1 698 602 zł, a rzeczywiście wydatkowany 1 634 071 zł.

Celem prac realizowanych w ramach WP2 było przeprowadzenie analizy otoczenia polityczno-prawnego, ekonomicznego, społecznego i technologicznego (PEST), wykonanie analiz porównawczych z innymi funkcjonującymi systemami HB-HTA (benchmarking), a także opracowanie schematów rozwiązań prawnych, operacyjnych i finansowych dla interesariuszy uczestniczących w procesie organizacji i prowadzenia HB-HTA - zarówno na poziomie szpitalnych jednostek HB-HTA jak sieci HB-HTA (organizacji wspierającej jednostki szpitalne), w oparciu o dane zebrane w pakiecie pierwszym (WP1). Cel ten osiągnięto poprzez zrealizowanie następujących zadań:

#### Narodowy Fundusz Zdrowia:

1. Projekty rekomendacji dotyczące finansowania, procedur operacyjnych, zasady formalno-prawne - ośrodek zarządzający jednostkami HB-HTA – kamień milowy nr 5.

Wyniki prac zostały opisane w raporcie „Warianty długoterminowego finansowania, procedur operacyjnych oraz zasady formalno-prawne ośrodka zarządzającego jednostkami HB-HTA” (Kamień milowy nr 5) przygotowanym przez zespół ekspertów NFZ.

Raport koncentruje się na badaniu środków i warunków koniecznych do osiągnięcia celu działania postawionego przed ośrodkiem zarządzającym w strukturze rozproszonej, sprowadzającym się do wspierania wdrażania innowacyjnych technologii medycznych poprzez dostarczanie wiedzy, wspomaganie jej wymiany, standaryzowanie procedur oraz wypracowywanie metodologii oceny innowacyjnych technologii medycznych, a także wspieranie możliwości finansowania pozytywnie ocenionych innowacji proponowanych przez szpitale.

2. Zlecenie niezależnym ekspertom zewnętrznym recenzji raportów przygotowanych przez Konsorcjantów w ramach WP2 (przy czym wszystkie poniższe raporty zostały poddane recenzji wewnętrznej sporządzonej przez Kierownika projektu lub/i przez Koordynatora projektu w NFZ):
  - warianty długoterminowego finansowania, procedur operacyjnych oraz zasady formalno-prawne ośrodka zarządzającego jednostkami HB-HTA (NFZ);
  - raport z analizy otoczenia prawnego, ekonomicznego, społecznego i technologicznego (analiza PEST) dla wdrożenia HB-HTA wraz z załącznikiem Analiza interesariuszy, sił hamujących i wspierających dla uwarunkowań politycznych, ekonomicznych, społecznych i technologicznych warunkujących proces wdrażania HB HTA w polskim systemie ochrony zdrowia (UŁ);
  - opracowanie strategicznego modelu funkcjonowania HB-HTA (UŁ, NIKARD);
  - benchmarking funkcjonalny praktyk w zakresie oceny innowacyjnych technologii medycznych (UŁ);
  - Regionalne Centrum Oceny Inwestycji (RCOI) - regionalna jednostka HB HTA, Projekt szablonów dokumentów prawnych, umów, procedur operacyjnych (UŁ);
  - metodyka HB-HTA (NIKARD);
  - analiza SWOT modelu mieszanego (NIKARD);
  - podstawy organizacyjne dla szpitalnych jednostek HB-HTA w Polsce (NIKARD).

#### Uczelnia Łazarskiego:

1. Przegląd i analiza otoczenia prawnego, ekonomicznego, społecznego i technologicznego (analiza PEST) dla wdrożenia HB-HTA w Polsce - kamień milowy nr 1.

Wynikiem prac jest „Raport z analizy otoczenia prawnego, ekonomicznego, społecznego i technologicznego (analiza PEST) dla wdrożenia HB-HTA w Polsce” wraz z załącznikiem do raportu: Analiza interesariuszy, sił hamujących i wspierających dla uwarunkowań politycznych, ekonomicznych, społecznych i technologicznych warunkujących proces wdrażania HB HTA w polskim systemie ochrony zdrowia.

Raport stanowi dogłębną analizę determinantów/uwarunkowań funkcjonowania systemu pochodzących z czterech sfer tzw. otoczenia dalszego systemu ochrony zdrowia, tj. otoczenia polityczno-prawnego, otoczenia ekonomicznego, otoczenia społecznego oraz otoczenia technologicznego pod kątem możliwości implementacji HB-HTA w polskim systemie ochrony zdrowia. Autorzy zidentyfikowali oraz opisali wpływ

charakterystycznych czynników w każdym z wymienionych segmentów otoczenia, na elementy organizacji systemu ochrony zdrowia, kluczowe z punktu widzenia możliwości implementacyjnych HB-HTA. Oszacowali również kierunki wpływu poszczególnych deskryptorów oraz zidentyfikowali szanse i zagrożenia, a także interesariuszy wspierających i hamujących proces wdrożenia HB-HTA w Polsce.

Załącznik do raportu „Analiza interesariuszy, sił hamujących i wspierających (...)” przedstawia wyniki badania instytucji i innych podmiotów (interesariuszy) względem ich wpływu (rzeczywistego i potencjalnego) na możliwości implementacji narzędzia HB-HTA w polskim systemie ochrony zdrowia. Stanowi kompendium wiedzy na temat teorii zarządzania publicznego, polityki zdrowotnej, analizy decyzyjnej w polityce publicznej i jej części, jaką jest polityka ochrony zdrowia. Przedstawia wyniki uzyskane w trakcie przeprowadzonego badania interesariuszy pojawiających się w procesie szeroko rozumianej implementacji narzędzia HB-HTA w polskiej rzeczywistości.

2. Raport przedstawiający warianty strategicznego modelu funkcjonowania HB-HTA w Polsce, w tym warianty podtrzymania sieci HB-HTA - kamień milowy nr 2.

Produkt pod tytułem „Opracowanie strategicznego modelu funkcjonowania HB-HTA” koncentruje się na szczegółowym opisie możliwych modeli funkcjonalnych wykorzystanych w HB HTA w Polsce. Przedstawia 6 potencjalnych, alternatywnych modeli funkcjonalnych HB HTA stanowiących podstawę wyboru modelu najbardziej odpowiadającego warunkom polskim. Analiza niniejszych opracowań oraz oceny ekspertów, Konsorcjanów i KS Projektu doprowadziły do wyboru modelu mieszanego (model nr 6 z pewnymi modyfikacjami), jako najbardziej przystającego do polskiego systemu ochrony zdrowia w Polsce. Decyzja implikuje przeprowadzenie wdrożenia pilotażowego w kolejnej fazie realizacji projektu, a następnie formułowanie wniosków istotnych dla podejmowanych działań w przyszłości w ujęciu ogólnopolskim.

Opracowanie koncepcji wszystkich sześciu modeli było ogromną pracą badawczą całego Konsorcjum, przy czym Uczelnia Łazarskiego odpowiadała za opracowanie trzech modeli i Instytut Kardiologii za trzy modele. Decyzją Konsorcjum do dalszych prac wybrano tzw. model mieszany.

3. Raport pt. Benchmarking funkcjonalny praktyk w zakresie oceny innowacyjnych technologii medycznych - kamień milowy nr 2 (składowa tego kamienia milowego razem z raportem opisanym w pkt. 2)

W celu wypracowania założeń dla strategicznego modelu funkcjonowania HB-HTA w Polsce zidentyfikowano różnice pomiędzy praktykami międzynarodowymi zidentyfikowanymi w WPI w ramach przeglądów systematycznych a sposobem oceny innowacyjnych technologii medycznych w polskich szpitalach. Badanie oparto na znanej w literaturze i praktyce zarządczej metodzie benchmarkingu funkcjonalnego, w ramach którego porównano podejście i proces oceny technologii medycznej w placówkach szpitalnych do wzorcowego procesu HB-HTA. W pracach dotyczących benchmarku funkcjonalnego HB-HTA porównano z HTA na poziomie krajowym (AOTMiT), obecnymi praktykami szpitalnymi, obecną praktyką rynkową (oceną wniosków inwestycyjnych przez

Bank Gospodarstwa Krajowego) oraz oceną wniosków inwestycyjnych w systemie IOWISZ (Instrument Oceny Wniosków Inwestycyjnych w Sektorze Zdrowia).

4. Opracowanie dokumentów prawnych dla jednostek HB-HTA przedstawiono w raporcie pt. „Regionalne Centrum Oceny Inwestycji (RCOI) - regionalna jednostka HB HTA, Projekt szablonów dokumentów prawnych, umów, procedur operacyjnych – Część II” - kamień milowy nr 4

Opracowanie dokumentów prawnych dla jednostek HB-HTA przedstawiono w raporcie pt. „Regionalne Centrum Oceny Inwestycji (RCOI) - regionalna jednostka HB HTA, Projekt szablonów dokumentów prawnych, umów, procedur operacyjnych – Część II” (Kamień milowy nr 4).

Raport opisuje rolę i zakres działania Regionalnego Centrum Oceny Inwestycji (RCOI) - nowej instytucji w polskim systemie ochrony zdrowia, której powstanie oznacza konieczność zaplanowania i przyjęcia szeregu nowych, nieregulowanych do tej pory w Polsce rozwiązań prawnych, organizacyjnych, zarządczych, finansowych itp. RCOI zostaną umieszczone przy Wydziałach właściwych ds. Zdrowia Urzędów Wojewódzkich w komórkach dedykowanych IOWISZ, a ich głównym zadaniem będzie koordynacja szpitalnej oceny technologii medycznych HB HTA w regionie oraz wydawanie opinii na temat raportu HB HTA stworzonego w jednostce szpitalnej.

## NIKARD

1. Robocze projekty rekomendacji dotyczących metodyki oceny technologii medycznych” - kamień milowy nr 3

Metodyka oceny technologii medycznych została przedstawiona w raporcie „Robocze projekty rekomendacji dotyczących metodyki oceny technologii medycznych”.

Raport przedstawia zestaw zasad i wytycznych jak przygotować raport HB-HTA, który ma następnie służyć jako dokument wspierający podejmowanie decyzji o inwestycji w nową technologię medyczną (innowację) na poziomie szpitala. Z uwagi na brak jednoznacznych wytycznych międzynarodowych przygotowania raportu HB-HTA, które można by w prosty sposób zaimplementować w Polsce, powstał krajowy dokument na ten temat, odpowiadający polskim uwarunkowaniom oraz zidentyfikowanym w fazie badawczej możliwościom polskich szpitali.

2. Analiza SWOT przyjętego modelu funkcjonalnego HB-HTA – kamień milowy nr 2

Wnioski z raportu „Analiza SWOT modelu mieszanego HBHTA” posłużą do zmodyfikowania modelu funkcjonalnego HB-HTA (mieszanego), a także zostały uwzględnione podczas opracowania trzech kamieni milowych w WP2: raportu przedstawiającego warianty strategicznego modelu funkcjonowania HB-HTA w Polsce, w tym warianty podtrzymania sieci HB-HTA; projektów szablonów dokumentów prawnych (umów), procedur operacyjnych, regulaminu wewnętrznego jednostek HB-HTA; projektów rekomendacji dotyczących finansowania systemu/jednostek HB-HTA w Polsce.

Najważniejszym zadaniem analizy SWOT modelu mieszanego jest odpowiedź na pytanie jakie są szanse i zagrożenia osiągnięcia głównego celu projektu jakim jest właściwe osadzenie metodyki HB-HTA i zwiększenie efektywności decyzji inwestycyjnych.

3. Warianty finansowania, procedury operacyjne, zasady organizacji - wewnętrzne jednostki HB-HTA - kamień milowy nr 4

Raport „Podstawy organizacyjne dla szpitalnych jednostek HB-HTA w Polsce” jest praktycznym podręcznikiem z rekomendacją rozwiązań organizacyjnych, zawierającym podstawy organizacyjne ułatwiające utworzenie komórki organizacyjnej ds. HB HTA w jednostce szpitalnej (w ramach modelu mieszanego). Uwzględniając odpowiedni stopień formalizacji, wzory dokumentów, takich jak procedura zarządcza, regulamin wewnętrzny, formularze, stanowią gotowy do wdrożenia wzorzec - pakiet umożliwiający procedowanie wniosków o zainicjowanie nowej technologii medycznej zgodnie z opracowaną Metodką HB HTA. Rekomendowana struktura dokumentacji wymaga korekt adaptacyjnych wynikających z potrzeb i różnic struktury oraz indywidualnych organizacyjnych rozwiązań przyjętych systemowo na gruncie danego szpitala.

4. Opracowanie strategicznego modelu funkcjonowania HB-HTA (wspólne zadanie UŁ i NIKARD) - kamień milowy nr 2

Opracowanie koncepcji wszystkich sześciu modeli było ogromną pracą badawczą całego Konsorcjum, przy czym Instytut Kardiologii odpowiadał za opracowanie w szczególności następujących trzech modeli:

- Strategiczny model funkcjonalny z koordynującą rolą AOTMiT (Załącznik nr 3 do raportu),
- Strategiczny model funkcjonalny z koordynującą rolą NFZ (Załącznik nr 4 do raportu).
- Strategiczny model funkcjonalny z koordynującą rolą niezależnej organizacji (Załącznik nr 5 do raportu).

Wszystkie raporty zostały poddane recenzji wewnętrznej przez członków zespołu projektowego HB-HTA po stronie NFZ jako Lidera projektu (Kierownika Projektu, Koordynatora, członka KS Konsorcjum) oraz zewnętrznych recenzentów, co było zgodne z założeniami projektu.

Wyniki prac są zgodne z zaplanowanymi, stanowią solidną podstawę merytoryczną do realizacji kolejnych zadań projektu, w szczególności do realizacji fazy przedwdrożeniowej.

Opracowano następujące raporty:

- warianty długoterminowego finansowania, procedur operacyjnych oraz zasady formalno-prawne ośrodka zarządzającego jednostkami HB-HTA (NFZ);
- raport z analizy otoczenia prawnego, ekonomicznego, społecznego i technologicznego (analiza PEST) dla wdrożenia HB-HTA wraz z załącznikiem Analiza interesariuszy, sił hamujących i wspierających dla uwarunkowań politycznych, ekonomicznych,



społecznych i technologicznych warunkujących proces wdrażania HB-HTA w polskim systemie ochrony zdrowia (UŁ);

- opracowanie strategicznego modelu funkcjonowania HB-HTA (UŁ, NIKARD);
- benchmarking funkcjonalny praktyk w zakresie oceny innowacyjnych technologii medycznych (UŁ);
- Regionalne Centrum Oceny Inwestycji (RCOI) - regionalna jednostka HB-HTA, Projekt szablonów dokumentów prawnych, umów, procedur operacyjnych (UŁ);
- metodyka HB-HTA (NIKARD);
- analiza SWOT modelu mieszanego (NIKARD);
- podstawy organizacyjne dla szpitalnych jednostek HB-HTA w Polsce (NIKARD).

Osiągnięto wszystkie kamienie milowe wskazane we wniosku, tj.:

- raport z analizy otoczenia prawnego, ekonomicznego, społecznego i technologicznego (analiza PEST) dla wdrożenia HB-HTA w Polsce;
- raport przedstawiający warianty strategicznego modelu funkcjonowania HB-HTA w Polsce, w tym warianty podtrzymania sieci HB-HTA;
- robocze projekty rekomendacji dotyczących metodyki oceny technologii medycznych;
- projekty szablonów dokumentów prawnych (umów), procedur operacyjnych, regulaminu wewnętrznego jednostek HB-HTA, warianty długoterminowego finansowania;
- projekty rekomendacji dotyczące finansowania systemu/jednostek HB-HTA w Polsce.

W 2020 roku realizowano także pakiet roboczy nr 5 (WP5) „Upowszechnienie wyników projektu – działania przekonujące do wypracowanego rozwiązania”. Działania te są podejmowane w trakcie całego projektu.

Możliwości wdrożenia

Harmonogram projektu zakłada realizację poszczególnych pakietów prac w takiej kolejności, aby wypracowane rozwiązania i dokumenty stanowiły podstawę teoretyczną dla realizacji kolejnych zadań przewidzianych w następujących po sobie pakietach prac. Wypracowane w pakiecie WP1 i WP2 raporty o charakterze diagnostycznym i strategicznym (opisane szczegółowo w części Opis merytoryczny wykonanych prac i uzyskanych rezultatów w ramach realizacji zadania w fazie A) pozwoliły na opracowanie praktycznych narzędzi takich jak: robocze projekty rekomendacji dotyczących metodyki oceny technologii medycznych, projekty szablonów dokumentów prawnych, schematy umów, procedur operacyjnych regionalnej jednostki HB-HTA, opisy podstaw organizacyjnych dla szpitalnych jednostek HB-HTA w Polsce.

Wyżej wymienione dokumenty przygotowane w fazie A umożliwią w fazie B skuteczną realizację praktycznego wdrażania HB-HTA w Polsce w postaci pilotażowego uruchomienia systemu szpitalnej HTA i wykonania pilotażowych analiz szpitalnej oceny technologii medycznych (HB-HTA). Na podstawie materiałów wypracowanych w poprzednich pakietach pracy przeprowadzone zostaną szkolenia zespołów o wysokich kompetencjach

mających wziąć udział w fazie pilotażowej projektu. Szkolenia obejmą zagadnienia z zakresu HB-HTA, w tym także jego założenia organizacyjne i finansowe.

W kolejnym kroku przeszkolone zespoły podejmą kroki organizacyjne mające na celu zorganizowanie uruchomienie pilotażowych jednostek HB-HTA w wybranych szpitalach w Polsce i w porozumieniu z ich zarządami przeprowadzą pilotażowe analizy technologii medycznych, zakończone raportami z pilotażu (zadanie NIKARD).

Projekt HB-HTA ma ambicje wdrożenia pragmatycznego i skoordynowanego systemu, w którym pilotażowe jednostki HTA dostarczą kompleksowej informacji na temat wybranej innowacji nie tylko ze swojego punktu widzenia, ale również z punktu widzenia płatnika publicznego poprzez pełnienie funkcji analitycznej tj. dostarczą informacji na temat przydatności klinicznej i opłacalności, dzięki czemu (i wprowadzonym rozwiązaniom prawnym) może zostać zapewnione finansowanie ze środków publicznych dla pozytywnie ocenionych technologii.

#### **VII.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 Narodowym Funduszem Zdrowia, 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 ujednoczenia 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 5 podmiotów świadczących usługi rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej, które zostaną wybrane w trybie ustawy Prawo Zamówień Publicznych i podpiszą umowę z Instytutem Medycyny Wsi im. Witolda Chodźki na testowanie rozwiązań. Spośród tych 5 podmiotów zostanie zrekrutowana grupa 50 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 14 096 965,96 zł w tym:

- dofinansowanie w kwocie 13 673 971,96 zł, z następujących źródeł: ze środków europejskich w kwocie 13 292 029,20 zł oraz ze środków dotacji celowej w kwocie 381 942,76 zł;
- wkład własny w kwocie 422 994,00 zł.

Projekt realizowany jest od 1 października 2020 r. do 30 września 2022 r.

W ramach projektu „Wypracowanie i wdrożenie systemu kompleksowej oceny funkcjonalnej w rehabilitacji z wykorzystaniem doświadczeń i rozwiązań zagranicznych” w 2020 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. Ekspersi 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. Dyskutowali nad strukturą klasyfikacji i możliwością kodowania. Przygotowywali koncepcję badania wdrożenia ICF i ewaluacji do wypracowania zasad kompleksowej oceny funkcjonalnej pacjentów. Rozpoczęli prace nad instrukcją do oceny rezultatów. Wykonywali prace nad koncepcją badania skalowania

celów ICF, przygotowywali diagnostyczne narzędzia dla przeprowadzenia walidacji w Polsce oraz możliwości dokonania badań pilotażowych. Przeglądali piśmiennictwo, ekspertyzy naukowe, praktyczne rozwiązania na temat oceny pomiaru i skalowania zakresów funkcjonalności opartych na ICF. Dyskutowali zasady testów do oceny funkcjonalnej pacjentów.

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. Analizowali dostępne materiały i opracowania branżowe w zakresie rehabilitacji i możliwości wdrożenia ICF w szpitalach oraz obecnie funkcjonujące systemy a także możliwości zaangażowania zespołu merytorycznego do oceny funkcjonalnej. Analizowali raporty statystyczne podmiotów medycznych stosujących 13 kodów ICF w rehabilitacji.

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

Narodowy Fundusz Zdrowia realizuje zadania edukacyjne i informacyjne w oparciu o następujące akty prawne: ustawę o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawę o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, ustawę o dostępie do informacji publicznej oraz ustawę Prawo prasowe. Działania edukacyjne i informacyjne realizowane przez NFZ wpisują się cel 3.2 Poprawa komunikacji społecznej, wskazany w „Strategii rozwoju Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019-2023”.

Działania informacyjne Funduszu adresowane są do poniższych grup odbiorców: pacjenci, świadczeniodawcy (m.in. szpitale, placówki medyczne, apteki), organizacje zrzeszające pacjentów, dziennikarze/media, ogół społeczeństwa.

NFZ realizując zadania edukacyjne i informacyjne współpracował w 2020 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, mediami.

Działania informacyjno-edukacyjne w 2020 roku zdeterminowane były przez pandemię COVID-19. Narodowy Fundusz Zdrowia rozpoczął działania informacyjne związane z koronawirusem jeszcze przed wejściem w życie ustawy z 2 marca 2020 r. o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych (Dz.U. poz. 374, z późn. zm.). Konsekwentnie realizował je do końca 2020 roku.

Wykaz działań informacyjnych realizowanych przez NFZ w czasie epidemii koronawirusa:

- bieżące informowanie mediów i opinii publicznej o tematach merytorycznie związanych z działalnością NFZ w kontekście koronawirusa (m.in. infolinia NFZ podstawowym źródłem informacji o koronawirusie, teleporady w POZ i AOS, zawieszenie i wznowienie działalności uzdrowisk, utworzenie izolatorów, organizacja opieki medycznej w czasie epidemii COVID-19 (np. stomatologia, ginekologia, POZ, AOS), bezpłatne testy na koronawirusa dla pracowników służby zdrowia, pacjentów, kuracjuszy, studentów

kierunków medycznych, utworzenie punktów pobrań wymazów do badań w kierunku koronawirusa, uruchomienie pre-triage, zapewnienie mechanizmów, które zagwarantują placówkom medycznym stabilność finansową w czasie epidemii, organizacja pracy sal obsługi klienta w oddziałach wojewódzkich Funduszu, uruchomienie specjalnego numeru telefonu dla kadry medycznej – infolinii o występowaniu nieprawidłowości w placówkach medycznych, całodobowe wsparcie psychologiczne na infolinii NFZ, dodatkowe wynagrodzenie dla pracowników medycznych w związku z pracą leczeniem pacjentów zakażonych i podejrzanych o zakażenie wirusem SARS-CoV-2, dodatkowe środki (tzw. 3% do każdej faktury) dla świadczeniodawców na zakup środków ochrony osobistej, zwiększających bezpieczeństwo pacjentów i personelu medycznego, finansowanie leczenia pacjentów z COVID-19 w szpitalach tradycyjnych i tymczasowych (porównanie), zawieszanie i przywracanie zabiegów planowych, nabór podmiotów leczniczych do Narodowego Programu Szczepień;

- szczegółowe informowanie mediów o finansowaniu przez NFZ działań związanych z zapobieganiem i zwalczaniem epidemii koronawirusa;
- podawanie do publicznej wiadomości (współpraca z dziennikarzami i media społecznościowe) zbiorczych informacji na temat wysokości środków wydatkowych na dodatkowe wynagrodzenie dla personelu medycznego. Wyjaśnianie statusu wypłat dodatkowego wynagrodzenia dla personelu medycznego dla konkretnych medyków (pytania medyków wysłane pocztą elektroniczną oraz na Twitterze);
- promocja w mediach i wśród opinii publicznej Telefonicznej Informacji Pacjenta, jako podstawowego źródła informacji o koronawirusie; teleporad, jako zdalnej formy wizyty u swojego lekarza rodzinnego (m.in. publikacja i aktualizacja na stronie internetowej Centrali NFZ wykazu placówek POZ, które udzielają zdalnych konsultacji); profilaktycznych działań NFZ w czasie epidemii (m.in. wsparcie psychologiczne w czasie epidemii, zachowanie dobrej kondycji i zachęta do aktywności fizycznej w domu w czasie kwarantanny); całodobowego wsparcia psychologicznego na Telefonicznej Informacji Pacjenta; powstania i działalności w całej Polsce punktów do poboru wymazów typu Drive-Thru; projektu NFZ finansowanego z funduszy europejskich: „Zapewnienie bezpieczeństwa i opieki pacjentom oraz bezpieczeństwa personelowi zakładów opiekuńczo-leczniczych, domów pomocy społecznej, zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i hospicjów na czas COVID-19”;
- druk i dystrybucja plakatów informujących o postępowaniu w przypadku podejrzenia zakażenia koronawirusem do świadczeniodawców (m.in. szpitale, placówki medyczne, apteki) oraz innych podmiotów m.in. urzędów, szkół, kościołów itp.;
- wspieranie Ministerstwa Zdrowia i Głównego Inspektoratu Sanitarnego w dystrybucji stanowisk, wytycznych, zaleceń dla świadczeniodawców (strony internetowe Centrali i OW NFZ, portale służące do komunikacji ze świadczeniodawcami: SZOI/Portal Świadczeniodawcy, media społecznościowe);
- dystrybucja materiałów informacyjno-edukacyjnych dotyczących m.in. zapobiegania zakażenia koronawirusem (m.in. strony internetowe Centrali i OW NFZ, portale służące

do komunikacji ze świadczeniodawcami: SZOI/Portal Świadczeniodawcy, media społecznościowe, dziennikarze, komunikacja publiczna);

- kampania społeczna MaskujSię zainaugurowana w 2020 roku w mediach społecznościowych przez NFZ, której celem w okresie sprawozdawczym było przekonanie społeczeństwa do prawidłowego noszenia maseczek, dezynfekcji rąk oraz zachowania bezpiecznego dystansu od innych osób. Kampania polegała m.in. na publikacji materiałów prasowych (płatnych i bezpłatnych) dotyczących przestrzegania zasad reżimu sanitarnego, nagraniu i emisji krótkich filmów wideo, w których m.in. sportowcy, dziennikarze, ludzie kultury ect. pokazywali się w maseczkach i namawiali do tego inne osoby;
- promocja programu Domowej Opieki Medycznej;
- promocja kampanii NFZ o polipragmazji (wielolekowości);
- szczegółowe informowanie o Naborze do Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 przez publikację ogłoszenia o Naborze do Narodowego Programu Szczepień oraz regionalnych naborach do NPSz na stronach internetowych Centrali NFZ i OW NFZ, przygotowanie, redakcja i stała aktualizacja listy najczęściej zadawanych pytań dotyczących naboru do NPSz, opublikowanej na stronie internetowej Centrali NFZ, informowanie oraz nagłaśnianie w mediach ogólnopolskich (m.in. PAP), lokalnych i społecznościowych Dni Otwartych w OW NFZ dla świadczeniodawców zainteresowanych udziałem w NPSz, organizacja i udział w briefingu dla mediów o zmianie kryteriów kwalifikacji do NPSz (media ogólnopolskie), stałą komunikację o naborze do NPSz w mediach społecznościowych NFZ (poziom centralny i lokalny), współpracę z mediami, w tym odpowiedzi na pytania dziennikarzy dotyczące naboru do NPSz;
- promocja szczepień personelu medycznego w szpitalach węzłowych.

#### Udział Centrali NFZ i OW NFZ w ogólnopolskiej kampanii #SzczepimySię

##### Centrala NFZ:

- koordynacja i zarządzanie działalnością rzeczników prasowych w ramach promocji szczepień (m.in. kluczowe przekazy do komunikowania w mediach);
- udział w strumieniach KPRM i sztabie kryzysowym KPRM;
- udział dyrekcji BKS w pracach zespołu do spraw organizacji szczepień populacji przeciwko COVID-19;
- udział rzecznika prasowego w audycjach poświęconych szczepieniom w Polsce;
- odpowiedzi na pytania mediów, w tym reakcja na negatywne publikacje i nieprawdziwe informacje (fake newsy);
- dystrybucja plakatów i materiałów graficznych dotyczących szczepień, m.in. do punktów szczepień;
- publikacja komunikatów związanych ze szczepieniami dla pacjentów i świadczeniodawców (np. zasady działania voicebot, dodatkowy nabór na mobilne zespoły wyjazdowe);

- publikacja tweetów dotyczących kampanii #SzczepimySię (na tym etapie przede wszystkim wpisy edukujące o szczepionkach).

#### Oddziały wojewódzkie NFZ:

- dystrybucja materiałów nt. szczepień bezpośrednio do świadczeniodawców, samorządów zawodowych, jednostek samorządu terytorialnego, organizacji pacjenckich, diecezji ect.
- niezbędne wsparcie i pomoc seniorom podczas pierwszych dni szczepień populacyjnych (informowanie o możliwościach zapisu na szczepienie, odpowiedzi na pytania i wątpliwości, pomoc w zapisaniu się na szczepienie ect.)
- promocja szczepień w mediach społecznościowych (np. pokazywanie dobrych praktyk podczas szczepienia populacyjnego seniorów)
- dystrybucja materiałów kampanii #SzczepimySię, m.in. spotów w mediach regionalnych i lokalnych w ramach umów OW NFZ
- udział rzeczników prasowych w cyklicznych programach telewizyjnych lub radiowych, w których propagujemy wiedzę i informację o szczepieniach (działanie bezpłatne lub w ramach umów medialnych)
- współpraca z lokalnymi oddziałami ZUS w sprawie dystrybucji materiałów nt. szczepień w części OW dystrybucja materiałów nt. szczepień w sieci sklepów i marketów.

Działania informacyjne Fundusz wykonuje poprzez: publikacje własne, serwisy internetowe Centrali i OW NFZ, media społecznościowe (serwis Twitter), środki społecznego przekazu, patronaty oraz wydarzenia własne i partnerów, w tym m.in. Ministerstwa Zdrowia, organizacji pacjenckich, samorządów różnych szczebli i świadczeniodawców.

#### Serwisy internetowe

NFZ utrzymuje serwis internetowy [nfz.gov.pl](http://nfz.gov.pl). Własne serwisy internetowe posiadają wszystkie 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, przerw technicznych w dostępie do serwisów NFZ oraz ogłoszenia o pracę w Funduszu. W 2020 roku strona Funduszu zanotowała 10 112 455 sesji (odwiedzin).

#### Media społecznościowe (Twitter)

NFZ prowadził w 2020 roku oficjalny kanał w serwisie społecznościowym Twitter (kontynuacja od 2016 roku). Twitter jest podstawowym i głównym kanałem komunikacji Funduszu w mediach społecznościowych.

Na koniec 2020 r. liczba osób obserwujących profil @nfz\_centrala wynosiła 35 444.

#### Kanał RSS

Serwis internetowy Centrali NFZ w 2020 roku posiadał kanał RSS, który informował subskrybentów o nowych aktualnościach na stronie głównej NFZ. Subskrypcja kanału RSS NFZ jest darmowa, a odczyt kanału jest możliwy przez tzw. czytnik kanałów RSS.

## Środki społecznego przekazu

Narodowy Fundusz Zdrowia współpracuje z ogólnopolskimi i regionalnymi mediami poprzez:

- bieżące kontakty, czyli codzienną obsługę dziennikarzy, dostarczanie materiałów prasowych, udzielanie odpowiedzi na pytania, nagrania radiowo-telewizyjne, przekazywanie informacji/komunikatów prasowych nt. działalności NFZ, przygotowywanie wyjaśnień / sprostowań do publikacji medialnych;
- briefingi i konferencje prasowe, które koncentrują się na prezentacji informacji dotyczących bieżącej działalności Funduszu, kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, zapowiedzi wydarzeń specjalnych i reakcji na bieżące wydarzenia oraz komunikowania raportów NFZ dotyczących konkretnych jednostek chorobowych z punktu widzenia danych Funduszu;
- udział pracowników Funduszu w audycjach radiowych i programach telewizyjnych w roli ekspertów, np. programy w TVP Info „Poradnik dla Seniora”, „O tym się mówi” - w TVP3: „Na Zdrowie”, „ABC Pacjenta”, „Głos Dnia”; programy radiowe: „W samo południe” w Radiu PiK, „Zdrowym być” w Radiu Łódź, „Kalejdoskop” w Radiu Rzeszów, „Rozmowa Dnia” w Radiu Kielce;
- udział pracowników Funduszu w dyżurach telefonicznych w redakcjach prasowych oraz po audycjach radiowych, programach telewizyjnych, w czasie których odpowiadają na pytania czytelników i słuchaczy dotyczących tematyki danego programu, czy publikacji;
- udział pracowników Funduszu w audycjach i programach publicystycznych oraz informacyjnych;
- stała współpraca z tytułami prasowymi (nawiązana przez OW NFZ), m.in. z: „Gazeta Pomorska”, „Miasto Kobiet”, „Świat Zdrowia”, „Gazeta Wyborcza”, „Dziennik Łódzki”, „Dziennik Polski”, „Gazeta Krakowska”, „Nowa Trybuna Opolska”, „Nowiny”, „Super Nowości”, „Dziennik Zachodni”, Tygodnik „eM Kielce”, „Gazeta Ostrowiecka”, „Echo Dnia”, „Dziennik Bałtycki”, „Gazeta Gdańska”, „Twoje Zdrowie”, „Dziennik Pomorza”, „Gazeta Olsztyńska”, „Dziennik Elbląski”, „Gazeta Wyborcza Stołeczna”, „Tygodnik Siedlecki”, „Kurier Szczeciński”, „Nowości”, „Express Bydgoski”, „Gazeta Lubuska”, „Menedżer Zdrowia”, „Głos Wielkopolski”, „Dziennik Wschodni”, „Kurier Lubelski”;
- współpraca z portalami internetowymi (nawiązana przez OW NFZ) m.in. z: politykazdrowotna.com, rynekzdrowia.pl, bydgoszcz24.pl, metropoliabydgoska.pl, pozatorun.pl, 24opole.pl, wybrzeze24.pl, MedMiasto.pl, CzytajRzeszów.pl, gs24.pl, radiatorodzina.pl, wzielonej.pl, gloslubuski.pl, trójmiasto.pl, nto.pl, sadeczanin.info, dziennikzachodni.pl, gloswielkopolski.pl, epoznan.pl, 24wspolnota.pl.

Tematy poruszane przez media, o których wypowiedzieli się pracownicy Funduszu, dotyczyły przede wszystkim działalności NFZ w kontekście koronawirusa (m.in. dot. infolinii NFZ jako podstawowego źródła informacji o koronawirusie, teleporad w POZ i AOS, zawieszenie i wznowienie działalności uzdrowisk, utworzenie izolatoriów, organizacja opieki medycznej w czasie epidemii COVID-19, bezpłatne testy na koronawirusa dla pracowników służby zdrowia, pacjentów, kuracjuszy, studentów kierunków medycznych, utworzenie punktów pobrań wymazów do badań w kierunku koronawirusa, uruchomienie pre-triage, zapewnienie



mechanizmów, które zagwarantują placówkom medycznym stabilność finansową w czasie epidemii, organizacja pracy sal obsługi klienta w oddziałach wojewódzkich Funduszu, w trakcie i po epidemii koronawirusa, uruchomienie specjalnego numeru telefonu dla kadry medycznej – infolinii o występowaniu nieprawidłowości w placówkach medycznych, całodobowe wsparcie psychologiczne na infolinii NFZ, dodatkowe wynagrodzenie dla pracowników medycznych za pracę w jednym miejscu, odmrażanie służby zdrowia po czasie epidemii).

#### Projekty i przedsięwzięcia realizowane w 2020 roku niezwiązane z Covid -19

- Kampanie informacyjne realizowane w ramach projektu „Kampanie koordynowane przez Centralę”. W ramach projektu przeprowadzono szereg kampanii informacyjnych o charakterze ogólnopolskim. Były to:
  - Kampania informacyjna związana z rozwojem portalu „Diety NFZ” (m.in. wprowadzenie Diety Dash Senior)
  - Kampania informacyjna dotycząca zmian w zasady wystawiania, weryfikacji i realizacji zleceń na wyroby medyczne
  - Kampania informacyjna związana z nowym modelem Psychiatrii dziecięcej – kampania związana z wejściem w życie zarządzenia
  - Kampania informacyjna związana z wprowadzeniem bezlimitowych świadczeń pierwszorazowych w zakresach: endokrynologia, kardiologia, neurologia i opieka ambulatoryjna ze wskazań nagłych w ortopedii
  - Promocja akcji „Środy z profilaktyką” – to cykliczna akcja Narodowego Funduszu Zdrowia poświęcona profilaktyce chorób i promocji zdrowia. W 2020 roku podczas akcji poruszono m.in. następujące tematy: profilaktyka otyłości, walka z depresją, walka z nowotworami (np. piersi, skóry, prostaty), krwiodawstwo w czasie pandemii COVID-19, profilaktyka uzależnień, choroba Alzheimera, osteoporoza,
  - Kampania informacyjna w sprawie wyjścia Wielkiej Brytanii z Unii Europejskiej (tzw. Brexitu) oraz związanymi z nim zmianami w przepisach
  - Dzień otwarty w NFZ (Biała sobota) w związku z obchodami Światowego Dnia Walki z Rakiem (centra onkologiczne w całej Polsce wspólnie z OW)
- Kampanie informacyjne związane z publikacją raportów NFZ w ramach przedsięwzięcia Zdrowe Dane.
- Kampania społeczna na temat szkodliwości nadmiernego spożywania cukru dla zdrowia Polaków realizowana w ramach projektu „Kampania nt. szkodliwości cukru”. Kontynuacja projektu rozpoczętego w 2019 roku, którego głównym celem jest zwiększenie świadomości Polaków na temat szkodliwości nadmiernego spożywania cukru i jego negatywnego wpływu na ich zdrowie oraz wzrost świadomości Polaków na temat weryfikacji zawartości cukru w produktach żywnościowych (sprawdzanie etykiet składu produktów żywnościowych). 12 lutego 2020 roku na stronie Narodowego Funduszu Zdrowia opublikowana została deklaracja poparcia dla wprowadzenia opłaty prozdrowotnej. W dniu

publikacji deklarację poparło ponad 500 osób ze środowisk naukowych, przedstawiciele podmiotów leczniczych i organizacji zrzeszających pacjentów.

- Kampania edukacyjna dotycząca zjawiska polipragmazji (wielolekowości). Polipragmazja, nazywana też wielolekowością, to przyjmowanie co najmniej pięciu leków jednocześnie. Jest groźna dla każdego, szczególnie dla osób starszych, które są obciążone chorobami przewlekłymi. Narodowy Fundusz Zdrowia, już w lutym 2020 roku, przygotował specjalny, który szczegółowo opisuje to zjawisko z polskiej perspektywy. Fundusz przywołuje dane z 2018 roku mówiące o liczbie wykupionych substancji czynnych. Według wyliczeń NFZ ponad 2 mln Polaków wykupiło w ciągu miesiąca więcej niż 5 substancji czynnych. Aby ograniczyć zjawisko polipragmazji NFZ rozpoczął kampanię edukacyjną, pod hasłem: „Świadomy pacjent – skuteczna terapia”. „Nie igraj z lekami. W grę wchodzi Twoje zdrowie”. W największych stacjach telewizyjnych (TVP, TVN, Polsat) i radiowych (RMF FM, Polskie Radio), od 19 października do końca listopada, emitowane były trzydziestosekundowe spoty, informujące o zjawisku polipragmazji. Do dzienników Super Express i Gazeta Wyborcza czytelnicy otrzymali praktyczny dodatek, w całości poświęcony zjawisku wielolekowości. Na łamach tygodników oraz w największych serwisach internetowych Onet.pl i WP.pl ukazały się artykuły, wyjaśniające seniorom i ich najbliższym, czym jest polipragmazja i jak skutecznie ograniczać jej negatywne skutki. Do pacjentów trafiła także specjalna gazeta, która krok po kroku tłumaczy, jak bezpiecznie przyjmować leki oraz praktyczne bloczki, pomocne w notowaniu medykamentów przed wizytą u lekarza lub konsultacją z farmaceutą. Materiały są dostępne na stronie Akademii NFZ. Kampania ma związek z ciążącym na Funduszu ustawowym obowiązkiem promocji zdrowia oraz z realizacją Strategii rozwoju NFZ do 2023 roku (Cel 3 Upowszechnienie wiedzy o zdrowiu i publicznym systemie opieki zdrowotnej, cel 3.2 Poprawa komunikacji społecznej).

### Patronaty

W 2020 roku Fundusz, w oparciu m.in. o rekomendacje Biura Komunikacji Społecznej, objął patronatem następujące wydarzenia (wykaz zawiera wybrane wydarzenia):

- Konkurs Liderzy zmian w ochronie zdrowia, organizator Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o.
- Uczelnia Łazarskiego
- V Kongres Wyzwań Zdrowotnych (Health Challenges Congress - HCC 2020), organizator Polskie Towarzystwo Wspierania Przedsiębiorczości
- "Kongres Top Medical Trends 2020", organizator Termedia Sp. z o. o. Wydawnictwa Medyczne i Specjalistyczne
- XXIV Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego
- Tydzień Spirometrii, organizator Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę alergie i POCHP
- Kongres "Zdrowie Polaków" 2020, organizator Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu w Warszawie

– Forum e-Zdrowia, organizator Gdański Uniwersytet Medyczny.

### **VII.5.1. Zdrowe Dane**

Celem projektu zdrowedane.nfz.gov.pl było uruchomienie strony internetowej dedykowanej udostępnianiu informacji w postaci zestawień, analiz, infografik, raportów było udostępnienie interesariuszom systemu ochrony zdrowia informacji będących w zasobach NFZ w możliwie intuicyjny, przejrzysty i usystematyzowany sposób. Rezultatami projektu są: portal zdrowedane.nfz.gov.pl będący platformą przekazu danych będących w zasobach NFZ w przystępnej formie oraz szereg raportów, w tym seria „NFZ o zdrowiu”.

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 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.

Do tej pory na portalu zdrowedane.nfz.gov.pl opublikowano 36 raportów w tym:

- raporty cykliczne dot. działalności POZ oraz Leczenia Szpitalnego (w zakresie Jednorodnych Grup Pacjentów),
- raporty z serii NFZ o zdrowiu o: astmie, chorobie niedokrwiennej serca, padaczce, polipragmazji oraz depresji,
- raporty okolicznościowe o rynku leków recepturowych, analizy marży na lekach wydawanych na receptę, przewlekłej chorobie nerek,
- raporty monitorujące w zakresie leczenia chirurgicznego nowotworów, okulistyki, diagnostyki obrazowej oraz chorób dzieci dot. zmian w zarządzeniach Prezesa NFZ dotyczących tych obszarów.

W 2021 r. planowane jest przeniesienie serwisu na platformę ezdrowie.gov.pl.

### **VII.5.2. Telefoniczna Informacja Pacjenta (TIP)**

W 2020 r. NFZ świadczył usługę całodobowej bezpłatnej infolinii w ramach Telefonicznej Informacji Pacjenta dostępnej pod numerem 800 190 590. TIP w opinii pacjentów zapewniał szybki, kompleksowy i przejrzysty dostęp do informacji o funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia w Polsce. Zakres udzielanych i przekazywanych informacji obejmował w 2020 r. następujące tematy:

- 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

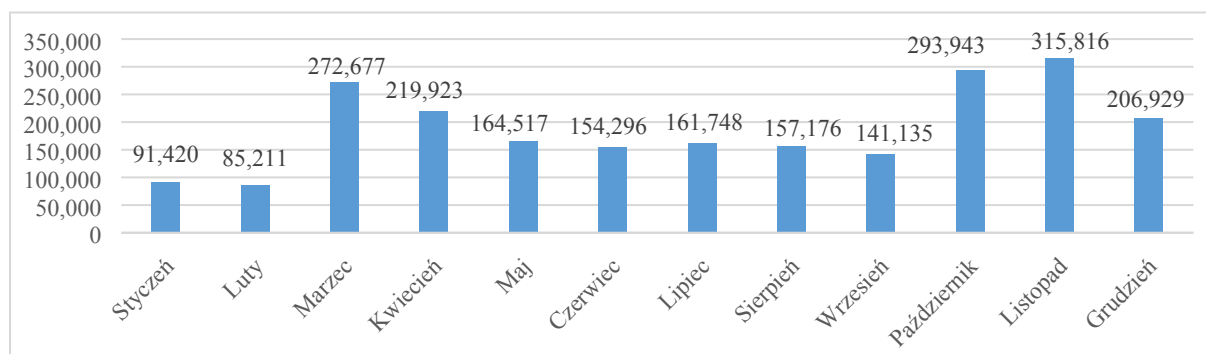
lekarskich (e-ZLA); zasad wystawiania skierowań/zleceń/zaświadczeń; zasad uprawnień do karty Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego wraz z informacjami dotyczącymi opieki w ramach sieci onkologicznej; zasad korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, leczenia szpitalnego i innych; lecznictwa uzdrowiskowego; zasad nabycia wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie lekarza; sposobów potwierdzenia prawa do świadczeń opieki zdrowotnej w tym wykorzystania systemu eWUŚ; zasad dostępu do pomocy psychologicznej; zakresu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych; zasad działania list oczekujących na udzielenie świadczenia i sprawdzenia czasu oczekiwania na świadczenie oraz wskazania kontaktu do placówek i miejsc udzielania świadczeń; podstawowych informacji dotyczących zasad koordynacji systemu zabezpieczenia zdrowotnego w krajach UE/EFTA — zasad uzyskania EKUZ, formularzy S, leczenia planowego i nieplanowanego za granicą, zwrotu kosztów leczenia, recept transgranicznych (ewentualne wskazanie kontaktu do Krajowego Punktu Kontaktowego); korzystania ze świadczeń zdrowotnych w ramach przepisów dyrektywy transgranicznej - wskazanie kontaktu do Krajowego Punktu Kontaktowego;

- zasady dostępu do informacji o udzielonych świadczeniach opieki zdrowotnej, z uwzględnieniem dostępu do ZIP i IKP bez logowania się na konto klienta;
- zasady składania i rozpatrywania skarg i wniosków w NFZ;
- dane teleadresowe do oddziałów wojewódzkich NFZ oraz dane świadczeniodawców;
- informacje o nocnej i świątecznej opiece lekarskiej.

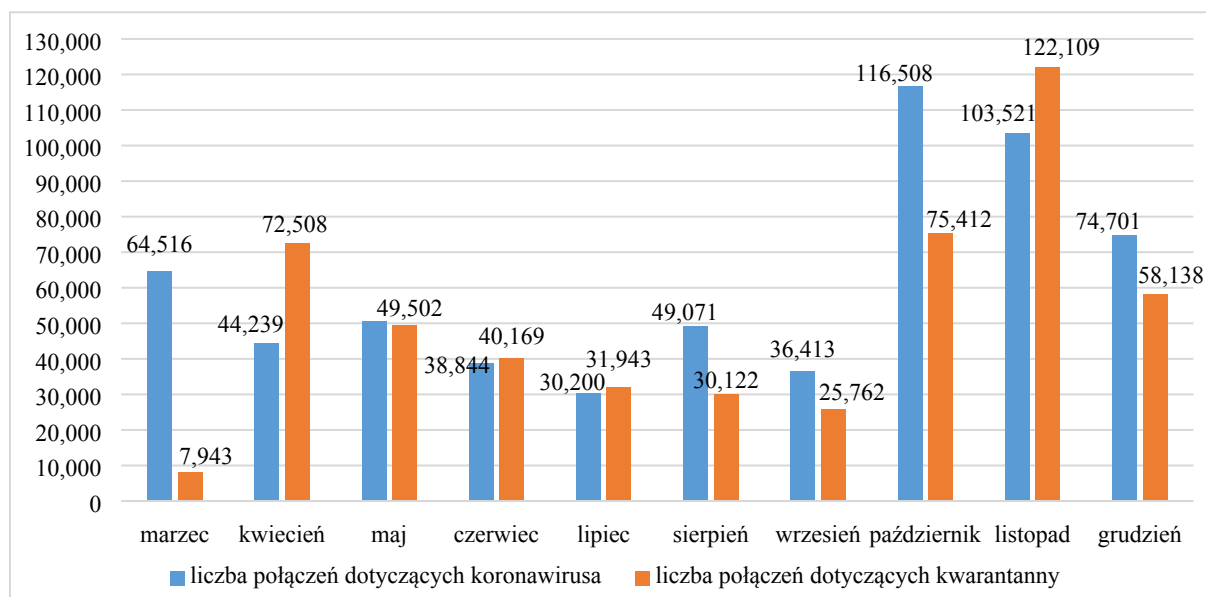
#### TIP, nitka kwarantanna, nitka koronawirus

Z uwagi na ogłoszony w marcu stan epidemii koronawirusa, w tym intensywny wzrost zachorowań w Europie, już w marcu 2020 r., pod numerem TIP rozpoczęła funkcjonowanie ogólnopolska infolinia ds. koronawirusa, zabezpieczająca również potrzeby informacyjne osób poddanych kwarantannie. Infolinia stanowiła główne źródło informacji dla obywateli naszego kraju. Ponadto została pilotażowo wdrożona infolinia ds. koronawirusa dla lekarzy oraz tzw. infolinia psychologiczna. Kolejne wprowadzone rozwiązanie, to obsługa przekierowania połączeń przychodzących do BOTa (programu komputerowego zastępującego konsultanta TIP). W celu usprawnienia funkcjonowania tego programu na bieżąco dodawane były do niego aktualizacje pytań i odpowiedzi.

**Wykres nr VII.6.** Połączenia odebrane na TIP w 2020 r., w podziale na poszczególne miesiące.



**Wykres nr VII.7:** Połączenia odebrane na TIP w 2020 r. dotyczące koronawirusa i kwarantanny.



Zapotrzebowanie na uzyskanie informacji w języku rosyjskim i ukraińskim dzwoniących klientów spowodowało, że w lipcu 2020 r. pozyskano konsultantów posługujących się tymi językami. W 2020 r. TIP obsłużyła łącznie 2 264 791 połączeń przychodzących w języku polskim oraz 122 206 połączeń prowadzonych w językach obcych (angielskim, rosyjskim i ukraińskim). W 2020 r. czas rozmowy z konsultantem Telefonicznej Informacji Pacjenta wynosił średnio 3 minuty i 34 sekundy, zaś średni czas oczekiwania na połączenie wynosił 52 sekundy. Odbieralność połączeń osiągnęła 92,85%.

Oprócz połączeń telefonicznych infolinia TIP oferowała pacjentom również inne kanały kontaktu, tj. maile, czaty i videoczaty. W 2020 r. konsultanci TIP obsłużyli 19 875 wiadomości nadesłanych drogą mailową, przeprowadzili 29 685 rozmów za pośrednictwem czatu i 116 za pomocą videoczatu.

W 2020 r. kierowane na TIP pytania najczęściej dotyczyły tematów: skierowania na leczenia uzdrowiskowe, udzielanie informacji o miejscach udzielania świadczeń, sposobów potwierdzania prawa do świadczeń opieki zdrowotnej, w tym wykorzystanie eWUŚ, udzielanie informacji o kolejkach oczekujących, ubezpieczenie dobrowolne, EKUZ – możliwość uzyskania, zasady korzystania, leczenia na wyroby medyczne i potwierdzanie w OW NFZ, IKP, obsługa spraw bieżących, obsługa innych spraw niepasujących do zdefiniowanych tematów, świadczenie podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjna opieka specjalistyczna, informacje o nocnej i świątecznej opiece zdrowotnej, prawa i obowiązki pacjentów, zasady składania skarg i wniosków.

Pytania, które zostały zakwalifikowane jako inne dotyczyły weryfikacji statusu ubezpieczenia, spraw technicznych świadczeniodawców, spraw niepasujących do określonych tematów, sytuacji gdy klient rozłączył się.

Mając na uwadze niespodziewany wzrost połączeń przychodzących, a tym samym rosnące potrzeby pacjentów, została podjęta decyzja o tym, aby spółki Skarbu Państwa oraz pracownicy Funduszu udzielali wsparcia dla Telefonicznej Informacji Pacjenta.

Do wsparcia TIP na nitce koronawirus włączono następujące instytucje wspierające: Centralny Ośrodek Informatyki, Naukowa i Akademicka Sieć Komputerowa, PZU Zdrowie, Poczta Polska, Polskie Górnictwo Naftowe i Gazownictwo, PGE Polska Grupa Energetyczna S.A., Grupa Kapitałowa Energa S.A: Energa Obrót, Energa Operator, Tauron, Polski Holding Hotelowy sp. z o.o.; PKP Intercity Bank Pekao SA Bank Pekao BP, Zakład Ubezpieczeń Społecznych, Krajowa Informacja Skarbowa, PKS Polonus - Przedsiębiorstwo Komunikacji Samochodowej „POLONUS”, Enea.

W okresie od 16 marca 2020 r. do 30 kwietnia 2020 r. TIP wspierało łącznie 331 konsultantów z 16 instytucji. Do głównych zadań pracowników oddelegowanych do wsparcia infolinii koronawirusa należało:

- wsparcie TIP poprzez czynne odbieranie telefonów pacjentów zgłaszających się na TIP w temacie koronawirusa, w tym przekazywanie pacjentom bieżących informacji dotyczących zagadnień związanych z koronawirusem w Polsce oraz opieką zdrowotną w sytuacji podejrzenia zarażenia;
- bieżące śledzenie i zaznajamianie się z aktualizacjami skryptów i informacjami;
- zbieranie informacji na tematy zgłaszane przez pacjentów nieobjętych w skrypcie oraz oddzwanianie z informacją zwrotną do pacjenta, po otrzymaniu wytycznych i ustaleniu odpowiedzi na zgłaszane zagadnienia;
- bieżący kontakt z instytucjami wspierającymi TIP, organizacjami, urzędami w sprawach dotyczących koronawirusa i opieki dla pacjentów w związku z ogłoszeniem stanu epidemii.

W Funduszu powołany został zespół pracowników merytorycznych z Centrali i oddziałów wojewódzkich NFZ, który odpowiedzialny był za opracowanie skryptu rozmów dla TIP – koronawirus. W jego skład weszli m.in. lekarze różnych specjalizacji, pielęgniarki, rehabilitanci i psycholodzy. Zespół opracowywał i aktualizował bazę wiedzy na temat COVID-19, która była systematycznie udostępniana konsultantom obsługującym TIP – koronawirus, a także w ramach dobrej współpracy innym urzędom i instytucjom. Ponadto, zespół monitorował oraz zgłaszał aktualizację bazy wiedzy, tj. skryptów i innych informacji przesłanych w związku z dynamicznie zmieniającą się sytuacją zwiększenia zarażeń koronawirusem w Polsce. Na bieżąco śledził aktualną sytuację i informacje z kraju i zagranicy oraz badania dotyczące COVID-19, sposobów zarażenia i jego leczenia. Dodatkowo zespół odpowiedzialny był za redagowanie materiałów informacyjnych, odpowiedzi, komunikatów oraz FAQ przygotowywanych, między innymi na stronę internetową Funduszu i instytucji współpracujących. Po ogłoszeniu stanu epidemii koronawirusa w 2020 r. dostęp do lekarzy POZ był utrudniony. Klienci dzwoniąc na infolinię informowali, że nie mogą dostać się do lekarza pierwszego kontaktu. W odpowiedzi na potrzeby klientów, w połowie listopada została podjęta decyzja o umożliwieniu zgłoszenia takich sytuacji na TIP. Przekazywane przez klientów zgłoszenia nieprawidłowości były weryfikowane i kierowane do odpowiedniej komórki merytorycznej, która dokonywała kontroli w zakresie swoich kompetencji.

Zgłoszenia pacjentów przekazywane konsultantom TIP w głównej mierze dotyczyły: braku możliwości kontaktu z lekarzem POZ, zamknięcia placówki POZ, zmiany terminu zaplanowanych wizyt i zabiegów medycznych, odmowy przyjęcia na SOR.

## Infolinia Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19

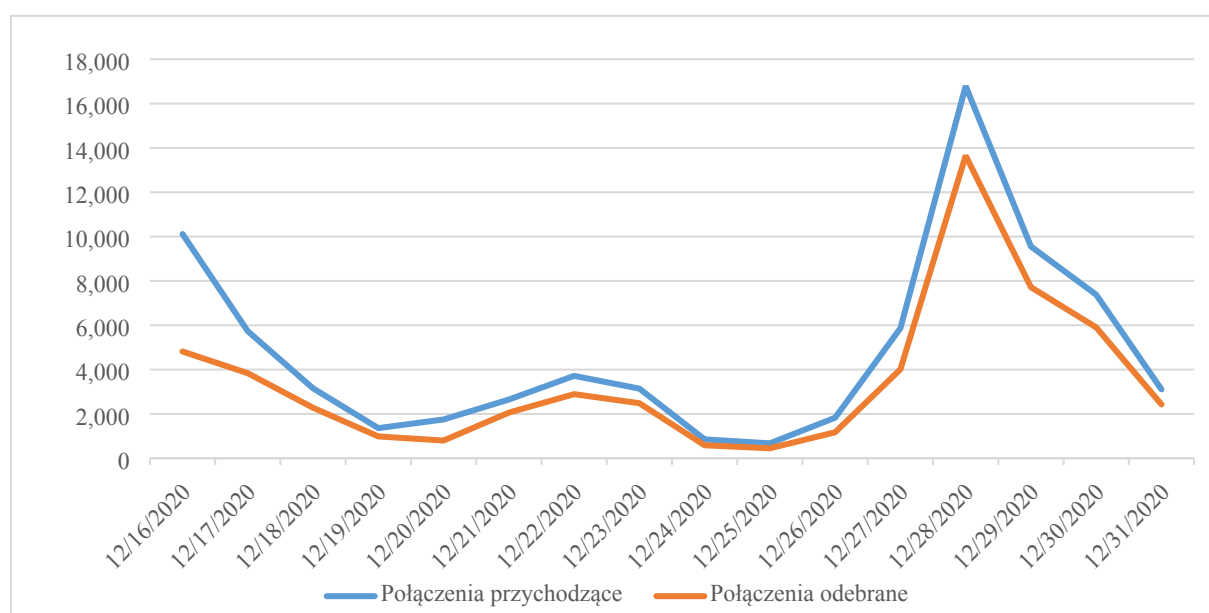
Narodowy Fundusz Zdrowia, zgodnie z poleceniem Kancelarii Prezesa Rady Ministrów i Ministra Zdrowia, 16 grudnia 2020 roku uruchomił infolinię Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19, dostępną pod bezpłatnym numerem 989 i czynną przez całą dobę, 7 dni w tygodniu. Konsultanci infolinii udzielali informacji w następujących językach: polskim, angielskim, rosyjskim i ukraińskim. Przewidziano również opcję tłumacza języka migowego w ramowych godzinach 8-16 w dni robocze na stronie nfz.gov.pl. Skrypty i baza wiedzy były koordynowane i aktualizowane przez Kancelarię Prezesa Rady Ministrów we współpracy z NFZ, Ministerstwem Zdrowia, Głównym Inspektoratem Sanitarnym oraz innymi zaangażowanymi instytucjami.

Infolinia podzielona została na dwie części:

- nitkę informacyjną, która rozpoczęła działanie 16 grudnia 2020 roku. Jej głównym zadaniem było udzielanie informacji o procesie związanym ze szczepieniami przeciw SARS Cov-2 pacjentom oraz świadczeniodawcom – realizatorom szczepień;
- nitkę usługową, która została uruchomiona 15 stycznia 2021 roku, a jej głównym zadaniem było zapisywanie dzwoniących na szczepienie przeciw SARS Cov-2. Konsultanci realizujący to zadanie z wykorzystaniem aplikacji webowej udostępnionej przez Centrum e-Zdrowia. Przez infolinię pacjent umawiany był na termin podania pierwszej dawki szczepionki. Podanie kolejnej dawki umawiane było bezpośrednio w punkcie szczepień, w którym realizowana była pierwsza dawka.

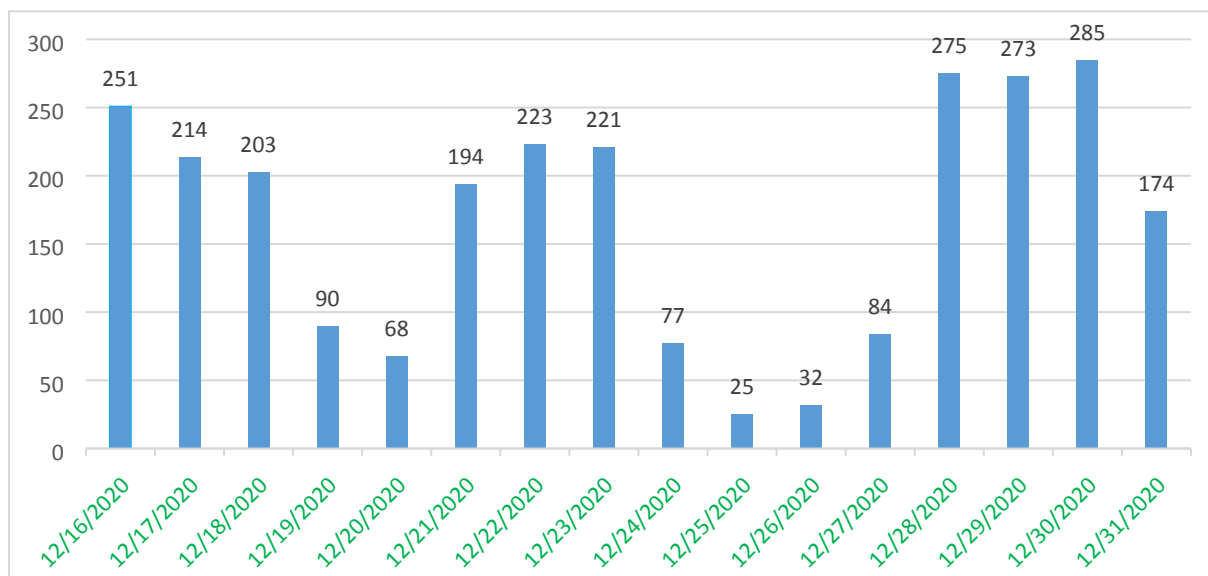
Obsługę infolinii, ze względu na przewidywane duże zainteresowanie po stronie obywateli, powierzono od początku funkcjonowania firmie zewnętrznej. Poniższe wykresy przedstawiają statystyki połączeń oraz liczbę konsultantów obsługujących infolinię w ciągu pierwszych dwóch tygodni jej działania.

**Wykres nr VII.8.** Statystyki połączeń Infolinii Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 w okresie 16-31 grudnia 2020 roku.



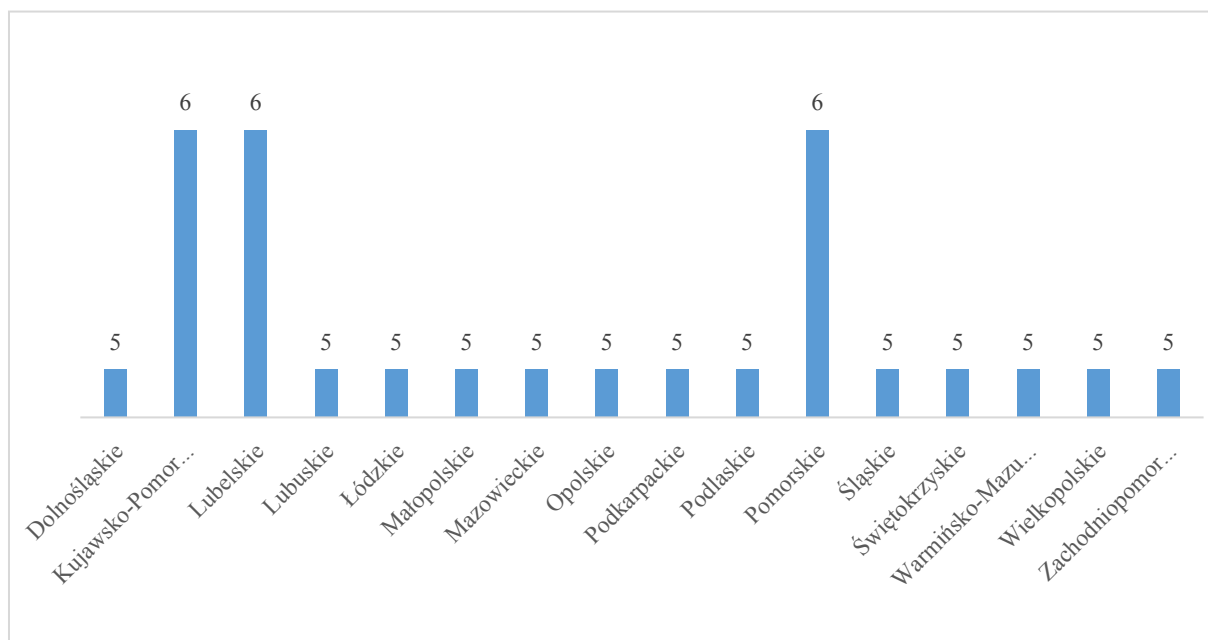


**Wykres nr VII.9.** Liczba konsultantów obsługujących infolinię Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 w okresie 16-31 grudnia 2020 roku



Infolinię Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 wspierali również pracownicy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia.

**Wykres nr VII.10.** Liczba pracowników OW Funduszu, którzy wspierali Infolinię Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19, stan na 31.12.2020 r.



Łącznie oddelegowanych do pracy na Infolinii Narodowego Programu Szczepień przeciw COVID-19 w 2020 r. było 83 pracowników z OW Funduszu.

### VII.5.3. Upraszczenie języka w komunikacji Narodowego Funduszu Zdrowia

W 2020 r rozpoczęto w NFZ proces upraszczania komunikacji z klientami. Upraszczenie komunikacji urzędowej prowadzi do:

- poprawy komfortu życia obywateli – wypełnianie formularzy urzędniczych nie sprawia trudności i nie zabiera zbyt dużo czasu;
- wyższej świadomości obywatelskiej – społeczeństwo rozumie procesy, które toczą się w sferze publicznej, a następnie aktywnie w nich uczestniczy;
- szerszej dostępności usług publicznych – łatwiejszy udział w konkursach, zamówieniach publicznych;
- przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu – osoby niewykształcone, czy osoby z niepełnością intelektualną nie są zależne od członków swoich rodzin, same potrafią załatwić sprawę w urzędzie.

Strategia Narodowego Funduszu Zdrowia na lata 2019 - 2023 wskazała poprawę komunikacji z klientami jako jeden z priorytetów rozwoju. NFZ działa aktywnie na rzecz prostego języka. Kontynuowane są zapisy zawartego w 2019 r. międzyresortowego porozumienia „Prosto i kropka”. W 2020 r. zrealizowano następujące działania w tym zakresie:

- powołano do działania w NFZ korpus oficerów językowych – przedstawicieli prostego języka w każdej komórce Centrali NFZ i każdym oddziale wojewódzkim NFZ, łącznie 61 osób. Ich zadaniem jest promocja prostego języka wśród pracowników swojej komórki organizacyjnej lub oddziału wojewódzkiego NFZ. Oficerowie szkolą współpracowników, rozsyłają im materiały edukacyjne, a przede wszystkim upraszczają teksty, które są skierowane do klientów. Departament Obsługi Klientów koordynuje prace oficerów językowych, organizuje regularne spotkania oraz szkolenia z oficerami;
- przeszkolono oficerów poprzez organizację 2 webinarów i dystrybucję 10 odcinków podcastów – prowadzili je eksperci zewnętrzni. Webinary były na temat upraszczania pism i korespondencji elektronicznej. Podcasty poruszały tematykę pełnienia funkcji oficera językowego, z jakich narzędzi korzystać, jak upraszczać teksty, najważniejsze zasady prostego języka;
- stworzono forum - elektroniczną platformę wymiany wiedzy dla oficerów językowych. Na forum publikowane są najczęściej zadawane pytania w ramach prostego i poprawnego języka oraz odpowiedzi do nich. Platforma służy również wymianie informacji i poglądów na dany temat;
- zbudowano zakładkę w intranecie „Prosty język”, gdzie zgromadzone zostały materiały edukacyjne na temat prostego języka dla wszystkich pracowników NFZ;
- uproszczono 113 tekstów, w tym: pisma, teksty na stronę internetową, publikacje;
- uproszczono pisma, formularze (łącznie 15) w ramach procedury ubiegania się o kartę EKUZ i informacje na stronie. Link do strony z uproszczonymi tekstami: Leczenie poza

granicami kraju / Dla Pacjenta / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków;

- przeszkolono 253 pracowników Centrali NFZ podczas 15 szkoleń stacjonarnych;
- zaprojektowano i rozpropagowano materiały edukacyjne na temat prostego języka takie jak karta oceny pisma, recepta na proste pismo;
- umożliwiono pracownikom NFZ konsultacje poprawności tekstów poprzez telefon i specjalnie do tego stworzoną skrzynkę e-mail;
- przeprowadzono w ramach korpusu oficerów 268 konsultacji na temat uproszczeń tekstów;
- stworzono pilotaż monitoringu pracy oficerów, w ramach którego zebrano 55 ankiet, które były formą raportów z pracy oficerów;
- prowadzono ciągłą kampanię edukacyjno-informacyjną na temat prostego języka w ramach kanałów komunikacji wewnętrznej pracowników NFZ. W jej ramach pokazywane były dobre praktyki, porady i standardy prostego języka.

#### **VII.5.4. Forum Organizacji Pacjentów**

W 2020 r., NFZ zainicjował Forum Organizacji Pacjentów (FOP), w celu nawiązania dialogu z pacjentami poprzez ich zrzeszenia - stowarzyszenia, fundacje. FOP to platforma wymiany potrzeb i wiedzy. Dzięki niej NFZ może pomóc pacjentowi kompleksowo, w całym cyklu jego życia z chorobą, przed udzieleniem świadczenia, jak i po nim. Efektem tej współpracy w 2020 r. były wspólne działania i projekty. Celem Forum było też wypracowanie zasad wieloletniej współpracy przy realizacji uzgodnionych projektów. Aktywna współpraca z tymi organizacjami pomogła Funduszowi lepiej poznać potrzeby pacjentów i ich rodzin, zrozumieć sytuację, w jakiej znajdują się osoby dotknięte chorobami i niepełnosprawnością oraz wyjść naprzeciw ich oczekiwaniom. Tym samym, NFZ zdobywa większe grono odbiorców informacji na temat profilaktyki i promocji zdrowia oraz ułatwia pacjentom poruszanie się po systemie opieki zdrowotnej.

Prace w FOP przebiegają w sześciu wyodrębnionych obszarach (podzespołach) tematycznych: choroby rzadkie, edukacja i szkolenia, innowacyjne rozwiązania w systemie zdrowia, monitoring systemu ochrony zdrowia, profilaktyka zdrowotna i promocja zdrowia, sale obsługi klientów NFZ.

W ramach prac FOP w 2020 r.:

- odbyło się 16 spotkań. Od czasu ogłoszenia pandemii komunikacja przebiega zdalnie;

- współpracowało z NFZ 41 organizacji<sup>36</sup>,
- powstała Księga współpracy<sup>37</sup>, która jest opisem wspólnych zadań NFZ i FOP, a także sposobu ich realizacji;
- powstało 17 pomysłów na projekty, które ujęte zostały w Księdze współpracy;
- powstała podstrona o FOP<sup>38</sup>. Znalazły się na niej najważniejsze informacje o FOP i jego zadaniach, Księdze współpracy i zrealizowanych projektach;
- odbyła się dystrybucja informacji o COVID-19 – organizacje FOP otrzymywały skrypty wiedzy przygotowywane dla konsultantów TIP, na podstawie których tworzyły komunikaty o COVID-19 dla swoich podopiecznych;
- odbyło się testowanie niektórych produktów i usług NFZ, np. z organizacjami FOP było również konsultowane działanie BOTa, który informował o COVID-19 na TIP;
- miało miejsce polecanie organizacji FOP pacjentom i instytucjom, które zgłaszały się do NFZ z różnymi zapytaniami, np. w sprawie organizacji domu opieki dla osób starszych. Oprócz informacji o finansowaniu inicjatywy dodawano informację o organizacjach, które mogą pomóc w sposób praktyczny. W tym celu NFZ stworzył listę organizacji, które współpracują w ramach FOP wraz z informacją, w jakich obszarach pomagają one klientom<sup>39</sup>.
- zrealizowano projekt „Karta przejścia w dorosłość”. W ramach projektu została przygotowana informacja na temat przejścia małoletnich pacjentów z chorobą przewlekłą z poradni dla dzieci do poradni dla dorosłych. Informacje zostały opublikowane na podstronie internetowej FOP. Przygotowano materiały do projektów, których publikacja została zaplanowana na 2021 r.: „Przewodnik po systemie dla pacjenta ze stwardnieniem rozsianym”, lista „O co pytać lekarza”, „Poradnik dla osób z celiakią”.

Część projektów została odłożona na czas, gdy zostaną zniesione zasady reżimu sanitarnego i kadra medyczna będzie odciążona od zadań związanych z pandemią. Dobre wyniki projektów FOP w dużej mierze zależne są od zaangażowania i włączenia w nie kadry medycznej.

### VII.5.5. Badania trudności językowej tekstów NFZ

<sup>36</sup> Stowarzyszenie Lwie Serca, Instytut Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszenie Hematoonkologiczni, Polskie Stowarzyszenie Pomocy Osobom z Chorobą Alzheimer, Fundacja Życie z migreną, Fundacja Planuj Zdrowie, Polskie Towarzystwo Programów Zdrowotnych, Fundacja Dobre Serce, Fundacja NU-med, Fundacja Pomocy Dzieciom, Ogólnopolskie Stowarzyszenie Pacjentów ze Schorzeniami Serca i Naczyń EcoSerce, Fundacja SM walcz o siebie, Fundacja Osób Chorych na Otyłość OD-WAGA, Fundacja Alivia, MATIO Fundacja Pomocy Rodzinom i Chorym na Mukowiscydozę, Polska Federacja Stowarzyszeń Chorych na Astmę Alergie i POCHP, Fundacja StwardnienieRozsiane.info, Polska Unia Organizacji Pacjentów Obywatele dla Zdrowia, Fundacja EuropaColon Polska, Polskie Stowarzyszenie Diabetyków, Polskie Towarzystwo Stwardnienia Rozsianego, Stowarzyszenia EURIPA Polska, Fundacja eKropka, Stowarzyszenie Sport i Rekreacja START, Fundacja Eksperci Dla Zdrowia, Towarzystwo Tłumaczy i Wykładowców Języka Migowego GEST, Stowarzyszenie Asystentów Zdrowienia, Forum Hospicjów Polskich, Polska Unia Onkologii, Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą, Polskie Towarzystwo Chorób Nerwowo-Mięśniowych, Fundacja Urszuli Jaworskiej, Stowarzyszenie Osób z NTM UroConti, Koalicja Na pomoc niesamodzielnym, Małopolski Sejmik Organizacji Osób Niepełnosprawnych, Fundacja NIKA, Fundacja STOMALife, Polska Koalicja Pacjentów Onkologicznych, Fundacja MY Pacjenci, Fundacja Integracja, Collegium Humanum Szkoła Główna Menadżerska.

<sup>37</sup> [https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/\\_public/dla\\_pacjenta/ksiega\\_wspolpracy.pdf](https://www.nfz.gov.pl/gfx/nfz/userfiles/_public/dla_pacjenta/ksiega_wspolpracy.pdf).

<sup>38</sup> <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/skorzystaj-z-pomocy-organizacji-pacjentow/o-fop>.

<sup>39</sup> <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/skorzystaj-z-pomocy-organizacji-pacjentow/organizacje-pacjentow>.

Badania trudności językowej tekstów pozwoliły opracować rekomendacje dla NFZ w zakresie komunikacji pisemnej. W efekcie, komunikacja NFZ staje się bardziej przystępna i przyjazna, na czym skorzysta głównie klient, pracownicy, jak również NFZ jako Instytucja. Badania przeprowadzili eksperci zewnętrzni (językoznawcy) pod kierownictwem doktora Tomasza Piekota – Kierownika Pracowni Prostej Polszczyzny z Uniwersytetu Wrocławskiego. W ich wyniku powstały następujące produkty:

- raport z badań ilościowych wraz z przykładami i wnioskami;
- raport z badań jakościowych wraz przykładami i wnioskami;
- 10 zasad prostego języka w NFZ – na ich podstawie powstała lista kontrolna do pism;
- słowniczek pojęć, który pokazuje jak zastąpić słowa trudne dla pacjentów, a powszechnie używane przez NFZ;
- prototypy uproszczonych pism i formularzy w ramach procedury ubiegania się o kartę EKUZ. Stały się one bazą do uproszczeń pism i formularzy w tym zakresie. Wybrano do badania procedurę wydawania EKUZ dlatego, że jest to najbardziej popularna usługa NFZ. Jest też najbardziej reprezentatywna – zawiera pisma, formularze, wytyczne dla pracowników, wzory dokumentów, komunikaty na stronie internetowej. Badania wykazały, że teksty NFZ są trudne i potrzebują uproszczenia. Wskaźnik prostoty języka (PLI) wynosi w ich przypadku 0%. Wykryto też 28 barier w komunikacji NFZ dotyczących trzech aspektów: relacji z czytelnikiem, architektury informacji, budowy zdań. W ramach badania otrzymano porady, jak pisać, żeby odbiorcy tekstów NFZ je rozumieli. Na tej podstawie uproszczono teksty, które umieszczono w zakładce EKUZ na stronie NFZ<sup>40</sup> a następnie pisma i formularze (łącznie 15) w ramach procedury ubiegania się o EKUZ.

Wymienione produkty, które powstały na podstawie badania trudności językowej tekstów NFZ stały się praktycznymi narzędziami do wykorzystania przez pracowników. Ułatwiają zmianę komunikacji (jak było i jak powinno być).

#### **VII.5.6. Badanie doświadczeń klientów**

Departament Obsługi Klientów we współpracy z zewnętrzną firmą szkoleniową zrealizował szkolenia on-line dla pracowników bezpośredniej obsługi klientów oraz Telefonicznej Informacji Pacjenta. Projekt był odpowiedzią na wyniki przeprowadzonego na przełomie 2019 r. i 2020 r. badania satysfakcji z obsługi klientów, podczas kontaktu z pracownikami Narodowego Funduszu Zdrowia: bezpośredniego w Sali Obsługi Klientów i telefonicznego z TIP. Projekt ten wpisuje się w strategię NFZ na lata 2019-2023, która dąży do podnoszenia standardów świadczonych usług. Szkolenie zrealizowano w formie podkastów, aby ułatwić dostęp pracownikom, którzy wykonywali obowiązki służbowe w formie zdalnej i stacjonarnej. Do szkolenia wytypowano pracowników oddziałów wojewódzkich NFZ, koordynatorów Telefonicznej Informacji Pacjenta oraz pracowników komórek organizacyjnych z Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia. Szkolenie zrealizowano w grudniu 2020 r. Każdy ze zgłoszonych pracowników miał obowiązek zapoznania się z podkastami szkoleniowymi.

---

<sup>40</sup> <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/nasze-zdrowie-w-ue>.

Ukończenie całego szkolenia wraz z wydaniem certyfikatu, weryfikowane było testem końcowym składającym się z 20 zamkniętych pytań dotyczących zasad i standardów obsługi klientów.

Podkasty szkoleniowe dla pracowników bezpośredniej obsługi klientów oraz II linii wsparcia i koordynatorów TIP obejmowały 5 tematów (Moduł II):

- komunikatywność (uważne słuchanie, wyciąganie wniosków, zrozumiały przekaz klient - pracownik, pracownik - klient, poprawa sprawności obsługi klientów);
- asertywność w obsłudze trudnego klienta (nabywanie umiejętności łagodzenia sytuacji trudnych i konfliktowych);
- trudne sytuacje w pracy (4 postawy reagowania: aktywny – bierny, destrukcyjny - konstruktywny);
- motywacja, a motywowanie (pewność siebie, kształtowanie postawy nastawionej na służenie klientowi pomocą);
- obsługa klienta z niepełnosprawnościami.

Dla pracowników bezpośredniej obsługi klientów przygotowano dodatkowy szósty temat (Moduł I);

- wizerunek pracownika jako wizytówki placówki (dress code, kształtowanie właściwej postawy w miejscu pracy).

#### Badanie satysfakcji z wizyt w szpitalach

W pierwszym półroczu 2020 roku przeprowadzono pilotażowe badanie satysfakcji pacjentów korzystających ze świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne. Celem tego badania było uzyskanie odpowiedzi na pytania dotyczące aspektów leczenia szpitalnego, które należy usprawnić. Badanie to miało charakter pilotażowy z uwagi na planowanie podobnego ogólnopolskiego badania obejmującego wszystkie rodzaje świadczeń. Badanie było przeprowadzone metodą ankiety telefonicznej, wśród pacjentów korzystających z następujących świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne: zabiegi w zakresie soczewki (zaćma), zabiegi w zakresie ciała szklistego (witrektomia), operacje jaskry, operacje jaskry z zaćmą, operacje plastyczne oka, wszczepienie protezy ślimaka lub wszczepienie wielokanałowej protezy ślimaka, wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu albo wymiana procesora dźwięku implantów ucha środkowego, usunięcie zwężenia tętnicy wieńcowej (angioplastyka), pomosty dla rewaskularyzacji serca, endoprotezoplastyka stawu biodrowego, rewizja po endoprotezoplastyce stawu biodrowego, endoprotezoplastyka stawu kolanowego, rewizja po endoprotezoplastyce stawu kolanowego, zabiegi w zakresie gruczołu krokowego (prostektomia), wycięcie macicy (histerektomia).

Ankiety przeprowadzono wśród 14 840 pacjentów, którzy korzystali ze świadczeń na terenie siedmiu województw: mazowieckiego, śląskiego, dolnośląskiego, małopolskiego, wielkopolskiego, łódzkiego i pomorskiego, ponieważ na tych terenach udziela się najczęściej świadczeń z zakresu leczenia szpitalnego. Obejmowała ona 9 zamkniętych pytań, które dotyczyły następujących sfer pobytu pacjenta w szpitalu: zaangażowanie zespołu medycznego w zarządzanie bólem, jakość wyżywienia, zrozumiała komunikacja, zrozumiałe informowanie

przez zespół medyczny o ryzyku związanym z lekami, zapewnienie wsparcia emocjonalnego przez zespół medyczny, czystość bezpośredniego otoczenia, cisza w nocy, włączenie pacjenta do decyzji o leczeniu, prawdopodobieństwo polecenia szpitala.

Analiza zgromadzonych danych pokazała, że zdecydowana większość respondentów wysoko oceniła najbardziej istotne aspekty pobytu w szpitalu, takie jak zaangażowanie personelu w zarządzanie bólem, zrozumiałość komunikacji, włączenie pacjenta do decyzji o leczeniu, czy też zrozumiałe informowanie o ryzyku związanym z przyjmowanymi lekami. Najbardziej krytycznie ocenianą sferą pobytu w szpitalu we wszystkich województwach była jakość wyżywienia. Mając zatem na uwadze wyniki przedmiotowej ankiety zauważono, że właśnie jakość wyżywienia w polskich szpitalach jest płaszczyzną w szczególności wymagającą wdrożenia działań, które w przyszłości pozwolą na wzrost satysfakcji pacjentów w tym właśnie obszarze. Poniższy wykres obrazuje odsetek respondentów z województwa dolnośląskiego, małopolskiego, pomorskiego i śląskiego, którzy przyznali ocenę 9 lub 10 w każdym z badanych aspektów pobytu w szpitalu.

### **VII.5.7. Działania informacyjne**

#### Biuletyn dla klientów „Ze zdrowiem”

„Ze zdrowiem” to przygotowany w 2020 r. projekt kwartalnika wydawanego dla pacjentów. W kwartalniku, w przystępny sposób wytłumaczone zostało, jak poruszać się po systemie opieki zdrowotnej. Każdy numer będzie poświęcony innemu tematowi. W 2020 r. został wydany pierwszy numer tej publikacji. Jego tematem była podstawowa opieka zdrowotna. Powstała wersja elektroniczna i papierowa do dystrybucji w Salach Obsługi Klientów<sup>41</sup>.

#### Portal pacjent.gov.pl

Pacjent.gov.pl to portal, który w prosty i zrozumiały sposób przedstawia informacje na temat zdrowia, a w szczególności, jak poruszać się po systemie opieki zdrowotnej. Jest przeznaczony głównie dla pacjentów. Prace NFZ nad portalem Pacjent.gov.pl przebiegały w 2020 r. dwutorowo. Pierwszym etapem prac była aktualizacja, redakcja i przeniesienie artykułów ze strony nfz.gov.pl (zakładka „Dla Pacjenta”) na stronę pacjent.gov.pl. Było to ponad 60 artykułów. Drugim etapem prac było przygotowanie do przejęcia koordynacji merytorycznej tego portalu, które zostało zaplanowane na styczeń 2021 r. W ramach tego etapu wykonano następujące prace: podpisanie porozumienia między NFZ a Centrum e-Zdrowia w sprawie przejęcia portalu i podziału zadań w tym zakresie; stworzenie wstępnego planu tematycznego rozwoju portalu; przydzielenie dostępu do CMS portalu dla pracowników NFZ; nawiązanie kontaktu z instytucjami współpracującymi w ramach portalu.

W 2020 r. na portalu Pacjent.gov.pl aktualizowano również mapy postojów mammobusów, na podstawie danych pozyskanych z oddziałów wojewódzkich NFZ. Od stycznia 2021 r. NFZ będzie odpowiedzialny za stronę merytoryczną portalu z wyłączeniem informacji dotyczących usług e-zdrowia i szczepień przeciw COVID-19, którymi nadal zarządzać będzie Centrum e-Zdrowia.

---

<sup>41</sup> <https://www.nfz.gov.pl/dla-pacjenta/magazyn-dla-pacjentow-ze-zdrowiem>.

## Współpraca z samorządami terytorialnymi

Dnia 14 maja 2020 r. zostało podpisane porozumienie między NFZ a Narodowym Instytutem Samorządu Terytorialnego (NIST). Głównym celem tej współpracy jest przepływ informacji o usługach systemu zdrowia do pacjentów poprzez samorzady terytorialne. Dzięki współpracy z NIST, Fundusz zdobywa większe grono odbiorców informacji na temat profilaktyki i promocji zdrowia oraz ułatwia pacjentom poruszanie się po systemie opieki zdrowotnej, a informacje te docierają do lokalnych społeczności. W ramach współpracy, w 2020 r. przekazywano do NIST skrypty przygotowywane dla konsultantów TIP na temat COVID-19. NIST dystrybuował te informacje do gmin, co zapewniało to lokalnej społeczności dostęp do rzetelnych i bieżących informacji na temat COVID-19. Było to szczególnie ważne w pierwszym okresie pandemii, gdy w mediach społecznościowych pojawiała się dużo fałszywych komunikatów na temat koronawirusa.

## Księga znaku i Księga identyfikacji wizualnej

W ostatnim kwartale 2020 r. rozpoczęto prace nad nową wersją Księgi znaku i Księgą identyfikacji wizualnej, która jest załącznikiem do niej. Księga znaku standaryzuje umieszczanie i budowę logo NFZ, kolorystykę oraz typografię. Natomiast Księga identyfikacji wizualnej przedstawia standardy projektowania materiałów promocyjnych, druków, pism z uwzględnieniem logo. Realizacja tego zadania poprawi wizerunek NFZ poprzez wyznaczenie jednakowych standardów wizualizacji. Struktura NFZ jest rozproszona, dodatkowo logo NFZ jest używane również przez świadczeniodawców. Dlatego też zauważono duże ryzyko wprowadzania różnych form znakowania materiałów informacyjnych i promocyjnych. Księga znaku i Księga identyfikacji wizualnej pomoże uspoźnić wizualnie działania informacyjno-promocyjne NFZ, które powinny być jednoznacznie kojarzone z działalnością NFZ oraz rozpoznawalne.

W ramach Księgi identyfikacji wizualnej, w kolejnych latach wprowadzone zostaną jednakowe szablony pism NFZ, które uwzględnią zasady prostego języka i dostępności.

## **VII.5.8. Profilaktyka i promocja zdrowia**

NFZ zgodnie z przyjętą Strategią NFZ 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 prowadzi liczne działania informacyjne i edukacyjne, tak na poziomie ogólnopolskim, jak i regionalnym. W 2020 roku w każdym oddziale wojewódzkim powołany został Zespół Profilaktyki Zdrowotnej, który nadzoruje i rozwija działania w obszarze profilaktyki chorób i promocji zdrowia na poziomie regionalnym, podlegając merytorycznie Biuru Profilaktyki Zdrowotnej Centrali Funduszu i w pełni z nim współpracując.

Główne działania podjęte przez Fundusz w 2020 roku w ramach promocji zdrowia.

### Cykliczna akcja NFZ „ŚRODA Z PROFILAKTYKĄ”.

Jest to dzień regularnej edukacji zdrowotnej, dedykowany profilaktyce chorób i promocji zdrowia. W związku z ograniczeniami związanymi z pandemią COVID-19 od połowy marca



2020 r. zaprzestano spotkań z pacjentami i ekspertami na salach obsługi pacjenta w oddziałach wojewódzkich NFZ. Działalność związana z edukacją w tym zakresie przeniesiona została do Internetu oraz do środków masowego przekazu. Materiały informacyjne oraz filmy - wywiady z ekspertami w dziedzinie profilaktyki chorób i promocji zdrowia zamieszczane były na stronie Akademii NFZ<sup>42</sup> oraz w mediach społecznościowych na FB Akademii NFZ oraz na kanale YouTube<sup>43</sup> Akademii NFZ.

Materiały informacyjne i edukacyjne także cyklicznie były udostępniane placówkom podstawowej opieki zdrowotnej za pośrednictwem systemów informatycznych NFZ. Działania związane z promocją zdrowia, ze szczególnym naciskiem na informowanie o badaniach profilaktycznych, komunikowane były regularnie na poziomie regionalnym przez rzeczników prasowych OW NFZ. Oddziały wojewódzkie NFZ wraz z ich delegaturami, regularnie promują badania profilaktyczne – w szczególności mammografię i cytologię – na swoich stronach internetowych oraz w mediach społecznościowych. Przed czasem pandemii, w kilkunastu miastach, pracownicy OW NFZ organizowali w jednostkach podległych urzędowi miasta spotkania edukacyjne. Gdy będzie to możliwe, do takich spotkań powrócimy. Po ustabilizowaniu się sytuacji epidemicznej w kraju NFZ uruchomi na salach obsługi pacjenta stanowiska dedykowane profilaktyce zdrowotnej. W tym celu Fundusz realizuje cykl kształcenia edukatorów ds. profilaktyki i promocji zdrowia, wspólnie z licznymi ekspertami zewnętrznymi środowiska medycznego.

#### Kurs kształcenia kierunkowego Edukatora Zdrowotnego do spraw profilaktyki i promocji zdrowia NFZ.

Centrala NFZ przeprowadziła w dniach 14 i 15 lipca 2020 r. szkolenie dla Edukatora Zdrowotnego do spraw profilaktyki i promocji zdrowia w każdym oddziale wojewódzkim Funduszu. Związane to było z realizacją przez NFZ Strategii na lata 2019-2023, oraz planowanym uruchomieniem w placówkach NFZ na Salach obsługi, stanowiska dedykowanego zagadnieniu profilaktyki chorób i promocji zdrowia. Pracownik, który zajmie ww. stanowisko musi posiadać wiedzę na temat najważniejszych chorób cywilizacyjnych, programów profilaktycznych, właściwej komunikacji z pacjentem oraz promocji zdrowia. Jednocześnie powstał kompleksowy skrypt dla Edukatora, będący pierwszym i kluczowym elementem kształcenia, kolejnym były warsztaty z ekspertami z różnych dziedzin medycznych. Skrypt zawiera opracowania na temat najważniejszych chorób cywilizacyjnych, profilaktyki chorób, zdrowego stylu życia, komunikacji z pacjentem. Teksty do skryptu przygotowane zostały przez ekspertów zewnętrznych.

#### Portal żywieniowy DIETY.NFZ.GOV.PL

W związku sytuacją epidemiczną w 2020 roku, prowadzone były oraz są kontynuowane działania zachęcające Polaków do dbania o zdrowie, w tym do zmiany żywienia na zdrowsze i korzystania z darmowego portalu żywieniowego<sup>44</sup> którego nowe hasło to „Jedz zdrowo! Żyj zdrowo!”.

---

<sup>42</sup> <https://akademia.nfz.gov.pl/sroda-z-profilaktyka>.

<sup>43</sup> <https://www.youtube.com/playlist?list=PLZ2X-9LnwIVEIyeStWSDV5c-nMvRKMaza>.

<sup>44</sup> [www.diety.nfz.gov.pl](http://www.diety.nfz.gov.pl).

Narodowy Fundusz Zdrowia szczególnie poleca dietę DASH, wykorzystując ją, jako referencyjną w proponowanych planach żywieniowych. Odżywianie się według jej zasad daje wiele korzyści zdrowotnych, które możemy zaobserwować już po kilku tygodniach jej stosowania. Dieta DASH nie tylko pomaga obniżyć ciśnienie tętnicze, ale również zapobiega jego rozwojowi, sprzyja poprawie w przypadku zaburzeń lipidowych, zmniejsza ryzyko rozwoju cukrzycy typu 2 oraz chorób sercowo-naczyniowych. Na portalu powstały nowe funkcjonalności i nowe plany żywieniowe. Dostępne są plany żywieniowe: DASH classic, VEGE DASH, DASH senior, DASH cukrzyca, DASH nadciśnienie, DASH hashimoto, DASH zaparcia w różnych kalorycznościach.

Dodatkowo w 2020 r. opublikowane zostały dwa e-booki kulinarne „Kuchenne inspiracje z NFZ – Lato i Zima.

Narodowy Fundusz Zdrowia w ramach przyjętej strategii w 2020 roku przeprowadził kilka kampanii edukacyjno-informacyjnych w zakresie profilaktyki chorób i promocji zdrowia.

Kampania edukacyjna na temat polipragmazji „Nie igraj z lekami – w grę wchodzi Twoje zdrowie”

W lutym 2020 roku NFZ przygotował i opublikował raport NFZ o Zdrowiu – Polipragmazja.

- 27 lutego 2020 r. NFZ zorganizował konferencję prasową dedykowaną raportowi i zjawisku polipragmazji;
- w konferencji oprócz NFZ udział wzięli pozyskani przez Fundusz partnerzy merytoryczni – prezesi Naczelnej Rady Lekarskiej, Naczelnej Rady Aptekarskiej i Ministerstwa Zdrowia;
- w konferencji udział wzięło 32 dziennikarzy mediów ogólnopolskich oraz ok. 20 reprezentantów największych organizacji pacjentów w Polsce.

Polipragmazja, nazywana też wielolekowością, to przyjmowanie co najmniej pięciu leków jednocześnie. Jest groźna dla każdego, szczególnie dla osób starszych, które są obciążone chorobami przewlekłymi, np. cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, niewydolnością krążenia. Zażywanie wielu medykamentów jednocześnie, zwiększa ryzyko wystąpienia groźnych powikłań i wzajemnych interakcji.

NFZ, monitorując zjawisko polipragmazji, we współpracy z lekarzami, farmaceutami, a przede wszystkim pacjentami, aktywnie włączył się w działania zapobiegające negatywnym jej skutkom. Wspólnie z Naczelną Izbą Aptekarską i Naczelną Izbą Lekarską przygotowano wydawnictwo poświęcone bezpiecznemu i odpowiedzialnemu zażywaniu leków<sup>45</sup>. Można znaleźć w nim m.in. odpowiedzi na pytania: na co należy zwrócić uwagę stosując jednocześnie wiele różnych leków? Jak przyjmować leki i jak je przechowywać? Jak nie narażać zdrowia na negatywne interakcje leków z suplementami, z żywnością czy ziołami? Dystrybucja gazety objęła media, organizacje pacjentów i towarzystwa medyczne oraz OW NFZ.

Z uwagi na pandemię koronawirusa do działań rozpoczętych w lutym, powróciliśmy jesienią. W ramach kampanii poświęconej polipragmazji, zarówno w wybranych stacjach telewizyjnych,

---

<sup>45</sup> <https://akademia.nfz.gov.pl/wp-content/uploads/2020/10/GAZETA.pdf>.

jak i w radiowych, propagowany był spot „Nie igraj z lekami – w grę wchodzi Twoje zdrowie!”<sup>46</sup> Spot dostępny jest na kanale Akademii NFZ na YouTube w trzech wersjach – również z napisami oraz tłumaczeniu na język migowy.

Aktywności edukacyjne miały miejsce także w mediach społecznościowych i prasie ogólnopolskiej tj. Gość Niedzielny, Gazeta Wyborcza, Super Express, portal ABC ZDROWIE, Medonet. Powstały trzy filmy edukacyjne z influencerem Okiem Chemika, które opublikowane zostały na kanale YouTube Akademia NFZ. Wydrukowane także zostały w nakładzie 200 000 egz. praktyczne bloczki dla pacjenta „Moje leki”, pomocne w notowaniu medykamentów przed wizytą u lekarza lub konsultacją z farmaceutą.

#### Cykl filmów „Wsparcie psychologiczne w czasie epidemii”

Lęk, niekontrolowane emocje czy konflikty rodzinne – z takimi sytuacjami mamy do czynienia w okresie izolacji spowodowanej epidemią koronawirusa. Jak sobie z nimi poradzić? Jak nie poddać się lękowi i nie dać się obezwładnić stresowi?

W odpowiedzi na potrzeby pacjentów, Narodowy Fundusz Zdrowia przy współpracy specjalistów psychoterapii zrealizował w kwietniu 2020 roku cykl 10 filmów „Wsparcie psychologiczne w czasie epidemii”, w którym eksperci podpowiadają, jak skutecznie radzić sobie ze stresem, lękiem i innymi problemami natury psychicznej związanymi z pandemią. To rozmowy z Dorotą Mintą, psychoterapeutką z wieloletnim stażem, szefową fundacji StomaLife, która specjalizuje się w trudnościach psychologicznych dotyczących kryzysów i chorób przewlekłych. Filmy publikowane były w czasie narodowej kwarantanny na kanale Akademii NFZ na YouTube oraz rozpowszechniane w mediach społecznościowych.

#### „Poranne rozciąganie z Pytaniem na Śniadanie i NFZ”

18 marca 2020 roku w czasie kwarantanny narodowej, ruszył cykl codziennych ćwiczeń w ramach akcji „Poranne rozciąganie z Pytaniem na Śniadanie i NFZ” w TVP2 oraz na kanale YouTube Akademii NFZ. Narodowy Fundusz Zdrowia przygotował go wspólnie z ekspertami Exercise is Medicine, by czas spędzony w domu w okresie epidemii spędzać aktywnie. Pokazano w nim, że nawet w swoich czterech ścianach można z łatwością ćwiczyć i gimnastykować się np. z wykorzystaniem butelki wody, poduszki, krzesła czy piłki. Ćwiczenia są bezpieczne, do wykonania w domu dla każdego, pomogą utrzymać formę i poprawią samopoczucie. Wszystkie treningi dostępne są na kanale YouTube Akademii NFZ.

#### Cykl filmów „Bezpieczni w czasie epidemii”

Czas epidemii spowodował przewartościowanie i redefinicję ważnych pojęć dotyczących zdrowia tj. higiena, profilaktyka, odporność organizmu, odpowiedzialność.

NFZ we współpracy z Warszawskim Uniwersytetem Medycznym oraz Ministerstwem Zdrowia przygotował cykl filmów edukacyjnych z praktycznymi informacjami i poradami ekspertów dotyczącymi tego, jak bezpiecznie i odpowiedzialnie żyć w przedłużającym się stanie epidemii.

---

<sup>46</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=PkOyiDttEYE&list=PLZ2X-9LnwIVERkAfv7D4Vwf7yRs56u6Nw&index=4>

Wspomniany cykl „Bezpieczni w czasie epidemii” składa się z 10 filmów i zawiera wypowiedzi ponad 20 ekspertów z dziedziny medycyny, a także wypowiedzi wielu znanych publicznie osób (np. sportowców, dziennikarzy), którzy dzielą się swoimi doświadczeniami z życia w czasie epidemii COVID-19.

Filmy edukacyjne „Bezpieczni w czasie epidemii” wyemitowane zostały we wrześniu 2020 roku na kanale You Tube Akademia NFZ: Wiedza oparta na faktach, Higiena i bezpieczeństwo, Jak korzystać z podstawowej opieki zdrowotnej (POZ)?, Jak korzystać z opieki ambulatoryjnej (AOS)?, Jak korzystać z opieki szpitalnej?, W zdrowym ciele zdrowy duch!, Żywnienie ma znaczenie!, Podróże bez ryzyka. „Praca w nowej rzeczywistości, Nasza odpowiedzialność”, Wszystkie filmy są z napisami dla osób niesłyszących.

#### Program profilaktyczno-treningowy „8 tygodni do zdrowia”

Narodowy Fundusz Zdrowia przygotował projekt o charakterze edukacyjno-zdrowotnym „8 tygodni do zdrowia”, którego celem było zachęcenie Polaków do regularnej aktywności fizycznej, połączonej z racjonalną dietą oraz higieną stylu życia, w czasie w epidemii koronawirusa. Przy współpracy lekarza, trenera, fizjoterapeuty i psychologa opracowany został 8 tygodniowy kompleksowy program profilaktyczno-treningowy dla zdrowia. To o programów treningowych długości 35 minut, o wzrastającej stopniowo intensywności. Filmy z treningami prezentowane były na kanale YouTube Akademia NFZ przez kolejnych 8 tygodni – jeden film w każdym tygodniu. Dodatkowo uczestnicy projektu otrzymali zalecenia dotyczące uzupełniającej aktywności fizycznej o wzrastającym wymiarze czasowym od 100 do 170 minut tygodniowo tj. marsz, nordic walking. W ramach projektu powstały również dodatkowe filmy instruktażowe i motywujące do aktywności fizycznej z udziałem ekspertów. Program dedykowany był wszystkim Polakom, a w szczególności osobom zmagającym się z cukrzycą i nadciśnieniem tętniczym, nadwagą i otyłością. Dlaczego powstał ten program? Ponieważ konsekwencje braku ruchu mogą być katastrofalne dla całego społeczeństwa. Nawet ok. 60% Polaków nie wykonuje rekomendowanych przez WHO od 150 do 300 minut umiarkowanego wysiłku fizycznego tygodniowo. Dzieci powinny ćwiczyć 60 minut dziennie, tymczasem na nadwagę i otyłość cierpi w Polsce niemal 35% dzieci. Aktywność fizyczna pomaga w zapobieganiu rozwojowi wielu chorób oraz w leczeniu chorób przewlekłych. Program „8 tygodni do zdrowia” rekomendowany był przez prof. nzw. dr hab Ewę Kozdroń z Akademii Wychowania Fizycznego w Warszawie im. Józefa Piłsudskiego. „Program ten może stanowić gwarancję uwolnienia się od problemów niesprawności fizycznej związanej z siedzącym trybem życia. Ażeby osiągnąć sukces nie wystarczy wiedzieć o korzyściach płynących z systematycznej aktywności fizycznej, czy problemach zdrowotnych związanych z jej brakiem, ale należy umieć właściwie podejmować odpowiednią aktywność i umiejętnie ją dawkować oraz być zmotywowanym do działania – po prostu chcieć – napisała prof. nzw. Dr hab. Ewa Kozdroń.”.

#### „Słodki, słodszy... cukrzyca”

W listopadzie 2020 roku NFZ przygotował nową kampanię informacyjno-edukacyjną „Słodki, słodszy... cukrzyca”. Jej głównym celem jest promocja zmian w stylu żywienia oraz uświadomienie Polakom, jak dużo cukru spożywamy bezrefleksyjnie i bezwiednie. Poprzez kampanię chcemy budować społeczną świadomość o najczęstszych i najbardziej zgubnych

nawykach, wprost przyczyniających się do otyłości oraz cukrzycy, oraz uczyć nowych korzystnych zdrowotnie wyborów. O tym, jak wielkim zagrożeniem jest cukier, NFZ informował w 2019 roku, publikując specjalny raport na portalu Zdrowe Dane „NFZ dla zdrowia — Cukrzyca”. Według danych NFZ w 2018 roku na cukrzycę chorowało 2,86 mln dorosłych osób, czyli 9,1% ludności. Wśród nich dominowały osoby powyżej 55 roku życia (84%). W latach 2013–2018 zachorowalność na cukrzycę wśród dorosłych Polaków wzrosła o 14%. Tylko w połowie za ten wzrost odpowiadają czynniki demograficzne. W ramach kampanii „Słodki, słodszy... cukrzyca” chcemy nauczyć Polaków być cukrowym śledczym, dla własnego zdrowia. W konsekwencji – przestać kupować produkty zawierające zbyt wiele ukrytego cukru, co powinno skłonić producentów do zmiany receptur. Chcemy uzmysłowić Polakom, że cukier znajduje się w większości produktów spożywczych, które kupujemy – od parówek i ketchupu po fasolkę w słoiku. Kontrolowanie spożycia cukru wymaga swobodnego „prawa jazdy” w czytaniu etykiet, a także w wyborze produktów, które nie muszą go zawierać. Propagowany był również spot „Nie przesadzaj – nie przesładzaj!”<sup>47</sup>, który przygotowany został wspólnie z TVP oraz Polskim Stowarzyszeniem Diabetyków. aktywności edukacyjne były także realizowane w Telewizji Polskiej oraz w mediach społecznościowych. Przez siedem kolejnych tygodni, w każdy poniedziałek, w programie Pytanie na Śniadanie w TVP2 pokazywaliśmy, jak słodko, przyjemnie, cicho i podstępnie cukier i słodczyce zakorzeniły się w naszym życiu - od zakupów po przekąski, nagradzanie dzieci słodyczami, pocieszanie smutków, uciszanie napięcia nerwowego czy łątanie nudy. W efekcie tych słodkich przyjemności - nasze społeczeństwo tyje, niszczy zdrowie, wpędza kolejne pokolenia w cukrzycę i jej katastrofalne konsekwencje oraz powikłania. Ponadto, w okresie świąteczno-noworocznym wyemitowanych zostało w mediach społecznościowych 12 filmów edukacyjnych, zrealizowanych wspólnie z TVP2, oraz z udziałem kucharzy programu Pytanie na Śniadanie. Tematem filmów było jak zdrowo i smacznie przygotować tradycyjne potrawy wigilijne bez dodatku cukru np. kompot z suszu, sernik, pierogi z kutią, a także bezcukrowe, rodzinne przekąski na sylwestrową noc.

---

<sup>47</sup> <https://www.youtube.com/playlist?list=PLZ2X-9LnwIVEigOUY9SsAVlnUokS7TcB>.

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

### **VIII.1. Kontrole wewnętrzne przeprowadzone przez Centralę Funduszu w 2020 r.**

Kontrola wewnętrzna w Centrali Funduszu w 2020 r. realizowana była w ramach:

- kontroli instytucjonalnej przez Biuro Nadzoru Wewnętrznego, zwane dalej BNW;
- kontroli funkcjonalnej, w zakresie nadzoru merytorycznego przez właściwe komórki organizacyjne Centrali Funduszu.

W ramach kontroli instytucjonalnej BNW przeprowadziło łącznie 30 kontroli, w tym: 21 kontroli planowych i 9 kontroli doraźnych.

Kontrole planowe zrealizowane przez BNW objęły następujące obszary działalności Funduszu:

1. Prawdliwość postępowania w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: nie odrzucono oferty pomimo niespełnienia warunków bezwzględnie wymaganych, niepodlegających uzupełnieniu; nie wezwano oferenta do uzupełnienia braków formalnych i przyjęto ofertę do dalszego procedowania; nie złożono przez członków komisji Oświadczeń członków Komisji konkursowej; nie uwzględniono czasu na ewentualne złożenie przez oferentów środków odwoławczych; podwójnie generowano dokumenty i podpisano każde z nich przez różnych członków komisji konkursowej; unieważniono postępowanie, pomimo spełnienia wymogów formalno-prawnych przez oferentów; sporządzono dokumenty niezgodnie ze wzorem określonym w Procedurze konkursu ofert lub rokowań prowadzonych na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych za środków publicznych oraz nie spełniono obowiązku podejmowania decyzji przez komisję konkursową w obecności co najmniej 2/3 jej składu.
2. Prawdliwość wykonywania zadań przez Wydział Gospodarki Lekami OW NFZ w zakresie zawierania umów z aptekami i monitorowania ich realizacji. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: zawarto z aptekami aneksy do umów na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego z wsteczną datą obowiązywania; przyjmowano i rozliczano zestawienia zbiorcze recept podpisane przez osoby nieuprawnione; nie zastosowano sankcji wobec aptek w związku z nieterminowym składaniem zestawień refundacyjnych; nie monitorowano stanu realizacji wniosków złożonych do Wydziału Kontroli o przeprowadzenie kontroli doraźnych realizacji umów; nie uzupełniono w Zintegrowanym Informatorze Pacjenta informacji o aptekach, które mają zawarte umowy z NFZ; przyjmowano do realizacji wnioski, których strony i ich załączniki nie zostały ponumerowane; zawarto umowy na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczo specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego bez potwierdzenia uprawomocnienia decyzji Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego.
3. Prawdliwość rozpatrywania wniosków i rozliczania dofinansowania przez OW NFZ w zakresie programów polityki zdrowotnej realizowanych przez Jednostki Samorządu

Terytorialnego (na podstawie art. 48d ustawy o świadczeniach). W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: wypłacano środki finansowe na rzecz Jednostek Samorządu Terytorialnego przed otrzymaniem sprawozdania merytorycznego.

4. Prawidłowość przeprowadzania postępowań w zakresie zamówień publicznych w OW NFZ w 2019 r. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia: nie dochowano terminu zwrotu wniesionego zabezpieczenia należytego wykonania umowy; nieprawidłowo udokumentowano przeprowadzenie szacowania wartości zamówienia; podpisano protokół z posiedzenia komisji przetargowej przez członka komisji, który nie uczestniczył w posiedzeniu; podpisano protokoły odbioru przez osobę, która nie miała uprawnień do reprezentowania wykonawcy; oświadczenie o niepodleganiu wyłączeniu z postępowania o udzielenie zamówienia publicznego złożono po zakończeniu postępowania; brak daty sporządzenia: planu postępowań o udzielenie zamówień, protokołów postępowań o zamówienia publiczne, opinii dotyczących zabezpieczenia środków finansowych i zgodności z planem finansowym, stosowania ustawy prawo zamówień publicznych oraz dokonania prawidłowego wskazania wartości zamówienia w euro, wyrażenia zgody na wszczęcie postępowania o udzielenie zamówienia publicznego, a także brak daty zatwierdzenia protokołu postępowania o udzielenie zamówienia w trybie przetargu nieograniczonego; brak paraf radcy prawnego na projektach Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia; brak potwierdzenia przekazania wykonawcom zawiadomienia o wyborze najkorzystniejszej oferty w aktach sprawy.
5. Prawidłowość wykorzystywania samochodów służbowych. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: użytkowanie pojazdu służbowego bez ważnego okresowego badania technicznego; upoważnienia do kierowania samochodem służbowym wydano: ze wsteczną datą obowiązywania, na okres wykraczający poza termin ważności prawa jazdy pracownika; sporządzono kilka upoważnień dla pracowników do kierowania samochodami służbowymi, obowiązujących w tym samym okresie; kwartalne zestawienie kosztów z tytułu eksploatacji samochodów służbowych nie uwzględniało wszystkich kosztów.
6. Prawidłowość rozpatrywania i wydawania przez Dyrektora OW NFZ decyzji administracyjnych do wnoszonych przez świadczeniodawców odwołań i wniosków o ponowne rozpatrzenie sprawy, dotyczących rozstrzygnięć postępowań w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze nieprawidłowości: zawarto umowę z oferentem, który nie spełniał warunków wymaganych do realizacji świadczeń; przyjęto do dalszego postępowania oferty, które nie spełniały wymagań formalnych; nieterminowo wydawano decyzje administracyjne; podjęto niewystarczające działania dotyczące realizacji zaleceń pokontrolnych z kontroli doraźnej, mające na celu zapewnienie prawidłowości przeprowadzania postępowań w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej i wydawania decyzji administracyjnych w związku z odwołaniami i wnioskami o ponowne rozpatrzenie sprawy.
7. Terminowość załatwiania spraw przez Departament Gospodarki Lekami. W badanym

obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia i nieprawidłowości: nieterminowo udzielono odpowiedzi, wydawano decyzje/postanowienia, rozpatrywano zażalenia; nie udzielono odpowiedzi na wnioski o udzielenie informacji publicznej oraz pisma świadczeniodawców; nie poinformowano skarżących/wnioskodawców o udzieleniu odpowiedzi w terminie późniejszym; brak dokumentów w poddanych kontroli sprawach; brak informacji co do sposobu wysyłki oraz potwierdzenia dokonania wysłania przesyłki; błędne kwalifikowanie dokumentów w JRWA.

Kontrole doraźne zrealizowane przez BNW objęły następujące obszary działalności Funduszu:

1. Prawdliwość działania oddziału w świetle postawionych zarzutów. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia: nie uwzględniono w protokole kontroli wszystkich informacji wskazanych do zweryfikowania w tematyce kontroli.
2. Prawdliwość obliczenia ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej przy zastosowaniu dodatniego współczynnika korygującego. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze nieprawidłowości: nieprawidłowe wyliczenie ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej przy zastosowaniu dodatniego współczynnika korygującego z tytułu posiadania świadectwa laboratorium mikrobiologicznego i świadectwa laboratorium w zakresie chemii klinicznej; wprowadzenie do systemu informatycznego niezwyfikowanych świadectw wystawionych dla laboratorium, będącego podwykonawcą świadczeniodawcy.
3. Prawdliwość postępowania Oddziału w związku ze złożoną skargą. W badanym obszarze nie stwierdzono nieprawidłowości.
4. Prawdliwość postępowania Oddziału w związku z uchybieniami zgłoszonymi przez Rzecznika Dyscypliny Finansów Publicznych. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze nieprawidłowości: brak wykonania przelewu środków finansowych do banku za świadczenia wykonane przez świadczeniodawców, pomimo przyjęcia do wiadomości cesji wierzytelności z umowy AOS, STM i OPD; nie zbadanie, przy rozpatrywaniu wniosku o cesję praw i obowiązków, czy na umowach ustanowiono cesję wierzytelności; nie przychylenie się do stanowiska banku pomimo wielokrotnych wezwań do niezwłocznego zrealizowania obowiązków wynikających z cesji wierzytelności.
5. Prawdliwość przygotowania projektu "Wypracowanie i wdrożenie systemu kompleksowej oceny funkcjonalnej w rehabilitacji z wykorzystaniem doświadczeń i rozwiązań zagranicznych". W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze nieprawidłowości: nie przeprowadzono postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w zakresie wytworzenia narzędzia informatycznego; ustalono wartości zamówienia z nienależytą starannością; nie udokumentowano przeprowadzenia rozpoznania rynku, szacowania wartości wynagrodzenia za pracę i produktów dostarczonych przez partnerów oraz szacowania wartości przedmiotu praw autorskich majątkowych; dwa wnioski o dofinansowanie projektu nie były podpisane przez osoby uprawnione z komórek merytorycznych i przedłożone do podpisu Prezesa Funduszu; nieprawidłowe przeprowadzenie wyboru na partnerów do realizacji programu; niezabezpieczenie interesów



Funduszu w przygotowanych umowach, dotyczących praw autorskich, terminowej realizacji projektu oraz pokrycia zobowiązań publicznoprawnych wynikających z podatku VAT; brak uregulowań wewnętrznych dotyczących sposobu prowadzenia projektów finansowanych ze środków unijnych; dokument „nabór otwarty na partnera do wspólnego przygotowania i realizacji projektu”: nie został podpisany przez osobę sporządzającą i akceptującą go oraz nie został zatwierdzony przez Prezesa Funduszu, nie opisuje produktów i zadań jakie powinni wykonać partnerzy w ramach projektu, nie określa kryteriów wyboru, podmiotów uprawnionych do udziału w naborze oraz wymogów, jakie powinni spełnić partnerzy w zależności od wykonywanych produktów lub zadań.

6. Prawdliwość realizacji zadań Departamentu Współpracy Międzynarodowej w procesie rozliczania kosztów na podstawie formularzy E125 PL z niemiecką instytucją łącznikową DVKA. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze nieprawidłowości: nieprawidłowe i nieterminowe prowadzenie postępowań wyjaśniających w związku z zakwestionowaniem przez DVKA roszczeń NFZ; nieprawidłowe zorganizowanie pracy w komórce merytorycznej w zakresie prowadzenia postępowań wyjaśniających dotyczących zakwestionowanych roszczeń przez DVKA, tj.: nieprzydzielenie pracownikom odpowiedzialności za konkretne noty obciążeniowe i półrocza rozliczeniowe, brak systemu rejestrowania wpływających zakwestionowań DVKA, brak monitorowania terminowości udzielania odpowiedzi, brak dekretacji na pismach otrzymanych z DVKA oraz oddziałów wojewódzkich na pracowników prowadzących sprawy, brak nadzoru nad pracownikami w zakresie prawidłowego i terminowego prowadzenia spraw, niezapewnienie ciągłości prowadzenia spraw w sytuacji przebywania pracownika na długotrwałym zwolnieniu lekarskim lub przejścia pracownika na emeryturę, niepodejmowanie skutecznych działań na zgłaszane przez pracowników zagrożenia przekroczenia terminów, nieterminowe udzielanie odpowiedzi na kwestionowania DVKA, prowadzenie spraw niezgodnie z Instrukcją kancelaryjną, w tym: brak pełnej dokumentacji spraw.
7. Prawdliwość postępowania Oddziału przy rozpatrywaniu wniosku o zmianę miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze nieprawidłowości: nie udzielono odpowiedzi na wniosek o zmianę miejsca udzielania świadczeń w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania; nie poinformowano świadczeniodawcy na piśmie o wydłużeniu terminu rozpatrzenia wniosku; nie podpisano aneksu do umowy PSZ, pomimo wyrażenia zgody pismem na zmianę miejsca udzielania świadczeń; nie dołożono należytej staranności przy weryfikacji świadczeń sprawozdanych przez świadczeniodawcę.
8. Prawdliwość postępowania Oddziału w związku z umorzeniem należności. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze nieprawidłowości: umorzenie należności świadczeniobiorcy pomimo braku przesłanek określonych przepisami prawa; brak opisu sposobu powołania komisji rozpatrującej wnioski o umorzenie należności.
9. Prawdliwość postępowania Oddziału w świetle postawionych zarzutów. W badanym obszarze stwierdzono następujące najważniejsze uchybienia: nie zawarto aneksów w zakresie zmiany siedziby spółki, dokonując zmiany w ramach czynności technicznej

w systemie informatycznym; bezpośrednio po otrzymaniu informacji o zamknięciu aptek nie podjęto czynności zmierzających do wygaszenia umów.

W ramach kontroli funkcjonalnej komórki organizacyjne Centrali Funduszu przeprowadziły łącznie 18 kontroli, w tym: DSM 5 planowych, DEF 5 planowych, BK 4 planowe, DSOZ 2 planowe, DOK 1 planową, BSP 1 planową.

Departament ds. Służb Mundurowych przeprowadził 5 kontroli planowych, których przedmiotem było:

1. Prowadzenie postępowań konkursowych w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe; w jednym oddziale stwierdzono nieprawidłowości dotyczące nieprawidłowego ustalenia liczby i ceny świadczeń oraz niepełnego zweryfikowania danych ankietowych.
2. Realizacja zadań obronnych, zarządzania kryzysowego i obrony cywilnej w oddziale wojewódzkim Funduszu; nie stwierdzono uchybień ani nieprawidłowości;
3. Realizacja zadań przez Wydział ds. Służb Mundurowych; kontrolę przeprowadzono w dwóch oddziałach wojewódzkich; nie stwierdzono uchybień ani nieprawidłowości;
4. Prowadzenie postępowań konkursowych w sprawie zawierania umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne obowiązujących od 01.04.2019 r. oraz procesu ich aneksowania na 2020 r.; nie stwierdzono uchybień ani nieprawidłowości.

Departament Ekonomiczno-Finansowy przeprowadził 5 kontroli planowych, których przedmiotem było wykonanie planu finansowego przez oddziały wojewódzkie NFZ. W dwóch oddziałach wojewódzkich stwierdzono nieprawidłowości i uchybienia dotyczące: dokonania ostatecznego rozliczenia wykonania umowy w formie aneksu rozliczeniowego po terminie obowiązywania umowy; niezgodności przedłożonych dokumentów ze sprawozdaniem FM01 za 2019 r. w zakresie liczby zgłoszonych etatów pielęgniarek i położnych, kwot zobowiązania i kwot wykorzystanych środków w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna – nocna i świąteczna opieka zdrowotna oraz lecznictwo uzdrowiskowe; niezgodności przedłożonych dokumentów ze sprawozdaniem FM01 za 8 miesięcy 2020 r. w zakresie liczby zgłoszonych etatów pielęgniarek w rodzaju lecznictwo uzdrowiskowe.

Biuro Księgowości przeprowadziło 4 kontrole planowe w zakresie prawidłowości prowadzenia ksiąg rachunkowych i sporządzania sprawozdań finansowych, obiegu dowodów księgowych oraz regulowania zobowiązań i dochodzenia należności. Nie stwierdzono uchybień ani nieprawidłowości.

Departament Świadczeń Opieki Zdrowotnej przeprowadził 2 kontrole planowe dotyczące wykorzystania analiz przeprowadzanych w oddziałach wojewódzkich, w szczególności w planowaniu zakupu i kontraktowaniu świadczeń, a także monitorowaniu nadwykonań oraz dostępności w zakresie wybranych świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w 2019 r. W jednym oddziale wojewódzkim stwierdzono nieprawidłowości dotyczące braku bieżących i przekrojowych opracowań analitycznych, w odniesieniu

do świadczeń POZ; opracowania raportów statystycznych, zamiast analiz, które nie pozwalają na rzetelną ocenę sytuacji; braku pełnego zabezpieczenia dostępności świadczeń POZ.

Departament Obsługi Klientów przeprowadził 1 kontrolę planową w zakresie rozpatrywania skarg i wniosków wnoszonych na świadczeniodawców w oddziałach wojewódzkich. Stwierdzono uchybienia dotyczące niewyznaczenia terminu przyjmowania obywateli po godzinach urzędowania oraz niepouczenia skarżących o skutkach niezuzupełnienia braków, tj. pozostawieniu skargi bez rozpatrzenia.

Biuro Spraw Pracowniczych przeprowadziło 1 kontrolę planową w zakresie prawidłowości realizacji zadań przez komórkę właściwą do spraw kadrowych. Stwierdzono uchybienia i nieprawidłowości dotyczące: zlecenia pracy ponad obowiązujące normy czasu pracy osobom z orzeczonym stopniem niepełnosprawności; niedostosowania harmonogramów czasu pracy dla osób zatrudnionych w niepełnym wymiarze czasu pracy; nieprawidłowego sporządzenia kwestionariusza osoby dla pracownika oraz dla osoby ubiegającej się o zatrudnienie; nieterminowego skierowania pracownika na szkolenie z BHP; braku precyzyjnego preliminarza wydatków ZFŚS oraz braku uzyskania zgody na przetwarzanie danych osobowych od pracowników.

Kontrola wewnętrzna w oddziałach wojewódzkich Funduszu w 2020 r. realizowana była przez Zespoły Kontroli Wewnętrznej, w ramach której przeprowadzono:

- Dolnośląski OW NFZ: 10 kontroli wewnętrznych, w tym 7 kontroli problemowych, 1 kontrolę sprawdzającą i 2 kontrole doraźne;
- Kujawsko-Pomorski OW NFZ: 5 kontroli wewnętrznych, w tym 5 kontroli problemowych;
- Lubelski OW NFZ: 7 kontroli wewnętrznych, w tym 7 kontroli problemowych;
- Lubuski OW NFZ: 2 kontrole wewnętrzne, w tym 2 kontrole problemowe;
- Łódzki OW NFZ: 5 kontroli wewnętrznych, w tym 4 kontrole problemowe i 1 kontrolę sprawdzającą;
- Małopolski OW NFZ: 5 kontroli wewnętrznych, w tym 5 kontroli problemowych;
- Mazowiecki OW NFZ: 10 kontroli wewnętrznych, w tym 5 kontroli problemowych, 3 kontrole sprawdzające i 2 kontrole doraźne;
- Opolski OW NFZ: 5 kontroli wewnętrznych, w tym 5 kontroli problemowych;
- Podkarpacki OW NFZ: 3 kontrole wewnętrzne, w tym 3 kontrole problemowe;
- Podlaski OW NFZ: 10 kontroli wewnętrznych, w tym 8 kontroli problemowych i 2 kontrole doraźne;
- Pomorski OW NFZ: 6 kontroli wewnętrznych, w tym 6 kontroli problemowych;
- Śląski OW NFZ: 5 kontroli wewnętrznych, w tym 4 kontrole problemowe, 1 kontrolę doraźną;
- Świętokrzyski OW NFZ: 5 kontroli wewnętrznych, w tym 5 kontroli problemowych;
- Warmińsko-Mazurski OW NFZ: 5 kontroli wewnętrznych, w tym 5 kontroli problemowych;

- Wielkopolski OW NFZ: 6 kontroli wewnętrznych, w tym 5 kontroli problemowych i 1 kontrolę sprawdzającą;
- Zachodniopomorski OW NFZ: 7 kontroli wewnętrznych, w tym 6 kontroli problemowych i 1 kontrolę doraźną.

W 2020 r. oddziały wojewódzkie Funduszu przeprowadziły łącznie 96 kontroli wewnętrznych, w tym 94 kontrole zakończone w 2020 r. oraz 2 kontrole nie zakończone do dnia przekazania informacji o stanie wykonania planu kontroli i wynikach kontroli, tj. do 30.01.2021 r. W 40 zakończonych postępowaniach kontrolowaną działalność oceniono pozytywnie, co stanowi (42,55%) wszystkich postępowań. Jedynie w przypadku dwóch kontroli (2,13%) kontrolowaną działalność oceniono w całości negatywnie, co przedstawiono w poniższej tabeli.

**Tabela nr VIII.1.** Liczba wydanych ocen w ramach zakończonych kontroli z podziałem na oceny.

Ocena ogólna*	Liczba wydanych ocen w ramach zakończonych kontroli	Wartość [%]
N	2	2,13%
P	40	42,55%
P/PzN	4	4,26%
P/PzN/N	2	2,13%
P/PzU	8	8,51%
P/PzU/PzN	1	1,06%
PzN	8	8,51%
PzU	27	28,72%
PzU/PzN	1	1,06%
PzU/PzN/N	1	1,06%
<b>Suma końcowa</b>	<b>94</b>	<b>100%</b>

\*Zastosowane skróty: P – ocena pozytywna, PzU - ocena pozytywna z uchybieniami, PzN - ocena pozytywna z nieprawidłowościami, N – ocena negatywna. W przypadku, gdy odrębnie oceniono poszczególne zakresy kontroli ocenę przedstawiono ze znakiem ”/”.

## VIII.2. Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w Funduszu

W jednostkach organizacyjnych Funduszu instytucje kontroli zewnętrznej prowadziły w 2020 r. łącznie 39 kontroli, tj.: 9 kontroli rozpoczętych w 2019 r. i zakończonych w 2020 r.; 30 kontroli rozpoczętych i zakończonych lub pozostających w toku w 2020 r.

W 2020 r. jednostki organizacyjne Funduszu kontrolowane były przez 7 instytucji kontroli zewnętrznej. Większość postępowań została przeprowadzona przez Najwyższą Izbę Kontroli (13) i Krajową Administrację Skarbową (12), a pozostałe przez następujące instytucje: Ministerstwo Zdrowia (5), Archiwum Państwowe (3), Urzędy Wojewódzkie (3), Państwową Inspekcję Pracy (2), Zakład Ubezpieczeń Społecznych (1).

Kontrolowaną działalność w trzech przypadkach oceniono pozytywnie, w dwóch przypadkach oceniono pozytywnie z uchybieniami, w jednym przypadku oceniono negatywnie, w dziewięciu przypadkach przedstawiono ocenę opisową, natomiast w szesnastu przypadkach

nie sformułowano oceny. W przypadku ośmiu kontroli ostateczne dokumenty pokontrolne nie wpłynęły na dzień 19.02.2021 r., tj. dzień sporządzania Sprawozdania o wynikach kontroli przeprowadzonych przez instytucje kontroli zewnętrznej w 2020 r. w NFZ, opublikowanego na stronie internetowej Funduszu.

#### Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w Centrali Funduszu

W 2020 r. w Centrali Funduszu instytucje kontroli zewnętrznej prowadziły 7 kontroli:

- Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła 3 kontrole. Jedną z realizacji zadań NFZ w 2019 r., w której sformułowano ocenę opisową. Pozostałe kontrole dotyczyły wyceny świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego i kolanowego, z których ostateczne dokumenty pokontrolne nie wpłynęły.
- Ministerstwo Zdrowia przeprowadziło 2 kontrole z realizacji projektu „Przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej (OOK)” dla etapu II Faza pilotażowa - model POZ+ oraz dla etapu I Opracowanie modeli zintegrowanej / koordynowanej opieki zdrowotnej dla Polski. Oceny nie sformułowano.
- Państwowa Inspekcja Pracy przeprowadziła kontrolę przestrzegania przez pracodawcę przepisów z zakresu prawa pracy, a w szczególności postępowania powypadkowego. Oceny nie sformułowano.
- Krajowa Administracja Skarbowa przeprowadziła kontrolę z realizacji projektu przygotowanie, przetestowanie i wdrożenie do systemu opieki zdrowotnej organizacji opieki koordynowanej etap II faza pilotażowa. Oceny nie sformułowano.

#### Kontrole zewnętrzne przeprowadzone w oddziałach wojewódzkich Funduszu

W 2020 r. instytucje kontroli zewnętrznej w oddziałach wojewódzkich Funduszu przeprowadziły łącznie 32 kontrole:

- Krajowa Administracja Skarbowa (11) w oddziałach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, łódzkim, małopolskim, mazowieckim, podlaskim, pomorskim, śląskim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim i wielkopolskim;
- Najwyższa Izba Kontroli (10) w oddziałach: kujawsko-pomorskim (1), małopolskim (2), mazowieckim (2), opolskim (1), podlaskim (1), śląskim (1) i zachodniopomorskim (2);
- Urzędy Wojewódzkie (3) w oddziałach: lubuskim, podkarpackim i śląskim;
- Archiwum Państwowe (3) w oddziałach: dolnośląskim, lubelskim i lubuskim;
- Ministerstwo Zdrowia (3) w oddziałach: dolnośląskim, śląskim i wielkopolskim;
- Państwowa Inspekcja Pracy (1) w podlaskim;
- Zakład Ubezpieczeń Społecznych (1) w lubelskim.

### **VIII.3. Audyt wewnętrzny w Funduszu**

Komórka audytu wewnętrznego w NFZa przeprowadziła w 2020 roku poniższe planowe zadania audytowe:

- opracowywanie i realizacja priorytetów zdrowotnych ze szczególnym uwzględnieniem zagadnienia dostępności do świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (5 zadań zapewniających zrealizowanych w 5 OW NFZ);
- rozliczenia w ramach umów szpitali zakwalifikowanych do PSZ w podziale na kwotę ryczałtu oraz kwoty w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej odrębnie finansowanych (5 zadań zapewniających zrealizowanych w 5 OW NFZ);
- dochodzenie należności od Świadczeniobiorców (6 zadań zapewniających zrealizowanych w 6 OW NFZ);
- system zarządzania działaniami antykorupcyjnymi (norma 37001) – 4 czynności doradcze zrealizowane w 4 OW NFZ;
- analiza sprawozdań/raportów sporządzanych dla Centrali przez OW NFZ (5 czynności doradczych zrealizowanych w 5 OW NFZ);
- zapewnienie bezpieczeństwa i ciągłości pracy, ze szczególnym uwzględnieniem funkcjonowania w stanie epidemii – etap Covid-19 (14 czynności doradczych zrealizowanych w 14 OW NFZ);
- opiniowanie procedur do procesów w NFZ (czynności doradcze zrealizowane w Centrali).
- prawidłowość realizacji i nadzór w projektach unijnych POZ PLUS (etap II) i Scirocco Exchange (czynności doradcze zrealizowane w Centrali NFZ).

W 2020 roku zostało przeprowadzone także pozaplanowe zadanie audytowe:

Wsparcie TIP w zakresie opracowania odpowiedzi na pytania do skryptu (czynności doradcze zrealizowane w Centrali).

W wyniku prowadzonych zadań audytowych powstają zalecenia, uwagi doradcze oraz uwagi systemowe. Ich wdrożenie oceniane jest podczas czynności sprawdzających. W 2020 roku przeprowadzone zostały poniższe czynności sprawdzające:

- kontraktowanie/aneksowanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna (16 czynności sprawdzających zrealizowanych w 16 OW NFZ);
- przeprowadzanie postępowań o udzielenie zamówienia publicznego z uwzględnieniem środków komunikacji elektronicznej (czynności sprawdzające zrealizowane w Centrali i 2 OW NFZ);
- proces dostosowywania systemów do zmian regulacji prawnych (12 czynności sprawdzających zrealizowanych w 12 OW NFZ).

#### **VIII.4.Sprawy sądowe**

W 2020 roku oddziały wojewódzkie Funduszu prowadziły łącznie 1 550 postępowań sądowych, czyli 85 więcej niż w 2019 roku. Większość toczących się postępowań stanowiły sprawy cywilne z powództwa Funduszu. W danym okresie sprawozdawczym oddziały prowadziły 963 takich sprawy czyli o 214 spraw więcej niż w 2019 r. Wśród tych spraw wszczętych zostało 522 postępowań czyli o 126 spraw więcej niż w 2019 r. W okresie

sprawozdawczym OW NFZ prowadziły 186 spraw sadowoadministracyjnych, czyli o 56 spraw mniej niż w 2019 r., z których 52 postępowań zostało wszczętych w 2020 roku.

**Tabela nr VIII.2.** Zestawienie spraw sądowych prowadzonych przez oddziały wojewódzkie Funduszu – stan na koniec 2020 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	963	50 672,48	522	15 939,22
2.		sprawy przeciwko Funduszowi	401	2 702 774,03	102	1 118 393,14
3.	sadowoadministracyjne		186	6,29	52	6,00
4.	<b>ogółem</b>		<b>1550</b>	<b>2 753 452,79</b>	<b>676</b>	<b>1 134 338,36</b>

### VIII.5. Podejmowane przez Fundusz działania naprawcze

Odnosnie treści ujętej pod nagłówkiem Podejmowane przez Fundusz działania naprawcze - akapit dotyczący zarówno działań poaudytowych jak i pokontrolnych:

Działania naprawcze podejmowane przez Fundusz polegają na:

- realizacji wniosków i zaleceń pokontrolnych, wydanych w wyniku kontroli wewnętrznych i zewnętrznych zrealizowanych w Funduszu;
- 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 Funduszu, komórką która realizuje zadanie monitorowania wykonania zaleceń pokontrolnych jest Biuro Nadzoru Wewnętrznego.

Monitorowanie wykonania zaleceń/uwag poaudytowych prowadzone jest na bieżąco przez Biuro Audytu Wewnętrznego. Po upływie roku od przeprowadzenia zadania audytowego przeprowadzane są czynności sprawdzające realizację zaleceń.

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

Informacja o wykonaniu zaleceń pokontrolnych i poaudytowych przekazywana jest właściwym komórkom kontroli wewnętrznej, instytucjom kontroli zewnętrznej i komórce audytu wewnętrznego w trybie określonym w przepisach stanowiących podstawę realizacji kontroli/zadani audytowego.

Monitorowanie wykonania zaleceń pokontrolnych należy do zadań komórek organizacyjnych przeprowadzających kontrolę instytucjonalną i funkcjonalną. W zakresie kontroli

zewnętrznych realizowanych w Centrali Funduszu, komórką która realizuje zadanie monitorowania wykonania zaleceń pokontrolnych jest Wydział Kontroli Wewnętrznej. W odniesieniu do wyników zadań audytowych, Wydział Audytorów Wewnętrznych monitoruje realizacje zaleceń oraz w miarę potrzeb przeprowadza czynności sprawdzające ich wykonanie.

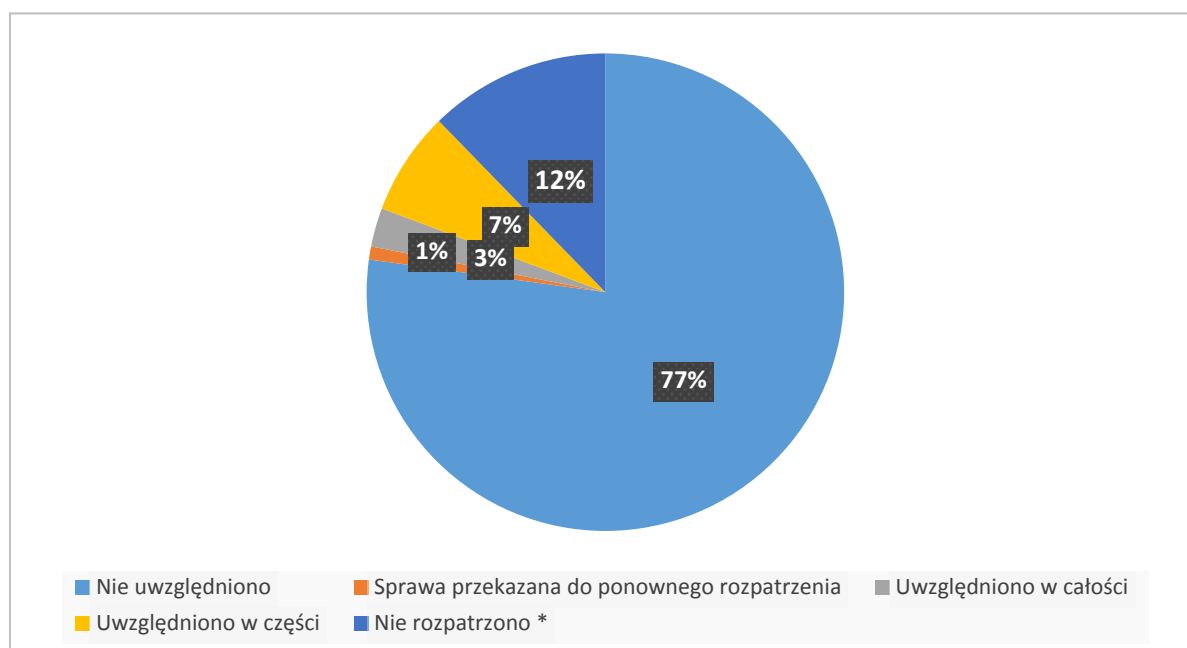


## IX. Informacje o głównej tematyce skarg, zażaleń oraz najczęstszym przedmiocie kontroli dotyczących świadczeniodawców

Główna tematyka składanych skarg i zażaleń na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu.

Główna tematyka zażaleń na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich NFZ, dotyczących realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, rozpatrywanych w Centrali Funduszu dotyczyła: zakwestionowania środków finansowych, nałożenia kary umownej, rozwiązania umowy, braku zgody na rozliczenia za zgodą płatnika, wyliczenia ryczałtu w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w systemie podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej. W 2020 roku w przedmiotowym zakresie rozpatrzono 114 zażaleń, z czego: nie uwzględniono zażalenie w 88 przypadkach (co stanowi 77,19% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w całości 3 zażalenia (co stanowi 2,63% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w części 8 zażaleń (co stanowi 7,02% ogółu rozpatrzonych zażaleń), nie rozpatrzono\* 14 zażaleń (co stanowi 12,28% ogółu rozpatrzonych zażaleń), w 1 przypadku sprawę przekazano do ponownego rozpatrzenia (co stanowi 0,88% ogółu rozpatrzonych zażaleń).

**Wykres nr IX.1.** Struktura rozpatrzonych zażaleń



\*zażalenia nierozpatrzone: inne przesłanki, w trybie art. 161 ustawy, bezprzedmiotowe, uchybienie terminu, wycofane)

Ustawa o świadczeniach, w art. 160 daje prawo świadczeniodawcy do składania zażaleń na czynności Prezesa NFZ i dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ, o ile czynności te dotyczą realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Zmiana treści art. 160 i 161 ustawy o świadczeniach, umożliwiająca świadczeniodawcom składanie zażaleń również na czynności Prezesa Funduszu, została wprowadzona przepisami 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. z 2020 r, poz. 1493). Zgodnie z art.

160 ustawy o świadczeniach, świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki przysługuje zażalenie na czynności Prezesa Funduszu lub dyrektora wojewódzkiego oddziału Funduszu dotyczące realizacji umowy.

W świetle powyższych uregulowań należy wskazać, że w 2020 roku na 114 rozpatrzonych zażaleń - 36 z nich zostało wniesionych na czynności Prezesa NFZ i rozpatrzonych w związku ze zmianą ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od 1 września 2020 r.

#### Główna tematyka składanych skarg i zażaleń w zakresie realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej:

Zażalenie na czynności dyrektorów wojewódzkich oddziałów Funduszu składa się zgodnie z art. 160 ustawy o świadczeniach, w trybie określonym w art. 161 ust. 2 tej ustawy, który stanowi, iż zażalenie składa się wraz z uzasadnieniem za pośrednictwem właściwego miejscowo oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie 14 dni od dnia dokonania czynności przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. W 2020 r. zostało rozpatrzono jedno (1) zażalenie wniesione na czynności Dyrektora Podlaskiego OW NFZ, które dotyczyło realizacji umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Przedmiotowe zażalenie dotyczyło nałożenia na świadczeniodawcę kary umownej w związku z przeprowadzonym przez NFZ postępowaniem kontrolnym. Po przeanalizowaniu stanu prawnego i faktycznego sprawy Prezes Funduszu nie uwzględnił zażalenia w całości.

#### Główna tematyka składanych skarg i zażaleń w zakresie ordynacji lekowych:

W 2020 r. zostało rozpatrzonych 10 zażaleń wniesionych na czynności dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu dotyczące kontroli przeprowadzonych przez te oddziały 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 osiem (8) rozstrzygnięć, w których nie uwzględnił zażaleń w całości, natomiast w przypadku dwóch (2) zażaleń uwzględnił je w części.

W podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu rozpatrzono:

- 6 zażaleń wniesionych na czynności Dyrektora Małopolskiego OW NFZ,
- 1 zażalenie wniesione na czynności Dyrektora Podlaskiego OW NFZ,
- 2 zażalenia wniesione na czynności Dyrektora Lubelskiego OW NFZ,
- 1 zażalenie wniesione na czynności Dyrektora Podkarpackiego OW NFZ,

Główna tematyka zażaleń na czynności dyrektorów oddziałów wojewódzkich 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;
- nałożonych kar umownych z tytułu niewykonania lub wykonania umowy niezgodnie z jej postanowieniami, z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy;

- nieuwzględnienia przez dyrektora oddziału wojewódzkiego NFZ zastrzeżeń do wystąpienia pokontrolnego.

#### Główna tematyka składanych skarg i zażaleń w zakresie kontroli aptek:

W 2020 r. w Departamencie Kontroli rozpatrywano odwołania podmiotów prowadzących aptekę od stanowiska dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu wniesione do Prezesa Funduszu na podstawie art. 47 ust. 16 w związku z art. 42 ust. 7 ustawy ustawą o refundacji, w związku z art. 9 ust. 1 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, z późn. zm.). Sprawy te dotyczyły odwołań wniesionych przez kierowników aptek lub podmioty prowadzące apteki, które wpłynęły do Departamentu Kontroli w 2019 r. W przypadku 20 odwołań, decyzje dyrektorów oddziałów wojewódzkich Funduszu podtrzymano w całości, natomiast w odniesieniu do dwóch (2) odwołań – stanowisko dyrektora zostało podtrzymane w części. Jedno odwołanie, które wpłynęło w 2019 r. zostało rozpatrzone w 2020 r. na podstawie rozdziału IIIA ustawy o świadczeniach, które obowiązuje od dnia 1 czerwca 2019 r. Zastrzeżeń nie uwzględniono w całości. Ponadto, w 2020 roku wpłynęło jedno odwołanie od decyzji dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu. Po rozpatrzeniu odwołania decyzja dyrektora została podtrzymana w części.

W podziale na oddziały wojewódzkie Funduszu rozpatrzono: 7 odwołań z Małopolskiego OW NFZ, 5 odwołań z Łódzkiego OW NFZ, 3 odwołania z Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, po 2 odwołania z Mazowieckiego, Dolnośląskiego oraz Śląskiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu, po 1 odwołaniu z Lubelskiego, Podkarpackiego oraz Kujawsko-Pomorskiego Oddziału Wojewódzkiego Funduszu.

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

- realizacją recept z naruszeniem przepisów: ustawy o refundacji, ustawy z dnia 6 września 2006 r. - Prawo Farmaceutyczne (Dz. U. z 2017 r. poz. 2211, z późn. zm.) oraz przepisów rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich (Dz. U. z 2017 r. poz. 1570, z późn. zm.) i rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 13 kwietnia 2018 r. w sprawie recept (Dz. U. 2018 poz. 745), czego konsekwencją - w myśl art. 43 ust. 1 pkt 6 ustawy o refundacji oraz w związku z §6 ust. 1 umowy na wydawanie refundowanego leku, środka specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę (załącznik nr 2 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów na realizację recept oraz ramowego wzoru umowy na realizację recept), co jest równoznaczne z nienależytym wykonaniem §5 ust. 1 i §5 ust. 3 pkt 1 umowy;
- niewykonywaniem przez apteki obowiązków, o których mowa w art. 43 ust. 1 pkt 7 ustawy o refundacji, co jest równoznaczne z nienależytym wykonaniem §5 ust. 1 i §5 ust. 3 pkt 6 umowy;
- przekazaniem przez apteki w komunikatach elektronicznych niezgodnych ze stanem faktycznym danych wynikające ze zrealizowanych recept, co narusza przepisy art. 43 ust. 1 pkt 2 ustawy o refundacji, w związku z §2 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie informacji gromadzonych przez apteki oraz informacji

przekazywanych Narodowemu Funduszowi Zdrowia (Dz. U. z 2017 r., poz. 547, z późn. zm.) oraz art. 45a ustawy o refundacji, co pociąga za sobą konsekwencje określone w §8 ust. 6 pkt 2 ogólnych warunków umów na wydawanie refundowanego leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę, stanowiących załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie ogólnych warunków umów na realizację recept oraz ramowego wzoru umowy na realizację recept (Dz. U. z 2013 r. poz. 364, z późn. zm.), tj. nałożenie na podmiot prowadzący aptekę kary umownej.

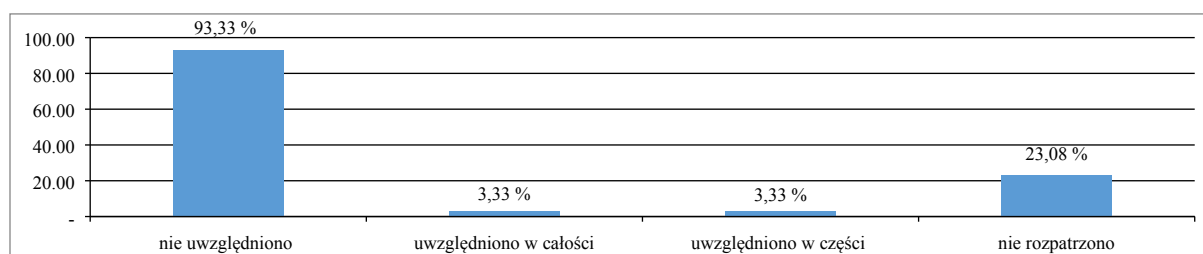
Rodzaj nieprawidłowości ujawnionych w toku kontroli, był analogiczny do 2019 r.

#### Główna tematyka składanych skarg i zażaleń na czynności Prezesa Funduszu

W dniu 1 września 2020 r. weszła w życie nowelizacja przepisów ustawy o świadczeniach, wprowadzona 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. z 2020 r., poz. 1493). W związku z powyższym zmianie uległo brzmienie m.in. art. 160 i 161 ustawy o świadczeniach. Począwszy od dnia 1 września 2020 r. Świadczeniodawca, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej służy zażalenie, nie tylko, tak jak pod rządami stanu prawnego obowiązującego do dnia 31 sierpnia 2020 r., na czynność dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu dotyczące realizacji umowy, lecz także na czynność Prezesa Funduszu. Główna tematyka zażaleń na czynności sprawdzające Prezesa NFZ, dotyczących realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, rozpatrywanych w Departamencie Kontroli dotyczyła zakwestionowania środków finansowych oraz nałożenia kary umownej. Od dnia 1 września 2020 roku w przedmiotowym zakresie do Departamentu Kontroli wpłynęło 39 zażaleń na czynności sprawdzające, z czego:

- rozpatrzono trzydzieści (30) zażaleń, w tym: nie uwzględniono zażaleń w dwudziestu ośmiu (28) przypadkach (co stanowi 93,33% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w całości jedno (1) zażalenie (co stanowi 3,33% ogółu rozpatrzonych zażaleń), uwzględniono w części jedno (1) zażalenie (co stanowi 3,33% ogółu rozpatrzonych zażaleń),
- nie rozpatrzono w 2020 r. dziewięciu (9) zażaleń (co stanowi 23,08% ogółu zażaleń które wpłynęły). Zażalenia te wpłynęły w terminie uniemożliwiającym ich rozpatrzenie do końca 2020 r.

#### **Wykres nr IX.2. Zażalenia na czynności sprawdzające Prezesa NFZ (%)**



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 września 2020 roku w przedmiotowym zakresie

do Departamentu Kontroli wpłynęło 6 zażaleń na kontrolę, z czego w 2020 roku rozpatrzono jedno (1), pozostałe zaś rozpatrzono w styczniu 2021 r.

### Sprawy sądowe z powództwa cywilnego

#### Zestawienie spraw sądowych zakończonych

W 2020 r. zakończone zostały 36 sprawy prowadzone przez oddziały wojewódzkie Funduszu związane ze świadczeniami zdrowotnymi udzielonymi ponad limit określony w umowie. Z tego tytułu Fundusz poniósł koszt w wysokości ponad 18 mln zł, w tym ponad 11 mln zł z tytułu zasądzenia wyrokami Sądów oraz ponad 6 mln zł z tytułu ugód sądowych. W odniesieniu do 2019 r. liczba tego typu spraw zmniejszyła się o 38 spraw.

Ponadto oprócz ww. spraw, oddziały wojewódzkie Funduszu zakończyły 72 postępowań o zapłatę wynikających z wykonania umowy, w wyniku których Fundusz zapłacił ogółem kwotę ponad 3 mln zł. W odniesieniu do 2019 r. liczba prowadzonych tego typu spraw zmniejszyła się o 13 postępowań.

**Tabela nr IX.1.** Zestawienie spraw sądowych zakończonych wg stanu na koniec 2020 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	36	0	18 131,12	0	11 494,34	0	6 636,78
2.	o zapłatę wynikające z wykonania umowy	72	6 005,19	3 036,39	5 343,40	2 870,49	661,79	165,90
3.	postępowania sądowoadministracyjne <sup>2)</sup>	215	18	222	18	222	0	0
4.	pozostałe postępowania sądowe <sup>2)</sup>	330	1 264,05	23 990,85	1 264,05	1 553,88	0,00	22 436,97
<b>RAZEM</b>		<b>731</b>	<b>653</b>	<b>7 287,23</b>	<b>45 380,36</b>	<b>6 625,44</b>	<b>16 140,71</b>	<b>661,79</b>

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 2020 r. ogółem w oddziałach wojewódzkich Funduszu prowadzonych było 275 spraw karnych, w których Fundusz ma status oskarżyciela posiłkowego lub powoda cywilnego, wszczętych na skutek zawiadomienia przez Fundusz organów ścigania o podejrzeniu popełnienia przestępstwa, z czego: zostało: 72 spraw wszczęto, 49 zakończono a 187 pozostało w toku.

### Skargi i wnioski na świadczeniodawców

Zasady, tryb przyjmowania i rozpatrywania skarg i wniosków w 2020 r. w NFZ regulowały następujące przepisy:

- kodeks postępowania administracyjnego z dnia 14 czerwca 1960 r. (Dz.U. z 2020 r. poz. 256, 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);
- zarządzenie Nr 139/2019/DK Prezesa NFZ z dnia 9 października 2019 r. w sprawie rozpatrywania skarg i wniosków w Narodowym Funduszu Zdrowia, uchylone zarządzeniem Nr 192/2020/DOK z 11 grudnia 2020 r.;
- procedura do procesu: Obsługa skarg i wniosków v1.0; procedura obowiązuje od: 02.12.2020 r.

W 2020 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 IX.2.** Liczba skarg i wniosków w podziale na podmiot, na który złożono wniosek lub skargę w 2020 r.

Na	Skargi:				Wnioski:			
	wpływające	rozpatrzono	przekazane wg właściwości		wpływające	rozpatrzono	przekazane wg właściwości	
			poza NFZ	do innego OW			poza NFZ	do innego OW
1	2	3	4	5	6	7	8	9
świadczeniodawcę	6 406	4 376	684	444	2	1	0	1
aptekę	28	17	4	4	0	0	0	0
osobę uprawnioną	3	0	1	0	0	0	0	0
NFZ	522	480	0	37	0	0	0	0
inne	166	20	66	39	2	0	2	0
<b>RAZEM</b>	<b>7 125</b>	<b>4 893</b>	<b>755</b>	<b>524</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>

W oddziałach wojewódzkich NFZ rozpatrzono: 4 360 skarg i 1 wniosek. Przekazano zgodnie z właściwością: 949 skarg, w trakcie rozpatrywania pozostało: 476 skarg. Pozostawiono bez rozpatrzenia 564 skargi.

W Centrali NFZ rozpatrzono 533 skargi, przekazano zgodnie z właściwością: 330 skarg i 3 wnioski, w trakcie rozpatrywania pozostało 30 skarg. Pozostawiono bez rozpatrzenia 67 skarg. Z poprzedniego okresu sprawozdawczego rozpatrzono łącznie 184 skargi.

Terminowość rozpatrzonych skarg i wniosków

**Tabela nr IX.3.** Liczba skarg i wniosków rozpatrzonych terminowo i nieterminowo w 2020 r.

Na:	Liczba skarg rozpatrzonych:		Liczba wniosków rozpatrzonych:	
	terminowo	nieterminowo	terminowo	nieterminowo
1	2	3	4	5
świadczeniodawcę	4 319	57	0	1
aptekę	14	3	0	0
osobę uprawnioną	0	0	0	0
NFZ	476	4	0	0
inne	19	1	0	0

RAZEM	4 828	65	0	1
-------	-------	----	---	---

W oddziałach wojewódzkich NFZ terminowo rozpatrzono 4 301 skarg. 59 skarg i 1 wniosek rozpatrzono nie dochowując ustawowego terminu rozpatrzenia. W Centrali NFZ terminowo rozpatrzono 527 skarg. Sześć skarg rozpatrzono z przekroczeniem ustawowego terminu. Terminy przekroczone z powodów m.in.:; trudności organizacyjnych w realizacji procesów w czasie trwania epidemii, otrzymania wyjaśnień, które nie odnosiły się do zarzutów i wymagały uzyskania jednoznacznego wyjaśnienia, trwającego postępowania wyjaśniającego, trudności organizacyjnych w oddziale wojewódzkim NFZ, braków kadrowych, oczekiwania na podpis osoby upoważnionej, błędnego opisanie terminu rozpatrzenia.

#### Zasadność rozpatrywanych skarg i wniosków

**Tabela nr IX.4.** Liczba skarg i wniosków złożonych zasadnie, częściowo zasadnie i niezasadnie w 2020 r.

Na:	Liczba skarg:			Liczba wniosków:		
	zasadnych	niezasadnych	częściowo zasadnych	zasadnych	niezasadnych	częściowo zasadnych
1	2	3	4	5	6	7
świadczeniodawcę	1 278	2 404	693	0	1	0
aptekę	7	11	0	0	0	0
osobę uprawnioną	0	0	0	0	0	0
NFZ	47	415	18	0	0	0
inne	2	18	0	0	0	0
<b>RAZEM</b>	<b>1 334</b>	<b>2 848</b>	<b>711</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>

W oddziałach wojewódzkich NFZ 1 255 skarg uznano za zasadne, 2 451 skarg i 1 wniosek uznano za niezasadny, 654 skargi – za częściowo zasadne.

W Centrali NFZ za zasadne uznano 79 skarg, 397 skarg za niezasadne i 57 skarg za częściowo zasadne.

#### Skargi i wnioski dotyczące świadczeniodawców

**Tabela nr IX.5.** Liczba skarg i wniosków dotyczących świadczeniodawców w 2020 r.

Rodzaje świadczeń zdrowotnych:	Zakresy świadczeń:	Liczba skarg/wniosków:			
		dostępność do świadczeń	jakość udzielanych świadczeń	pozostałe	ogółem
1	2	3	4	5	6
podstawowa opieka zdrowotna	świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej	1 144	174	135	1 453
	świadczenia pielęgniarki podstawowej opieki zdrowotnej	25	8	4	37
	świadczenia położnej podstawowej opieki zdrowotnej	7	6	0	13
	świadczenia pielęgniarki lub higienistki szkolnej	3	0	0	3
	świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej	121	40	7	168
	transport sanitarny w podstawowej opiece	5	2	1	8

	zdrowotnej	Liczba skarg/wniosków:			
ambulatoryjna opieka specjalistyczna	poradnie specjalistyczne - wg części VIII identyfikacyjnych kodów resortowych	723	125	85	933
	ambulatoryjne świadczenia diagnostyczne kosztochłonne	36	23	5	64
	kompleksowa ambulatoryjna opieka specjalistyczna	23	9	3	35
leczenie szpitalne (z wyłączeniem programów terapeutycznych - lekowych i chemioterapii)	oddziały szpitalne - wg części VIII identyfikacyjnych kodów resortowych	316	181	51	548
	świadczenia wyskospecjalistyczne	2	0	2	4
gospodarka lekiem	refundacja dla aptek ogólnodostępna	4	3	2	9
	terapeutyczne programy zdrowotne i chemioterapia	19	2	3	24
opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	w warunkach oddziałów stacjonarnych	7	6	4	17
	w warunkach oddziału/ośrodka dziennego	2	4	1	7
	w warunkach ambulatoryjnych	23	4	1	28
	w zespole leczenia środowiskowego	1	0	0	1
rehabilitacja lecznicza	w warunkach ambulatoryjnych	131	25	20	176
	w warunkach domowych	11	5	1	17
	w warunkach ośrodka/oddziału dziennego	28	7	1	36
	w warunkach stacjonarnych	45	14	14	73
opieka paliatywna i hospicyjna	oddział medycyny paliatywnej; świadczenia w hospicjum stacjonarnym	2	2	2	6
	świadczenia w hospicjum domowym	3	2	0	5
	świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	0	0	0	0
	świadczenia w poradni medycyny paliatywnej	1	0	0	1
świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze (opieka długoterminowa)	zespół długoterminowej opieki domowej	1	0	0	1
	pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	7	4	3	14
	ZOL/ZPO	14	22	6	42
leczenie stomatologiczne	stomatologia ogólna	99	36	37	172
	protetyka	28	63	13	104
	ortodoncja	13	2	3	18
	ortodontyczna opieka nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki	5	0	0	5
	inne	6	1	2	9
lecznictwo uzdrowiskowe	świadczenia uzdrowiskowe szpitalne/sanatoryjne dorosłych	12	59	23	94
	świadczenia uzdrowiskowe szpitalne/sanatoryjne dzieci	0	6	1	7
	świadczenia uzdrowiskowego leczenia ambulatoryjnego	0	2	1	3
	świadczenia rehabilitacji uzdrowiskowej	2	5	14	21
pomoc doraźna i transport sanitarny	świadczenia udzielane przez zespoły sanitarne typu N	3	1	0	4
ratownictwo medyczne	świadczenia udzielane przez podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego	16	17	5	38
	świadczenia udzielane przez wodne podstawowe i specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego	0	0	0	0
profilaktyczny program	profilaktyka raka szyjki macicy	0	0	0	0



zdrowotny		Liczba skarg/wniosków:			
	profilaktyka raka piersi	1	4	2	7
	program badań prenatalnych	0	0	0	0
	profilaktyka chorób odtytoniowych	0	0	0	0
świadczenia odrębnie kontraktowane	dializa otrzewnowa	1	0	0	1
	hemodializoterapia	1	1	0	2
	terapia hiperbaryczna	2	0	0	2
	tlenoterapia domowa	1	0	0	1
	żywnienie pozajelitowe i dojelitowe w warunkach domowych	0	0	0	0
	badania zgodności tkankowej	0	0	0	0
	badania genetyczne	1	0	0	1
	badania izotopowe	0	0	0	0
	terapia izotopowa	1	0	0	1
	zaopatrzenie protetyczne	0	0	0	0
	pozytonowa tomografia emisyjna	0	0	0	0
	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 odpornej 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	0	0	0	0
	protezy kończyn dolnych	0	3	0	3
	protezy kończyn górnych	0	0	1	1
	ortezy kończyn dolnych i górnych, gorsety oraz wyposażenie dodatkowe	1	2	0	3
	obuwie ortopedyczne	0	1	0	1
	wyroby medyczne wykonywane na zamówienie	0	0	0	0
	wyroby medyczne wykonywane seryjnie	7	1	1	9
inne skargi	96	19	31	146	
wnioski	0	0	0	0	
<b>RAZEM</b>		<b>3 000</b>	<b>891</b>	<b>485</b>	<b>4 376</b>

### Tematyka skarg zasadnych:

- trudności w: dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej, dodzwonieniu się do placówek, zarejestrowaniu się do przychodni, ustaleniu terminu porady, trudności w realizacji porady w ustalonym terminie, realizacji świadczeń rehabilitacyjnych, uzyskaniu dokumentacji medycznej, uzyskaniu transportu medycznego, w uzyskaniu teleporady, uzyskaniu skierowania, w uzyskaniu recepty; brak rzetelności w wystawianiu recept;
- odmowa: przyjęcia deklaracji wyboru lekarza poz, odmowa realizacji wizyt domowych;
- odwołanie terminu realizacji świadczenia bez wyznaczenia nowego terminu;
- nierespektowanie uprawnień szczególnych;
- zachowanie lekarzy i postępowanie personelu medycznego podczas udzielania świadczeń;
- pobieranie opłat za udzielone świadczenia, badania diagnostyczne;
- czas oczekiwania na badania i wyniki diagnostyczne;
- zastrzeżenia do: organizacji udzielania świadczeń, organizacji pracy placówek, jakości świadczeń z zakresu protetyki;
- nieprawidłowe sprawozdawanie świadczeń.

### Sposób załatwienia rozpatrywanych skarg i wniosków

Rozpatrywanie skarg i wniosków, w większości przypadków wymagało przeprowadzenia postępowania wyjaśniającego. W przypadku skarg dotyczących działalności świadczeniodawców, postępowanie polegało na uzyskaniu stanowiska, wyjaśnień kierownika skarżonego podmiotu oraz oceny podstaw prawnych działania świadczeniodawcy w świetle warunków zawartej umowy. Zdarzało się, że postępowanie wyjaśniające wymagało uzyskania stanowiska konsultanta wojewódzkiego lub krajowego w danej dziedzinie medycyny. Komórki organizacyjne właściwe do spraw skarg i wniosków występowały również o zajęcie stanowiska do komórek merytorycznych w oddziałach wojewódzkich, Centrali NFZ lub w Ministerstwie Zdrowia. Zasadniczą kwestią było wskazywanie świadczeniodawcom obowiązku dostosowania sposobu działania do obowiązujących regulacji prawnych, nie tylko w zgłaszanych przez pacjentów indywidualnych przypadkach, lecz we wszystkich analogicznych sytuacjach. W sytuacji, gdy prowadzone postępowanie wyjaśniające potwierdzało zasadność złożonych skarg, świadczeniodawców pouczano o konieczności przestrzegania obowiązujących przepisów prawa i wzywano do prawidłowej realizacji zawartej umowy. Byli objęci kontrolą prowadzoną w trybie skargowym lub czynnościami sprawdzającymi przeprowadzanymi przez komórki właściwe do kontroli. W sytuacji rażącego naruszenia umowy, dyscyplinowani w sposób określony warunkami umowy. W przypadku spraw dotyczących działalności NFZ, jeżeli rozpatrzenie skargi lub wniosku wymagało uprzedniego zbadania i wyjaśnienia sprawy, komórki organizacyjne właściwe do spraw skarg i wniosków, zbierały niezbędne materiały i wyjaśnienia. Po przeprowadzeniu postępowania wyjaśniającego udzielano odpowiedź Skarżącemu oraz podejmowano stosowne czynności wobec skarżonych pracowników.